

L 10 U 162/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 2410/02
Datum
09.12.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 10 U 162/05
Datum
28.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.12.2004 wird zurückgewiesen. Die Klage gegen die Bescheide vom 11.08.2005 und 27.01.2006 wird abgewiesen. Die Klage gegen den Bescheid vom 06.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2005 und die hilfsweise auf Verurteilung der Beklagten zur Rückerstattung gezahlter Beiträge zur Höherversicherung gerichtete Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt höhere Leistungen wegen einer Berufskrankheit (Verletztengeld und Übergangsleistungen) sowie die Gewährung einer Verletztenrente.

Der am 1957 geborene Kläger erlernte von September 1973 bis Februar 1977 den Beruf eines Karosseriebauers und war anschließend in diesem Beruf bis August 1979 - unterbrochen durch Ableistung des Wehrdienstes - tätig. Von September 1979 bis August 1980 absolvierte er eine Umschulung zum Masseur/Medizinischen Bademeister und war anschließend ab Oktober 1982 in diesem Beruf, zuletzt ab 15.04.1985 als Selbstständiger tätig. Mit Aufnahme dieser selbstständigen Tätigkeit am 15.04.1985 war der Kläger kraft Gesetzes (§ 539 Abs. 1 Nr. 7 Reichsversicherungsordnung - RVO -) bei der Beklagten versichert. Ab 01.03.1997 war er auf Grund eines Antrags vom 24.02.1997 mit Unterbrechung (vom 21.07.1998 bis 31.05.2000) freiwillig höher versichert, zunächst mit einem Jahresarbeitsverdienst (JAV) von 50.000,00 DM und ab 01.06.2000 mit einem JAV von 70.000,00 DM. Am 17.07.2001 gab er die Tätigkeit als Masseur und Bademeister wegen Arbeitsunfähigkeit infolge von Hautveränderungen an den Händen auf.

Auf Grund eines Berichts des Hautarztes Dr. G. vom November 1999 (Behandlung seit 1992 wegen eines dishydrosiformen Handekzems; es bestehe ein Anhalt für eine beruflich bedingte Verschlimmerung einer anlagebedingten Hauterkrankung) leitete die Beklagte ein Verfahren zur Verhinderung der Entstehung einer Berufskrankheit ein, das jedoch wegen der Angaben des Klägers im Januar 2000, er habe zur Zeit keine Hautprobleme und kein Interesse an einer Heilbehandlung, im Januar 2000 beendet wurde.

Im Oktober 2000 teilte der Kläger der Beklagten mit, er leide nach wie vor an Hauterscheinungen, eine Weiterarbeit sei auf Dauer nicht möglich. In dem von der Beklagten übersandten Fragebogen gab er an, seit Dezember 1989 an der Hauterkrankung zu leiden, Arbeitsunfähigkeit deswegen habe vom 04.12.1996 bis 06.01.1997 und 01.08.1999 bis 30.08.1999 bestanden.

Die Beklagte holte schriftliche Auskünfte u. a. des behandelnden Hautarztes Dr. G. (Behandlung seit März 1992 wegen eines dishydrosiformen Handekzems an beiden Händen, Arbeitsunfähigkeit habe vom 19.12.1996 bis 06.01.1997 bestanden), des Allgemeinarztes Dr. P. (kontinuierliche Behandlung wegen eines bläschenförmigen Ekzems der Hände und Unterarme seit 1986 ca. drei- bis viermal pro Quartal; da der Kläger auch bei akuten Exazerbationen die Praxis nicht einfach habe schließen können, hätten sich die tatsächlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten auf die Zeit vom 17.12.1990 bis 14.01.1991 und 01.08.1999 bis 05.09.1999 reduziert) und des Allgemeinarztes B. (Behandlung ab Februar 1985 wegen eines Ausschlags an den Händen verbunden mit starkem Juckreiz; eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wäre aus ärztlicher Sicht mehrmals angebracht gewesen, der Kläger habe aber seine Praxis nicht schließen wollen und weitergearbeitet) ein und veranlasste eine Untersuchung durch den Hautarzt Dr. D ... Dieser führte in seinem Gutachten aus, der Kläger leide an einem dishydrosiformen Ekzem beider Hohlhände, rechts stärker als links, einer Alkaliresistenzminderung der Haut und einer epidermalen Sensibilisierung gegen Formaldehyd. Wesentliche Mitursache der Hautbeschwerden sei die berufliche Tätigkeit im Sinne einer dauerhaften und richtungsgebenden Verschlimmerung, die Hauterkrankung sei

als schwer anzusehen und zwingt den Kläger zur Aufgabe seiner Berufstätigkeit.

