

L 5 P 3/05

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung

5
1. Instanz
SG Trier (RPF)
Aktenzeichen

S 2 P 3/05

Datum
03.01.2005

2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen

L 5 P 3/05

Datum
04.05.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Die Bindung des Trägers der privaten Pflegeversicherung an die Feststellungen des Sachverständigen (vgl. BSG 22.7.2004 - [B 3 P 6/03 R](#), [SozR 4-7690 § 64 Nr. 1](#)) erstreckt sich auf dessen Einschätzung, wie oft wegen bestehender Gesundheitsstörungen die Notwendigkeit des Besuches von Ärzten/Krankengymnasten besteht. Eine Bindung an die Annahmen des Sachverständigen hinsichtlich der im Rahmen dieser Besuche pflegeversicherungsrechtlich berücksichtigungsfähigen Zeiten besteht jedoch nicht.

1. Auf die Berufung des Klägers wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Trier vom 3.1.2005 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger Leistungen nach der Pflegestufe I bereits ab dem 27.6.2003 zu gewähren.

2. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

3. Die Beklagte hat dem Kläger 9/10 der außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Tatbestand:

Umstritten ist noch ein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung nach der Pflegestufe I für die Zeit von Dezember 2002 bis 7.7.2005.

Der 1948 geborene Kläger, früherer Major bei der Bundeswehr, ist bei der Beklagten privat pflegeversichert. Nachdem er im Juni 2002 hilflos und dehydriert in seiner Wohnung aufgefunden wurde, erfolgte vom 10.7.2002 bis zum 7.11.2002 eine stationäre Behandlung in der Akutklinik des Neurologischen R B. Ab dem 16.12.2002 wurde er in der Behinderteneinrichtung "Sozialtherapeutisches Heim" in H (ab 8.12.2003 in einem entsprechenden Heim in K) untergebracht. Sein Bruder ist durch Beschluss vom 22.7.2002 zu seinem Betreuer bestimmt worden.

Im Dezember 2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Gewährung von Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit. Die Ärztin Dr B von der Firma M GmbH gelangte in einem Gutachten vom März 2003 (Untersuchung des Klägers am 17.2.2003) zu dem Ergebnis, der Zeitaufwand zur Sicherung der Grundpflege des Klägers betrage täglich im Wochendurchschnitt 18 Minuten. Nachdem der Kläger dieser Beurteilung widersprochen hatte, erfolgte eine weitere Begutachtung durch den Arzt für Innere Medizin Dr R von der Firma M GmbH vom Juli 2003 (persönliche Untersuchung des Klägers am 27.6.2003), der den Zeitaufwand zur Sicherung der Grundpflege mit insgesamt 38 Minuten täglich im Wochendurchschnitt einschätzte. Als pflegebegründende Diagnosen nannte er: chronischer Alkoholabusus mit Leberzirrhose, Polyneuropathie (mit Stand- und Gangataxie), Korsakow-Syndrom, Harninkontinenz, Verwahrlosungssyndrom. Der Gutachter legte dar: Die angegebenen, nahezu jeden zweiten Tag erforderlichen Hausarztbesuche außerhalb des Heimes fänden nicht statt, nach Auskunft des anwesenden Heimleiters werde der Kläger einmal wöchentlich mit dem Fahrdienst zu dem im selben Ort praktizierenden Hausarzt gebracht. Von den dabei anfallenden Zeiten sei für die Grundpflege lediglich die Beaufsichtigung beim Verlassen des Fahrzeuges bis zum Eintreffen im Wartezimmer des Arztes anrechenbar. Diese wöchentlich anfallenden Zeiten ergäben bei Umlage auf den Tag eine Minute täglich. Fahr- und Wartezeiten seien nach den derzeit gültigen Ausführungsbestimmungen nicht anrechenbar. Dr R vertrat die Auffassung, ein Pflegebedarf, der die Einstufung in die Pflegestufe I rechtfertige, sei nicht zu verzeichnen, da der Zeitbedarf für die Grundpflege nur bei täglich im Durchschnitt 38 Minuten liege.

