

L 4 P 479/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 7 P 891/09
Datum
03.11.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 479/11
Datum
28.04.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 3. November 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt höheres Pflegegeld ab 1. September 2008.

Der 1950 geborene Kläger ist versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Er leidet an einer koronaren Herz-Kreislaufkrankung. Im November 2003 erfolgte eine Bypass-Operation. Anfang 2005 wurde ein Herzschrittmacher implantiert. Ferner besteht ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus sowie eine Adipositas.

Den Antrag des Klägers vom 31. Januar 2005, ihm Pflegegeld zu zahlen, lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 13. April 2005/Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 2005). Hiergegen erhob der Kläger zum Sozialgericht Mannheim (SG) Klage (S 4 P 3138/05). Das SG erhob die Gutachten des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. M. vom 10. Januar 2006 mit ergänzender Stellungnahme vom 21. September 2006 sowie auf Antrag des Klägers nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. R. vom 21. Juli 2006, die die Sachverständigen nach ambulanter Untersuchung des Klägers in häuslicher Umgebung erstatteten. Dr. M. nannte als pflegebegründende Diagnosen eine schmerzbedingte Mobilitätseinschränkung bei Zustand nach Bypass-Operation aufgrund komplizierter Wundheilungsstörungen sowie eine Adipositas per magna und schätzte den Hilfebedarf auf insgesamt 31 Minuten (Körperpflege 19 Minuten, Mobilität zwölf Minuten). Dr. R. nannte als pflegebegründende Diagnosen eine starke Mobilitätseinschränkung auf dem Boden einer zweifachen Bypass-Operation, ein massives Übergewicht, einen schweren insulinpflichtigen Diabetes mellitus, als Folgeschaden eine periphere Polyneuropathie, eine mindestens mittelgradige medikamentenpflichtige Depression mit Angst- und Panikattacken, ein medikamentenpflichtiges Anfallsleiden sowie eine Hüft- und Kniegelenksarthrose beidseits. Er schätzte den zeitlichen Hilfebedarf für die Verrichtungen der Grundpflege auf insgesamt 60 Minuten (Körperpflege 35 Minuten, Mobilität 25 Minuten). Dr. M. sah in seiner ergänzenden Stellungnahme keinen Anlass, seine Ausführungen im Gutachten zu ändern und führte auch aus, es könne durchaus unterstellt werden, dass eine Verschlechterung des Allgemeinzustands und damit ein höherer Pflegebedarf eingetreten sein könne. In dem im Termin zur mündlichen Verhandlung am 17. November 2006 geschlossenen gerichtlichen Vergleich bewilligte die Beklagte dem Kläger unter Aufhebung des Bescheids vom 13. April 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. Oktober 2005 ab dem 1. Oktober 2006 "Leistungen der Pflegeversicherung" nach Pflegestufe I. Die Beklagte zahlte daraufhin ab 1. Oktober 2006 Pflegegeld nach Pflegestufe I.

Nachdem in dem Nachweis über den Beratungseinsatz vom 8. März 2006 wegen Koordinationsstörungen und Atemnot ein Antrag auf Pflegegeld nach der Pflegestufe II angeregt worden war, veranlasste die Beklagte das Gutachten der Pflegefachkraft E., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), die in ihrem Gutachten vom 6. Juli 2007 den Zeitaufwand für die Verrichtungen der Grundpflege mit 61 Minuten (Körperpflege 35 Minuten, Ernährung drei Minuten, Mobilität 23 Minuten) schätzte. Sie nannte als pflegebegründende Diagnosen eine Mobilitätseinschränkung bei Verdacht auf diabetische Polyneuropathie, ein metabolisches Syndrom, Übergewicht, Schmerzen bei koronarer Herzerkrankung mit Zustand nach Bypass-Operation, Schrittmacherimplantation und jetzt rezidivierenden retrosternalen Schmerzen sowie Schwindel. Der Kläger benötige unterstützende Hilfe beim Waschen des Rückens, des Schulterbereichs und des Unterkörpers, dreimal wöchentlich beim Duschen mit Halten der Brause, beim Aufstehen, beim Gang zum Bad und zur Toilette, beim Richten der Bekleidung, beim An- und Auskleiden sowie beim Transfer in die Dusche oder Badewanne. Es müssten die

Utensilien für die Zahnpflege gerichtet, das Kämmen in vollem Umfang übernommen, beim Rasieren korrigiert, beim Stuhlgang nachgesäubert, die Tag und Nacht benutzte Urinflasche geleert und gesäubert sowie Brot und Fleisch geschnitten werden. Die Beklagte lehnte es ab, Pflegegeld nach der Pflegestufe II zu zahlen (Bescheid vom 10. Juli 2007).