Nachdem der Kläger seine berufliche Tätigkeit als Masseur und Bademeister am 17.07.2001 aufgegeben hatte, erkannte die Beklagte mit Bescheid vom 25.10.2001 die Hauterkrankung als Berufskrankheit nach Nr. 5101 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BK 5101) mit einem Versicherungsfall am 17.07.2001 an.

Mit Bescheid vom 08.11.2001 bewilligte die Beklagte dem Kläger für die Zeit vom 17.07.2001 bis 07.10.2001 Verletztengeld in Höhe von täglich 73,33 DM (37,49 EUR) aus einem in der Satzung festgesetzten JAV von 33.000,00 DM (16.872,63 EUR). Hiergegen erhob der Kläger am 22.11.2001 Widerspruch, mit dem er geltend machte, die am 17.12.1997 beschlossene und rückwirkend zum 01.01.1997 in Kraft getretene Satzung der Beklagten (Satzung 1997) stelle eine Verschlechterung seiner Rechtsposition dar. Er habe bereits 1992 über den Steuerberater beantragt, eine Höherversicherung durchzuführen. Im Dezember 1996 habe er dann ein Merkblatt von der Beklagten erhalten, in dem darauf hingewiesen worden sei, dass auf Grund der Einführung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VII) durch die Satzung Mindestversicherungssummen festgelegt werden könnten und eine Höherversicherung möglich sei. Zum Zeitpunkt der Herausgabe des Merkblatts habe die Satzung 1997 aber noch gar nicht bestanden. Bei Antragstellung auf Höherversicherung zum 01.03.1997 habe es die Einschränkung, dass Berufskrankheiten, die vor der Höherversicherung bestanden, ausgeschlossen seien, noch nicht gegeben. Die rückwirkende Inkraftsetzung stelle einen Verstoß gegen das Verböserungsverbot dar.

Mit Bescheid vom 03.06.2002 bewilligte die Beklagte dem Kläger Übergangsleistungen nach § 3 der Berufskrankheiten-Verordnung ab 17.07.2001 für längstens fünf Jahre auf der Grundlage eines JAV von 33.000,00 DM, gegen den der Kläger am 12.06.2002 mit dem Begehren, auch der Bemessung der Übergangsleistungen einen höheren JAV zu Grunde zu legen, Widerspruch erhob.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2002 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Bescheide vom 08.11.2001 und 03.06.2002 zurück und führte zur Begründung aus, eine Bemessung des JAV nach der Höherversicherung sei gemäß § 46 Abs. 2 Satz 2 der Satzung 1997 ausgeschlossen, da die medizinischen Voraussetzungen der BK 5101 bereits vor dem Zeitpunkt der Höherversicherung zum 01.03.1997 vorgelegen hätten. Die Regelung des § 46 Abs. 2 der Satzung sei nicht rechtswidrig. Bereits in der vor dem 01.01.1997 geltenden Satzung sei in § 47 Abs. 2 Satz 2 eine Zusatzversicherung für Berufskrankheiten, deren medizinische Voraussetzungen vor Beginn der Zusatzversicherung vorlagen, nicht möglich gewesen. Damit sei durch die Neuregelung in keine der Rechtspositionen des Klägers nachteilig eingegriffen worden.

Der Kläger hat am 20.09.2002 Klage zum Sozialgericht Reutlingen erhoben und geltend gemacht, in dem Rundschreiben der Beklagten, mit welchem auf die Möglichkeit einer Höherversicherung ab Januar 1997 hingewiesen worden sei, sei kein Hinweis enthalten gewesen, dass es für einen durchgehenden Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit auf Grund der Höherversicherung notwendig sei, ab 01.01.1997 den Höherversicherungsbeitrag zu versichern. Er sei daher davon ausgegangen, dass er ab dem Erhöhungszeitpunkt für jegliche in Frage kommenden Versicherungsfälle aus der erhöhten Versicherungssumme versichert sei. § 46 Abs. 2 der Satzung 1997 sei restriktiv auszulegen; die berufsbedingte Verschlimmerung des anlagebedingten Hautleidens sei sicherlich erst nach 1997 eingetreten, weshalb die Beklagte nach dem erhöhten JAV zu leisten habe. Die Beklagte hätte ihn darauf hinweisen müssen, dass ihm dadurch, dass er nicht nahtlos zum 01.01.1997 die Höherversicherung beantragt habe, Versicherungsschutz für Erkrankungen vor diesem Datum nur in Höhe der Mindestversicherungssumme gewährt werden könne. Insoweit müsste ihm im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs die Möglichkeit gewährt werden, auch für die Monate Januar und Februar Beiträge nachzuentrichten. Außerdem sei er nach der Satzung vom 14.12.1995 bereits zur Höherversicherung berechtigt gewesen, weshalb auf Grund seiner Anfrage im Jahr 1992 eine Beratungspflicht bestanden habe.