Nachdem die Beklagte daraufhin mit Schreiben vom 25.7.2003 die Gewährung von Pflegeleistungen abgelehnt hatte, hat der Kläger am 7.11.2003 Klage erhoben. Das Sozialgericht (SG) hat eine Pflegedokumentation beigezogen und von Amts wegen ein Gutachten des Arztes Dr H vom April 2004 eingeholt. Dieser hat folgende pflegebegründende Diagnosen angegeben: 1. fortgeschrittene Alkoholkrankheit mit

Hirnleistungsminderung im Sinne eines Korsakow-Syndroms, toxische Polyneuropathie, Gangataxie, anamnestic Leberzirrhose, reduzierter Allgemeinzustand, 2. Harninkontinenz mit der Notwendigkeit einer dauerhaften suprapubischen Dauerkatheterversorgung. Dr H ist zu dem Ergebnis gelangt, es bestehe Pflegebedürftigkeit im Bereich der Grundpflege von durchschnittlich 24 Minuten kalendertäglich; eine wesentliche Änderung seit der Antragstellung sei nicht eingetreten.

Durch Gerichtsbescheid vom 3.1.2005 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Der Kläger habe keinen Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe I. Es könne dahinstehen, ob das Gericht ausnahmsweise dazu berechtigt sei, das Ergebnis der von der Beklagten eingeholten Gutachten durch Einholung eines weiteren Gutachtens zu überprüfen. Jedenfalls liege der Pflegebedarf unter der für Pflegeleistungen erforderlichen Grenze von 46 Minuten täglich im Wochendurchschnitt. Die beim Kläger notwendige psychosoziale Betreuung sei im vorliegenden Zusammenhang irrelevant. Es sei nicht zu erkennen, dass beim Kläger regelmäßig mindestens einmal pro Woche ein Arztbesuch außerhalb des Heimes notwendig sei.

Gegen diesen ihm am 10.1.2005 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 10.2.2005 beim Landessozialgericht Rheinland-Pfalz eingelegte Berufung des Klägers.

Im Hinblick auf den Vortrag des Klägers und dessen Vorlage verschiedener Unterlagen hat der Senat der Beklagten mit Beschluss vom 23.6.2005 aufgegeben, ein neues außergerichtliches Gutachten (vgl. § 64 Versicherungsvertragsgesetz VVG) vorzulegen. In seinem von der Beklagten veranlassten Gutachten vom September 2005 (persönliche Untersuchung des Klägers am 23.8.2005) hat der Facharzt für Innere Medizin M von der Firma M ausgeführt: Als pflegebegründende Diagnosen lägen vor: "Alkoholkrankheit mit Folgeschäden (Polyneuropathie mit Standataxie, Wesensänderung mit Pflegeuneinsichtigkeit und Störungen des Sexualverhaltens, Demenz), Blasenentleerungsstörungen (im Rahmen einer Polyneuropathie?) mit suprapubischer Harnableitung". Von einer wesentlichen Änderung im Pflegebedarf sei seit dem Krankenhausaufenthalt des Klägers vom 15.6. bis 8.7.2005 auszugehen. Womöglich sei es durch die größere Gefäßoperation am 15.6.2005 und die urologische Operation einige Zeit später mit den dabei notwendigen Narkosen zu einer Verschlechterung der Hirnleistung gekommen, die sich jetzt ua in Pflegeuneinsichtigkeit ausdrücke. Insgesamt betrage der Pflegebedarf im Bereich der Grundpflege nunmehr 73 Minuten. Somit lägen die Voraussetzungen der Pflegestufe I vor und zwar vermutlich seit dem "15.6.2005". Für die Zeit davor gehe er, der Gutachter, davon aus, dass die Voraussetzungen einer Pflegestufe nicht erfüllt seien. Hinsichtlich der behaupteten regelmäßigen Arzt- und Therapeutenbesuche belegten weder die vom Betreuer vorgelegten Arztrechnungen noch die vom Heim kopierten Kurzinformationen eine mindestens einmal wöchentliche Fahrt zu Therapeuten/Ärzten.

