
S 9 P 60/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Pflegeversicherung
Abteilung	7
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 P 60/98
Datum	19.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 P 26/99
Datum	05.12.2000

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 19.04.1999 wird verworfen.
- II. Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung von Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung ab Januar 1999 bis 31.07.1999 streitig. Als Vorfrage geht es in prozessualer Hinsicht um die Zulässigkeit der Berufung.

Die am 01.12.1933 geborene und zwischenzeitlich am 01.12.1999 verstorbene Klägerin war die Ehefrau des Internisten Dr. R. R. M., der bei der Beklagten privat pflegeversichert ist und über den die Klägerin bei der Beklagten mitversichert war. Die Klägerin litt seit Juli 1992 auf Grund eines Schlaganfalls an einer Halbseitenlähmung links sowie an einem insulinpflichtigen Diabetes Mellitus.

Für die Klägerin war am 09.12.1994 ein Antrag auf Leistungen aus der privaten

Pflegeversicherung gestellt worden, worauf die Beklagte die Klägerin durch die Fa. M & J (Gutachter Dr. E & J) untersuchen und begutachten ließ. Dieser Sachverständige kam im Gutachten vom 21.04.1995 zu der Auffassung, dass bei der Klägerin die Voraussetzungen für die Pflegestufe III seit Juli 1992 erfüllt seien. Daraufhin bewilligte die Beklagte Leistungen der Pflegestufe III als Geldleistung. Bei einer Nachuntersuchung (Gutachten Dr. M & J vom 15.01.1998) wurden nur noch die Voraussetzungen für Leistungen nach der Pflegestufe II bejaht, eine Darstellung des Hilfebedarfs in zeitlicher Hinsicht unterblieb. Die Ärztin B.M & J, M & J, erstellte am 28.04.1998 im Widerspruchsverfahren ein "Obergutachten", in dem sie im Ergebnis auf einen Grundpflegebedarf von 3 Stunden und 15 Minuten kam. Leistungen nach der Pflegestufe III wurden ab Dezember 1997 nicht mehr bezahlt, nur noch Leistungen nach der Pflegestufe II. Die Beklagte hat den Angaben der Klägerin zu Folge mit Schreiben vom 02.02.1998 und 14.05.1998 nachfolgend Leistungen nach der Pflegestufe III abgelehnt.

Hiergegen ließ die Klägerin beim SG Nürnberg Klage erheben. Ihr Ehemann hat eine Stellungnahme mit Aufschlüsselung des Hilfebedarfs vorgelegt. Das SG hat sodann nach Beiziehung der einschlägigen Befundberichte der behandelnden Ärzte Dr. H & J als Ärztliche Sachverständige gehört. Diese kam in ihrem Gutachten vom 28.01.1999 zu der Auffassung, dass sich im Vergleich zum Gutachten von Frau B.M & J vom 28.04.1998 der Hilfebedarf erhöht habe. Auch bestehe ein Hilfebedarf rund um die Uhr. Sie nahm einen Hilfebedarf in der Grundpflege von 4 Stunden und 14 Minuten und im Rahmen der hauswirtschaftlichen Versorgung von täglich einer Stunde an.

Der Auffassung, dass nunmehr seit Januar 1999 die Voraussetzungen für die Pflegestufe III erfüllt seien, trat die Beklagte am 03.03.1999 entgegen: Selbst wenn tatsächlich die Voraussetzungen der Pflegestufe III vorliegen würden, bestünde keine entsprechende Leistungspflicht der Beklagten, denn eine Leistung aus der privaten Pflegeversicherung werde nur auf Antrag gewährt (Teil I Â§ 6 Abs. 1 Satz 1 AVB). Ein Antrag liege jedoch nicht vor, wobei auch die Klage vom 10.06.1998 hierfür nicht herangezogen werden könne.

Die Kläger haben vor dem SG zuletzt beantragt, die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin Leistungen nach der Pflegestufe III ab Januar 1999 zu gewähren.

Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 19.04.1999 hat das SG Nürnberg die Beklagte verpflichtet, der Klägerin Leistungen der Pflegestufe III (Geldleistung) ab Januar 1999 zu bezahlen und der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Klägerin auferlegt: Die zulässige Klage sei mit dem zuletzt gestellten Antrag begründet. Die Klägerin erfülle seit Januar 1999 die Voraussetzungen der Pflegestufe III, sodass die Beklagte verpflichtet sei, entsprechende Leistungen zu bezahlen ([ÄS 14, 15 SGB XI](#)). Die Auffassung der Beklagten, für die Klägerin sei kein Leistungsantrag gestellt worden, sei abwegig; die Klägerin verfolge seit Dezember 1997 nichts anderes als diese Leistung. Die Anspruchsvoraussetzungen für die Pflegestufe III

seien ab Januar 1999 auf Grund der festgestellten Ärztlichen Unterlagen der Fa. M. H., der beigezogenen Ärztlichen Befundberichte, der Mitteilung des Ehegatten der Klägerin sowie der Feststellungen der Ärztlichen Sachverständigen Dr. H. in ihrem Gutachten vom 28.01. 1999 nachgewiesen, wobei das Gutachten der letztgenannten Sachverständigen im Wesentlichen keine signifikanten Abweichungen vom Gutachten von Frau B.M. enthalte. Ein Hilfebedarf der Klägerin bestehe auch nachts. Damit seien die Voraussetzungen für die Pflegestufe III ab Januar 1999 gegeben, die Klage somit insgesamt erfolgreich.

Mit einem Schreiben von Sachbearbeiter R. unterzeichneten Schreiben vom 14.07.1999 wurde hiergegen Berufung eingelegt: Zum einen wurde darin gerügt, dass im Rubrum des Urteils unter Nr. 1 als Klägerin U.R. genannt sei, diese aber nicht aktiv legitimiert sei. Das erstinstanzliche Urteil habe sich mit den Darlegungen der Beklagten hierzu im Rahmen ihrer Klageerwidern in keiner Weise auseinandergesetzt. Das Urteil sei bereits deshalb aufzuheben, weil U.R. auf keinen Fall einen Leistungsanspruch haben könnte. Nur der unter Nr. 2 genannte Dr. R. könne überhaupt einen Anspruch gegen die Beklagte haben, sofern ein solcher bestehe. Ein solcher bestehe jedoch im Ergebnis nicht: Ein Antrag auf Leistungen nach der Pflegestufe III habe nicht vorgelegen, das Gericht habe somit bei seiner Entscheidung die Antragsnotwendigkeit verkannt. Es sei zwar richtig, dass zunächst, d.h. am 09.12.1994, ein Antrag auf Leistungen nach Pflegestufe III gestellt worden sei. Mit der entgeltlichen Ablehnung der Leistungen durch die Beklagte sei dieser Leistungsantrag jedoch erledigt gewesen. Für Leistungen nach Pflegestufe III, die zu einem späteren Zeitpunkt wegen Änderung der Verhältnisse zu zahlen seien, sei ihrer Auffassung nach ein erneuter Leistungsantrag erforderlich. Wenn der Versicherungsnehmer nur den alten Anspruch weiterverfolge, dieser Anspruch aber tatsächlich nicht bestehe und lediglich im Laufe des gerichtlichen Verfahrens eine Änderung eintrete, könne dies nicht zum Wegfall des Antragsgrundsatzes führen. Selbst wenn man von der grundsätzlichen Richtigkeit der erstinstanzlichen Feststellungen ausgehen würde, so hätte der Klage auf keinen Fall vollständig stattgegeben werden dürfen. Auch lägen im Ergebnis die Voraussetzungen der Pflegestufe III entgegen den Ausführungen des SG weiterhin nicht vor, denn ein Pflegebedarf rund um die Uhr bestehe nicht, weil kein nächtlicher Hilfebedarf vorläge.