Die Beklagte hat vorgetragen, die von dem Kläger im Jahr 1992 gestellte Anfrage, ob eine Höherversicherung möglich sei, sei damals zutreffend verneint worden. Sie habe auf Grund der Satzungsautonomie der Berufsgenossenschaften erst zum 01.01.1996 eine Zusatzversorgung gemäß § 632 RVO in ihrer Satzung aufgenommen, die nur für Unternehmer von Friseur- und Haarbearbeitungsbetrieben vorgesehen gewesen sei. Eine Höherversicherung für kraft Gesetz versicherte selbstständig Tätige sei erst zum 01.01.1997 mit Einführung des SGB VII erfolgt. Versicherungsschutz mit einem höheren Betrag sei für den Kläger vor dem 01.01.1997 somit nicht möglich gewesen, weshalb sich die Problematik eines nahtlosen Versicherungsschutzes bezüglich eines höheren Betrages gar nicht stelle. Da die Versicherung mit einer höheren Summe erst am Tag nach Eingang des Antrags greife, könnten von der Höherversicherung nur Berufskrankheiten umfasst sein, deren medizinische Voraussetzungen erst nach Beginn der Höherversicherung vorliegen würden. Aus diesem Grund sei § 46 Abs. 2 Satz 3 in die Satzung 1997 aufgenommen worden, wie bereits in der davor gültigen Satzung § 47 Abs. 2 für Versicherte kraft Satzung. Dies sei dem Kläger auch bekannt gewesen, weshalb er mit Einführung des § 46 Abs. 2 der rückwirkend zum 01.01.1997 gültigen Satzung nicht schlechter gestellt worden sei.

Die Beklagte bewilligte dem Kläger weiteres Verletztengeld bis einschließlich 14.01.2003 und erteilte ihm in der Folge Abrechnungsbescheide über die mit Bescheid vom 03.06.2002 dem Grunde nach bewilligten Übergangsleistungen. Einen Antrag des Klägers auf Gewährung einer Verletztenrente lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 06.04.2004 und Widerspruchsbescheid vom 28.07.2005 ab.

Mit Urteil vom 09.12.2004 hat das Sozialgericht die auf die Gewährung höheren Verletztengeldes und höherer Übergangsleistungen gerichtete Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, im Falle des Klägers bestimme nach [§ 83 SGB VII](#) die Beklagte die Höhe des JAV durch ihre Satzung. Danach betrage dieser 33.000,00 DM. Die freiwillige Höherversicherung sei nach § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung ausgeschlossen, da die medizinischen Voraussetzungen der BK 5101, wie sich aus den Befundberichten der Allgemeinärzte B. und Dr. P. sowie des Hautarztes Dr. G. ergebe, bereits vor Eintritt der Höherversicherung vorgelegen hätten. Die Beklagte habe durch die rückwirkende Einführung des § 46 Abs. 2 der Satzung auch nicht gegen das "Verböserungsverbot" verstoßen, da sie nicht rückwirkend in eine Rechtsposition des Klägers eingegriffen habe, auf die er habe vertrauen können. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch komme ebenfalls nicht in Betracht, da eine fehlerhafte Beratung durch die Beklagte nicht erkennbar sei.