Die Beklagte hat dem Kläger daraufhin ab dem 8.7.2005 Leistungen nach der Pflegestufe I bewilligt; für die Zeit zuvor während des stationären Krankenhausaufenthalts im B Krankenhaus K stünden ihm keine Leistungen zu. Der Kläger hat im weiteren Verlauf des Berufungsverfahrens zusätzliche Unterlagen in das Verfahren eingebracht und Angaben zu seinen Besuchen bei Ärzten und Krankengymnasten gemacht.

Der Kläger trägt vor:

Die Unterscheidung im Gutachten des Arztes M zwischen pflegebegründenden und nicht pflegebegründenden Diagnosen sei nicht nachvollziehbar; abgesehen davon habe der Gutachter unter den pflegebegründenden Diagnosen das Korsakow-Syndrom nicht aufgeführt. Sein Allgemeinzustand sei vor der Operation im Juni 2005 erheblich schlechter gewesen als nach der Operation, die zu einer Verbesserung seines Zustandes geführt habe. Sein jetziger Gesundheitszustand entspreche in etwa demjenigen zur Zeit des ersten Gutachtens vom Februar 2003.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des SG Trier vom 3.1.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit nach der Pflegestufe I gemäß den gesetzlichen Vorschriften auch für die Zeit vom 1.12.2002 bis 7.7.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, durch das Gutachten des Internisten M sei geklärt, dass dem Kläger Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für die Zeit vor dem 8.7.2005 nicht zustünden.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die nach §§ 105 Abs 2 Satz 1, 143 f, 151 Sozialgerichtsgesetz SGG zulässige Berufung ist teilweise begründet. Dem Kläger stehen Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung für die Zeit ab dem 27.6.2003 zu. Im Übrigen hat die Berufung keinen Erfolg.

Der Rechtsstreit ist nicht durch den im Termin zur mündlichen Verhandlung am 16.2.2006 geschlossenen Vergleich beendet worden, weil dieser von der Beklagten rechtzeitig mit am 1.3.2006 beim LSG Rheinland-Pfalz eingegangenen Schriftsatz widerrufen wurde.

Die Klage ist als isolierte Leistungsklage ohne Durchführung eines Vorverfahrens zulässig, da die Beklagte als privates Pflegeversicherungsunternehmen nicht befugt ist, Verwaltungsakte zu erlassen und eine Anfechtungsklage daher nicht in Betracht kommt (Bundessozialgericht BSG 13.5.2004 B 3 P 7/03, juris). Die Klage ist auch nicht verfristet. Nach § 17 Abs 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung Bedingungsteil (MB/PPV 1996; entspricht § 12 Abs 3 VVG) ist der Versicherer, wenn er einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde nach abgelehnt hat, von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird; die Frist beginnt, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat. Da die Beklagte die begehrten Leistungen mit Schreiben vom 25.7.2003 abgelehnt hat, wahrt die am 7.11.2003 erhobene Klage die Frist.

Anspruchsgrundlage ist vorliegend [§ 178 Abs 4 VVG](#) in Verbindung mit dem zwischen den Beteiligten geschlossenen Vertrag über eine private Pflegepflichtversicherung und den diesem Vertrag zu Grunde liegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen (Bedingungsteil MB/PPV 1996). Maßgebend sind die bei Antragstellung und auch im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung geltenden MB/PPV 1996. Danach hängt der Anspruch davon ab, dass der Kläger pflegebedürftig ist (§ 1 Abs 2 MB/PPV 1996). In die Pflegestufe I sind Personen einzubeziehen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren der in § 1 Abs 5 MB/PPV 1996 genannten Bereiche mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (§ 1 Abs 6a MB/PPV 1996; entspricht in der sozialen Pflegeversicherung [§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) des Elften Buchs des Sozialgesetzbuchs SGB XI). Bei der Pflegestufe I muss der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen (§ 1 Abs 8 MB/PPV 1996; entspricht in der sozialen Pflegeversicherung [§ 15 Abs 3 Nr 1 SGB XI](#)). Sofern die Pflege nicht im häuslichen Bereich erbracht wird, zB bei stationärer Pflege, ist eine fiktive Bewertung aufgrund einer gedachten häuslichen Pflege erforderlich (Wagner in Hauck/Noftz, SGB XI, K § 15, Rz 25).

