

L 6 U 1763/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 U 970/11
Datum
27.02.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 1763/14
Datum
20.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen der Haus- und Heimpflege findet im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) statt.

2. Die Übermittlung der Sozialdaten, welche die Trägerin der sozialen Pflegeversicherung für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfasst hat, an die Berufsgenossenschaft für die Prüfung der Hilflosigkeit der Versicherten und der Erforderlichkeit der Haus- und Heimpflege ist ohne deren Zustimmung zulässig.
Auf die Anschlussberufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Februar 2014 teilweise aufgehoben und die Klage umfassend abgewiesen.

Die Berufung der Kläger wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die Kosten des Berufungsverfahrens als Gesamtschuldner. Ihre außergerichtlichen Kosten sind im erstinstanzlichen Verfahren nicht zu erstatten.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 5.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten wegen in Anspruch genommener Haus- und Heimpflege.

Der 1929 geborene H. M. (im Folgenden: Versicherter) war von Beruf B. und als Schlepper tätig. Seine Ehefrau verstarb am 12. Juli 2003. Aus der Ehe gingen mit den Klägern zwei Kinder hervor, welche im streitgegenständlichen Zeitraum mit dem Versicherten nicht mehr in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Ab 6. Oktober 2004 war der Versicherte in einer Einrichtung des betreuten Wohnens der G. Reha-Klinik H. untergebracht und erhielt von dort pflegerische Leistungen. Am 3. März 2005 wurde er auf der Grundlage des am selben Tag geschlossenen Heimvertrages im R.-B.-Heim in M., einem Pflegeheim, aufgenommen. Er verstarb am 6. Juni 2011, ohne durch Verfügung von Todes wegen einen Erben zu bestimmen.

Am 19. Dezember 1947 erlitt der Versicherte in einer Grube der R. AG einen Unfall, wobei er beim Anstecken der Kohlennummer mit dem Becken und dem linken Oberschenkel zwischen zwei Förderwagen geriet. Die Bergbau-Berufsgenossenschaft, eine Rechtsvorgängerin der Beklagten (im Folgenden: Beklagte), gewährte ihm deswegen mit Bescheid vom 7. Oktober 1955 eine Vollrente vom 2. bis 25. Juli 1955 und anschließend eine Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 40 vom Hundert v. H. Als Unfallfolgen anerkannt wurden ein knöchern fest verheilter Bruch des linken Oberschenkels sowie des oberen und unteren linken Schambeinastes, eine weitgehende Versteifung des linken Hüftgelenkes mit röntgenologisch festgestellten schweren deformierten knöchernen Veränderungen, eine geringfügige Beugebehinderung im linken Kniegelenk mit leichten Reibegeräuschen, Narben am linken Oberschenkel, eine Abmagerung der Muskulatur des linken Beines, eine geringe Verkürzung des linken Beines mit linkshinkendem Gang sowie eine Minderbeschwielung der linken Fußsohle. Nicht auf das Unfallereignis zurückzuführen sei eine reizlose Narbe nach einer Blinddarmoperation.

Nachdem der Versicherte im Oktober 1973 eine Verschlimmerung geltend gemacht hatte, beauftragte die Beklagte Prof. Dr. M., Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses B. in M., ein Gutachten zu erstatten. Nach dessen ambulanter klinischer und röntgenologischer Untersuchung am 13. Dezember 1973 führte er aus, es handele sich um den Zustand nach einem Unfall am Arbeitsplatz mit einer schweren Beckenquetschung, einem Bruch der linksseitigen Hüftgelenkspfanne, einer Ausrenkung des linken Hüftgelenkes, einem Bruch des linksseitigen vorderen Beckens sowie einem Bruch des linksseitigen Oberschenkelschaftes. Im weiteren Verlauf sei es zu einer

fast völligen Versteifung des linken Hüftgelenkes mit ausgedehnten arthrotischen Veränderungen gekommen. Eine Verschlimmerung der Unfallfolgen gegenüber der Vorbegutachtung im Mai 1953 habe indes nicht objektiviert werden können, so dass die unfallbedingten Funktionseinschränkungen weiterhin mit einer MdE von 40 v. H. zu bewerten seien.

Am 3. April 2003 wandte sich die BundesK., eine Rechtsvorgängerin der Deutschen Rentenversicherung K.-B.-S., an die Beklagte, wonach der Versicherte am 26. März 2003 bei ihr die Zahlung von Pflegegeld nach § 37 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) beantragt habe. Aus dem Leistungsbegehren gehe hervor, dass die zur Pflegebedürftigkeit führenden Leiden durch einen Arbeitsunfall bedingt sein könnten. Die Antragsunterlagen würden daher mit der Bitte um Überprüfung und Feststellung des Anspruchs auf Entschädigungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit übersandt.

Über den Hausbesuch beim Versicherten am 10. September 2003, bei dem der Kläger zu 1., ein Fachanwalt für Sozialrecht, anwesend war, berichtete ein Berufshelfer der Beklagten, jener habe auf ein Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes hingewiesen, wonach sich die Beweglichkeit im Hüftgelenk verschlechtert habe. Zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit hatte die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie B., Sozialmedizinischer Dienst M., im Auftrag der BundesK. und nach der Untersuchung des Versicherten am 17. Juni 2003 ein Gutachten erstattet. Danach hätten die Mobilitätsbehinderungen wegen der Traumafolgen im Bereich des linken Hüftgelenkes und Beines im Vordergrund gestanden. Es habe sich eine weitgehende Versteifung des linken Hüftgelenkes, eine linksseitige Beinverkürzung und eine Hypotrophie der Muskulatur gefunden. Der Versicherte sei an die seit dem jungen Erwachsenenalter bestehende Behinderung weitgehend adaptiert gewesen, wobei mit zunehmendem Alter die grundpflegerischen Verrichtungen weitere Einschränkungen erfahren hätten. Diesbezüglich habe jedoch, abgesehen von einem gewissen Hilfebedarf, noch weitgehende Selbstständigkeit bestanden. So sei lediglich die Teilwäsche des Unterkörpers teilweise übernommen worden, sonst habe lediglich eine Unterstützung stattgefunden. Ebenso habe es sich beim Baden sowie beim An- und Entkleiden des Ober- und Unterkörpers verhalten. Zusätzlich hätten sich leichtgradige kognitive Beeinträchtigungen mit im Vordergrund stehenden Merkfähigkeits- und Zeitgitterstörungen gefunden, welche sich bislang auf die Handlungsfähigkeit und Alltagsbewältigung noch nicht wesentlich ausgewirkt hätten. Die Pflegefachkraft Sch., Sozialmedizinischer Dienst M., erstattete auf Veranlassung der BundesK. und nach der Untersuchung des Versicherten am 3. November 2003 ein weiteres Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, wonach diese zwar entsprechend der Pflegestufe I festgestellt worden sei. Die notwendige Hilfe sei jedoch weder zum Zeitpunkt der Vorbegutachtung noch zum heutigen Datum im häuslichen Bereich vom Versicherten geduldet worden. Es erfolge nach dem Tod der Ehefrau nur sporadische anleitende und hauswirtschaftliche Hilfe durch eine Nachbarin, die noch nicht das Maß entsprechend einem Hilfebedarf gemäß der Pflegestufe I erreiche. Dieser Hilfebedarf komme erst nach der Aufnahme in einem Heim zum Tragen. Daher werde die Bewilligung dieser Pflegestufe für diesen künftigen Zeitpunkt empfohlen. Wegen der zunehmenden kognitiven Fähigkeitsstörungen bei beginnender Alzheimer-Demenz seien eine Verbesserung des Zustandes und eine Verringerung des Hilfebedarfes nicht mehr möglich. Der Versicherte bewohne seit dem Tod der Ehefrau vor einigen Wochen alleine ein zweigeschossiges Zechenreihenhaus. Er könne die Treppe in die erste Etage nicht mehr bewältigen und wohne aus diesem Grund nur noch im Erdgeschoss. Sein Bett stehe im Wohnzimmer. Innerhalb dieses Bereiches müssten jedoch zur Küche und zum Badezimmer zwei Stufen überwunden werden. Das Badezimmer sei mit einer Badewanne, einer Toilette und einem Waschbecken ausgestattet. Ein Badewannenlift sei zwar vorhanden, die Benutzung werde vom Versicherten jedoch abgelehnt. Da er sich im häuslichen Bereich nicht helfen lasse, sei ein Umzug in die Nähe des Wohnortes des Sohnes nach M. geplant. Er solle dort in einer vollstationären Einrichtung wohnen.

Der Versicherte bat Ende April 2004 um Prüfung, ob die Frage der Hilflosigkeit im Sinne von § 44 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) auf der Grundlage des zwischenzeitlich sicherlich vorliegenden und von der BundesK. eingeholten Gutachtens sowie durch Befragung der ihn behandelnden Hausärztin Dr. B., Fachärztin für Allgemeinmedizin, beantwortet werden könne. Diese gab Ende Juni 2004 die Auskunft, außer den Folgen des Arbeitsunfalls, welche bereits von der Beklagten berücksichtigt worden seien, sei der Versicherte an einer Hypertonie und einer beginnenden Demenz erkrankt. Er gehe nicht mehr aus dem Haus. Hilfe beim Wechseln der Inkontinenzeinlagen sowie bei der Ganzkörperpflege sei wünschenswert. Die Folgen des Arbeitsunfalls seien zumindest eine wesentliche Teilursache seiner Hilflosigkeit. Unter Bezugnahme auf die mutmaßlich nun vorliegenden Dokumente in Form des von der BundesK. in Auftrag gegebenen Pflegegutachtens und des Befundberichtes von Dr. B. erkundigte sich der Versicherte Mitte August 2004 nach dem Sachstand.

Mit Bescheid vom 7. September 2004 lehnte die Beklagte Pflegeleistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ab. Nach Auswertung der medizinischen Unterlagen liege beim Versicherten keine Hilflosigkeit vor. Die anerkannten Unfallfolgen stellten hierfür keine wesentliche Teilursache dar. Im Vordergrund stehe eine kognitive Fähigkeitsstörung bei demenzieller Erkrankung.

Hiergegen erhob der Versicherte mit der Begründung Widerspruch, die Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 seien wesentlich teilursächlich für seine Hilflosigkeit, was seine ihn behandelnde Hausärztin Dr. B. bestätigt habe. Die Pflegefachkraft Sch. habe in ihrem Gutachten von November 2013 geschildert, wegen der Folgen des Arbeitsunfalls bestünde ein erheblicher Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege. Es verstehe sich von selbst, dass auch der Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung nicht mehr alleine bewerkstelligt werden könne. So bestehe eine Gangunsicherheit. Die Fortbewegung sei nur noch unter Zuhilfenahme eines Gehstockes möglich, mittlerweile sogar nur sehr eingeschränkt. Nach dem Gutachten sei weiter festgestellt worden, dass wegen der demenziellen Entwicklung die Einsichtsfähigkeit bezüglich pflegerischer Maßnahmen und des Hilfebedarfes nicht gegeben sei. Diese Einschränkung lasse jedoch den Hilfebedarf nicht entfallen.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 12. Januar 2005 entsprechend der Rechtsbehelfsbelehrung des Widerspruchsbescheides zurückgewiesen. Die Folgen des Arbeitsunfalls seien keine wesentliche Teilursache der fehlenden Selbsthilfefähigkeit. Vorrangig und damit pflegebegründend seien die kognitiven Fähigkeitsstörungen bei demenzieller Erkrankung. Der Versicherte leide an einer hochgradig nachlassenden Gedächtnistätigkeit mit erheblichen kognitiven Fähigkeitsstörungen bei beginnender Alzheimer-Krankheit. Wegen dieser Gesundheitsstörungen bestehe ein erheblicher Hilfe- und Anleitungsbedarf im Bereich der täglichen Körperpflege sowie bei der Zubereitung der Mahlzeiten. Der ebenfalls festgestellte und auf die Folgen des Arbeitsunfalls zurückzuführende Hilfebedarf im Bereich der Körperpflege werde durch die genannten Funktionsstörungen bei demenzieller Erkrankung in den Hintergrund gedrängt.

