S 19 P 4077/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Baden-Württemberg

Sozialgericht Landessozialgericht Baden-Württemberg

Sachgebiet Pflegeversicherung

Abteilung 4. Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren

Leitsätze 1. Das für den Bereich gesetzlicher

Sozialleistungen entwickelte

Meistbegünstigungsprinzip findet zur Vermeidung einer Ungleichbehandlung Privatversicherter unter Berücksichtigung der vertraglichen Fürsorgepflichten auch

im Bereich der privaten

Pflegeversicherung Anwendung. Dies gilt

auch für die Grundsätze des

sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs,

die entsprechend anwendbar sind.

2. Eine fehlende Unterschrift unter einem Urteil kann innerhalb von fünf Monaten jederzeit formlos nachgeholt werden, auch wenn das Urteil bereits zugestellt und ein Rechtsmittel eingelegt ist. Die

nachgeholte Unterschrift durch Namensnennung am Ende des

Dokuments und die qualifizierte Signatur

wirken dann ex nunc.

SGG § 65a Abs 7 S 1

VVG § 192 Abs 6 MB/PPV § 1 ABs 1 S 1

MB/PPV § 6 Abs 1 S 1

1. Instanz

Normenkette

Aktenzeichen S 19 P 4077/20

27.04.2021 Datum

2. Instanz

L4P1640/21 Aktenzeichen 26.06.2023 Datum

3. Instanz

Datum

Die Berufung des KlĤgers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. April 2021 wird zurļckgewiesen.

Auà dergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Â

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist im Berufungsverfahren noch die GewĤhrung von Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung in Form von Pflegegeld im Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 nach der Pflegestufe 1 und im Zeitraum 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nach dem Pflegegrad 2 streitig.

Der 1957 geborene KlĤger war zuletzt als Diplom-Ingenieur beschĤftigt. Er ist bei der Beklagten seit 1995 privat kranken- und pflegeversichert. Grundlage des Pflegeversicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) fĽr die private Pflegepflichtversicherung (MB/PPV, Zusatzvereinbarungen und Tarifbedingungen).

Nach einer am 3. April 2013 im Krankenhaus B2 durchgeführten Nasennebenhöhlenoperation trat bei dem Kläger ein intraorbitaler Abszess, ein präseptaler Abszess am Unterlid und eine putride Sinusitis maxillo-frontoethmoidalis mit Exophthalmus und Ophthalmoplegie auf. Am 6. April 2013 wurde am Universitätsklinikum T1 â∏ Department für Augenheilkunde â∏notfallmäÃ∏ig eine laterale Kantholyse, eine Kanthotomie rechts sowie endoskopisch eine endonasale Revisions-Fronto-Spheno-Ektomie mit medialer und infero-medialer Orbitadekompression durchgeführt. In der Folge erlitt der Kläger eine komplette Optikusatrophie mit vollständigem Visusverlust/Erblindung am rechten Auge bei bereits bestehender hochgradiger Amblyopie am linken Auge. Vor der Entlassung aus der stationären Behandlung im Universitätsklinikum T1 am 16. April 2013 fand am 12. April 2013 eine Sozialberatung durch G1 statt. Durch die Assistenzärztin G2 wurde am 15. April 2013 auf unbestimmte Zeit Fahruntüchtigkeit festgestellt.

Mit Schreiben vom 12. April 2013teilte die Beklagte dem Kläger mit, durch die Aufnahmeanzeige des Krankenhauses erfahren zu haben, dass er arbeitsunfähig erkrankt sei. Die Krankentagegeldversicherung sehe eine Karenzzeit von sechs Wochen vor, weshalb der Kläger spätestens am 14. Mai 2013 mitteilen solle, ob noch völlige Arbeitsunfähigkeit vorliege.

Am 18. April 2013 wandte sich der Kläger telefonisch an die Beklagte und teilte mit, weiterhin arbeitsunfähig zu sein und sicher auch þber die Karenz zu kommen. AuÃ□erdem vermute er einen Behandlungsfehler. Er habe den Eindruck, dass der Verlust der Sehfähigkeit eine Folge der OP sei. Der Kläger wurde

aufgefordert, ein Gedächtnisprotokoll anzufertigen und vorhandene Berichte und OP-Berichte einzureichen. In einem weiteren Telefonat am 18. April 2013 wurde der Ehefrau des Klägers das Prozedere bei einem vermuteten Behandlungsfehler erläutert. Weitere telefonische Kontakte zwischen dem Kläger und der Beklagten sind am 8. Mai 2013 wegen der Anforderung von Unterlagen sowie am 10. Juni 2013, am 7. August 2013 und am 25. September 2013 wegen der Ã□bernahme von Fahrt- und Taxikosten dokumentiert.

Mit Schreiben vom 22. Mai 2013 bat die Beklagte den Kläger um Ã∏bersendung der Entlassungsberichte der stationären Behandlungen. Mit Schreiben vom 10. Juni 2013 wurde der Kläger an die Beibringung eines Gedächtnisprotokolls und eines OP- und Entlassungsberichts erinnert. Mit Schreiben vom 10. Juli 2013 teilte die Beklagte dem Kläger mit, das Ergebnis der beratungsärztlichen Stellungnahme liege vor. Der Beratungsarzt sei der Ansicht, dass zwar im präoperativen Aufklärungsbogen in der Regel auf mögliche Abszessbildungen hingewiesen werde, jedoch bereits beim Entlassungsgespräch eine Bildgebung hätte erfolgen mÃ⅓sen. Eine Bildgebung sei jedoch nach den vorgelegten Unterlagen unterblieben. Die postoperative Verabreichung von Antibiotika sei dagegen nicht obligatorisch. Dem Kläger werde empfohlen, den Fall dem Gutachterausschuss der zuständigen Bezirksärztekammer vorzulegen.

Vom 15. Mai 2013 bis zum 31. März 2014 erhielt der Kläger von der Beklagten Krankentagegeld.

Nachdem die Beklagte wegen des Anspruchs auf Krankentagegeld zunĤchst bei B1, UniversitÃxtsklinikum T1, die Auskunft vom 13. September 2013 eingeholt hatte, veranlasste sie eine vertrauensÄxrztliche Untersuchung durch die V1 GmbH. S1 führte in seinem Gutachten vom 30. September 2013 aus, der KIäger habe angegeben, er plane für das nächste Jahr eine Integration am Arbeitsplatz; Hilfsmittel seien bereits beantragt worden. Ohne Hilfsmittel kA¶nne er nicht lesen, mit Hilfsmitteln nur bedingt. AS1 vertrat die Auffassung, dass es dem KlÃxger bei dem jetzigen Befund dauerhaft nicht mehr möglich sei, seine ausgeübte TÃxtigkeit weiter auszuüben. Eine mehr als 50Â %-ige Erwerbsminderung bezogen auf die zuletzt ausgeļbte TĤtigkeit liege auf nicht absehbare Zeit vor. Mit Schreiben vom 22. Oktober 2013 teilte die Beklagte dem KIäger mit, die Untersuchung durch S1 am 30. September 2013 habe ergeben, dass er berufsunfĤhig sei, weshalb die Krankentagegeldversicherung zum 30. MÃxrz 2014 beendet werde. Der KlÃxger habe die Möglichkeit, diese im Rahmen einer Anwartschaft fortzufÄ1/4hren. Am 6. November 2013 wandte sich der Kläger wegen des Gutachtens von S1 telefonisch an die Beklagte und teilte u.a. mit, er wolle auf jeden Fall im nÄxchsten Jahr wieder arbeiten. Es gebe Hilfsmittel, die ihm vorlesen kA¶nnten.

Weitere Telefonate fanden wegen des durch den Kläger geltend gemachten Behandlungsfehlers am 3. Januar 2014 und am 25. April 2014, wegen rýckständigen Krankentagegeldes am 28. Januar 2014 und wegen einer Bescheinigung fýr das Finanzamt am 24. November 2017 statt. Am 14. April 2015 wurde dem Kläger telefonisch bestätigt, dass die Anwartschaft erhalten bleiben könne und innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme einer Tätigkeit

wirksam werde.

