

Ulrich Becker/Kenichiro Nishimura/Christina Walser (Hrsg.)

Perspektiven der Unfallversicherung in Japan und Deutschland



Nomos

**Studien aus dem Max-Planck-Institut
für ausländisches und internationales Sozialrecht**

Band 43

Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. /
Prof. Dr. Kenichiro Nishimura /
Dr. Christina Walser (Hrsg.)

Perspektiven der Unfallversicherung in Japan und Deutschland



Nomos

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8329-4058-4

1. Auflage 2009

© Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2009. Printed in Germany. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Vorwort

Im Oktober 2007 veranstaltete das Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Münchener Rück eine Tagung über die Perspektiven der Unfallversicherung in Deutschland und Japan. Diese führte die Zusammenarbeit des MPI mit der Universität von Kyoto fort und schloss an ein dortiges Symposium zur Organisation der Arbeitsunfallversicherung im Jahr 2006 an. Mit dem daraus hervorgegangenen Tagungsband soll ein Anstoß für die weitere rechtsvergleichende Diskussion um eine Neugestaltung der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere bezogen auf den Leistungsumfang, die Finanzierung und die Rentenbemessung, gegeben werden.

Wir bedanken uns bei unseren Kooperationspartnern, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und der Münchener Rück, für die Unterstützung bei der Planung und Durchführung der Veranstaltung. Ebenso danken wir den Referenten für die Überarbeitung ihrer Manuskripte, Frau Dr. Mariko Karlhuber, die die japanischen Texte übersetzt hat, sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für ihre Mithilfe bei der Tagung und der Vorbereitung der Publikation.

München, im Juli 2008

*Ulrich Becker
Christina Walser*

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Martin Landauer und Christina Walser 9

Teil 1: Versicherungsschutz

Der Versicherungsumfang in der japanischen Unfallversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Wegeunfälle, der schwerdefinierbaren Berufskrankheiten und der Asbestentschädigungsproblematik
Kenichiro Nishimura 17

Complex damages – Überlegungen zu Asbest aus Sicht eines Rückversicherers
Christian Lahnstein 45

Einschränkung des Versicherungsumfangs in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung im Hinblick auf Wegeunfälle und Berufskrankheiten
Maximilian Fuchs 53

Teil 2: Finanzierung

Aktuelle Herausforderungen für das gesetzliche Unfallversicherungssystem in Japan – Anwendungsbereich und Finanzierung
Takashi Muranaka 67

Die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung: Chancen und Risiken bei Einführung von Kapitaldeckungselementen
Ulrich Becker 79

Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsformen der Arbeiterunfallversicherung: Beobachtungen auf ausgesuchten Märkten
Héctor Upegui 97

Teil 3: Rentenbemessung

Rentenbemessung in der schweizerischen gesetzlichen
Unfallversicherung

Thomas Gächter

111

Reformbestrebungen der Rentenbemessung in der deutschen
gesetzlichen Unfallversicherung

Andreas Kranig

135

Autorenverzeichnis

149

Einleitung

Martin Landauer, M. Jur. (Oxon) und Dr. Christina Walser

I. Thematische Einführung und Konzeption des Tagungsbandes

Mit der Zusammenlegung des Hauptverbandes der Berufsgenossenschaften und dem Bundesverband der Unfallkassen zur Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) wurde ein erster Schritt zur Neugestaltung der gesetzlichen Unfallversicherung gemacht. Es folgte im April 2007 der Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der sowohl Regelungen zur Organisations- als auch zur Leistungsreform enthielt. Er basierte auf dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29. Juni 2006.¹ Auf seiner Grundlage ist der Referentenentwurf zum Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG)² erarbeitet worden, der vom Kabinett beschlossen und dem Bundesrat zugeleitet wurde. Im April 2008 hat der Bundesrat den Entwurf mit Änderungsvorschlägen an den Bundestag weitergeleitet, die sich insbesondere auf die fehlende materielle Neuordnung des Leistungsrechts beziehen.³ Der Entwurf sieht in seiner jetzigen Fassung eine Reduzierung der Zahl der Unfallversicherungsträger und eine Reform des Lastenausgleichs zwischen den Berufsgenossenschaften vor, er enthält aber eben keine Regelungen zur Neugestaltung des Leistungsrechts, weder im Bezug auf Wegeunfälle noch hinsichtlich der Rentenvoraussetzungen.

Weil sich in der japanischen Unfallversicherung Regelungen finden, die in der aktuellen Reformdebatte auch für Deutschland diskutiert werden, bietet sich ein Rechtsvergleich mit dem dortigen System geradezu an, auch wenn dem japanischen Recht entsprechende Regelungen nicht in allen Fällen in den Entwurf des UVMG aufgenommen wurden wie das Beispiel des Wegeunfalls zeigt. Der Vergleich der Unfallversicherungssysteme beider Länder ist zudem deshalb vielversprechend, weil sich sowohl Deutschland als auch Japan der Notwendigkeit ausgesetzt sehen, die jeweiligen Sozialversicherungen an die sich verändernde demographische Entwicklung anzupassen.

Zu den in Deutschland aktuell diskutierten Inhalten zählt die Einführung von Elementen der Kapitaldeckung. In Japan gibt es zwar kein reines Kapitaldeckungsverfahren, jedoch müssen bei Langzeitleistungen die Gesamtkosten für innerhalb von drei Jahren neu hinzugekommene Rentenempfänger auch durch Beiträge der Arbeitgeber dieser Jahre gedeckt werden. Des weiteren ist in der japanischen Unfallversicherung eine

1 www.verdi.de/sozialversicherung/bb/fachgruppe_unfallversicherung/data/2006-08-04-Synopse%20Eckpunkte-nach%20vorstand.pdf.

2 www.gutearbeit-online.de/archiv/hintergrund/2007/referentenentwurf_uv.pdf.

3 BR Drs. 113/1/08.

– auch in Deutschland ausgiebig erörterte – Kostenbeteiligung der Versicherten bei Wegeunfällen bekannt. Darüber hinaus erfährt die abstrakte Bemessung der Renten in Deutschland zunehmend Kritik, auf die der im April 2007 vorgelegte Arbeitsentwurf zu einem Unfallversicherungs-Reformgesetz reagierte, der diesbezüglich im Referentenentwurf zum UVMG aber nicht berücksichtigt wurde. Zwar würde ein Vergleich mit dem japanischen System bei dieser Frage keine weiterführenden Erkenntnisse erhoffen lassen, jedoch verfügt die Schweiz bereits über Erfahrungen mit der konkreten Berechnung der Renten, so dass ihr hierin eine gewisse Vorreiterrolle zugeschrieben werden kann. Bei der Suche nach Reformperspektiven bietet sich daher eine vergleichende Betrachtung mit der Schweiz besonders an, so daß, was die spezielle Frage der Rentenbemessung anlangt, zu ihren Gunsten auf eine Darstellung des japanischen Systems verzichtet wird.

II. Inhaltliche Schwerpunkte

1. Versicherungsschutz

Wegeunfälle gelten in Japan zwar nicht als betrieblich verursacht, stellen aber aufgrund der heutigen Verkehrssituation ein unausweichliches soziales Risiko dar und sollen deshalb den betrieblichen Arbeitsunfällen gleichgestellt werden. *Kenichiro Nishimura* stellt die rechtliche Entwicklung der seit 1973 in den Versicherungsumfang einbezogenen Wegeunfälle dar. Abweichend von der Rechtslage bei Arbeitsunfällen ist ein Selbstbehalt vorgesehen, die Leistungen werden erst ab dem vierten Tag gezahlt, der Kündigungsschutz des Verletzten entfällt und schließlich ist der Beitragssatz nicht wie bei den Arbeitsunfällen nach Risiken gestaffelt.

Bei den berufsbedingten Erkrankungen sind - so *Nishimura* - neben den Selbstmorden von Arbeitnehmern insbesondere die sog. „*Karôshi*“-Fälle, also verschiedene Arten des plötzlichen, berufsbedingten Todes, ausgelöst zumeist durch einen streßbedingten Schlaganfall oder Herzinfarkt, besonders hervorzuheben. Der Nachweis der berufsbedingten Verursachung bereitet aufgrund des Zusammenwirkens verschiedener Verursachungsfaktoren wie beispielsweise der Veranlagung, den persönlichen Rauch- und Trinkgewohnheiten sowie den klimatischen Gegebenheiten besondere Schwierigkeiten. Eine Verwaltungsrichtlinie sieht hierzu mittlerweile vor, den beruflichen Zusammenhang nach der Zahl der in der Zeit vor dem Tod geleisteten Überstunden zu bestimmen.

Im Zusammenhang mit den durch Asbest verursachten Gesundheitsschäden stellt *Nishimura* die zahlreichen in Japan getroffenen gesetzlichen Maßnahmen dar. Neben Vorschriften zum Schutz der Arbeitnehmer beim Umgang mit Asbest ist 2006 ein Gesetz in Kraft getreten, das in Folge von Asbestexpositionen Erkrankten Hilfen bietet und insoweit überwiegend vom Staat finanziert wird. Ein erhebliches Problem ist zukünftig

in Gestalt von Schadensersatzforderungen gegen den Staat oder Privatunternehmer wegen Asbestschäden zu erwarten, die durch Entschädigungszahlungen der Unfallversicherung nicht ausgeschlossen würden.

Die Komplexität asbestverursachter Gesundheitsschäden aus der Sicht eines Rückversicherers wird von *Christian Lahnstein* betont. Sie gründet auf Intransparenz und schwer überschaubaren Interessenkonflikten, auf einer sowohl haftungs-, prozess- als auch versicherungsrechtliche Fragen aufwerfenden rechtlichen Problematik sowie auf den Schwierigkeiten der Kausalität. Schließlich wird die vorwiegend staatliche Finanzierung des japanischen Asbestentschädigungsfonds der alleinigen Finanzierungsverantwortung der Hersteller in den USA gegenüber gestellt.

Ebenso wie in Japan wird auch in Deutschland über den Versicherungsschutz für Wegeunfälle und die Möglichkeit von Selbsthalten diskutiert. *Maximilian Fuchs* kritisiert, nach Darstellung der tatbestandlichen Voraussetzungen des Wegeunfalls, die Zuordnung des Risikos des Wegeunfalls zur durch Arbeitgeberbeiträge finanzierten Unfallversicherung als nicht systemgerecht. Gerade in Anbetracht der Ausweitung versicherter Umwege, wie beispielsweise bei Veranlassung durch Kinderbetreuung, läge es nahe, die Wegeunfälle aus der gesetzlichen Unfallversicherung auszugliedern, so daß die gemeinsam von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanzierte gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung eintreten würde.

Fuchs zeigt in einem historischer Abriss der Einbeziehung von Berufskrankheiten in den Schutz der Unfallversicherung die Entwicklung von 1884, wo keinerlei Leistungen bei „Gewerbekrankheiten“ vorgesehen waren, über die Einführung der Berufskrankheitenverordnung 1925 bis zu den aktuellen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit. Die gegenwärtigen Reformen sehen für die Quasi-Berufskrankheiten eine Sperrwirkung vor, die für eine Dauer von maximal 3 Jahren eintreten soll, sobald der Verordnungsgeber die Aufnahme einer Krankheit in die Liste der Berufskrankheiten prüft. Als Konsequenz ist es den Unfallversicherungsträgern dann untersagt, die betreffende Krankheit aufgrund neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft außerhalb des Katalogs anzuerkennen. Des weiteren ist ein Versicherungsfall zukünftig ausgeschlossen, wenn die Krankheit mehr als zehn Jahre vor dem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem sie dem Unfallversicherungsträger bekannt geworden ist.

2. Finanzierung der Unfallversicherung

Der zweite Themenkomplex dieses Bandes widmet sich der Finanzierung der Unfallversicherung. Der Versichertenkreis und die Leistungen der japanischen Unfallversicherung sind stetig erweitert worden. Vor diesem Hintergrund setzt sich *Takashi Muranaka* insbesondere mit der alleinigen Beitragspflicht des Arbeitgebers auseinander.

Kurzzeitleistungen werden durch ein Umlageverfahren finanziert, Langzeitleistungen hingegen in einem besonderen Umlageverfahren, das den errechneten, abgezinsten Gesamtaufwand neu entstandener Leistungsverpflichtungen auf die Beitragszahlungen der drei folgenden Jahre umlegt. Hervorzuheben ist auch das Bonus-Malus-System, bei dem die Höhe der Beiträge nach den tatsächlich eingetretenen Unfällen variiert, um einen Anreiz zur Unfallverhütung zu geben. Auf diese Weise kann sich der Beitragssatz um bis zu 40 % verteuern oder verbilligen. Schließlich wird auf ein großes Problem der japanischen Unfallversicherung aufmerksam gemacht, nämlich die mangelnde Anmeldung von ca. 14 % der versicherungspflichtigen Betriebe, die folglich keine Beiträge entrichten.

Hinsichtlich der Finanzierung der deutschen Unfallversicherung erörtert *Ulrich Becker* zunächst die unterschiedlichen Positionen der gegenwärtigen Reformdebatte. Die Stimmen, die sich für die Einführung zumindest von Elementen der Kapitaldeckung aussprechen, mehrten sich. Die Argumente erstreckten sich von der Alterung und gleichzeitigen Schrumpfung der Bevölkerung bis zur Finanzierung der Altrenten, die durch ein Umlageverfahren nicht angemessen durchzuführen sei. Dagegen werde angeführt, dass eine Systemumstellung erhebliche Übergangsprobleme mit sich brächte, da Beiträge in der Gegenwart nicht zur Verfügung stünden und die Kosten zu hoch seien.

Für die Einführung von Elementen der Kapitaldeckung spreche zum einen die demographische Entwicklung mit den Prozessen der Alterung und der Schrumpfung der Gesellschaft, zum anderen ein an Verteilungsfragen anknüpfendes binnensystematisches Argument: Es sei auf Dauer schwer tragbar, daß Versicherungsbeiträge für im Rückgang befindliche Gewerbezweige immer weiter anstiegen, weil bestehende Altlasten von einem stets kleiner werdenden Unternehmenskreis getragen werden müßten.

Hinsichtlich der normativen Vorgaben sei die zeitliche Dimension zu berücksichtigen, da die Kapitaldeckung grundsätzlich die Zurechnung der Lasten zu den Verursachern ermöglicht. Sollte der Gesetzgeber allerdings nicht in seiner Handlungsfähigkeit stark eingeschränkt werden, müsse davon ausgegangen werden, dass er nur bei konkreten Maßnahmen zur Gleichbehandlung verpflichtet ist und Änderungen sich nicht an der Vergangenheit messen lassen.

Im Hinblick auf die horizontale Verteilung sei die Kapitaldeckung zunächst offen. Die Rückstellungen könnten über einen gemeinsamen Fonds aller Träger organisiert werden oder auch in den Haushalten der jeweiligen Träger, was der Konstruktion der Haftungsablösung durch die Unfallversicherung eher entspreche.

Zur Beurteilung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsformen der Unfallversicherung im internationalen Markt geht *Héctor Upegui* von einer Eingruppierung der Arbeiterunfallversicherung in grundsätzlich drei Gruppen aus: Ein Modell mit einem staatlichen Monopol, wie es in etwa mit den Berufsgenossenschaften in Deutschland vorliege, einem Modell, in dem sich der Staat weitgehend aus der Arbeiterunfall-

versicherung heraushält, wie etwa in den meisten Bundesstaaten der USA, und ein drittes Modell, bei dem privatrechtliche und öffentlich-rechtliche Träger gemischt auftreten, wie in Belgien oder Kolumbien. Diese Gruppen seien jedoch nicht homogen, sondern beinhalteten vielmehr sehr unterschiedliche Finanzierungssysteme. Anhand der Bildung verschiedener Cluster und der Abbildung bestimmter Risiko-, Leistungs- und Prämienparameter werden Aspekte aufgezeigt, die eine Abkoppelung der Prämienhöhe vom im Einzelfall bestehenden Risiko bewirken, einen Arbeitsunfall zu erleiden.

Upegui betont, daß zur Bewältigung insbesondere von Langzeitrissen eine Mischung aus Kapitaldeckung und Umlageverfahren erforderlich sei.

3. Fragen der Rentenbemessung in der Unfallversicherung

Der letzte Themenkomplex setzt sich mit der Bemessung von Unfallversicherungsrenten auseinander und beginnt mit einem Beitrag von *Thomas Gächter* zur Rechtslage in der Schweiz.

Die Einleitung gibt einen Überblick über die historisch gewachsenen Strukturen der 1911 geschaffenen und erst 1984 verpflichtend auf alle Berufszweige ausgedehnten schweizerischen Unfallversicherung, der auch Selbständige freiwillig beitreten können. Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich – als schweizerische Besonderheit – bei Pflichtversicherten auch nicht beruflich bedingte Unfälle. Insoweit tragen allerdings die Arbeitnehmer die Prämien, während sie für die Berufsunfallversicherung allein von den Arbeitgebern entrichtet werden.

Hinsichtlich der Finanzierung findet bei kurzfristigen Leistungen wie insbesondere den Taggeldern ein Ausgabenumlageverfahren, bei Rentenleistungen hingegen eine Variante des Kapitaldeckungsverfahrens Anwendung.

Einen weiteren wesentlichen Aspekt der Ausführungen *Gächters* bilden die Anspruchsvoraussetzungen sowie die Dauer und die Bemessung von Taggeldern und Invalidenrenten. Der Anspruch auf Taggeld setzt voraus, daß eine Person aufgrund eines durch die Unfallversicherung abgedeckten Ereignisses voll oder teilweise arbeitsunfähig wurde. Bei voller Arbeitsunfähigkeit beträgt das Taggeld 80 % des versicherten Verdienstes, der auf der Grundlage des letzten Monatslohns berechnet wird. Invalidenrenten nach der Unfallversicherung setzen einen Invaliditätsgrad von mindestens 10 % voraus. Wird die Invalidenrente als Dauerrente erbracht, übernimmt sie zugleich die Funktion der Alters- und Hinterlassenenvorsorge. Diese Rente dient dem Ersatz des unfallbedingten Erwerbsausfalls und wird häufig als Komplementärrente gewährt, die zu den Rentenleistungen der als Volksversicherung konstruierten Invalidenversicherung hinzutritt. Zusammen decken diese Leistungen insgesamt bis zu 90 % des versicherten Verdienstes ab. Für die Höhe der Unfallversicherungsrente ist grundsätzlich eine einjährige Referenzperiode vor Eintritt des Unfalls relevant. In der Praxis bringt das Zusammenspiel von Renten der Invalidenversicherung und der Unfallversicherungskomplementärrente

einige systematische Probleme im Hinblick auf die Kongruenz beider Renten mit sich, denen ein weiterer Hauptteil des Beitrags gewidmet wird.

Nach der Darstellung einiger Sonderprobleme im Zusammenhang mit der Invalidität Teilzeitbeschäftigter schließt *Gächter* seine Ausführungen mit einer überwiegend positiven Gesamtwürdigung des schweizerischen Systems ab.

Der abschließende Beitrag von *Andreas Kranig* kommentiert die Reformbestrebungen der Rentenbemessung in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung und setzt sich schwerpunktmäßig mit den rentenrechtlichen Aspekten des in der Einführung bereits erwähnten Eckpunktepapiers der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sowie des zweiten Teils des Arbeitsentwurfes der Bundesregierung zu einem Unfallversicherungs-Reformgesetz auseinander.

Als Ausgangsbasis dient ein kurzer Blick auf die Merkmale der abstrakten Schadensbemessung für die Renten bei Minderung der Erwerbsfähigkeit nach der derzeit geltenden Rechtslage. Zunehmend würde hieran Kritik geübt und eine größere Zielgenauigkeit im Hinblick auf die Entschädigung der wirtschaftlichen Folgen des Gesundheitsschadens angemahnt. Anhand von Beispielen zeigt *Kranig*, daß sich nach der bisherigen Rechtslage eine Über- oder Unterversorgung des Betroffenen ergeben kann.

Der Beitrag faßt sodann verschiedenste Ziele zusammen, die sich den in der Wissenschaft geäußerten Reformvorschlägen entnehmen lassen. Diese bestünden in der Orientierung am Schadensprinzip, der Vermeidung von Über- und Unterversorgungen, der Neubestimmung des Begriffs der Minderung der Erwerbsfähigkeit und ggf. dessen Abstimmung mit anderen sozialrechtlichen Bereichen, der Verbesserung der Schnittstellen zum Rentenversicherungsrecht, in Anreizen für eine berufliche Eingliederung auch bei schweren Gesundheitsschäden sowie in der Praktikabilität in der Rechtsanwendung.

Die dann folgende Auseinandersetzung mit dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geht kritisch auf die für den Reformbedarf postulierten Gründe ein und legt das Grundkonzept des Reformvorschlags dar, der eine Aufgliederung der Unfallversicherungsrente in einen einkommensunabhängigen Ausgleich des Gesundheitsschadens sowie eine einkommensabhängige Erwerbsminderungsrente vorsehe, die in Zukunft den konkreten Erwerbsschaden ausgleichen solle.

Der letzte Teil des Beitrags gilt dem Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Reform des Leistungsrechts, bei dem die Zielgenauigkeit der Renten nicht mehr so stark im Vordergrund stehe und der vor allem bezüglich der angenommenen Unterversorgung Schwerverletzter sowie hinsichtlich der behaupteten Defizite in der beruflichen Versorgung von unzutreffenden Grundannahmen ausgehe. Abschließend macht *Kranig* auf einige Kritikpunkte aufmerksam, die bezüglich der beiden angedachten Leistungsarten, der Erwerbsschadensrente und dem Gesundheitsschadensausgleich, geäußert wurden.

III. Schlussbemerkung

Der Tagungsband wirft mit der Fokussierung auf Fragen des Versicherungsschutzes, der Finanzierung sowie der Rentenberechnung einen rechtsvergleichenden Blick auf drei wesentliche Aspekte, mit denen sich die aktuell geführte Debatte zur Reform des Unfallversicherungsrechts beschäftigt. Die einzelnen Berichte belegen ausführlich, daß diese Gesichtspunkte nicht nur in Deutschland diskutiert werden, sondern – historisch oder kulturell bedingt zum Teil freilich in anders gearteten Ausprägungen oder in unterschiedlichem Umfang – auch in den zum Vergleich herangezogenen Ländern eine große Rolle spielen.

Dies zeigt sich zunächst an der in Deutschland wie in Japan gleichermaßen relevanten Frage, an welcher Stelle die Grenze zwischen den noch versicherten Risiken einerseits und dem der privaten Lebenssphäre zugeordneten allgemeinem Lebensrisiko andererseits zu ziehen ist, wenngleich sich die Diskussion in Deutschland immer wieder im Hinblick auf die unfallversicherungsrechtliche Bewertung von Wegeunfällen entzündet, wohingegen in Japan eher die Einordnung der Fälle des plötzlichen, streßbedingten Todes oder von Selbstmordfällen in der Umgebung des Arbeitsplatzes zu Kontroversen Anlaß geben.

Ein ähnliches Bild geben die Debatten, die um den Zuschnitt der Finanzierungsverantwortung für die Unfallversicherung kreisen. Zwar darf die Konstruktion des Finanzierungsausgleichs unter den verschiedenen Unfallversicherungsträgern als eine Besonderheit betrachtet werden, die den Eigenheiten des gegliederten deutschen Systems geschuldet ist. In Gestalt der Frage aber, auf welchem Finanzierungsmodell die solidarische Absicherung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten basieren soll und damit verbunden, in welchem Umfang auch intergenerationelle, gewissermaßen in der Zeit wirkende Ausgleichselemente enthalten sein sollen sowie für welche Risiken die alleinige Beitragslast auf Seiten der Arbeitgeber unter einen verstärkten, mit Aspekten der Haftungsablösung nicht oder nicht mehr zu erklärenden Rechtfertigungsdruck gerät, weisen die in Japan und Deutschland geführten Diskussionen wieder gemeinsame Bezugspunkte auf.

Der speziell auf die schweizerische Rechtslage gerichtete Blick läßt schließlich nicht nur Gestaltungswege für die Entwicklung eines Rentenrechts erkennen, das mit den jeweils zur Rentenberechnung eingesetzten Formeln und Methoden den Versuch unternehmen soll, die Zielgenauigkeit im Hinblick auf die Kompensation des aus einem Versicherungsfall resultierenden Schadens zu erhöhen. Er läßt vielmehr auch Friktionen aufscheinen, die solche Gestaltungen insbesondere bei Personen mit sich bringen können, deren Erwerbsbiographien – in unterschiedlichen Formen – Besonderheiten aufweisen.

So unterschiedlich die in den einzelnen Themenblöcken betrachteten Aspekte zunächst aber erscheinen mögen, so verweisen doch die zu ihrer Erörterung vorgetragenen

Feststellungen und Argumente immer wieder auf eine Fragestellung, die diesen Tagungsband gewissermaßen als Grundthematik durchzieht, nämlich die nach dem Zuschnitt und der Reichweite der solidarischen Unterstützung innerhalb der Versicherten-gemeinschaft in deren horizontaler, intragenerationeller, sowie auch vertikaler, in zeitlicher Perspektive gedachten Dimension.

Der Versicherungsumfang in der japanischen Unfallversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Wegeunfälle, der schwerdefinierbaren Berufskrankheiten und der Asbestentschädigungsproblematik

Prof. Dr. Kenichiro Nishimura

Nachfolgend werden drei wichtige und viel diskutierte Bereiche des Versicherungsumfangs der japanischen Unfallversicherung, nämlich die Wegeunfälle, die schwerdefinierbaren Berufskrankheiten und die Asbestentschädigungsproblematik, näher erläutert, wobei ein besonderes Augenmerk auf die Gerichts- und Verwaltungspraxis gelegt wird.

1. Die Behandlung des Wegeunfalls in der japanischen Unfallversicherung

1. Entstehungsgeschichte des Versicherungsschutzes für den Wegeunfall

Ob der Unfall auf dem Arbeitsweg (Weg zur Arbeit und wieder nach Hause) als berufsbedingt anerkannt werden soll oder nicht, wurde zu einem großen Thema in einem Zeitalter, in dem durch fortschreitende Urbanisierung bzw. Motorisierung immer mehr Verkehrsunfälle geschehen. Zu diesem Thema vertraten ursprünglich sowohl das Arbeitsstandardsamt (Behörde des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt) als auch die Rechtsprechung den Standpunkt, dass sich der betriebliche Zusammenhang des Wegeunfalls grundsätzlich abzulehnen sei, wenn auch der Arbeitsweg selbstverständlich eine mit der beruflichen Tätigkeit der Arbeitnehmer zusammenhängende Handlung ist und der enge Konnex zwischen dem Unfall und der Beschäftigung nicht geleugnet werden kann. Solange die Betrieblichkeit der Handlung bei einem Wegeunfall nicht anerkannt wird, kann auch keine berufliche Ursächlichkeit des Unfalls vorliegen. Bloß in Ausnahmefällen, wie etwa bei einem Wegeunfall mit einem Verkehrsmittel (z.B. einem VW-Bus), das der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer für den Arbeitsweg zur Verfügung gestellt hat, oder bei einem Unfall am außerdienstzeitlichen Arbeitsweg in Notfällen (am Sonntag bzw. zur frühen Morgenzeit) wurden solche Unfälle als betrieblich anerkannt.¹

Hinsichtlich einer solch restriktiven Auslegungspraxis haben vor allem die Gewerkschaften die Ausweitung des Schutzes der Unfallversicherung auf den Wegeunfall nach-

1 K. Nishimura, Sozialrecht (Yuhikaku) 2003, S. 363.

drücklich gefordert. Angesichts dieser gesellschaftlichen Forderung wurde im Februar 1970 die Arbeitsgemeinschaft für Unfälle auf dem Arbeitsweg als Beratungsorgan des Arbeitsministers eingerichtet. In dieser Arbeitsgemeinschaft gab es heftige Auseinandersetzungen zwischen den Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer um die Frage, ob der Wegeunfall als betrieblich verursacht gelten soll. Schließlich kam diese Arbeitsgruppe zu dem Schluss, dass der Arbeitswegeunfall sich schwer als Arbeitsunfall einordnen lasse, jedoch angesichts der heutigen Verkehrssituation ein unausweichliches soziales Risiko darstelle. Da der Wegeunfall als solches zu verstehen ist, darf er auch nicht als persönlicher Schaden der privaten Sphäre ignoriert werden und ist unter sozialen Schutz zu stellen. So wurde dem Streit um die Anerkennung der Betrieblichkeit des Wegeunfalls ein Ende gesetzt und eine pragmatische Lösung angeboten, indem dem Wegeunfall als Versicherungsfall des Arbeitsunfallversicherungsgesetzes (AUVG) ein fast vergleichbarer Versicherungsschutz wie dem Arbeitsunfall gewährt wird, ohne ihn als betrieblich anzuerkennen.² Diese Schutzregelung ist am 01.12.1973 in Kraft getreten.

2. Unterscheidung zwischen Arbeitsunfall und Wegeunfall

Da der Wegeunfall in der oben genannten Schutzregelung als Verwirklichung einer sozialen Gefahr bezeichnet wurde, die eigentlich die Entschädigungspflicht des Arbeitgebers nicht rechtfertigen kann, sind hinsichtlich des AUVG bzw. des Arbeitsstandardgesetzes (ASG) folgende, vom Arbeitsunfall unterschiedliche, Behandlungen vorgesehen.

Erstens werden für sämtliche Versicherungsleistungen aufgrund des Wegeunfalls alle Bezeichnungen, die auf die Entschädigungspflicht des Arbeitgebers hinweisen, gestrichen (nicht „entschädigende Leistung für die Heilung“, sondern „Leistungen für die Heilung“, genauso „Leistung für den Übergang bzw. für die Invalidität, § 21 AUVG).

Zweitens ist es gestattet, von aufgrund eines Wegeunfalls anspruchsberechtigten Leistungsempfängern einen Selbstbehalt von bis zu 200 Yen pro Tag zu verlangen (§ 31 Abs. 2 AUVG).

Drittens werden die (entschädigenden) Übergangsleistungen normalerweise erst ab dem vierten Tag nach dem Unfall ausgezahlt. Während beim Arbeitsunfall aufgrund des ASG trotzdem vom Arbeitgeber eine Entschädigung für die ersten drei Tage zu leisten ist, ist eine solche Entschädigung beim Wegeunfall nicht vorgesehen.

Viertens gilt für das Wegeunfallopfer der Kündigungsschutz gem. § 19 ASG nicht.

Fünftens ist der Versicherungsbeitragssatz für den Wegeunfall generell mit 0,8 Promille festgesetzt, während der Beitragssatz für den Arbeitsunfall nach Risiken gestaffelt

² *Kishio Hobara*, Auseinandersetzung um die Betrieblichkeit des Wegeunfalls, Vierteljahresschrift Arbeitsrecht, Nr. 86 (1972) S. 129 ff.

ist (§ 12 Abs. 3 Abgabengesetz der Arbeitsversicherung, § 16 Abs. 2 Abgabenverordnung).