Hiergegen erhob der Versicherte am 20. Januar 2005 beim Sozialgericht (SG) Gießen Klage, welche mit dem Aktenzeichen (Az.) S 6 KN 8/05 U geführt wurde. Nachdem er das R.-B.-Heim in M. bezogen hatte, beauftragte das SG Gießen Dr. Sp.-F. mit der Erstattung eines orthopädischen Gutachtens. Nach der ambulanten klinischen Untersuchung des Versicherten am 13. Dezember 2005 im Pflegeheim kam

dieser zu dem Ergebnis, insgesamt gesehen sei die Pflegebedürftigkeit wegen der erheblichen Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit mit einer Unsicherheit in beiden Bereichen eindeutig und nicht strittig. Diese Funktionsstörungen seien überwiegend Folgen des Arbeitsunfalls von Ende 1947. Ein Teil der Steh- und Gehunsicherheit werde sicherlich verstärkt durch die zunehmende Demenz. Eine strenge Trennung oder Aufteilung prozentual in Unfallfolgen und demenzieller Ursache sei nicht möglich. Am Tag der Untersuchung sei der Versicherte zu Zeit und Ort orientiert gewesen. Er habe ohne Probleme seinen anwesenden Sohn, den Kläger zu 1., erkannt. Das Pflegepersonal habe angegeben, der Versicherte habe auch sehr schlechte Tage, an denen er zeitlich und örtlich desorientiert sowie nicht mehr in der Lage sei, selbstständig das Essen mund- und portionsgerecht zuzubereiten. Die unfallbedingten Gesundheitsstörungen trügen alle zur Pflegebedürftigkeit bei. Führend seien hierbei die Versteifung des linken Hüftgelenkes mit radiologisch festgestellten schweren deformierten knöchernen Veränderungen, die geringfügige Beugebehinderung im linken Kniegelenk mit zunehmender posttraumatischer Arthrose sowie die erhebliche Abmagerung der Muskulatur im linken Bein. Der Versicherte bedürfe täglicher Pflege bei der Körperhygiene, bei den verschiedenen Transfers vom Bett zur Toilette sowie zum Teil eine Begleitung bei kürzeren Ausflügen mit dem Rollator. Wegen der Unfallfolgen sei tägliche Hilfe beim Waschen, Duschen und Baden erforderlich. Nach den Angaben des Pflegepersonals benötige er wegen der zunehmenden Demenz Hilfe bei der Zahnpflege, beim Kämmen sowie bei der Blasenentleerung. Er sei inkontinent und trage Windeln. Nach Aktenlage sei nicht ersichtlich, dass die Inkontinenz Folge der schweren Beckenverletzung sei. Auszuschließen sei dies jedoch nicht. Nach der Mitteilung des Pflegepersonals sei die mundgerechte Essenszubereitung immer notwendig. Diese Einschränkung sei eher auf die Demenz zurückzuführen. Die Nahrungsaufnahme selbst erfolge demgegenüber selbstständig. Der Versicherte benötige nach den weiteren Äußerungen des Pflegepersonals Hilfe beim Aufstehen, beim Zubettgehen, beim An- und Auskleiden sowie zeitweise beim Stehen und Gehen. Treppensteigen sei nicht mehr möglich, was ebenfalls überwiegend den unfallbedingten Folgen zuzuordnen sei. Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung benötige er Hilfe, insoweit spiele wiederum der demenzielle Faktor eine ausschlaggebende Größe. Einkaufen, Reinigen der Wohnung sowie Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bedürfe ebenfalls pflegerischer Betreuung und Hilfe. Auch dies sei überwiegend Folge des Arbeitsunfalls. Beim Kochen, Spülen und Beheizen der Wohnung würde der Versicherte wohl Hilfe bedürfen. Insoweit liege die Ursache wieder eher im demenziellen Bereich. Überschlagsweise bedürfe der Versicherte etwa sechs Stunden je Tag Hilfeleistungen durch eine ausgebildete Pflegekraft, was sich bei einer nicht ausgebildeten Person auf etwa acht Stunden je Tag verlängern dürfte.

Nach den Angaben des Klägers zu 1. bestehe der erhöhte Bedarf an Pflegebedürftigkeit seit Herbst 2004, als der Versicherte in die Einrichtung des betreuten Wohnens der G. Reha-Klinik H. umgezogen sei. Nach der beratungsärztlichen Stellungnahme des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. H. von März 2006 sei das fachorthopädische Gutachten von Dr. Sp.-F. schon nach seiner Fachrichtung auf ein bestimmtes Krankheitsspektrum festgelegt gewesen. Nicht nachvollziehbar sei, warum die Unfallfolgen, die im Verlauf von fast sechzig Jahren nahezu keine Änderung erfahren hätten, die nunmehr seit Januar 2004 bestehende Pflegebedürftigkeit wesentlich habe verursachen sollen. Seit etwa 2003, also etwa zum gleichen Zeitpunkt, sei eine langsam zunehmende Demenz diagnostiziert worden. Der Gutachter habe diesen zeitlichen Aspekt völlig außer Acht gelassen. Hinzu komme, dass die für notwendig erachtete Pflege vom Versicherten im häuslichen Bereich nicht geduldet und ein Wirksamwerden erst mit Aufnahme in die Pflegeeinrichtung eingetreten sei. Auch dieser der demenziellen Erkrankung zuzuordnende Aspekt lasse sich mit den langjährig bestehenden Unfallfolgen nicht erklären.

Dr. Sp.-F. hat hierzu im Juli 2006 ergänzend Stellung genommen, wonach er ein Jahr Leitender Oberarzt einer großen Rehabilitationsklinik in Bad S. gewesen sei, weshalb ihm das Krankheitsbild der Demenz durchaus geläufig sei. Die Pflegebedürftigkeit sei wegen der erheblichen Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit sowie ob der vorhandenen Demenz absolut gegeben und nicht strittig. Ihr Hauptteil basiere jedoch auf der Unfähigkeit, selbstständig längere Zeit zu stehen oder zu gehen und die Pflege durchzuführen. Dies könne der Demenz nur teilweise angelastet werden. Eine strenge Trennung oder Aufteilung prozentual nach Unfallfolgen und demenzieller Ursache erscheine ihm auch in der aktuellen Nachschau nicht möglich.

Dr. H. führte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von Anfang August 2006 weiter aus, ein Ursachenbeitrag der Unfallfolgen an der Pflegebedürftigkeit sei nicht abzustreiten, nur seien diese nicht rechtlich wesentlich ursächlich hierfür. Der Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr. K. äußerte in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von Mitte August 2006, alleine aufgrund der Unfallfolgen liege sicherlich keine Hilflosigkeit vor. Bedingt durch die unfallunabhängigen Erkrankungen, insbesondere die Demenz, machten sich jedoch die Unfallfolgen wesentlich stärker bemerkbar, so dass die schwere Behinderung des linken Beines zumindest eine rechtlich wesentliche Teilursache für die Hilflosigkeit darstelle.

Daraufhin erklärte sich die Beklagte Ende August 2006 im Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen bereit, die Folgen des Arbeitsunfalls des Versicherten vom 19. Dezember 1947 als wesentliche Teilursache der bestehenden Pflegebedürftigkeit anzuerkennen und Leistungen gemäß [§ 44 SGB VII](#) nach Einstufung in die Kategorie IV/25 % zu gewähren.

Der Versicherte bezog sich im Schreiben vom 19. September 2006 an die Beklagte auf ein Telefonat am Vortag und wies darauf hin, dass es sich bei der Pflege in der Einrichtung des betreuten Wohnens der G. Reha-Klinik H. ab Anfang Oktober 2004 praktisch um eine vollstationäre Pflege gehandelt habe. Es werde hinsichtlich des Anerkenntnisses um klarstellende Mitteilung gebeten, ob die entstandenen Pflegekosten ab Anfang Oktober 2004 als Hauspflege und ab Anfang März 2005 als Heimpflege übernommen würden. Dem Schreiben waren Rechnungen der Trägerin der Reha-Klinik für Oktober 2004 bis Februar 2005 beigelegt, in denen für Pflegeleistungen jeweils Beträge um 1.000 EUR aufgeführt sind.

Mit Schreiben vom 9. November 2006 teilte die Beklagte im Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen mit, in Ergänzung ihres Anerkenntnisses sei sie bereit, die Pflegebedürftigkeit des Versicherten ab 6. Oktober 2004 anzuerkennen und ab diesem Zeitpunkt Leistungen nach [§ 44 SGB VII](#) zu gewähren. Die Einstufung in die Kategorie IV/25 % sei unter Berücksichtigung des gerichtlichen Gutachtens von Dr. Sp.-F. erfolgt, welches auf der Untersuchung des Versicherten am 13. Dezember 2005 fuße. Das Anerkenntnis nahm dieser am 22. November 2006 an. Anfang Dezember 2006 stellte die Beklagte klar, dass neben der teilweise anerkannten unfallbedingten Pflegebedürftigkeit die Übernahme der Kosten für eine ambulante Pflege oder Heimpflege nicht anerkannt worden sei.

Der Versicherte hatte ebenfalls am 22. November 2006 bei der Beklagten die Gewährung von Hauspflege ab 6. Oktober 2004 durch Übernahme der Kosten, welche ihm durch Pflegeleistungen in einer Einrichtung des betreuten Wohnens der G. Reha-Klinik H. entstanden waren, beantragt. Zudem begehrte er die Gewährung von Heimpflege im R.-B.-Heim in M. nach der Pflegestufe I ab 3. März 2005 und nach der Pflegestufe II ab 1. September 2006.

Bereits mit Bescheid vom 4. März 2005 hatte die BundesK. dem Versicherten Leistungen der vollstationären Pflege nach [§ 43 SGB XI](#) bewilligt. Sie garantierte ihm ab 3. März 2005 nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen und etwaiger vertraglicher Vereinbarungen die Übernahme der im Rahmen der vollstationären Pflege möglichen Leistungen. Nach Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Sozialmedizinischen Dienst sei die Einstufung des Versicherten in die Pflegestufe I erfolgt. Hiernach bestehe ein Anspruch auf Übernahme der pflegebedingten Kosten sowie der Aufwendungen für medizinische Behandlungspflege und der sozialen Betreuung im Gesamtwert von monatlich 1.023 EUR, vorausgesetzt 75 % des Heimentgeltes würden nicht überschritten. Die BundesK. teilte der Beklagten Mitte Dezember 2006 mit, der Versicherte habe sich nach dem 6. Oktober 2004 in keiner stationären Behandlung befunden.

Mit Bescheid vom 2. Februar 2007 bewilligte die Beklagte "aufgrund des vor dem SG Gießen abgegebenen Anerkenntnisses" Pflegegeld in Höhe von 25 % des Höchstsatzes von 1.180 EUR. Das Pflegegeld werde ab 6. Oktober 2004 geleistet und betrage demnach monatlich 295 EUR. Die Kosten für die häusliche Pflege und die Unterbringung in vollstationärer Pflege könnten demgegenüber nicht übernommen werden. Hiergegen erhob der Versicherte Widerspruch, den er im März 2007 damit begründete, mit dem Anerkenntnis im Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen seien die Unfallfolgen als wesentliche Teilursache der bestehenden Pflegebedürftigkeit anerkannt worden. Daher seien Leistungen nach [§ 44 SGB VII](#) zu erbringen. Diese würden, ohne besonderen Antrag, von Amts wegen nur als Pflegegeld gewährt. Mit Antrag vom 22. November 2006 seien ab 6. Oktober 2004 Leistungen der Hauspflege sowie ab 3. März 2005 Leistungen der Heimpflege begehrt worden. Versicherte könnten grundsätzlich die Pflegeart wählen. Allerdings sei die Entscheidung über die Gewährung von Haus- oder Heimpflege eine Ermessensentscheidung, bei welcher neben den Anforderungen des [§ 33](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) unter anderem die Pflegemöglichkeiten durch die Familie, die häuslichen Verhältnisse und die Möglichkeiten der Versicherten, sich selbst Hilfe zu beschaffen, zu berücksichtigen seien. Die Ablehnung der Notwendigkeit von Haus- und Heimpflege bei ihm sei demgegenüber ermessensfehlerhaft allein mit unfallunabhängigen Faktoren begründet worden.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juli 2007 zurückgewiesen. Mit dem angefochtenen Bescheid vom 2. Februar 2007 sei das im sozialgerichtlichen Verfahren beim SG Gießen angenommene Anerkenntnis ausgeführt worden. Dieses habe auch die Art und Höhe der Leistungen umfasst, welche in Kenntnis der Beteiligten von den tatsächlichen Pflegeumständen ausgesprochen und angenommen worden seien. Anhaltspunkte, dass eine Änderung hinsichtlich der Unfallfolgen gegenüber den rechtskräftigen Feststellungen eingetreten sei, lägen nach jetzigem Erkenntnisstand nicht vor. Hiergegen erhob der Versicherte beim SG Gießen Klage, welche mit dem Az. S 6 KN 99/07 U geführt wurde. Im September 2007 beantragte der Versicherte mit der Begründung die Fortsetzung des Verfahrens S 6 KN 8/05 U, die Beklagte berufe sich darauf, von dem Anerkenntnis seien auch Art und Höhe der Leistungen umfasst, weshalb offensichtlich Streit über dessen Wirksamkeit bestehe. Im Verfahren S 6 KN 99/07 U beauftragte das SG Gießen erneut Dr. Sp.-F., eine Expertise zu erstatten. Dieser führte in dem Gutachten nach Aktenlage vom 9. Oktober 2008 aus, die Heimunterbringung sei nicht ausschließlich wegen der Unfallfolgen notwendig gewesen. Das Unfallereignis liege zwischenzeitlich sechzig Jahre zurück. Der in diesem Zeitraum eingetretene natürliche Alterungsprozess sowie insbesondere die beim Versicherten aufgetretene Demenz und Inkontinenz trügen ebenfalls zur Pflegebedürftigkeit bei.

Bereits Mitte September 2007 hatte die BundesK. der Beklagten das Pflegegutachten von Dr. M., Sozialmedizinischer Dienst M., übersandt. Nach der Untersuchung des Versicherten am 8. August 2007 führte dieser aus, die Voraussetzungen der Pflegestufe II seien gegeben. Er sei allseits desorientiert in allen Qualitäten gewesen. Es habe ein deutlich reduzierter psychomotorischer Antrieb vorgelegen. Der Versicherte sei schwer aufzufordern gewesen, etwas zu tun oder bei der Pflege mitzuwirken. Die Stimmung sei mürrisch und abweisend gewesen. Das Gedächtnis habe verloren erschienen. Der Tag- und Nachtrhythmus sei indes ungestört gewesen. Es sei eine verlorene Urteils- und Geschäftsfähigkeit aufgefallen. Die Betreuung des Versicherten sei für alle Bereiche eingerichtet gewesen. Die Sprache sei undeutlich sowie die Kommunikation wegen der Wortfindungsstörungen und der Demenz eingeschränkt gewesen. Der Versicherte habe Gefahren nicht mehr adäquat erkennen und vermeiden können. Er sei auf den Heimbereich begrenzt gewesen.

