

L 3 P 35/03

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 3 P 144/01
Datum
24.06.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 3 P 35/03
Datum
14.06.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 24.06.2003 wird zurückgewiesen mit der Maßgabe, dass die Beklagte zur Weiterzahlung von Leistungen entsprechend der Pflegestufe II an den Kläger über den 31.10.2000 hinaus verurteilt wird. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers auch im Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Absenkung von Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung entsprechend der Pflegestufe II auf Leistungen der Pflegestufe I ab 01.11.2000.

Der am 00.00.1930 geborene Kläger ist bei der Beklagten privat pflegeversichert. Dem Vertragsverhältnis liegen die allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung (-MB/PPV 1996-) zugrunde. Der Kläger leidet langjährig im Wesentlichen an insulinpflichtigem Diabetes Mellitus, in dessen Folge ihm 1995 beide Unterschenkel und im Mai 2002 auch der halbe linke Oberschenkel amputiert wurden. Auf seinen Antrag aus Juni 1995 ließ ihn die Beklagte durch den Arzt Dr. T vom Begutachtungsunternehmen "N" untersuchen, der im Gutachten vom 17.01.1996 ein Pflegebedarf von mehr als 3 Stunden beim Kläger annahm. Darauf sagte die Beklagte mit Schreiben vom 13.02.1996 Leistungen entsprechend der Pflegestufe II ab dem 01.04.1995 zu. Im November 1997 veranlasste die Beklagte eine Nachuntersuchung durch den Arzt Dr. I von N, der im Gutachten vom 10.11.1997 wiederum einen Pflegebedarf von mehr als 3 Stunden täglich beim Kläger feststellte. Mit Schreiben vom 02.12.1997 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass ihm weiterhin Leistungen entsprechend der Pflegestufe II zustehen. Eine erneute Nachuntersuchung veranlasste die Beklagte im November 1998 durch den Arzt Dr. C von N, der im Gutachten vom 27.11.1998 einen Pflegebedarf von 156 Minuten im Bereich der Grundpflege (Körperpflege 101, Ernährung 0, Mobilität 55) zuzüglich 60 Minuten Unterstützungsbedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung auswies. Nach dem Gesamthilfebedarf von 216 Minuten stehe ihm weiterhin Pflegestufe II zu. Dies bestätigte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 14.12.1998. Im Oktober 2000 ließ die Beklagte den Kläger durch Dr. C von N untersuchen. Dieser stellt in seinem Gutachten vom 19.10.2000 nunmehr einen Hilfebedarf von 102 Minuten im Bereich der Grundpflege (Körperpflege 60, Ernährung 0, Mobilität 42), zzgl. 45 Minuten Bedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung fest. Nach den sich hieraus ergebenden 147 Minuten an Gesamtpflegebedarf stehe ihm nunmehr die Pflegestufe I zu. Dies teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 30.10.2000 mit, gegen das der Kläger mit Schreiben vom 06.11.2000 unter Vorlage eines Attestes seines behandelnden Arztes Einwände erhob. Die Beklagte ließ durch die Ärztin Dr. L von N ein Obergutachten vom 01.03.2001 erstellen, in dem diese einen Hilfebedarf von 102 Minuten in der Grundpflege (Körperpflege 46, Ernährung 0, Mobilität 56) zzgl. 45 Minuten im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung ermittelte. Mit Schreiben vom 15.03.2001 teilte die Beklagte dem Kläger mit, es verbleibe dabei, dass ihm nach Oktober 2000 nurmehr Leistungen der Pflegestufe I zustünden. Hiergegen hat der Kläger am 14.09.2001 Klage erhoben und die Fortzahlung von Leistungen der Pflegestufe I über den 31.10.2000 hinaus begehrt. Seine Mobilität sei seit dem Jahre 1995 auf das Schwerste und im Wesentlichen unverändert eingeschränkt. Der Zeitaufwand für Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung sei zu gering berücksichtigt worden, da er nicht zwei sondern drei Mal wöchentlich zur Krankengymnastik gefahren werde. Das Sozialgericht hat von Amts wegen wegen zu Veränderungen im Gesundheitszustand des Klägers ein Gutachten der Ärztin Dr. S eingeholt. In ihrem Gutachten vom 15.09.2002 hat die Untersucherin dargelegt, es habe sich im Gesundheitszustand des Klägers im Vergleich zwischen dem Zustand bei der Voruntersuchung bei Dr. C im November 1998 mit dem jetzigen keine Veränderung im Sinne einer Besserung ergeben. Vielmehr sei durch die Oberschenkelamputation im Mai 2002 bzw. die dazu führende Erkrankung eine Verschlechterung im pflegerelevanten Gesundheitszustand des Klägers eingetreten, da er wegen fehlender angepasster Prothese derzeit nicht gehen könne. Die Verschlechterung sei auf Oktober 2001 zu bestimmen. Allerdings schätze sie den Zeitbedarf zum Zeitpunkt der Untersuchung am 27.11.1998 anders ein als Dr. C. Der Kläger sei seinerzeit beidseits unterschenkelamputiert gewesen und habe mit Hilfe seiner Prothese ohne Hilfe aufstehen und mit zwei Vierpunktgehstützen sicher auf ebenem Boden gehen können. Es seien daher niedrigere Zeitanätze für 1998 in der Grundpflege, durchgehend 65 Minuten im Bereich der hauswirtschaftlichen

Versorgung und nunmehr 90 Minuten pro Tag in der Grundpflege einzusetzen.