Gegen das am 29.12.2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.01.2005 Berufung eingelegt. Er macht geltend, die Beklagte habe mit dem bereits erwähnten Rundschreiben (zwar) über die Möglichkeit einer zusätzlichen Höherversicherung ab Januar 1997 informiert, aber nicht über die Notwendigkeit, den Höherversicherungsbeitrag ab 01.01.1997 zu zahlen, damit ein durchgehender Versicherungsschutz auch für die Vergangenheit auf Grund der Höherversicherung bestehe. Er habe daher davon ausgehen können, dass er ab dem von ihm

beantragten Erhöhungszeitpunkt für alle in Frage kommenden Versicherungsfälle ab 01.03.1997 Versicherungsschutz genieße. Nicht außer Acht gelassen werden dürfe, dass er bereits im Jahre 1992 das Bestreben zur Aufnahme einer Höherversicherung kund getan habe, zum damaligen Zeitpunkt nach den gesetzlichen Bestimmungen eine solche jedoch nicht habe zugebilligt werden können. Ihm müsse, wenn man der Rechtsauffassung der Beklagten folge, daher im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs die Möglichkeit eingeräumt werden, für die Monate Januar und Februar 1997 eine Nachentrichtung der Beiträge vorzunehmen. Außerdem ergebe sich aus der Stellungnahme des Allgemeinarztes B. im Verwaltungsverfahren, dass zum damaligen Zeitpunkt kein Krankheitsbild vorgelegen habe, das als Berufskrankheit hätte entschädigt werden können.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.12.2004 aufzuheben und die Bescheide der Beklagten vom 08.11.2001 und 03.06.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2002 sowie alle Folgebescheide über die Bewilligung von Verletztengeld (Bescheide vom 20.09. und 20.12.2002) und Übergangsleistungen (Bescheide vom 02.06.2003, 27.08.2003, 19.01.2004, 18.06.2004, 26.07.2004, 11.01.2005, 11.08.2005 und 27.01.2006) abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm für die Zeit vom 17.07.2001 bis 14.01.2003 höheres Verletztengeld und für die Zeit ab 15.01.2003 höhere Übergangsleistungen unter Zugrundelegung eines Jahresarbeitsverdienstes in Höhe von 50.000,00 DM bzw. 25.564,59 EUR zu zahlen, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2005 zu verurteilen, wegen der anerkannten Berufskrankheit eine Verletztenrente nach einer MdE um 20 v.H. zu gewähren, hilfsweise, die Beklagte zur Rückerstattung der von ihm gezahlten Beiträge zur Höherversicherung zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz und die vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen. Dies gilt insbesondere für die in den Verwaltungsakten dokumentierten Satzungen der Beklagten von 1997 und 1995.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den [§§ 143, 144, 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässige Berufung, über die der Senat auf Grund des Einverständnisses der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist, soweit der Kläger damit die Gewährung höheren Verletztengeldes und höherer Übergangsleistungen begehrt, unbegründet, soweit der Kläger die Verurteilung der Beklagten zur Gewährung einer Verletztenrente begehrt, ist die Berufung ebenso wie hinsichtlich des Hilfsantrags bereits unzulässig.

Gegenstand des Rechtsstreits sind die Bescheide über die Gewährung von Verletztengeld bzw. Übergangsleistungen vom 08.11.2001 und 03.06.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2002 sowie nach [§ 96 SGG](#) die im Anschluss daran ergangenen Bescheide über die Gewährung (weiteren) Verletztengeldes und die Abrechnungsbescheide bezüglich der Übergangsleistungen. Über die während des Berufungsverfahrens ergangenen Bescheide vom 11.08.2005 und 27.01.2006, die ebenfalls Gegenstand des Rechtsstreits sind ([§ 96 i. V. m. § 153 Abs. 1 SGG](#)) entscheidet der Senat auf Klage.

Dagegen ist der Bescheid vom 06.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2005, mit dem die Beklagte die Gewährung einer Verletztenrente wegen der anerkannten BK 5101 abgelehnt hat, nicht gemäß [§ 96 i.V.m. § 153 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden, da damit die streitgegenständlichen Bescheide über die Gewährung von Verletztengeld bzw. Übergangsleistungen weder ergänzt noch ersetzt werden.