Mit Bescheid vom 20. März 2009 bewilligte die Beklagte dem Versicherten - erneut - ab 6. Oktober 2004 Pflegegeld bei Einstufung der Unfallfolgen in die Kategorie IV in Höhe von 25 % des Höchstsatzes. Die Übernahme der ab Oktober 2004 entstandenen Pflegekosten als Hauspflege, die anstatt des Pflegegeldes ab 3. März 2005 beantragte Heimpflege und die Erhöhung des Pflegegeldes würden jedoch abgelehnt. Statt des Pflegegeldes könne sie auf Antrag auch Heimpflege gewähren, wenn der durch die Unfallfolgen erforderlich gewordene Pflegebedarf nicht im Rahmen der Hauspflege, die insoweit vorgehe, erbracht werden könne. Der Pflegebedarf wegen der unfallbedingten leichten Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens könne ambulant durch eine Pflegekraft sichergestellt werden. Die seit Oktober 2004 bestehende Vollpflegebedürftigkeit sei mit den Folgen des Arbeitsunfalls nicht in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen. Dies ergebe sich aus der Tatsache, dass der Versicherte nach dem Tod seiner Ehefrau im Sommer 2003 zunächst noch in seiner Wohnung und dann zum Jahreswechsel 2003/2004 in einer Einrichtung des betreuten Wohnens ohne umfassende Hilfe zurechtgekommen und erst im Herbst 2004 eine vollständige Versorgung mittels der dortigen Pflegeleistungen erforderlich geworden sei. Eine Veränderung der Unfallfolgen sei zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten gewesen. Vielmehr habe sich der Allgemeinzustand derartig verschlechtert gehabt, dass ein umfassender Pflegebedarf entstanden sei. Die Folgen des Arbeitsunfalls seien letztlich bis heute konstant geblieben. Hiermit seien die Gesichtspunkte für die Ermessensentscheidung im Hinblick auf [§ 35](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) hinreichend dargelegt worden. Aus diesem Grunde werde auch die Erhöhung des Pflegegeldes abgelehnt. Dieser Bescheid ersetze die Verwaltungsentscheidung vom 2. Februar 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Juli 2007 und gelte nach [§ 96](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) als mit angefochten.

Für das Verfahren S 6 KN 99/07 U war ab 1. Juli 2007 die 1. Kammer des SG Gießen zuständig, weshalb es fortan mit dem Az. S 1 KN 99/07 U geführt wurde. Mit Schreiben vom 30. Januar 2008 focht der Versicherte die Annahme des Anerkenntnisses für den Fall wegen arglistiger Täuschung an, dass hierdurch weitergehende Leistungen als das Pflegegeld, insbesondere die Heimpflege, ausgeschlossen seien. Bei dem außergerichtlichen Kontakt mit der Beklagten sei die Gewährung der Heimpflege natürlich nicht zugesagt worden. Da sich der Versicherte aber bereits im Heim befunden habe und bei dem Telefonat am 18. September 2006 nur Leistungen der Haus- und Heimpflege erörtert worden seien, habe dieser davon ausgehen können, dass diese bewilligt würden. Ansonsten habe kein Anlass bestanden, den Leistungszeitraum für das Pflegegeld auf Anfang Oktober 2004 zu begrenzen und daher gegebenenfalls auf weitere Zahlungen zu verzichten. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 13. November 2009 wurde auf die örtliche Unzuständigkeit des Gerichtes hingewiesen. Auf Vorschlag des SG Gießen schlossen die Beteiligten gleichwohl einen verfahrensbeendenden Vergleich des Inhalts, dass sich die Beklagte bereit erklärte, über Leistungen nach [§ 44 Abs. 5 SGB VII](#) unter Ausübung ihres Ermessens neu zu entscheiden. Im Übrigen nahm der Versicherte die Klage zurück. Das ursprüngliche Verfahren S 6 KN 8/05 U werde von diesem "nicht wieder aufgenommen".

Unterdessen hatte sich der Versicherte im Jahre 2008 wegen der Verwertung des Pflegegutachtens von Dr. M. von August 2007 durch die Beklagte an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit gewandt.

Die Beklagte zog nach dem im Verfahren S 1 KN 99/07 U beim SG Gießen geschlossenen Vergleich weitere medizinische Befundunterlagen bei. Die Ärztin für Innere Medizin Dr. Sch.-B. teilte im März 2010 mit, beim Versicherten habe sich erstmals Mitte September 2009 eine Drucknekrose im Bereich der linken Ferse gezeigt. Die Ursache des Dekubitus habe in trophischen Störungen der Altershaut gelegen, möglicherweise überlagert durch die Folgen der arteriellen Durchblutungsstörung vom Oberschenkeltyp. Während der stationären Behandlung in der Gefäß- und Endovascularchirurgie des Theresienkrankenhauses und der St. H.-Klinik in M. vom 12. bis 21. Oktober 2009 diagnostizierte der Chefarzt Dr. T. ein ausgeprägtes Fußgangrän links im Stadium IV nach Wagner bei einer nicht revaskularisierbaren peripheren arteriellen Verschlusskrankheit links, eine bekannte schwere Demenz, eine arterielle Hypertonie und eine Kontraktur der beiden unteren Extremitäten. Am 13. Oktober 2009 sei eine Oberschenkelamputation links erfolgt. Anhand der klinischen Untersuchung und des laborchemischen Befundes sei die Diagnose einer beginnenden Sepsis gestellt worden. Wegen des massiv eingeschränkten Allgemeinzustandes und der Beinkontraktur sowie der nicht revaskularisierbaren peripheren arteriellen Verschlusskrankheit sei die Amputation indiziert gewesen.

Mit Bescheid vom 14. September 2010 entschied die Beklagte, dass die Übernahme der ab Oktober 2004 entstandenen Pflegekosten als Hauspflege abgelehnt werde. Versagt werde ebenfalls die anstatt des Pflegegeldes ab 3. März 2005 beantragte Heimpflege. Nach Überprüfung der Gesamtsituation sei sie nach pflichtgemäßem Ermessen und der Maßgabe, gleichgelagerte Fälle gleich zu behandeln, zu dem Ergebnis gekommen, dass mit der Gewährung des Pflegegeldes ab 6. Oktober 2004 in Höhe von 25 % des Höchstbetrages die Pflegeleistungen abgegolten seien, die im Rahmen der Unterbringung in einer Einrichtung des betreuten Wohnens wegen der Gesundheitsstörungen, welche auf den Arbeitsunfall zurückzuführen seien, erforderlich gewesen seien. Die darüber hinausgehende fast vollständige Versorgung durch das Pflegeheim stehe in keinem ursächlichen Zusammenhang mit den Unfallfolgen. Vielmehr sei mehrfach medizinisch festgestellt worden, dass im Vordergrund der Vollpflegebedürftigkeit die fortgeschrittene Demenzerkrankung und der allgemeine Alterungsprozess mit Inkontinenz gestanden habe. Auch ohne die Unfallfolgen habe ein umfassender Pflegebedarf bestanden. Die unfallbedingte Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit stelle damit auch keine wesentliche Teilursache für die erforderliche Heimunterbringung dar. Im Rahmen des vorgegebenen Ermessens könne sie statt des Pflegegeldes auf Antrag auch Heimpflege gewähren, wenn der durch die Unfallfolgen erforderlich gewordene Pflegebedarf nicht im Rahmen der Hauspflege, die insoweit vorgehe, erbracht werden könne. Der Pflegebedarf könne wegen der unfallbedingten Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens ambulant durch eine Pflegekraft sichergestellt werden. Der Versicherte habe sich selbst für die Beschaffung der Pflege im Rahmen von Haus- und Heimpflege entschieden. Die seit Oktober 2004 bestehende Vollpflegebedürftigkeit sei mit den Folgen des Arbeitsunfalls nicht in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen, was sich auch aus der Tatsache ergebe, dass der Versicherte nach dem Tod seiner Ehefrau im Sommer 2003 zunächst noch in seiner Wohnung und dann ab dem Jahreswechsel 2003/2004 in einer Einrichtung des betreuten Wohnens ohne umfassende Hilfe zurechtgekommen und erst im Herbst 2004 eine vollständige Versorgung durch das dortige Pflegeheim erforderlich geworden sei. Da der unfallbedingte Pflegeaufwand im Verhältnis zur Gesamtsituation, welche vorwiegend durch unfallunabhängige Leiden und die persönliche Situation geprägt gewesen sei, in ihrer Bedeutung zurückgetreten sei, sei nach pflichtgemäßem Ermessen entschieden worden, das Pflegegeld zu zahlen. Die Berücksichtigung der persönlichen Verhältnisse und der Wünsche des Versicherten sei ausreichend mittels der gewährten Haus- und Heimpflege durch die BundesK. erfolgt. Gegenüber dem ebenfalls zu berücksichtigenden Gleichbehandlungsgrundsatz seien diese Umstände bei gleichem Sachverhalt in den Hintergrund getreten. Im Rahmen des Ermessensspielraumes habe sie daher nur zu dem Ergebnis kommen können, dem Versicherten Pflegegeld in Höhe von 25 % des Höchstpflegesatzes zu zahlen. Die persönlichen Verhältnisse und die Wünsche hinsichtlich der Art und des Umfangs der Pflege seien berücksichtigt und entsprechend abgewogen worden. Folglich könne eine Erstattung der Kosten wegen der Pflege in einer Einrichtung des betreuten Wohnens und der Heimunterbringung, soweit sie über die Pflegezahlung hinausgingen, nicht erfolgen. Eine Veränderung der Unfallfolgen sei zu diesem Zeitpunkt nicht eingetreten gewesen. Vielmehr habe sich der Allgemeinzustand derart verschlechtert gehabt, dass ein umfassender Pflegebedarf entstanden sei, welchen die BundesK. ausreichend befriedigt habe. Aus diesem Grund sei auch die Erhöhung des Pflegegeldes abgelehnt worden. Dieser Bescheid ersetze die Verwaltungsentscheidung vom 2. Februar 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 4. Juli 2007. Der Bescheid vom 20. März 2009 werde hiermit aufgehoben. Hiergegen erhub der Versicherte Widerspruch.

Die Beklagte beauftragte Dr. K., Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie, Vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie, Phlebologie des Katholischen Klinikums D., ein gefäßchirurgisches Gutachten nach Aktenlage zu erstatten. Dieser kam in seiner Expertise vom 24. November 2010 zu dem Ergebnis, bei dem bettlägerigen kontrakten dementen Versicherten in einem reduzierten Allgemeinzustand habe keine Indikation zur invasiven Gefäßdarstellung oder gefäßchirurgischen Revaskularisation bestanden. Bei der klinischen Untersuchung hätten nur die Leistenpulsationen beidseits getastet werden können, so dass von einer langjährigen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit auszugehen sei. Das Auftreten von gangränösen Läsionen am Fuß sei ursächlich auf die arterielle Verschlusskrankheit, aggraviert durch Bettlägerigkeit des Versicherten, zurückzuführen. Ein Zusammenhang mit den Folgen des 63 Jahre zurückliegenden Arbeitsunfalls, im Rahmen dessen keine Gefäßschäden entstanden seien, sei nicht zu erkennen. Mit Bescheid vom 26. Januar 2011 lehnte die Beklagte die Feststellung eines Rechts auf eine höhere Rente als nach einer MdE von 40 v. H. ab. Unabhängig der Folgen des Arbeitsunfalls lägen die Oberschenkelamputation links infolge einer arteriellen Verschlusskrankheit und dadurch verursachte gangränöse Läsionen am linken Fuß vor.

Den Widerspruch gegen den Bescheid vom 14. September 2010 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 16. Februar 2011 zurück. Unter Berücksichtigung aller ihr bekannten Umstände, der Feststellungen in dem Pflegegutachten von Anfang November 2003, wonach sich die Pflegebedürftigkeit bereits aufgrund kognitiver Fähigkeitsstörungen bei demenzieller Erkrankung auch ohne die Unfallfolgen ergeben habe, und der Tatsache, dass Leistungen der vollstationären Pflege von der BundesK. bewilligt worden seien, habe sie nach ausführlicher Abwägung, insoweit werde zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Begründung des angefochtenen Bescheides verwiesen, die Gestellung einer Pflegekraft und die Erbringung der erforderlichen Hilfe in einer geeigneten Einrichtung statt des Pflegegeldes abgelehnt. Aus der Widerspruchsbegründung hätten sich keine neuen ermessensrelevanten Anhaltspunkte ergeben.