Mit Urteil vom 24.06.2003 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und tenoriert:

"Der Bescheid vom 30.10.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15.03.2001 wird aufgehoben. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers."

Das Sozialgericht hat dargelegt, ein Anspruch des Klägers auf Leistungen entsprechend der Pflegestufe II über den 31.10.2000 hinaus ergebe sich aus der mit Schreiben vom 13.02.1996 i.V.m. mit den Schreiben vom 02.12.1997 und 14.12.1998 erteilten Leistungszusage, von der sich die Beklagte nicht lösen könne. §§ 48 ff. SGB X seien nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht anwendbar. Zivilrechtliche Rechtsgrundlagen, insbesondere aus den MB-PPV 1996, die eine Anpassung erlaubten, existierten nicht. Die mit Rechtsbindungswille abgegebene Willenserklärung könne die Beklagte nur bei Irrtum, arglistiger Täuschung oder Wegfall der Geschäftsgrundlage beseitigen und sei im Übrigen an das Schuldanerkenntnis vorbehaltlich einer Änderung der rechtlichen oder tatsächlichen Verhältnisse gebunden, für deren Vorlage sie die Beweislast treffe. Dieser Beweis sei nicht erbracht, da es keine Hinweise auf eine Verbesserung im Gesundheitszustand des Klägers gebe, vielmehr aktuell sogar eine Verschlimmerung durch die Oberschenkelamputation im Mai 2002 zu beklagen sei.

Gegen das am 25.07.2003 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 19.08.2003. Die Beklagte sieht eine Rechtsgrundlage für eine Anpassung bzw. Absenkung des Pflegesatzes in § 5 Abs. 3 MB-PPV 1996. Dort heißt es:

"Übersteigt eine Pflegemaßnahme das notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen."

Diese Vorschrift biete eine Rechtsgrundlage für eine Anpassung an die wirklichen Verhältnisse, wenn die Einschätzung eines Vorgutachters zu hoch gewesen sei. Dies sei in der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht berücksichtigt worden. Demnach sei auch die Leistungszusage der Berufungsklägerin kein deklaratorisches Schuldanerkenntnis, weil wegen § 5 Abs. 3 MB-PPV kein Ergebnis eines Gutachtens als bindend anerkannt werde. Vielmehr behalte sich der Versicherer vor, seine Leistungen je nach dem notwendigen Maß der Pflegemaßnahme anzupassen und ggfls. herabzusetzen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 24.06.2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen mit der Maßgabe, dass die Beklagte zur Weiterzahlung der Pflegestufe II an den Kläger über den 31.10.2000 hinaus verpflichtet wird.

Der Kläger hält das Urteil für richtig und sieht in den Erklärungen der Beklagten vom 13.02.1996, 02.12.1997 und 14.12.1998 weiterhin ein Schuldanerkenntnis entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes.

Zu weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Prozessakten sowie der beigezogenen Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Wie das Sozialgericht so folgt auch der erkennende Senat der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, wonach in der Leistungszusage eines privaten Versicherungsunternehmens, die auf einem nach Maßgabe der allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung (MB-PPV 1996) eingeholten Sachverständigengutachten zum Grad der Pflegebedürftigkeit beruht, eine mit Rechtsbindungswillen abgegebene Willenserklärung liegt, deren Beseitigung nur bei Irrtum, arglistiger Täuschung oder Wegfall der Geschäftsgrundlage sowie bei einer wesentlichen Änderung der rechtlichen und/oder tatsächlichen Verhältnisse möglich ist, die ggfls. bei Beweislast des Versicherungsunternehmens zu beweisen ist (Urteile des BSG vom 22.08.2001, - [B 3 P 4/01 R](#), [SozR 3-3300 § 23 Nr. 6](#); - [B 3 P 21/00 R](#) -, [SozR 3-3300 § 23 Nr. 5](#) = [BSGE 88, 262](#) - 268; vom 23.07.2002, [B 3 P 9/01 R](#), [SGb 2002, 613](#)). Die hiernach zu fordernden Voraussetzungen liegen nicht vor, weil Anfechtungsgründe nicht bestehen und eine leistungsrelevante Veränderung in der Pflegebedürftigkeit i.S. einer Verringerung des Pflegeaufwandes nicht nachweisbar ist. Dies hat das Sozialgericht in dem angefochtenen Urteil unter Ausschöpfung des sich ihm bietenden Streitstoffes mit nicht zu beanstandener Beweiswürdigung dargestellt. Der Senat macht sich die Urteilsgründe nach eigener Prüfung insoweit zu eigen und verzichtet auf eine weitere Darstellung ([§ 153 Abs. 2 SGG](#) - Sozialgerichtsgesetz -).