3. Bedeutung des Unfalls auf dem Arbeitsweg

Das AUVG definiert den Wegeunfall als Verletzung, Erkrankung, bleibende Schäden bzw. Tod des Arbeitnehmers aufgrund des Arbeitswegs (§ 7 Abs. 1 Nr. 2) und den Arbeitsweg als „das Pendeln des Arbeitnehmers zwischen der Arbeitsstätte und der Wohnstätte auf hinsichtlich der Beschäftigung vernünftigen Routen und mit adäquaten Verkehrsmitteln, das jedoch nicht einen Teil der Beschäftigung selbst darstellt“ (Abs. 2 Nr. 1). Weiterhin wurde in Abs. 3 geregelt, wie die Um- und Abwege bzw. die Unterbrechung des Arbeitsweges der Arbeitnehmer zu handhaben sind. Für die Anerkennung eines Unfalls auf dem Weg zu oder von der Arbeit als Versicherungsfall i.S.d. AUVG ist danach erforderlich, dass erstens die tatsächlichen Gegebenheiten dem Begriff des Arbeitswegs i.S.d. AUVG entsprechen, und dass zweitens der Unfall erkennbar durch Beschäftigung veranlasst wurde. Ein Unfall auf dem Arbeitsweg ist – ähnlich wie beim Arbeitsunfall – anzunehmen, wenn zwischen dem Unfall (Verletzungs-, Erkrankungs- bzw. Todeserfolg) und dem Arbeitsweg ein adäquat kausaler Zusammenhang besteht, anders gesagt, wenn der Unfall nach der Äquivalenztheorie als konkrete Verwirklichung der im Berufsverkehr immanent vorhandenen bzw. stets den Berufsverkehr begleitenden Risiken anzusehen ist.³

Als konkrete Beispiele der typischen Wegeunfälle sind anzuführen: wenn ein Arbeitnehmer auf dem Weg zur Arbeit von einem Auto überfahren wird; wenn ein Arbeitnehmer auf dem Bahnsteig stürzt; wenn ein Arbeitnehmer durch einen von einer Baustelle herunterfallenden Gegenstand verletzt wird; aber auch die Fälle, in denen eine Arbeitnehmerin auf dem Heimweg nach der Arbeit überfallen wird, oder von einem Triebtäter belästigt wird und sich dabei verletzt. Solche Fälle werden als Wegeunfall anerkannt.⁴ Wenn ein Arbeitnehmer auf der Heimfahrt nach der Arbeit von einem völlig unbekanntem Mann geschlagen wird⁵, eine junge Arbeitnehmerin auf der Heimfahrt mit dem Zug durch eine Handlung eines völlig unbekanntem Dritten Verletzungen erleidet⁶, oder ein Arbeitnehmer auf dem Heimweg nach der Arbeit von einem herrenlosen Hund gebissen wird⁷, wird der Versicherungsschutz gewährt. Hingegen wurde der Fall,

3 *Kihatsu* (Verordnung des Direktors der Aufsichtsbehörde für die Arbeitsstandards des Arbeitsministeriums (Arbeitsstandardsamt)) Nr. 644 vom 22.11.1973. Bei der Prüfung des Kausalzusammenhangs folgten Praxis und Rechtsprechung der sog. Adäquanztheorie. Hierzu ausführlich, *K. Nishimura*, Sozialrecht (*Yuhikaku*, 2003), S. 358 ff.

4 *Kishu* (Verordnung des Direktors der Arbeitsstandardsamt auf eine konkrete Anfrage) Nr. 69 vom 04.03.1974.

5 *Kishu* Nr. 538 vom 20.07.1977.

6 *Kishu* Nr. 341 vom 30.05.1978.

7 *Kishu* Nr. 1172 vom 30.05.1978.

in dem ein Arbeitnehmer auf dem Arbeitsweg von einem vorbeistreichenden Täter überfallen und verletzt wurde, nicht als Wegeunfall anerkannt, weil sich dieser Unfall nur gelegentlich auf dem Arbeitsweg ereignet hat und sich keine den Berufsverkehr stets begleitende Gefahr verwirklicht hat. Solange zwischen dem Opfer und dem Täter kein persönliches Feindschaftsverhältnis besteht, bzw. das Opfer zum Zustandekommen des Unfallvorganges nicht aktiv und willig beigetragen hat, sollte m.E. auch bei solchen Fällen der Versicherungsschutz anerkannt werden, weil der Arbeitsweg für den Unfall einen adäquaten wesentlichen Zusammenhang aufweist.⁸ Der Hinterbliebene des Arbeitnehmers, der auf seinem Arbeitsweg von einem Gläubigen der Aum-Sekte getötet wurde, begehrte gegen den Direktor des Arbeitsstandardsamtes Osaka Süd die Nichtigkeit der Entscheidung, mit der keine Leistungen für die Hinterbliebenen aufgrund des Wegeunfalls zugesprochen wurden. Die Instanzen verneinten das Vorliegen des schutzwürdigen Wegeunfalls, mit der Begründung, dass der Arbeitsweg bloß eine Gelegenheit zur Tötung gegeben hat und sich hier keine der im Berufsverkehr immanent vorhandenen Gefahren verwirklicht hat.⁹

4. Bedeutung des Berufsverkehrs

a) Zusammenhang mit der Arbeit

Für das Verständnis des Berufsverkehrs i.S.d. AUVG muss die Zurücklegung des Weges zwischen dem Wohn- und dem Arbeitsort darauf gerichtet sein, entweder der Beschäftigung nachzugehen oder nach der Beschäftigung wieder nach Hause zu gehen. Nicht nur im Fall, in dem der Arbeitnehmer nach der Arbeit sofort nach Hause fährt, sondern auch in den Fällen, in denen ein Arbeitnehmer noch vor Dienstschluss früher nach Hause geht, oder für das Mittagessen in der Mittagspause nach Hause geht, wird der Arbeitszusammenhang bejaht. Wenn der Arbeitnehmer aber an einem dienstfreien Tag zur betrieblichen Sportanlage fährt oder wegen einer Sitzung der Gewerkschaft in die Firma fährt, wird der Arbeitszusammenhang verneint. Problematisch ist auch der Fall, in dem ein Arbeitnehmer nach der Arbeit innerhalb des Betriebsgeländes eine Freizeittätigkeit betreibt oder an einer gewerkschaftlichen Aktivität teilnimmt und erst dann nach Hause geht. In solchen Fällen beurteilt das Arbeitsstandardsamt das Vorliegen des Arbeitszusammenhangs nach dem Kriterium, ob zwischen Dienstschluss und Verlassen des Betriebsgeländes soviel Zeit vergangen ist, dass der unmittelbare Zusammenhang zur Arbeit bereits als erloschen anzusehen ist.¹⁰ Aus diesem Grund wurde der Wegeunfall verneint, als eine Arbeitnehmerin nach dem Dienstschluss um 17.10

8 K. Nishimura, Sozialrecht (*Yuhikaku*, 2003), S. 365.

9 OLG Osaka Urteil vom 28.06.2000, OGH 2. Senat Urteil vom 22.12. 2000, *Rohan* (Zeitschrift für Entscheidungskommentare Arbeitsrecht) Nr. 798, S. 5 ff.

10 *Kihatsu* Nr. 644 vom 22.11.1973, *Kihatsu* Nr. 75 vom 01.02.1991.

Uhr wegen eines Teezeremonienkurses im Betriebsgelände erst um 20.00 Uhr die Firma verließ und anschließend auf dem Heimweg überfallen und umgebracht wurde. Das Gericht sah den unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Vorfall als erloschen an, weil zwischen Dienstschluss und Heimfahrt zu viel Zeit vergangen war.¹¹

Als ein Arbeitnehmer, der nach Dienstschluss einer gewerkschaftlichen Aktivität nachgegangen ist, nach zwei Stunden und fünf Minuten die Firma verließ und auf dem Heimweg einen Unfall hatte, wurde der Versicherungsschutz als Wegeunfall gewährt, weil die Zeitdauer nicht lang genug war, um den Zusammenhang mit der Arbeit zu verlieren.¹² Daraus ist zu schließen, dass der Arbeitszusammenhang dann anerkannt wird, wenn das Verbleiben auf dem Betriebsgelände nach dem Dienstschluss aus privaten Gründen ca. zwei Stunden nicht überschreitet.

b) Bedeutung der Wohnstätte

Das zweite Tatbestandsmerkmal ist das Pendeln zwischen der Wohn- und der Arbeitsstätte. Die Frage ist, was unter der Wohnstätte des Betroffenen zu verstehen ist. Nach ständiger Auslegung des Arbeitsstandardsamtes, sei die Wohnstätte jener Ort, den der Arbeitnehmer zur alltäglichen Lebensführung bewohnt und der zugleich seinen Lebensmittelpunkt darstellt.¹³ Konkret sind folgende Beispiele aus Verordnungen bekannt. So gilt eine Wohnung als Wohnstätte, wenn es aus dienstlichen Gründen notwendig wird, alleine eine Wohnung bzw. ein Zimmer außerhalb des Familienwohnortes zu mieten. In dem Fall, in dem ein Arbeitnehmer, der normalerweise vom Familienwohnsitz pendelt, gelegentlich beim Frühdienst oder bei Überstunden eine kleine Mietwohnung nutzt, sind beide Wohnorte als Wohnstätten anzuerkennen. Auch jener Ort, der aus besonderen Umständen wie etwa außerplanmäßige Überstunden, Frühdienst, Streik (Verkehrsbehinderung) oder Taifun (Naturkatastrophe) als Notquartier benutzt wird, kann ohne Weiteres als Wohnstätte i.S.d. AUVG gelten. Hingegen kann das Wohnhaus eines Freundes, in dem der Arbeitnehmer nach einem Majonspiel übernachtet und von dem aus er direkt zu seinem Arbeitsplatz fährt, nicht als Wohnort anerkannt werden, weil dieses Wohnhaus für ihn nicht den Ausgangspunkt seiner beruflichen Tätigkeit darstellt.

Nach Interpretation des Arbeitsstandardsamtes kann das Krankenhaus, in welchem eine Arbeitnehmerin jeden zweiten Tag wegen der Betreuung ihres erkrankten Mannes übernachtet,¹⁴ als Wohnstätte angesehen werden, wenn die Arbeitnehmerin jeweils auf diesem Arbeitsweg einen Unfall erlitten hat. Gleiches gilt für das Wohnhaus der Toch-

11 *Kishu* Nr. 2923 vom 26.09.1974.

12 *Kishu* Nr. 1881 vom 15.11.1974.

13 *Kihatsu* Nr. 644 vom 22.11.1973.

14 *Kishu* Nr. 981 vom 23.12.1977.

ter der betroffenen Arbeitnehmerin, in dem die Arbeitnehmerin für einige Zeit vor und nach der Entbindung zwecks Unterstützung ihrer Tochter mitgewohnt hat.¹⁵

Die Frage ist, wie die dienstbedingt gemietete Single-Wohnung bzw. die eigentliche Familienwohnstätte zu handhaben sind. Früher galt auch der übliche Familienwohnsitz als Wohnort,

- wenn das Pendeln zwischen der Arbeitsstätte und dem eigentlichen Familienhaus grundsätzlich mindestens einmal in der Woche stattfindet und eine gewisse Regelmäßigkeit und darüber hinaus Dauerhaftigkeit aufweist und
- wenn die Fahrzeit zwischen den beiden Wohnstätten maximal drei Stunden oder die Entfernung maximal 200 km beträgt.

Wenn diese beiden Bedingungen erfüllt waren, wurden die Fahrt von der Arbeitsstätte i.S.d. § 7 Abs. 2 AUVG nach Hause und die Rückfahrt am Wochenbeginn direkt vom Zuhause in die Arbeitsstätte unter Versicherungsschutz gestellt.¹⁶ Später wurde das dahingehend geändert, dass auch der übliche Familienwohnsitz als Wohnort i.S.d. § 7 Abs. 2 AUVG bezeichnet wurde, wenn beim Pendeln zwischen diesem und der Arbeitsstätte Regelmäßigkeit und Dauerhaftigkeit erkennbar waren.¹⁷ Das heißt, dass als Voraussetzung für die Anerkennung als Wohnstätte allein Regelmäßigkeit und Dauerhaftigkeit notwendig waren, ohne dass es auf die Häufigkeit von mindestens einmal in der Woche und die Entfernung innerhalb von drei Stunden bzw. 200 km ankam. Die Rechtsprechung hat übrigens das Firmenwohnheim als Dienststätte angesehen und als Wegeunfall den Versicherungsschutz zuerkannt, als ein Arbeitnehmer am Vortag eines Arbeitstages auf dem Weg vom üblichen Familienwohnsitz zum firmeneigenen Mitarbeiterunterkunft einen Unfall erlitten hat.¹⁸

In Wirklichkeit erfüllt dieser Sachverhalt nicht die Merkmale des Pendelns zwischen der Wohnstätte und der Arbeitsstätte, weil das Firmenwohnheim kein Ort der beruflichen Tätigkeit ist. Um auch solche Lücken zu füllen und die Anerkennung als Wegeunfall zu ermöglichen, wurde 2005 das AUVG dahingehend novelliert, dass der dem Pendeln i.S.d. § 7 Abs. 2 Nr. 1 AUVG vorausgehende bzw. darauf folgende Verkehrsweg zwischen den beiden Wohnstätten auch zum Arbeitsweg zu zählen ist.

c) Arbeitsstätte

Die Arbeitsstätte ist jener Ort, an dem die Arbeit beginnt bzw. endet. Außer Produktionsstätte, Büro oder Vertriebsniederlassung kann auch der Lieferort beim Kunden, wenn der Arbeitnehmer von dort direkt nach Hause fährt, oder der Sportplatz, auf dem

15 *Kishu* Nr. 1027 vom 23.12.1977.

16 *Kihatsu* Nr.74 vom 01.02.1991.

17 *Kihatsu* Nr. 39 vom 01.02.1995.

18 LG Akita Urteil vom 10.11.2000, *Rohan* Nr. 800, S. 49 ff.

die sportliche Betriebsveranstaltung mit Teilnahmezwang stattgefunden hat, als Dienststätte anzusehen sein.¹⁹

Auch beim Verkaufsvertreter, der für einige Kunden in einem Gebiet zuständig ist, ist der erste Kunde, den der Arbeitnehmer morgens von zu Hause aus direkt besucht, der Ort des Dienstbeginns, und der letzte Kunde, von dem aus er direkt nach Hause fährt, der Ort des Dienstschlusses. Mit dem Erreichen des Dienstortes ist der Arbeitsweg beendet, daher ist der Unfall am Dienstort kein Wegeunfall mehr. Wenn der Arbeitnehmer, der zwei Jobs hat, nach Dienstschluss bei Firma A weiter zum nächsten Dienstort bei Firma B fährt (sog. *double job holder*), wurde der Weg zwischen den Dienstorten durch Gesetzesänderung 2005 als Arbeitsweg anerkannt (§ 7 Abs. 2 Nr. 2 AUVG).

d) Die vernünftige Route und das adäquate Mittel

Der Arbeitsweg ist durch jene Route und Mittel zurückzulegen, die nach allgemeinen Lebenserfahrungen ein vernünftiger Arbeitnehmer normalerweise wählen würde. Nimmt ein Arbeitnehmer die für vernünftig gehaltene Route bzw. das adäquate Mittel nicht, verliert er den Versicherungsschutz für diesen Arbeitsweg. Natürlich stellt nicht nur die kürzeste Route zwischen der Wohnstätte und der Dienststätte die einzig vernünftige Route dar. Wenn beide Eltern berufstätig sind, ist jene Route, die über die Kinderbetreuungsstätte oder den das Kind betreuenden Verwandten führt, als vernünftig anzusehen. Ähnlich liegt es, wenn der Arbeitnehmer für seine berufstätige Frau mit seinem Auto über ihren Dienstort zu seiner Firma fährt. Dann ist diese Route als vernünftig und angemessen zu betrachten, wenn die Firma seiner Frau nicht allzu weit von seiner eigenen Firma entfernt ist.²⁰ Als adäquates Verkehrsmittel wird regelmäßig neben dem Fußweg, der Bahn und dem Bus, auch der PKW anerkannt. Im Fall der Trunkenheit am Steuer wird die Autofahrt jedoch nicht mehr als vernünftiges Verkehrsmittel angesehen. Das Radfahren zu zweit auf einem Fahrrad, das im Allgemeinen verboten ist, wird ebenfalls nicht als adäquate Zurücklegungsart des Arbeitsweges angesehen.

e) Handhabung von Abweg bzw. Unterbrechung

Ein Abweg liegt vor, wenn der Arbeitnehmer zu einem privaten Zweck von der vernünftigen Route abweicht. Die Unterbrechung ist eine Handlung auf dem Arbeitsweg, welche mit der Beschäftigung in keinem Zusammenhang steht. Der Abweg bzw. die Unterbrechung selbst, aber auch der danach fortgesetzte Arbeitsweg werden regelmäßig außerhalb des Versicherungsschutzes gestellt, wenn es nicht um eine in der Durchführungsordnung (DurchführungsVO) aufgelistete, für den Alltag notwendige Handlung

¹⁹ *Kihatsu* Nr. 644.

²⁰ *Kishu* Nr. 289 vom 04.03.1974. Der Mann verliert den Versicherungsschutz, wenn der Arbeitsplatz seiner Frau in der von seinem Arbeitsplatz gegensätzlichen Richtung lag und er sie mit dem Auto von ihrem Arbeitsplatz abgeholt hat (*Kishu* Nr. 2169 vom 28.08.1984).

geht, welche aus unausweichlichen Gründen im notwendigen Ausmaß vorgenommen wurde. Geringfügige Abweichungen des Arbeitnehmers vom Arbeitsweg (z.B. Benutzung eines öffentlichen WC in der Nähe der Route, Kauf von Zigaretten oder einer Zeitung auf der Route, eine kurze Pause in einem Park in der Nähe der Route) gelten normalerweise nicht einmal als Abweg bzw. Unterbrechung.

Das Arbeitsstandardsamt erkannte wegen eines Abwegs bzw. einer Unterbrechung den Versicherungsschutz ab, als ein Arbeitnehmer, nach einer 20minütigen Mahlzeit in einem vom Heimweg in der entgegengesetzten Richtung liegenden Lokal, auf dem Heimweg einen Unfall hatte.²¹ Ebenso entschied das Arbeitsstandardsamt, als ein Unfall nach einem 40-50minütigen privaten Gespräch mit den Kollegen in einem Café neben der Firma auf dem Heimweg kurz vor dem Wohnhaus geschah.²² In der Rechtsprechung wurde der Wegeunfall auch verneint, als eine Arbeitnehmerin, die in dem städtischen Agrarzentrum Sapporo tätig war, an einer Stelle, die ca. 40 km vom üblichen Arbeitsweg entfernt war, einen Verkehrsunfall hatte, als sie in einem Geschäft, das in der von Zuhause entgegengesetzten Richtung lag, etwas besorgen wollte.

Die alltäglich erforderlichen Handlungen i.S.d. § 8 DurchführungsVO des AUVG sind:

- Besorgung von Alltagsgegenständen und ähnliche Handlungen,
- Berufsausbildung, schulische Bildung,
- Ausübung des Wahlrechts oder ähnliche Handlungen
- sowie Untersuchung bzw. Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Arztpraxis oder ähnliche Handlungen.

Als Beispiele für die Alltagsbesorgung sind u.a. die Besorgung von Lebensmitteln, der Besuch eines Reinigungsgeschäftes oder eines Friseursalons angegeben.

In diesem Zusammenhang gibt es bereits Rechtsprechung, in der im Bezug auf einen Unfall auf dem Heimweg nach einem 100minütigen Abweg der Versicherungsschutz für den Wegeunfall mit der Begründung zugesprochen wurde, dieser Abweg sei für die Pflegearbeit des körperbehinderten Schwiegervaters (Baden, Essen) als „alltäglich erforderliche Handlung“ anzusehen.²³ Mit dieser Entscheidung wurde der Anwendungsbereich der Unfallversicherung hinsichtlich des Wegeunfalls um ein modernes Erfordernis der Gesellschaft, nämlich die Pflege, erweitert. So ist sie als zutreffend zu beurteilen.

21 *Kishu* Nr. 2105 vom 28.08.1974.

22 *Kishu* Nr. 1867 vom 15.11.1974.

23 LG Osaka Urteil vom 12.04.2006, *Rohan* Nr. 920, S. 77 ff.

II. Die berufsbedingte Erkrankung in der japanischen Unfallversicherung

1. Einführung

Krankheiten, die ihre Ursache im beruflichen Bereich haben, können von ihren Entstehungsumständen bzw. ihrem Entstehungscharakter her in zwei Gruppen unterteilt werden: zum einen solche, die durch einen Unfall ausgelöst werden, zum anderen solche, für die ein Unfall nicht ursächlich ist.

Bei ersteren lässt sich der Krankheitsbeginn durch den verursachenden Unfall zeitlich und räumlich präzise eingrenzen. Hingegen entwickeln sich die letzteren, sog. berufsbedingten Krankheiten, langsam durch die Einwirkung der dem Beruf immanenten und sonstigen schädlichen Einflüsse. Manche dieser Krankheiten werden mangels medizinisch-empirischer Erkenntnisse nicht als Berufskrankheit anerkannt und zumeist als Erkrankungen privaten Ursprungs abgetan. Die Betroffenen haben nicht selten Schwierigkeiten, den kausalen Zusammenhang zwischen Beruf und Erkrankung (berufliche Ursächlichkeit) nachzuweisen.²⁴

Aus diesem Grund schreibt das japanische ASG vor, den Umfang der berufsbedingten Krankheiten durch Verordnung (ministerielle Anordnung) näher zu bestimmen (§ 75 Abs. 2 ASG). Daraufhin wurde die Durchführungsverordnung zum ASG erlassen, die die aufgrund von Arbeitsinhalt, Arbeitsumgebung oder zu handhabenden Substanzen medizinisch-empirisch mit hoher Wahrscheinlichkeit auftretenden, bestimmten Krankheiten nach Schädlichkeitsfaktoren, wie physikalischen Faktoren, bestimmten Arbeitstypen, Einwirkung chemischer Substanzen, Bakterien und Viren, klassifiziert und die als berufsbedingt anzuerkennenden Erkrankungen detailliert aufzählt (§ 35 und die Anhangstabelle 1-2 ASG i.F.v. 1978).

2. Bedeutung der in der Durchführungsverordnung aufgelisteten Krankheiten

Bei den Krankheiten, die in der Anhangstabelle 1-2 des ASG aufgelistet sind, ist die berufliche Ursächlichkeit anzunehmen, solange keine sie widerlegenden, besonderen Umstände vorliegen und der Betroffene zwei Tatsachen nachweisen kann: erstens, dass die Krankheit während der konkreten Beschäftigung ausgebrochen ist, (wie etwa ein Hitzeschlag während der Arbeit an einem sonnigen Arbeitsplatz im Sommer), und zweitens, dass diese Tätigkeit von Arbeitsinhalt und -dauer her dazu geeignet war, eine solche Erkrankung auszulösen.

24 Bei der Prüfung des Kausalzusammenhanges muss untersucht werden, ob die Arbeitstätigkeit für den Unfall oder die Krankheit als relevant betrachtet wird oder nicht. Dabei folgten Praxis und Rechtsprechung der sog. Adäquanztheorie. Vgl. *Kenichiro Nishimura*, Sozialrecht (Yuhikaku) 2003, S. 339 ff.

Bezüglich der Beweislast bzw. der Bedeutung der in der DurchführungsVO aufgezählten Krankheiten hat der Oberste Gerichtshof (OGH) in seiner Entscheidung²⁵ anerkannt: „Die konkrete Aufzählung der Krankheiten basiert auf den medizinisch belegbaren Ansichten, dass diese Krankheiten durch berufsbedingte Schädlichkeitsfaktoren ausgelöst werden können“. Im Fall der Erkrankung eines Arbeitnehmers, der unter solchen Bedingungen beschäftigt wird, die geeignet sind, eine berufsbedingte Erkrankung auszulösen, ist sein Antrag wegen der berufsursächlichen Erkrankung als Versicherungsfall anzuerkennen, es sei denn, ein schwerwiegender Gegenbeweis liegt vor. In diesem Sinne dient § 35 der DurchführungsVO gewissermaßen der Erleichterung der Beweislast für die berufliche Ursächlichkeit. Er ist aber nicht als Befreiung von der Beweislast dafür zu verstehen, dass der Arbeitnehmer tatsächlich an einer der aufgelisteten Krankheiten i.S.d. Verordnung erkrankt ist. In Wirklichkeit reicht das bloße Vorliegen der für die aufgelisteten Krankheiten typischen Symptome häufig aus, um das Vorliegen einer solchen Erkrankung beim Arbeitnehmer zu vermuten. Folglich liegt die Beweislast dafür, dass der Arbeitnehmer unter solchen Bedingungen beschäftigt war, die geeignet sind, eine der aufgelisteten Krankheiten auszulösen, bzw. dafür dass der Arbeitnehmer dadurch tatsächlich an einer solcher Krankheit erkrankt ist, durchaus beim Kläger. Die Bescheinigung dieser Tatsache führt dazu, dass die berufliche Ursächlichkeit tatsächlich angenommen wird.

3. Sonstige offensichtlich berufsursächliche Krankheiten und die Anerkennung von Hirn- und Herzerkrankungen als Versicherungsfall

Nr. 9 der Anhangstabelle 1-2 der DurchführungsVO des ASG nennt die sonstigen offensichtlich berufsursächlichen Krankheiten als berufsbedingte Krankheiten und weist klar darauf hin, dass diese nicht abschließend, sondern lediglich beispielsweise aufgezählt sind.

Die in Nr. 9 angegebenen sonstigen offensichtlich berufsursächlichen Krankheiten sind jene Krankheiten, die nicht in Nr. 1 bis 8 aufgezählt sind aber trotzdem einen adäquat kausalen Zusammenhang mit dem Beruf aufweisen können.

Bei solchen Erkrankungen gilt die Annahme der beruflichen Ursächlichkeit nicht ohne weiteres, so dass der Antragsteller die Kausalität zwischen der Beschäftigung und der Erkrankung konkret nachweisen muss.

Für besonders großes Aufsehen sorgte im Zusammenhang mit den sonstigen, offensichtlich berufsursächlichen Krankheiten nach Nr. 9 der Anhangstabelle 1-2 die Anerkennungsfrage bei Gesundheitsschäden am zentralen Nervensystem und Kreislauferkrankungen (Schlaganfall/Apoplexia und akuter Herztod, die unter den sog. *Karoshi*

25 OGH 3. Senat Urteil v. 15.03.1988, die systematisch erfasste Entscheidungssammlung der Unfallversicherungsfälle, S. 309 ff.

zusammengefasst werden)²⁶. Diese Erkrankungen gründen nicht immer auf einer isolierten Ursache, sondern treten bei einer Kombination verschiedener Faktoren auf:

- 1) Dispositionen bzw. Anlagekrankheiten,
- 2) Vererbung oder geborene Neigung,
- 3) Essgewohnheiten,
- 4) klimatischen Bedingungen,
- 5) Rauch- bzw. Trinkgewohnheiten,
- 6) Arbeitsintensität, extreme physische, geistige Anspannungen.

Diese Vielfältigkeit der Ursachen macht die Anerkennungsverfahren dieser Krankheiten als berufsbedingt äußerst schwierig. In diesem Punkt wurden die Auslegungen des Arbeitsstandardsamt entsprechend den neuesten medizinischen Erkenntnissen bzw. der aktuellen Rechtsprechung mehrmals präzisiert.²⁷

Diese Entwicklungen lassen sich wie folgt zusammenfassen: zuerst vertrat der Direktor für Arbeitsstandards in seiner für die Praxis maßgebenden, offiziellen Verordnung den Standpunkt, dass ohne ein unvorhergesehenes Ereignis oder einen Unfall im Zusammenhang mit der Beschäftigung im Allgemeinen keine Anerkennung der Berufsur-sächlichkeit zulässig sei.²⁸ Dann ging er zu der Ansicht über, dass bei einem im Vergleich zur alltäglichen Arbeit mit außergewöhnlich belastenden Tätigkeiten befassten Arbeitnehmer seine Erkrankung als berufsbedingt anzuerkennen sei, wenn der zeitliche Verlauf vom Beginn der beschäftigungsbedingten Überbelastung bis zum Krankheitsausbruch aus medizinischer Sicht für adäquat erachtet werden könne.²⁹

Zu der Frage, wie „die physisch oder psychisch übermäßig schwere Belastung“ zu beurteilen ist, legte das Arbeitsstandardsamt fest, dass die Schwere der betreffenden Belastung im Vergleich zu jener des alltäglichen Dienstes zu beurteilen sei. Daran wurde aber viel Kritik geübt, da die Unterschiede von Alter und Berufserfahrung bei der Beurteilung des Auswirkungsgrades der Beschäftigung auf die Erkrankung nicht ausreichend berücksichtigt werden. Außerdem wurde vorgebracht, dass Belastungen, die bereits länger als eine Woche vor der Erkrankung zurückliegen, in der Auslegungsanweisung nicht ausreichend Berücksichtigung fänden.

Um diesen Vorwürfen zu entgegnen, wurde die Kernaussage der Auslegungsanweisung erneut dahingehend geändert, dass es angebracht sei, die Übermäßigkeit der Arbeitsbelastung anhand des gesamten Zeitraums vor dem Ereignis zu beurteilen, wenn in dieser Zeit ebenfalls die Arbeitsbelastung das alltägliche Ausmaß überschritten hat.³⁰

26 Vgl. *Yataro Yoshinaga*, Anerkennung der Berufskrankheiten, moderner AR-Kurs Band 12, S. 201 ff.; *Shigeya Nakashima*, Die Kausalitätstheorie bei Tod durch berufsbedingte Kreislauferkrankungen, FS Rokuya Suzuki, S. 637 ff.; *Kenichiro Nishimura*, Über den Karoshi als Rechtsfrage, Jurist Nr. 1197, S. 2 ff.

27 Vgl. *Kenichiro Nishimura*, Sozialrecht (Yuhikaku, 2003) S. 359.

28 *Kihatsu* Nr. 116, vom 13.2.1961.

29 *Kihatsu* Nr. 620 vom 26.10.1987.

30 *Kihatsu* Nr. 38 vom 01.02.1995.

Auch nach dieser Änderung bleibt unklar, wie das Problem der langjährigen, ständigen Übermüdung zu beurteilen ist. Allerdings bejahte der OGH die berufliche Ursächlichkeit aufgrund langjähriger, ständiger Übermüdung durch ständigen Bereitschaftsdienst im Fall eines Chauffeurs. Dieser war auf dem Weg zu einem Fahrgast an subarachnoidaler Hämorrhagie (Blutung im Subarachnoidalraum) gestorben.³¹

Nach dieser Entscheidung wurde die Fachkonferenz für die Anerkennungskriterien bei Hirn- bzw. Herzerkrankungen eingerichtet, deren Bericht als Grundlage für neue Anerkennungskriterien³² genutzt worden ist. So soll als beruflich verursachte offensichtliche Überbelastung, die auf eine Hirn- oder Herzerkrankung Einfluss hat, neben der einer Erkrankung unmittelbar vorangehenden Überanstrengung auch die Langzeit-Überlastung zu berücksichtigen sein. Der enge Zusammenhang zwischen den beruflichen Tätigkeiten und der Erkrankung ist demnach anzunehmen, wenn 1) in dem Monat vor Krankheitsausbruch mehr als 100 Arbeitsstunden geleistet wurden, oder wenn 2) die durchschnittlichen Überstunden pro Monat innerhalb von 2 bis 6 Monaten jeweils 80 Arbeitsstunden überstiegen haben. Diese Erklärung zeichnet sich somit durch objektive Arbeitsstunden-Kennzahlen zur Bewertung der angehäuften Übermüdung aus.

Auch zur konkreten Beurteilung der Schwere der beruflichen Tätigkeit sollen neben den oben angeführten Arbeitsstunden, alle sonstigen Faktoren wie die Unregelmäßigkeit von Diensten, Länge von Bereitschaftsdiensten, Häufigkeit von Dienstreisen, Turnus- oder Nachtdienste, Arbeitsumgebung (Temperatur, Lärm, Zeitverschiebung) und das Ausmaß der Belastung bei regelmäßig mit psychischer Anspannung verbundenen beruflichen Tätigkeiten mit berücksichtigt werden. Bei dem Arbeitsstandardsamt wird das Anerkennungsverfahren aufgrund dieser Kriterien vorgenommen.