Das Landratsamt B2 â□□ Versorgungsamt in S2 â□□ stellte bei dem Kläger mit Bescheid vom 19. September 2013 ab dem 23. April 2013 einen Grad der Behinderung (GdB) von 100 sowie die Merkzeichen G, B, H und RF fest. Zum 1. April 2014 schloss der Kläger mit seinem Arbeitgeber einen Aufhebungsvertrag.

Am 25. Oktober 2019 stellte der Kläger bei der Beklagten einen Antrag auf Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung. Daraufhin veranlasste die Beklagte eine Begutachtung des Klägers in häuslicher Umgebung durch die M1 GmbH. Die Gutachterin K1 gab in ihrem Gutachten vom 23. Dezember 2019 nach einem Hausbesuch beim Kläger am 20. Dezember 2019 als pflegebegrýndende Diagnosen Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, binokular sowie eine rezidivierende depressive Störung an. Den bei dem Kläger bestehenden Hilfebedarf bewertete sie mit insgesamt 36,25 gewichteten Punkten und dem Pflegegrad 2. Mit Schreiben vom 9. Januar 2020 sagte die Beklagte dem Kläger ab dem 1. Oktober 2019 Leistungen entsprechend dem Pflegegrad 2 zu.

Mit Schreiben vom 10. September 2020 beantragte der KlĤger bei der Beklagten die GewĤhrung von Pflegegeld nach der Pflegestufe 1 für den Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 und nach dem Pflegegrad 2 für den Zeitraum 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 sowie die Zahlung von RentenversicherungsbeitrĤgen für die nichterwerbsmäÃ∏ige Pflege seiner Ehefrau für den Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Juli 2016. Seit dem 6. April 2013 liege bei ihm wegen einer Optikusatrophie auf dem rechten Auge, welches sein gutes Auge gewesen sei, eine hochgradige Sehbehinderung vor. Ab diesem Zeitpunkt sei er pflegebedürftig gewesen und von seiner Ehefrau mindestens in einem Umfang von 20 Stunden pro Woche gepflegt worden. Bei einer Person mit einer neu erworbenen hochgradigen Sehbehinderung mýsse von einer Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden. Erst nach Abschluss einer blindentechnischen Grundausbildung im Rahmen von Orientierungs- und MobilitÃxtstraining sowie der Erlernung von lebenspraktischen FÃxhigkeiten mýsse sich die Pflegeversicherung eine Beratungspflicht zur Antragstellung nicht mehr anrechnen lassen. Sein Gesundheitszustand und Pflegebedarf im April 2013 sei identisch zu dem heutigen. §Â 33 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) schlie̸e nicht aus, Leistungen auch für die Zeit vor Antragstellung zu gewĤhren, wenn ein HĤrtefall vorliege. Nicht nur der Sozialdienst der Uniklinik T1 habe es pflichtwidrig versĤumt, auf die MĶglichkeit einer Antragstellung hinzuweisen. Auch der Beklagten hAxtten mit Blick auf die Feststellung der BerufsunfĤhigkeit durch B1 am 28. Juni 2013 hinreichende Informationen vorgelegen, aus der sich eine Pflegebedļrftigkeit hĤtte aufdrĤngen mļssen. Es liege daher eine Verletzung der Fýrsorge- und Beratungspflichten vor, die zu einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch bzw. im privaten VersicherungsverhĤltnis zu einem Anspruch nach Treu und Glauben fļhrten.

Mit Schreiben vom 6. Oktober 2020 wies die Beklagte den Antrag des Klägers vom 10. September 2020 zurýck. Der Eintritt der Berufsunfähigkeit wegen

einer erheblichen LeseschwĤche führe für sich genommen nicht zum Eintritt des Versicherungsfalles in der Pflegeversicherung. Die Verhältnisse könnten rückwirkend nicht mehr aufgeklärt werden. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch könne dann gegeben sein, wenn ihr die wesentlichen Umstände einer Pflegebedürftigkeit und einer Pflegetätigkeit bekannt gewesen seien und sie einen Antrag auf Pflegeleistungen zu Unrecht abgelehnt hätte. Ein solcher Ausnahmefall sei nicht gegeben.

Mit seiner am 12. Oktober 2020 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobenen Klage machte der KlĤger neben dem rückwirkenden Anspruch auf Pflegegeld ab dem 6. April 2013 bis zum 31. Dezember 2016 nach den GrundsÃxtzen des sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruchs und dessen Verzinsung die rückwirkende Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen für seine Pflegepersonen (Ehefrau und Sohn) geltend. Zur Begründung trug er vor, ursÃxchlich für die Pflegebedürftigkeit sei die Sinusitis-Operation am 3. April 2013. Andere gesundheitsrelevante und pflegebegrýndende Veränderungen seien zwischen 2013 und 2019 nicht eingetreten. Die BerufsunfĤhigkeit sei Ende 2013 festgestellt worden, die Pflegebedürftigkeit auf Antrag jedoch erst Ende 2019. Bei einer Person mit einer neu erworbenen hochgradigen Sehbehinderung mýsse von einer Pflegebedürftigkeit ausgegangen werden. Die Beklagte habe Feststellungen zur BerufsunfÄxhigkeit eingeholt und getroffen, die sich kausal auf die erworbene hochgradige Sehbehinderung ab dem 6. April 2013 datieren lie̸en. Es sei daher naheliegend, dass die Pflegebedürftigkeit sich ebenso wie die BerufsunfĤhigkeit auf diesen Zeitpunkt zurļckführen lasse und die Pflegebedürftigkeit somit ab dem 6. April 2013 und nicht erst zum 1. Oktober 2019 entstanden sei. Sein Sohn habe im Umfang von zwĶlf Wochenstunden an mindestens zwei verschiedenen Tagen pro Woche in der Zeit vom 1. Januar 2017 bis zum 30. September 2018 ebenfalls Pflegeleistungen erbracht. Die Beklagte habe von dem Sachverhalt der Optikusatrophie telefonisch im April 2013 erfahren und rechtzeitig Kenntnis erlangt. GrundsÃxtzlich sei unter Berücksichtigung des objektiven ErklAxrungswertes und der recht verstandenen Interessenlage des Leistungsberechtigten davon auszugehen, dass dieser unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsprinzips alles begehre, was ihm aufgrund des von ihm geschilderten Sachverhalts rechtlich zustehe. Es sei realitÄxtsfern anzunehmen, dass ein Versicherter seine Kranken- und Pflegeversicherung nach einem solchen Anlass anrufe, nur um mitzuteilen, dass ein vermutlicher Behandlungsfehler vorliege und der Versicherte damit die mĶglichen Schadensersatzansprļche der Versicherung gegen Dritte wahren mĶchte. Der Versicherte mĶchte selber Leistungen, u.a. Krankentagegeld, erhalten und die Versicherung habe ihm prinzipiell alles anzubieten, was versichert sei und was sie anbieten könne, in diesem Fall eben auch Pflegeleistungen. Der Telefonanruf sei mit dem Zweck der Mitteilung der hochgradigen Visusminderung/Erblindung und der Beratung über seine daraus folgenden Leistungsansprüche erfolgt. Aufgrund des geschilderten Sachverhalts hÃxtte die Beklagte auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hinweisen mýssen. Es bestehe daher ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch. VerjĤhrung sei nicht eingetreten. Auch das ihm vergebene Merkzeichen H spreche für Hilflosigkeit und damit Pflegebedürftigkeit.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. GemäÃ∏ §Â 9 Abs. 1 MB/PPV sei ein Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Eine verspätete Anzeige könne gemäÃ∏ §Â 10 Abs. 1 MB/PPV zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Der Eintritt der BerufsunfĤhigkeit sei nicht gleichzusetzen mit dem Eintritt einer Pflegebedürftigkeit. Der Kläger trage keine Umstände dafür vor, dass die Beklagte ihn von einer Geltendmachung von Versicherungsleistungen beginnend mit April 2013 abgehalten habe. Eine ̸berprüfung des Versicherungsfalles sei nunmehr, nach Ablauf vieler Jahre, nicht mehr sinnvoll mĶglich. Es sei darļber hinaus VerjĤhrung eingetreten; der KlĤger habe nach seinem eigenen Vorbringen bereits im Jahr 2013 Kenntnis von allen anspruchsbegrļndenden Tatsachen gehabt. Dem damaligen Geschehen in der Krankenversicherung sei nicht zu entnehmen, dass der KlĤger im Hinblick auf mĶgliche Leistungen aus dem VertragsverhĤltnis der Pflegeversicherung aufklĤrungsbedļrftig gewesen wĤre. Vorsorglich werde die Darstellung der durch Ehefrau und Sohn geleisteten Dienste mit Nichtwissen bestritten.