Nach [§ 64 Abs 1 Satz 1 VVG](#) sind Versicherer und Versicherungsnehmer an die Feststellungen des ärztlichen Sachverständigen zu den Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder zur Höhe des Schadens grundsätzlich gebunden, wenn dies wie hier durch § 6 Abs 2 MB/PPV 1996 vertraglich vereinbart worden ist. Die Feststellungen des Arztes sind nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweichen, wobei auf den Sachstand und die Erkenntnismittel zum Zeitpunkt der Begutachtung abzustellen ist (BSG 22.7.2004 [B 3 P 6/03 R](#), SozR 4 7690 § 64 Nr 1). Für eine gerichtliche Sachverhaltsaufklärung zur Frage des Umfangs des Pflegebedarfs, zB durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens, besteht nur dann Veranlassung, wenn und soweit ein nach den Bestimmungen des MB/PPV 1996 eingeholtes Gutachten offensichtlich von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht ([§ 64 Abs 1 Satz 1 und 2 VVG](#)) oder ein Sachverständiger die erforderlichen Feststellungen ausnahmsweise nicht treffen kann oder will oder sie verzögert ([§ 64 Abs 1 Satz 3 VVG](#)). Damit wird die Abhilfemöglichkeit auf die wenigen Fälle ganz offensichtlichen Unrechts beschränkt (BSG, aaO). In prozessualer Hinsicht bewirkt die Vereinbarung eines Sachverständigengutachtens insbesondere, dass das Gericht die durch einen Sachverständigen getroffenen Feststellungen grundsätzlich zu übernehmen hat und im Umfang dieser Feststellungen dem Gericht prinzipiell Beweiserhebung und Beweiswürdigung entzogen sind. Dabei ist das Gesamtergebnis des Sachverständigengutachtens maßgeblich; sind allerdings abgrenzbare Teilbereiche der gutachterlichen Feststellungen fehlerhaft, sind diese soweit "offenbar erheblich" selbständig anfechtbar; nur der Rest bleibt verbindlich (BSG aaO). Behauptet der Versicherte, dass sich seit der letzten Begutachtung sein Pflegebedarf erhöht habe, hat das beklagte Versicherungsunternehmen ein neues außergerichtliches Gutachten einzuholen; dies hat die Beklagte auf Aufforderung durch den Senat getan, indem sie das Gutachten des Arztes M veranlasst hat.

Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die Ergebnisse der M-Gutachten der Ärztin Dr B und des Arztes Dr R (abgesehen von der von diesem für das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung im Zusammenhang mit Arztbesuchen veranschlagten Zeit von nur einer Minute täglich) für die Beteiligten verbindlich. Abgesehen von diesem Punkt sind schwerwiegende Mängel dieser beiden Gutachten nicht ersichtlich. Dafür spricht auch das Gutachten des Dr H, ohne dass es für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits auf dieses ankommt.

Unter Mitberücksichtigung zusätzlicher Zeiten für das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung wurde der für die Pflegestufe I erforderliche Hilfebedarf jedoch für die Zeit ab dem 27.6.2003 (Zeitpunkt der Untersuchung von Dr R) überschritten. Der Senat ist wegen der grundsätzlichen Bindungswirkung an die von der Beklagten eingeholten Gutachten an die nicht grob fehlerhafte Einschätzung von Dr R gebunden, dass aus vorausschauender Sicht durchschnittlich einmal pro Woche Arztbesuche erforderlich waren. Diese Prognose wird wegen ihrer naturgemäß gegebenen Unschärfe nicht dadurch entkräftet, dass die Frequenz der Besuche bei Ärzten/Krankengymnasten möglicherweise in der Zeit nach der Begutachtung von Dr R (jedenfalls bis zum 22.2.2005) durchschnittlich etwas niedriger lag als einmal wöchentlich im Durchschnitt (vgl BSG 17.3.2005, [B 3 P 2/04 R](#), juris). Die rechtliche Bedeutung der Prognose wurde jedenfalls für die Vergangenheit vor dem Zeitpunkt der Untersuchung des Arztes M auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass der Arzt M in seinem Gutachten ausgeführt hat, eine mindestens einmal wöchentliche Fahrt zu Therapeuten/Ärzten sei nicht zu belegen.