Wem die Berufsbedingtheit der Erkrankung nicht zugesprochen wird, steht die Berufung beim Prüfungskomitee offen. Wenn dort die Berufsbedingtheit der Erkrankung erneut abgelehnt wird, kann ein ordentliches Gericht angerufen werden und die Nichtigkeit der Nicht-Gewährung der Unfallversicherungsleistungen gefordert werden. Von den Gerichten wird die Rechtsverbindlichkeit der durch das Arbeitsstandardsamt aufgestellten Anerkennungskriterien regelmäßig verneint. Vielmehr erkennen sie das Vorliegen einer Überbelastung durch Arbeit, und somit die berufliche Ursächlichkeit der Erkrankung häufig an, selbst wenn die Überstundenanzahl die oben angeführten Grenzwerte nicht überschreitet.

Es folgen einige Beispiele aus der Rechtsprechung:

- Tod eines Sportjournalisten auf Dienstreise aufgrund akuter Herzinsuffizienz: „Aus dem Gesamtbild der Umstände ist die Auslösung dieser akuten Herzinsuffizienz durch idiopathisches Kammerflimmern anzunehmen. Selbst wenn der Betroffene dazu eine Veranlagung gehabt hätte, ist die Kausalität zwischen den beruflichen Tätigkeiten und dem Tod dennoch zu bejahen, weil die Erkrankung ein schnelleres Fortschreiten bzw. eine schnellere Verschlechterung erfahren hat, die

31 OGH 1. Senat Urteil vom 17.07.2000, *Rohan* Nr. 785, S. 6 ff.

32 *Kihatsu* Nr.1063 vom 12.12.2001.

durch übermäßig belastende Arbeit ausgelöst wurde und sich somit das in der Arbeit immanent vorhandene Risiko konkretisiert hat.“³³

- Tod eines Angestellten aufgrund akuten myokardialen Infarkts (Herzinfarkt), der an Entwicklung eines neuen Produkts beteiligt und 13 Tage hintereinander im In- und Ausland unterwegs war: „Bei dieser Erkrankung ist die Annahme gerechtfertigt, dass die Verschlechterung der Veranlagungskrankheit des Arbeitnehmers durch die Tätigkeit vor der Erkrankung über den natürlichen Verlauf hinaus beschleunigt wurde und zum Tod geführt hat. Somit ist der kausale Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Tod zu bejahen.“³⁴
- Tod eines Gruppenleiters der Produktionsvertriebsabteilung durch subarachnoidalen Hämorrhagie: „Wenn erkennbar ist, dass die Tätigkeiten des Arbeitnehmers im Betrieb so belastend waren, dass die Gefäßläsion inkl. Aneurysma über den natürlichen Krankheitsverlauf hinaus eine enorme Verschlechterung bis hin zur subarachnoidalen Hämorrhagie erfahren hat, ist jenes in dieser Beschäftigung immanente bzw. diese Tätigkeit begleitende Risiko eine wesentlich wichtigere Ursache als alle anderen Faktoren. Aus diesem Grund ist der adäquat kausale Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Tod zu bejahen.“³⁵
- Tod eines Taxifahrers aufgrund myokardialen Infarkts: „Bei dem verstorbenen Taxifahrer lagen mehrere Risikofaktoren vor, wie hoher Blutfettgehalt, hoher Blutdruck und Rauchen, die oft für die ischämischen (Minderdurchblutung) Herzerkrankungen wie myokardiale Infarkte verantwortlich sind. In diesem Fall wurde der kausale Zusammenhang zwischen Arbeit und Tod bejaht, weil es für wahrscheinlich erachtet wurde, dass die Übermüdung durch arbeitsbedingte Überlastung und die strenge Winterkälte den Bluthochdruck des Betroffenen über den natürlichen Verlauf hinaus enorm erhöht und den myokardialen Infarkt ausgelöst hatten.“³⁶
- Tod eines internationalen Flugbegleiters durch subarachnoidale Hämorrhagie: „Da hier außer der Arbeit keine Faktoren zur Verschlechterung des Aortenaneurysmas (können zu Arterienruptur führen) zu finden sind, wird der kausale Zusammenhang zwischen der Arbeit und dem Krankheitsausbruch anerkannt, weil es für wahrscheinlich zu erachten ist, dass die übermäßigen physischen und psychischen Belastungen der Arbeitnehmer vor der Erkrankung zu der über den natürlichen Verlauf hinaus schnellen Verschlechterung des Aortenaneurysmas und des tödlichen Ausbruchs der subarachnoidalen Hämorrhagie geführt haben. Die beklagte Partei behauptet, dass der Einsatzplan des Klägers hinsichtlich der Regelungen über Arbeitszeit, Pausen und Ruhezeit nach dem Einsatz den Betriebsvereinbarungen entsprochen habe. Die Erfüllung der Betriebsvereinbarungen allein beweist nicht unmittelbar die weniger hohe Belastung des Dienstes und die Belastung ist in dieser Hinsicht inhaltlich individuell zu beurteilen.“³⁷

33 OLG Tokyo Urteil vom 28.02.2002, *Rohan* Nr. 825, S. 32 ff.

34 OLG Tokyo Urteil vom 26.03.2002, *Rohan* Nr. 828, S. 51 ff.

35 LG Tochigi Urteil vom 28.8.2003, *Rohan* Nr. 861, S. 27 ff.

36 OLG Hiroshima (Okayama Filiale) Urteil vom 9.12.2004, *Rohan* Nr. 889, S. 62 ff.

37 LG Chiba Urteil vom 27.09.2005, *Rohan* Nr. 907, S.46 ff.

- Tod eines Verkaufsleiters einer Bankfiliale an subarachnoidalen Hämorrhagie: „Bei dem Betroffenen wurde bei einer Gesundheitsuntersuchung drei Jahre vor seinem Tod nichts Besonderes beanstandet. So ist es schwer vorstellbar, dass sein Grundleiden, Hirnarterienaneurysma, das sich allmählich fortbildet, zu seinem Todeszeitpunkt ohne einen bestimmten Auslöser auf natürliche Weise bis zum Stadium knapp vor der Ruptur hätte fortschreiten können. Da sonst keine anderen feststellbaren Risikofaktoren vorhanden sind, ist der adäquat kausale Zusammenhang zwischen seiner Beschäftigung und der Krankheit anzuerkennen, weil es für wahrscheinlich zu erachten ist, dass die übermäßigen, physischen und psychischen Belastungen durch seine Beschäftigung vor dem Vorfall seine Veranlagungskrankheit, nämlich das Hirnarterienaneurysma, über den natürlichen Verlauf hinaus schneller verschlechtert haben und zum tödlichen Krankheitsausbruch führten.“³⁸

In den Fällen, in denen der Betroffene eine Veranlagung zu einer bestimmten Krankheit hatte, ist ein Entscheidungsmuster bemerkbar, nachdem der adäquat kausale Zusammenhang zwischen der Beschäftigung und der Krankheit anerkannt wird, wenn diese Krankheit, nach der Beurteilung des Gerichtes, noch nicht so fortgeschritten war, dass es unwahrscheinlich erscheint, dass es ohne Einfluss einer besonderen Belastung durch die berufliche Tätigkeit zu einer tödlichen Verschlechterung gekommen wäre und der Betroffene den alltäglichen Dienst sonst problemlos gemeistert hatte. Da die Beweismittel, die die Fortschreitungsstufe der Veranlagungskrankheit nachweisen können, äußerst selten verfügbar sind, wird beim Vorliegen von relativ vielen Überstunden und unregelmäßigen Arbeitszeiten ein Todesfall eher als berufsbedingt anerkannt, auch wenn die in der VO festgelegten Anerkennungskriterien nicht erfüllt sind.

4. Suizid als Folge arbeitsverursachter psychischer Erkrankungen

Die Selbsttötung eines Arbeitnehmers im Krankenstand wegen einer berufsbedingten Erkrankung oder Verletzung ist in zwei Typen zu unterteilen. Wenn vermutet wird, dass der Selbstmord auf den freien Entschluss des verstobenen Arbeitnehmers hin erfolgte, wird der adäquat kausale Zusammenhang zwischen der ursprünglichen Beschäftigung und dem Tod wegen des Vorsatzes des Arbeitnehmers verneint und die Berufsbedingtheit nicht anerkannt. Hingegen wurde die Berufsbedingtheit in der Vergangenheit anerkannt, wenn der Suizid des Arbeitnehmers aufgrund untragbarer Schmerzen bzw. psychischer Beschwerden erfolgte, die auf eine Erkrankung zurückzuführen sind, weil der Vorsatz wegen Unzurechnungsfähigkeit ausgeschlossen wurde. Auch bei der Selbsttötung unter besonderen dienstlichen Umständen wurde die Berufsursächlichkeit bejaht. Darunter fallen z.B. der Selbstmord des Fahrers eines Tanklasters im Schockzustand, nachdem er nachts in ein Wohnhaus gerast war³⁹, oder der Fall eines Fischers,

38 LG Sapporo Urteil vom 28.02.2006, *Rohan* Nr. 914, S. 11 ff.

39 Zentralprüfungskomitee E. vom 23.07.1968, *Versammlungen Showa* 43 (1), S. 83 ff.

der beim Fischen von einem sowjetischen Patrouillenschiff verhaftet wurde und sich während der Untersuchungshaft bei einem strengen Verhör umbrachte.⁴⁰

Hinzugetreten ist in den letzten Jahren ein neuer Typus von Vorfällen, in denen ein Arbeitnehmer an Depression wegen außergewöhnlich vieler Überstunden leidet und sich schließlich selbst tötet. In ähnlich gelagerten Fällen wählte ein Arbeitnehmer den Freitod, weil er seine übermäßig große Verantwortung nicht mehr ertragen konnte. Die Hinterbliebenen begehrten hier jeweils die Anerkennung als Fall der Haftung der Unfallversicherung. Beide Arten von Fällen sind dadurch gekennzeichnet, dass die Berufsursächlichkeit des Todes nicht über die konventionellen Berufskrankheiten, sondern unmittelbar durch psychogene Geistesstörungen (reaktionäre Depressionen), die durch beruflich verursachten Stress herbeigeführt werden, begründet wird.

Ein typischer Fall war jene Rechtssache, in der ein Mitarbeiter eines Stahlkonzerns, der ein Jahr nach der Anstellung nach Indien geschickt worden war, durch den Sprung aus seinem Hotelfenster Selbstmord beging. Das Gericht erkannte bei diesem Selbstmord die Berufsursächlichkeit als Folge einer geistigen Störung an, weil der Arbeitnehmer durch Stress aufgrund der ungewohnten Umgebung in Indien bzw. aufgrund von Streitigkeiten hinsichtlich des Quartiers der technischen Ausbilder aus Japan zunehmend unter einem größeren psychischen Druck gestanden hat und in eine Depression bzw. einen depressiven Zustand geraten war.⁴¹

Das damalige Arbeitsministerium (heute das Ministerium für Gesundheit, Arbeit und Wohlfahrt) stellte daraufhin „das Fachkomitee zur Beratung über die Anerkennung der geistigen Störung als Unfallversicherungsfall“ zusammen und veröffentlichte seine Berichte. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse wurden dann neue umfassende Anerkennungskriterien (die außerberufliche Beurteilungsrichtlinie) hinsichtlich psychischer Erkrankungen aufgrund beruflicher Belastungen erstellt.⁴² Seit der Veröffentlichung dieser Anerkennungsrichtlinie nahmen sowohl die Antragstellungen als auch die Anerkennungen sukzessiv zu.

Die Beurteilungsrichtlinie übernahm die sog. Stress-Fragilitäts-Theorie, die besagt, dass die Entstehung des psychischen Zusammenbruches durch Stress von der individuellen Reaktionsfähigkeit bzw. Empfindlichkeit abhängt. Diese Richtlinie beinhaltet zugleich die „Bewertungstabelle für die psychischen Belastungen aus der Beschäftigung“ (Anhangtabelle 1) und die „Bewertungstabelle für die psychischen Belastungen außerhalb des Arbeitsplatzes“ (Anhangtabelle 2), mit denen versucht wurde, die durchschnittlichen Richtwerte der Belastungen für jeweils konkrete Ereignisse darzustellen. Je nach der konkreten Art und Weise der Ereignisse wird der durchschnittliche Grad der psychischen Belastung nach oben oder unten korrigiert.

Nach dieser Beurteilungsrichtlinie wird bei Verdacht der Selbsttötung als Folge einer geistigen Störung aufgrund der dienstlichen psychischen Belastungen folgende Prüfung

40 Zentralprüfungskomitee E. vom 30.09.1978, Versammlungen Schowa 53 (1), S. 775 ff.

41 LG Kobe Urteil vom 26.04.1996, *Rohan* Nr. 695, S. 31 ff.

42 *Kihatsu* Nr. 544 vom 14.09. 1999.

vorgenommen. Zuerst wird das Vorliegen einer geistigen Störung, der Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs und die Bezeichnung der Erkrankung geklärt. Dann werden

- 1) die psychische Belastung am Arbeitsplatz,
- 2) die psychischen Belastungen außerhalb des Arbeitsplatzes und
- 3) die bei dem Betroffenen vorliegenden individuellen Faktoren

bewertet. Der Vorfall wird dann als Versicherungsfall anerkannt, wenn innerhalb von sechs Monaten vor dem Auftreten der geistigen Störung starke psychischen berufliche Belastungen, die geeignet sind, die Erkrankung einer geistigen Störung auszulösen, objektiv erkennbar sind und wenn die außerdienstlichen psychischen Belastungen bzw. die persönlichen Faktoren als unmittelbare Auslöser nicht in Frage kommen. Wenn sich die umfassende Bewertung nach Tabelle 1 als stark herausstellt und zugleich bei den individuellen Faktoren Auffälligkeiten festgestellt werden, muss der Zusammenhang zwischen den beruflichen psychischen Belastungen und den individuellen sonstigen Faktoren überprüft werden. Selbst in diesem Fall wird die Anerkennung als Versicherungsfall als akzeptiert, wenn beim Betroffenen keine offensichtlichen Auffälligkeiten in seiner psychischen Anamnese, Lebensführung, wie z.B. Alkoholabhängigkeit oder bestimmte Neigungen, vorliegen und diese weder sachlich noch vom Ausmaß her die Schlussfolgerung zulassen, dass sie individueller Faktoren seien die wesentlichen Ursachen für die Entstehung der Geistesstörung sind.

Hingegen wird der Fall bei dem Arbeitsstandardsamt nicht als beruflich verursacht anerkannt, wenn die durchschnittliche Belastung am Arbeitsplatz auch nach der Korrektur immer noch nicht als stark eingestuft wird. In einem solchen Fall wird der Vorfall nicht als Fall der Haftung der Unfallversicherung anerkannt, auch wenn weder bei den psychischen Belastungen außerhalb der Beschäftigung noch bei den individuellen Faktoren Auffälligkeiten festgestellt werden.⁴³

Die Ursachen für die Entstehung psychischer Störungen wie Depressionen sind sehr unterschiedlich und nicht immer nach außen hin erkennbar, wie z.B. die Stressempfindlichkeit des Individuums. Wenn der arbeitsbedingte Stress vorhanden ist und im Vergleich zu den anderen Faktoren (nichtarbeitsbedingte bzw. individuelle Anlagefaktoren) eine wesentliche Rolle gespielt hat, sollte nach Ansicht des Arbeitsstandardsamtes die Berufsbedingtheit der geistigen Störung nicht immer anerkannt werden.

Das Gericht trifft hingegen für solche Fälle, ähnlich wie bei den Karoshi, unbeeindruckt von der Verordnung des Arbeitsstandardsamtes immer wieder flexible Entscheidungen und erkennt ihre Berufsbedingtheit an. Einige Fälle sollen hier beispielhaft erwähnt werden:

- Selbstmord eines Gruppenleiters in der Konstruktionsabteilung einer Schiffswerft: bei der Beurteilung des kausalen Zusammenhangs zwischen der Beschäftigung und der Entstehung bzw. der Verschlechterung der Depression sind mehrere Faktoren zu berücksichtigen: zunächst der Inhalt sowohl der Beschäftigung

43 Arbeitsstandardamt-Abteilung der Unfallentschädigung, UV - Anerkennung und Fallstudien bei den geistigen Störungen (Romugzosei-kenkyusho, 2000) S. 84 ff.

als auch der Lebensführung vor der Erkrankung, außerdem das Vorliegen und das Ausmaß der psychischen Belastung aus diesen beiden Lebensbereichen, sowie schließlich die individuellen Faktoren, wie depressive Neigungen. All diese Einflüsse sind konkret und gesamtbildlich zu überprüfen, um im Licht der allgemeinen Lebenserfahrungen zu entscheiden. Im Vorfeld waren Umstände eingetreten, die das Risiko, an einer Depression zu erkranken erhöht hatten, wie z.B. ständige Übermüdung, die durch eine Auslandsreise zusätzlich entstandene psychische Belastung und die individuelle Neigung des Betroffenen zur Depression. Als die Firma entgegen seiner Hoffnung auf seiner Auslandsreise beharrt hatte, verschlechterte sich die Depression des Betroffenen schlagartig, und in Todessehnsucht entschloß er sich zum Selbstmord. Der Kausalzusammenhang zwischen der berufsbedingten Erkrankung oder Verschlechterung der geistigen Störung und dem Selbstmord lässt sich hier erkennen.⁴⁴

- Ein Arbeitnehmer, der an der Konstruktion einer Anlage beschäftigt war, musste am neuen Dienort ohne Familie leben und erkrankte nach vier Monaten an Depression und beging Suizid. Nach gesamtbildlicher Beurteilung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz wurde festgestellt, dass die psychische Belastung so stark war, dass sie bei einem vergleichbaren Arbeitnehmer eine geistige Störung auslösen könnte. Da bei dem Betroffenen sonst keine individuellen Faktoren vorlagen, kann man also davon ausgehen, dass diese psychischen Störungen hauptsächlich durch die Beschäftigung verursacht wurden. Aus diesem Grund besteht zwischen der Beschäftigung und der geistigen Störung bzw. der Selbsttötung ein adäquat kausaler Zusammenhang.⁴⁵
- Selbstmord eines depressiven Arbeitnehmers, der nach seiner Beförderung exzessiv viele Überstunden geleistet hatte.⁴⁶ Bei diesem Fall plädierte das Gericht für einen flexibleren Urteilsrahmen: „Bei dem [vorgegebenen Urteilsrahmen] ist zwar eine gewisse Rationalität erkennbar, jedoch sollte bei der Einstufung ein breiterer Ermessensspielraum eingeräumt werden. Diese Verordnung ist noch nicht ausgereift genug, um die Stärke der psychischen Belastung des Arbeitnehmers unter hinreichender Berücksichtigung konkreter Umstände und Situationen messen zu können.“

Bei der Beurteilung des kausalen Zusammenhangs, der Voraussetzung für die Anerkennung der Berufsbedingtheit ist, ist es angemessen, vor dem Hintergrund der medizinischen Kenntnisse über die Depression, den Inhalt der Beschäftigung bzw. die Lebenssituation, das Vorliegen bzw. das Ausmaß der psychischen Belastungen aus diesen, sowie die physischen Faktoren wie Krankheitsveranlagungen der Arbeitnehmer und die individuellen Faktoren, wie eine Neigung zu Depressionen, konkret und gesamtbildlich zu erfassen und im Lichte der allgemeinen Lebenserfahrungen zu beurteilen. Dabei ver-

44 LG Okayama Urteil vom 12.07.2005, *Rohan* Nr. 901, S. 31 ff.

45 LG Fukuoka Urteil vom 12.04.2006, *Rohan* Nr. 916, S. 20 ff.

46 LG Nagoya Urteil vom 17.05.2006, *Rohan* Nr. 918, S.1 4 ff.

langte das Gericht, anders als die Verordnung, die Einstufung des dienstlichen Stresses als „stark“ nicht. Angemessen und geeignet ist der vergleichbare Arbeitnehmer als Vergleichsmaßstab nur, wenn er von allen vergleichbaren Arbeitnehmer, die von der Beschäftigungsart, der Position, dem Alter und den Berufserfahrungen vergleichbar und genügend gesund sind, um ohne Erleichterungsmaßnahmen der alltäglichen Beschäftigung nachgehen zu können, vom Charakter her jedoch am fragilsten ist.⁴⁷ Somit wird ein eher wohlwollender Vergleichsmaßstab festgelegt.

Im vorliegenden Fall stellte das Gericht zwar fest, dass die Beschäftigung des betroffenen Arbeitnehmers, unter genauerer Betrachtung des Umfangs und Inhalts der Arbeit, weder quantitativ noch qualitativ schwierig oder komplex genug war, um eine besonders große Belastung des Arbeitnehmers behaupten zu können. Was die Erkrankung an Depressionen betrifft, schien es wahrscheinlich, dass der Synergieeffekt der dauerhaften und ständigen psychischen Überbelastung, der sehr vielen Überstunden, und dem psychischen Druck durch eine Beförderung und der veranlagungsbedingte Neigung zu Depressionen letztlich zur Erkrankung geführt hat. Somit kam das Gericht zu dem Schluss, dass zwischen der Erkrankung bzw. der Verschlechterung der Depression und dem daraus folgenden Selbstmord eine berufliche Kausalität besteht. Da die Faktoren außerhalb der Beschäftigung und in der Privatsphäre des Arbeitnehmers liegen, werden, abgesehen von besonders schwerwiegenden Ereignissen wie Ehescheidung, Tod der Ehegatten bzw. eines Kindes, schwere Verletzung oder Verlust des Wohnhauses wegen Brandes, die meisten von diesen Ursachen und der hervorgerufene Stress von Inhalt, Ausmaß und Häufigkeit her von dem Arbeitsstandardsamt kaum erhoben werden können. Unter diesen Voraussetzungen scheint mir, dass die Bejahung der Berufsbedingtheit einer psychischen Krankheit aufgrund einer entsprechend großen, jedoch nicht als „stark“ eingestuft berufsbedingten psychischen Belastung, etwas vorsichtiger zu erfolgen hat.

47 Ähnlich, LG Nagoya Urteil vom 18.06.2001, *Rohan* Nr.814, S.64ff.

III. Asbestverursachte Berufskrankheiten: präventive Maßnahmen und Entschädigungsverfahren

Vorwort

Asbest⁴⁸ wurde wegen seiner besonderen Eigenschaften wie Feuerfestigkeit, Hitzebeständigkeit, Isolierfähigkeit (Lärmschutz, Wärmeisolierung, nur bedingte Leiterfähigkeit) und Widerstandsfähigkeit (geringer Verschleiß), in einer Vielzahl von Bereichen für Wärme- und Kälteisolierungsmaterialien, für Baumaterialien oder bei Reibungswerkstoffen für Bremsen o. ä. eingesetzt. Japan importierte in den Jahren 1969 bis 1994 pro Jahr über 200.000 Tonnen Asbest (350.000 Tonnen im Jahr 1974), die vor allem als Baumaterialien eingesetzt wurden. Seit man in den 1970er Jahren festgestellt hatte, dass Asbest ein Karzinogen ist und Arbeitnehmer, die Asbest ausgesetzt waren, unter schwerwiegenden Erkrankungen, wie Lungenasbestose (Staublungenkrankheit), Lungenkrebs oder Mesotheliom (Asbestose am Brustfell, Herzbeutel und Bauchfell) litten, wurde die Verwendung von Asbest stark eingeschränkt. Dies führte abgesehen von wenigen Ausnahmen zu einem allgemeinen Asbestverbot hinsichtlich Produktion und Verwendung.

1. Schutz gegen asbestverursachte Berufskrankheiten

a) Anpassung der Gesetzgebung

In Japan wurde im Jahr 1972 das sog. Gesetz über Arbeitsschutz und -hygiene (*Rôdô anzen eisei hô*) als juristische Grundlage zur Sicherstellung des Arbeitsschutzes und der Arbeitshygiene verabschiedet. Vorläufer dieses Gesetzes war das Kapitel 5 (Arbeitsschutz und -hygiene) innerhalb des ASG, das 1947 beschlossen wurde. Zur Umsetzung dieses Gesetzes wurden neben dem Gesetzestext von 1947 eine Vielzahl von Vorschriften beschlossen. Um Arbeitnehmer, die an ihrem Arbeitsplatz einer Gefährdung von Pneumokoniose (Staublung) ausgesetzt sind, entsprechend zu schützen und um solchen Erkrankungen vorzubeugen, erließ man 1960 das sog. Pneumokoniosegesetz (*Jinpai hô*), in dem sowohl die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen auf Staublung sowie deren einzelne Gefährdungsstufen (von Stufe 1: keine Befunde zur Staublung, bis Stufe 4: ärztliche Behandlung notwendig) festgelegt wurden.

48 Unter dem Oberbegriff Asbest versteht man im Allgemeinen faserförmige Silikatminerale, die in folgende sechs Arten unterteilt werden: a) Chrysotil, b) Amosit, c) Krokydolith, d) Anthophyllit, e) Tremolit sowie f) Aktinolith. Siehe ausführlich hierzu: § 2, Vorschrift zum Schutz vor Asbestschäden (*Sekimen shôgai yobô kisoku*).

Vorsorgemaßnahmen zur Verhinderung asbestverursachter Krankheiten wurden juristisch in Form der im April 1971 beschlossenen Vorschriften zum Schutz vor Gesundheitsschäden durch besondere Chemikalien (*Tokutei kagakubusshitsu nado shôgai yobô kisoku*) geregelt, in denen auch Asbest als eine dieser besonderen Chemikalien aufgeführt war. Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre wurden im Zuge des zunehmenden Einsatzes von Stahlteilkonstruktionen beim Bau auch verstärkt Leichtumhüllungen von Stahlteilen verwendet, die in großen Mengen Spritzasbest als Brandschutzmittel enthielten. Schließlich wurde Spritzasbest im Jahr 1975 in den oben genannten Vorschriften vollends verboten.

Seit April 1995 untersagte der Gesetzgeber darüber hinaus die Herstellung und Verwendung von Erzeugnissen, die Blauasbest (Krokydolith) und braunen Asbest (Amosit) enthalten. Schließlich wurden bei der Neufassung der Durchführungsvorschriften zum Gesetz zur Sicherheit und Hygiene am Arbeitsplatz (*Rôdô eisei jikô kisoku*) die Herstellung und Verwendung von zehn Erzeugnissen asbesthaltiger Baumaterialien, Reibungswerkstoffen und Klebstoffen verboten.

Als absehbar wurde, dass Asbestsanierungen von Schulen und öffentlichen Gebäuden, in denen Spritzasbestumhüllungen verarbeitet sind, in naher Zukunft stark ansteigen würden (voraussichtlicher Höhepunkt in den Jahren 2010 bis 2020), stellte sich seit dem Jahr 2000 die Frage, auf welche Weise die Asbestentsorgung durchzuführen sei und wie die dabei betroffenen Arbeitnehmer vor einer Asbestbelastung zu schützen seien. In der Folge wurde im Februar 2005 die Vorschrift zum Schutz vor Asbestschäden (*Sekimen shôgai yobô kisoku*) neu erlassen, die im Juli des gleichen Jahres in Kraft getreten ist. Dieser Vorschriftenkatalog legt u.a. besonderes Gewicht auf die Regelung des Schutzes vor Asbestbelastung derjenigen Arbeitnehmer, die mit den Abrissarbeiten von Gebäuden, in denen Asbest verwendet worden war, sowie dem Ausschachten oder der Versiegelung von Gebäuden mit asbesthaltigen Bauteilen zu tun haben werden. Außerdem verpflichtete diese Vorschrift die ausführenden Firmen, detaillierte Protokolle der durchgeführten Arbeitsabläufe 40 Jahre lang aufzubewahren.

Im September 2006 wurde zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung die Herstellung und Verwendung asbesthaltiger Produkte verboten. Ausgenommen davon sind Erzeugnisse, bei denen sich der Einsatz von Asbest nicht vermeiden lässt (positives Listenprinzip):

- Geräte und Rohrleitungen in Elektrizitätswerken, Chemiefabriken, Fabriken der Petrochemie u.ä.; Flanschen und Ventile bei Boilern oder Gasanlagen u.ä., Abdichtungen an Gehäuseteilen von Pumpen u.ä.,
- Hitzeisolier- und Dämmmaterialien bei Boilern, Hochtemperaturgeräten und -rohren sowie beim Raketenbau,
- Asbestgewebe, -streifen, -bänder sowie -bekleidung.

Seit der Vorlage des Berichtes der Untersuchungskommission zur Realisierung eines Totalverbots von asbesthaltigen Erzeugnissen und Asbestersatzstoffen aus dem Jahr

2006 versucht man schnellstmöglich, die bisher noch erlaubten asbesthaltigen Erzeugnisse durch nicht asbesthaltige Erzeugnisse zu ersetzen.

Auch in der Definition asbesthaltiger Erzeugnisse selbst wurde der Asbestgehalt von Produkten, die mehr als 1% Asbest enthalten auf Produkte, die mehr als 0,1% Asbest enthalten gesenkt.

b) Gegenwärtige Schutzmaßnahmen

Die wichtigsten Maßnahmen zum Schutz vor asbestverursachten Gesundheitsschäden sind regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen sowie das Gesundheitssystem.

Arbeitnehmer, die entweder asbesthaltige Erzeugnisse verarbeiten oder in der Produktion von asbesthaltigen Erzeugnissen beschäftigt sind, müssen sich neben allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen (zunächst bei der Einstellung, anschließend regelmäßig einmal pro Jahr) auch Asbestuntersuchungen (alle 6 Monate) und Staublungenuntersuchungen unterziehen. Die Arbeitgeber sind darüber hinaus verpflichtet, diese Untersuchungsergebnisse 40 Jahre lang aufzubewahren.

Die im Folgenden genannten Arbeitnehmer können sich auf Antrag bei den präfekturalen Dienststellen des Arbeitsministeriums einen sog. Gesundheitspass ausstellen lassen:

- 1) Arbeitnehmer, die in der Asbestherstellung beziehungsweise in der asbestverarbeitenden Industrie tätig sind, und bei denen durch Asbest verursachte unregelmäßige Schatten in beiden Lungenflügeln oder Plaques (Verdickungen) auf der Pleura (Brustfell) festgestellt wurden. Außerdem gilt dies für
- 2) Arbeitnehmer, die mehr als zehn Jahre lang in der asbestverarbeitenden Industrie; bei Arbeiten zur Anbringung, Reparatur oder Beseitigung von asbesthaltigen Wärmeisolierungen sowie feuerfesten Materialien; bei Arbeiten zur Lackierung von Asbest; bei Abriss- oder Zerkleinerungsarbeiten von asbesthaltigen Ummantelungen an Gebäuden und deren Konstruktionsteilen, tätig waren (allerdings müssen seit dem Tag der ersten Asbeststaubexposition mehr als zehn Jahre vergangen sein).
- 3) Arbeitnehmer, die außer den in Punkt 2.) genannten Bereichen in irgendeiner Form länger als zehn Jahre in Industrien, in denen Asbest eingesetzt wird, angestellt waren.

Die Möglichkeit der Antragstellung eines Gesundheitspasses bleibt allerdings auf Arbeitnehmer begrenzt, die bei ihrer Tätigkeit direkt mit Asbest in Berührung kamen. Zu diesem System trugen u.a. Überlegungen bei, dass Erkrankungen durch Asbest (Mesotheliom, Lungenkrebs u.ä.) vom Zeitpunkt der Berührung mit Asbest bis zu ihrem Ausbruch sehr lange dauern. Daher hat man sich darum bemüht, die Gesundheitsvorsorge für Arbeitnehmer, die bei ihrer Tätigkeit direkt mit Asbest in Kontakt kamen, auch auf die Zeit nach ihrer Pensionierung auszudehnen.