Mit Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 27. April 2021 wies das SG die Klage ab. Im Hinblick auf die beantragte Nachzahlung von RentenversicherungsbeitrĤgen fļr die von ihm angegebenen Pflegepersonen (Ehefrau und Sohn) sei die Klage mangels Prozessführungsbefugnis des Klägers bereits unzulässig. Im Ã∏brigen sei die Klage zulässig, aber nicht begründet. Der KlÄxger habe keinen Anspruch auf Pflegegeld im Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 nach der Pflegestufe 1 und vom 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nach dem Pflegegrad 2. Dementsprechend bestehe auch kein Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen. Ein Antrag auf Leistungen sei erstmals am 25. Oktober 2019 gestellt worden. Ein früherer Antrag sei nicht ersichtlich und werde vom KlĤger auch nicht behauptet. Der KlĤger kĶnne auch nicht auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs beanspruchen, so behandelt zu werden, als ob er den Antrag auf Pflegegeld bereits im April 2013 gestellt habe. Der Beklagten oblAzgen auch im Rahmen des privatrechtlichen VertragsverhĤltnisses Fürsorge- und Beratungspflichten, deren Verletzung und die hieraus resultierenden Nachteile entsprechend der GrundsÄxtze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs durch Herstellung des Zustandes, der bei ordnungsgemäÃ∏er Pflichterfüllung des Versicherungsträgers bestünde, zu kompensieren seien. Ein verspäxteter Antrag sei zuzulassen, wenn sich die Berufung auf die verspĤtete Antragstellung als VerstoÄ∏ gegen Treu und Glauben darstellen würde. Dies sei der Fall, wenn den Begünstigten kein Verschulden an der verspääteten Antragstellung treffe, die Versääumung der Antragsfrist aber ursÄxchlich auf eine Verletzung der Beratungspflicht der Beklagten zurückzuführen sei. Unabhängig davon, ob überhaupt die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 (bis zum 31. Dezember 2016) bzw. des Pflegegrades 2 (ab dem 1. Januar 2017) vorgelegen hÃxtten, was sich entgegen der Behauptung des KIägers gerade nicht zweifelsfrei aus den medizinischen Befunden bzw. der vorliegenden BerufsunfĤhigkeit ergebe, da es für die Pflegebedürftigkeit allein auf den tatsÄxchlichen Pflegebedarf ankomme, sei vorliegend schon keine Pflichtverletzung in Form einer fehlenden Beratung seitens der Beklagten festzustellen. Ein konkreter Beratungsanlass habe bei der Pflegekasse im April 2013

nicht vorgelegen. Vor dem im Oktober 2019 eingegangenen Antrag des KlĤgers auf Pflegeleistungen habe die Beklagte keine tatsÄxchliche Kenntnis von der Möglichkeit des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit bei diesem gehabt. Ein Beratungsersuchen habe ebenfalls nicht vorgelegen. Allein aus der Tatsache, dass der Beklagten bekannt gewesen sei, dass der KlAzger im April 2013 eine Optikusatrophie am rechten Auge mit der Folge einer erheblichen Visusminderung erlitten habe, sei kein Anlass gewesen, das Vorliegen erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne der vertraglichen Bestimmungen beim Kläger zu vermuten. Selbst das Vorliegen schwerster Erkrankungen sei nicht gleichbedeutend mit auch nur erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung (erreicht mit Pflegestufe 1 nach altem Recht bzw. Pflegegrad 2 nach neuem Recht). Der Kläger habe bei dem Telefonat im April 2013 kein Beratungsinteresse im Hinblick auf Pflegeleistungen zu erkennen gegeben. So habe er selbst mitgeteilt, der Beklagten bei dem Telefonat lediglich seine Erkrankung und einen mĶglichen Behandlungsfehler mitgeteilt zu haben. Ungeachtet dessen bestehe wohl auch keine KausalitÃxt zwischen einem möglichen Beratungsdefizit und dem eingetretenen Schaden. Dem KlĤger dýrfte bekannt gewesen sein, durch Antragstellung oder zumindest konkrete Anfrage bei der Pflegekasse ein entsprechendes Verfahren jederzeit einleiten kA¶nnen.

Das Urteil war mit einem vollstĤndigen Rubrum und einer qualifizierten elektronischen Signatur der Kammervorsitzenden versehen. Der Name der Kammervorsitzenden war am Ende des Urteils nicht aufgeführt. Nach entsprechendem Hinweis des Senats holte die Kammervorsitzende am 18. Juni 2021 die einfache Signatur nach, wiederholte die qualifizierte Signatur und stellte das Urteil den Beteiligten erneut zu.

Bereits am 10. Mai 2021 hatte der Kläger gegen das ihm am 4. Mai 2021 zugestellte Urteil Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihm rückwirkend Pflegegeld für den Zeitraum vom 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 nach der Pflegestufe 1 und vom 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nach dem Pflegegrad 2 zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen. Zur Begründung hat er im Wesentlichen sein bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Die Voraussetzungen fýr die Feststellung der Pflegestufe 1 (bis 31. Dezember 2016) und des Pflegegrades 2 (ab 1. Januar 2017) seien bei ihm ausweislich der im Gutachten vom 23. Dezember 2019 getroffenen Feststellungen erfÄ1/4llt. Die pflegebegrÄ1/4ndenden Diagnosen und damit der aus ihnen resultierende Hilfebedarf l\(\tilde{A}\) zgen bei ihm seit April 2013 unverÄxndert vor. Er habe das Merkzeichen B in seinem Schwerbehindertenausweis und sei auf die Begleitung durch eine Begleitperson angewiesen. Sein Anruf im April 2013 stelle nach dem MeistbegÃ1/4nstigungsprinzip einen Antrag auf Pflegeleistungen dar, denn er habe unter Schilderung des Sachverhalts alles begehrt, was ihm zustehe. Er habe im Rahmen dieses Telefonats die schwerwiegende gesundheitliche EinschrĤnkung durch die Erblindung des funktionalen Auges und einen mĶglichen Behandlungsfehler mitgeteilt. Die Krankenversicherung habe danach ohne besonderen Antrag

