

# Wussow-Informationsbrief

Informationen zum Versicherungs- und Haftpflichtrecht / Zit.: WI  
aus der Anwaltspraxis Dr. Hansjoachim & Robert-Joachim Wussow  
Seit 1950, begründet von Dr. Werner Wussow, Frankfurt am Main

Jahrgang 52  
Nr. 28 / 5. Juli 2004

Sozialversicherungsrecht Fachgebiet

## Zur Berechnung der Versorgungsrente – Stichtagsregelung Prüfung eines Verstoßes gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG

Thema

In einem Urteil des BGH vom 24.09.2003 (Az. IV ZB 41/02) hat sich der BGH mit der Berechnung einer Versorgungsrente unter Berücksichtigung des allgemeinen Gleichheitssatzes gemäß Art. 3 Abs. 1 GG beschäftigt. Ausgangspunkt für die dem Antragsteller gewährte Versorgungsrente war die Vorschrift des § 43 Abs. 1 S. 1 der Satzung der Antragsgegnerin, wonach grundsätzlich der monatliche Durchschnitt des zusatzversorgungspflichtigen Entgelts, für das in den letzten drei Kalenderjahren vor dem Jahr des Eintritts des Versicherungsfalles Umlagen entrichtet worden sind, maßgeblich ist. Für die Jahre 1996 bis 1998 wurden für den Antragsteller nur vom 01. Januar bis zum 16. Mai 1996 Umlagen gezahlt. Die Antragsgegnerin hatte das in diesem Zeitraum vom Antragsteller erzielte Bruttoarbeitsentgelt in Höhe von DM 29.352,23 erhöht um 2,8 %, durch 5 dividiert und so ein gesamtversorgungsfähiges Entgelt von 6.034,81 DM brutto errechnet. Der Antragsteller verlangte von der Antragsgegnerin, im Wege einer taggenauen Berechnung für den Monat Mai 1996 nur 16 Tage ( $16/30 = 0,53$ ) anzusetzen und mit einem Divisor von 4,53 ein gesamtversorgungsfähiges Entgelt in Höhe von 6.660,94 DM zu errechnen. Dies hatte die Antragsgegnerin mit der Begründung abgelehnt, eine taggenaue Berechnung sei nur für den Fall vorgesehen, daß der Versorgungsrentenberechtigte in den Umlagemonaten der letzten drei Kalenderjahre für insgesamt mindestens 20 Kalendertage (nicht wie hier nur 16 Tage) kein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt bezogen hat.

Aktuelles  
BGH AZ  
IV ZB 41/02

Der BGH vertritt die Ansicht, soweit in der Stichtagsregelung eine taggenaue Berechnung nur ab einer Mindestzahl von 20 Fehltagen vorgesehen ist, verstoße dies nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu den anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (BVerfG, VersR 2000, 835 m.w.N.). Dem Satzungsgeber der Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL) ist ähnlich wie dem Gesetzgeber eine weitgehende Gestaltungsfreiheit eingeräumt, deren Grenzen erst dann überschritten sind, wenn sich ein vernünftiger, aus der Natur der Sache sich ergebender oder sonst wie einleuchtender Grund für eine Differenzierung nicht finden läßt (BGH, VersR 1993, 1505). Bei der Regelung der komplizierten Materie der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes ist der Satzungsgeber zu gewissen Vereinfachungen gezwungen. Dabei darf er Ungleichbehandlungen in Kauf nehmen, solange davon nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen betroffen und der Verstoß gegen den Gleichheitssatz nicht sehr intensiv ist (BVerfG a.a.O.). Die hier vorliegende Satzungsbestimmung halte sich innerhalb der danach zulässigen **Generalisierung und Typisierung**. Die Regelung beruhe darauf, daß der Satzungsgeber Nachteile ausgleichen wollte, die sich für einen Versorgungsrentenberechtigten dann ergäben, wenn Kalendermonate, in denen er teilweise kein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt bezogen hat, voll berücksichtigt würden, und deshalb das gesamtversorgungsfähige Entgelt zu niedrig angesetzt würde (*Gilbert/Hesse*, Die Versorgung der Angestellten und Arbeiter des öffentlichen Dienstes, 37. Egl. August 2002, B 180g f., Anm. 6 zu § 43 VBL). Die zusätzliche Voraussetzung, daß der Versorgungsrentenberechtigte für mindestens 20 Kalendertage innerhalb des maßgeblichen Umlagezeitraumes kein zusatzversorgungspflichtiges Entgelt bezogen hat, sei nicht willkürlich. Es sei zwar eine gravierende Härte gegeben, wenn der Verdienstaufschlag für die Berechnung des gesamtversorgungsfähigen Entgelts meßbar reduziert