Eine Bindung an die Einschätzung von Dr R besteht aber insoweit nicht, als dieser im Rahmen des Verlassens und Wiederaufsuchens der Wohnung nur die Zeiten für die Beaufsichtigung zwischen dem Verlassen des Heimes und dem Platznehmen im Fahrzeug sowie zwischen dem Verlassen des Fahrzeuges und dem Eintreffen im Wartezimmer des Arztes angerechnet hat. Dies ist unzutreffend, weil auch die Fahr- und Wartezeiten ansatzfähig sind, sofern wie vorliegend die Begleitung des Pflegebedürftigen erforderlich und die Pflegeperson während dieser Zeit zeitlich und örtlich gebunden war (BSG 6.8.1998 [B 3 P 17/97 R](#), SozR 3 3300 § 14 Nr 6). Eine Bindungswirkung hinsichtlich einer unzutreffenden rechtlichen Wertung des Arztes Dr R kann naturgemäß nicht in Betracht kommen.

Für den Aufenthalt in einer Arztpraxis hat das BSG (aaO) im Wege eines Erfahrungssatzes eine Zeit von 30 bis 45 Minuten in Ansatz gebracht. Da der Kläger wie sich aus den vorliegenden Arztrechnungen und berichten ergibt wegen einer Vielzahl von Erkrankungen behandelt wird, steht das Behandlungsprogramm bei ihm zumeist nicht so fest, wie wenn die Behandlung immer dieselbe Erkrankung beträfe. Aus diesem Grund hält der Senat vorliegend eine durchschnittliche Behandlungszeit (einschließlich Wartezeit) von 45 Minuten pro Arztbesuch für angemessen. Hinzu kommen zum einen die von Dr R in Ansatz gebrachten Zeiten zwischen dem Verlassen des Heimes und dem Platznehmen im Fahrzeug sowie zwischen dem Verlassen des Fahrzeuges und dem Eintreffen im Wartezimmer des Arztes (sieben Minuten wöchentlich = eine Minute täglich) und zum anderen die reinen Wegezeiten (Hin- und Rückfahrt), die der Senat auf 10 Minuten pro Fahrt einschätzt. Unter Berücksichtigung dessen ergibt sich für die Fahrten ein Zeitaufwand von 45 + 10 + 7 Minuten = insgesamt 62 Minuten wöchentlich und 62:7 = 9 Minuten kalendertäglich. Der Zeitaufwand für die Grundpflege betrug demnach 37 Minuten (Dr. R ohne Berücksichtigung der Wegezeiten) + 9 Minuten = 46 Minuten kalendertäglich.

Die Prognose eines durchschnittlich einmal pro Woche erforderlichen Arztbesuches im Gutachten von Dr R kann nur für die Zeit ab dessen Untersuchung gelten, zumal er sich für die Vergangenheit nicht geäußert hat und tatsächlich durchschnittlich mindestens einmal wöchentlich angefallene Arztbesuche für die Zeit vor dem 27.6.2003 nicht belegt sind. In der Zeit zuvor war ein Pflegebedarf von wenigstens 46 Minuten kalendertäglich ausgehend von dem Gutachten der Ärztin Dr B, das wie dargelegt gravierende Mängel nicht enthält, nicht gegeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#). Sie entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits. Entgegen der Auffassung des SG trägt der Kläger nicht die "Kosten des Rechtsstreits"; der Senat berichtigt insoweit den Tenor des angefochtenen Urteils. Nach [§ 193 Abs 4 SGG](#) sind die Aufwendungen der in [§ 184 Abs 1 SGG](#) genannten Gebührenpflichtigen nicht erstattungsfähig. Da die Unternehmen der privaten Pflegeversicherung zu dem Kreis der in [§ 184 SGG](#) genannten Gebührenpflichtigen zählen, können sie im Rahmen des [§ 193 SGG](#) nicht Kostengläubiger sein (Knittel in Hennig, SGG, § 193 Rz 90).

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2006-07-05