Krankentagegeldleistungen und ohne expliziten Antrag eine beratungsÄxrztliche ̸berprüfung des Sachverhalts wegen ihrer eigenen möglichen Schadenersatzforderungen gegen den behandelnden Arzt eingeleitet. Eine Spontanberatung über Pflegeleistungen sei unterlassen worden. Ob ihm selbst die Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere das Pflegegeld bekannt gewesen seien, könne dahinstehen. Das SG gehe im angefochtenen Urteil von einem realitÃxtsfernen Standard aus. Aus seiner Sicht habe es mehrere AnlÃxsse für die Spontanberatung zu Pflegeleistungen gegeben: bei der erstmaligen Mitteilung des Sachverhalts durch ihn, den KlAzger, im April 2013, bei den beantragten Fahrtkosten für ein Taxi zu notwendigen Therapien und bei einem Telefonat über die Kostentragung der Taxifahrten zu notwendigen Behandlungen, bei der Beantragung der Psychotherapie, bei Feststellung der hohen Anzahl von Versicherungsleistungen und Anzahl an Arztterminen in einem Kalenderjahr, bei der ̸berprüfung von Schadensersatz seitens der Beklagten durch einen Beratungsarzt, im Rahmen der vertrauensärztlichen Ã∏berprüfung des Krankentagegelds und der Feststellung der BerufsunfÄxhigkeit durch S1 sowie im Rahmen der laufenden ̸berprüfung der Ansprüche der Beklagten ihm gegenüber bezüglich des Arzthaftungsprozesses vor dem Landgericht Stuttgart. Darüber hinaus kämen auch Pflichtverletzungen des Sozialdienstes der Uniklinik T1, die lediglich 20 Minuten gedauert habe und nur hinsichtlich der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises beraten, Pflegeversicherung, Pflege oder Pflegegeld aber nicht erwĤhnt habe, oder der hausĤrztlichen Benachrichtigungspflichten in Betracht, die der Beklagten ggf. zuzurechnen seien. Bei der Sozialberatung h\tilde{A}\tilde{x}tte sich die Frage aufgedr\tilde{A}\tilde{x}ngt, wer sich um ihn kÃ1/4mmere und wie die Pflege organisiert sei. Nach dem Zweck des Versorgungsund Entlassungsmanagements mÃ1/4sse die Beratung vielmehr auch solche nicht fernliegenden Komplikationen einbeziehen, die mit der jeweiligen Behandlung typischerweise einhergehen kA¶nnen und auf die Versicherte und AngehA¶rige (vgl. § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) deshalb vorbereitet sein sollten (Hinweis auf BSG, 17. Juni 2021 â∏∏ <u>B 3 P 5/19 R</u> -). Bei Augenerkrankungen sei häufig auch eine Gabe von Augentropfen nĶtig. Besonders Menschen, die nur noch auf einem Auge mit sehr geringer Sehkraft sehen, kA¶nnten sich selbst keine Augentropfen verabreichen. Diese mĶgliche Komplikation habe der Sozialdienst in seine Beratung nicht einflie̸en lassen. Die Sozialberatung habe es versäumt, ihn darauf hinzuweisen, welche Versicherungsleistungen, Sozialleistungen oder Hilfsangebote er in Anspruch nehmen könne. Der Sozialdienst hätte auch alleine schon deshalb den Pflegeantrag für ihn stellen müssen, damit seine Ehefrau in der Lage gewesen wĤre, eine Pflegezeit bzw. PflegeunterstÄ1/4tzungsgeld in Anspruch zu nehmen. Dies habe sich aufgedrĤngt, da ein Weg zurļck in einen einigerma̸en regelmäÃ∏igen Alltag für ihn lange dauern würde und für die nÃxchsten Wochen sehr viel Kontrolltermine bezüglich der Gabe des Cortisons für ihn angestanden hätten. Er sei auch durch die behandelnde Ã∏rztin fþr fahruntüchtig erklÃxrt worden, die daraus folgenden Komplikationen seien naheliegend und auch fýr eine Person, die in kýrzester Zeit hochgradig sehbehindert geworden sei, als typisch einhergehend anzusehen. Es hÃxtte sich auch hier die Frage gestellt, wie die hAxufigen Arztbesuche ohne Pflegeperson bewĤltigt werden kĶnnten. Es habe sich weiter die Frage aufgedrĤngt, welche Versicherung beim Eintreten von h\(\tilde{A}\) \(\tilde{a}\) uslichen Pflegeproblemen wegen der

BerufstĤtigkeit der Ehefrau oder Alltagshilfen fĂ¼r ihn Leistungen erbringen k¶nne. Im Gegensatz zu der Trennung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegekassen mÃ⅓sse sich die private Pflegepflichtversicherung auch das Wissen der privaten Krankenversicherung zurechnen lassen, da diese ein einheitliches Unternehmen darstellten. Eine private Krankenversicherung mÃ⅓sse daher, auch wenn nur Ansatzpunkte bestÃ⅓nden, auf die Leistungen der Pflegeversicherung hinweisen. Die Pflegedokumentation Ã⅓ber den stationären Aufenthalt in der Universitätsklinik T1 bestätige, dass seine Ehefrau bereits dort pflegerisch tätig geworden sei, indem sie ihm Augengel verabreicht habe. Der Kläger hat u.a. eine Ã□bersicht seines Hausarztes Ã⅓ber Behandlungstermine von Januar 2012 bis März 2021, eine selbst erstellte Ã□bersicht Ã⅓ber Arzt- und Behördentermine, Leistungsabrechnungen der Beklagten vom 5. Mai 2020 und 26. Mai 2020, das Formular Ã⅓ber die Sozialberatung des Universitätsklinikums T1 durch G1 vom 17. April 2013, den Pflegeanamnesebogen des Krankenhauses B2 und die Behandlungsunterlagen des Universitätsklinikums T1 vorgelegt

Der KlĤger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 27. April 2021 abzuÃxndern und die Beklagte zu verurteilen, ihm Leistungen aus der privaten Pflegeversicherung in Form von Pflegegeld nach Pflegestufe 1 fÃxr den Zeitraum vom 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 und nach Pflegegrad 2 fÃxr den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nebst Zinsen in HÃxhe von 5 Prozentpunkten Ãxher dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. Oktober 2020 zu zahlen. Â

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat ausgeführt, weitergehende, in die Vergangenheit reichende Ansprüche auf Versicherungsleistungen bestünden nach den zutreffenden Erwägungen des SG nicht. Bereits aus Gründen des Datenschutzes habe die Beklagte nicht â∏auf eigene Faustâ∏∏ Ermittlungen aufgrund des in der Krankenversicherung im Jahr 2013 bekannt gewordenen Sachverhalts (Behandlungsfehler) zur Pflegebedürftigkeit anstellen dürfen. Der Kläger selbst mache nicht geltend, er habe infolge seiner Sehbehinderung nicht realisiert, dass er bereits im Jahr 2013 einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hÄxtte stellen kĶnnen. Auch sei ihm nach eigenem Sachvortrag seit seiner eingetretenen Sehbehinderung bekannt, dass er Hilfestellungen benĶtigte, um den Alltag zu bewĤltigen. Es trete kein Sachverhalt zu Tage, der die Berufungsbeklagte nach Treu und Glauben hÄxtte veranlassen kA¶nnen, dem KlA¤ger einen Leistungsantrag in der Pflegeversicherung nahezulegen. Die Beklagte habe in der Krankenversicherung tagtäglich mit schweren und schwersten Erkrankungen zu tun, die auch â∏⊓aus heiterem Himmelâ∏, beispielsweise durch ein Unfallereignis, eintreten können. Es würde den Rahmen der Schadensbearbeitung in der Krankenversicherung sprengen, ohne entsprechenden Antrag des Berechtigten in jedem Fall einer mutmaà lichen Pflegebedà 1/4 rftigkeit eine dahingehende Korrespondenz zu

beginnen. Solange ein Beratungsbedarf des Berechtigten nicht offensichtlich auf der Hand liege, sei es Sache des Berechtigten, seine Ansprýche aus den verschiedenen Versicherungsverhältnissen wahrzunehmen. Die Beklagte hat einen Auszug aus dem Leistungskonto des Klägers ýber das vom 15. Mai 2013 bis 30. März 2014 bezogene Krankentagegeld, eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit vom 29. April 2014 und Gesprächsnotizen über ein Telefonat vom 14. April 2015 sowie über Telefonate im Zeitraum vom 18. April 2013 bis 24. November 2017 vorgelegt.