Ein solcher Gesundheitspass ermöglicht kostenlose, halbjährliche Untersuchungen in autorisierten medizinischen Institutionen (Arbeitsunfallkrankenhäusern u.ä.).

2. Grundlagen der Anerkennung asbestverursachter Berufskrankheiten

Vor dem Erlass der Ausführungsvorschriften zum AGG 1978 wurden asbestverursachte Erkrankungen als Teil des Pneumokoniosekrankheitsbildes erfasst, das durch Arbeiten an Orten mit hoher Staubbelastung verursacht wird (§ 35 Abs. 7 AGG). Nach der Revision dieser Vorschriften wurden von Asbest verursachte Gesundheitsschäden als eine eigenständige Krankheitsgruppe aufgeführt, die als Erkrankung aufgrund von Beschäftigung mit karzinogenen Substanzen, karzinogenen Faktoren oder in karzinogenen Prozessen verstanden wird und u.a. Lungenkrebs bzw. Mesotheliome aufgrund von Asbestaussetzung auflistet (Tabelle im Anhang zu o.g. Vorschrift 1-2, Nr. 7, Absatz 7). Explizit sind dort Lungenkrebs und Mesotheliome genannt. Darüber hinaus werden aber auch Erkrankungen, die offensichtlich durch die Tätigkeit verursacht worden sind, als solche anerkannt.

Die konkrete Beweisführung, dass eine Erkrankung tatsächlich auf Asbest zurückzuführen ist, ist weder für den betroffenen Arbeitnehmer noch für seine Angehörigen einfach, da dem Zeitpunkt des Krankheitsausbruchs eine lange Latenzzeit vorausgeht. Daher wurden die Anerkennungsgrundlagen in einer Verordnung aus dem Jahr 1978 geregelt.⁴⁹

Diese Verordnung traf hingegen bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ausführungsvorschriften zum AGG auf starke Kritik, u.a. da diese nur Arbeitnehmer, die in einer stark begrenzten Anzahl von Tätigkeiten Asbest ausgesetzt waren, (1) Tätigkeiten, wie Abbau, Transport oder Zerkleinern von asbesthaltigem Eisen oder Gestein sowie Tätigkeiten der Verfeinerung von Asbest; 2) Tätigkeiten im Zuge der Herstellung asbesthaltiger Produkte, bei denen man Asbeststaub ausgesetzt war; 3) Tätigkeiten im Zusammenhang mit Renovierung und Abriss von Gebäuden, bei denen als Baumaterial asbesthaltige Produkte eingesetzt wurden) als Betroffene berücksichtigte und auch den Entschädigungsrahmen stark begrenzte. Unter Anwendung der Ausführungsvorschriften zum AGG wurde z.B. bei einem Arbeitnehmer eine Erkrankung durch indirekte Exposition von Asbest nicht anerkannt. Der Betroffene war in Fabriken tätig, in denen Asbestlackierungen zunächst angebracht und später – unter Beschädigung – wieder abgenommen wurden. Als er daraufhin an Lungenkrebs oder Mesotheliom erkrankte, wurde eine aufgrund der konkreten Tätigkeit verursachte Erkrankung nicht anerkannt.

Demgegenüber werden in der neuesten und revidierten Fassung dieser Verordnung aus dem Jahr 2006 die neuesten Anerkennungsgrundlagen wie folgt festgelegt.⁵⁰

49 *Kihatsu* Nr. 594 vom 23. Oktober 1978.

50 *Kihatsu* Nr. 0209001 vom 9. Februar 2006.

Zunächst sind hier elf Tätigkeitsbereiche genannt, bei denen Arbeitnehmer Asbest ausgesetzt sind:

- 1) Förderung, Transport und Zertrümmerung von asbesthaltigen Mineralen oder Gesteinen in Asbestminen und deren angegliederten Anlagen sowie sonstige Arbeiten, die Asbest fein verarbeiten,
- 2) Abfüllen von Asbestrohmaterial im Innern von Lagerhäusern sowie dessen Transport,
- 3) Herstellungsprozesse von asbesthaltigen Erzeugnissen wie: Asbestfäden, Asbeststoffe sowie Asbesttextilerzeugnisse; Asbestzement oder asbestschieferhaltige Asbestzementerzeugnisse; bei hitzebeständigen Asbestprodukten eingesetzten Boilerummantelungen, Fugenversiegelungen; Dichtungen (Dämmmaterial) von Verbrennungsmotoren; abriebsresistente Asbestprodukte wie Bremsbeläge von Winden und Kraftfahrzeugen; Asbesterzeugnisse mit elektrizitätsisolierendem, wärmespeicherndem oder säureresistentem Asbestfilz,
- 4) Asbestverstäubung,
- 5) Ummantelungen bzw. deren Reparaturarbeiten zum Wärmeschutz bzw. zur Wärmeisolierung mit hitzebeständigen Asbesterzeugnissen,
- 6) Abriss bzw. Sanierung von Gebäuden und deren zugehörigen Anlagen, bei denen asbesthaltiges Baumaterial bzw. asbesthaltige Ummantelungen eingesetzt worden sind,
- 7) Schiffsbau, bei dem asbesthaltige Erzeugnisse eingesetzt werden bzw. deren Demontage,
- 8) Schneiden von Asbestprodukten,
- 9) Arbeiten mit asbestkontaminierten Mineralen,
- 10) Tätigkeiten, bei denen man neben den oben genannten Tätigkeiten genauso viel oder mehr Asbeststaub ausgesetzt ist,
- 11) Tätigkeiten, die in unmittelbarer Umgebung der in 1-10) genannten Tätigkeiten stattfinden und einer indirekten Asbestexposition ausgesetzt sind.

Außerdem werden in diesem Erlass fünf Krankheiten genannt, die direkt durch den Kontakt mit Asbest verursacht werden:

- 1) Lungenasbestose,
- 2) Lungenkrebs,
- 3) Mesotheliome,
- 4) durch Asbest verursachte gutartige Pleuraergüsse,
- 5) diffuse Verdickungen der Pleura.

Darüber hinaus sind dort die notwendigen Voraussetzungen der Anerkennungsgrundlagen für die jeweiligen Erkrankungen festgelegt. Im Fall von Punkt 2) (Lungenkrebs) etwa wird unterschieden, ob man für den medizinischen Befund bei einem Arbeiter, der am Arbeitsplatz Asbest ausgesetzt war, a) Plaquen auf der Pleura mit Hilfe von Röntgenuntersuchungen oder CT-Tests des Thorax nachweisen kann, oder b) Asbestfasern bzw. Asbestabsonderungen in der Lunge festgestellt worden sind. Ferner wird hier festgelegt, dass der Arbeitnehmer bei seiner Beschäftigung für eine Mindestdauer von zehn Jahren Asbest ausgesetzt sein muss. Allerdings wird bei Patienten, bei denen Lungenkrebs festgestellt wurde und ein medizinischer Befund eine Mindestmenge von Asbest-

fasern oder Asbestabsonderungen in der Lunge nachweist, auch ein Beschäftigungszeitraum von unter zehn Jahren berücksichtigt.

Zu Punkt 3) (Mesotheliom) ist zu berücksichtigen, ob bei einem Arbeiter diese Krankheit bei seiner Tätigkeit mit Asbestexposition von einer Dauer von mindestens einem Jahr oder länger ausgebrochen ist, oder ob sich auf einem Röntgenbild des Thorax Anzeichen einer Asbestlunge feststellen lassen, die mindestens Stufe 1 oder höher aufweisen, wie sie im *Pneumokoniosegesetz* festgesetzt sind. Da die Diagnose von Mesotheliomen schwierig ist, wird in diesem Erlass außerdem großen Wert darauf gelegt, ob eine zweifelsfreie Diagnose unter Einbeziehung von nicht nur klinischen Befunden und Untersuchungen, sondern auch einer Vielzahl von pathologischen Gewebeuntersuchungen erstellt wurde.

Die bei der Arbeitsunfallsversicherung beantragten und positiv beschiedenen Anträge entsprechen weitgehend der unten genannten Statistik. Es fällt allerdings auf, dass die im Jahr 2006 anerkannten Fälle von Mesotheliomen im Vergleich zum Vorjahr um das Doppelte angestiegen sind.

Anzahl der Anträge sowie deren positive Bescheide bei der Arbeitsunfallsversicherung von Erkrankungen durch Lungenkrebs und Mesotheliomen

		2003	2004	2005	2006
Lungenkrebs	Anträge	39	61	712	880
	davon positiv	38	58	219	790
Mesotheliom	Anträge	77	149	1084	835
	davon positiv	85	128	503	1006
Insgesamt	Anträge	116	210	1796	1715
	Davon positiv	123	186	722	1796

(Positiv beschiedene Anträge müssen nicht unbedingt im Jahr der Anerkennung gestellt worden sein)

Im Arbeitsunfallversicherungsgesetz ist die Gültigkeitsdauer für Entschädigungsansprüche wie folgt festgelegt: zwei Jahre für kurzfristige Auszahlungen wie Behandlungskosten, Ausgleichszahlungen im Falle von Arbeitsunfähigkeit oder Betriebsstilllegung sowie für Beerdigungskosten. Für langfristige Auszahlungen von etwa Hinterbliebenenentschädigungen gilt eine Verjährungsfrist von fünf Jahren. Bezüglich der Verjährung gilt der Zeitpunkt, ab dem das Recht geltend gemacht werden kann. In der realen Verwaltungspraxis wird der konkrete Zeitpunkt, von dem an die Verjährungsfrist gezahlt wird, als der Zeitpunkt ab dem juristisch das Recht geltend gemacht werden kann, also dem Zeitpunkt, ab dem der Grund für eine Auszahlung entstanden ist, ausgelegt. Was die Ansprüche der Hinterbliebenen angeht, so können diese ab dem auf den Todes-

tag folgenden Tag geltend gemacht werden.⁵¹ Im Allgemeinen herrscht hier die Lehrmeinung vor, dass aufgrund des stetigen Ablaufs der Verjährungsfrist nicht einfach nur die im Gesetz festgelegten Rechte angewendet werden sollten, sondern hier die Notwendigkeit besteht, aufgrund der Rechtsqualität eine realistische Anwendung durchzusetzen.⁵²

3. Die Verabschiedung des Gesetzes zum Schutz vor asbestverursachten Gesundheitsschäden

Schwerwiegende asbestverursachte Gesundheitsschäden entwickelten sich im Jahr 2005 in Japan zu einem ernststen gesellschaftlichen Problem, da davon nicht nur Arbeitnehmer, die am Arbeitsplatz Asbest ausgesetzt waren sowie deren Familien (Ehepartner u.ä.), sondern auch Anwohner von Gebieten in der Nähe von asbestverarbeitender Industrie betroffen waren. Darüber hinaus gab es auch zahlreiche Fälle, bei denen der Schadenserzatzanspruch bereits verjährt war, da durch Asbest verursachte Erkrankungen eine lange Latenzzeit haben, und bei einem betroffenen Arbeitnehmer erst viel später, etwa nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben (in manchen Fällen sogar erst posthum), eine Erkrankung festgestellt werden konnte. Um diesen aufgrund von Asbestbelastung erkrankten Betroffenen eine schnelle Hilfestellung bieten zu können, wurde im Februar 2006 das Gesetz zum Schutz vor asbestverursachten Gesundheitsschäden (*Sekimen ni yoru kenkō higai kyuusai ni kansuru hōritsu*) beschlossen.

In diesem Gesetz werden durch Asbest ausgelöste Erkrankungen an Mesotheliom, Lungenkrebs u.ä. als anerkannte Berufskrankheiten ausgewiesen. Stellt nun ein an diesen Berufskrankheiten leidender Patient (ausgenommen hiervon sind Empfänger von Entschädigungen bei Berufskrankheiten) einen Antrag bei der Selbstverwaltungskörperschaft, der Environmental Restoration and Conservation Agency of Japan (ERCA), wird ein Anerkennungsverfahren eingeleitet. Kommt es zu einer Anerkennung, so zahlt die ERCA gemäß des gestellten Antrags als Hilfestellung u.a. Sonderbeihilfen für Hinterbliebene aus. Konkrete Beihilfen sind u.a.:

- a) Behandlungskosten (Selbstbehalt der Krankenversicherung),
- b) Sanatoriumskosten (monatlich ca. 100.000 Yen/aktuell ca. 620 €),
- c) Beerdigungskosten (ca. 200.000 Yen/aktuell ca. 1.230 €),
- d) Hinterbliebenensonderbeihilfe (ca. 2.800.000 Yen/aktuell ca. 17.280 €),
- e) Beerdigungssonderkosten (ca. 200.000 Yen/aktuell ca. 1.230 €).

Im Vergleich zu der Höhe der Entschädigungssummen laut den Bemessungsgrundlagen im Arbeitsunfallversicherungsgesetz scheinen diese Beträge niedrig. Ein Grund hierfür mag sein, dass man diese Beträge von der zivilrechtlichen Verantwortlichkeit (Ent-

51 Arbeitsstandardamt, Abteilung der Arbeitsunfallentschädigung, Kommentar zum Arbeitsunfallversicherungsgesetz, 6. Neuauflage (Rōmu gyōmu kenkyūsho, 2005), S. 654.

52 K. Nishimura, Sozialrecht (Yuhikaku 2003), S. 76.

schädigungspflicht) zunächst abgetrennt hat, um den Betroffenen schnelle Hilfe bieten zu können. Der Gesetzgeber war sich darüber im Klaren, dass in nicht wenigen Fällen die Klärung der Kausalzusammenhänge von durch Asbest verursachten Erkrankungen sowie deren Charakteristika überaus schwierig ist. Konkret festzustellen, wann der Betroffene genau an welchem Ort Asbest ausgesetzt war und wie es genau zu seiner Erkrankung kam, stellt ein schwerwiegendes Problem dar.⁵³ Diese Gelder setzen sich zusammen aus Beiträgen seitens der Unternehmen (Allgemeine Beiträge), die Arbeitnehmer beschäftigen (u.a. Reeder, die Schiffsmannschaften anheuern) sowie aus Zuwendungen der Regierung und von lokalen öffentlichen Körperschaften. Sie werden im von der ERCA eingesetzten Rettungsfonds für durch Asbest verursachte Gesundheitsschäden verwaltet. Von Unternehmen, die Asbestherzeugnisse herstellten und damit der höchsten Kategorie entsprechen, werden je nach der Menge ihrer Asbestverwendung Extrabeiträge erhoben (Sonderbeiträge). Tatsächlich trug im ersten Jahr der Staat diese Gelder. Seit 2007 aber teilen sich der Staat, lokale öffentliche Körperschaften sowie Unternehmen als dritte Träger die Finanzierung.⁵⁴

Selbstredend ist Arbeitnehmern, die aufgrund ihrer Tätigkeit Asbest ausgesetzt waren und an Mesotheliomen erkrankten sowie deren Angehörigen, Entschädigung für Berufskrankheiten seitens der Arbeitsunfallversicherung zum jetzigen Zeitpunkt bereits ausgezahlt worden. Angehörigen von Arbeitnehmern (Sonderversicherte eingeschlossen), die aufgrund der anerkannten Berufskrankheiten verstorben sind, und/oder deren Recht auf Auszahlung der Hinterbliebenenentschädigung laut des Arbeitsunfallversicherungsgesetzes wegen Ablaufs der Verjährungsfristen bereits verjährt war und daher eine Auszahlung nicht erfolgen konnte, werden mit einem Sonderbeitrag für Hinterbliebene abgefunden. Dies gilt für Personen, die die Voraussetzung erfüllen, zum Todeszeitpunkt des Arbeitnehmers dessen Ehepartner gewesen zu sein und ihren Lebensunterhalt aus dessen Einkommen bezogen zu haben. Den Betroffenen wird außerdem eine Sonderhinterbliebenenrente von jährlich 2,4 Millionen Yen/ca. 14.800 € ausbezahlt. Gibt es keine Angehörigen, an die diese Sonderhinterbliebenenrente ausgezahlt werden kann, wird an die übrigen Hinterbliebenen als einmalige Hinterbliebenensonderabfindung ein Betrag von 12 Millionen Yen/ca. 74.000 € ausgezahlt. Die Kosten dieser Sonderzahlungen übernimmt die Abteilung für Sonderzahlungen der Arbeitsunfallversicherung.

Seit das o.g. Gesetzes in Kraft getreten ist, wurden bis März 2007 innerhalb eines Jahres 1.453 Anträge auf Auszahlung von Sonderhinterbliebenenrente gestellt, über 1.364 Anträge bereits entschieden und in 882 Fällen die Auszahlung beschlossen. Be-

53 Verwaltungsinformationszentrum (*Gyōsei jōhō sentā*) (Hrsg.): Auf einen Blick: Neue Gesetzgebung zu Asbest (*Hitome de wakarū asubesuto shinpō*), S. 19.

54 Gegenwärtig beläuft sich der Beitrag seitens der Unternehmen mit 0,05 % zuzüglich des Gesamtversicherungsarbeitnehmeranteil auf insgesamt 70 Milliarden Yen. Hinzu kommen noch einmal Sonderbeiträge von 3 Milliarden Yen. Die regionalen öffentlichen Körperschaften übernehmen 9 Milliarden Yen und der Staat trägt mit knapp 400 Milliarden Yen den größten Anteil.

trachtet man bei den positiv beschiedenen Anträgen die unterschiedlichen Krankheiten, dann stehen Mesotheliome mit 569 Fällen an der Spitze. Darauf folgen Lungenkrebs mit 272 Fällen sowie Asbestose in 41 Fällen. Die Anerkennungsrate bei Mesotheliom ist damit sehr hoch. Als Gründe für die viel niedrigere Anerkennungsrate von Lungenkrebs, können u.a. die relativ strengen Anerkennungsbedingungen, andere mögliche Krankheitsursachen wie Rauchen oder auch die Tatsache, dass für einen Antrag mit Lungenkrebs spezielle Röntgenfotografien verlangt werden, die die charakteristischen durch Asbest verursachten Krankheitsmerkmale deutlich abbilden, angeführt werden.⁵⁵

Gleichermaßen wurden auch von der Arbeitsunfallsversicherung bei einer Erkrankung an Lungenkrebs in 1.062 entschiedenen Anträgen nur 790 Fälle als positiv anerkannt und 272 Anträge abgelehnt. Im Gegensatz dazu kam es bei den 1.145 entschiedenen Anträgen bei den Mesotheliomen zu 1.006 Anerkennungen und nur 139 Ablehnungen.

4. Schadensersatzforderungen gegenüber Unternehmen oder Staat als Schadensverursacher

Ein großes Problem in der nahen Zukunft werden Schadensersatzforderungen sowohl gegenüber Unternehmen als auch gegenüber dem japanischen Staat sein. Tatsächlich wurden bereits verschiedene Schadensersatzklagen gegen den Staat oder Industrieunternehmen, z.B. Kubota, eingebracht. In Japan ist der derzeitige Stand der Rechtsprechung so, dass, auch wenn nach Anerkennung des Schadensersatzes durch die Arbeitsunfallsversicherung eine Auszahlung des Versicherungsbetrags erfolgt ist, die Möglichkeit besteht, bezüglich künftiger noch nicht erhaltener Leistungen, eine Schadensersatzklage gegen das den Schaden verursachende Unternehmen einzureichen.⁵⁶

Gleichermaßen bejahte der Oberste Gerichtshof den Kausalzusammenhang zwischen der Nichtausübung staatlicher Regulierungsbefugnisse und der Schädigung, da die Verursachung von Staublungenenerkrankungen hätte vermieden werden können, wenn der Staat zu einem angemessenen Zeitpunkt entsprechende Regelungen zur Verhinderung von Erkrankungen an Pneumokoniose getroffen hätte. Damit erkannte das Gericht die Möglichkeit von Schadensersatzforderungen seitens der Staublungenopfer nach dem Staatsschadensersatzgesetz (*Kokka baishô hô*) an.⁵⁷ Diese Entscheidungen werden sicherlich auch auf künftige Schadensersatzklagen bei asbestverursachten Gesundheitsschäden Anwendung finden, da sie festlegen, dass der Staat durch Asbest verursachte schwerwiegende Gesundheitsschäden hätte vermeiden können, wenn er die entsprechenden Regelungen zu einem angemessenen Zeitpunkt getroffen hätte.

55 Kyoto Shinbun, 22. April 2007.

56 OGH 3. Senat, Urteil vom 25. Oktober 1977, Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes in Zivilsachen (OGHZ), Band 31, Nr. 6, S. 83 ff.

57 OGH 3. Senat, Urteil vom 27. April 2004, OGHZ Band 58, Nr. 4, S. 1032 ff.

Complex damages – Überlegungen zu Asbest aus Sicht eines Rückversicherers¹

Christian Lahnstein

Die aktuellen Asbestszenarien zeigen das gesamte Spektrum der Entwicklungsstadien eines Technologierisikos: boomende Industrien und frühindustrielle Missstände in Entwicklungsländern, in den Industrieländern Generationen kranker Arbeiter als Spätfolge der Nachkriegs-Industrialisierungsphase, aber auch Exzesse des Vorsorgeprinzips beim Asbestausbau.

Der Boom der Asbestindustrie begann vor 100 Jahren. „A big selling point was the ability of asbestos to save lives, both on land and at sea. Asbestos in skyscrapers, offices, theatres, houses, brakes, and ships was already gaining a reputation of saving thousands of lives a year.“² In einer Übersicht über Theaterbrände der 1870er und 80er Jahre wurde argumentiert, 95% der dort dokumentierten 2.216 Todesfälle hätten durch Asbest verhindert werden können.³ Für einen Moment lebte diese Debatte wieder auf, als nach dem 11. September 2001 die Frage gestellt wurde, ob die Zwillingstürme mit Asbestisolierung etwas länger standgehalten hätten.

Früh begann sich auch der Blick für Gesundheitsrisiken als Kollateralschäden dieser neuen Sicherheitstechnologie zu schärfen. So resümierte der britische Factory Inspector Sir Thomas Legge 1934, „Looking back in the light of present knowledge, it is impossible not to feel that opportunities for discovery and prevention were badly missed.“⁴

Die Entschädigung asbestbedingter Krankheiten ist heute für die Versicherungswirtschaft der Prototyp des *emerging risk*, der komplexeste Fall aller *complex damages*, der größte und langlebigste aller *mass torts*. Sicher ist Asbest kein typisches Beispiel eines Massenverfahrens, aber das gilt ebenso für die meisten anderen Fälle – etwa Agent Orange mit seinen militärischen⁵ oder DES mit seinen intergenerationellen Implikationen,⁶ aber auch für den historischen Vorgänger der Asbestprozesse, die eigentlich vergleichbare und dennoch ganz anders verlaufende Geschichte der Entschädigung oder

1 Zu dem Thema erscheint demnächst eine Publikation der Münchener Rück (Asbestos Worldmap. Anatomy of a Mass Tort), hrsg. von Lahnstein u.a.

2 Tweedale, Magic mineral to killer dust, Turner & Newall and the asbestos hazard, 2000, 5.

3 Summers, Asbestos and the asbestos industry, 1919, 49.

4 Legge, Asbestosis, Industrial Maladies, London, Oxford University Press, 1934, 190-194.

5 Opfer des Herbizideinsatzes in Vietnam: Vergleich der sieben verklagten Chemieunternehmen mit den US-Veteranen in den 80er Jahren; gegenwärtig in Diskussion: ein Entschädigungsmodell für vietnamesische Opfer.

6 Hierzu zuletzt Wagner, Asbestschäden – Bismarck was right – Entscheidung des englischen House of Lords vom 3. Mai 2006, ZEuP 4/2007, 1130.

Nicht-Entschädigung der Silikoseopfer in den USA.⁷ Die meisten Massenverfahren sind unwiederholbare historische Abläufe: für die Versicherungspraxis höchst lehrreich, wenn auch für Modellierungszwecke eher ungeeignet.

1. Drei die Komplexität der Asbestverfahren bewirkende Faktoren

- Das breite Anwendungsgebiet des Werkstoffs in fast allen Sektoren der verarbeitenden Industrie, in allen Industrieländern und vielen Entwicklungsländern. Die WHO schätzt, dass heute 125 Millionen Menschen beruflichen Asbestrisiken ausgesetzt und jährlich 90.000 Todesfälle darauf zurückzuführen sind.⁸
- Die Zeitdimension: eine das ganze 20. Jahrhundert durchziehende industrielle Nutzung, die keineswegs abgeschlossen ist, denn der im Zeitraum 1980 bis 2000 halbierte weltweite Verbrauch steigt seit der Jahrhundertwende erneut.⁹ Dazu kommen 10- bis 50-jährige Latenzzeiten der Krankheitsbilder; schließlich der Umstand, dass die inzwischen fast 200 Mio Tonnen Asbestfasern, im Lauf von 100 Jahren zutage gefördert, seitdem nicht von der Erdoberfläche verschwunden sind. So ist noch lange mit dem Risiko zu rechnen, vor allem im Bauwesen.¹⁰
- Die Vielfalt der Rechtsgebiete, die – innerhalb jeder nationalen Rechtsordnung – mit der Kompensation von Asbestschäden befasst sind: Arbeitsrecht und die verschiedenen Zweige des Sozialrechts, verschiedene Bereiche des Haftungsrechts, vor allem der Arbeitgeber-, Produkt- und Umwelthaftung, Verwaltungsrecht und Staatshaftung, Strafrecht, Insolvenz- und Gesellschaftsrecht. Im Übrigen sind die Regelungen in jedem Land – auch innerhalb der EU – unterschiedlich, und sowohl die Rechtsregeln als auch die Anwendungspraxis verändern sich im Lauf der Jahre.

2. Aus der Kombination dieser drei Faktoren resultierende Hauptprobleme oder Problemcluster der Asbestverfahren

- Intransparenz und schwer überschaubare Interessenkonflikte infolge der Vielzahl beteiligter Parteien: einerseits die Opfer, ihre Familien und Erben sowie Kläger-

7 Vgl. *Rosner/ Markowitz*, *Deadly dust, Silicosis and the on-going struggle to protect workers' health*, 2006.

8 World Health Organisation, *Elimination of asbestos-related disease*, policy paper, September 2006.

9 Vor allem in China, Indien, Thailand und Ukraine.

10 Auch als Risiko nach Naturkatastrophen: nach dem Erdbeben 1995 in Kobe war die Asbestentsorgung der größte Kostenfaktor der Demolierungs- und Aufräumungskosten. *Kazan-Allen*, *Killing the future, asbestos use in Asia*, 2007, 24.

kollektive (Gruppen- und Verbandsklagen) und rückgriffsberechtigte Versicherer, andererseits die beklagten Unternehmen und ihre Rechtsnachfolger, Arbeiterunfallversicherer und Haftpflichtversicherer einschließlich Mit- und Rückversicherern mit wechselnden Beteiligungen im Zeitablauf.

- Die sowohl haftungsrechtlichen als auch prozess- und versicherungsrechtlichen Fragen zeitlicher Zuordnung und Verjährung sowie der Aggregation von Einzelschäden. Damit zusammenhängend die ungelösten Probleme der Sicherung künftiger Ansprüche und des Umgangs mit der immer häufigeren Situation, dass Expositionen aus der Vergangenheit bekannt, aber deren künftige Krankheitsfolgen unbekannt sind.
- Kausalitätsnachweis: Fragen der *general causation* beim Zusammenwirken von Asbest mit anderen Krankheiten und Schadstoffen, früher mit Tuberkulose und Silikose sowie anderen Industrieemissionen, dann das Zusammenwirken mit Tabak und Verkehrsemissionen bei Lungenkrebs. *Specific causation*: hier stellen die unterschiedlichen Rechtsgebiete unterschiedliche Anforderungen. Die britische Haftungsrechtler und Haftpflichtversicherer haben sich im Rahmen der Arbeitgeberhaftung in den letzten Jahren auf die Frage der gesamtschuldnerischen Haftung mehrerer sukzessiver Arbeitgeber desselben Arbeitnehmers konzentriert.¹¹ In den Niederlanden hat sich, ebenfalls im Rahmen der Arbeitgeberhaftung, der oberste Gerichtshof in einem Lungenkrebsfall für eine erstaunlich weitgehende Proportionalhaftung ausgesprochen.¹² Danach haftet ein Arbeitgeber nur entsprechend seinem Verursachungsanteil unter Berücksichtigung aller anderweitigen Verursachungsanteile wie Rauchen, genetische Konstitution und das Hintergrundrisiko allgemeiner Luftverschmutzung. In den USA steht im Rahmen der Produkthaftung die Frage im Vordergrund, wie einzelne Zulieferer der Arbeitgeber haften. Dabei scheinen gegenwärtig die Gerichte nach zwischenzeitlich fast unglaublicher Lockerung und massivem Missbrauch zu den restriktiven Kriterien der 80er Jahre zurückzukehren. Das Pendel schlägt zurück. Autohersteller versuchen jetzt, die Gerichte zu überzeugen, dass Asbest in Bremsklötzen kein Risiko ist und die umfangreiche medizinische Literatur, die dies nahelegt, „junk science“.¹³ In der Arbeiterunfallversicherung muss der Nachweis der Berufsbezogenheit der Krankheit erbracht werden. Hier haben die Arbeiterunfallversicherer unterschiedliche Kriterien und Praktiken entwickelt. Die Sozialisierung der Kosten von Langzeitrissen in wie auch immer gruppierte Unternehmensklassen erübrigt viele Probleme individueller Zurechnung. Im Übrigen dürfte es im Rah-

11 Vgl. *Wagner* (Fn. 6) 1122-1136.

12 Hoge Raad 31. März 2006, Überlegungen zum Urteil in: *Faure/Hartlief*, Länderbericht Niederlande, in: Koziol/Steininger (eds.), *European Tort Law 2006, 2007*, 347-350.

13 *Chapin v. DaimlerChrysler et al*, case No. 133178, Supreme Court of Michigan; hierzu *Welch*, Asbestos exposure causes mesothelioma, but not this asbestos exposure, *International Journal of Occupational and Environmental Health* vol.13/3 Jul/Sep 2007, 318-327.

men eines Arbeiterunfallversicherungssystems eher gelingen, einheitliche Anerkennungs- und Zurechnungskriterien bei der Entschädigung von Berufskrankheiten zu entwickeln, als es dem Haftungsrecht möglich zu sein scheint.¹⁴

- Die unklare Koordination der unterschiedlichen mit der Entschädigung von Asbestopfern befassten Rechtsgebiete und Zuständigkeiten innerhalb einer Rechtsordnung. Dieser Aspekt kommt in den auf das Haftungsrecht konzentrierten Asbestdebatten in UK und den USA zu kurz. Die so überaus umfangreichen US-Analysen sind unvollständig, was die Involvierung der Personen- und Sozialversicherer betrifft. Da internationale Asbestkonferenzen der Versicherungswirtschaft ihren Schwerpunkt in der Regel auf diese Länder setzen¹⁵, bleibt der Blick auf die komplexen Strukturen der anderen Märkte sowie das individuelle Profil jedes einzelnen Marktes deshalb oft verstellt.