wird – dies könne jedenfalls bei den vom Satzungsgeber vorausgesetzten mindestens 20 Kalendertagen angenommen werden -. Solche Härten bringe aber jede generalisierende und typisierende Regelung mit sich.

Es könne hier auch nicht ins Gewicht fallen, daß sich das Erfordernis einer Mindestfehlzeit von 20 Kalendertagen für den Antragsteller besonders nachteilig auswirkt. Er hatte in den letzten 3 Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles nur 5 Umlagemonate (150 Tage) erreicht, so daß 15 Fehltage schon 10% der Umlagezeit ausmachten. Es möge „seit einigen Jahren keine Seltenheit“ mehr sein – wie die Rechtsbeschwerde ausführt –, daß Arbeitnehmer in den letzten 3 Jahren vor dem Rentenbeginn kaum noch zusatzversorgungspflichtige Entgelte beziehen, sondern die Zeit bis dahin mit Krankengeldzahlungen und Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung überbrücken. Daraus folge aber nicht, daß mehr als eine nur relativ kleine Gruppe von Versicherten betroffen sei und damit der Rahmen der zulässigen Generalisierung gesprengt würde.

### **Schlußbe- trachtung**

In der Entscheidung des BGH wird zu Recht ein Verstoß der generalisierenden und typisierenden Regelung des § 43 VBLs gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG verneint. Es werden einleuchtende Gründe für die Stichtagsregelung aufgeführt, welche die generalisierende und typisierende Regelung rechtfertigen. Von besonderer Bedeutung ist, daß im Rahmen des Anwendungsbereichs des Gleichheitsgrundsatzes darauf geachtet wird, keine ausufernde Differenzierung bei grundsätzlich gleich zu bewertenden Gruppen vorzunehmen.

### **Fachgebiet    **Arzthaftungsrecht****

#### **Thema    **Rückgewähr von Arzthonorar für medizinisch nicht notwendige Leistungen? (§ 611, 612, 812 BGB)****

### **Grundlagen**

Der Arztvertrag ist grundsätzlich als Dienstvertrag anzusehen, wobei auch werkvertragliche Elemente eine Rolle spielen können (z. B. Anfertigung von Prothesen). Die Arzt-Patienten-Beziehung wird heute weitgehend als Partnerschaft oder Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient gesehen. Als Leistung schuldet der Arzt die ärztliche Behandlung unter Einhaltung des medizinischen Standards, welcher nach dem jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und ärztlichen Erfahrung zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat. Wesentliches Merkmal des Arztvertrages ist, daß weder eine Erfolgs-, noch eine Gesundheitsgarantie durch den Arzt geschuldet wird (vgl. zu den Grundlagen des Arztvertrages: *Lauffs/Uhlenbruck*, Handbuch des Arztrechts, § 39, Rdnr. 10 ff.).

### **Aktuelles**

Das OLG Stuttgart hat in einem Urteil vom 16.4.2002 (VersR 2003, 992) einen Anspruch auf Rückerstattung des an einen Arzt erbrachten Honorars sowie von Aufwendungen für Medikamente, therapeutische Substanzen etc. verneint. Der Arzt hatte einen schwer Erkrankten (ALS) Patienten mit Maßnahmen außerhalb der wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden (alternative Medizin) behandelt, um den Zustand des anerkanntermaßen, nach schulmedizinischen Gesichtspunkten „austherapierten“ Patienten möglicherweise zu verbessern. Eine Klage gegen die private Krankenversicherung des Patienten auf Erstattung der Heilbehandlungskosten wurde mit der Begründung abgewiesen, die vom Arzt ergriffenen Maßnahmen seien für die Behandlung einer ALS keine medizinisch notwendige Heilbehandlung i. S. der Versicherungsbedingungen.