Die früheren Berichterstatter des Senats haben am 20. August 2021 und am 12. Januar 2022 Termine zur Erörterung des Sachverhalts durchgeführt, im Rahmen derer der Kläger weitere Angaben zur Sache gemacht hat. Im Termin vom 12. Januar 2022 ist die Ehefrau des Klägers R1 als Zeugin gehört worden. Wegen der Einzelheiten wird auf die Protokolle (Bl. 95 ff und Bl. 194 ff. der Senatsakte) Bezug genommen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

1. Die nach §Â§Â 143, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäÃ∏ §Â§Â 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mÃ⅓ndliche Verhandlung entscheiden konnte, ist gemäÃ∏ §143 SGG statthaft und zulässig. Sie bedurfte nicht der Zulassung gemäÃ∏ §Â 144 Abs. 1 Satz 1 SGG, da der Kläger die Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung nach der Pflegestufe 1 fÃ⅓r den Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 sowie nach dem Pflegegrad 2 fÃ⅓r den Zeitraum 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 und damit fÃ⅓r mehr als ein Jahr begehrt (§Â 144 Abs. 1 Satz 2 SGG).

Der Zulässigkeit der Berufung steht nicht entgegen, dass das erstinstanzliche Urteil entgegen <u>§Â 65a Abs. 7 Satz 1 SGG</u> zwar mit einer qualifizierten elektronischen Signatur, zunächst aber nicht am Ende mit dem Namen der verantwortenden Person, dem Namen der Kammervorsitzenden, versehen war. Denn die Kammervorsitzende holte am 18. Juni 2021 die einfache Signatur nach, wiederholte die qualifizierte Signatur und stellte das Urteil den Beteiligten erneut zu. Eine fehlende Unterschrift kann â□□ wie vorliegend geschehen â□□ innerhalb von fù⁄₄nf Monaten jederzeit formlos nachgeholt werden, auch wenn das Urteil bereits zugestellt und ein Rechtsmittel eingelegt ist. Die nachgeholte Unterschrift durch Namensnennung am Ende des Dokuments und qualifizierte Signatur wirkt dann ex nunc (Stäbler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG, Stand: Mai 2023, <u>§Â 65a SGG</u>, Rn. 81).

- 2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist, nachdem der KlĤger bereits bei Berufungseinlegung sein Begehren, RentenversicherungsbeitrĤgen fýr die von ihm angegebenen Pflegepersonen (Ehefrau und Sohn) nachzuentrichten, nicht mehr geltend gemacht hat, noch ein Anspruch auf Pflegegeld für den Zeitraum vom 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 nach Pflegestufe 1 und vom 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nach dem Pflegegrad 2 zuzÃ⅓glich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkte Ã⅓ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. Oktober 2020. Schadensersatz wegen einer Pflichtverletzung bei DurchfÃ⅓hrung des privaten Pflegeversicherungsvertrags (bis 2002: positive Vertragsverletzung; seither § 280 Abs. 1 Satz 1 BÃ⅓rgerliches Gesetzbuch) macht der Kläger hingegen nicht geltend.
- 3. Die Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.
- b) Der KlĤger hat keinen Anspruch auf Pflegegeld im Zeitraum 6. April 2013 bis 31. Dezember 2016 nach der Pflegestufe 1 und im Zeitraum 1. Januar 2017 bis 30. September 2019 nach dem Pflegegrad 2. Es fehlt bereits an der notwendigen Antragstellung. Auch ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch ist nicht gegeben.

Anspruchsgrundlage fýr das geltend gemachte Pflegegeld ist §Â 192 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit dem geschlossenen Pflegeversicherungsvertrag und den darin einbezogenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung, insbesondere dem Bedingungsteil Musterbedingungen für die private Pflegepflichtversicherung in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung (MB/PPV). Danach leistet der Versicherer im Versicherungsfall im vertraglichem Umfang Ersatz von Aufwendungen für Pflege oder ein Pflegegeld (§Â 1 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV). Versicherungsfall ist die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (§Â 1 Abs. 2 MB/PPV). GemäÃ□ §Â 6 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV erhält der Versicherungsnehmer die Leistungen auf Antrag. Die Leistungen werden ab Antragstellung erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen (Satz 2). GemäÃ□ §Â 9 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV sind Eintritt, Wegfall und jede Minderung

der Pflegebedürftigkeit dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

aa) Der gemäÃ□ §Â 6 Abs. 1 Satz 1 MB/PPV erforderliche Antrag auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung wurde durch den Kläger erstmalig im Oktober 2019 gestellt.

Der KlĤger hat zu einem früheren Zeitpunkt weder einen ausdrücklichen Antrag auf Leistungen gestellt, noch war sein Vorbringen unter Berücksichtigung des sog. Meistbegünstigungsgrundsatzes als Antrag auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung auszulegen.

Der Kläger macht selbst nicht geltend, vor Oktober 2019 einen ausdrÃ⅓cklichen Antrag gestellt zu haben. Er gab zuletzt im Erörterungstermin vom 12. Januar 2021 an, â∏seinerzeitâ∏ einige Male mit Mitarbeitern der Beklagten telefoniert zu haben, dabei sei es aber nicht um die Pflegeversicherung, sondern um die Krankenversicherung gegangen.

Soweit der Kläger vorträgt, seine Ausführungen im Rahmen der mit der Beklagten im April 2013 geführten Telefonate seien meistbegünstigend dahingehend auszulegen, dass er Leistungen der Pflegeversicherung beantrage, trifft dies nicht zu. Grundsätzlich ist unter Berücksichtigung des objektiven Erklärungswertes und der recht verstandenen Interessenlage des Leistungsberechtigten davon auszugehen, dass dieser unter Berücksichtigung des Meistbegünstigungsprinzips alles begehrt, was ihm aufgrund des von ihm geschilderten Sachverhalts rechtlich zusteht (vgl. zum Meistbegünstigungsprinzip BSG, Beschluss vom 18. Januar 2023Â â $\frac{1}{1}$ B 5 R 153/22 BÂ â $\frac{1}{1}$ juris, Rn. 6 m.w.N.; Urteil vom 24. April 2008 â $\frac{1}{1}$ B 9/9a SB 10/06 R â $\frac{1}{1}$ juris, Rn. 16). Das für den Bereich gesetzlicher Sozialleistungen entwickelte Meistbegünstigungsprinzip findet zur Vermeidung der Ungleichbehandlung Privatversicherter unter Berücksichtigung der vertraglichen Fürsorgepflichten auch im Bereich der privaten Pflegeversicherung Anwendung (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20. Mai 2015 â $\frac{1}{1}$ L 10 P 134/14 â $\frac{1}{1}$ juris, Rn 23).

Ausweislich der dem Senat vorliegenden GesprĤchsnotizen aus April 2013 war Gegenstand der GesprĤche allein die GewĤhrung von Krankentagegeld und das Prozedere bei der Geltendmachung eines Behandlungsfehlers. Pflegerelevante UmstĤnde oder konkrete EinschrĤnkungen der Alltagskompetenz waren nicht Gegenstand dieser GesprĤche, so dass auch unter Heranziehung des Meistbegļnstigungsprinzips das Vorbringen des KlĤgers nicht als Antrag auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung auszulegen ist. Bei den spĤteren GesprĤchen, die die Ä□bernahme von Fahrt- und Taxikosten zum Inhalt hatten, wurden diese konkreten Leistungen beantragt, die aufgrund ihrer Konkretheit â□□ auch nicht meistbegļnstigend â□□ als Antrag auf andere Leistungen und Leistungen der privaten Pflegeversicherung auszulegen sind.

bb) Der Beklagten ist es auch unter Berücksichtigung der Grundsätze von Treu und Glauben sowie des auch im Rahmen des vorliegenden privatrechtlichen Vertragsverhältnisses zumindest entsprechend anwendbaren sozialrechtlichen

Herstellungsanspruchs nicht verwehrt, sich auf die fehlende Antragstellung im April 2013 und vor Oktober 2019 zu berufen.