3. *Unterschiedliche Entschädigungssysteme*

In den Niederlanden entschied man 1967, die Entschädigung berufsbedingter Unfälle und Krankheiten in die unspezifischen Sozialversicherungszweige der Invaliditäts- und Krankenversicherung zu integrieren und damit die oft problematische Differenzierung zwischen beruflichen und außerberuflichen Ursachen zu erübrigen – *same injury, same need, same benefit*. In den meisten Ländern blieb es bei der Zuständigkeit der Arbeiterunfallversicherungen, mit allerdings höchst unterschiedlichen Anerkennungspraktiken. In einigen Ländern wie Japan und Spanien sind auch die freiwillige kollektiven Zusatzversicherungen von Bedeutung.

Was die Rolle des Haftungsrechts betrifft, so sind Produkt-, Umwelt- und Arbeitgeberhaftung zu unterscheiden:

- Die Produkthaftung steht seit 35 Jahren in den USA im Vordergrund – bislang nur dort, obwohl die Haftungsregeln weltweit einigermaßen einheitlich sind.
- Die Umweltschäden wegen Staubbelastung von Nachbarn asbestverarbeitender Betriebe, Familienangehörigen von Arbeitnehmern und sonstiger Dritter sind vor allem in dicht besiedelten Industrieländern wie Japan, den Niederlanden und Belgien beachtlich, in Entwicklungsländern mit uneinheitlichen Umweltstandards wie Südafrika, Indien oder China, und in Ländern mit eigener Primärproduktion wie Australien.
- Mit den wichtigen Ausnahmen von Nordamerika (Kanada, USA, Mexiko) und einigen zentraleuropäischen Ländern (Belgien, Deutschland, Österreich) steht in fast allen Ländern die Arbeitgeberhaftung im Vordergrund. Die sozialrechtlichen

14 In diesem Sinn auch *Wagner* (Fn. 6), 1136.

15 Anders die internationalen Konferenzen der Arbeitsbehörden, Sozial- und Arbeiterunfallversicherer, in denen die Privatversicherung allerdings kaum vertreten ist, so wenig wie in denen der Opferverbände und der global agierenden Asbestos ban-Bewegung.

Rahmenbedingungen definieren die Arbeitgeberhaftung in jedem Land auf unterschiedliche Weise, sowohl was die Direktansprüche der Arbeitnehmer als auch was den Rückgriff der Arbeiterunfallversicherer oder Dritter betrifft. So vielgestaltig wie die Haftungsvarianten sind die Varianten der Arbeitgeberhaftpflichtversicherung: *stand alone*-Policen wie in UK, Irland oder Israel, stillschweigender oder ausdrücklicher Einschluss in der Betriebshaftpflichtversicherung wie in der Mehrzahl der Länder (mit Varianten im Deckungsumfang und in der Versicherungsdichte), oder eine Kombination mit der Arbeiterunfallversicherung, ebenfalls mit Varianten: kumulativ wie in Hongkong, alternativ wie in Indien oder Singapur, oder nur punktuell ergänzend wie in den USA; der australische Versicherungsmarkt hat im Lauf der Jahre alle drei Varianten durchexerziert. Im Übrigen stehen die Versicherungslösungen in keiner festen Beziehung zu den Haftungsvarianten, vielmehr finden sich fast alle denkbaren Kombinationen.

- Die sich über lange Zeiträume erstreckende Kompensation asbestbedingter Gesundheitsschäden verteilt sich damit auf unterschiedliche Versicherungskollektive. Initiativen von Opfernverbänden führen zunehmend zu staatlich organisierten Entschädigungsfonds wie in Frankreich und zuletzt in Belgien, Slowenien und Japan. All diese Fonds werden in erster Linie durch die Arbeiterunfallversicherer und damit indirekt durch die Arbeitgeber finanziert, ergänzend durch staatliche Beteiligung im Hinblick auf die nicht arbeitsplatzbezogenen Umweltrisiken, auf alte Verbindlichkeiten der nicht mehr existierenden Unternehmen und der Staatsunternehmen, letztlich auch im Hinblick auf eine generelle staatliche Verantwortung als Riskmanager und Regulator. Die Haftungsfragen werden damit tendenziell zu Fragen der Rückgriffsrechte und -praktiken dieser Fonds. Eigenartig – aber nicht unter diesem Aspekt in Frage gestellt – erscheint in diesem Zusammenhang die Struktur des inzwischen aus anderen Gründen gescheiterten US-Fondmodells, des Fair Act von 2005. Hier waren weder die Arbeiterunfallversicherer noch die Bundesregierung als Financiers vorgesehen, sondern das heterogene Kollektiv der aktuell verklagten Unternehmen und deren Versicherer: ein erneuter Versuch eines *global settlement*, seitens des Gesetzgebers nun ebenso gescheitert wie in den 90er Jahren seitens der Gerichte.¹⁶

4. US-Lektionen

Eine gängige Erkenntnis aus der US-Asbestgeschichte ist, dass das Risiko in der Haftpflichtversicherung zu spät ausgeschlossen wurde. Betrachtet man allerdings die früheren Phasen dieser Geschichte, so erscheint als eigentlicher Fehler eher, das Risiko nicht von Anfang an adäquat versichert zu haben.

16 Zu den gescheiterten class actions *Hensler*, *Asbestos Litigation in the United States, Triumph and Failure of the Civil Justice System*, Connecticut Insurance Law Journal, 2006, 266-269.

- Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war *industrial insurance*, eine vereinfachte Form der Lebensversicherung, der wichtigste Privatversicherungszweig der Arbeiterklasse. 1910 waren 23 Mio Personen versichert, ein drei Milliarden Dollar-Geschäft, was ungefähr der heutigen wirtschaftlichen Bedeutung der Workers' compensation-Versicherung entspricht (ca. 60 Mrd. USD). 80% dieses Geschäfts teilten sich zwei Gesellschaften, Prudential Life und Metropolitan Life. Die Chefstatistiker dieser Gesellschaften, Frederick Hoffman und Louis Dublin, waren Pioniere in der Erforschung der Krankheits-, Invaliditäts- und Todesraten und -ursachen in den einzelnen Bevölkerungsgruppen und speziell von Industriearbeitern.¹⁷ Bereits 1918 konstatierte Frederick Hoffman die Weigerung der Lebensversicherer, asbestexponierte Arbeiter zu versichern.
- Die zweite Gelegenheit, die Entschädigungsfrage anzugehen, wurde in den 30er Jahren verpasst. Hier gelang es Industrie und Versicherern gemeinsam, eine Common law-Arbeitgeberhaftungs-Klagewelle zu stoppen, und zwar durch Abschaffung der *employers' liability : tort reform* und Immunität der Arbeitgeber durch Erstreckung der Arbeiterunfallversicherung auf Berufskrankheiten, ähnlich wie 20 Jahre früher im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen in den USA und wie 1884 in Deutschland. Anders als in Deutschland, erwiesen sich die langfristigen Folgen dieser *tort reform* als fragwürdig. Vergleicht man die gegenwärtigen Haftungsprozesse in den USA und in Großbritannien, so zeigt sich, dass die UK-Lösung über Arbeitgeberhaftung, bei aller auch heute noch nicht überschaubaren Problematik, der US-Lösung über Hersteller- und sonstige Dritthaftungen wohl immer noch vorzuziehen ist. Sie ist transparenter, das Kollektiv der Arbeitgeber ist weniger heterogen, und das selbständig finanzierte *employers'-liability*-Geschäft kann auch steigende Kosten umlegen oder sollte es jedenfalls tun. Denn die *employers'-liability*-Versicherer könnten hier durchaus mehr das Argument benutzen, dass die britischen Arbeitgeber anders als die kontinentaleuropäischen oder US-amerikanischen nicht die Kosten der Arbeiterunfallversicherung tragen, da sowohl die Invaliditätsrenten als auch die Krankenkosten – *industrial injuries disablement benefits* und National Health Service – durch Steuern finanziert werden. Die Gesamtkosten der Arbeitgeber sind deswegen in UK vergleichsweise niedrig.
- Die dritte Gelegenheit – *workers' compensation* – ergab sich ab den 40er Jahren. Auch sie wurde nicht oder nur sehr zögerlich wahrgenommen (aber auch die europäischen Arbeiterunfallversicherer haben lange gebraucht, bis sie begannen, sich des Problems anzunehmen). Ein großer Teil der Asbestfälle wurde nicht entschädigt infolge von Verjährungsregeln, Karenzzeiten und zu hohen Anforderungen an den Kausalitätsnachweis. Die Leistungen waren niedrig. Die Versicherer neigten dazu, Ansprüche abzulehnen, um das Prämienniveau wettbewerbsfähig zu halten. Die Arbeitgeber desgleichen, um keine Prämienzuschläge zu riskieren. Selbst die Arbeitnehmer waren an Krankheitsdiagnosen nicht interessiert, um keine Kündigung zu riskieren. Eine im internationalen Vergleich unübliche, aber bis heute nicht in Frage gestellte Subsidiaritätsregel führte dazu, dass auf eine In-

17 Rosner/ Markowitz (Fn. 7), 24-28.

anspruchnahme der Arbeiterunfallversicherung ganz verzichtet wurde, als in den 70er Jahren die Haftung Dritter ins Blickfeld rückte. Nach dieser Regel kann der Arbeiterunfallversicherer seine Leistungen vom Arbeitnehmer zurückfordern, wenn der Arbeitnehmer von dritter Seite entschädigt wird.¹⁸

- Die Entschädigung der Asbestfälle ist weltweit unbestritten eine Hauptaufgabe der Arbeiterunfallversicherung. In vielen Industrieländern sind gegenwärtig etwa die Hälfte aller Todesfälle durch Berufskrankheiten *und* Arbeitsunfälle durch Asbest bedingt, wobei die Asbestfälle zunehmen und die sonstigen tödlichen Berufskrankheiten und die Arbeitsunfälle abnehmen.¹⁹ Dies gilt auch für die USA.²⁰ Der Kostenaufwand für Asbestfälle liegt im Verhältnis zum Gesamtaufwand der Arbeiterunfallversicherung für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bei ca. 5%.²¹ In den USA liegt er nach offiziellen Angaben „unter 1%“, nach unserer Einschätzung weit darunter. Ein Aufwand von 5% sollte für diesen Versicherungszweig alles in allem kein unlösbares Problem darstellen. In den USA entspräche das gegenwärtig 2.5 Mrd. \$US jährlich.

5. Wahrscheinlichkeit haftungsrechtlicher Massenverfahren

Die in den meisten Ländern denkbaren Massenklaugeszenarien der Arbeitgeberhaftung wurden vor 15 Jahren in einer Publikation der Münchener Rück verdeutlicht.²² In der Tat gewann die Arbeitgeberhaftung in Asbestfällen an Gewicht, besonders deutlich in Frankreich, wo sie inzwischen durch Fondslösungen überlagert wurde. In anderen Ländern, etwa Italien oder Spanien, hat sie sich bislang eher weniger als erwartet realisiert. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe.

Der Stellenwert des Themas auf den aktuellen politischen Agenden ist zweifelhaft. War er hoch wie zeitweise in Deutschland (in den 80er Jahren) oder in Frankreich (in den 90er Jahren), so auch deswegen, weil der Nebenaspekt des Asbest-Umweltrisikos überschätzt wurde, mit dem Ergebnis oft exzessiver Asbestsanierungsaktivitäten, etwa

18 Hierzu *Hanlon*, An elegy for the Fair Act, Connecticut Insurance Law Journal, 2006, 536, 546.

19 In Deutschland 2005 laut DGUV-Statistiken 1540 asbestbedingte Todesfälle gegenüber 944 Todesfällen durch sonstige Berufskrankheiten und 589 tödlichen Arbeitsunfällen (ohne Wegeunfälle); damit Anteil der Asbestfälle erstmals über 50%.

20 In den meisten Entwicklungsländern – China, Indien, Lateinamerika – liegt der relative Anteil von Asbestkrankheiten deswegen niedriger, weil sowohl die Zahl tödlicher Arbeitsunfälle als auch die Zahl anderer tödlicher Berufskrankheiten wie Silikose oder Bleivergiftung wesentlich höher ist. Zu den Schwierigkeiten der Arbeiterunfallversicherer, vor diesem Hintergrund Latenzrisiken in ihren Leistungskatalog aufzunehmen: *Zimmer*, Berufskrankheiten, eine globale Herausforderung, Die BG 11/2007, 432-437.

21 In Ländern mit bereits hohem Entschädigungsniveau in Asbestfällen; in Deutschland beträgt der jährliche Entschädigungsaufwand zur Zeit jährlich zwischen 300 und 350 Mio € bei 6 bis 7 Mrd € Entschädigungsaufwand für alle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

22 Münchener Rück, Die Haftung des Arbeitgebers, 1993.

in Schulgebäuden.²³ Das Kernproblem, die Gesundheitsrisiken der Industriearbeiter, interessierte die Öffentlichkeit weniger, im Übrigen stehen andere Fragen der Sozialpolitik im Vordergrund und in Entwicklungsländern auch andere Gesundheitsrisiken. Zur sozialen Unsichtbarkeit des Problems trägt bei, dass in der Regel ältere Arbeiter betroffen sind, oft Raucher, so dass Asbest als Mitursache auch in den Industrieländern übersehen wird; dass die Vorgänge geografisch gestreut sind und eine Vielzahl von Verursachern in Betracht kommen; und dass unterschiedliche, oft wenig koordinierte Rechtsgebiete und Verfahrenswege involviert sind, die aber in den sozialstaatlich orientierten Industrieländern eine Grundversorgung sicherstellen.

Andererseits wird auch in den alten Industrieländern infolge der langen Latenzzeiten die Zahl der Neuerkrankungen aus Expositionen vergangener Jahrzehnte in den nächsten Jahren noch zunehmen. Diese Neuerkrankungen werden bei verbessertem medizinischem Informationsstand und längerer Lebenserwartung schärfer wahrgenommen. Entsprechendes gilt für den juristischen Informationsstand der Beteiligten und die Durchsetzung bestehender Rechtsansprüche einschließlich der wachsenden Bedeutung von Verbandsklagen.

In den Entwicklungsländern versuchen die global vernetzten Opferverbände den Themen Asbestverbot und Opferentschädigung politisches Gewicht zu geben, unterstützt von ILO und WHO.²⁴ Empfohlen wird koordinierte Aktion in den Regionen oder weltweit, da erfahrungsgemäß unilaterale Verbote zur Verlagerung des Risikos in Länder mit schlechter reguliertem Arbeits- und Umweltschutz führen. So im Fall von Asbesttextilien und Bremsklötzen, deren Herstellung von Japan nach Korea, dann in den 90er Jahren von Korea nach China und in andere südostasiatische Länder verlagert wurde.

Der größte Teil der exponierten Arbeiter findet sich in der weitgehend unregulierten informellen Bauindustrie einschließlich der über 100.000 Arbeiter, die in Indien und Bangladesch mit dem Abwracken von Schiffen beschäftigt sind. Angesichts dieser Rahmenbedingungen sind die Argumente der Bergbau- und Asbestzementindustrie in Kanada, Brasilien, Thailand, Indien und den Ländern der ehemaligen Sowjetunion zu *controlled use* wenig überzeugend,²⁵ wenn auch bislang durchaus erfolgreich. Hier sollte die Versicherungswirtschaft drei Ziele unterstützen: weltweites Asbestverbot, Deckung durch Arbeiterunfallversicherung und Fonds sowie selektive Haftpflichtversicherung im Bauwesen, also Deckung nur für Unternehmen, die ausreichende Standards garantieren.

23 Vgl. *Franßen*, Einleitung zu Krebsrisiko und Luftverunreinigung, Dokument zur 16. wissenschaftlichen Fachtagung der Gesellschaft für Umweltrecht, 1992; auch in den USA drängten Eltern auf Asbestsanierung von Schulen, schlossen sich aber den eher zurückhaltenden Expertenmeinungen an, sobald die konkreten ökonomischen und organisatorischen Folgen zutage traten, vgl. Sunstein, *Gesetze der Angst, jenseits des Vorsorgeprinzips*, 2005, 74.

24 S. Fn. 7.

25 Z.B. des Canadian Chrysotile Institute oder der Chrysotile International Alliance of Trade Unions.

Einschränkung des Versicherungsumfangs in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung im Hinblick auf Wegeunfälle und Berufskrankheiten

Prof. Dr. Maximilian Fuchs

Vorbemerkung

Wegeunfälle und Berufskrankheiten stellen dar, was man im Versicherungswesen als Versicherungsfälle bezeichnet. Der Versicherungsfall ist die zentrale Kategorie jeder Versicherung¹. Versicherung hat es mit der Bewältigung von Risiken und ihrer Verwirklichung zu tun. Der Versicherungsfall ist die Verwirklichung des versicherten Risikos. Und das Vorliegen des Versicherungsfalls löst die Leistungen aus. Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, dass die rechtliche Fixierung des Versicherungsfalls von elementarer Bedeutung für die Funktionsweise des betreffenden Versicherungszweiges ist.

In diesem Sinne möchte ich auch mein Referat angelegt wissen. Im Vordergrund steht die positiv-rechtliche Darstellung der beiden Versicherungsfälle. Ebenso notwendig ist aber gleichzeitig die Frage nach der Rationalität der zu besprechenden Regelungen. Diese Rationalität kann nur bewertet werden, wenn wir die beiden Versicherungsfälle im Rahmen des gesamten Systems betrachten, das die gesetzliche Unfallversicherung bildet. Die Bewältigung von Körperschäden² wird ja auch von anderen Zweigen der Sozialversicherung geleistet, etwa der Krankenversicherung und Rentenversicherung. Was die Unfallversicherung zu einem speziellen Entschädigungssystem macht, liegt in der Besonderheit begründet³, dass

- aus dem großen Feld eintretender Körperschäden diejenigen herausgefiltert werden, die sich kausal auf eine versicherte Tätigkeit zurückführen lassen und
- die Verantwortung für die Kompensation dieser Schäden ausschließlich den Unternehmen überantwortet ist.

Nach der Konzeption des Gesetzes besteht also durchaus eine Verantwortlichkeit der Unternehmen im Sinne der bürgerlichen Haftungsregelungen. Diese Haftungsverant-

1 Zur zentralen Rolle des Versicherungsfalls *Weyers*, *Versicherungsvertragsrecht*, 2. Aufl. 1995 Rn. 34 und 551.

2 Zum System der Bewältigung von Körperschäden im deutschen Recht s. *Fuchs*, *Zivilrecht und Sozialrecht*, 1992, S. 168 ff.

3 Zu den Grundprinzipien und -mechanismen der gesetzlichen Unfallversicherung s. *Gitter*, *Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht*, 1969; *Fuchs*, *Die Legitimation der gesetzlichen Unfallversicherung*, SGB 1995, 421 ff.; *ders.*, *Struktur und Legitimation der gesetzlichen Unfallversicherung: Eine rechtsvergleichende Betrachtung*, in: *Internationale Revue für Soziale Sicherheit*, 1997, 19 ff.

wortung wird aber im Regelfall von der Unfallversicherung abgelöst, weshalb sie auch allein der Unternehmer durch Beiträge zu finanzieren hat. Das ist das, was man als Haftungsablösung durch Versicherungsschutz⁴ bezeichnet hat. In dieses versicherungsrechtliche Schema müssen sich auch die Versicherungsfälle des Wegeunfalls und der Berufskrankheiten einfügen.

I. Der Wegeunfall

1. Tatbestand

Die Grundnorm des Wegeunfalls in § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII sagt, dass versicherte Tätigkeit auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit ist⁵. Eingeweihte wissen, dass diese Vorschrift viele Auslegungsprobleme aufgeworfen hat, die nicht zuletzt damit zusammenhängen, dass die Vorschrift nur einen Punkt der Wegstrecke, nämlich den Ort der Tätigkeit, benennt, den anderen Punkt offen lässt. Deshalb ist in der Rechtsprechung eine reiche Kasuistik entstanden⁶. Wenn man versucht, eine Struktur des bislang judizierten zu erreichen, kann man diese vielleicht wie folgt zusammenfassen:

Grundsätzlich ist die Wegstrecke markiert als der direkte Weg zwischen Wohnung und Ort der Tätigkeit und zurück. Ausgangspunkt kann aber unter bestimmten Voraussetzungen auch ein so genannter dritter Ort⁷ sein. Dann muss allerdings ein innerer Zusammenhang mit der Tätigkeit gegeben sein.

Sodann werden im Zusammenhang mit der Bestimmung des versicherten Weges zwei Begriffe verwandt, der so genannte Umweg und der so genannte Abweg⁸. Beim Umweg sind Ausgangspunkt und Endpunkt der Wegstrecke identisch mit der üblichen, aber verlassen wird die direkte Route. Deshalb ist der Weg länger. Hier verlangt die Rechtsprechung (BSG NZS 2002, 161) eine wertende Betrachtung, ob hier noch eine vernünftige Relation zwischen Umweg und direktem Weg besteht und ob nach der allgemeinen Verkehrsanschauung dieser Weg noch als versicherter Weg gelten kann.

4 Ausführlich dazu *Gitter/Nunius* in: *Schulin* (Hg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 2 Unfallversicherungsrecht, 1996, § 5 Rn. 51-58.

5 Zu einer knappen Zusammenfassung und Darstellung der rechtlichen Struktur des Wegeunfalls s. *Schmitt*, Unfallversicherung in: *von Maydell/Ruland* (Hg.), Sozialrechtshandbuch, 3. Aufl. 2003, C 15 Rn. 125 ff.

6 Übersicht über die Rechtsprechung bei *Bereiter-Hahn/Mehrtens*, Gesetzliche Unfallversicherung, § 8 Rn. 12 ff.

7 Zu Konzeption und Anwendungsbeispielen des „Dritten Ortes“ *Franke/Molkentin* (Hg.), Sozialgesetzbuch VII, 2. Aufl., 2007, § 8 Rn. 164 ff.

8 Zu diesen Kategorien *Muckel*, Sozialrecht, 2. Aufl., 2007, § 10 Rn. 58.

Beim Abweg⁹ besteht Deckungsgleichheit mit dem unmittelbaren Weg nur im Hinblick auf den Ausgangspunkt, sein Ziel liegt in anderer Richtung. Nach Erreichen des Ziels führt allerdings der Weg zum Ausgangspunkt zurück. Der Abweg ist grundsätzlich unversichert, führt er allerdings irgendwann wieder auf den direkten Weg zurück, kann an dieser Stelle erneut der Unfallversicherungsschutz einsetzen.

Ein letztes Problemfeld wird gerne unter dem Stichwort der Unterbrechung des versicherten Weges¹⁰ zusammengefasst. Darunter versteht man die auf der direkten Wegstrecke oder aber auch bei Zurücklegen eines Umweges oder Abweges vorgenommene private, eigenwirtschaftliche Tätigkeit des Versicherten. Diese eigenwirtschaftliche Tätigkeit, soweit sie nicht bloß ganz geringfügiger Natur ist, ist natürlich nicht versichert. Die Rückkehr auf den direkten Weg lässt aber den Versicherungsschutz wieder aufleben. Dies gilt allerdings nur dann, wenn die Unterbrechung nicht zu einer so genannten Lösung (Loslösung) von der versicherten Tätigkeit geführt hat. Bei der Beurteilung dieser Frage sollen verschiedene Momente eine Rolle spielen, ganz besonders aber das Zeitelement. Bei zwei Stunden beginnt jedenfalls die sehr kritische Grenze¹¹.

Um die positiv-rechtliche Darstellung zu komplettieren, sei darauf hingewiesen, dass § 8 Abs. 2 Nr. 1-5 SGB VII noch weitere Wege als versicherte Tätigkeiten betrachtet¹². Man könnte sagen, es sind bestimmte Umwege von Gesetzes wegen zu versicherten Wegen gemacht. Die Gründe hierfür liegen einmal darin, dass der Umweg wegen der Betreuung von Kindern durch dritte Personen notwendig ist oder auf eine Fahrgemeinschaft zurückzuführen ist oder weil ständige Familienwohnung und Wohnung am Ort der Tätigkeit des Versicherten auseinander fallen oder weil Wege zurückzulegen sind, um Arbeitsgerät oder Schutzausrüstungen anzuschaffen oder erneuern zu lassen.

2. Systemgerechtigkeit

Vor diesem rechtlichen Hintergrund möchte ich nun einige Bemerkungen anschließen, die die Systemgerechtigkeit des Wegeunfalls betreffen. Gitter hat in seinem Werk über Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, erschienen 1969, geschrieben, dass selbst in europäischen Unfallversicherungsgesetzen, die den Schutzgedanken umfassender verwirklichen, als es das deutsche Recht tut, der Unfall auf dem Wege zwischen Wohnung und Arbeitsstätte vom Versicherungsschutz ausgeklammert wird, weil es sich um ein allgemeines Lebensrisiko handle¹³. Oder aber der Wegeunfall ist in die Unfallversicherung einbezogen, muss aber – weil Risiko des Arbeitnehmers – auch von die-

9 Zu den Fallkonstellationen *Franke/Molkentin* (Hg.) (Fn. 7), § 8 Rn. 193 ff.

10 Zu den Rechtsfolgen bei Unterbrechung des Weges s. *Plagemann/Radtke-Schwenzer*, Gesetzliche Unfallversicherung, 2. Aufl. 2007, 2. Kap. Rn. 53.

11 Vgl. BSG SozR 3 – 2700 § 8 Nr. 14.

12 Vgl. dazu *Franke/Molkentin* (Hg.) (Fn. 7), Rn. 205 ff.

13 *Gitter* (Fn. 3), S. 86.

sem finanziert werden. In Deutschland – so Gitter weiter – wird für den Versicherungsschutz bei Wegeunfällen vorgebracht, dass das Risiko des Arbeitsweges angesichts der technisch und soziologisch bedingten heutigen Verteilung von Wohnbezirken und Geschäfts- und Industriezentren typischerweise dem Berufsrisiko näher stehe als der privaten Sphäre¹⁴. Gitter selbst möchte im Prinzip die Regelung über den Wegeunfall aufrechterhalten, *de lege ferenda* aber eine gesetzliche Kürzungsmöglichkeit im Falle groben Verschuldens oder Trunkenheit bei Wegeunfällen auch für das deutsche Recht vorsehen¹⁵.

Bis in die jüngste Vergangenheit ist in Deutschland verständlicherweise die jetzige Regelung von Arbeitgeberseite kritisiert worden¹⁶. In der Tat muss man zugestehen, dass die jetzt vorgenommene Risikoverteilung, die auf eine Bejahung der Risikoverantwortung von Arbeitgebern hinausläuft, nur schwer zu begründen ist. Umso mehr, wenn man insbesondere an die gesetzlichen Ausweitungen versicherter Umwege, die etwa durch Kinderbetreuung veranlasst sind, denkt. Würde man die Wegeunfälle aus der Unfallversicherung herausnehmen, würden die Kosten dennoch anfallen. Sie wären von der gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung zu tragen. An diesen Kosten wären Arbeitnehmer und Arbeitgeber über Beiträge in gleichem Umfang beteiligt.

II. Die Berufskrankheit

1. Der historische Hintergrund

Ich habe mich bei der Darstellung der Berufskrankheitenentschädigung für einen – wenn der Ausdruck nicht zu hoch gegriffen ist – historischen Ansatz entschieden. Dies ist keine willkürliche Entscheidung für eine bestimmte Methode der Betrachtung. Das Berufskrankheitenrecht ist vielmehr ein besonders augenfälliges Lehrstück von Sozialpolitik und ihr folgend Formung von Sozialrecht. Und deshalb verschafft uns die Kenntnis der Geschichte des Berufskrankheitenrechts¹⁷ nahezu das gesamte Wissen, um das aktuell geltende Berufskrankheitenrecht einschließlich der Reformvorschläge zu verstehen.

Deshalb begeben wir uns für einen Augenblick zurück in die Anfänge der Unfallversicherung und der Herausbildung von Regelungen zur Berufskrankheitenentschädigung. Wie Sie wissen beinhaltet das Unfallversicherungsgesetz von 1884 keine Berufskrank-

14 Gitter (Fn. 3), S. 87 f.

15 Gitter (Fn. 3), S. 88 f.

16 Vgl. zu dieser Kritik und zu einer Antwort hierauf unter umfassender Einbeziehung von Geschichte der Regelung und dogmatischer Handhabung *Kranig/Aulmann*, Das Wegeunfallrisiko als Gegenstand der gesetzlichen Unfallversicherung, Teil 1 und 2, NZS 1995, 203 ff. und 255 ff.

17 Vgl. dazu die Beiträge *Milles/Müller* (Hg.), in: *Berufsarbeit und Krankheit*, 1985.

heitenentschädigung. Das Problem war gleichwohl bei den Beratungen zum Gesetz bekannt und Forderungen, insbesondere aus den Reihen der Gewerkschaften sind erhoben worden¹⁸. Nicht zuletzt hatte auch die Ärzteschaft, die insbesondere in den Fabriken der chemischen Industrie tätig war, die Notwendigkeit betont. In den Jahren nach der Verabschiedung des Gesetzes hat sich die Diskussion intensiviert. Der Begriff der Gewerbekrankheiten fand Eingang in die wissenschaftliche und später auch politische Diskussion¹⁹. Der Begriff spiegelte das Bewusstsein wider, dass vor allem der Umgang mit bestimmten Stoffen wie Blei, Phosphor, Quecksilber und natürlich Staub in den Bergwerken und Steinbrüchen die Ursache für das Auftreten bestimmter Krankheiten darstellte. Für die rechtliche Bewältigung der damit verbundenen Phänomene in der Zeit nach der Verabschiedung des UVG ist die Rechtsprechung des für so genannte Rekurse zuständigen Reichsversicherungsamtes aufschlussreich. Dieser Rechtsprechung liegt eine klare Scheidung von Arbeitsunfällen und Gewerbekrankheiten zugrunde. Schon damals wurde die Definition herausgearbeitet, die bis heute Gültigkeit besitzt. Arbeitsunfall ist ein plötzliches von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis²⁰. Diese Sichtweise spiegelt sich in der Struktur der Entscheidungen wider. Liegen diese definitorischen Voraussetzungen nicht vor, kann es sich nur um eine Gewerbekrankheit handeln, die nach dem Gesetz nicht entschädigungsfähig ist. Die Rechtsprechung ist insofern nicht sehr konsequent, als vereinzelt doch auch Entscheidungen gefällt wurden, bei denen der Unfallbegriff extensiv ausgelegt wurde, um eine Entschädigung zu ermöglichen, obwohl streng genommen eine Gewerbekrankheit vorgelegen hat²¹. Sicherlich dürften für solche Urteile auch Auswirkungen der z.T. heftig und hitzig geführten Debatte um die Notwendigkeit einer Berufskrankheitenentschädigung eine Rolle gespielt haben. Unbehagen und Kritik an der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, aber auch die immer zahlreicher werdenden Veröffentlichungen von Medizinern führen schließlich dazu, dass die Berufskrankheitenfrage zu einem Gegenstand der Beratungen im Reichstag wird²². Mit dem Hinweis auf die Rolle der Medizin weise ich auf ein weiteres Element, das auch im aktuellen Recht der Berufskrankheitenentschädigung gegenwärtig ist. Wie wir sehen werden, sind die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft sogar zu einem Tatbestandsmerkmal der gegenwärtigen Anspruchsnorm geworden. Das weist auf den später noch zu unterstreichenden Aspekt hin, dass die Entschädigung von Berufskrankheiten nicht, wie etwa 1884 von den Befürwortern gefordert, eine Billigkeitsentschädigung darstellt, sondern eine Reaktion auf objektiv konstatierbare Phänomene bei der Verrichtung abhängiger Arbeit.