Am 16. März 2011 hat der Versicherte beim SG Mannheim Klage erhoben, welche nach dessen Tod seine Kinder, M. M. als Kläger zu 1. und K. F. als Klägerin zu 2., fortgeführt haben. Sie haben vorgetragen, die Voraussetzungen der Sonderrechtsnachfolge lägen nicht vor, das Verfahren werde von ihnen demgegenüber als gesetzliche Erben weitergeführt. Die von der Beklagten begehrten Leistungen seien dem

Versicherten zu Lebzeiten nicht gewährt worden, weswegen er, der Kläger zu 1., in Vorleistung getreten sei. Trotz der Leistungen durch die BundesK. sei ein erheblich überschießender Anteil verblieben, welchen der Versicherte zu tragen gehabt habe. Anfang Januar 2014 haben die Kläger Verzögerungsrüge erhoben und schließlich beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg im Verfahren [L 2 SF 3221/14 EK](#) die Zahlung einer Entschädigung wegen überlanger Verfahrensdauer in Höhe von 2.400 EUR verfolgt. Diese Entscheidungsklage ist mit Urteil vom 21. Januar 2015 abgewiesen worden.

In der mündlichen Verhandlung beim SG Mannheim am 27. Februar 2014 haben die Kläger zuvor begehrt, unter Aufhebung der angefochtenen Verwaltungsentscheidung die Beklagte zu verurteilen, ihnen die Aufwendungen des Versicherten für die Haus- und Heimpflege aus der Zeit vom 6. Oktober 2004 bis 6. Juni 2011 zu erstatten, hilfsweise diese zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Das SG Mannheim hat mit Urteil vom selben Tag den Bescheid vom 14. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011 hinsichtlich der Ablehnung des Antrages auf Heimpflege für die Zeit vom 22. November 2006 bis 6. Juni 2011 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, über das zugrundeliegende entsprechende Begehren unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Im Übrigen ist die Klage abgewiesen worden. Der Beklagten sind ein Drittel der außergerichtlichen Kosten der Kläger auferlegt worden. Die geltend gemachten Ansprüche seien wegen [§ 59 Satz 2 SGB I](#) nicht erloschen. Die Klage sei indes nur in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung komme eine Umwandlung des Anspruches auf Sachleistung in einen solchen auf Kostenerstattung oder -freistellung in Betracht. Die Gestellung einer Pflegekraft und die Heimpflege anstelle des Pflegegeldes setzten einen Antrag voraus. Dieser könne alternativ auf eine der beiden Leistungsarten oder nur auf eine einzige gerichtet sein. In Anwendung dieser Grundsätze hätten die Kläger für die Zeit vom 6. Oktober 2004 bis 21. November 2006 weder Anspruch auf Kostenerstattung für die in Anspruch genommene Haus- und Heimpflege noch auf eine erneute Bescheidung durch die Beklagte. Denn hinsichtlich dieses Zeitraumes fehle es an einem nach [§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#) für die entsprechende Leistungsgewährung erforderlichen Antrag des Versicherten. Ein solcher sei erst am 22. November 2006 gestellt worden. Soweit er mit Schreiben vom 19. September 2006 von der Beklagten die Klärung des Leistungsbeginnes begehrt und dabei zur Klarstellung des zuvor im Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen abgegebenen Anerkenntnisses um Mitteilung gebeten habe, ob ab Oktober 2004 Hauspflege und ab März 2005 Heimpflege übernommen würden, handele es sich nicht um einen Antrag in diesem Sinne. Der anwaltlichen Bitte lasse sich kein verbindlicher und unbedingter Wille zur Umgestaltung der Pflegeleistung, sondern, unter Berücksichtigung des vorangegangenen Anerkenntnisses der Beklagten und des Hinweises des Klägers zu 1. als Bevollmächtigtem des Versicherten darauf, dass ein Anspruch auf Pflegegeld mit der Klage nicht weiterverfolgt werde, lediglich der Charakter eines Vergleichsvorschlages beimessen. Der Anspruch der Kläger auf Erstattung der danach allein noch in Frage kommenden Kosten für die Heimpflege in der Zeit vom 22. November 2006 bis 6. Juni 2011 bestehe nicht. Denn bei der Entscheidung über die Gewährung von Heimpflege anstelle des Pflegegeldes sei das Ermessen der Beklagten nicht auf Null reduziert gewesen. Es sei nicht nur eine Bewilligung von Heimpflege in Betracht gekommen. Insbesondere ergebe sich eine solche Ermessensbindung der Beklagten nicht bereits daraus, dass beim Versicherten ab 6. Oktober 2004 unstreitig Hilflosigkeit auch infolge des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 vorgelegen habe. Denn deren Vorliegen sei tatbestandliche Voraussetzung für die Gewährung sämtlicher Leistungen des [§ 44 SGB VII](#), also nicht nur für die Gewährung von Haus- und Heimpflege, sondern auch für die Bewilligung von Pflegegeld. Nachdem der Gesetzgeber auf der Rechtsfolgenseite trotz Vorliegens von Hilflosigkeit infolge des Versicherungsfalls lediglich die Gewährung von Pflegegeld bindend vorgeschrieben und die Bewilligung von Haus- oder Heimpflege nach entsprechender Antragstellung in das Ermessen der Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung gestellt habe, scheide eine Ermessensreduktion auf Null allein wegen des Vorliegens einer unfallbedingten Hilflosigkeit aus. Der Hinweis der Kläger auf das Alles-oder-Nichts-Prinzip berücksichtige nicht, dass dieses im Wesentlichen Kausalitätsfragen betreffe und im Falle des Versicherten bereits bei der Bejahung von unfallbedingter Hilflosigkeit zum Tragen gekommen sei. Die Anwendung dieses Prinzips auf der Rechtsfolgenseite schliesse im Übrigen eine vom Gesetzgeber in [§ 44 Abs. 5 SGB VII](#) angeordnete Ermessensentscheidung der Sozialleistungsträgerin ebenso aus, wie eine gleichfalls gesetzlich vorgesehene Abstufung des Pflegegeldes oder auch der Verletztenrente je nach Schwere der Unfallfolgen. Eine Ermessensreduktion auf Null ergebe sich, bezogen auf den maßgeblichen Zeitraum ab 22. November 2006, auch nicht mit Blick auf die Ursache der erforderlichen Heimpflege. Denn der Versicherte sei nach der Einschätzung von Dr. Sp.-F., welcher am 13. Dezember 2005 die dem genannten Datum zeitlich am nächsten liegende Untersuchung durchgeführt habe, zwar wegen der Unfallfolgen pflegebedürftig gewesen. Indes sei die Heimunterbringung nach seiner Einschätzung nicht ausschließlich wegen der Unfallfolgen notwendig geworden. Den unfallbedingten Gesundheitsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet, insbesondere der Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit, habe mit punktuellen Pflege- oder Unterstützungsleistungen, gegebenenfalls auch außerhalb des vom Versicherten in der Vergangenheit bewohnten Hauses, begegnet werden können. Demgegenüber habe die deutliche Demenz mit eingeschränkter Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme und Ausbildung einer Inkontinenz nebst bereits im November 2003 vorhandenen Orientierungsstörungen sowie der fehlenden Fähigkeit, in jedem Falle adäquat seine notwendigen Bedürfnisse wahrzunehmen und entsprechend zu handeln, eine Heimunterbringung nahegelegt. Sei das Ermessen der Beklagten nach alledem zwar nicht zugunsten des Begehrens des Versicherten auf Null reduziert gewesen, sei die von ihr getroffene Entscheidung gleichwohl fehlerhaft und aufzuheben. Zwar habe sie im insoweit allein maßgeblichen Bescheid vom 14. September 2010 die widerstreitenden Interessen zunächst abgewogen. Allerdings habe sie die individuelle Höhe der Kosten der Heimpflege nicht in ihre Erwägungen eingestellt und damit einen wichtigen Belang bis zuletzt nicht ausreichend berücksichtigt, so dass die Ermessensentscheidung bereits deshalb unvollständig und mithin fehlerhaft sei. Unabhängig davon sei sie im Anschluss an die Abwägung davon ausgegangen, sie habe nur zu dem Ergebnis kommen können, dem Versicherten Pflegegeld in Höhe von 25 % des Höchstpflegesatzes zu zahlen. Dies sei nicht zutreffend, da in Ansehung der abgewogenen und abzuwägenden Interessen auch zugunsten der Beklagten keine Ermessensreduktion auf Null vorliege. Die Argumentation verdeutliche, dass sie von einer nicht bestehenden Bindung ihres Ermessens ausgegangen sei, so dass sie dieses unterschritten habe. Bei ihrer erneuten Entscheidung werde sie die individuelle Höhe der Kosten der Heimpflege in ihre Erwägungen einzustellen haben. Weiter habe sie zu berücksichtigen, dass sie unter Abwägung der angeführten Umstände des Einzelfalles und der Zweckmäßigkeit einer anderen Pflegeleistung als derjenigen des Pflegegeldes zur Bewilligung von Heimpflege kommen könne, obwohl die Unfallfolgen nicht für sich allein die Heimunterbringung bedingten. Im Hinblick auf diesen Aspekt könne sie gleichwohl finanzielle Erwägungen in ihre Ermessensentscheidung einbeziehen und insoweit darauf abstellen, dass die im Vergleich zum Pflegegeld höheren Kosten der Heimpflege nicht allein durch die Unfallfolgen aufgetreten seien.

Gegen die dem Kläger zu 1. als Beteiligtem und Bevollmächtigtem der Klägerin zu 2. am 19. März 2014 zugegangene Entscheidung haben die Kläger am 17. April 2014 beim LSG Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Die Beklagte hat am 30. Juni 2014 Anschlussberufung erhoben.

Die Kläger haben am 31. Oktober 2014 beim SG die Vollstreckung aus dem Urteil vom 27. Februar 2014 begehrt. Der Antrag ist mit Beschluss des SG Mannheim vom 26. November 2014 abgelehnt worden. Auf die Beschwerde der Kläger hat das LSG Baden-Württemberg

im Verfahren L 6 U 5023/14 B mit Beschluss vom 25. Mai 2016 die Entscheidung des SG Mannheim aufgehoben und der Beklagten unter Androhung eines Zwangsgeldes von 500 EUR aufgegeben, der im Urteil des SG Mannheim auferlegten Verpflichtung bis 31. August 2016 nachzukommen. Mit Bescheid vom 23. August 2016 hat sie den Antrag auf Heimpflege ab 22. November 2006 gegenüber den Klägern abgelehnt und ausgeführt, dass er die Verwaltungsentscheidung vom 14. September 2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011 ersetze, soweit die Ablehnung der Erstattung von Heimpflege ab 22. November 2006 betroffen sei und gemäß [§ 96 SGG](#) als im Berufungsverfahren mit angefochten gelte.

Hiergegen haben die Kläger am 17. September 2016 mit der Begründung Widerspruch erhoben, die erneute Verwaltungsentscheidung sei wiederum ermessensfehlerhaft. Sie stütze sich im Wesentlichen auf Kausalitätserwägungen, die einer Ermessensausübung nicht zugänglich seien. Die Feststellungen in den beiden Pflegegutachten aus dem Jahre 2003 seien fehlerhaft. Die bestehende erhebliche Sturzgefahr im eigenen Haushalt habe nicht auf irgendwelche kognitiven Einschränkungen zurückgeführt werden können, sondern sei einzig Unfallfolge. Im laufenden Gerichtsverfahren sei die damalige Pflegefachkraft hierzu als Zeugin benannt worden. Unzutreffend sei, dass die Beklagte nach der Unterbringung des Versicherten in der Einrichtung des betreuten Wohnens die Gesamtsituation überprüft habe. Ein Mitarbeiter sei nicht an dessen Aufenthaltsort gewesen. Dr. B. habe demgegenüber im Befundbericht von Juni 2006 festgehalten, dass die bestehende Hilflosigkeit als unfallbedingte wesentliche Teilursache anzusehen sei. Das ab 6. Oktober 2004 gezahlte Pflegegeld habe die unfallbedingt erforderlichen Pflegeleistungen nicht kompensieren können, wie die im Zeitraum von Oktober 2004 bis zur Heimaufnahme im März 2005 angefallenen Kosten durch die Versorgung des dort angegliederten Pflegeheimes zeigten. Allein die Kosten für eine hauswirtschaftliche Versorgung hätten die Höhe des Pflegegeldes bei Weitem überschritten. Dabei wären die Kosten noch höher ausgefallen, wenn die Versorgung über externe Dienstleistende und nicht im Wesentlichen durch das angegliederte Pflegeheim und ihn, den Kläger zu 1., sichergestellt worden wäre. Das Gutachten von Dr. Sp.-F. von Oktober 2008 entkräfte die Behauptungen, dass die im Pflegeheim erforderliche, über dieses Maß hinausgehende Vollpflegebedürftigkeit in keinem ursächlichen Zusammenhang mit den Folgen des Arbeitsunfalls gestanden, der Anteil der Hilfsbedürftigkeit durch die Unfallfolgen eine Heimpflege nicht erforderlich gemacht sowie die Notwendigkeit von Haus- und Heimpflege unabhängig davon bestanden habe. Die von der Beklagten angeführte anderweitige Kostendeckung sei kein Ermessensaspekt bei der Frage der Gewährung von Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung. Der von ihr herangezogene Monat Mai 2011 zeige überdies anschaulich, dass keine anderweitige ausreichende Kostendeckung vorhanden gewesen sei. In der Berechnung fehlten die Ausgaben für ein monatliches Taschengeld, aus dem die Kosten für Friseur, Nagelpflege oder Pflegeprodukte bestritten worden seien, für Zuzahlungen wegen verordneter Arzneien, für Aufwendungen in Bezug auf nicht verschreibungspflichtige Medikamenten sowie für anderweitige Kosten wegen einer Reparatur des Rasierapparates oder der Anschaffung einer neuen Brille.