Entgegen der Berufungsbegründung ergibt sich aus § 5 Abs. 3 MB-PPV 1996 mit dem im Tatbestand wiedergegebenen Wortlaut keine Rechtsgrundlage zur Anpassung der Leistungshöhe entsprechend einer der Leistungszusage nachfolgenden abweichenden Feststellung des realen Pflegebedarfes.

Eine derartige Sinnggebung liegt bereits nach dem Wortlaut der in Anspruch genommenen Regelung und ihrer systematischen Stellung innerhalb der MB-PPV 1996 fern: Die Abhängigkeit der zu erbringenden Leistung vom Umfang des Pflegeaufwandes ist in § 1 MB-PPV entsprechend dem Gleichwertigkeitsgebot aus § 23 Abs. 6 unter größtenteils wörtlicher Übernahme der Bestimmungen in [§§ 14, 15 SGB XI](#) geregelt (Rdnr. 3-8 a.a.o.). Rdnr. 9 a.a.o. lautet: "Der Versicherungsfall beginnt mit der ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Er endet, wenn Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht." Hinsichtlich des Umfanges des Versicherungsschutzes verweist Rdnr. 10 a.a.o. auf den Versicherungsschein, ergänzende schriftliche Vereinbarungen, den Bedingungsteil der MB-PPV 1996 sowie das SGB XI. Die in § 1 Rdnr. 9 festgestellte Abhängigkeit des jeweiligen Versicherungsfalles von einer ärztlichen Feststellung der Pflegebedürftigkeit greift § 6, "Auszahlung der Versicherungsleistung" mit Rdnr. 2 auf und bestimmt: "Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit, die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der

Pflegebedürftigkeit und die Notwendigkeit ... sind durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt festzustellen. Die Feststellung wird in angemessenen Abständen wiederholt." Dieses verfahrensrechtliche Regularium bietet keine Rechtsgrundlage für die Reduzierung des Umfanges der Leistungspflicht. Diese Regelung bedeutet insbesondere nicht, dass nachträgliche Begutachtungen jederzeit möglich sind, und besagt erst recht nichts über die Auswirkung, die das Ergebnis einer erneuten Begutachtung auf eine zuvor vom Versicherer abgegebene Leistungszusage hat. Hierzu hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 23.07.2002, a.a.O., Stellung genommen. Der erkennende Senat folgt dem.

Wenn nun § 5 Nr. 3 der MB-PPV den ihm von der Beklagten unterstellten Sinn hätte, Eintritt, Stufe und Fortdauer der Pflegebedürftigkeit zu regeln, läge hierin eine nicht verständliche und innerhalb der MB-PPV systematisch unzutreffend eingeordnete Doppelregelung im Verhältnis zu § 6 Nr. 2. Zudem behandelt die Klausel eine das notwendige Maß überschreitende Pflegemaßnahme, während die MB-PPV im Übrigen hinsichtlich einer Zuordnung des Leistungsumfanges zur Pflegestufe nur von "Leistungen" handelt und den Begriff der "Maßnahme" außer in § 6 Rdnr. 2 MB-PPV nicht verwendet. Es liegt daher weitaus näher, unter "Maßnahme" i.S. von § 5 Rdnr. 3 MB-PPV die einzelne konkrete Leistungserbringung - wie evident in § 6 Nr. 2 MB-PPV angesprochen - zu verstehen, nicht den nach der zuerkannten Pflegestufe zur Verfügung stehenden Leistungsrahmen.

Schließlich spricht gegen die von der Beklagten gesehene Funktion von § 5 Abs. 3 MB-PPV, dass nach der klaren Wortfassung der Grund für die Reduzierung des (Einzel-)Leistungsanspruches nicht beim Versicherten bzw. in dessen Verhältnissen liegt, sondern beim Leistungserbringer: Die Klausel stellt einer Überschreitung des notwendigen Maßes einer Pflegemaßnahme durch die Verknüpfung "oder" die nicht angemessene Vergütung gleich. Ein - ggfs. überhöhter - Vergütungsanspruch ist jedoch Konsequenz der Leistungserbringung und steht dem Leistungserbringer zu; dem Versicherten dagegen steht bei Eintritt des Versicherungsfalles die Leistung selbst zu. Er hat keinen Vergütungs- sondern einen Leistungsanspruch.