Allerdings hat der Kläger gegen den Bescheid vom 06.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2005 mit dem Schriftsatz vom 15.07.2005 Klage erhoben und dieses Begehren in seinem Schriftsatz vom 10.02.2006 trotz ausdrücklichen Hinweises des Senats weiter verfolgt. Es liegt insofern zwar eine Klageänderung vor, jedoch muss die geänderte Klage schon deshalb als unzulässig abgewiesen werden, weil das LSG gemäß [§ 29 Abs. 1 SGG](#) bei Klagen von Versicherten nur für Entscheidungen im Berufungsverfahren zuständig ist. Die einzige Ausnahme hierzu enthält [§ 96 i. V. m. § 153 Abs. 1 SGG](#) (BSG, Urteil vom 31.07.2002, [B 4 RA 20/01 R](#) in [SozR 3-1500 § 29 Nr. 1](#)). Diese Ausnahme liegt hier jedoch - wie dargelegt - nicht vor. Damit ist die Klage gegen den Bescheid vom 06.04.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.07.2005 unzulässig und aus diesem Grund abzuweisen (so auch die Entscheidung des BSG, a.a.O.).

Gleiches gilt für den im Schriftsatz vom 10.02.2006 gestellten Hilfsantrag auf Verurteilung der Beklagten zur Erstattung der gezahlten Höherversicherungsbeiträge, wobei hier noch hinzukommt, dass die Klage außerdem mangels eines zuvor durchgeführten Verwaltungsverfahrens unzulässig ist.

Zutreffend hat das Sozialgericht entschieden, dass dem Verletztengeld und den Übergangsleistungen kein höherer JAV zu Grunde zu legen ist

Grundlage für die Höhe des JAV ist [§ 83 i.V.m. § 84 Abs. 1 SGB VII](#) und [§ 46](#) der - wie das SGB VII - zum 01.01.1997 in Kraft getretenen Satzung der Beklagten vom 17.12.1997 (Satzung 1997). Gemäß [§ 83 Satz 1 SGB VII](#) hat für kraft Gesetzes versicherte selbstständig Tätige, für kraft Satzung versicherte Unternehmer und Ehegatten und für freiwillig Versicherte die Satzung des Unfallversicherungsträgers die Höhe des JAV zu bestimmen. Der Kläger gehört zu dem in [§ 83 Satz 1 SGB VII](#) genannten Personenkreis, denn als selbstständiger Masseur und Bademeister ist er als im Gesundheitswesen Tätiger kraft Gesetzes in der gesetzlichen Unfallversicherung versichert (bis 31.12.1996 nach [§ 539 Abs. 1 Nr. 7 RVO](#) und ab 01.01.1997 nach [§ 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VII](#)).

Hierauf beruhend hat die Beklagte in [§ 48](#) der Satzung 1997 geregelt, dass für die Berechnung von Geldleistungen als Jahresarbeitsverdienst

die im Zeitpunkt des Versicherungsfalls maßgebliche Versicherungssumme gilt. Nach § 44 Abs.1 der Satzung 1997 beträgt die Versicherungssumme für die kraft Gesetzes versicherten selbstständig Tätigen und für die kraft Satzung versicherten Unternehmer sowie ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten und die freiwillig Versicherten 60 v.H. der maßgebenden Bezugsgröße ([§ 18](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]), aufgerundet auf volle 1.000,00 DM. Die maßgebende Bezugsgröße belief sich im Zeitpunkt des Versicherungsfalls am 17.07.2001 (Bescheid vom 25.10.2001) auf 53.760,00 DM. Wie das Sozialgericht insoweit zutreffend ausgeführt hat, ergeben 60 v.H. hiervon 32.256,00 DM, sodass sich gerundet auf volle 1.000,00 DM ein JAV von 33.000,00 DM ergibt.

Gemäß [§ 83 Satz 2 SGB VII](#) hat die Satzung ferner zu bestimmen, dass und unter welchen Voraussetzungen die kraft Gesetzes versicherten selbstständig Tätigen und die kraft Satzung versicherten Unternehmer und Ehegatten auf ihren Antrag mit einem höheren JAV versichert werden.

Dementsprechend regelt § 46 Abs. 1 der Satzung 1997, dass die Beklagte bei den kraft Gesetzes versicherten selbstständig Tätigen sowie den kraft Satzung Versicherten und deren im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten auf schriftlichen Antrag eine höhere Versicherungssumme als die in § 44 Abs. 1 der Satzung bestimmte zu Grunde zu legen hat. Gemäß § 46 Abs. 2 der Satzung 1997 tritt die nach Abs. 1 festgelegte Versicherungssumme am Tag nach Eingang des Antrags bei der Berufsgenossenschaft an die Stelle des in § 44 Abs. 1 der Satzung genannten Betrages, sofern nicht ein späterer Zeitpunkt beantragt wird. Nach § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 sind Berufskrankheiten und Krankheiten, die wie Berufskrankheiten entschädigt werden können ([§ 9 Abs. 2 SGB VII](#)) und deren medizinische Voraussetzungen vor Beginn der Höhrversicherung vorlagen, von der Höhrversicherung ausgeschlossen.