Die Kläger tragen im Berufungsverfahren im Wesentlichen vor, erst mit der Gewährung von Pflegegeld habe die Beklagte die Hilflosigkeit des Versicherten anerkannt. Die Entscheidung über die Höhe des Pflegegeldes beziehungsweise die Haus- oder Heimpflege habe daher frühestens mit der Feststellung der Hilflosigkeit erfolgen können. Ein früherer Antrag auf Haus- oder Heimpflege habe folglich keinen Sinn gemacht, als noch nicht einmal über den Grundanspruch auf Pflegeleistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung entschieden gewesen sei. Erst ab diesem Zeitpunkt müsse ein entsprechender Antrag vorliegen. Im Übrigen sei das Anerkenntnis nur unter der Bedingung angenommen worden, dass Haus- und Heimpflege gewährt würden. Insoweit sei in dem Schreiben vom 19. September 2006 auf ein Telefonat Bezug genommen worden, welches mit dem Mitarbeiter L. der Beklagten am Tag zuvor geführt worden sei. Das Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen sei darüber hinaus nicht mit dem Ziel der Gewährung von Pflegegeld nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung geführt worden, sondern im Hinblick auf die Bewilligung von Haus- und Heimpflege. Der Erstattungsanspruch stütze sich auf die entsprechende Anwendung von [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Es könne nicht einerseits die Anspruchsgrundlage in dieser Norm gesehen werden, weil die Sozialleistungsträgerin rechtswidrig Hauptleistungen versagt habe, und andererseits für die selbst beschafften Leistungen ein unterbliebener Antrag bemängelt werden. Wegen der fehlenden Pflegemöglichkeiten durch die Familie, der örtlichen und häuslichen Verhältnisse, des Bedarfs und der Leistungsfähigkeit des Versicherten, der nicht gegebenen Möglichkeit der Selbstbeschaffung sowie seiner persönlichen Verhältnisse sei dessen Wunsch, auch im Hinblick auf die Kosten der Betreuung und Pflege zu Hause, nicht unangemessen gewesen. Weiter sei nachvollziehbar, dass er die weitere Pflege in einem Pflegeheim habe durchführen lassen wollen. Allein, dass keinerlei Pflegemöglichkeiten durch die Familie zur Verfügung gestanden hätten sowie der Versicherte über vierzig Jahre von seiner verstorbenen Ehefrau gepflegt und betreut worden sei, habe das Ermessen unter Berücksichtigung der Vorgaben des [§ 33 SGB I](#) auf Null reduzieren lassen. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der Haus- und Heimpflege sei durch die Demenzerkrankung des Versicherten nicht berührt worden. Ohnehin seien zum Zeitpunkt der beginnenden Hauspflege Anfang Oktober 2004 und der Heimaufnahme im Frühjahr 2005 keine demenzbedingten Einschränkungen belegt, welche die Ermessensgesichtspunkte für die Haus- und Heimpflege hätten in den Hintergrund treten lassen können. Bei der hinzutretenden Demenzerkrankung habe es sich um den typischen fortschreitenden Krankheitsverlauf bei einer solchen Gesundheitsstörung gehandelt. Gerade die demenzbedingte Uneinsichtigkeit habe im Laufe der Zeit eine erhebliche Gefährdung des Versicherten bedeutet, als dieser wegen der ständigen Sturzgefahr nicht mehr die Notwendigkeit habe erkennen können, ständig einen Notrufsender mit sich zu führen. Dies habe bei der Ermessensprüfung ebenfalls berücksichtigt werden müssen, wobei unerheblich sei, weshalb die mangelnde Einsichtsfähigkeit bestanden habe. Bei einem Sturz mit Verschlimmerung der Unfallfolgen wären diese auch als Folgeschaden gewertet worden. Dies zeige, dass Gesichtspunkte, inwieweit durch ein Hinzutreten von Erkrankungen der Umfang der Pflegebedürftigkeit erweitert worden sei, Kausalitätsüberlegungen beträfen, nicht aber das Ermessen. In Bezug auf die pflegerischen Leistungen verfolgten sie nur die Erstattung der unfallbedingten Kosten, also nicht für Frühstück und Abendessen oder die Hilfestellung bei der Einnahme der Medikamente.

Die Kläger beantragen (teilweise sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Februar 2014 teilweise aufzuheben und den Bescheid vom 14. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihnen die Aufwendungen von H. M. für die Hauspflege vom 6. Oktober 2004 bis 2. März 2005 und die Heimpflege vom 3. März 2005 bis 6. Juni 2011 zu erstatten, hilfsweise diese umfassend zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu bescheiden, sowie deren Anschlussberufung zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Februar 2014 teilweise aufzuheben und die Klage umfassend abzuweisen sowie die

Berufung der Kläger zurückzuweisen.

Sie trägt im Wesentlichen vor, bei der begehrten Haus- und Heimpflege handele es sich um Sachleistungen, welche nach dem Tod des Versicherten nicht mehr erbracht werden könnten. Hinsichtlich des von den Klägern angeführten Telefonats werde auf das Schreiben des Klägers zu 1. vom 30. Januar 2008 verwiesen, wonach er selbst davon ausgegangen sei, dass bei dem außergerichtlichen Kontakt mit ihr keine Zusage der Gewährung einer Heimpflege gegeben worden sei. Das Klagebegehren sei insgesamt unbegründet, weshalb sie erstinstanzlich zu Unrecht verurteilt worden sei. Im Falle der nachträglichen Gewährung von Haus- oder Heimpflege wäre zu beachten, dass die Bewilligung von Pflegegeld rückwirkend entfielen, bei Heimpflege zudem, dass die Verletztenrente bis zur Hälfte gekürzt werden könne und die Trägerin der sozialen Pflegeversicherung einen Erstattungsanspruch geltend machen würde.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt und diese Erklärung bis zuletzt aufrechterhalten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen, einschließlich der Akten des LSG Baden-Württemberg [L 2 SF 3221/14 EK](#) und L 6 U 5023/14 B, die Akten des SG Gießen S 6 KN 8/05 U und S 1 KN 99/07 U sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (3 Bände) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Kläger, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist form- und fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden sowie im Übrigen zulässig, insbesondere statthaft ([§ 143](#), [§ 144 Abs. 1 SGG](#)), aber unbegründet. Demgegenüber ist die zulässige Anschlussberufung der Beklagten begründet.

Das SG Mannheim hat die mit dem Hauptantrag in Form der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#), vgl. zur Klageart BSG, Urteil vom 2. September 2014 - [B 1 KR 3/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 28 Nr. 8, Rz. 9) zuletzt verfolgte Kostenerstattung wegen der Hauspflege vom 6. Oktober 2004 bis 2. März 2005 und der Heimpflege vom 3. März 2005 bis 6. Juni 2011 zu Recht als unbegründet angesehen. Auf die Kläger als gesetzliche Erben des Versicherten ist im Wege der Gesamtrechtsnachfolge ([§ 1922](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB) kein Anspruch hierauf übergegangen. Die insoweit angefochtene und mit Bescheid vom 14. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011 noch gegenüber dem Versicherten getroffene Verwaltungsentscheidung ist rechtmäßig und verletzt diesen nicht in seinen Rechten. Soweit die Kläger mit dem Hilfsantrag die Verpflichtung der Beklagten begehren, sie hinsichtlich der Gewährung von Haus- und Heimpflege gegenüber dem Versicherten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu bescheiden, ist die Klage mangels einer entgegenstehenden Regelung zur Haus- und Heimpflege als Dienst- oder Sachleistungen ob der fehlenden Klagebefugnis im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) unzulässig. Zudem ist sie unbegründet, da Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Versicherten als Berechtigten erloschen sind ([§ 59 Satz 1 SGB I](#)). Demzufolge hätte das SG Mannheim der Klage nicht teilweise stattgeben dürfen, sondern sie umfassend abweisen müssen. Daher ist die zulässige unselbstständige Anschlussberufung der Beklagten - eine eigenständige Berufung wäre wegen Versäumung der Berufenungsfrist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) unzulässig - im Sinne des [§ 202 SGG](#) in Verbindung mit [§ 524](#) Zivilprozessordnung (ZPO; vgl. zu den Voraussetzungen Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 143 Rz. 5 ff.), die sich auf denselben Streitgegenstand wie die Hauptberufung bezieht und für die ohnehin keine Beschwer erforderlich wäre (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 23. Februar 1966 - [2 RU 103/65](#) -, [BSGE 24, 247](#) (249), Urteil des Senats vom 19. Oktober 2015 - [L 6 VG 4549/14](#) -, juris, Rz. 38), begründet.

Gegenstand des Berufungsverfahrens sind das Urteil des SG Mannheim vom 27. Februar 2014 und der Bescheid vom 14. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011, mit dem die Beklagte gegenüber dem Versicherten die Kostenerstattung wegen der Hauspflege vom 6. Oktober 2004 bis 2. März 2005 und der Heimpflege vom 3. März 2005 bis 6. Juni 2011, für die Zeit nach Erlass der letzten Behördenentscheidung, also des abgeschlossenen Vorverfahrens, bis zum Tod des Versicherten in Form der Kostenfreistellung (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2014 - [B 1 KR 11/13](#) -, SozR 4-2500 § 13 Nr. 32, Rz. 16 m. w. N.; Schifferdecker, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juni 2016, [§ 13 SGB V](#), Rz. 100), abgelehnt hat. Dabei ist Maßstab der Auslegung der Empfängerhorizont verständiger Beteiligten, die die Zusammenhänge berücksichtigen, welche die Behörde nach ihrem wirklichen Willen ([§ 133 BGB](#)) erkennbar in ihre Entscheidung einbezogen hat (vgl. BSG, Urteil vom 29. Januar 2008 - [B 5a/5 R 20/06 R](#) -, [BSGE 100, 1](#), (2) m. w. N.; Urteil des Senats vom 30. Juli 2015 - [L 6 U 3058/14](#) -, juris, Rz. 53). Mit dem Bescheid vom 14. September 2010 hat die Beklagte einerseits gegenüber dem Versicherten entschieden, dass die Übernahme der ihm ab Oktober 2004 entstandenen Pflegekosten als Hauspflege abgelehnt wird, also dieser kein Recht auf Erstattung dieser Aufwendungen hat, die ihm durch pflegerische Leistungen in der Einrichtung des betreuten Wohnens der G. Reha-Klinik H. entstanden sind. Obwohl sie im Verfügungstenor weiter aufgenommen hat, dass die beantragte Heimpflege anstatt des Pflegegeldes ab Anfang März 2005 versagt wird, und ausführliche, die Rechtsfolgenseite betreffende Ermessenserwägungen vorgenommen worden sind, allerdings die Beklagte daraus den Schluss zog, dass eine Erstattung der Pflegekosten im betreuten Wohnen bis zur Heimunterbringung nicht erfolgen kann, hat sie andererseits erkennbar nur geregelt, dass auch wegen der Unterbringung im R.-B.-Heim in M. kein Recht des Versicherten auf Kostenerstattung beziehungsweise für die Zukunft Kostenfreistellung besteht. Sämtliche Kosten der Haus- und Heimpflege, Letztere auf der Grundlage des Heimvertrages vom 3. März 2005, sind dem Versicherten selbst entstanden. Soweit der Kläger zu 1. vorgetragen hat, in Vorleistung getreten zu sein, hat er ersichtlich die Leistung für diesen bewirkt ([§ 267 Abs. 1 Satz 1 BGB](#)). Dem von den Klägern geltend gemachten übergegangenen Anspruch des Versicherten auf Kostenerstattung steht die angefochtene Verwaltungsentscheidung entgegen, weil sie das SG nicht aufgehoben hat. Der Bescheid vom 23. August 2016 ist demgegenüber nicht wie von der Beklagten angenommen nach [§ 96](#), [§ 153 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden, da er aufgrund des Beschlusses des Senats vom 25. Mai 2016 im Verfahren L 6 U 5023/14 B als bloßer Ausführungsbescheid im Sinne einer vorläufigen Regelung dem ergangenen erstinstanzlichen Urteil Rechnung getragen hat (vgl. BSG, Beschluss vom 6. Januar 2003 - [B 9 V 77/01 B](#) -, juris, Rz. 5). Die gerichtliche Nachprüfung richtet sich grundsätzlich nach der Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung (Keller, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, 54 Rz. 34); wird eine solche nicht durchgeführt, zu demjenigen der Entscheidung.