Die der Berufung zugrundeliegende Auslegung von § 5 Rdnr. 3 MB-PPV findet daher bereits innerhalb dieser keinerlei Stütze oder Bestätigung; sie erscheint vielmehr fernliegend.

Die Auslegung kontrastiert dagegen eklatant mit dem nach der vorzitierten Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes bestehenden Vertrauensschutz des pflegebedürftig gewordenen Versicherten in den Bestand einer einmal gegebenen Leistungszusage. Dieser Vertrauensschutz wird im Bereich der gesetzlichen Pflegeversicherung durch das Sozialgesetzbuch 10. Buch - SGB X - gewährleistet; dieses ist im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung weder direkt noch entsprechend anwendbar (BSG a.a.O. sowie zuvor schon im Urteil vom 30.03.2000 - [B 3 P 21/99 R](#) = [SozR 3-3300 § 77 Nr. 3](#) = [BSGE 86, 94](#)). Der bei der gewünschten Auslegung von § 5 Rdnr. 3 MB-PPV 1996 zu besorgende Entfall jeder Rechtssicherheit beim pflegebedürftig gewordenen Versicherten würde die im SGB XI geforderte Gleichwertigkeit des Versicherungsschutzes in der privaten Pflegepflichtversicherung mit dem der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung (z.B. [§§ 23 Abs. 6, 110 SGB XI](#)) nachhaltig in Frage stellen.

§ 5 Rdnr. 3 in der Auslegung der Berufung dürfte auch kein Vertragsbestandteil werden (können). Als unorganisch neben den klar erkennbaren Regelungen zum Zusammenhang zwischen Umfang der Pflegebedürftigkeit und Umfang der Leistungserbringung bestehende Befugnis zur einseitigen, jederzeit möglichen und nur durch Inanspruchnahme gerichtlichen Rechtsschutzes rückgängig zu machenden Leistungsreduzierung wäre § 5 Rdnr. 3 MB-PPV 1996 als überraschende bzw. mehrdeutige Klausel anzusehen, die nach dem Recht der allgemeinen Geschäftsbedingungen nicht Vertragsbestandteil wird ([§§ 3 AGBG, 305 c BGB](#)). Die MB-PPV stellen allgemeine Geschäftsbedingungen i.S. des AGBG (Gesetz zur Regelung des Rechts der allgemeinen Geschäftsbedingungen in der zuletzt geltenden Fassung der Bekanntmachung vom 29.06.2000, [BGBl. I S. 946](#)) bzw. der [§§ 305 ff. BGB](#) (Bürgerliches Gesetzbuch i.d.F. des zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001, [BGBl. I S. 3138](#)) dar, denn es handelt sich um für eine Vielzahl von Verträgen vorformulierte Vertragsbedingungen, die die Beklagte als Verwenderin dem Kläger als der anderen Vertragspartei bei Abschluss des Pflegeversicherungsvertrages gestellt hat. Dass sie nicht körperlicher Bestandteil des abgeschlossenen Vertrages geworden ist, schadet insoweit nicht, da Inbezugnahme genügt ([§§ 1 Abs. 1 AGBG, 305 Abs. 1 BGB](#) n.F.). Nach [§ 305 c Abs. 1 BGB](#) werden Bestimmungen in allgemeinen Geschäftsbedingungen, die nach den Umständen, insbesondere nach dem äußeren Erscheinungsbild des Vertrags so ungewöhnlich sind, dass der Vertragspartner des Verwenders mit ihnen nicht zu rechnen braucht, nicht Vertragsbestandteil. Zweifel bei der Auslegung allgemeiner Geschäftsbedingungen gehen zu Lasten des Verwenders ([§ 305c Abs. 2 BGB](#) n.F.).

Schon die kursorische Prüfung ergibt, dass § 5 Rdnr. 3 MB-PPV 1996 bei der mit der Berufungsbegründung unterstellten Bedeutung für den Versicherten eine Überraschklausel darstellte, da kein Versicherungsnehmer bei Abschluss eines ihn selbst langfristig bindenden und im Übrigen nach dem Gesetz pflichtigen Versicherungsvertrages damit rechnen muß, dass der Versicherer sich entgegen den übrigen Bestimmungen der MB-PPV 1996 ein Recht zur einseitigen Bestimmung bzw. Reduzierung des Umfanges der Leistungserbringung vorbehält.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt die Entscheidung in der Sache.

Ein Anlass zur Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) besteht nicht, insbesondere haben die seither inhaltlich unveränderten MB-PPV 1996 und damit auch § 5 Rdnr. 3 MB-PPV 1996 bereits mehrfach dem unverändert zuständigen Senat des Bundessozialgerichts vorgelegen (u.a. Urteile vom 22.08.2001, 23.07.2002, jeweils a.a.O.).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-07-30