18 Vgl. *Hohmann*, Berufskrankheiten im Prozeß der Modernisierung, 1997, S. 50 ff.

19 Vgl. zum Folgenden *Hohmann* (Fn. 18), S. 74 ff.

20 Vgl. RVA in EuM Bd. 2, S. 188. Diese Auffassung vertrat auch die damalige Lehre, vgl. *Rosin*, Der Begriff des Betriebsunfalls als Grundlage des Entschädigungsanspruchs nach den Reichsgesetzen über die Unfallversicherung, in AÖR Bd. III S. 291 ff.; *Piloty*, Das Reichsunfallversicherungsrecht, dessen Entstehungsgeschichte und System, Bd. 1, 1890, S. 180.

21 S. dazu *Hohmann* (Fn. 18), S. 25 ff.

22 *Hohmann* (Fn. 18), S. 76 ff.

Die Reichstagsdiskussion nimmt mit Beginn des 20. Jahrhunderts an Intensität zu. Es dauert aber ein ganzes Jahrzehnt, bis eine Mehrheit für eine Berufskrankheitenentschädigung gefunden werden kann. Zunächst sind es zwei Hauptargumente, die einer rascheren Lösung im Wege stehen. Zum einen ist es das auch im Übrigen für die Sozialversicherung immer wieder herangezogene Argument der allzu starken Belastung der Unternehmen²³ zum andern die ebenfalls die gesamte Geschichte des Berufskrankheitenrechts bis zum heutigen Tag prägende Schwierigkeit, festzulegen, ob eine Erkrankung berufsbedingt ist oder nicht. Die im Jahre 1911 verabschiedete Reichsversicherungsordnung²⁴ enthielt in § 547 die Ermächtigung, wonach durch Beschluss des Bundesrats die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden kann. Der Bundesrat soll hierzu besondere Vorschriften erlassen. Damit wurde der Grundstein für das bis auf den heutigen Tag geltende so genannte Listen- oder Enumerationsprinzip gelegt. Entschädigt werden können danach nur solche Krankheiten, die in die Liste aufgenommen sind. Verschiedene Schwierigkeiten, ganz besonders natürlich der Erste Weltkrieg, verhinderten, dass von dieser Ermächtigung rasch Gebrauch gemacht wurde. Und so dauerte es bis zum Jahre 1925, dass die erste Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten erlassen wurde. Die entscheidenden Vorschriften der §§ 3 und 4 dieser VO lauteten:

„Der Versicherung gegen eine gewerbliche Berufskrankheit unterliegen nur die neben der Krankheit in Spalte III der Anlage I aufgeführten Betriebe, sofern sie unter die Gewerbe-Unfallversicherung fallen.

Eine Entschädigung wird gewährt, wenn die Krankheit durch berufliche Beschäftigung in einem der Versicherung gegen die Krankheit unterliegenden Betriebe verursacht ist“.

Verglichen mit der Regelung des § 9 SGB VII, die wir uns später anzusehen haben, kann man feststellen, dass alle wesentlichen Elemente der Berufskrankheitenentschädigung im Sinne einer Listenregelung und der maßgeblichen Kriterien für ihre Aufnahme bereits in diesen Vorschriften enthalten sind. In diesem Zusammenhang erwähne ich noch eine weitere Bestimmung, die eine Thematik beinhaltet, die uns später noch intensiver beschäftigen wird. § 13 der VO beinhaltete eine begrenzte Rückwirkung der Verordnung und damit Antwort auf eines der nach wie vor umstrittensten Probleme der Berufskrankheitenentschädigung. Diese Rückwirkung bezog sich aber nur auf einen sehr bescheidenen Zeitraum, so dass bald erhebliche Kritik an dem Rechtszustand geäußert wurde, was zu einer Änderung der VO im Jahre 1929 führte, mit dem Ergebnis, dass der Stichtag auf den 31. Dezember 1919 zurückverlegt wurde.

23 Vgl. dazu *Fuchs* (Fn. 2), S. 28.

24 Vgl. zur Kodifikation der Sozialversicherung durch die Reichsversicherungsordnung *Fuchs*, Die Reichsversicherungsordnung als sozialrechtliche Kodifikation, in: FS für *Landau*, 2000, S. 883 ff.

2. Der Tatbestand des § 9 Abs. 1 SGB VII

a) Die Struktur der Berufskrankheit

Ich denke, dass mit diesem – notgedrungen kursorischen – Exkurs schon das gesamte Panorama der Probleme auch des aktuellen Berufskrankheitenrechts, wie wir sie im SGB VII finden, abgesteckt wurde.

Wenn wir jetzt den Blick auf § 9 SGB VII richten, stellen wir fest, dass wir uns nach wie vor auf Schienen bewegen, die 1911 bzw. 1925 gelegt wurden, allerdings haben die Schienen nicht unbedeutende Stärkungen erfahren. Naturgemäß ist das Regelungsanliegen gleich geblieben, das darin besteht, den Krankheiten, die aus dem Zuständigkeitsbereich der Krankenversicherung herausfallen sollen, Namen und Struktur zu geben. Dies tut § 9 Abs. 1 S. 1 SGB VII ganz in der Tradition seines Vorläufers, indem Krankheiten als Berufskrankheiten in einer Rechtsverordnung aufgelistet sein müssen und diese sich auf eine versicherte Tätigkeit zurückführen lassen²⁵.

Was allerdings die Kriterien der Aufnahme einer Krankheit in die Verordnung angeht, haben wir uns gegenüber dem früheren Recht für eine stärkere Differenzierung entschieden. Wenn wir § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII betrachten, stellen wir fest, dass der Gesetzgeber das Abgrenzungsproblem zwischen Krankheiten, die ganz allgemein die Bevölkerung treffen können, und solchen, die in spezifischer Weise den versicherten Personenkreis treffen, stärker in den Mittelpunkt gerückt hat. Mit dem begrifflichen Verlangen nach einer erheblich höheren Intensität der Einwirkung führt der Gesetzgeber dem Verordnungsgeber schon in der tatbestandlichen Formulierung das Problem der Risikozuordnung vor Augen²⁶. Um dieses Ziel zu erreichen, enthält das Gesetz sozusagen Filter, mit deren Hilfe es möglich sein soll, jeden treffende Erkrankungen aus der Entschädigung herauszuhalten. Dies geschieht einmal dadurch, dass Berufskrankheiten nur durch bestimmte Einwirkungen von außen indiziert sein müssen. Die BKVO unterscheidet hierzu durch chemische Einwirkungen, mechanische Einwirkungen, durch Infektionserreger, durch anorganische Stäube und durch allergisierende Stoffe entstandene Erkrankungen. Bei Erkrankungen, die auch sonst in der Bevölkerung häufig auftreten, muss tatbestandlich die besondere Exposition normiert werden. Typisch hierfür ist etwa der Bereich der Meniskusschäden, die bekanntlich viele Menschen treffen und etwa auf starke sportliche Beanspruchung zurückzuführen sein können. Deshalb verlangt der einschlägige Tatbestand für die Anerkennung von Meniskusschäden als Berufskrankheit das Vorhandensein mehrjähriger andauernder oder häufig wiederkehrender, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastender Tätigkeiten²⁷. Ich sollte hinzusetzen, dass es einfach ist, das Abgrenzungsproblem zu formulieren, viel schwieriger aber, eine für die

25 Vgl. dazu *Kater/Leube*, Gesetzliche Unfallversicherung SGB VII § 9 Rn 2 ff.

26 Eingehend zur praktischen Handhabung dieses Kriteriums BSG Zfs 2002, 334.

27 Vgl. Nr. 2102 BKVO.

Praxis taugliche Quantifizierung vorzunehmen. Deshalb sind in der Vergangenheit so genannte Dosiskonzepte²⁸ entwickelt worden, die z.T. bereits Eingang in die BKVO gefunden haben. So wird Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs nur dann als Berufskrankheit anerkannt, wenn der Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaubdosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren erbracht ist²⁹.

Ein weiterer vom Gesetz vorgezeichneter Filter ist die Begrenzung von Berufskrankheiten auf Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen. Diese Idee ist nicht neu, sie war in der BKVO von 1925 verwirklicht, dort aber auf die Benennung bestimmter gefährdender Betriebe beschränkt. Demgegenüber wird heute auf bestimmte Gefährdungsbereiche abgestellt. Typisches Beispiel ist etwa das Auftreten von Infektionskrankheiten, die jedermann treffen können, zur Berufskrankheit aber dann werden, wenn der Versicherte etwa im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig war³⁰.

Eine weitere Methode, um Berufskrankheiten von nicht dem Schutz der Unfallversicherung zu unterstellenden Allgemeinerkrankungen abzugrenzen, ist das Kriterium der Unterlassung aller Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Dieses Kriterium, das ansatzweise schon in der dritten BKVO von 1936 eingeführt wurde, hat – und ich folge hier der Formulierung einer Entscheidung des BSG – die Funktion eines typisierten Kausalitätsanzeichens, aufgrund dessen die nicht für entschädigungswürdig gehaltenen leichten Fälle dieser Krankheit, die häufig nicht ihre Ursache in der Versichertentätigkeit finden, abgegrenzt werden sollen³¹. Der weitere Zweck derartiger Tatbestandsmerkmale ist präventiv. Damit soll eine Verschlimmerung der Krankheit mit der Folge einer erhöhten Entschädigungspflicht verhindert werden. Um auch hier ein Beispiel zu geben: Nr. 4301 der BKVO behandelt durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Im Zusammenhang mit den Tatbeständen, die eine Unterlassung der Tätigkeiten verlangen, ist auf die Bestimmung des § 9 Abs. 4 SGB VII aufmerksam zu machen. Um zu vermeiden, dass der Versicherte die Tätigkeit in Erwartung der Anerkennung als Berufskrankheit aufgibt, sich diese Erwartung aber nicht bestätigt, verpflichtet Abs. 4 den Unfallversicherungsträger vor Unterlassung einer noch verrichteten gefährdeten Tätigkeit darüber zu entscheiden, ob die übrigen Voraussetzungen der Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllt sind.

Stets hängt die Aufnahme einer Berufskrankheit von den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ab. Eingangs wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Gesetz-

28 Vgl. dazu *Brackmann/Krasney*, SGB VII, § 9 Rn 60 mit weiteren Literaturnachweisen.

29 Nr. 4104 BKVO.

30 Nr. 3101 ff. BKVO.

31 BSG SozR 2200 § 551 Nr. 10. Zum gesamten Fragenkomplex s. *Becker*, Der Unterlassungszwang bei Berufskrankheiten, 2003.

geber keine sozusagen rein sozialpolitische Entscheidung bei der Normierung von Berufskrankheiten treffen sollte. Vielmehr sollten es die jeweiligen Fachwissenschaften der Medizin sein, die anhand der gesetzlichen Kriterien den Charakter einer Krankheit als Berufskrankheit zum Ausdruck bringen sollten.

b) Kausalität

Schon die gesetzliche Formulierung lässt erkennen, dass der Anspruch auf Entschädigung wegen Berufskrankheit einen Ursachenzusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit und Einwirkungen einerseits und zwischen Einwirkungen und dem Auslösen einer Berufskrankheit andererseits voraussetzt. Im ersteren Falle sprechen wir von haftungsbegründender, in der zweiten Beziehung von haftungsausfüllender Kausalität. Damit befinden wir uns an einer wohlbekannten Stelle der Anspruchsprüfung im Unfallversicherungsrecht³². Das Unfallversicherungssystem wird ja deshalb bewusst als ein kausales System, im Gegensatz zu finalen Systemen, bezeichnet. Mit der Kausalitätsprüfung wird die endgültige Entscheidung über eine korrekte Risikoordnung zum Unternehmen oder aber zum Einzelnen vorgenommen.

Begegnen uns schon beim Arbeitsunfall schwierige Kausalitätsprobleme, so nehmen diese Probleme vielleicht sogar noch stärker zu, wenn es um die Kausalbeziehungen bei Berufskrankheiten geht³³. Dies hängt damit zusammen, dass die Krankheit sich ja gerade durch das nicht Punktuelle, das in der zeitlichen Dimension sich Abspielende auszeichnet. Die Frage, welche Voraussetzungen zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen der schädigenden Einwirkung und der Erkrankung einer Berufskrankheit vorliegen müssen, ist unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten³⁴. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also, von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht³⁵.

Was die Beweisführung und –last anbelangt, gelten die gleichen Grundsätze wie beim Arbeitsunfall³⁶. Das Bundessozialgericht hat es abgelehnt, für das Berufskrankheitenrecht spezielle Beweisregeln zu entwickeln³⁷. Das bedeutet, dass für alle tat-

32 Umfassend zur Kausalitätslehre *Schöpf*, Multikausale Schäden in der gesetzlichen Unfallversicherung, 1995, S. 26 ff.

33 Vgl. dazu ausführlich *Rothmann*, Zurechnungsproblem im Berufskrankheitenrecht, 1995, S. 63 ff.

34 BSG SozR 3850 § 51 Nr. 9; *Krasney/Udsching*, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl. 2005, Kap. III Rn 47, 57.

35 BSG NZS 2007, 325, 327.

36 Ausführlich dazu *Brackmann/Becker*, SGB VII, § 9 Rn 202 ff.

37 BSG SozR 2200 § 551 Nr. 1; SozR 3 – 1500 § 128 Nr. 11.

bestandlichen Merkmale der Vollbeweis erforderlich ist, also eine an Gewissheit grenzende Wahrscheinlichkeit. Für die Kausalität gilt aber die Kausalitätstheorie der wesentlichen Bedingung. Und für den Nachweis dieser wesentlichen Bedingung ist hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreichend.

Über die im Berufskrankheitenrecht ganz besonders häufig auftretenden Beweisschwierigkeiten ist oft genug Klage geführt worden³⁸. Das Schrifttum stand Änderungen ablehnend gegenüber³⁹. Auch der Gesetzgeber ist den Reformvorschlägen nicht gefolgt⁴⁰. Herausgekommen ist lediglich die Bestimmung des § 9 Abs. 3 SGB VII. Über die Reichweite dieser Vorschrift gehen die Meinungen allerdings auseinander⁴¹. Das BSG hatte noch keine Gelegenheit, Position zu dieser Vorschrift zu beziehen.

3. Die so genannte Quasi-Berufskrankheit (§ 9 Abs. 2 SGB VII)

Abs. 2 sieht eine erweiterte Entschädigung wegen einer Berufskrankheit vor, auch wenn die Krankheit noch nicht in die Rechtsverordnung aufgenommen ist. Die Vorschrift stellt deshalb einen Kompromiss zwischen einem geschlossenen Listensystem und einer offenen Generalklausel dar⁴². Auch für das Verständnis dieser Vorschrift empfiehlt es sich wieder, den generellen Systemhintergrund der Unfallversicherung stets im Auge zu behalten. Eine Risikoordnung zur Unfallversicherung (und damit letztlich zu Lasten der Unternehmen) kann nur zulässig sein, wenn es sich um eine Erkrankung aus dem Risikobereich des Unternehmens handelt. Dem trägt der Wortlaut des Abs. 2 auch durchaus Rechnung. Die Krankheit, um deren Entschädigung es geht, unterscheidet sich substantziell in keiner Weise von den Kriterien des Abs. 1. Der einzige Unterschied liegt darin, dass die Krankheit noch nicht formal als Berufskrankheit in die VO aufgenommen worden ist. Und Abs. 2 gibt auch die Antwort darauf, warum von dem in Abs. 1 verankerten Listenprinzip abgewichen werden soll. Es sind die „neuen Erkenntnisse“, die ein Abweichen von dem formalen Aufnahmeerfordernis des Abs. 1 erlauben. Mit dieser Konzeption ist die Rationalität der Risikoordnung gewahrt. Vor diesem Hintergrund versteht es sich auch, weshalb das BSG stets die Auffassung vertreten konnte, dass es sich bei Abs. 2 nicht um eine Härteklausel handelt⁴³.

Neue Erkenntnisse liegen vor, wenn sie erst nach Erlass der letzten Liste bekannt geworden sind oder sich erst nach diesem Zeitpunkt zur BK-Reife verdichtet haben⁴⁴.

38 Vgl. zum Themenspektrum, *Fuchs*, Beweisgrundsätze des zivilen Haftungsrechts und ihre Bedeutung für das Berufskrankheitenrecht, SGB 1997, 601 ff.

39 Vgl. etwa *Breuer/Velten*, NZS 1995, 146 ff.; *Krasney*, BG 1996, 120 ff.

40 Zu Reformvorschlägen des Bundesrates s. BT-Drucks. 13/2333, S. 4 ff.

41 Vgl. zu den verschiedenen Positionen *Brackmann/Becker*, SGB VII, § 9, Rn 221.

42 Ein sog. Mischsystem, vgl. BSGE 44, 90 (91).

43 BSGE 44, 90 (93). Das BVerfG hat diese Rspr. des BSG bestätigt, vgl. BVerfG SozR 3-2200 § 551 Nr. 5.

44 Vgl. *Brackmann/Becker*, SGB VII, § 9 Rn 309 ff. mit Rspr.-Nachweisen.

Die Erkenntnisse müssen im Zeitpunkt der Entscheidung (nicht des Auftretens der Erkrankung!) vorliegen.

4. Stichtagsregelung

Mit dem Ausdruck verbindet man zunächst etwas höchst Technisches. In Wirklichkeit handelt es sich aber um einen der umstrittensten unbewältigsten Problemkreise der Berufskrankheitenentschädigung⁴⁵. Das Problem lässt sich sehr einfach beschreiben. Die Normierung von Berufskrankheiten ist in aller Regel ein sich in langen Zeiträumen vollziehender Prozess. Von dem ersten Verdachtsmoment bis zu endgültigen Fixierung einer Berufskrankheit in der BKVO können viele Jahre vergehen. Damit stellt sich die grundlegende Frage, wenn die Listenkrankheit in die Rechtsverordnung aufgenommen ist, für welchen Zeitraum soll die Regelung gelten? Ex nunc? Oder rückwirkend? Wenn Letzteres, wie soll der entscheidende in der Vergangenheit liegende Zeitpunkt bestimmt werden?

Und dies ist eben keine rein technische Frage. Für die Betroffenen Arbeitnehmer kann der Zeitpunkt von fundamentaler Bedeutung sein. Wenn sie in der Vorphase der Normierung erkranken, können sie darauf hoffen, sich auf die Regelung berufen zu können? Oder können sie wenigstens darauf bauen, dass sie über § 9 Abs. 2 SGB VII ihre Rechte durchsetzen können? Oder kann die später erfolgende Normierung als Berufskrankheit die Entschädigung nach § 9 Abs. 2 SGB VII außer Kraft setzen?

Dies ist das Spektrum der Probleme, mit dem wir es zu tun haben. Und hierzu gibt es reichlich Rechtsprechung des BSG und des BVerfG, die ich aus Zeitgründen nicht wiedergeben kann⁴⁶. Nur soviel sei gesagt. Das BSG ist der Auffassung, dass auch der völlige Ausschluss einer Rückwirkungsregelung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sei. Wenn aber eine Rückwirkung ausgeschlossen ist, müsse sie im Hinblick auf den Gleichheitssatz des Art. 3 GG sachlich gerechtfertigt sein⁴⁷. In der Praxis hat sich das Grundprinzip herausgebildet, das man der Vorschrift des § 6 BKVO entnehmen kann, dass als Rückwirkungsdatum der Tag des Inkrafttretens der letzten Änderung der BKVO genommen wird. Das BVerfG hat all dies bis dato nicht beanstandet⁴⁸, mit einer einzigen Ausnahme. Wenn ein Versicherter einen Anspruch aus § 9 Abs. 2 SGB VII geltend macht, darf die Berufsgenossenschaft diesen Anspruch nicht deshalb versagen, weil der Verordnungsgeber die in Betracht kommende Berufskrankheit demnächst in

45 Umfassend dazu *Breuer*, Die Stichtagsregelung im Berufskrankheitenrecht, in: *Boeken/Ruland/Steinmeyer* (Hg.), FS für *von Maydell*, 2002, S. 125 ff.

46 Eingehend dazu *Breuer* (Fn. 46), S. 10 ff.

47 BSG SozR 3-2200 § 551 Nr. 14.

48 BVerfG SozR 3-2200 § 551 Nr. 15.

die Liste aufnehmen will und ein Rückwirkungszeitraum vorgesehen ist, in den der Anspruchsteller aber mit dem Beginn seiner Erkrankung nicht fällt⁴⁹.

III. Reform

Gegenwärtig ist eine umfassende Reform der Organisation und des Leistungsrechts der Unfallversicherung in Gang⁵⁰. Was den Wegeunfall anbelangt, soll alles beim Alten bleiben. Lediglich bei rechtskräftigem strafgerichtlichem Urteil wegen einer Verkehrsstraftat soll kein Anspruch auf Gesundheitsschadensausgleich bestehen.

Demgegenüber wird der Berufskrankheitentatbestand mit einigen bedeutsamen Änderungen versehen werden. Zunächst sind einige Änderungen zu vermerken, von denen die Gesetzesbegründung sagt, dass sie die Anerkennungsvoraussetzungen für bestimmte Berufskrankheiten präzisieren. Es genügt in Zukunft nicht mehr, nur die verursachenden Einwirkungen zu bezeichnen, sondern auch die Krankheit selbst. Und wenn wissenschaftliche Erkenntnisse mit hinreichender Sicherheit vorliegen, hat die Bezeichnung außerdem Angaben über Art, Dauer und Ausmaß der Einwirkung zu enthalten. Und ist eine Berufskrankheit in der BKVO nur durch die sie verursachenden Einwirkungen bezeichnet, kann sie im Einzelfall in Zukunft nur noch als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn im Zeitpunkt der Entscheidung alle Voraussetzungen einer Berufskrankheit erfüllt sind. Das bedeutet, dass in Zukunft neben der generellen Geeignetheit der Einwirkung, die jeweilige Erkrankung zu verursachen, auch der Nachweis der gruppentypischen Risikoerhöhung erbracht werden muss. Nach Auffassung des Gesetzgebers ist diese Änderung notwendig, weil andernfalls das Listenprinzip ausgehöhlt würde.

Die Möglichkeit der Anerkennung einer Quasi-Berufskrankheit nach Abs. 2 wird aufrechterhalten. Allerdings wird in Satz 2 eine Sperrwirkung vorgesehen. Prüft nämlich der Verordnungsgeber die Aufnahme in die Liste, darf eine Entscheidung nach Satz 1 nicht getroffen werden. Das BMA muss deshalb jeweils zu Beginn eines Jahres die Krankheiten bekannt geben, bei denen eine Bezeichnung geprüft wird. Die Sperrwirkung endet spätestens drei Jahre nach der erstmaligen Bekanntgabe. Der Gesetzesbegründung kann man entnehmen, dass die Anerkennung von Berufskrankheiten damit strikt nach einem rechtlichen, hierarchisch gegliederten Vorschriftensystem erfolgen soll. Grundsätzlich gilt nach § 9 Abs. 1 und dem neuen Abs. 1 a ein Entscheidungsvorbehalt des Verordnungsgebers. Die Anerkennung nach Abs. 2 hat demgegenüber Ausnahmecharakter. Die Sperrklausel entspricht dem gesetzlich festgelegten Verhältnis

49 BVerfG SozR 4-1100 Art. 3, Nr. 32. Ebenso für eine ähnliche Fallgestaltung BSG NZS 2007, 325 (327).

50 Eckpunkte der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29.6.2006 sowie Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung vom 27. April 2007 zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung.

zwischen dem Enumerationsprinzip der Berufskrankheitenliste und der Ausnahmeklausel des Abs. 2. Greift der Ordnungsgeber eine entsprechende Fragestellung auf, würde eine unbeschränkt fortbestehende Entscheidungsfreiheit von Unfallversicherungsträgern und Gerichten einen weiten Eingriff in die Regelungskompetenz des Ordnungsgebers darstellen.

Die in Aussicht genommene neue Regelung bringt schließlich auch eine Lösung des Stichtagsproblems. Ein Versicherungsfall ist in Zukunft ausgeschlossen, wenn die Krankheit mehr als zehn Jahre vor dem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem sie einem Unfallversicherungsträger bekannt geworden ist. Von diesem Zeitpunkt an werden auch Renten wegen Berufskrankheiten geleistet. Der Gesetzgeber beabsichtigte damit eine einheitliche Regelung unabhängig von der anzuwendenden Anspruchsgrundlage.

Aktuelle Herausforderungen für das gesetzliche Unfallversicherungssystem in Japan – Anwendungsbereich und Finanzierung

Prof. Dr. Takashi Muranaka

Vorwort

Das Versicherungssystem für die Entschädigung der Arbeitnehmer in Japan war 1947 mit dem Zweck errichtet worden, den arbeitsbedingt verunglückten Arbeitnehmern einen schnellen und angemessenen Schutz anzubieten. In demselben Jahr wurde das Arbeitsstandardgesetz (ASG) erlassen, in dem aufgrund der schuldunabhängigen Haftung der Arbeitgeber die Unfallentschädigungspflicht vorgeschrieben wurde. Dabei wurde der Kreis der Leistungsempfänger in der gesetzlichen Unfallversicherung mit dem Begünstigtenkreis der arbeitsrechtlichen Unfallentschädigung gleichgestellt. Auch Leistungen der Unfallversicherung wurden an den Inhalt der Unfallentschädigung angeglichen. Daher wurde von der gesetzlichen Unfallversicherung erwartet, die Rolle der Arbeitgeber als Haftungsversicherung für die Unfallentschädigungspflicht zu übernehmen¹. Das heißt, dass das Versicherungssystem errichtet wurde, um den Arbeitnehmerschutz zu gewährleisten, weil ohne finanzielle Absicherung die Entschädigungspflicht nicht erfüllt werden kann. Aus diesem Grund tragen die Arbeitgeber bei der Unfallversicherung sämtliche Versicherungsbeiträge. Darüber hinaus kommt bei der Unfallversicherung das Versicherungsverhältnis allein mit Einstellung eines Arbeitnehmers zustande, so dass sichergestellt wird, dass der Arbeitnehmerschutz durch Unterlassung der Anmeldung seitens des Arbeitgebers nicht vereitelt werden kann.

Die Entwicklung der Unfallversicherung seit ihrer Errichtung ist durch die Erweiterung des Versichertenkreises² und die Verbesserung der Leistungsqualität gekennzeichnet. Als Folge übernimmt die Unfallversicherung funktionell mehr Aufgaben des Arbeitnehmerschutzes, weit über den Rahmen der Entschädigungspflicht nach dem ASG hinaus. Diese Entwicklung ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass die Leis-

1 Sie hat nicht die Eigenschaft einer Haftungsversicherung, sondern einer Schadensversicherung. Sie erfüllt jedoch faktisch die Funktion einer Haftungsversicherung, weil die Haftung des Arbeitgebers gegenständlich auf die Schäden gerichtet ist. Nach § 84 ASG wird der Arbeitgeber durch Gewährung der gesetzlichen Unfallversicherungsleistungen von der Unfallentschädigungspflicht nach ASG befreit.² Vgl. *Nishimura*, „Arbeitsunfallentschädigung, Arbeitsunfallversicherung und Sozialversicherung“, *Minsyohouzasshi* Bd.127 Nr. 4-5, 2003, S. 559.

tungsregelungen der Unfallversicherung im Vergleich zu anderen Sozialversicherungen für die Versicherten bzw. Hinterbliebenen schon immer großzügiger und günstiger waren und daher die Erweiterung des Schutzbereiches stets verlangt worden war. Von der Seite der Versicherten aus betrachtet war es eine Errungenschaft, aber der Zusammenhang mit der Entschädigungshaftung der Arbeitgeber, die noch bei der Gründung eindeutig war, wurde immer unklarer. Das führte letztlich zu Diskussionen über die Regelungen der Beitragstragung bzw. der Leistungen (sog. Disput über die Eigenschaften der Unfallversicherung)³, aber auch zu Konflikten um die Anerkennung als Versicherungsfall.

Seit dem Erlass des Unfallversicherungsgesetzes in den 60er Jahren haben sich sowohl die Industriestruktur aufgrund der Entwicklung der Dienstleistungsindustrie bzw. der IT-Branche, als auch die Arbeitsformen und -umgebungen geändert. Die Beschäftigungsformen haben einen großen Wandel erfahren und immer mehr „selbständige Erwerbstätige“ bieten ihre Dienste anstatt durch Dienstvertrag, aufgrund eines Werkvertrages bzw. im Auftragsverhältnis an. Der Wandel der Beschäftigungsformen wirft die grundsätzliche Frage auf, ob die für die Anwendbarkeit der Unfallversicherung entscheidende, alles-oder-nichts-Einteilung, entweder ein Arbeitnehmer zu sein oder nicht, noch gerechtfertigt ist. Je besser die Leistungen der Unfallversicherung allmählich werden, desto bedeutender wird diese Frage.

So ergibt es sich, dass die Probleme des japanischen Unfallversicherungssystems vielschichtig sind. In diesem Bericht werden zwei zentrale Fragen um den Versichertenkreis einerseits und um die Beitragslast andererseits erörtert, um die aktuelle Lage des japanischen Unfallversicherungssystems zu veranschaulichen.

1. Entwicklungsgeschichte des Unfallversicherungssystems

Zuerst wird die Entwicklung der Unfallversicherung in Japan seit ihrem Aufbau aus drei Gesichtspunkten, nämlich versicherten Branchen, Versicherungsfällen und Leistungsinhalten kurz zusammengefasst.

1. Erweiterung der versicherten Branchen

Die Adressaten der gesetzlichen Unfallentschädigungshaftung sind alle Arbeitnehmer i.S.d. ASG. Das Unfallversicherungssystem, in dem zur Zeit grundsätzlich alle Arbeitnehmer i.S.d. ASG als Versicherte gelten, deckte am Anfang gar nicht alle Arbeit-

3 Überblick gebend für den Disput über die Verstärkung der sozialen Sicherheit, *Masahiko Iwamura*, „Herausforderung für die Unfallversicherungspolitik“ Kurse für Arbeitsrecht des 21. Jhts, Band 7, 2000, S. 22 ff.

nehmer ab. Damals bestand die Versicherungspflicht nämlich nur bei den Betrieben des Bau- und Frachtgütertransportgewerbes, und bei Betrieben mit mindestens 5 Arbeitnehmern in Bergwerken, der Produktions- und Verkehrsindustrie. Alle anderen Branchen wie der Groß- und Einzelhandel oder die Finanz- und Versicherungsdienstleistungen hatten sich nur freiwillig dazu anschließen können. 1968 wurde dann die generelle Versicherungspflicht für alle Betriebe mit mindestens 5 ständigen Arbeitnehmern eingeführt und 1972 wurde die Einschränkung bezüglich der Arbeitnehmeranzahl grundsätzlich aufgehoben. Heute besteht die Möglichkeit des freiwilligen Abschlusses der Unfallversicherung nur bei den privaten Agrar-, Forst- und Fischereibetrieben mit weniger als 5 Arbeitnehmern (Kleinstbetriebe).

Außerdem gibt es eine Sonderregelung, die jenen Erwerbstätigen den Versicherungsschutz anbietet, die sonst nicht als Arbeitnehmer i.S.d. ASG gelten⁴. Durch diese Regelung können auch die Unternehmer der kleinen und mittleren Unternehmen (KMU) bzw. ihre mithelfenden Familienangehörigen, selbständige Meister bzw. Erwerbstätige in bestimmter Beschäftigung und in das Ausland entsandte den Unfallversicherungsschutz in Anspruch nehmen.

2. Erweiterung des Anwendungsbereiches der Versicherungsfälle

Die Unfallversicherung hatte ursprünglich nur den betrieblichen Unfall bzw. Erkrankung oder Verletzung als Versicherungsfall definiert und fand auch mit der Bestimmung über den Anwendungsbereich der Unfallentschädigung im ASG eine Entsprechung. Jedoch wurde 1973 der Wegeunfall, der bis dahin durch die Krankenversicherung abgedeckt wurde, zum versicherten Tätigkeitsbereich aufgenommen, um das gleiche Leistungsniveau wie beim Arbeitsunfall für diesen neuen Anwendungsbereich anbieten zu können.