Am 18. September 2008 beantragte der Kläger erneut, Pflegegeld nach der Pflegestufe II zu zahlen. In ihrem von der Beklagten veranlassten Gutachten vom 24. Oktober 2008 nannte Pflegefachkraft Rösch, MDK, als Diagnosen Einschränkungen der Belastbarkeit und Mobilität bei Übergewicht, eine Schwäche bei koronarer Herzkrankheit sowie einen insulinpflichtigen Diabetes mellitus und schätzte den Zeitaufwand für die Verrichtungen der Grundpflege mit 46 Minuten (Körperpflege 28 Minuten, Ernährung vier Minuten, Mobilität 14 Minuten). Aufstehen vom Sofa sei ohne fremde Hilfen möglich. Der Kläger laufe bis zum Badezimmer, müsse dort auf der Toilette wegen Atembeschwerden eine Pause einlegen. Zum Wasserlassen benutze er tags und nachts eine Urinflasche, die entleert werden müsse. Ein die Pflege erschwerender Faktor sei das Gewicht von über 80 kg. Die Beklagte lehnte es mit Bescheid vom 3. November 2008 ab, höheres Pflegegeld zu zahlen.

Der Kläger erhob Widerspruch. Der Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Pflege liege bei mehr als drei Stunden täglich. Seine Ehefrau bringe mindestens 20 Stunden wöchentlich für seine (Grund-)Pflege auf. Pflegefachkraft H., MDK, bestätigte in seinem Gutachten vom 16. Februar 2009 den Hilfebedarf von 46 Minuten täglich. Im Gutachten vom 24. Oktober 2008 seien die Fähigkeitsstörungen des Klägers ausreichend beschrieben und die daraus resultierenden Pflegezeiten in ausreichendem Maße berücksichtigt. Ein grundpflegerischer Hilfebedarf von mindestens 20 Stunden sei bei den vorliegenden Fähigkeitsstörungen und Ressourcen des Klägers nicht nachvollziehbar. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 11. März 2009). Gestützt auf die Gutachten vom 24. Oktober 2008 und 16. Februar 2009 kam der Widerspruchsausschuss zu der Überzeugung, dass das Ausmaß der Unterstützungen im Rahmen der Grundpflege beim Kläger bei 46 Minuten liege. Für die Pflegestufe II fehle ein Zeitaufwand von weit über einer Stunde täglich.

Der Kläger erhob am 20. März 2009 Klage beim SG. Er wiederholte seine Begründung des Widerspruchs und verwies ergänzend darauf, seit 2006 habe sich seine gesundheitliche Situation deutlich verschlechtert.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Insbesondere bestehe kein Hilfebedarf beim Treppensteigen, da der Kläger innerhalb seiner Wohnung keine Stufen zu überwinden habe, sowie beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, da wöchentliche Praxisbesuche und Heilmittelinwendungen nach eigenem Vortrag des Klägers nicht erfolgten.

Arzt für Allgemeinmedizin Dr. Ha. nannte in seiner Auskunft vom 6. Juli 2009 als sachverständiger Zeuge fünf in der Zeit vom 9. Oktober 2008 bis 1. April 2009 durchgeführte Hausbesuche sowie als Diagnosen auch ein dementielles Syndrom. Der Kläger bedürfe mindestens einmal täglich der Unterstützung beim Waschen, Duschen oder Baden sowie Hilfestellung bei der Blasenentleerung. Dreimal täglich sei er bei der mundgerechten Zubereitung der Speisen auf Hilfe angewiesen. Ferner bestehe Hilfebedarf beim An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen sowie beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung in einem Umfang von insgesamt ca. 60 Minuten.

Auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) erstattete Dr. R. das Gutachten vom 23. Februar 2009 aufgrund ambulanter Untersuchung des Klägers in dessen häuslicher Umgebung. Als pflegebegründende Diagnosen nannte er dieselben wie bereits in seinem vorangegangenen Gutachten vom 21. Juli 2006, bezeichnete die Hüft- und Kniegelenksarthrose beidseits als schwer und nannte zusätzlich eine Hyperlipidämie, eine arterielle Hypertonie sowie eine rezidivierende Gastro- und Duodenopathie. Er schätzte den zeitlichen Hilfebedarf für die Verrichtungen der Grundpflege auf insgesamt 123 Minuten (Körperpflege 60 Minuten, Mobilität 63 Minuten). Pflegeerschwerend sei, dass der Kläger nunmehr 142 kg wiege und Bewegungseinschränkungen aufgrund der stattgehabten Herzoperation mit verzögerter Wundheilung und schmerzhafter Narbe bestünden. Erforderlich sei Teilübernahme bei der Ganzkörperwäsche (morgens dreimal wöchentlich, durchschnittlich 15 Minuten täglich), Teilübernahme bei der Teilwäsche des Unterkörpers (abends einmal täglich, 15 Minuten täglich), Teilübernahme beim Baden (viermal wöchentlich, durchschnittlich täglich 20 Minuten), Teilübernahme beim Kämmen (einmal täglich, eine Minute), Unterstützung beim Rasieren (einmal täglich, eine Minute), Unterstützung beim Richten der Bekleidung (täglich, drei Minuten), vollständige Übernahme des Wechsels und Entleerens des Urinbeutels (täglich, fünf Minuten), Unterstützung und Teilübernahme beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen (beides zusammen einmal täglich, zwölf Minuten), vollständige Übernahme des Ankleidens (einmal täglich morgens, 15 Minuten), Teilübernahme des Entkleidens (einmal täglich, vier Minuten), Teilübernahme bei Stehen/Transfer (sechsmal täglich, zwölf Minuten), Unterstützung beim Treppensteigen (dreimal wöchentlich, durchschnittlich zwölf Minuten täglich) sowie Hilfe beim Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung (dreimal wöchentlich, durchschnittlich acht Minuten täglich). In seiner ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme vom 11. Juni 2010 führte Dr. R. auf die Einwände der Beklagten aus, bedingt durch die schwere Zuckerkrankheit und das massive Übergewicht seien Wege außer Haus im Sinne einer Therapie zu sehen, auch wenn diese Wege nicht direkt zum Arzt oder Therapeuten führten. Die üblichen Maßstäbe der Zeiterfassung könnten vorliegend nicht angewendet werden.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 3. November 2010 ab. Die durchgeführten Ermittlungen hätten zu seiner (des SG) Überzeugung nicht die Voraussetzungen der Pflegestufe II nachgewiesen. Vielmehr habe Dr. Ha. in seiner Auskunft vom 6. Juli 2009 angegeben, der zeitliche Aufwand für die Pflege sei mit 60 Minuten zu veranschlagen, und habe dem Gutachten vom 24. Oktober 2008 zugestimmt. Schlüssig und nachvollziehbar seien die Ausführungen in den Gutachten vom 24. Oktober 2008 und 16. Februar 2009, nicht jedoch die Ausführungen des Dr. R., denen es (das SG) sich nicht anschließen könne. Innerhalb der Wohnung des Klägers seien keine Stufen zu überwinden, so dass die Anerkennung eines Hilfebedarfs beim Treppensteigen entgegen der Einschätzung des Dr. R. ausscheide. Wege außer Haus seien nur in die Gesamtbetrachtung mit einzubeziehen, wenn sie u.a. zum Aufsuchen von Ärzten oder Therapeuten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten einmal wöchentlich erforderlich seien. Eine solche Häufigkeit sei anhand der aktenkundigen Unterlagen nicht nachvollziehbar und Dr. Ha. habe keine Praxisbesuche in entsprechendem Umfang angegeben. Ferner überschreite Dr. R. mit einem Hilfebedarf von 35 Minuten täglich bei einer Teilübernahme beim Waschen oder Baden die Zeitkorridore für die vollständige Unterstützung von maximal 25 Minuten erheblich.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten (ein Rentenberater) am 17. Januar 2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 1. Februar 2011 Berufung eingelegt. Er verweist auf das Gutachten des Dr. R., der seine (des Klägers) Pflege für besonders aufwändig und den Pflegebedarf für außergewöhnlich hoch halte. Jede Form der Bewegung stelle für ihn (den Kläger) eine Art Therapie dar und sei deshalb dem Pflegeaufwand zuzurechnen. Sein Gesundheitszustand verschlechtere sich laufend. Der Kläger hat den vorläufigen Arztbrief des Assistenzarztes Dr. G. vom 28. März 2011 über die stationäre Behandlung vom 22. bis 28. März 2011 zur Abklärung einer Hämatochezie

vorgelegt. Eine Blutungsquelle hat nicht gefunden werden können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 3. November 2010 und den Bescheid der Beklagten vom 3. November 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm ab 1. September 2008 Pflegegeld nach der Pflegestufe II zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akten des SG sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Der Senat entscheidet über die Berufung des Klägers gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss, da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

1. Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist insbesondere nicht nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) ausgeschlossen. Denn der Kläger begehrt Leistungen für einen Zeitraum von mehr als einem Jahr ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung des Klägers ist nicht deshalb unzulässig, weil sie von einem nicht vertretungsbefugten Rentenberater als Prozessbevollmächtigter eingelegt worden ist. Denn die Prozesshandlungen des nicht vertretungsbefugten Prozessbevollmächtigten und damit insbesondere die Einlegung der Berufung sind bis zu seiner Zurückweisung wirksam ([§ 73 Abs. 3 Satz 2 SGG](#)).

Nach [§ 73 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) in der seit 01. Juli 2008 geltenden Fassung des Art. 12 Nr. 3 des Gesetzes zur Neuregelung des Rechtsberatungsrechts vom 12. Dezember 2007 ([BGBl. I, S. 2840](#)) ist die Vertretung auch vor dem Landessozialgericht auf Rentenberater im Umfang ihrer Befugnisse nach [§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) beschränkt. In wesentlicher Übereinstimmung mit dem bis zum 30. Juni 2008 geltenden Recht (vgl. [Bundestags-Drucksache 16/3655 S. 64](#)), wonach bei dem Rentenberater Ausgangs- und Endpunkt der Beratung die zu erwartende Rente war, hat der Gesetzgeber auch ab 01. Juli 2008 den Gegenstand der registrierungspflichtigen Rentenberatung in [§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 RDG](#) dahin präzisiert, dass es dabei um Rentenberatung auf dem Gebiet der gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, des sozialen Entschädigungsrechts und des übrigen Sozialversicherungs- und Schwerbehindertenrechts mit Bezug zu einer gesetzlichen Rente sowie der betrieblichen und berufsständischen Versorgung geht. Bei einer Beratung über die spezifisch rentenrechtlichen Gebiete hinaus ist mithin stets ein konkreter Bezug zu einer gesetzlichen Rente erforderlich (Bundestags-Drucksache, a.a.O.). Dies ist bei einem Rechtsstreit über Pflegegeld nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch nicht der Fall. Der Prozessbevollmächtigte des Klägers hat auch nicht nachgewiesen, dass die ihm vor dem 1. Juli 2008 erteilte Erlaubnis zur Besorgung fremder Rechtsangelegenheiten nach dem Rechtsberatungsgesetz weiter wirksam ist. Dies ist nur der Fall, wenn eine entsprechende Registereintragung als registrierter Erlaubnisinhaber vorliegt ([§ 1 Abs. 3 Satz 1 Einführungsgesetz zum RDG \(RDGEG\)](#)). Eine solche Registereintragung hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers nicht vorgelegt.

Der Senat hat davon abgesehen, den Prozessbevollmächtigten des Klägers, einen Rentenberater, nach [§ 73 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) zurückzuweisen, weil er nicht vertretungsbefugt war, da dies nur zu einer Verzögerung des entscheidungsreifen Rechtsstreits geführt hätte.

2. Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 3. November 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. März 2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf höheres Pflegegeld nach der Pflegestufe II.

Rechtsgrundlage für das Begehren des Klägers auf Pflegegeld nach der Pflegestufe II anstelle des bislang gezahlten Pflegegeld nach der Pflegestufe I ist [§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach ist, soweit in den tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnissen, die beim Erlass eines Verwaltungsaktes mit Dauerwirkung vorgelegen haben, eine wesentliche Änderung eintritt, der Verwaltungsakt mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben. Eine wesentliche Änderung ist nicht eingetreten. Der Hilfebedarf für die Verrichtungen der Grundpflege beträgt nicht mindestens 120 Minuten.

Nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) können Pflegebedürftige anstelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. 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 II (Schwerpflegebedürftige) sind nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB XI](#) Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten 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 II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen ([§ 15 Abs. 3 Nr. 2 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. Bundessozialgericht [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. Die Zeiten für den Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen beruhen regelmäßig auf Schätzungen, denen eine gewisse und auf wenige Minuten beschränkte Unschärfe nicht abgesprochen werden kann und die dennoch hinzunehmen sind (vgl. BSG, Urteil vom 10. März 2010 - [B 3 P 10/08 R](#) -, veröffentlicht in juris).