Das OLG Stuttgart (a.a.O.) führt zunächst aus, während zur Bestimmung des Versicherungsfalles ein objektiver, vom Vertrag zwischen Patient und Arzt unabhängiger Maßstab zur Bestimmung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung zum Zeitpunkt der Behandlung anzulegen sei, stehe hier der Inhalt der Vereinbarung im Vordergrund. Selbst solche Leistungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, aber auf Verlangen des Patienten, mithin vereinbarungsgemäß, erbracht werden, seien deshalb nach § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ vergütungspflichtig. Dem Arzt seien auch keine Sorgfaltspflichtverletzungen zur Last zu legen. Es liege weder ein Behandlungsfehler, insbesondere kein vorwerfbarer Diagnosefehler, noch ein ärztliches oder aus nebenvertraglichen Pflichten resultierendes Aufklärungsversäumnis des Arztes vor. Die vom Arzt angewandten alternativen Behandlungsmethoden wurden vereinbarungsgemäß durchgeführt.

Unerheblich sei auch, daß im Prozeß gegenüber dem Krankenversicherer die Behandlung des Arztes nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung eingestuft wurde. Gegenstand dieses Prozesses sei die Frage gewesen, ob ein Versicherungsfall vorlag, weil die Behandlungskosten des Beklagten aus einer nach objektiven Kriterien medizinisch notwendigen Heilbehandlung entstanden waren. Davon zu unterscheiden sei die Frage, ob dem behandelnden Arzt ein Anspruch auf Honorar und Bezahlung von ihm verabreichter und rezeptierter Medikamente und anderer Sachleistungen auch für den Fall zustand, daß sich seine Behandlungsmaßnahmen nach den Versicherungsbedingungen nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlungen erweisen sollten. Dieser Sachverhalt entscheide sich nach den Kriterien des einzelnen Behandlungsvertrages. Außerhalb der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung sei nach der Regelung in § 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ das Leistungersuchen maßgeblich. Daß auch nicht medizinisch erforderliche Arztleistungen zu honorieren seien, finde im übrigen seinen sinnfälligen Ausdruck darin, daß allgemein unumstritten sei, daß beispielsweise kosmetische Operationen, die medizinisch nicht notwendig sind und deshalb auch nicht von den Krankenversicherungen finanziert werden, gleichwohl dem behandelnden Arzt zu vergüten sind.

Die Verneinung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung im Prozeß zwischen Krankenversicherer und Patient habe trotz Streitverkündung an den Arzt keine Auswirkung im hier vorliegenden Prozeßverfahren zwischen Patient und Arzt um die Vergütung.

Die Entscheidung des OLG Stuttgart macht deutlich, daß ein wesentlicher Unterschied zwischen der Beurteilung der Rechtslage in Bezug auf die Erstattungspflicht ärztlicher Behandlungskosten durch die Krankenversicherung und der Frage besteht, ob unter Zugrundelegung des Behandlungsvertrages zwischen Arzt und Patient im konkreten Fall eine Vergütungspflicht erwachsen ist. Die **Leistungspflicht des Krankenversicherers** hängt von den vereinbarten Versicherungsbedingungen ab. Bei der Frage der Vergütungspflicht des Patienten gegenüber dem Arzt kommt es im wesentlichen auf den **Inhalt des Arztvertrages** an, mithin der konkreten Vereinbarung zwischen Arzt und Patient. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß grundsätzlich Therapiefreiheit des Arztes besteht, jedoch der Arzt einen Qualitätsstandard zu wahren hat. Dies bedeutet jedoch nicht, daß der Arzt nur auf die Schulmedizin beschränkt ist (*Lauffs/Uhlenbruck*, a.a.O., § 44, Rdnr. 6). Das vertragliche Interesse des Patienten ist in erster Linie darauf gerichtet, von der Krankheit befreit zu werden, und zwar auf dem sichersten und gefahrlosesten therapeutischen Weg. Im Patienteninteresse kann daher der Arzt von der Standardbehandlung und den Regeln der Schulmedizin abweichen und Außenseitermethoden anwenden, soweit dies nur im Arztvertrag festgelegt ist.