- (1) Voraussetzung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs ist, dass der SozialleistungstrĤger eine ihm aufgrund des Gesetzes oder eines SozialrechtsverhÄxltnisses obliegende Pflicht, insbesondere zur Beratung und Auskunft, verletzt hat. Ferner ist erforderlich, dass zwischen der Pflichtverletzung des SozialleistungstrĤgers und dem Nachteil des Betroffenen ein ursĤchlicher Zusammenhang besteht. SchlieAnlich muss der durch das pflichtwidrige Verwaltungshandeln eingetretene Nachteil durch eine zulÄxssige Amtshandlung beseitigt werden können (vgl. BSG, Urteil vom 18. Januar 2011 â∏ B 4 AS 29/10 R â∏∏ juris, Rn. 12 m.w.N.). Das Institut des Herstellungsanspruchs stellt ganz wesentlich auf die (gesetzlichen) Nebenpflichten im SozialrechtsverhĤltnis ab und kann insofern keine unmittelbare Anwendung auf das vorliegende private VersicherungsverhÄxltnis finden. Gleichwohl obliegen der Beklagten auch im Rahmen des privatrechtlichen VertragsverhAxItnisses FA1/4rsorge- und Beratungspflichten, deren Verletzung und die hieraus resultierenden Nachteile entsprechend der GrundsÄxtze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs durch Herstellung des Zustandes, der bei ordnungsgemĤÄ∏er PflichterfÄ⅓llung des VersicherungstrĤgers bestļnde, zu kompensieren sind. Dies ergibt sich fļr den Bereich des Zivilrechts auch aus dem in §Â 242 BGB verankerten Prinzip von Treu und Glauben. Dieses Prinzip bildet eine allen Rechten immanente Inhaltsbegrenzung. Welche Anforderungen sich daraus im Einzelfall ergeben, ob insbesondere die Berufung auf eine erworbene Rechtsposition rechtmissbrĤuchlich erscheint, kann regelmäÃ∏ig nur mit Hilfe einer umfassenden Bewertung der gesamten Fallumstände entschieden werden (vgl. Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 16. Februar 2005 â∏∏ <u>IV ZR 18/04</u> â∏∏ juris, Rn. 25 m.w.N.). Grundsätzlich kann sich das Berufen des Versicherers auf den Ablauf einer Frist bzw. auf die VerspĤtung einer Antragstellung im Einzelfall als rechtsmissbrĤuchlich erweisen. Das ist etwa dann anzunehmen, wenn dem Versicherer ein Belehrungsbedarf des Versicherungsnehmers hinsichtlich der Rechtsfolgen der FristversĤumnis deutlich wird, er aber gleichwohl eine solche Belehrung unterlÄxsst (vgl. BGH, Urteil vom 30. November 2005 â∏∏ <u>IV ZR 154/04</u> â∏∏ juris, Rn. 8). Demnach ist ein verspäteter Antrag zuzulassen, wenn sich die Berufung auf die verspĤtete Antragstellung als Versto̸ gegen Treu und Glauben darstellen würde. Dies ist der Fall, wenn den Begýnstigten kein Verschulden an der verspÃxteten Antragstellung trifft, die VersĤumung der Antragsfrist aber ursĤchlich auf eine Verletzung der Beratungspflicht der Beklagten zurļckzufļhren ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20. Mai 2015 â∏∏ L 10 P 134/14 â∏∏ juris, Rn. 25).
- (2) Die fehlende Beantragung von Leistungen der privaten Pflegeversicherung vor Oktober 2019 ist nicht kausal auf eine Verletzung der Beratungspflicht der Beklagten zurļckzufļhren.

Zur \tilde{A} berzeugung des Senats bestand \tilde{A} die Beklagte vor Oktober 2019 kein Anlass, den Kl \tilde{A} ger auf die M \tilde{A} glichkeit eines Antrags auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung hinzuweisen und damit keine Verletzung ihrer Beratungspflichten.

(aa) Im Rahmen der zwischen den Beteiligten gefļhrten Telefonate bestand für die Mitarbeiter der Beklagten kein konkreter Anlass, auf die Möglichkeit einer Antragstellung hinzuweisen.

Der Kläger trägt selbst nicht vor, in einem Telefonat konkret Pflegeleistungen angesprochen zu haben. Fýr den Senat ergeben sich aus keinem der aktenkundig gewordenen Gespräche Hinweise darauf, dass der Kläger ein Beratungsinteresse im Hinblick auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung zu erkennen gegeben hätte. Der Kläger trägt nicht vor, dass ýber die Telefonate, fýr die Gesprächsnotizen vorliegen, hinaus Gespräche mit der Beklagten geführt worden wären. Hinzu kommt, dass sich der Kläger stets mit ganz konkreten Anliegen an die Beklagte wandte.

Erste Telefonate zwischen dem KlAzger und der Beklagten sind am 18.A April 2013 (Bl. 203, 205 der Senatsakte) dokumentiert. Der KlĤger teilte im Rahmen dieser Gespräche zunächst mit, weiter arbeitsunfähig zu sein und â∏auch sicher über die Karenzâ∏∏ zu kommen. Darüber hinaus gab er an, einen Behandlungsfehler zu vermuten. Er schilderte in dem Telefonat vom 18. April 2013 (BI. 203 der Senatsakte) den konkreten Ablauf der Behandlung und wies auf den Verlust der SehfĤhigkeit hin. Ferner ĤuÄ∏erte er seine Angst, berufsunfĤhig zu werden, wenn sein Augenlicht nicht zurĽckkomme. Aus dem in der GesprÃxchsnotiz vom 18. April 2013 festgehaltenen Inhalt des GesprÃxchs ergeben sich keine Anhaltspunkte für einen konkreten pflegerischen Hilfebedarf des KlĤgers. Zwar weist der KlĤger in dem GesprĤch auch auf den Verlust der Sehfähigkeit hin und äuÃ∏ert seine Befürchtungen hinsichtlich einer drohenden BerufsunfĤhigkeit. Ein konkreter Hilfebedarf wird aber nicht mitgeteilt und drĤngt sich nicht auf. Eine drohende BerufsunfĤhigkeit begrļndet für sich genommen keinen Hilfebedarf. Zwar wird der Verlust der SehfÄxhigkeit thematisiert, aber nicht im Zusammenhang mit einem pflegerischen Hilfebedarf, sondern mit der drohenden BerufsunfĤhigkeit und dem Verdacht auf einen Behandlungsfehler. Die im weiteren GesprĤch angesprochene weiterbestehende ArbeitsunfĤhigkeit lĤsst ebenfalls keinen Rückschluss auf einen relevanten Hilfebedarf zu. Soweit der Kläger vortrĤgt, dass seine Schilderung die Mitteilung über schwerwiegende gesundheitliche EinschrĤnkungen durch die Erblindung des linken Auges und einen möglichen Behandlungsfehler beinhaltete, macht er damit gerade nicht die fþr die Pflegebedļrftigkeit konstitutive Notwendigkeit von Hilfe durch andere geltend. Ein solcher Hilfebedarf wurde gegenļber der Beklagten gerade nicht erwĤhnt.

In einem weiteren Telefonat am 18. April 2013 (Bl. 204 der Senatsakte) wurde der Ehefrau des Klägers das Prozedere bei einem vermuteten Behandlungsfehler erläutert. Inhalt dieses Gesprächs war ausweislich der unbestrittenen Gesprächsnotiz allein das Prozedere bei einem vermuteten Behandlungsfehler. Von ihr zu erbringende Hilfeleistungen wurden durch die Ehefrau des Klägers offenbar bei diesem Gespräch nicht angesprochen, so dass für die Beklagte auch kein Anlass bestand, hierüber aufzuklären.

Der nächste telefonische Kontakt zwischen dem Kläger und der Beklagten fand am 8. Mai 2013 (Bl. 206 der Senatsakte) wegen der Anforderung von Unterlagen

durch den Kläger statt. Dass in diesem Gespräch ein pflegerischer Hilfebedarf seitens des Klägers thematisiert wurde, wird weder vorgetragen noch ist es der Gesprächsnotiz zu entnehmen.