Zutreffend haben das Sozialgericht und die Beklagte entschieden, dass die auf Antrag des Klägers ab 01.03.1997 mit Unterbrechungen bestehende Höhrversicherung - zunächst mit einem JAV von 50.000,00 DM - entgegen der Auffassung des Klägers nicht dazu führt, dass dieser Betrag als JAV für die Berechnung des Verletztengeldes und der Übergangsleistungen wegen der BK 5101 zu Grunde zu legen ist, weil der Ausschlussbestand des § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 bei dem Kläger erfüllt ist.

Der Versicherungsfall der anerkannten BK 5101 ist vorliegend zwar erst am 17.07.2001 eingetreten, weil der Kläger die gefährdende Tätigkeit erst zu diesem Zeitpunkt aufgab. § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 stellt jedoch nicht auf den Eintritt des Versicherungsfalls, sondern darauf ab, ob die medizinischen Voraussetzungen der BK bereits vor Beginn der Höhrversicherung vorgelegen haben. Medizinische Voraussetzung der BK 5101 ist das Vorliegen einer schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung. Eine solche lag bei dem Kläger nicht erst unmittelbar vor dem Antrag auf Höhrversicherung im Februar 1997, sondern schon bereits vor dem (rückwirkenden) Inkrafttreten der Satzung 1997 zum 01.01.1997 vor. Unter dem Begriff der Hauterkrankung im Sinne der BK 5101 sind alle beruflich bedingten Erkrankungen im Bereich der Haut unabhängig von der Schadensursache und der Art der krankhaften Veränderungen erfasst (vgl. BSG, Urteil vom 28.04.2004, [B 2 U 21/03 R](#) in SozR 4-5671 Anl. 1 Nr. 5101 Nr. 2). Bei dem Kläger bestand - so die Angaben des Allgemeinarztes B. gegenüber der Beklagten - bereits im Februar 1985 ein Handekzem. Der Allgemeinarzt Dr. P. hat in seiner schriftlichen Aussage gegenüber der Beklagten über seit Juli 1986 bestehende Ausschläge im Bereich der Hände und Unterarme, die seit 1986 kontinuierlich ca. drei- bis viermal pro Quartal zu ärztlichen Behandlungen führten und während des ganzen Zeitraums ununterbrochen behandlungsbedürftig waren, berichtet. Diese Hauterscheinungen sind - so der im Verwaltungsverfahren gehörte Gutachter Dr. D. und der seit 1992 behandelnde Hautarzt Dr. G. - als dishydrosiformes Ekzem beider Hände zu bewerten. Eine Erkrankung im Bereich der Haut liegt damit zweifellos bereits seit 1985 vor.