Beim Kläger bestehen hauptsächlich Mobilitätseinschränkungen aufgrund einer HerzKreislaufferkrankung, eines erheblichen Übergewichts sowie einer Hüft- und Kniegelenksarthrose beidseits. Des Weiteren besteht ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus mit einer peripheren Polyneuropathie. Dies ergibt sich schon aus dem eigenen Vortrag des Klägers und wird bestätigt durch das vom SG erhobene Gutachten des Sachverständigen Dr. R. ... Aufgrund dieser Erkrankungen besteht ein Hilfebedarf des Klägers bei Verrichtungen der Grundpflege. Dieser erreicht jedoch nicht den für die Pflegestufe II erforderlichen Mindestumfang von 120 Minuten. Selbst auf der Grundlage des Gutachtens des Sachverständigen Dr. R. besteht aus Rechtsgründen allenfalls ein Zeitaufwand für die Verrichtungen der Grundpflege von 103 Minuten. Der Senat lässt dahingestellt, ob der vom Sachverständigen Dr. R. für den Bereich der Körperpflege angenommene tägliche Hilfebedarf von 60 Minuten zutreffend ist. Selbst wenn dies der Fall ist, kommt der Sachverständige jedenfalls im Bereich der Mobilität zu einem unzutreffenden Hilfebedarf von insgesamt 63 Minuten. Der von ihm angenommene Zeitaufwand für das Treppensteigen von täglich zwölf Minuten sowie für das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung von täglich acht Minuten, insgesamt mithin 20 Minuten, ist bereits aus rechtlichen Gründen nicht als Hilfebedarf berücksichtigungsfähig, so dass sich - unterstellt der vom Sachverständigen geschätzte Hilfebedarf bei den weiteren Verrichtungen im Bereich der Mobilität sei zutreffend - ein Hilfebedarf von 43 Minuten im Bereich der Mobilität, zuzüglich der unterstellten 60 Minuten für den Bereich der Körperpflege mithin 103 Minuten ergibt.

Wie das SG und die Beklagte zutreffend dargelegt haben, kommt ein Hilfebedarf beim Treppensteigen nur in Betracht, wenn innerhalb der Wohnung Treppen zu überwinden sind, z.B. um ein in einem anderen Geschoss liegendes Schlafzimmer zu erreichen. Dies ist nach dem eigenen Vortrag des Klägers nicht der Fall. Innerhalb seiner Wohnung befinden sich keine Treppen. Ein Hilfebedarf für das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung kann nicht in Ansatz gebracht werden. Hilfe im Bereich der Mobilität außerhalb der eigenen Wohnung bei der Verrichtung Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ist als Pflegebedarf der sozialen Pflegeversicherung nur berücksichtigungsfähig, wenn sie erforderlich ist, um das Weiterleben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen, also Krankenhausaufenthalte und die stationäre Pflege in einem Pflegeheim zu vermeiden (grundlegend dazu BSG SozR 3-3300 § 14 Nrn. 5 und 6 m.w.N.). Diese Voraussetzung ist u.a. nur dann gegeben, wenn ein mindestens einmal wöchentlicher Hilfebedarf beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung für Arztbesuche oder das Aufsuchen ärztlich verordneter Behandlungen gegeben ist. Dies ist hier nicht der Fall. Arztbesuche erfolgen schon nach dem eigenen Vorbringen des Klägers nicht mindestens einmal wöchentlich. Zudem erfolgt Behandlung durch Dr. Ha. im Wege des Hausbesuches, wie sich aus dessen Auskunft vom 6. Juli 2010 ergibt. Die Unterstützung des Pflegebedürftigen beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung zum Zwecke von Spaziergängen, Krankengymnastik im Freien oder Schwimmbadbesuchen ist im Rahmen des [§ 14 SGB XI](#) ebenfalls nicht berücksichtigungsfähig (vgl. etwa Udsching, in: Udsching u.a., SGB XI, Kommentar, 3. Aufl. 2010, § 14 Rdnr. 40 m.w.N.; zu Spaziergängen vgl. BSG SozR 3-3300 § 14 Nr. 16).

Anhaltspunkte dafür, dass sich der Hilfebedarf seit dem Gutachten des Sachverständigen Dr. R. auf Dauer, nämlich voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maß ([§ 14 Abs. 1 SGB XI](#)), erhöht hat, gibt es nicht. Allein das Auftreten einer akuten Erkrankung vermag keine Grundlage zu sein, einen (höheren) Hilfebedarf auf Dauer festzustellen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-04-29