**Schlußbe-  
trachtung**

**Unfallversicherungsrecht**

**Fachgebiet**

### **Bemessung des Invaliditätsgrades in der Privaten Unfallversicherung Speichentrümmerbruch (§ 7 I 2a AUB 88/94)**

**Thema**

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades in der Privaten Unfallversicherung wird gemäß § 7 I 2a AUB 88/94 auf die dort aufgeführten Gliedertaxenwerte abgestellt. Nach der „Funktionslogik der Gliedertaxe“ (*Prölss/Martin*, 24. Aufl., § 8 AUB, Anm. 7) schließt der Verlust eines funktionell höher bewerteten, dem Rumpf näheren Gliedes oder Teils eines Gliedes den Verlust eines geringer bewerteten und dem Rumpf fernerer Gliedes ein. So wird z.B. der Verlust eines Armes im Schultergelenk mit 70% bewertet und nicht etwa mit dem Prozentsatz, der sich aus der Addition der Werte für die dem Arm untergeordneten Teilgliedmaße (Finger, Hand usw.) ergibt. Umgekehrt ist der Verlust von Fingern auch nur mit dem für den jeweiligen Finger geltenden Satz und nicht etwa als Teilverlust der Hand zu bewerten (vgl. *Grimm*, Unfallversicherung, 3. Aufl., § 7, Rdnr. 20; *Wussow/Pürckhauer*, AUB, 6. Aufl., § 7, Rdnr. 32 ff. jeweils m.w.N.).

**Grundlagen**

Das OLG Köln hat in einem Urteil vom 28.05.2003 (r+s 2003, 472) festgestellt, daß bei einem **Speichentrümmerbruch** der Arm unterhalb des Ellenbogengelenkes betroffen ist, mithin für die Bemessung des Invaliditätsgrades auf den Armwert und nicht auf den Handwert abzustellen sei. Maßgeblich sei die rumpfnächste Stelle, an der sich die Verletzung auswirkt (BGH VersR 90, 964; VersR 91, 57; 413). Dies sei hier, da es sich um einen Speichentrümmerbruch handelte, eindeutig der Unterarm bzw. in der Terminologie der AUB der Arm unterhalb des Ellenbogengelenks. Daß sich die Verletzung auch im Sinne einer Gebrauchsfähigkeitsminderung der Hand besonders aus-

**Aktuelles**

wirken mag oder aus Sicht des Verletzten sogar ausschließlich hierin äußert, ändere nichts an der Richtigkeit dieses Ansatzpunktes, denn nach der Systematik der Gliedertaxe mit ihren aufsteigenden Entschädigungssätzen sei die Beeinträchtigung des körperferneren Gliedes regelmäßig von der des Körper näheren Gliedes mitumfaßt.

Weiterhin sei zu berücksichtigen, daß nach höchstrichterlicher Rechtsprechung die für das maßgebliche körpernähere Glied ermittelte Funktionsbeeinträchtigung nicht hinter derjenigen zurückbleiben dürfe, die für das körperfernere Glied ermittelt wird (BGH, VersR 01, 360). Soweit also die Funktionsbeeinträchtigung der Hand für sich genommen größer ist als diejenige des Unterarmes und damit schon zu einer höheren Entschädigung führen würde, wäre der Handwert maßgeblich. Dieser dürfe in einem solchen Fall quasi als „Untergrenze“ nicht unterschritten werden.