Auch bereits vor dem 01.01.1997 handelte es sich hierbei um eine schwere Hauterkrankung. Unabhängig davon, ob eine Hauterkrankung als medizinisch schwere Erscheinungsform verläuft, ist sie auch dann als schwer anzusehen, wenn sie längere Zeit bestanden hat oder bei Fortdauer der schädigenden Tätigkeit zu erheblichen Körperschäden führen würde (BSG, Urteil vom 08.12.1983, [2 RU 33/82](#) in SozR 5677 Anl. 1 Nr. 46 Nr. 12). Als "längere Zeit" hat das Bundessozialgericht in der Regel mindestens eine ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit von sechs Monaten angesehen (BSG, Urteil vom 27.06.1974, [8/7 RU 9/72](#) in SozR 5677 Anl. 1 Nr. 46 Nr. 1). Das bei dem Kläger bestehende Handekzem hat, wie der Allgemeinarzt Dr. P. gegenüber der Beklagten ausgeführt hat, seit Juli 1986 ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit von drei- bis viermal pro Quartal und damit über einen Zeitraum von weit über sechs Monaten bedingt. Dem kann nicht entgegeng gehalten werden, dass der Allgemeinarzt B. einen behandlungsfreien Zeitraum von Februar 1990 bis Dezember 1998 angegeben hat und der seit März 1992 behandelnde Hautarzt Dr. G. Behandlungspausen von Mitte März 1992 bis Dezember 1996, Ende Februar 1997 bis November 1999 und Anfang Dezember 1999 bis Oktober 2000 angegeben hat. Denn in der Zwischenzeit befand sich der Kläger wegen des Handekzems - so die Aussage des Allgemeinarztes Dr. P. - weiterhin in dessen kontinuierlicher Behandlung. Auch der Umstand, dass Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nur für die Zeit vom 17.12.1990 bis 14.01.1991, 19.12.1996 bis 06.01.1997 und 01.08.1999 bis 05.09.1999 ausgestellt wurden, spricht nicht gegen das Vorliegen einer schweren Hauterkrankung. Vielmehr beruht dies - so Dr. P. und der Allgemeinarzt B. - auf dem Umstand, dass der Kläger als selbstständig Tätiger seine Praxis nicht schließen wollte und, wie der Allgemeinarzt B. ausgeführt hat, "weitergearbeitet hat, so gut es eben ging". Der Allgemeinarzt B. hat ausdrücklich angegeben, dass aus ärztlicher Sicht Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehrmals angebracht gewesen wären und der Kläger de facto oft arbeitsunfähig gewesen sei. Insgesamt steht somit zur Überzeugung des Senats fest, dass, wie der im Verwaltungsverfahren gehörte Gutachter Dr. D. ausführte, eine schwere Hauterkrankung vorlag. Im Hinblick auf die von Dr. P. seit Juli 1986 kontinuierlich und ununterbrochen bescheinigte Behandlungsbedürftigkeit der Hauterkrankung lag damit unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 27.06.1974, [a.a.O.](#)), bereits seit dem Jahr 1987 eine schwere Hauterkrankung vor, die - wie Dr. D. schlüssig darlegte - auch zur Aufgabe der beruflichen Beschäftigung zwang. Denn im Vordergrund stand - so Dr. D. - die toxisch-degenerativ-abnutzende Tätigkeit des Masseurs durch Hautkontakt mit Wasser, Waschmitteln und Ölen, in deren Rahmen auch das Tragen von Handschuhen nicht möglich war.

Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Regelung des § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 auch nicht wegen eines Verstoßes gegen das Rückwirkungsverbot rechtswidrig. Das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, dass die Beklagte mit dieser Regelung nicht rückwirkend in eine Rechtsposition des Klägers eingegriffen hat, auf die er hätte vertrauen können.

Nach der bis 31.12.1996 geltenden gesetzlichen Regelung des § 571 Abs. 1 RVO galt als JAV der Gesamtbetrag aller Arbeitsentgelte und Arbeitseinkommen des Verletzten im Jahr vor dem Arbeitsunfall bzw., gemäß § 572 RVO bei Berufskrankheiten, wenn es für die Berechtigten günstiger war, als Zeitpunkt des Arbeitsunfalls der letzte Tag, an dem der Versicherte in einem Unternehmen Arbeiten verrichtet hat, die ihrer Art nach geeignet waren, die Berufskrankheit zu verursachen. Maßgeblich war zum damaligen Zeitpunkt somit das tatsächlich erzielte

Einkommen. Diese gesetzliche Regelung wurde auf Grund des Inkrafttretens des SGB VII zum 01.01.1997 mit Wirkung für die Zukunft aufgehoben, sodass nunmehr gemäß [§ 83 SGB VII](#), wie bereits oben dargelegt, der JAV durch Satzung zu bestimmen ist. Diese Regelung soll einerseits die bei Selbständigen oft schwierige Ermittlung des tatsächlichen jährlichen Arbeitsverdienstes erübrigen, zum anderen soll sie dem besonderen Charakter der Unternehmensversicherung als einer Eigenhilfeeinrichtung der Unternehmer auf genossenschaftlicher Basis Rechnung tragen, was der Vertreterversammlung als Satzungsgeber einen weiten Gestaltungsspielraum eröffnet (BSG, Urteil vom 04.12.2007, [B 2 U 33/06 R](#) in [SozR 4-2700 § 47 Nr. 4](#)). Der JAV kann an das reale Einkommen des Versicherten anknüpfen; er kann aber auch als einheitlicher Festbetrag ausgestaltet werden, der im Einzelfall vom tatsächlichen Einkommen erheblich abweichen kann (BSG, a.a.O.). Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Satzung der Beklagten für die Bemessung des JAV auf die vom konkreten Einkommen unabhängige Versicherungssumme abstellt. Auch der Kläger hat hiergegen keine Einwände erhoben.