Mit Schreiben vom 07.10.1999 hat die Beklagte ergänzend mitgeteilt, dass die pflegebedürftige U.R. am 03.10.1999 verstorben sei. Nachdem der Versicherungsnehmer Dr. R. der Beklagten mitgeteilt habe, dass sich der Gesundheitszustand seiner Ehefrau verschlechtert habe (Eingang des Schreibens am 19.08.1999), habe sie dieses als Antrag auf Einstufung in eine höhere Pflegestufe gedeutet, und wiederum die Fa. M. veranlasst, eine Begutachtung der Pflegebedürftigkeit der Ehefrau des Klägers erneut vorzunehmen. Auf Grund der stationär durchgeführten Operation am 14.05.1999 sei danach eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen eingetreten, die Voraussetzungen der Pflegestufe III seien nunmehr anzunehmen. Da aber der Verschlimmerungsantrag erst im August 1999 gestellt worden sei, könnten Leistungen auch erst ab August 1999 nach der Pflegestufe III erbracht werden, sie habe inzwischen die entsprechenden tariflichen Leistungen ausbezahlt.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 09.11.2000 ist für die Beklagte niemand erschienen; sie hat auf die Ladung zum Termin ebenfalls durch ihren Sachbearbeiter R. mit Schreiben vom 02.11.2000 mitteilen lassen, dass eine Teilnahme aus Kapazitäts- und Zeitgründen nicht möglich sei und darüber hinaus auch in der Sache nicht weiterhelfen könne. Es wird Bezug genommen auf das Vorbringen in der ersten Instanz. Mit Beschluss vom 09.11.2000 wurde der Berufungsführer aufgegeben, binnen zwei Wochen die Bevollmächtigung des Unterzeichners der Berufungsschrift nachzuweisen. Ferner wurden Ermittlungen zu den Einzelheiten des Versicherungsverhältnisses durchgeführt. Hierzu hat der Prozessbevollmächtigte der Kläger mit Schriftsatz vom 15.11.2000 Unterlagen (Versicherungsschein, Krankenversicherung mit Angaben zum Versicherungsumfang für Dr. R.R. und U.R. etc.) vorgelegt. Aus dem Versicherungsschein ergibt sich danach, dass Versicherungsnehmer Dr. R.R. ist, versicherte Personen sind Dr. R.R. und U.R.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 05.12.2000 ist ebenfalls für die Beklagte niemand erschienen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung als unzulässig zu verwerfen, hilfsweise als unbegründet zurückzuweisen.

Im Folgenden wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten 1. und 2. Instanz ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung vom 14.07.1999, eingegangen am 15.07.1999, ist nicht formgerecht eingelegt worden und somit unzulässig.

Die Berufung ist bei dem Landessozialgericht innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)). Die dort genannte Schriftform verlangt grundsätzlich einen unterschriebenen Schriftsatz (vgl. [§ 126 BGB](#), zu Unterschrift vgl. Jens Meyer-Ladewig, SGG-Kommentar, 6. Auflage, § 151 Rdnr. 4). Der Zweck dieser Vorschrift ist, dass die Unterschrift den Urheber erkennen lassen soll und gewährleistet, dass das Schriftstück nicht nur ein Entwurf ist, sondern mit Wissen und Willen des Verfassers bei Gericht eingegangen ist. Das Berufungsschreiben vom 14.07.1999 mit dem Briefkopf der Vereinten Krankenversicherungs AG, das von Sachbearbeiter R. unterschrieben ist, genügt diesem Formerfordernis nicht. Die Unterschrift "i. A." genügt nicht, vgl. auch Peters-Sautter-Wolff, SGG-Kommentar, § 151 Rdnr. 88). Bei juristischen Personen wie hier bei der Vereinten Krankenversicherungs AG muss die vertretungsberechtigte Person unterschreiben oder ggf. der bevollmächtigte Vertreter muss den Schriftsatz eigenhändig mit vollem Namen unterzeichnet haben (allgemeine Meinung). Auf das Formerfordernis wurde die Vereinte

Krankenversicherungs AG ausdrücklich im Protokoll vom 09.11.2000 hingewiesen und ihr Gelegenheit gegeben, die Bevollmächtigung des Unterzeichners der Berufungsschrift nachzuweisen. Dies ist jedoch bis zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 05.12.2000 nicht erfolgt. Dies hat zu Folge, dass die Berufung, die von einem Vertreter ohne Vollmacht eingelegt worden ist, als unzulässig zu verwerfen ist (vgl. auch Peters-Sautter-Wolff, a.a.O., Â§ 151 Rdnr. 105).

Bei dieser Sachlage war es dem Senat im Folgenden verwährt, in der Sache selbst zu entscheiden.

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

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür nach [Â§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Erstellt am: 03.10.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024