Im vorliegenden Fall hatte ein medizinischer Sachverständiger im Rahmen seiner mündlichen Anhörung plastisch und nachvollziehbar erklärt, daß die hier vor allem in Rede stehende Funktionsbeeinträchtigung, nämlich diejenige, die der Versicherungsnehmer am Handgelenk festmache, tatsächlich eine solche des Armes darstelle. Der Arm habe die Funktion, die Hand zu positionieren, ähnlich dem Arm eines Baggers, der die Schaufel an die richtige Stelle bewegt. Hierbei handele es sich aus medizinischer Sicht eben nicht um eine Funktion der Hand, auch wenn dies aus Laiensicht so empfunden werde und tatsächlich die Gebrauchsfähigkeit der Hand dadurch mittelbar berührt sei. Die Frage, welchem Körperteil welche Funktion zukommt und wo demzufolge die Beeinträchtigung festzumachen ist, sei ausschließlich eine medizinische. Daß die vom Sachverständigen begründete Auffassung allgemeiner medizinischer Kenntnis entspricht, erscheine dem Gericht nicht zweifelhaft und werde von dem VN auch nicht überzeugend angegriffen. Es komme nicht auf die Laiensicht des VN an, sondern auf diejenige des medizinischen Fachmanns.

**Fachgebiet**    **Krankenversicherung**

**Thema**        **Umfang des Versicherungsschutzes in der Auslandskrankenversicherung  
Veranlagung zur Krankheit schon vor Antritt der Reise (§ 5 (1) a AVB-R)**

**Kurzer Beitrag**    Nach § 5 (1) a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung bei Reisen (AVB-R) sind Behandlungen/Verordnungen, bei denen vor Reisebeginn bereits feststand, daß es bei planmäßiger Durchführung der Reise dazu kommen mußte oder die Erkrankung der Anlaß der Reise war, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Außerdem soll die Vorschrift davor schützen, daß jemand eine Reiseversicherung abschließt und anschließend eine Reise antritt, obwohl er weiß (subjektive Komponente), daß in dieser Zeit eine ärztliche Behandlung erforderlich werden wird. Eine positive Kenntnis des VN ist für den Anwendungsbereich der Klausel jedoch nur dann erforderlich, wenn die Erkrankung Anlaß der Reise war.

Das AG Frankfurt hat durch Urteil vom 12.02.2004 (AZ: 32 C 582/02-41) entschieden, eine Zahnbehandlung der VNin falle unter den Ausschlußtatbestand des § 5 (1) a AVB-R. Die Erkrankungen bzw. Zahnbeschädigungen seien nach den Feststellungen des Sachverständigen schon vor Antritt der Reise vorhanden gewesen. Es sei auch objektiv damit zu rechnen gewesen, daß es bei planmäßiger Durchführung der Reise zu der Behandlung/Verordnung kommen mußte. Außerdem sei zu berücksichtigen, daß Zahnschmerzen sich durchaus spüren ließen und die Vielzahl der bereits vorgenommenen Füllungen und Behandlungen zeigten, daß es schon Grund und Anlaß gegeben habe, sich um die Zähne zu kümmern. Damit könne es der VNin nicht unbekannt gewesen sein, daß sie problematische Zähne habe und haben werde. Es komme auch nicht darauf an, daß die vorgenommene Zahnsanierung keine Luxusbehandlung sei. Sinn und Zweck einer Auslandskrankenversicherung sei es, einem gesunden Menschen im Falle der Erkrankung Sicherheit zu bieten, jedoch nicht für etwa schon vorher vorhandene Krankheiten oder Schäden. Aufgrund der mehrfachen und vom Sachverständigen dokumentierten Behandlungen im Heimatland der VNin sei davon auszugehen, daß die VNin wußte, daß sie schlechte Zähne hatte bzw. daß Zahnbehandlungen erforderlich sein würden.

Herausgeber: Rechtsanwälte Dr. H. Wussow & R. J. Wussow · Frankfurt/Main  
Telefon 069 563109 · Telefax 069 5603975 · Internet: [www.dr-wussow.de](http://www.dr-wussow.de)  
Verlag: Robbers & Co. · Kaiserstr. 65 · 60329 Frankfurt · Tel./Fax 069 4950962  
Internet: [www.robbers-verlag.de](http://www.robbers-verlag.de) · E-Mail: [kontakt@robbers-verlag.de](mailto:kontakt@robbers-verlag.de)