Die Kläger sind prozessführungsbefugt, da sie Rechtsnachfolger des Versicherten hinsichtlich des geltend gemachten Anspruches auf Kostenerstattung aus der entsprechenden Anwendung von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind und dieser keinem Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56](#), [§ 57 SGB I](#) zusteht. Soweit fällige Ansprüche auf Geldleistungen gemäß [§ 58 Satz 1 SGB I](#) nicht nach diesen Normen einem

Sonderrechtsnachfolger zustehen, werden sie nach den Vorschriften des BGB vererbt. Bei dem geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung handelt es sich um einen fälligen Anspruch auf laufende Geldleistungen. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist dieses Begehren auf diese Art der Leistung gerichtet (vgl. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) -, BSGE 111, 137 (139 f.) m. w. N.). Bestand ein Kostenerstattungsanspruch, war er nach [§ 41 SGB I](#) mit seinem Entstehen fällig. Sonderrechtsnachfolge trat nicht ein, da die Ehefrau des Versicherten bereits am 12. Juli 2003 verstorben war und die Kläger zur Zeit seines Todes am 6. Juni 2011 mit ihm nicht mehr in einem gemeinsamen Haushalt lebten. Andere Personen kommen vorliegend als Sonderrechtsnachfolger nicht in Betracht. Die Kläger als gesetzliche Erben ([§ 1924 Abs. 1](#), [§ 1930 BGB](#)) rückten im Wege der Universalsukzession ([§ 1922 BGB](#)) als Anspruchsinhaber in die Stellung des Versicherten ein, da dieser keinen Erben durch Verfügung von Todes wegen bestimmte. Schließlich steht dem von den Klägern erhobenen Anspruch auch nicht die Vorschrift des [§ 59 Satz 2 SGB I](#) entgegen. Danach erlöschen Ansprüche auf Geldleistungen, wenn sie im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten weder festgestellt sind noch ein Verwaltungsverfahren über sie anhängig ist. Zwar stellte die Beklagte mit dem Bescheid vom 14. September 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Februar 2011 fest, dass der Versicherte kein Recht auf Kostenerstattung wegen der Haus- und Heimpflege hat, wohingegen dieser erst am 6. Juni 2011, also nach abgeschlossenem Vorverfahren, verstarb. Diese Bescheide sind aber von ihm rechtzeitig mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage angefochten worden. Dadurch blieb das Verwaltungsverfahren anhängig, es endet demgegenüber erst im Sinne dieser Vorschrift, wenn der angefochtene Verwaltungsakt unanfechtbar geworden ist (vgl. BSG, Urteil vom 11. August 1992 - [1 RK 46/91](#) -, [SozR 3-2500 § 53 Nr. 1](#), S. 2), was wegen des anhängigen Berufungsverfahrens immer noch nicht der Fall gewesen ist.

Die Deutsche Rentenversicherung K.-B.-S. als Rechtsnachfolgerin der Bundesknappschaft war nicht notwendig beizuladen. Die Beiladung ist nach der hier allein in Betracht kommenden ersten Alternative des [§ 75 Abs. 2 SGG](#) notwendig, wenn an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt sind, dass die Entscheidung ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann. Dieser Fall der notwendigen Beiladung setzt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Identität des Streitgegenstandes im Verhältnis zwischen den Beteiligten und Dritten voraus (BSG, Urteil vom 23. November 1992 - [12 RK 29/92](#) -, [BSGE 71, 237](#) (238) m. w. N.). Diese besteht hier nicht. Der Rechtsstreit zwischen den Klägern als Rechtsnachfolger des Versicherten und der beklagten Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung wegen der Erstattung der Kosten für die Haus- und Heimpflege beschränkt sich auf das Rechtsverhältnis zwischen diesen Beteiligten und berührt die Rechte der Deutschen Rentenversicherung K.-B.-S., die in dieser Funktion als leistungspflichtige Anspruchsgegnerin nicht in Betracht kommt, nicht.

Eine Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen, vorliegend der Haus- und Heimpflege, findet im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung allein unter den Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) statt (vgl. BSG, Urteil vom 24. Februar 2000 - [B 2 U 12/99 R](#) -, [SozR 3-2200 § 567 Nr. 3](#), S. 12 zur Heilbehandlung und Rehabilitation). Danach kommt eine Kostenerstattung einer selbstbeschafften Leistung, worunter verstanden wird, dass der primäre Beschaffungsweg als Sach- oder Dienstleistung verlassen wird (vgl. Noftz, in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB V, Stand: Dezember 2015, § 13 Rz. 43), nur dann in Betracht, wenn die Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Zusätzlich muss ein Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung begründenden Umstand, bei der ersten Alternative dem Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung und bei der zweiten der rechtswidrigen Ablehnung, und dem Nachteil der Versicherten, der Kostenlast, bestehen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) dient auch im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung als Anspruchsgrundlage, da eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung oder -freistellung vorliegt, welche diese Norm sachgerecht ausfüllt (BSG, a. a. O.; vgl. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19. August 2008 - [L 9 U 4704/06](#) -, juris, Rz. 34). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) will den Versicherten die Möglichkeit eröffnen, eine von den Sozialversicherungsträgerinnen geschuldete, aber als Sach- oder Dienstleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen. Die Befolgung des Sach- und Dienstleistungsprinzips wird dadurch abgesichert, dass eine Kostenerstattung nur dann erfolgt, wenn eine Versorgungslücke vorhanden ist ("Systemversagen"). [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist eine abschließende Regelung des auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsanspruches im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, [BSGE 99, 180](#) (182)), speziell auch bei pflegerischen Leistungen (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2005 - [B 3 KR 9/04 R](#) -, [BSGE 94, 192](#) (197)), und entsprechend im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung (Urteil des Senats vom 21. Mai 2015 - [L 6 U 4698/14](#) -, juris, Rz. 29). Die Kostenerstattung hat den Zweck, Versicherte so zu stellen, wie sie bei Gewährung einer Sach- oder Dienstleistung stehen würden. Sie erfasst daher nur Kosten, die Versicherten bei systemischer Leistungserbringung nicht entstanden wären (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, [BSGE 99, 180](#) (182)). Der Kostenerstattungsanspruch hängt folglich davon ab, dass die Versicherten einen Primäranspruch auf die entsprechende Sach- oder Dienstleistung gehabt haben (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 16/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 31 Nr. 9](#), Rz. 13 m. w. N.). Der Kostenerstattungsanspruch kann die Grenzen des Leistungssystems nicht erweitern, sondern setzt einen Leistungsanspruch voraus (vgl. BSG, Urteil vom 2. September 2014 - [B 1 KR 11/13 R](#) -, [SozR 4-2500 § 13 Nr. 32](#), Rz. 26). Nicht Art und Umfang der Leistung ändern sich, zugelassen wird lediglich die Selbstschaffung der Leistung (Schifferdecker, a. a. O., Rz. 64).

Die Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind vorliegend nicht gegeben. Die Haus- und Heimpflege stellten beim Versicherten keine unaufschiebbaren Leistungen im Sinne der ersten Alternative dar; aber auch eine unrechtmäßige Leistungsablehnung durch die Beklagte im Sinne der zweiten Alternative liegt nicht vor. Für die Zeit vom 6. Oktober 2004 bis 21. November 2006 fehlt es bereits an der erforderlichen Antragstellung nach [§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#), der wegen [§ 214 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB VII](#) Anwendung findet, obwohl sich der Arbeitsunfall vor Inkrafttreten des SGB VII am 1. Januar 1997 (Art. 36 Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz (UVEG), [BGBl I 1996, S. 1254](#)) ereignete. In der Zeit ab 22. November 2006 bis zum Tod des Versicherten war der Aufenthalt im R.-B.-Heim in M., einem Pflegeheim, nicht wegen einer infolge des Arbeitsunfalls am 19. Dezember 1947 eingetretenen Hilflosigkeit erforderlich.

Kostenerstattung für Leistungen der Haus- und Heimpflege vom 6. Oktober 2004 bis 21. November 2006 kann bereits mangels erforderlicher Antragstellung im Sinne des [§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#) für den jeweiligen Naturalleistungsanspruch nicht verlangt werden (vgl. Krasney, in Becker/Burhardt/Krasney/Kruschinsky/H., Kommentar zur gesetzlichen Unfallversicherung, Stand: November 2014, [§ 44 SGB VII](#), Rz. 6 und 47). Solange Versicherte gemäß [§ 44 Abs. 1 SGB VII](#) infolge des Versicherungsfalls so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, wird Pflegegeld bezahlt, eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt. Auf Antrag der Versicherten kann nach [§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#) statt des Pflegegeldes eine Pflegekraft gestellt (Hauspflege) oder die erforderliche Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung (Heimpflege) erbracht werden. Mit dem Gesuch der Gewährung von Haus- und Heimpflege ist der Versicherte an die Beklagte erst am 22. November 2006 herangetreten. Zuvor brachte er nicht hinreichend zum Ausdruck, dass diese Leistungen von der Beklagten

begehrt werden. Bekräftigt wird dies durch die Begründung des Widerspruches gegen den Bescheid vom 2. Februar 2007, in der dieses Datum angeführt wurde, und das Schreiben vom 30. Januar 2008, wonach bei dem außergerichtlichen Kontakt mit der Beklagten, gemeint war das Telefonat am 18. September 2006 mit dem Mitarbeiter L., die Gewährung der Heimpflege nicht zugesagt worden war. Des Weiteren wird dies durch den Vortrag der Kläger im Berufungsverfahren gestützt, nach dem aus ihrer Sicht ein Antrag auf Haus- oder Heimpflege vor der "Feststellung" der Hilflosigkeit keinen Sinn gemacht habe. Diese nahmen der Versicherte und die Beklagte indes erst mit der Annahme des Anerkenntnisses am 22. November 2006 an. Bei dem Telefonat Mitte September 2006 mag der den Versicherten, der sich bereits im R.-B.-Heim in M. aufhielt, vertretende Kläger zu 1. möglicherweise den Willen gehabt haben, die Gewährung von Heimpflege für diesen als Rechtsfolge herbeizuführen, es fehlte indes an der Kundgabe dieses Willens als objektives Element.

In der Zeit der beantragten Heimpflege ab 22. November 2006 bis 6. Juni 2011 war diese wegen der Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 nicht erforderlich. Leistungen der Heimpflege, also der erforderlichen Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung ([§ 44 Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#)), müssen infolge des Eintritts des Versicherungsfalles ([§§ 7 ff. SGB VII](#)) erforderlich werden. Dies ergibt sich neben der in der Norm enthaltenden Legaldefinition auch aus der Überschrift des Dritten Kapitels des SGB VII, in dem diese Norm enthalten ist. Voraussetzung ist somit, dass die versicherte Einwirkung einen Gesundheitsschaden objektiv und rechtlich wesentlich verursacht hat, weswegen eine Heimpflege erforderlich wurde.

Die Zurechnung setzt somit erstens voraus, dass die Verrichtung der versicherten Tätigkeit den Schaden, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, objektiv (mit-)verursacht hat. Für Einbußen der Verletzten, für welche die versicherte Tätigkeit keine (Wirk-)Ursache war, besteht schlechthin kein Versicherungsschutz und haben die Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht einzustehen. (Wirk-)Ursache sind nur solche Bedingungen, die erfahrungsgemäß die in Frage stehende Wirkung ihrer Art nach notwendig oder hinreichend herbeiführen. Insoweit ist Ausgangspunkt der Zurechnung die naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie, nach der schon jeder beliebige Umstand als notwendige Bedingung eines Erfolges gilt, der nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen ("conditio sine qua non"). Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung muss eine versicherte Verrichtung, die im Sinne der "Conditio-Formel" eine erforderliche Bedingung des Erfolges war, darüber hinaus in seiner besonderen tatsächlichen und rechtlichen Beziehung zu diesem Erfolg stehen. Sie muss (Wirk-)Ursache des Erfolges gewesen sein, muss ihn tatsächlich mitbewirkt haben und darf nicht nur eine im Einzelfall nicht wegdenkbare zufällige Randbedingung gewesen sein.

Ob die versicherte Verrichtung eine (Wirk-)Ursache für die festgestellte Einwirkung und die Einwirkung eine (Wirk-)Ursache für den Gesundheitsschaden (oder den Tod) war, ist eine rein tatsächliche Frage. Sie muss aus der nachträglichen Sicht ("ex post") nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand des Fach- und Erfahrungswissens über Kausalbeziehungen, gegebenenfalls unter Einholung von Sachverständigengutachten, beantwortet werden (vgl. dazu BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 61 ff.).

Eine Verrichtung ist jedes konkrete Handeln von Verletzten, das objektiv seiner Art nach von Dritten beobachtbar und subjektiv, also jedenfalls in laienhafter Sicht, zumindest auch auf die Erfüllung des Tatbestandes der jeweiligen versicherten Tätigkeit ausgerichtet ist. Als objektives Handeln der Verletzten kann es erste Ursache einer objektiven Verursachungskette sein. Diese kann über die Einwirkung auf den Körper, über Gesundheitsschäden oder den Tod hinaus bis zu unmittelbaren oder im Sinne von [§ 11 SGB VII](#), der für die zweite Prüfungsstufe andere Zurechnungsgründe als die Wesentlichkeit regelt, mittelbaren Unfallfolgen sowie etwa auch zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zu den Bedarfen reichen, derentwegen das SGB VII Leistungsrechte vorsieht (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 31).

Erst wenn die Verrichtung, die möglicherweise dadurch verursachte Einwirkung und der möglicherweise dadurch verursachte Gesundheitsschaden festgestellt sind, kann und darf auf der ersten Prüfungsstufe der Zurechnung, also der objektiven Verursachung, über die tatsächliche Kausalitätsbeziehung zwischen der Verrichtung und der Einwirkung mit dem richterlichen Überzeugungsgrad mindestens der Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Es geht hierbei ausschließlich um die rein tatsächliche Frage, ob und gegebenenfalls mit welchem Mitwirkungsanteil die versicherte Verrichtung, gegebenenfalls neben anderen konkret festgestellten unversicherten (Wirk-)Ursachen, eine (Wirk-)Ursache der von außen kommenden, zeitlich begrenzten Einwirkung auf den Körper von Versicherten war (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 32).