Gegenstand der Telefonate vom 10. Juni 2013 (Bl. 207 der Senatsakte), 7. August 2013 (Bl. 208 der Senatsakte) und 25. September 2013 (Bl. 209, 210 der Senatsakte) war die zwischen den Beteiligten zunĤchst streitige Ä□bernahme von Fahrt- und Taxikosten zu ambulanten Behandlungen. Der Kläger wies dabei in den Gesprächen vom 10. Juni 2013 und 25. September 2013 auf die fehlende Fahrtþchtigkeit hin. Zwar musste der Beklagten aufgrund der durch den Kläger geltend gemachten und ihm zuletzt auch gewährten Fahrtkosten bewusst sein, dass der Kläger nicht in der Lage war, selbst zu Behandlungsterminen zu fahren, was allein einen Hilfebedarf bei der Verrichtung Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung im Bereich der Mobilität nach § 14 Abs. 3 Nr. 3 SGB XI (in der damals, bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung vom 26. Mai 1994) hätte begrþnden können. Dass der Kläger aber nicht in der Lage wäre, die Behandlungstermine selbst allein wahrzunehmen und þber das Fahren zu dem Termin hinaus ein Hilfebedarf bestehen wÃ⅓rde, war fÃ⅓r die Beklagte nicht ersichtlich und wird durch den Kläger auch nicht vorgetragen.

Weitere Telefonate wegen des durch den Kläger geltend gemachten Behandlungsfehlers fanden am 3. Januar 2014 (Bl. 214 der Senatsakte) und am 25. April 2014 (Bl. 217 der Senatsakte), wegen rýckständigen Krankentagegeldes am 28. Januar 2014 (Bl. 215, 216 der Senatsakte) und wegen einer Bescheinigung fýr das Finanzamt am 24. November 2017 (Bl. 222 der Senatsakte) statt. Am 14. April 2015 (Bl. 219 der Senatsakte) wurde dem Kläger telefonisch bestätigt, dass die Anwartschaft erhalten bleiben könne und innerhalb von zwei Monaten nach Aufnahme einer Tätigkeit wirksam werde. In keinem dieser Telefonate wird ein Hilfebedarf angesprochen oder hätte sich der Beklagten aufdrängen mýssen.

Am 6. November 2013 wandte sich der Kläger wegen des Gutachtens von S1 telefonisch an die Beklagte (Bl. 212 der Senatsakte) und teilte u.a. mit, er wolle auf jeden Fall im nächsten Jahr wieder arbeiten. Es gebe Hilfsmittel, die ihm vorlesen könnten. Auch der Gesprächsnotiz ù⁄₄ber dieses Telefonat ist ein konkreter Hilfebedarf nicht zu entnehmen. Der Kläger macht vielmehr geltend, wieder arbeiten zu wollen und zu können, was eher gegen einen pflegerischen Hilfebedarf sprechen wù⁄₄rde.

Der Kl\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\)ger hat \(\tilde{a}\)\(\tilde{a}\)\(\tilde{b}\) ber die Notwendigkeit eines Taxis zu Untersuchungs- und Behandlungsterminen hinaus \(\tilde{a}\)\(\tilde{a}\)\(\tilde{a}\) in keinem Gespr\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\) ch \(\tilde{A}\)\(\tilde{b}\) ber einen Pflege- oder Hilfebedarf berichtet. \(\tilde{F}\)\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\) rdie Beklagte dr\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\) ngte sich daher aufgrund der gef\(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\) hrten Telefonate nicht auf, dass ein relevanter Pflegebedarf, der die Feststellung einer Pflegestufe oder eines Pflegegrades und einen daraus resultierenden Leistungsanspruch rechtfertigen \(\tilde{A}\)\(\tilde{a}\)\(\tilde{a}\) besteht. Eine dementsprechende Beratungspflicht bestand daher nicht.

(bb) Hinsichtlich der durch den KlĤger im Berufungsverfahren vorgelegten

Pflegeprotokolle des Universitätsklinikums T1 (Bl. 182 ff. der Senatsakte) kommt es nicht darauf an, ob ihnen, wie der Kläger vorträgt, ein konkreter Hilfebedarf entnommen werden kann, da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass diese Protokolle der Beklagten vor Oktober 2019 vorlagen.

(cc) Aufgrund des vorgetragenen Behandlungsfehlers lagen der Beklagten allerdings die konkreten Behandlungsunterlagen vor und wurden beratungsĤrztlich ausgewertet. Dies entnimmt der Senat dem Schreiben der Beklagten vom 10. Juli 2013 (Bl. 25 der Senatsakte), in dem dem Kläger unter Hinweis auf die eingeholte beratungsĤrztliche Stellungnahme empfohlen wurde, den Fall dem Gutachterausschuss der zustĤndigen BezirksĤrztekammer vorzulegen. Allein aus den vorliegenden Befunden und Diagnosen l\tilde{A}\tilde{x}sst sich ein R\tilde{A}^{1}\sectionce{4}ckschluss auf einen Pflegebedarf nicht ableiten. Selbst das Vorliegen schwerster Erkrankungen ist nicht gleichbedeutend mit auch nur erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung (erreicht mit Pflegestufe 1 nach altem Recht bzw. Pflegegrad 2 nach neuem Recht) und allein aus der Tatsache, dass der Beklagten bekannt war, dass der KlAzger im April 2013 eine Optikusatrophie am rechten Auge mit der Folge einer erheblichen Visusminderung erlitten hatte, konnte kein Anlass sein, das Vorliegen erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne der vertraglichen Bestimmungen beim Kläger zu vermuten (vgl. hierzu nach erlittenem Schlaganfall LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. Mai 2002 â∏∏ <u>L 16 P 146/00</u> â∏∏ juris, Rn. 24; vgl. auch Bayerisches LSG, Urteil vom 24. Oktober 2007 â □ L 2 P 45/06 â □ □ juris, Rn. 18, wonach aus der Abrechnung von Krankenversicherungsleistungen kein konkreter Anlass zur Beratung über die Möglichkeit der Antragstellung bei der Pflegeversicherung hergeleitet werden kann). Ein Anlass für eine Beratung hinsichtlich eines Anspruchs auf Leistungen der privaten Pflegeversicherung bestand daher für die Beklagte auch nach Kenntnis der konkreten Befunde nicht.

Ein zwingender Rückschluss auf einen Hilfebedarf, der die Beklagte zu einem Hinweis auf die Möglichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen hätte veranlassen müssen, ist auch weder der im Zusammenhang mit dem Anspruch auf Krankentagegeld bei B1 vom 13. September 2013 (Bl. 18 der SG-Akte) eingeholten Auskunft noch dem Gutachten der V1 GmbH durch S1 vom 30: September 2013 (Bl. 22 der SG-Akte) zu entnehmen. Zwar wird sowohl in der Auskunft als auch in dem Gutachten die beidseits erhebliche Sehminderung angegeben, die aber für sich genommen keinen konkreten Hilfebedarf belegt. Allein aus der Feststellung der Berufsunfähigkeit oder Erwerbsminderung folgt ebenfalls kein relevanter Pflegebedarf, da MaÃ□stab die Fähigkeit ist, die letzte Berufstätigkeit oder eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist. Einschränkungen der Alltagskompetenzen sind damit nicht zwangsläufig verbunden.

(dd) SchlieÃ□lich ist entgegen der Auffassung des Klägers eine Beratungspflicht hinsichtlich der Beantragung von Leistungen der privaten Pflegeversicherung auch nicht bei der Beantragung der Psychotherapie, aufgrund der Feststellung der hohen Anzahl von Versicherungsleistungen und der Anzahl an Arztterminen in einem Kalenderjahr entstanden. Unabhängig davon, dass allein die Geltendmachung von Krankenversicherungsleistungen nicht zwangsläufig einen Pflegebedarf

begrýnden, werden sie gestaffelt gestellt. Es wýrde die Anforderungen an die Beratungspflicht der Beklagten ýberspannen, wýrde man ihr auferlegen, ýber das Jahr zu beobachten, welche Leistungen geltend gemacht werden und ob sich hieraus möglicherweise ein Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung ergeben könnte, ohne dass ein konkreter Hilfebedarf seitens des Versicherten herangetragen wýrde.