Zeitgleich, nämlich ebenfalls auf Grund des Beschlusses der Vertreterversammlung der Beklagten vom 17.12.1997 mit Wirkung zum 01.01.1997, trat die Regelung über die Höherversicherung des § 46 Satzung 1997 mit der vom Kläger beanstandeten Ausschlussregelung des § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 in Kraft. Es handelt sich somit bei den §§ 44 und 46 der Satzung 1997 um eine einheitliche Satzungsregelung über die Versicherungssumme der Unternehmer, wie sie von [§ 83 SGB VII](#) verlangt worden ist. Die beanstandete Ausschlussbestimmung des § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 ist somit von vornherein Teil dieser einheitlichen Regelung geworden. Schon deshalb ist für den Senat nicht erkennbar, inwieweit auf Satzungsrecht bezogenes Vertrauen des Klägers verletzt worden sein soll. Dies gilt auch für den Umstand, dass die Satzung 1997 rückwirkend, nämlich ab 01.01.1997 in Kraft getreten ist. Denn diese Rückwirkung gilt für den gesamten Regelungskomplex über die Versicherungssumme der Unternehmer. Damit war die Möglichkeit der Höherversicherung von jeher mit der streitigen Ausschlussregelung verbunden. Der Kläger hatte somit zu keinem Zeitpunkt die Möglichkeit, eine Höherversicherung ohne diese Ausschlussregelung zu erreichen. Für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist damit von vornherein kein Raum. Im Übrigen wurde der Kläger von der Beklagten im Dezember 1996 vollständig über den Inhalt der voraussichtlichen Satzungsregelungen informiert. Das ihm im Dezember 1996 übersandte und von der Beklagten dem Sozialgericht vorgelegte Merkblatt (Bl. 32 der SG-Akte) enthält einen mit § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 identischen Hinweis.

Die Möglichkeit einer sogenannten Zusatzversicherung war zwar auch nach den Vorschriften der bis 31.12.1996 geltenden RVO vorgesehen. Denn nach § 632 RVO konnte die Satzung bestimmen, dass und unter welchen Voraussetzungen die versicherten Unternehmer und ihre im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten auf Antrag mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst versichert wurden. Eine dementsprechende Regelung hatte die Beklagte mit § 47 der zum 01.01.1996 in Kraft getretenen Satzung vom 14.12.1995 (Satzung 1995) getroffen, allerdings, wie die Beklagte zu Recht ausgeführt hat, nur für Unternehmer von Friseur- und Haarbearbeitungsbetrieben und ihre im Unternehmen tätigen Ehegatten, auf die die Satzung 1995 den Versicherungsschutz erstreckte, nicht aber für gesetzlich versicherte Unternehmer wie den Kläger. Dies ergibt sich daraus, dass sich § 47 der Satzung 1995 im Abschnitt VII - Ausdehnung der Versicherung - befindet. Dieser Abschnitt betrifft lediglich die kraft Satzung Versicherten und traf daher auf den Kläger, der bereits zum damaligen Zeitpunkt gesetzlich Versicherter war, nicht zu. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, sah allerdings § 47 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1995 eine mit der Regelung des § 46 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1997 korrespondierende Regelung vor. Denn auch nach § 47 Abs. 2 Satz 3 der Satzung 1995 waren Berufskrankheiten und Krankheiten, die wie eine Berufskrankheit entschädigt werden können (§ 551 Abs. 2 RVO), und deren medizinische Voraussetzungen vor Beginn der Zusatzversicherung vorlagen, von der Zusatzversicherung ausgeschlossen. Auch nach dieser Regelung hätte der Kläger somit einen höheren JAV für die BK 5101 nicht erreichen können. Da die Satzung 1997 zum Zeitpunkt des Antrags des Klägers auf Höherversicherung noch nicht bestand, hätten somit allenfalls die für die Zusatzversicherung in der Satzung 1995 getroffenen Regeln analog Anwendung finden können, dies allerdings mit der Folge, dass für den Kläger die gleiche Rechtslage gegolten hätte, wie auf Grund der zum 01.01.1997 rückwirkend in Kraft getretenen Satzung 1997.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-02-04