Zweitens muss der letztlich durch die versicherte Verrichtung mitbewirkte Schaden rechtlich auch unter Würdigung unversicherter Mitursachen als Realisierung einer in den Schutzbereich der begründeten Versicherung fallenden Gefahr, eines dort versicherten Risikos, zu bewerten sein. Denn der Versicherungsschutz greift nur ein, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, gegen das die jeweils begründete Versicherung Schutz gewähren soll (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 33).

Wird auf der ersten Stufe die objektive (Mit-)Verursachung bejaht, indiziert dies in keiner Weise die auf der zweiten Stufe der Zurechnung rechtlich zu gebende Antwort auf die Rechtsfrage, ob die Mitverursachung der Einwirkung durch die versicherte Verrichtung unfallversicherungsrechtlich rechtserheblich, also wesentlich, war. Denn die unfallversicherungsrechtliche Wesentlichkeit der (Wirk-)Ursächlichkeit der versicherten Verrichtung für die Einwirkung muss eigenständig rechtlich nach Maßgabe des Schutzzweckes der jeweils begründeten Versicherung beurteilt werden (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 34). Sie setzt rechtlich voraus, dass der Schutzbereich und der Schutzzweck der jeweiligen durch die versicherte Verrichtung begründeten Versicherung durch juristische Auslegung des Versicherungstatbestandes nach den anerkannten Auslegungsmethoden erkannt werden. Insbesondere ist festzuhalten, ob und wie weit der Versicherungstatbestand gegen Gefahren aus von ihm versicherten Tätigkeiten schützen soll (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 16/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 2 Nr. 21, Rz. 21 ff.). Nur wenn beide Zurechnungskriterien bejaht sind, erweist sich die versicherte Verrichtung als wesentliche Ursache (vgl. BSG, Urteil vom 24. Juli 2012 - [B 2 U 9/11 R](#) -, SozR 4-2700 § 8 Nr. 44, Rz. 37).

Diese Voraussetzungen müssen für jede einzelne Gesundheitsstörung erfüllt sein. Eine solche ist jeder abgrenzbare Gesundheitsschaden, der unmittelbar durch eine versicherte Einwirkung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht worden ist, die durch ein- und dieselbe versicherte Verrichtung objektiv und rechtlich wesentlich verursacht wurde. Es handelt sich also um die ersten voneinander medizinisch abgrenzbaren Gesundheitsschäden, die infolge ein- und derselben versicherten Verrichtung eintreten (vgl. BSG, a. a. O., Rz. 39).

Darüber hinaus muss die Heimpflege erforderlich sein, was zunächst einen Ursachenzusammenhang zwischen den gesundheitlichen Folgen des Versicherungsfalles und der Hilflosigkeit voraussetzt (vgl. BSG, Urteil vom 10. Oktober 2006 - [B 2 U 41/05 R](#) -, SozR 4-2700 § 44 Nr. 1, Rz. 15); zudem muss dieser Zustand die Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung notwendig machen (vgl. Fischer,

in jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 44 Rz. 63). Der Begriff der Hilflosigkeit im Sinne des [§ 44 Abs. 1 SGB VII](#) entspricht dem der Pflegebedürftigkeit im Sinne des [§ 14 SGB XI](#) (vgl. BSG, Urteil vom 26. Juni 2001 - [B 2 U 28/00 R](#) -, [SozR 3-2700 § 44 Nr. 1](#) m. w. N.; LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 23. Oktober 2013 - [L 3 U 216/10](#) -, juris, Rz. 30; [BT-Drucks 13/2204, S. 86](#) f.). Pflegebedürftig sind nach dessen Absatz 1 im Sinne des SGB XI Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder S.lichen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße ([§ 15 SGB XI](#)) der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat (Nr. 1), Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane (Nr. 2), Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen (Nr. 3). Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung (Nr. 1), im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung (Nr. 2), im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Nr. 3), im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen (Nr. 4).

Hinsichtlich des Beweismaßstabes gilt für die Beweismwürdigung des Berufungsgerichts als Tatsacheninstanz bei der Feststellung der Tatsachen, welche die Tatbestandsmerkmale "Unfallereignis", "Gesundheitsschaden" oder "Hilflosigkeit" erfüllen sollen, der Grad des Vollbeweises, sie müssen also mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststehen. Demgegenüber genügt für den Nachweis des naturphilosophischen Ursachenzusammenhangs zwischen diesen Voraussetzungen der Grad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die Glaubhaftmachung und erst Recht nicht die bloße Möglichkeit (vgl. BSG, Urteil vom 31. Januar 2012 - [B 2 U 2/11 R](#) -, [SozR 4-2700 § 8 Nr. 43, Rz. 17](#)). Der Gesundheitsschaden muss darüber hinaus nicht nur sicher feststehen, sondern auch durch Einordnung in eines der gängigen Diagnosesysteme (z. B. ICD-10, DSM IV) unter Verwendung der dortigen Schlüssel exakt bezeichnet werden können (BSG, Urteil vom 15. Mai 2012 - [B 2 U 31/11 R](#) -, juris, Rz. 18; Urteile des Senats vom 26. November 2015 - [L 6 U 50/15](#) -, juris, Rz. 48 m. w. N. und vom 17. März 2016 - [L 6 U 4796/13](#) -, juris, Rz. 37).

Durch den Arbeitsunfall am 19. Dezember 1947 kam es beim Versicherten zu einem knöchern fest verheilten Bruch des linken Oberschenkels sowie des oberen und unteren linken Schambeinastes, einer weitgehenden Versteifung des linken Hüftgelenkes mit röntgenologisch festgestellten schweren deformierten knöchernen Veränderungen, einer geringfügige Beugebehinderung im linken Kniegelenk mit leichten Reibegeräuschen, Narben am linken Oberschenkel, einer Abmagerung der Muskulatur des linken Beines, einer geringen Verkürzung des linken Beines mit linkshinkendem Gang sowie einer Minderbeschwielung der linken Fußsohle. Die hierbei angeführten Gesundheitsstörungen hat die Beklagte als Folgen dieses Versicherungsfalles mit bestandskräftigem Bescheid vom 7. Oktober 1955 bindend festgestellt ([§ 77 SGG](#)). Ende 1973 lag deswegen ein Zustand nach einer schweren Beckenquetschung, einer Ausrenkung des linken Hüftgelenkes sowie Brüchen der Hüftgelenkspfanne, des vorderen Beckens und des Oberschenkelchaftes, jeweils linksseitig, vor. Hieraus resultierte eine fast völlige Versteifung des linken Hüftgelenkes mit ausgedehnten arthrotischen Veränderungen. Dies entnimmt der Senat dem schlüssigen, im Wege des Urkundenbeweises verwerteten Gutachten ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 415 ff. ZPO](#)) von Prof. Dr. M. nach einer ambulanten klinischen und röntgenologischen Untersuchung des Versicherten Mitte Dezember 1973. Dr. Sp.-F. erkannte ausweislich seines im Verfahren S 6 KN 8/05 U beim SG Gießen nach einer ambulanten klinischen Untersuchung des Versicherten im Pflegeheim Mitte Dezember 2005 erstatteten Gutachtens, welches als Sachverständigenbeweis verwertet worden ist ([§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 411a ZPO](#)), noch nachvollziehbar eine unfallbedingt führende Versteifung des linken Hüftgelenkes mit radiologisch festgestellten schweren deformierten knöchernen Veränderungen, eine geringfügige Beugebehinderung im linken Kniegelenk mit zunehmender posttraumatischer Arthrose sowie eine erhebliche Abmagerung der Muskulatur im linken Bein.

Bindend steht aufgrund der bestandskräftigen negativen Feststellungen in den Verwaltungsentscheidungen vom 7. Oktober 1955 und 26. Januar 2011 ebenfalls fest, dass die reizlose Narbe nach einer Blinddarmoperation sowie die Oberschenkelamputation links infolge einer arteriellen Verschlusskrankheit und dadurch verursachte gangränöse Läsionen am linken Fuß nicht auf das Unfallereignis am 19. Dezember 1947 zurückzuführen sind. Der Senat konnte sich zudem nicht davon überzeugen, dass die Folgen dieses Versicherungsfalles mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu einer nicht näher bezeichneten Harninkontinenz (ICD-10 R32), wie sie Dr. Sp.-F. umschrieben hat, geführt haben. Für diesen ist nicht ersichtlich gewesen, dass die Inkontinenz Folge der schweren Beckenverletzung ist, auch wenn er dies nicht ausschließen konnte. Nach der Auskunft der Hausärztin des Versicherten Dr. B. Ende Juni 2004 war er zu diesem Zeitpunkt darüber hinaus an einer Hypertonie erkrankt und wies eine beginnende Demenz auf, wobei es sich hinsichtlich Letzterer nach der Bemerkung bei ICD-10 F00-F09 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen) um ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen handelt. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen. Ein hinreichend wahrscheinlicher Ursachenzusammenhang dieser Gesundheitsstörungen mit den Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 besteht zur Überzeugung des Senats genauso wenig, zumal Dr. B. bereits aus medizinischer Sicht einen solchen weder für die Hypertonie noch die Demenz gesehen hat.

Die durch die nachgewiesenen Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 eingetretene Hilflosigkeit des Versicherten erforderte ab 22. November 2006 keine Heimpflege, also eine Hilfe mit Unterkunft und Verpflegung in einer geeigneten Einrichtung. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. Sp.-F. in seinem orthopädischen Gutachten nach der Untersuchung des Versicherten im Dezember 2005, bei der einige seiner Pflegepersonen anwesend waren, nebst ergänzender Stellungnahme von Juli 2006, in der er auf seine einjährige Tätigkeit als Leitender Oberarzt in einer Rehabilitationsklinik Bezug genommen hat, weshalb ihm die Auswirkungen einer Demenz hinreichend geläufig sind, führten die unfallbedingten Gesundheitsstörungen, welche sämtlich sein Fachgebiet betreffen, zwar zur Pflegebedürftigkeit, also vorliegend auch zur Hilflosigkeit. Deswegen bedurfte der Versicherte der täglichen Pflege bei der Körperhygiene, bei den verschiedenen Transfers vom Bett zur Toilette sowie zum Teil eine Begleitung bei kürzeren Ausflügen mit dem Rollator. Wegen der Unfallfolgen war tägliche Hilfe beim Waschen, Duschen und Baden erforderlich. Weiter benötigte er ob der Steh- und Gehunsicherheit Hilfe beim Aufstehen, beim Zubettgehen, beim An- und Auskleiden sowie zeitweise beim Stehen und Gehen.