- (ee) Darýber hinaus trifft den Kläger selbst ein Verschulden an der verspäteten Antragstellung. Dem Kläger dýrfte nach dem Gesamtzusammenhang bekannt gewesen sein, dass die grundsätzliche Möglichkeit bestand, Leistungen der privaten Pflegeversicherung zu beziehen. Er hätte jederzeit ohne Weiteres durch Antragstellung oder zumindest konkrete Anfrage bei der Pflegekasse ein entsprechendes Verfahren einleiten können. Im Rahmen des Erörterungstermins am 20. August 2021 hat er dezidierte Angaben zum Vertragsabschluss hinsichtlich der privaten Pflegeversicherung gemacht und angegeben, sich bewusst fÃ⅓r den Tarif im Umfang gesetzlicher Leistungen und nicht einen Tarif mit Ã⅓bergesetzlichen Leistungen gewählt zu haben (vgl. Protokoll, Bl. 96 der Senatsakte). Er hat nach seinen eigenen Angaben nur nicht daran gedacht, Leistungen der privaten Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen (a.a.O.). Der Senat ist davon Ã⅓berzeugt, dass der Kläger, der zuletzt als Diplom-Ingenieur tätig war, in der Lage gewesen wäre, seine AnsprÃ⅓che zu erkennen und durchzusetzen.
- (2) Der Kläger kann einen Anspruch auf Leistungen vor dem 1. Oktober 2019 auch nicht darauf stýtzen, dass das behandelnde Krankenhaus im Jahr 2013 seine Benachrichtigungspflicht nach <u>§Â 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI</u> verletzt habe und er deswegen erst sechs Jahre später einen Leistungsantrag gestellt hat.

Eine der Beklagten im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs bzw. nach Treu und Glauben zuzurechnende Verletzung sozialrechtlicher Informations- und Beratungspflichten (zur Zurechnung vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 2021 â□□ B 3 P 5/19 R â□□ juris, Rn. 19 ff.) liegt hier nicht vor.

Nach §Â 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI (§ 7 SGB XI i.d.F. des Gesetzes zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung â∏ Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz â∏ PNG vom 23. Oktober 2012, BGBI I 2246) haben mit Einwilligung des Versicherten der behandelnde Arzt, das Krankenhaus, die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen sowie die Sozialleistungsträger unverzüglich die zuständige Pflegekasse zu benachrichtigen, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet oder wenn Pflegebedürftigkeit festgestellt wird.

Diese Benachrichtigungspflicht mit Einwilligung des Versicherten erfordert zunĤchst dessen AufklĤrung und Beratung durch den Verpflichteten über die Möglichkeit einer Benachrichtigung der Pflegekasse und die hierfür erforderliche Einwilligung. Die AufklĤrungs- und Beratungspflicht setzt kein entsprechendes Beratungsbegehren des Versicherten voraus, sondern entsteht als Pflicht zur Spontanberatung u.a. dann, wenn sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit abzeichnet (zur mit der Benachrichtigungspflicht vorausgesetzten Aufklärungs-

und Beratungspflicht gegenüber dem Versicherten LSG Berlin-Brandenburg vom 23. September 2010 â□□ L 27 P 5/09 â□□ juris Rn. 30; Luik in: Hauck/Noftz, SGB XI, 117. EL Dezember 2022, §Â 7 Rn. 6 ff.). Die Beratungsleistungen eines Krankenhauses haben sich im Zusammenhang mit dessen Informations- und Beratungspflichten im Rahmen des Versorgungs- und Entlassmanagements auf alle Folgen zu erstrecken, die â□□ hier bezogen auf einen etwaigen Pflegebedarf â□□ nach Entlassung des Versicherten bei Behandlungsabschluss als möglich erscheinen können. Die Beratung muss auch solche nicht fernliegenden Komplikationen einbeziehen, die mit der jeweiligen Behandlung typischerweise einhergehen können und auf die Versicherte und Angehörige (vgl. § 7 Abs. 2 Satz 1 SGB XI) deshalb vorbereitet sein sollten (BSG, Urteil vom 17. Juni 2021 â□□ B 3 P 5/19 R â□□ juris, Rn. 15).

Für die Verpflichtung zur Aufklärung und Beratung hierüber kommt es nach dem Schutzzweck der Norm nur darauf an, ob ein sich abzeichnender Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Klägers als eine objektiv nicht untypische Folge (vgl. BSG, a.a.O., Rn. 16) der Operation am Auge des Klägers für das Krankenhaus als Adressat der Benachrichtigungspflicht des <u>§ 7 Abs. 2 Satz 2 SGB XI</u> aufgrund der konkreten Behandlungssituation im April 2013 objektiv erkennbar war.

Zur Älberzeugung des Senats zeichnete sich eine entsprechende Pflegebedürftigkeit des Klägers nicht ab. Dies entnimmt der Senat zunächst dem Anamnesebogen des UniversitAxtsklinikums T1 vom 6. April 2013 (Bl.A 182 der Senatsakte), in dem Selbstversorgung/Ernährung, Aktivität und Bewegung I (Lagewechsel, Positionswechsel und Fortbewegen), AktivitÃxt und Bewegung II (Selbstversorgung Körperpflege) und Selbstversorgung Ausscheidung jeweils als selbststĤndig angegeben werden. Ein relevanter Pflegebedarf geht auch aus dem Pflegebogen des UniversitÄxtsklinikums T1 (Bl. 183 ff. der Senatsakte) nicht hervor. ̸ber die Verabreichung von Augengel durch die Pflege oder die Ehefrau und die einmalige Vorbereitung des Essens durch die Ehefrau ist kein konkreter Hilfebedarf dokumentiert. Der KlĤger wird als mobil beschrieben, ging auf dem Flur umher und war in Begleitung der Ehefrau in der Stadt. Eine konkrete EinschrĤnkung der Alltagskompetenzen und ein sich abzeichnender Eintritt von Pflegebedļrftigkeit ist der Pflegedokumentation nicht zu entnehmen. Zwar wurde, wie der entsprechenden Dokumentation vom 16. Å April 2013 (Bl. Å 135 der Senatsakte) zu entnehmen ist, auch durch die Sozialberatung nicht auf einen mĶglichen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung hingewiesen, ein konkreter Anlass bestand hierfür aber, wie dargelegt, nicht.

(3) Entgegen der Auffassung des Klägers ist ein Leistungsantrag fýr Zeiträume ab dem 1. Januar 2017 auch nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17. Februar 2022 â \square B 3 P 6/20 R â \square juris) nicht entbehrlich; Pflegeleistungen können auf eine beim Ã \square bergang zum neuen Pflegebedýrftigkeitsbegriff noch anhängige Klagen ohne erneuten Leistungsanatrag zuzuerkennen sein, wenn die dazu berechtigende Pflegebedürftigkeit erst nach Inkrafttreten des neuen Rechts eingetreten ist. Ein einmaliger Antrag auf Pflegeleistungen ist aber auch nach dieser Entscheidung erforderlich.

- c) Mangels Anspruch in der Hauptsache besteht auch kein Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen.
- 3. Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§Â 193 Abs. 1 Satz 1 und Absatz 4 SGG</u>
- 4. Die Revision war nicht zuzulassen, da GrÃ $\frac{1}{4}$ nde hierfÃ $\frac{1}{4}$ r (vgl. $\frac{\hat{A}\hat{S}\hat{A}}{160}$ Abs. \hat{A} 2 SGG) nicht vorliegen.

Â

Erstellt am: 19.07.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024