Im Rahmen der berufsbedingten Erkrankung wurde bereits eine Liste erstellt und wer an einer aufgelisteten Krankheit leidet, bei dem wird die Berufsursächlichkeit angenommen. Auch auf dieser Liste wurden sukzessiv neue Krankheiten hinzugefügt. Schließlich werden immer öfter die Fälle von Karoshi (hauptsächlich Hirngefäß- bzw. Herzerkrankungen) und Selbsttötung im Erschöpfungszustand als Versicherungsfall der „sonst offensichtlich berufsursächlichen Krankheiten“⁵ anerkannt. Auf diese Weise vergrößert sich der Anwendungsbereich der Unfallversicherung ständig.

4 § 33 Arbeitsunfallversicherungsgesetz.

5 § 35 DurchführungsVO des ASG bzw. Anhangtabelle 1-2 Nr. Heilentschädigungsleistungen nach AUVG werden heute noch erst gewährt, wenn die Unfallentschädigungshaftung entstanden ist (§ 12 Nr. 8 ASG). § 35 DurchführungsVO des ASG verweist auf die Regelungen über Erkrankungen in der Anhangtabelle 1-2. Die Anhangtabelle 1-2 unterteilt die Erkrankungen in folgende Gruppen: unfallbedingte Erkrankungen, kasuistisch aufgezählte Erkrankungen, vom Minister anerkannte Erkrankungen und umfassend bestimmte Erkrankungen.

Dazu wurde 2001 die sog. sekundäre Gesundheitsuntersuchung zur Liste der Unfallversicherungsleistungen hinzugefügt. Das ist jene sachliche Unfallversicherungsleistung, mit der den aufgrund ihrer belastenden Beschäftigung besonders von Hirngefäß- und Herzerkrankungen gefährdeten Arbeitnehmern eine spezialisierte Gesundheitsuntersuchung und medizinische Folgebetreuungen angeboten wird.

3. Qualitative Verbesserung der UV-Leistungen

Die Versicherungsleistungen waren ursprünglich vergleichbar mit dem Inhalt der Unfallentschädigungshaftung nach ASG. Jedoch wurde 1960 die Invaliditätsrente für Langzeitpatienten mit Behinderungsklasse 1 bis 3 eingeführt, deren Anwendung 1966 auch auf Patienten mit Behinderungsklasse 4 bis 7 bzw. Hinterbliebene erweitert wurde. Für die Unfallentschädigung nach ASG ist keine Rente vorgesehen. Daher wurde sie im Unfallversicherungsgesetz eigens eingeführt, so dass ein besserer Schutz für Betroffene und Hinterbliebene angeboten wird. Diese Rentenleistungen werden aufgrund der ILO-Übereinkommen Nr. 121 bzw. ihren Empfehlungen sukzessiv angehoben

Im Rahmen der Arbeitswohlfahrtswirtschaftsfonds, die mit den Mitteln der Unfallversicherung finanziert werden, wurde 1974 auch eine nichtgesetzliche Sonderzahlung als Mehrleistung zu Unfallversicherungsleistungen eingeführt. Das ist eine Art Anzahlung auf die gesetzlichen Leistungen aus der Unfallversicherung. Z.B. wird auf die 60%ige Übergangentschädigung zum Leistungstagesatz eine noch 20%ige Anzahlung als Mehrleistung ausgezahlt.

Weiterhin wurde 1995 das Unfallversicherungsgesetz (UVG) dahingehend geändert, dass dem Arbeitnehmer, der einen Anspruch auf die Invaliditätsentschädigungsrente oder Verletztenentschädigungsrente hat, beim Vorliegen der Pflegebedürftigkeit eine zusätzliche Pflegeentschädigungsleistung ausgezahlt wird.

II. Probleme der Erweiterung des Unfallversicherungssystems

Wie wir sehen, schreitet die Erweiterung des japanischen Unfallversicherungssystems in allen Bereichen, vom Kreis der Versicherten, über die Versicherungsfälle bis hin zu den Versicherungsleistungen fort. Dieses Phänomen scheint einzigartig zu sein, weil die Leistungen von anderen Sozialversicherungen regelmäßig gekürzt werden. Bei Heilleistungen in der Krankenversicherung ist z.B. der Selbstbehalt ständig erhöht worden. Während der Versicherte der Krankenversicherung 30% der Kosten selbst tragen muss, hat der Arbeitnehmer bei der Unfallversicherung weiterhin keinen Selbstbehalt zu zahlen. Auch bei der Übergangentschädigung darf sich der Versicherte der Unfallversicherung dank der Sonderleistungsregelung über die 20%ige Aufzahlung freuen. Wer

die Voraussetzungen für den Leistungsanspruch auf Invaliditätsrenten sowohl aus der Krankenversicherung als auch der Unfallversicherung erfüllt, dem wird neben der Rente der Krankenversicherung auch die Unfallversicherungsleistung, wenn sie auch etwas reduziert wird, ausgezahlt.

Der Vorteil aus der Unfallversicherung ist darauf zurückzuführen, dass die Unfallversicherung ursprünglich die Entschädigungshaftung des Arbeitgebers voraussetzte und daher dem Arbeitnehmer grundsätzlich nichts vorzuwerfen ist. Aufgrund der Tatsache, dass die Leistungsunterschiede zwischen den Versicherungen tendenziell erheblicher werden, hat die Frage, ob der Versicherungsschutz aus der Unfallversicherung anerkannt wird oder nicht, eine größere finanzielle Bedeutung für die Empfänger als früher, so dass immer mehr um die Anerkennung gekämpft wird.⁶ Bei solchen Konflikten handelt es sich um die Anerkennung der Betrieblichkeit, oder um die Qualifikation als Unfallversicherter. Vor allem gibt es immer mehr Streit um den ersten Fall, gerade weil der Anwendungsbereich auf den Todesfall bzw. die Selbsttötung aus Erschöpfung immer erweitert wurde. Dieses Thema wird im Detail im Bericht von Prof. Nishimura beschrieben. Der dritte Teil des vorliegenden Beitrags beschäftigt sich daher mit dem zweiten Fall, nämlich mit der Frage um den Versichertenkreis.

Die oben angeführte Erweiterung des Unfallversicherungssystems bringt gleichzeitig finanzielle Probleme mit sich. Die Unfallversicherung hat grundsätzlich finanziell keine ernsthaften Schwierigkeiten, weil die Ausgaben langsam abnehmen, indem die unfallarmen Dienstleistungsbranchen schneller wachsen und durch Innovationen und verbesserte Arbeitsumgebung die Anzahl der Versicherungsfälle in der Unfallversicherung sinkt.⁷ Je weiter sich die Unfallversicherung jedoch von der eigentlichen Entschädigungshaftung nach ASG entfernt, desto schwieriger wird die Rechtfertigung, warum die Arbeitgeber alleine die Versicherungsbeiträge zu tragen haben. Die Dispute um den Versicherungsbeitrag werden von Jahr zu Jahr unfreundlicher. Die immer lockerer werdenden Anerkennungskriterien für die Karoshi bzw. Selbsttötung aus Übermüdung geben negative Impulse zur Diskussion über die alleinige Beitragstragung durch die Arbeitgeber. Die Erweiterung der Unfallversicherung ist die eine Seite der Medaille und die Kehrseite ist das Problem der Beitragslast. Aus diesem Grund wird im vierten Teil die aktuelle Situation über die Beitragstragung erörtert.

6 Die Zahl der Anträge auf gerichtliche Überprüfung der behördlichen Entscheidung über die Arbeitsunfallversicherungsleistungen, die noch im Jahr 2000 346 zählte, stieg allmählich bis auf 510 im Jahr 2006. Voriges Jahr ist die überlange Verfahrensdauer der gerichtlichen Überprüfung zum ersten Mal thematisiert worden, weil immer mehr Fälle mit dem Karoshi oder mit der Selbsttötung aus Übermüdung zu tun haben, die besonders zeitaufwendig sind.

7 Hinsichtlich der Finanzierung hat die Unfallversicherung in der Vergangenheit zweimal knapp vor dem finanziellen Zusammenbruch gestanden. Das erste Mal kurz nach der Errichtung des Systems in der zweiten Hälfte der 50er Jahren. Das zweite Mal nach dem Öl-Schock in der zweiten Hälfte der 70er Jahren. In den beiden Fällen wurde die Krise mit einer drastischen Erhöhung des Beitragsatzes überwunden.

III. Versichertenbegriff in der Unfallversicherung

Seit der Gründung des Unfallversicherungssystems ist der Versichertenkreis als Arbeitnehmer i.S.d. ASG verstanden worden.⁸ § 9 des ASG definiert den Arbeitnehmer, der – völlig unabhängig vom Beruf – in einem Betrieb bzw. einer Betriebsstätte (im weiteren Betrieb) beschäftigt ist und dafür ein Entgelt erhält. Nach § 11 desselben Gesetzes ist das Entgelt, - unabhängig von ihrer Bezeichnung – alles, was der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer als Kompensation für die Arbeit auszahlt, inkl. Lohn, Gehälter, Beihilfen, Bonusgelder o.ä. Es ist zu erwarten, dass die Subsumtion unter den Arbeitnehmerbegriff allein mit Hilfe dieser Regelungen schwer zu leisten ist. Früher gab es viele Streitigkeiten um die Arbeitnehmereigenschaft, aber auch neuerdings gibt es Fälle in denen die Arbeitnehmereigenschaft bestritten wird,⁹ u.a. geht es dabei um einen Fahrer mit einem eigenem LKW, einen Kinofilmkameramann¹⁰, ein Orchestermittglied eines Vergnügungsparks¹¹, einen Eintreiber der öffentlichen Rundfunkgebühren,¹² einen Arzt in Ausbildung.¹³

Die Beurteilung der Arbeitnehmereigenschaft erfolgt aufgrund einer Gesamtwürdigung, hauptsächlich nach der persönlichen Abhängigkeit, aber auch unter Mitberücksichtigung der organisatorischen und wirtschaftlichen Abhängigkeit. Ein Fahrer, der aufgrund eines Werkvertrags mit seinem eigenen LKW Transportgeschäfte übernahm, begehrte die Nichtigkeit der behördlichen Entscheidung, die den Unfallversicherungsschutz nicht gewährt hat. Der OGH verneinte die Arbeitnehmereigenschaft. Der Sachverhalt war folgender: Der Fahrer beschäftigte sich dergestalt ausschließlich mit Transportgeschäften einer Firma, dass er kein Recht hatte, Aufträge dieser Firma abzulehnen. Der Dienstbeginn und -schluss waren zwar von Kundenwünschen abhängig, jedoch beschränkten sich die Anweisungen auf den Lieferort und -zeit. Die Art des Transportes war sonst nicht näher bestimmt. In diesem Fall erkannte der OGH zwar das Vorliegen der wirtschaftlichen und organisatorischen Abhängigkeit des Klägers, verneinte jedoch seine Arbeitnehmereigenschaft, da das Gericht ein strenges Maß an das Erfordernis der persönlichen Abhängigkeit anlegte.

Dieser LKW-Fahrer hätte sich nach der Sonderbeitrittsregelung freiwillig der Versicherung anschließen und damit den Anspruch auf die Versicherungsleistung sichern können. Man könnte mithin auch sagen, dass er den nicht anerkannten Versicherungsschutz wegen Unterlassens mitverschuldet hat. Sein Beschäftigungsverhältnis stand

⁸ Der OGH vertritt denselben Standpunkt. Rechtssache Direktor des Arbeitsstandardsamtes Yokohama Süd gegen Asahi Papierindustrie, OGH 1. Senat E. v. 28.11.1996, Rohan Nr. 714 S. 14.

⁹ Vgl. *Minagawa*, Untersuchung der Rechtsprechung über die Arbeitnehmereigenschaft, Kikan-Roudouhou Nr. 215, 2006, S. 35.

¹⁰ OLG Tokyo v. 11.7.2002, Rohan Nr. 832 S. 13.

¹¹ LG Okayama v. 16.5.2001, Rohan Nr. 821 S. 54.

¹² OLG Tokyo v. 27.8.2003, Rohan Nr. 868 S. 75.

¹³ OGH v.16.3.2005, Minsyu Bd. 59 Nr. 5 S. 938.

zwischen den Begriffen des Arbeitnehmers und des Selbständigen und wurde vom Arbeitgeber bewusst so geschaffen. Insofern könnte eine Umgehung der Versicherungspflicht vermutet werden. Ob solche, auf fragwürdige Weise, kreierte Nichtarbeitnehmer aus dem Unfallversicherungsschutz auszuschließen sind oder unter den Versicherungsschutz zu stellen und ihnen Leistungen anzubieten sind, ist nun eine offen gelassene Frage.

Selbst der vorhin angeführte Grundsatz, den Versichertenbegriff i.S.d Arbeitsunfallversicherung mit dem Arbeitnehmerbegriff des ASG gleichzustellen, müsste in Frage gestellt werden. Dass das Prinzip, den Anwendungsbereich des Arbeits- und Sozialversicherungsrechts einheitlich zu definieren, an sich nicht rationell sei, und dass es eigentlich vernünftiger wäre, je nach Anwendung einen unterschiedlichen und passenden Anwendungsbereich festzulegen, dieses Argument wird in letzter Zeit in Japan immer stärker vertreten. Es wäre m. E. nicht unbedingt erforderlich in den Bereichen, in denen z.B. Arbeitszeiteinschränkung, Kündigungsschutz und Arbeitsunfallversicherungsschutz notwendig sind, einen einheitlichen Anwendungsbereich vorzusehen. In Wirklichkeit wird innerhalb des ASG unter dem Gebrauch des Begriffs „Verwaltungsaufsicht“ zwischen dem Anwendungsbereich der Regelungen jeweils differenziert.¹⁴ Daher wäre es im Rahmen des Versichertenbegriffs durchaus denkbar, unabhängig vom ASG, einen eigenen Bereich zu definieren. Jedoch müsste dabei folgenden Problemen Rechnung getragen werden.

Zum Ersten wird für die Begründung des eigenen Anwendungsbereiches eine theoretische Rechtfertigung verlangt. Derzeit gibt der Arbeitnehmerbegriff des ASG ausreichende Rechtfertigung, weil die Unfallentschädigungspflicht nach ASG eine Voraussetzung ist. Sollte aber ein anderer Anwendungsbereich als im ASG definiert werden, muss erörtert werden, auf welcher theoretischen Rechtfertigung der neue Anwendungsbereich aufgebaut werden soll. Dabei würde der Opferschutz allein nicht ausreichen, um die Beitragstragung durch die Arbeitgeber zu rechtfertigen. Die derzeitige Unfallentschädigungspflicht nach dem ASG basiert auf dem Billigkeitsgedanken, dass die Unternehmer, die aus dieser betrieblichen Tätigkeit Gewinn erwirtschaften, auch für den damit verbundenen Arbeitsunfall gerade stehen sollten. Nach diesem Grundsatz wäre es durchaus denkbar, alle in Betriebstätigkeit involvierten Personen unter Versicherungsschutz zu stellen. Es gibt aber auch die Meinung, dass die schuldunabhängige Haftung nur zu rechtfertigen ist, weil die Arbeitgeber durch ihre Weisungen und Befehle die Arbeit der Arbeitnehmer bis ins Detail kontrollieren können. Auch der OGH vertritt diese Ansicht. Von diesem Standpunkt aus gesehen, fehlt der schuldunabhängigen Arbeitgeberhaftung für die Personen, die keine persönliche Abhängigkeit aufweisen, eine rechtfertigende Grundlage.

Zum Zweiten läßt sich ein ähnlicher Disput wie bei der Arbeitnehmereigenschaft nicht vermeiden, solange der Schutzbereich dichotomisch geregelt ist, auch wenn nach

14 § 41 Nr. 2 ASG.

dem differenzierten Zielgruppengrundsatz auch ein eigener Anwendungsbereich definiert wird. Falls dieser Konflikt vermieden werden soll, könnte die Abschaffung der Arbeitsunfallversicherung und ihre Integrierung in die Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung auch in Erwägung gezogen werden. In diesem Fall können uns sowohl die Anerkennungsverfahren über die Betrieblichkeit als auch die damit verbundenen Konflikte erspart bleiben. Allerdings ginge dabei die Vorteilhaftigkeit der Unfallversicherungsleistungen zur Gänze verloren und die Haftung der Arbeitgeber würde wesentlich verwässert.

IV. Finanzierung der Unfallversicherung

1. Finanzierung der Unfallversicherung

Zuerst wird hier die finanzielle Lage der japanischen Unfallversicherung kurz zusammengefasst.¹⁵

Im Rahmen der Finanzierung der japanischen Unfallversicherung wird der Aufwand für die Versicherungsleistungen auf Kurzzeit- und Langzeitleistungen jeweils getrennt errechnet. Aus dieser Rechnung wird dann die Höhe der Versicherungsbeiträge zurückerrechnet und bestimmt. Die Kurzzeitleistungen sind: Heilentschädigungsleistung, Übergangentschädigungszahlung für die Freistellung, einmalige Entschädigungszahlung für bleibende Schäden, einmalige Entschädigungszahlung für die Hinterbliebenen, Begräbniskosten, Pflegeleistungen und die zusätzlichen Sonderzahlungen auf diese. Die Langzeitleistungen sind: Entschädigungsrente für bleibende Schäden, Entschädigungsrente für die Hinterbliebenen und die zusätzlichen Sonderzahlungen darauf.

Für die Kurzzeitleistungen wird das reine Umlageverfahren angewendet, in dem der Aufwand für drei Jahre mit der Beitragseinnahme aus demselben Zeitraum gedeckt werden soll. Für die Langzeitleistungen wird das Umlaufverfahren für den Zusatzaufwand angewendet, in dem der in der Kostenrechnung errechnete Gesamtaufwand (für die ganze Zukunft) für die innerhalb von drei Jahren neu hinzugekommenen Rentempfänger in Form von Beiträgen in demselben Zeitraum von Arbeitgeber entrichtet wird.¹⁶ Das alles richtet sich nach der Grundidee der Billigkeit, das Betriebsunfallrisiko müsse von den Betreibern getragen werden.

15 Zur Finanzgebarung wurde die JILPT Dokumentationsserie Nr. 21, „Finanzierungsmethode der Arbeitsunfallversicherung“ zur Ansicht genommen.

16 Vor 1988 wurde zur Errechnung der Beiträge für die Langzeitleistungen nur der Aufwand der ersten sechs Jahre für neue Zugänge herangezogen (korrigiertes Umlageverfahren). Für diesen Zeitraum besteht das Umlagedefizit, welches zwischen 1989 und 2023 als Altlasten gleichmäßig verteilt den Versicherern zur Last gelegt ist.

Die Höhe des Beitragssatzes wird aufgrund der oben angeführten Kalkulationen, je nach Branchen differenziert, bestimmt. Denn die Unfallarten bzw. die Unfallraten sind je nach Sparte unterschiedlich. Die Differenzierung der Beitragshöhe fördert die Bemühung um die Unfallverhütung bei den unfallanfälligen Branchen. Die 54 Sparten sind derzeit in 28 Stufen aufgeteilt und der Beitragssatz variiert zwischen 4.5 Promille bis max. 118 Promille. Der Mehraufwand bei den Kurzzeitleistungen, die länger als drei Jahre ausgezahlt werden, und Mehrkosten bei den Langzeitleistungen, die länger als 7 Jahre ab dem Zeitpunkt des Unfalls ausgezahlt werden, werden nicht von den jeweiligen Branchen getrennt, sondern aus dem gemeinsamen Topf finanziert. Der Grund dafür ist beim ersten Fall, dass gem. § 81 ASG der Arbeitgeber nach drei Jahren nach dem Unfall durch eine einmalige Entschädigungszahlung von der Entschädigungspflicht befreit werden kann, und beim zweiten Fall, dass die Summe der Kurzzeit- und der Langzeitleistungen in sieben Jahren den gesetzlichen Höchstbetrag für die Entschädigung nach ASG erreicht. Der Aufwand für die Leistungen aus dem Wegeunfall bzw. aus der sekundären Untersuchung, die als nichtbetriebliche Versicherungsfälle zusammengefasst werden, werden gemeinsam von allen Branchen mit dem einheitlichen Beitragssatz finanziert. Ebenso werden die Kosten für die Arbeiterwohlfahrtaktivitäten (außer Sonderauszahlungen) und Verwaltungskosten des Arbeitsunfallversicherungsträgers von allen Branchen mit demselben Satz (1,4 Promille) getragen.

Das Unfallversicherungsgesetz kennt von seiner Gründung an das Bonus-Malus-System. Das heißt, dass die Beitragshöhe eines Betriebs sich nach der Häufigkeit der Versicherungsfälle richtet, um Anreiz für Unfallverhütung zu geben. Bei KMU ist allerdings die Unfallwahrscheinlichkeit grundsätzlich niedriger und ob eine Verringerung der Zahl der Unfallereignisse tatsächlich auf die Bemühungen der Betriebe um die Unfallverhütung zurückzuführen ist, kann nicht eindeutig nachgewiesen werden. Insofern ist die Anwendung des Bonus-Malus-Systems für die KMU nicht gerechtfertigt. Aus diesem Grund kommt diese Anreiz-Maßnahme grundsätzlich nur für Betriebe mit mindestens 100 Mitarbeitern zur Anwendung. Das Ausmaß der Vor- und Nachteile schwankt zwischen $\pm 40\%$ und der konkrete Satz wird aus der Relation zwischen den ausgezahlten Versicherungsleistungen und dem Satz der entrichteten Beiträge bestimmt.

2. Probleme in Bezug auf den Beitrag

Die Finanzierung der Unfallversicherung befindet sich seit dem Umstieg zum Zusatzaufwandumlageverfahren 1989 grundsätzlich in einem stabilen Zustand. Während sich das Unfallversicherungssystem ständig ausweitete, wurde die Aufmerksamkeit der Arbeitgeber der Tragung der Beitragslast geschenkt und mitten im Prozess der Deregulierung stets harte Kritik ausgeübt. Im Hintergrund steht die im Zuge der Unfallversicherungserweiterung immer größer werdende (im ersten Teil geschilderte) Abweichung von der Arbeitgeberhaftung. Da das parallele Anrufen des ordentlichen Gerichts wegen

der zivilrechtlichen Haftung des Arbeitgebers zulässig ist,¹⁷ ist der Vorteil der Unfallversicherung für Arbeitgeber relativ klein. Die Tatsache, dass vermutlich ca. 14% der versicherungspflichtigen Betriebe unangemeldet sind und keine Beiträge zahlen, erregt bei den beitragszahlenden Unternehmern zusätzlich das Gemüt. Die „Allgemeine Konferenz für die Regelungsreform“ wies mit ihrem dritten Bericht vom Dezember 2003¹⁸ eingehend darauf hin, dass der nach Branchen gestaffelte Beitragssatz nicht wirklich den Risiken der jeweiligen Branchen entspricht und vor allem, dass die Dienstleistungsbranchen den ausgezahlten Leistungen gegenüber unverhältnismäßig große Beitragslast zu tragen haben, und forderte eine rasche Reform des Systems. Nach mehrmaligen Arbeitstreffen entschied sich das Ministerium für Gesundheit und Arbeit, ab April 2006, die bis dahin unter dem Sammelbegriff „sonstige Branchen“ gebündelten Branchen jeweils als selbständige Sparte wie Telekommunikation, Groß- und Einzelhandel, Finanz- und Versicherungsdienstleistung, getrennt zu behandeln.

In der Tat waren zum Zeitpunkt der Berichterstattung der Konferenz rund 28,58 Mio. Arbeitnehmer in der Sparte „sonstige Branchen“ versichert, während in den anderen Branchen von einigen Zehntausenden bis über 1 Mio. eingetragen waren. Die Branchen waren nach den Arbeitsformen und Unfallarten zusammengefasst, um den Anreiz für die Unfallverhütung effizienter zu gestalten. Dabei wurde die Größenordnung der vorhandenen Branchenverbände oder der Versicherungsgenossenschaften mit berücksichtigt, weil sie die eigentlichen Initiatoren der Unfallverhütung sind. Ist der Verband zu groß, funktionieren die Anreize auch nicht wirklich.

Trotz der Verselbständigung der drei genannten Branchen ist die Höhe des Beitragssatzes gleichgeblieben.¹⁹ Nach Vorstellung der Allgemeinen Konferenz für die Regelungsreformen sollten sich die unterschiedlichen Risiken der Branchen noch stärker in den Beitragssätzen niederschlagen. Da die Leistungen länger als drei bzw. sieben Jahre und im Bereich des nichtbetrieblichen Versicherungsfalls gemeinsam von allen Betrieben finanziert werden müssen, kann der Beitrag einer Branche nicht so drastisch gesenkt werden, wenn ihr Unfallrisiko sehr klein ist. Die stärkere Anbindung des Beitragssatzes an das Unfallrisiko würde sicherlich den Anreiz für die Unfallverhütung erhöhen und der Erwartung der Arbeitgeber auf eine gerechte Verteilung der Beitragslast besser gerecht werden. Schließlich ist die Unfallversicherung jedoch eine gesetzliche Sozialversicherung, die auf Solidarität ausgerichtet ist. Die Differenzierung zwischen den Branchen entspricht nicht dem Gedanken der Solidarität. Dasselbe gilt auch für das Bonus-Malus-System. Die konsequente Verfolgung der Anreize könnte dazu führen, dass jede Firma für sich selbst eine eigene Versicherung abschließt (captive in-

17 Vgl. *Nishimura*, Arbeitsunfallentschädigung und Schadenersatz, 1988.

18 <http://www8.cao.go.jp/kisei/siryō/031222/index.html>.

19 Der Beitragssatz der sonstigen verschiedenen Betriebe wurde 2006 von 5 Promille auf 4,5 Promille gesenkt. Während der Beitragssatz der neu verselbständigten Telekommunikations-, Finanz- und Versicherungsbranche auch bei 4,5 Promille festgelegt ist, wurde bei Groß- und Detailhandel der 5 Promille Satz beibehalten.

urance). Das würde die Bedeutung der gesetzlichen Unfallversicherung massiv untergraben.

Gerade unter dem Zeitgeist des Neoliberalismus hätte sich die Diskussion über den Beitrag auf diese Weise beinahe bis zum ideologischen Streit entwickeln können, ob der Unfallschutz durch eine gesetzliche Sozialversicherung auf der ideellen Grundlage der Solidarität zu verwirklichen oder der Entscheidung einzelner Unternehmen zu überlassen ist. Schließlich ist die Gesetzesänderung aufgrund der Berichterstattung der Allgemeinen Konferenz für Regulierungsreformen sehr eingeschränkt ausgefallen. Der Druck zu weiteren Reformen könnte sich durch Abnahme des Solidaritätsbewusstseins weiter verstärken.

Schlussfolgerung

Soweit wurde hier versucht, einen Aspekt der aktuellen Herausforderungen der Unfallversicherung in Japan durch Fokussierung auf den Versichertenbegriff und auf die Entwicklung in der Finanzierung zu erörtern. Die Unfallversicherung in Japan wurde zum Zweck des Opferschutzes stets erweitert und hat sich zugleich von der ursprünglichen Grundlage der Unfallentschädigungspflicht der Arbeitgeber immer weiter entfernt. Infolgedessen, so scheint es mir, beginnt durch Abnahme des sozialen Solidaritätsgedankens und unter Verstärkung der neoliberalistischen Ideologie die Grundlage der Unfallversicherung als Sozialversicherung zu wackeln. Jedes Unternehmen kann jedoch nur in einer Gemeinschaft existieren. Solange sie miteinander in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen, ist es immer noch überzeugend genug, dass es notwendig ist, die Risiken der in der wirtschaftlichen Tätigkeit nicht auszuschließenden Unfälle in Solidarität mit allen Betrieben zu tragen. Daher ist die finanzielle Beitragspflicht der Arbeitgeber als eine der Eigenschaften der Unfallversicherung weiterhin beizubehalten. Was das Leistungsniveau betrifft, scheint es mir überlegenswert zu sein, es im vernünftigen Verhältnis zu anderen Sozialversicherungen zu halten.

Die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung: Chancen und Risiken bei Einführung von Kapitaldeckungselementen

Prof. Dr. Ulrich Becker, LL.M. (EHI)

I. Einführung

1. Zwei Prozesse haben dazu beigetragen, daß in den letzten Jahren die Rolle des Sozialstaats und damit die Ausgestaltung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland wie in den meisten anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union auf den Prüfstand gekommen ist,¹ und daß insbesondere die gesetzliche Rentenversicherung bereits grundlegenden Reformen unterzogen wurde.² Kurzfristig war es die schwierige Situation auf dem Arbeitsmarkt, die vor dem Hintergrund der zunehmenden Internationalisierung und des damit erhöhten Wettbewerbsdrucks³ das Bewußtsein für den Zusammenhang zwischen sozialer Sicherung und Arbeitskosten geschärft hat.⁴ Langfristig ist es die nicht mehr nur absehbare,⁵ sondern mittlerweile auch spürbar gewordene demographische Entwicklung,⁶ die insbesondere im Hinblick auf die künftige Finanzierung sozialer Sicherungssysteme zu Änderungsvorschlägen geführt hat.

Die Reformdebatten haben mittlerweile die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) erreicht.⁷ Galt dieser Zweig der deutschen Sozialversicherung lange Zeit als zumindest verhältnismäßig krisenfest – wegen der Erfolge im Bemühen um die Senkung der Unfallzahlen,⁸ aber auch wegen der im Vergleich zur Kranken- und Rentenversicherung

1 Vgl. zur „europäischen Begleitung“ dieses Prozesses nur die Sozialpolitische Agenda, KOM (2005) 33 endg.; zur Debatte um die sog. „Nachhaltigkeit“ sozialer Sicherungssysteme Ebsen, *Nachhaltigkeit soziale Sicherheit?*, in: SDSRV 55 (2007), S. 79 ff.

2 Vgl. dazu nur *Becker*, Private und betriebliche Altersvorsorge zwischen Sicherheit und Selbstverantwortung, JZ 2004, S. 846 ff.

3 Dazu *Becker/Schön* (Hrsg.), *Steuer- und Sozialstaat im europäischen Systemwettbewerb*, 2005.

4 Ohne daß genaue und empirisch belegte Zahlen vorlägen, dazu *Walwei/Zika*, Arbeitsmarktwirkungen einer Senkung der Sozialabgaben, SF 2005, S. 77 ff.

5 Zu früheren Prognosen *Kaufmann*, Die Überalterung. Ursachen, Verlauf, wirtschaftliche und soziale Auswirkungen des demographischen Alterungsprozesses, 1960; *Stolleis*, Möglichkeiten der Fortentwicklung des Rechts der Sozialen Sicherheit zwischen Anpassungszwang und Bestandsschutz, DJT 1984, N, S. 9 ff.