Treppensteigen war ihm nicht mehr möglich. Einkaufen, Reinigen der Wohnung sowie Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung bedurfte ebenfalls pflegerischer Betreuung und Hilfe. Pflegerische Leistungen waren demgegenüber allerdings auch wegen der von Dr. B. bereits im Sommer 2004 beschriebenen beginnenden und nun zunehmenden Demenz, also einer vorliegend nicht nach dem Recht der gesetzlichen Unfallversicherung versicherten Ursache, erforderlich. Der Versicherte benötigte Hilfe bei der Zahnpflege, beim Kämmen und bei der Blasenentleerung. Er war inkontinent und trug Windeln. Die mundgerechte Essenszubereitung war durchweg notwendig, wobei diese Einschränkung von Dr. Sp.-F. nachvollziehbar eher auf die Demenz zurückgeführt wurde. Die Nahrungsaufnahme selbst erfolgte selbstständig. Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung benötigte der Versicherte genauso Hilfe, wobei der demenzielle Faktor eine ausschlaggebende Größe einnahm. Beim Kochen, Spülen und Beheizen der Wohnung, was zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung im Pflegeheim als eigene Verrichtung entfiel, hätte der Versicherte ebenfalls Hilfe bedurft, wobei die Ursache im demenziellen Bereich lag. Entgegen der medizinischen Einschätzung von Dr. H. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von März 2006 ist der Senat zu der Überzeugung gelangt, dass die unfallbedingten Funktionsstörungen die Hilflosigkeit des Versicherten bereits Ende Dezember 2005 und auch noch Ende November 2006 neben den Folgen der Demenz rechtlich wesentlich verursachten. Diese Ansicht hat aus medizinischer Sicht auch Dr. K. in seiner beratungsärztlichen Stellungnahme von August 2006 vertreten, da sich die Unfallfolgen durch die Demenz wesentlich stärker bemerkbar gemacht hätten, woraufhin die Beklagte im gleichen Monat bereit war, die Folgen des Arbeitsunfalls vom 19. Dezember 1947 als wesentliche Teilursache der damals bestandenen Pflegebedürftigkeit anzuerkennen und Leistungen gemäß [§ 44 SGB VII](#) nach Einstufung in die Kategorie IV/25 % zu gewähren. Hieraus erklärt sich für Senat aber allein, dass die Folgen des Versicherungsfalles, die sich jedenfalls ab Mai 1953 bis Dezember 2005 und damit über mehr als fünfzig Jahre hinweg nicht maßgeblich verschlimmerten, die Hilflosigkeit herbeigeführt haben, nicht aber dass deswegen ab November 2006 Heimpflege erforderlich war. Eine Verschlimmerung der Unfallfolgen konnte Prof. Dr. M. im Dezember 1973 im Vergleich zur Vorbegutachtung im Mai 1953 nicht objektivieren. Dr. Sp.-F. erhob bei seiner Begutachtung im Dezember 2005 einen hiermit verglichen nahezu identischen Befund. Dass die Heimpflege ab November 2006 allenfalls wegen der fortgeschrittenen Demenz notwendig war, zeigt das Pflegegutachten von Dr. M. vom Sozialmedizinischen Dienst M. nach der Untersuchung des Versicherten im August 2007, welches die Beklagte von der Bundesknappschaft beizog und hinreichende Schlüsse auch für die Zeit ab der Antragstellung auf Heimpflege neun Monate zuvor zulässt. Die Übermittlung dieser Sozialdaten an die Beklagte war nach [§ 69 Abs. 1 Nr. 1](#) Var. 3 SGB X zulässig. Voraussetzung ist danach die Erforderlichkeit für die Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe des Dritten nach dem SGB X, an den die Daten übermittelt werden, wenn er eine in [§ 35 SGB I](#) genannte Stelle ist. Die Beklagte als Leistungsträgerin ([§ 35 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#)) führte nach dem Antrag des Versicherten vom 22. November 2006 auf Leistungen der Haus- und Heimpflege ein Verwaltungsverfahren durch. Hinsichtlich der Tatbestandsvoraussetzung der Hilflosigkeit ([§ 44 Abs. 1, Abs. 5 Satz 1 SGB VII](#)) hatte sie den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln ([§ 20 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)), wobei sie sich mit dem Pflegegutachten von Dr. M. zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe nach dem SGB X eines Beweismittels bediente, welches sie nach pflichtgemäßem Ermessen zur Ermittlung des Sachverhalts für erforderlich hielt ([§ 21 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)) und wegen der ähnlichen Bedeutung der Begriffe "Pflegebedürftigkeit" und "Hilflosigkeit" auch für erforderlich halten durfte. Sie konnte nicht nur Urkunden und Akten beiziehen, sondern auch Auskünfte jeder Art einholen ([§ 21 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) und 3 SGB X), weshalb offen bleiben kann, wie das Pflegegutachten des Sozialmedizinischen Dienstes M., welcher sich heute als Dienstleister für sämtliche medizinisch-gutachterliche Fragestellungen innerhalb der Deutschen Rentenversicherung K.-B.-S. als Rechtsnachfolgerin der Bundesknappschaft sieht (vgl. im Internet unter "www.kbs.de/DE/05/medizinisches_netz/4_sozialmedizinischer_dienst/InhaltsNav.html"), einzuordnen ist. Das Verhalten des Versicherten, sich wegen der Verwertung des Pflegegutachtens von Dr. M. durch die Beklagte an die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zu wenden und die Entfernung dieses Dokumentes aus der Verwaltungsakte zu verfolgen, stellte ohnehin eine unzulässige Rechtsausübung dergestalt dar, dass er nun seinem eigenen früheren Verhalten zuwiderhandelte ("venire-contra-factum-proprium"). Bei dem Hausbesuch im September 2003 wies der Versicherte zum Nachweis der Verschlechterung der Beweglichkeit seines Hüftgelenkes genauso auf ein Gutachten des Sozialmedizinischen Dienstes hin wie in einem Schreiben Ende April 2004 in Bezug auf die Hilflosigkeit, ohne in der Folgezeit kundgetan zu haben, dass er sich gegen die Verwertung solcher Gutachten wendet. Die Rechtsdurchsetzung verfolgte er im Jahre 2008 erst, als die nachteilige Auskunft von Dr. M. vorlag. Dieser erlebte den Versicherten als allseits desorientiert in allen Qualitäten. Es lag ein deutlich reduzierter psychomotorischer Antrieb vor. Der Versicherte war schwer aufzufordern, etwas zu tun oder bei der Pflege mitzuwirken. Die Stimmung war mürrisch und abweisend. Das Gedächtnis erschien verloren. Aufgefallen war auch eine nicht mehr bestehende Urteilsfähigkeit. Der Tag- und Nachtrhythmus war demgegenüber ungestört. Die Betreuung des Versicherten war für alle Bereiche eingerichtet. Die Sprache war undeutlich sowie die Kommunikation wegen der Wortfindungsstörungen und der Demenz eingeschränkt. Der Versicherte konnte Gefahren nicht mehr adäquat erkennen und vermeiden und war auf den Heimbereich begrenzt. Bereits die Pflegefachkraft Sch. hielt in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach der Untersuchung des Versicherten Anfang November 2003 fest, dass wegen der zunehmenden kognitiven Fähigkeitsstörungen bei beginnender Alzheimer-Demenz eine Verbesserung des Zustandes und eine Verringerung des Hilfebedarfes nicht mehr möglich ist. Vor diesem Hintergrund ist der Sachverständige Dr. Sp.-F. in seinem Gutachten nach Aktenlage von Oktober 2008 im Verfahren S 6 KN 99/07 beim SG Gießen, welches später mit dem Az. S 1 KN 99/07 fortgeführt wurde, aus medizinischer Sicht nachvollziehbar zu dem Ergebnis gekommen, dass die Heimunterbringung nicht ausschließlich wegen der Unfallfolgen notwendig war. Zur Überzeugung des Senats war der Aufenthalt im R.-B.-Heim in M. wesentlich bedingt durch den natürlichen Alterungsprozess und insbesondere die fortgeschrittene Demenz mit den von Dr. M. beschriebenen Begleiterscheinungen. Die Auskunft von Dr. B. steht dem, anders als die Kläger meinen, nicht entgegen, da sie lediglich von der wesentlichen Teilursächlichkeit der Unfallfolgen für die Hilflosigkeit ausgegangen ist. In der Zeit ab 22. November 2006 bis zum Tod des Versicherten war der Aufenthalt im Pflegeheim somit nicht wegen einer infolge des Arbeitsunfalls am 19. Dezember 1947 eingetretenen Hilflosigkeit erforderlich.

Soweit die Kläger mit dem Hilfsantrag die Verpflichtung der Beklagten begehren, sie hinsichtlich der Gewährung von Haus- und Heimpflege gegenüber dem Versicherten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu bescheiden, ist die Klage mangels einer entgegenstehenden, mit dem angefochtenen Bescheid vom 14. September 2010 der funktional und sachlich zuständigen Ausgangsbehörde (vgl. BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R](#) -, juris, Rz. 14) getroffenen Regelung zur Haus- und Heimpflege als Dienst- oder Sachleistungen ob der fehlenden Klagebefugnis im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) unzulässig. Es reicht zwar aus, dass eine Verletzung in eigenen Rechten möglich ist und Rechtsschutzsuchende die Beseitigung einer in ihre Rechtssphäre eingreifenden Verwaltungsmaßnahme anstreben, von der sie behaupten, sie sei nicht rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 5. Juli 2007 - [B 9/9a SGB 2/06 R](#) -, [SozR 4-3250 § 69 Nr. 5](#), Rz. 18). An der Klagebefugnis fehlt es demgegenüber, wenn eine Verletzung subjektiver Rechte nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 14. November 2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) -, [BSGE 90, 127](#) (130)), weil hinsichtlich des Klagebegehrens keine gerichtlich überprüfbare Verwaltungsentscheidung vorliegt (BSG, Urteil vom 21. September 2010 - [B 2 U 25/09 R](#) -, juris, Rz. 12). Über ein Recht des Versicherten auf Haus- und Heimpflege als Dienst- oder Sachleistungen wurde mit Bescheid vom 14. September 2010 nicht entschieden, so dass auch den Klägern als Rechtsnachfolger die Klagebefugnis fehlt. Überdies wäre die Klage insoweit unbegründet, da Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Versicherten als Berechtigtem erloschen sind ([§ 59 Satz 1 SGB I](#)).

Das im erstinstanzlichen Verfahren beim SG Mannheim angebrachte Gesuch, die Pflegefachkraft Sch. als Zeugin zu hören, hat sich durch die Zustimmung der Kläger zur Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erledigt. Erklären, wie vorliegend, hinreichend rechtskundige oder anwaltlich vertretene Beteiligte vorbehaltlos ihr Einverständnis zu einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#), werden sie so behandelt, als hätte sich ihr Beweisantrag erledigt. Sie haben damit dem Gericht gegenüber nach dem objektiven Erklärungswert ihrer Mitteilung zum Ausdruck gebracht, dass es nunmehr ohne weitere Sachaufklärung entscheiden kann (vgl. BSG, Beschluss vom 1. September 1999 - [B 9 V 42/99 B](#) -, [SozR 3-1500 § 124 Nr. 3](#); Urteil des Senats vom 28. Juli 2016 - [L 6 U 124/14](#) -, juris, Rz. 61).

Nach alledem war das Urteil des SG Mannheim vom 27. Februar 2014 auf die Anschlussberufung der Beklagten teilweise aufzuheben und die Klage umfassend abzuweisen sowie die Berufung der Kläger zurückzuweisen. Mit der Rechtskraft der Entscheidung des Senats verliert der Ausführungsbescheid vom 23. August 2016 seine Wirkung (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2007 - [B 8/9b SO 20/06 R](#) -, [SozR 4-3500 § 90 Nr. 1](#), Rz. 12).

Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) und 2, [§ 159](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Beide Beteiligten gehören nicht zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen. Bei den Klägern als Kinder des verstorbenen Versicherten handelt es sich insbesondere um keine Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB I](#). Zwar handelt es sich auch bei Kostenerstattungsansprüchen nach entsprechender Anwendung von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) um laufende Leistungen. Denn die Berechtigten waren auch in diesen Fällen regelmäßig zur Vorfinanzierung der Leistungen gezwungen, was in der Regel die Lebensführung der mit den Leistungsberechtigten zusammenlebenden Familienangehörigen beeinträchtigte (vgl. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) -, BSGE 111, 137 (139 f.); Siefert, in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juni 2016, [§ 56 SGB I](#), Rz. 8). Die Kläger lebten indes zum Zeitpunkt des Todes des Versicherten am 6. Juni 2011 mit diesem nicht mehr in einem gemeinsamen Haushalt. Die privilegierende Regelung des [§ 183 Satz 2 SGG](#), wonach das Verfahren in dem Rechtszug kostenfrei bleibt, in dem sonstige Rechtsnachfolger wie die Kläger als gesetzliche Erben das Verfahren aufnehmen, beschränkte sich vorliegend auf den vor dem SG Mannheim geführten Rechtsstreit (vgl. Leitherer, in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, Kommentar zum SGG, 11. Aufl. 2014, § 197a Rz. 3). Eine Überraschungsentscheidung ist in dem Kostentenor nicht zu sehen. Der Anspruch der Beteiligten auf rechtliches Gehör ([Art. 103 Abs. 1](#) Grundgesetz - GG) verpflichtet das Prozessgericht grundsätzlich nicht, die für die richterliche Überzeugungsbildung möglicherweise leitenden Gesichtspunkte vor seiner Entscheidung mit den Beteiligten zu erörtern (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 25. Januar 1984 - [1 BvR 272/81](#) -, [BVerfGE 66, 116](#) (147); Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 10. Februar 2001 - [2 BvR 1384/99](#) -, juris, Rz. 7 m. w. N.; BSG, Beschluss vom 25. Februar 2016 - [B 9 V 69/15 B](#) -, juris, Rz. 11). Selbst wenn die Rechtslage umstritten oder problematisch ist, müssen Verfahrensbeteiligte grundsätzlich alle vertretbaren rechtlichen Gesichtspunkte und Tatsachenwertungen von sich aus in Betracht ziehen und ihren Vortrag darauf einstellen (vgl. BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 27. Juli 1971 - [2 BvR 443/70](#) -, [BVerfGE 31, 364](#) (370); Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 15. August 1996 - [2 BvR 2600/95](#) -, juris, Rz. 22 m. w. N.). Die rechtskundigen beziehungsweise anwaltlich vertretenen Kläger haben erstinstanzlich sogar selbst zutreffend vorgetragen, dass sie keine Sonderrechtsnachfolger sind, weshalb die Kostenentscheidung im Berufungsverfahren dem Grunde nach für sie zumindest vorhersehbar war.

Die Entscheidung über den Streitwert stützt sich auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1, Abs. 2 und Abs. 4 Nr. 2](#), [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Die Beteiligten stritten über die Erstattung von Kosten wegen in Anspruch genommener Hauspflege vom 6. Oktober 2004 bis 2. März 2005 und Heimpflege vom 3. März 2005 bis 6. Juni 2011, welche nach dem Vortrag der Kläger trotz der mit Bescheid vom 4. März 2005 von der Bundesknappschaft bewilligten vollstationären Pflege nach [§ 43 SGB XI](#) entstanden waren. Da zwar durchweg monatlich zumindest um 1.000 EUR zu tragende Kosten anfielen, indes nur die unfallbedingten Aufwendungen verfolgt wurden, ohne diese allerdings näher zu beziffern, also keine hinreichenden Anhaltspunkte für das konkrete finanzielle Interesse der Kläger vorhanden waren (vgl. BSG, Urteil vom 11. April 2013 - [B 2 U 8/12 R](#) -, [SozR 4-2700 § 157 Nr. 5](#), Rz. 59 f. zum wirtschaftlichen Interesse bei der Veranlagung einer Unternehmerin zu einer bestimmten Gefahrtarifstelle im Gefahrtarif), hält es der Senat vorliegend noch für sachgerecht, es beim Auffangstreitwert, der bei 5.000 EUR liegt ([§ 52 Abs. 2 GKG](#)), zu belassen. Der Festsetzung des Streitwertes mit der Entscheidung über den gesamten Streitgegenstand steht wegen [§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#) nicht entgegen, dass dieser mit der Einreichung der Berufungsschrift nicht vorläufig festgesetzt wurde.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-07