6 Vgl. nur *Becker*, Die alternde Gesellschaft – Recht im Wandel, JZ 2004, S. 929 ff.

7 Während sich die Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme (auch bekannt als „Rürup-Kommission“) mit der GUV nicht eingehend beschäftigt hat, vgl. den Bericht unter <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/download/PDFs/Bericht.pdf>.

spürbar geringeren Ausgabenlast –, so hat sich das Bild vor allem in den letzten zwei Jahren verändert.⁹

Denn mittlerweile geht es nicht mehr um die Frage, ob ein privates Versicherungssystem einem sozialen vorzuziehen sei. Diese Frage ist bekanntlich so alt wie die GUV selbst.¹⁰ Die zwischenzeitlichen Bestrebungen, eine Antwort zugunsten privater Versicherungsunternehmen mit Hilfe des europäischen Gemeinschaftsrechts zum Durchbruch zu verhelfen,¹¹ hat sich durch die Rechtsprechung des EuGH¹² weitgehend erledigt.¹³ Heute geht es statt dessen um weniger radikale, aber viel konkretere Aspekte. Im Mittelpunkt stehen dabei die Leistungen und die Organisation der Unfallversicherung. Aber selbst insofern bleibt immer die Frage im Hintergrund, wie die Finanzierung des Leistungssystems auf Dauer am besten gesichert werden kann – zumal, wie auf der Hand liegt, Leistungen und Organisation ihrerseits natürlich die finanzielle Basis wesentlich beeinflussen.

2. Im folgenden möchte ich zunächst die aktuellen Entwicklungen aufzeigen (II.). Dabei sollen sowohl die unterschiedlichen Positionen, die in der Reformdebatte von interessierten Verbänden zum Pro und Contra einer völligen oder teilweisen Umstellung auf eine Kapitaldeckung vorgetragen werden, als auch der Gesetzentwurf, der voraussichtlich demnächst zu einer Reform führen wird, vorgestellt werden. Im Anschluß geht es um die Grundlagen, nämlich das gegenwärtige Finanzierungssystem der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland, das in seinen Strukturen vorgestellt werden soll (III.). In einem dritten Schritt werden sich die Ausführungen dann den Vor- und Nachteilen der Einführung von Kapitaldeckungselementen zuwenden (IV.). Dabei sollen aber nicht ökonomische Argumente im Vordergrund stehen, sondern vor allem die normative Frage, ob und in welcher Weise eine Einbindung solcher Elemente mit dem bestehenden System vereinbar ist.

8 Zum Rückgang der Arbeitsunfälle etwa BMA, Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2000, 2002, T21. Das hat sich zwar jüngst insofern geändert, als 2006 mehr Arbeitsunfälle als 2005 zu verzeichnen waren, was aber auf die steigende Zahl der Beschäftigten zurückzuführen ist, vgl. http://www.dguv.de/inhalt/zahlen/au_wu/index.jsp.

9 Dazu, daß früher die GUV regelmäßig nicht im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses stand, v. *Maydell*, Die gesetzliche Unfallversicherung – ein übertragbares Modell?, in: FS für Waltermann, 1996, S. 99.

10 Vgl. zur Entstehung und zu den damaligen Diskussionen, ob der Versicherungszwang bzw. der Verzicht auf Gewinne eine private Trägerschaft ausschlossen, *Vogel*, Bismarcks Arbeiterversicherung, 1951, S. 152 ff.

11 Grundl. zu den dahinter stehenden gemeinschaftsrechtlichen Fragen *Giesen*, Sozialversicherungsmonopol und EGV, 1995.

12 EuGH v. 22.1.2002, Rs. C-218/00 (INAIL), Slg.2002, S. I-691.

13 Vgl. aber auch *Giesen*, Das BSG, der EG-Vertrag und das deutsche Unfallversicherungsmonopol, ZESAR 2004, S. 151 ff.; *Seewald*, Kein Monopol der gesetzlichen Unfallversicherung, SGB 2004, S. 387 ff. und 453 ff.; gegen beide *Fuchs*, Die Konformität des Unfallversicherungsmonopols mit dem Gemeinschaftsrecht, SGB 2005, S. 65 ff.

II. Aktuelle Entwicklungen

1. Positionen für und gegen eine Reform

„Ist nach alledem die versicherungstechnische Zweckmäßigkeit des Umlageverfahrens unter den sozialpolitischen und wirtschaftlichen Aspekten der heutigen industriellen Gesellschaft nahezu unbestritten ...“¹⁴ – diese Anfang der 1960er Jahre getroffene Feststellung ist mittlerweile eher in ihr Gegenteil verkehrt worden.

Die Stimmen, die in der letzten Zeit eine völlige oder teilweise Umstellung des gegenwärtigen Finanzierungssystems auf eine Kapitaldeckung befürworten, mehren sich. Die Gründe dafür sind durchaus unterschiedlich. Am weitestgehenden ist das Argument, auf Grund der Alterung und gleichzeitigen Schrumpfung der Bevölkerung sei eine Umstellung erforderlich. In diesem Sinne fordern z.B. die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)¹⁵ und der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK)¹⁶ die Einführung der Kapitaldeckung: Nur so ließe sich eine übermäßige Belastung zukünftiger Generationen vermeiden. Der DIHK geht einen Schritt weiter und tritt gleich für die Aufgabenübertragung an eine private Unfallversicherung ein, da bei der Rentenversicherung schlechte Erfahrungen mit einem Kapitaldeckungsverfahren im staatlichen Sozialversicherungssystem gemacht worden seien. Die „Privatisierung der Wegeunfälle“ sei in dieser Hinsicht ein erster Schritt hin zu einem kapitalgedeckten, privaten Unfallschutz.¹⁷

Konkreter an der wirtschaftlichen Situation der vergangenen Jahre und an dem gesunkenen Beitragsaufkommen knüpfen andere Stimmen an. So meinen etwa der Hauptverband des Deutschen Einzelhandels (HDE)¹⁸ und die FDP¹⁹, ein Kapitaldeckungsverfahren sei deswegen unumgänglich, weil die Finanzierung der Altrenten von einem Umlagesystem nicht angemessen zu bewältigen sei.

Im Hinblick auf den letztgenannten Punkt, die finanziellen Aufwendungen für Renten, befürwortet auch der Verband der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die

14 Rengert, Finanzierungsprobleme der Unfallversicherung, in: FS für Lauterbach, 1961, S. 95, 101.

15 Positionspapier Generalüberholung überfällig! Leistungen konzentrieren – Effizienz steigern, Forderungen zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, [http://bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/Reformvorschlaegezurgesetzlich1/\\$file/PopaUnfallversicherung6_06.pdf](http://bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/Reformvorschlaegezurgesetzlich1/$file/PopaUnfallversicherung6_06.pdf), S. 3, 8.

16 Transparenz, Verlässlichkeit und Effizienz - Agenda für eine zukunftssichere Ausgestaltung der gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland, <http://www.dihk.de/inhalt/download/unfallversicherung.pdf>, S. 3, 4 ff., 11.

17 A.a.O., S. 3, 5, 11.

18 Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, <http://www.einzelhandel.de/servlet/PB/menu/1058331/index.html>, S. 8 ff., 16.

19 Positionspapier „Mehr Wettbewerb und Kapitaldeckung in der Unfallversicherung“, http://www.fdp-fraktion.de/files/723/Positionspapier_Unfallversicherung.pdf, S. 1 f.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGU)²⁰, grundsätzlich einen Übergang zu einem Finanzierungssystem mit Kapitaldeckungselementen, die Einführung eines Rentenwert-Umlageverfahrens.

Ganz anderer Ansicht ist die Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die sich mit der Reform der Unfallversicherung beschäftigt hat. Sie kam zu dem Ergebnis, daß die Altlasten nur durch „eine solidarische Kraftanstrengung der Unternehmer“ in einem Umlagesystem bewältigt werden können. Zudem führe auch nur das Umlageverfahren zu „einem gerechten und solidarischen Ausgleich zwischen den verschiedenen Branchen und Risikogruppen“, wovon nicht zuletzt die Unternehmen durch eine geringere finanzielle Einzelbelastung profitierten.²¹ Ein Nachteil der Umstellung auf ein Kapitaldeckungsverfahren wären außerdem deutlich höhere Beiträge in der Gegenwart. Auf erhebliche zusätzliche Belastungen für Mitgliedsunternehmen der Berufsgenossenschaften wies auch der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)²² hin.

Zusätzlich zu möglichen Beitragserhöhungen wird in einem im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) erstellten Gutachten zur Reform der GUV²³ davor gewarnt, daß im Falle einer Systemumstellung Beitragsanteile in der Gegenwart nicht zur Verfügung stünden. Zudem würden erhebliches Kapital gebunden sowie enorme Rückstellungen entwickelt und damit der Wirtschaft viel Kapital entzogen.²⁴

Diesen Bedenken halten die Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer (ASU)²⁵, der Zentralverband des Deutschen Handwerks²⁶ sowie die Arbeitsgemeinschaft der Fachverbände des baden-württembergischen Handwerks²⁷ entgegen, daß schon eine schrittweise Teilumstellung genügen würde und daß der notwendige Kapitalstock in kleinen Schritten und bei gleichzeitigem Ausschöpfen vorhandener Einspar-

20 Positionspapier „Reform des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung“, http://www.bgdp.de/pages/presse/pospapier_guv.pdf, S. 8.

21 Eckpunkte zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung Beschluss vom 29.6.2006, http://www.rguvv.de/fileadmin/download/info_plus/EckpunkteEndfassung.pdf, S. 2 f.

22 Reformen gestalten – überzeugen durch Handeln, www.hvbg.de/d/pages/service/download/jahrbuch/jb/pdf/jb2003.pdf, S. 12.

23 Gutachten zur Neuorganisation der gesetzlichen Unfallversicherung, Gutachten von *Rürup* und *Steinmeyer* v. 30. März 2006, http://www.bgchemie.de/files/37/Gutachten_GUV_2006-03-30.pdf, S. 48.

24 Die Argumente sind bekannt; dazu und zu möglichen Lösungen näher *Heubeck AG*, Versicherungsmathematisches Gutachten zur Finanzierung der gewerblichen Unfallversicherung v. 24.4.2002, S. 51 ff.

25 Positionspapier „Reform der gesetzlichen Unfallversicherung“, <http://www.asu.de/www/doc/fff38493f5a1643ee8ef247750540ee2.pdf>, S. 7.

26 Positionspapier „Reform der gesetzlichen Unfallversicherung“, <http://www.zdh.de/sozial-undtarifpolitik/unfallversicherung-arbeitsschutz/reform-der-unfallversicherung-aktualisiertes-positionspapier-vom-januar-2007.html>, S. 3 f.

27 Positionspapier zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, http://www.handwerk-bw.de/fileadmin/gruppe_arbeitundsoziales/Datei_Upload/ArgeFVBWHT_ReformBG_kurz.pdf, S. 1, 5.

potentiale aufgebaut werden sollte, um die derzeitigen Beitragszahler nicht zu überlasten. Auf längere Sicht könne so eine zukunftssichere Finanzierung entwickelt werden, und die Kosten für die Finanzierung der Unfallrenten würden sich durch die Verzinsung des Kapitalstocks verringern.

Im Übrigen bringt der DIHK gegenüber den Bedenken, die mit der Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens verbundenen Belastungen seien zu hoch, in dem bereits genannten Positionspapier²⁸ vor, daß die Ausgaben durch eine Verkleinerung des Leistungskatalogs begrenzt werden könnten. Gegen solche Leistungskürzungen wehren sich jedoch nicht zuletzt die Gewerkschaften nach Kräften.

Damit schließt sich der Kreis. Der Zusammenhang zwischen der Art der Finanzierung und ihrem Gegenstand, zwischen Finanzierungsverfahren und Leistungen, rückt in den Blickpunkt – und genau an diesem Punkt ist die Reform im Juli 2007 vorerst gescheitert.

2. Zum Entwurf eines Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes (UVMG)

Im April 2007 hatte das BMAS den vierten Arbeitsentwurf zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung vorgelegt. Der Arbeitsentwurf, der von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitet wurde, besteht aus zwei Teilen, die den unterschiedlichen Reformbereichen entsprechen: So behandelt der erste Teil die Organisationsreform der gesetzlichen Unfallversicherung, der zweite Teil²⁹ hingegen baut auf dem Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29. Juni 2006³⁰ auf und befaßt sich mit der Leistungsreform der gesetzlichen Unfallversicherung. Auf der Grundlage der Arbeitsentwürfe ist dann ein Referentenentwurf eines UVMG³¹ ausgearbeitet und Ende November 2007 publiziert worden. Im Februar 2008 wurde der Entwurf vom Kabinett beschlossen³² und dem Bundesrat zugeleitet.³³

Hervorzuheben ist zunächst, daß sich der Referentenentwurf wieder auf eine Organisationsreform beschränkt. Die Reform des Leistungsrechts – die im Juni 2007 an massiver Kritik von Seiten der Gewerkschaften gescheitert ist – wurde (zumindest vorerst) zurückgestellt.³⁴ Insbesondere die Fragen der künftigen Regelung der Rentenvorausset-

28 Vgl. Fußn. 16.

29 http://www.vbw-bayern.de/agv/Unsere_Themen-Sozialpolitik-Arbeit-Mehr_zum_Thema-Arbeitsentwurf_zur_Reform_der_gesetzlichen_Unfallv-7801.htm?PHPSESSID=eaec0b7485c4a7bef7140633299fc53e.

30 http://www.verdi.de/sozialversicherung.bb/fachgruppe_unfallversicherung/data/2006-08-04-Synopse%20Eckpunkte-nach%20vorstand.pdf.

31 http://www.gutearbeit-online.de/archiv/hintergrund/2007/referentenentwurf_uv.pdf.

32 Dazu und zur Fassung des Entwurfs http://www.bmas.de/coremedia/generator/24850/uvmg__entwurf.html.

33 BR-Drs. 113/08.

34 Krit. dazu Beschluß des Bundesrats v. 25.4.2008, BR Drs. 113/08 (B).

zungen und der Ausgliederung von Wegeunfällen bleiben damit offen. Kernpunkt der Organisationsreform soll nach dem Referentenentwurf die Reduzierung der Unfallversicherungsträger auf höchstens neun Berufsgenossenschaften und 17 Unfallkassen sein, um „nachhaltig leistungsfähige Träger“ zu schaffen.³⁵ Die nötigen Fusionen sollen von der Selbstverwaltung in Eigenregie konzipiert und durchgeführt werden. Parallel dazu sollen viele Aufgaben in dem Spitzenverband, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, zentralisiert werden. Zweck dieser Maßnahmen sind die Modernisierung der Verwaltung sowie eine Eindämmung der Beitragsspreizungen zwischen den einzelnen gewerblichen Berufsgenossenschaften.³⁶ Verzichtet wurde darauf, einen Spitzenverband in der Rechtsform einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zu schaffen. Die Unfallversicherungsträger hatten sich dagegen gewehrt und auch verfassungsrechtliche Bedenken vorgetragen.³⁷ Nachdem sich der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und der Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BUK) zur Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zusammengeschlossen hatte,³⁸ wird es bei der von der Selbstverwaltung gewählten Form des privatrechtlichen Vereins bleiben, wenn auch im Hinblick auf dessen Aufgabenstellungen – wie in den meisten anderen Sicherungszweigen auch – eine Zentralisierung unübersehbar ist, die mit einer Fachaufsicht des Ministeriums einhergeht.³⁹

Ein zweiter Schwerpunkt des Referentenentwurfs liegt auf Änderungen im Vermögensrecht und der Neuverteilung der Rentenlasten. Das neue Verfahren soll „die solidarische Lastenverteilung zwischen den Gewerbebezweigen nachhaltig“ stärken.⁴⁰ Es unterscheidet sich von dem bisherigen Lastenausgleichsverfahren⁴¹ durch die Einführung eines sog. Überalltlastenausgleichs, wie er zwischenzeitlich von den Trägern beschlossen worden ist.⁴² Künftig trägt jede Berufsgenossenschaft „jährlich Rentenlasten in Höhe des 5,5fachen ihrer Neurenten für Arbeitsunfälle und des 3,4fachen ihrer mit dem Latenzfaktor gewichteten Neurenten für Berufskrankheiten“.⁴³ Die darüber hinausgehenden Rentenlasten tragen alle Träger gemeinsam.⁴⁴

35 Entwurf (Fußn. 32), S. 59.

36 Entwurf (Fußn. 32), S. 59 f.

37 Dazu näher *Ruland*, Verein oder Körperschaft?, 2007.

38 Durch Beschlüsse der Mitgliederversammlungen mit Wirkung ab dem 1.6.2007.

39 Vgl. den geplanten § 87 Abs. 3 SGB IV, Entwurf (Fußn. 32), S. 39.

40 Entwurf (Fußn. 32), S. 61.

41 Dazu unten, III. 1.

42 Vgl. Beschluss der Mitgliederversammlung 2/2006 des HVBG v. 1.12.2006 zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung – Konzept zur Lastenverteilung; vgl. auch die Stellungnahme der BDA, <http://www.bda-online.de/www/bdaonline.nsf/id/817F1CC601F6973FC12573EF0060E695/-&file/StNKabEUVMG.pdf>, S. 7 ff.; vgl. bereits das *Heubeck*-Gutachten (Fußn. 24), S. 6 f.

43 § 178 Abs. 1 S. 1 SGB VII des Entwurfs; zur Anpassung der Werte § 178 Abs. 1 S. 2.

44 § 178 Abs. 2 SGB VII des Entwurfs, und zwar in einer vom Eckpunktepapier abweichenden Gewichtung, nämlich zu 70 % nach dem Verhältnis der Arbeitsentgelte und zu 30 % nach dem Verhältnis der Neurenten.

Zudem werden Änderungen für die Bildung von Betriebsmitteln und Rücklagen angestrebt: Die Betriebsmittel⁴⁵ sind künftig ebenso wie die Rücklagen⁴⁶ beschränkt. Darüber hinaus sollen die Träger verpflichtet werden, „Altersrückstellungen für die bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, denen eine Anwartschaft auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet wird, zu bilden“,⁴⁷ ebenso für die Erfüllung von unmittelbaren Zusagen auf Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge gegenüber ihren Tarifbeschäftigten.⁴⁸ Durch Rechtsverordnung soll „das Nähere zur Höhe der für die Altersrückstellungen erforderlichen Zuweisungssätze, zum Zahlverfahren der Zuweisungen sowie zur Überprüfung der Höhe der Zuweisungssätze“ geregelt werden.⁴⁹ Soweit die Zuständigkeit für den Erlaß einer entsprechenden Verordnung auf das Bundesversicherungsamt übertragen wird, ist eine Mitwirkung der Selbstverwaltung in Form einer Anhörung der Spitzenverbände vorgesehen.⁵⁰ Darüber hinaus werden die Träger der Unfallversicherung aber großen Einfluß nicht nur auf die Neuorganisation der Unfallversicherung, sondern insbesondere auch auf die Modalitäten für die Bildung der Altersrückstellungen nehmen können. Denn der Gesetzentwurf sieht vor, daß die DGUV gemeinsam mit dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ein Konzept zur Einführung dieser Rückstellungen bis zum 30. April 2009 vorlegt.⁵¹

III. Grundlagen: Das Finanzierungssystem

1. Grundsätze

Die gesetzliche Unfallversicherung wird ausschließlich durch Beiträge der Unternehmer finanziert. Das entspricht – soweit damit die Beitragsfreiheit der Arbeitnehmer

45 § 172 Abs. 1 SGB VII des Entwurfs: „Betriebsmittel dürfen nur verwendet werden 1. für Aufgaben, die gesetzlich oder durch die Satzung vorgesehen sind, sowie für die Verwaltungskosten, 2. zur Auffüllung der Rücklage und zur Bildung von Verwaltungsvermögen.“

46 § 172a Abs. 2 SGB VII des Entwurfs: „Die Rücklage wird mindestens in zweifacher Höhe der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres und höchstens bis zur vierfachen Höhe der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres gebildet; Stichtag für die Bemessung ist der 31. Dezember des laufenden Kalenderjahres.“

47 § 172c Abs. 1 S. 1 SGB VII des Entwurfs.

48 § 172c Abs. 1 S. 2 SGB VII des Entwurfs.

49 § 172c Abs. 3 S. 1 SGB VII des Entwurfs. Zuständig für deren Erlaß ist das BMAS, das die Befugnis auf das Bundesversicherungsamt übertragen kann.

50 § 172c Abs. 3 S. 3, 1. HS SGB VII des Entwurfs: „Rechtsverordnungen, die nach Satz 2 erlassen werden, bedürfen einer Anhörung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. sowie des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung ...“.

51 § 219a Abs. 2 SGB VII des Entwurfs.

angesprochen ist – der Funktion dieses Versicherungszweigs: Die Risikoabsicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten dient der Ablösung der Arbeitgeberhaftung. Die gesetzliche Unfallversicherung löst die Haftung aus dem privatrechtlichen Austauschverhältnis und überführt sie in das öffentliche Verwaltungsrecht.⁵² Das soll Sicherheit des Schutzes durch Insolvenzfestigkeit garantieren und den Betriebsfrieden durch Bürokratisierung bewahren. Dieser Ansatz wird in Deutschland insofern konsequent betrieben, als Kehrseite des Schutzes der weitgehende Ausschluß der privatrechtlichen Haftung von Arbeitgebern und Arbeitskollegen ist.⁵³

Bei dieser Anlage ist die Abgrenzung der Zuständigkeit der Unfallversicherung zugleich die Abgrenzung der Finanzierungsverantwortung der Arbeitgeber. Diese Abgrenzung wird rechtsdogmatisch über den sog. rechtlichen inneren Zusammenhang vorgenommen. Ob ein solcher Zusammenhang vorliegt oder nicht entscheidet über die Zurechnung eines unfall- oder krankheitsverursachenden Ereignisses zu einer betrieblichen oder einer eigenwirtschaftlichen Tätigkeit.⁵⁴ Kann die Zurechnung erfolgen, hat die Unfallversicherung für die Folgen von Unfall und Krankheit einzustehen. Fehlt es an dem rechtlichen Zusammenhang, hat die Krankenversicherung die notwendigen Sozialleistungen zu erbringen.

Bis heute ist es bei der damit skizzierten Finanzierungsverantwortung der Arbeitgeber geblieben. Ein Bundeszuschuß wird nicht gezahlt.⁵⁵ Auch das ist ein Grundsatz, welcher der ursprünglichen Konzeption des Unfallversicherungssystems entspricht – wenn er auch bei der Einführung des Versicherungszweigs höchst umstritten war⁵⁶ und zeitweise Durchbrechungen erfahren hat.

Das angewendete Finanzierungsverfahren ist ein Umlageverfahren.⁵⁷ Es wird in Form der sog. nachträglichen Bedarfsdeckung durchgeführt,⁵⁸ d.h. der durch die Bei-

52 Rengert, in: FS für Lauterbach (Fußn. 14), S. 96; vgl. auch *Wertenbruch*, Sozialverfassung – Sozialverwaltung, 1974, S. 135.

53 Nach Maßgabe der §§ 104 ff. SGB VII. Vgl. dazu auch BVerfGE 34, 118; BVerfG [Kammer], NJW 1995, S. 1607 = SozR 3-2200 § 636 Nr. 1.

54 Vgl. zur st. Rspr. des BSG nur *Krasney*, in: *Brackmann* (Hrsg.), Handbuch der Sozialversicherung, GUV, Stand 2002, § 8, Rdnr. 23 ff.

55 Auf die Frage der Auferlegung von Sonderlasten durch die Bewältigung der Kriegsfolgen und der Übernahme der Lasten aus der ehemaligen DDR soll hier nicht näher eingegangen werden, denn dabei geht es um die Abgrenzung der Verantwortlichkeit der Allgemeinheit von jener der Unfallversicherung; vgl. zu den DDR-Altlasten BSGE 79, 23 = SozR 3-8110 Kap. VIII J III Nr. 1, Nr. 1; BSG, SozR 3-8110 Kap. VIII J III Nr. 1, Nr. 2.

56 Insbesondere Bismarck hatte ursprünglich einen anderen Ansatz verfolgt, vgl. nur *Stolleis*, Historische Grundlagen – Sozialpolitik bis 1945, in: *Geschichte der Sozialpolitik*, 2001, Bd. 1, S. 199, 246, 250 f.

57 Und zwar hier bezogen auf die sog. Eigenumlage, d.h. ohne Berücksichtigung des Lastenausgleichs, vgl. *Ricke*, in: *KassKomm.*, § 152 SGB VII, Rdnr. 3.

58 Vgl. § 152 Abs. 1 SGB VII; zu dieser Eigenheit der UV *Platz*, Aufbringung der Mittel, in: *Schulin* (Hrsg.), HS-UV, 1996, § 58, Rdnr. 6.

träge zu deckende Finanzbedarf, das Umlagesoll (US),⁵⁹ wird retrospektiv bestimmt. Dieser Bedarf besteht aus dem im abgelaufenen Kalenderjahr festgestellten Gesamtbedarf (GB),⁶⁰ vermindert um die Verwaltungseinnahmen (VE).

Bei der Umlage auf die Unternehmen, also der Verteilung der Finanzierungslast zwischen den Arbeitgebern, ist von besonderer Bedeutung, daß der Beitrag, der von dem einzelnen Unternehmer zu entrichten ist (B_U), nicht nur nach den Arbeitsentgelten (AE) im Unternehmen⁶¹ – oder ausnahmsweise den im Unternehmen beschäftigten Personen (sog. Kopfbeitrag)⁶² – berechnet wird. Er wird vielmehr auch je nach Unfallgefahr abgestuft. Zu diesem Zweck werden verschiedene Gefahrklassen (GK) gebildet.

Aus der Multiplikation der Arbeitsentgelte (bzw. Kopfsumme) mit der oder den jeweils anwendbaren Gefahrklasse(n) ergibt sich die Beitragseinheit je Unternehmen (BE_U). Diese Beitragseinheit ist mit dem sog. Beitragsfuß (BF) zu multiplizieren, der wiederum dadurch gewonnen wird, daß das Umlagesoll durch die Beitragseinheiten aller Unternehmen (BE_G) dividiert wird.⁶³ Formelhaft kann dies folgendermaßen ausgedrückt werden:

$$B_U = \left[BF = \frac{(US = GB - VE)}{(BE_G = AE_G \times GK)} \right] \times \left[BE_U = AE_U \times GK \right]$$

2. Risikobezug

Damit ist bereits gesagt, daß sich die Beiträge zur gesetzlichen Unfallversicherung auch nach dem in einem Unternehmen herrschenden Risiko richten. Zu diesem Zweck setzen die Berufsgenossenschaften durch Satzung Gefahrтарife fest.⁶⁴ Dabei sind Tarifstellen zu bilden (§ 157 Abs. 2 S. 1 SGB VII), in denen Risiko- oder Gefahrengemeinschaften zusammengefaßt werden. In der Praxis erfolgt diese Gliederung im Wesentlichen nach Gewerbe­zweigen bzw. Gewerbe­zweiggruppen,⁶⁵ ergänzt durch eine Diffe-

59 § 153 Abs. 1 SGB VII.

60 Vgl. § 152 Abs. 1 S. 2 SGB VII. Gemeint sind die Kosten, die den Berufsgenossenschaften durch die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben entstehen, die Aufwendungen für die Verwaltung sowie den sog. Finanzdienst (Betriebsmittel, § 171 SGB VII) und die Mittel zur Ansammlung von Rücklagen (§ 172 SGB VII).

61 Bis zur Höhe des Höchstjahresarbeitsverdienstes, § 153 Abs. 2 SGB VII. Zur Berechnung nach dem Jahresarbeitsverdienst (= Versicherungssumme) für bestimmte Personen § 154 SGB VII.

62 Sofern dies die Satzung bestimmt, vgl. § 155 SGB VII; zur Schätzung beim Kopfbeitrag BSG v. 18.4.2000, B 2 U 2/99 R.

63 Vgl. §§ 153 Abs. 1, 167 SGB VII.

64 § 157 I 1 SGB VII; zur Genehmigungspflicht § 158 SGB VII.

65 Vgl. *Schulz*, Verfassungsrechtliche Fragen der Festsetzung der Beiträge in der gesetzlichen Unfallversicherung, SGB 1999, S. 172, 173.

renzierung nach Tätigkeiten.⁶⁶ Zusammengeschlossen werden müssen grundsätzlich strukturell und technologisch gleichartige Betriebe.⁶⁷ Weisen Gewerbebezüge nicht eine geforderte Mindestgröße auf, kommt eine Zusammenfassung von Betrieben neben dem Technologieprinzip auch nach dem Belastungsprinzip in Betracht, d.h. Gewerbebezüge mit statistisch vergleichbarer Belastung können eine eigene Tarifstelle bilden.⁶⁸

Die Tarifstellen bestimmen also Untergruppen von Unternehmen und damit innerhalb der Zuständigkeit einzelner Berufsgenossenschaften einzelne Solidargemeinschaften. Auf diese wird dann die Beitragslast entsprechend dem Äquivalenzprinzip verteilt. Auch dazu ein Blick auf die angewandte Technik: Den Tarifstellen werden Gefahrklassen zugeordnet, und zwar nach dem Verhältnis der gezahlten Leistungen zu den Arbeitsentgelten (§ 157 III SGB VII). Relevant sind dafür die im Beobachtungszeitraum tatsächlich entstandenen Entschädigungslasten.⁶⁹ Die Unternehmen werden zu den Gefahrklassen veranlagt (§ 159 SGB VII). Ein Unternehmen kann einer Gefahrklasse zugeordnet sein, bei verschiedenen Tätigkeiten (im Falle des sog. gemischten Unternehmens) mehreren Gefahrklassen. Nur in ganz engem Rahmen sind abweichend von der jeweils relevanten Gefahrklasse Erhöhungen oder Herabsetzungen zulässig.⁷⁰ Dennoch wirkt sich auch das konkrete Unfallgeschehen in einem Unternehmen auf die zu zahlenden Beiträge aus: Die Berufsgenossenschaften müssen unter Berücksichtigung der anzuzeigenden Versicherungsfälle Zuschläge auferlegen oder Nachlässe bewilligen (§ 162 SGB VII). Dieses Beitragsausgleichsverfahren „belohnt“ ein erfolgreiches Bemühen um Verhinderung von Versicherungsfällen und „bestraft“ umgekehrt unfall- und krankheitsträchtiges Verhalten. Es verfolgt damit das Ziel, die Prävention durch monetäre Anreize zu verbessern.⁷¹

Betrachtet man die vorstehend zusammengefaßten Grundsätze, läßt sich festhalten, daß in der Unfallversicherung sehr viel stärker als in den anderen Zweigen der deutschen Sozialversicherung eine Äquivalenzbeziehung zwischen individuellem Risiko und dem Sozialversicherungsbeitrag besteht, was zu der Feststellung führt, in der Un-

66 Vgl. dazu *Ricke*, in: KassKomm., § 157 SGB VII, Rdnr. 9 f. Vgl. zur Mischung auch BSG, NZA, 1992, S. 335.

67 *Platz*, Aufbringung der Mittel, in: HS-UV (Fußn. 58), § 58, Rdnr. 38 ff. Vgl. zur Kritik wegen des z.T. nicht für ausreichend gehaltenen Risikobezugs *Gitter*, Die gesetzliche Unfallversicherung nach der Einordnung ins Sozialgesetzbuch – ein Versicherungszweig ohne Reformbedarf?, BB 1998, Beil. 6, S. 14 m.w.N.

68 *Ricke*, in: KassKomm., § 157 SGB VII, Rdnr. 11 f.

69 Vgl. näher dazu und zum Erfordernis der Berechnung *Ricke*, a.a.O., Rdnr. 14.

70 Bezogen auf erheblich abweichende Risiken, vgl. *Ricke*, a.a.O., Rdnr. 17.

71 Richtig ist, dass die Unfallgefahr vom Unternehmer nicht vollumfänglich beeinflusst werden kann; daraus wird z.T. geschlossen, durch die Bildung von Gefahrklassen würden Unternehmer ungleich behandelt, und diese Ungleichbehandlung müsse durch das Verhältnismäßigkeitsprinzip begrenzt werden, so *Fenn*, Effektiver Rechtsschutz gegen Gefahrтарife, SGB 2004, S. 94, 95. Diese Folgerung setzt aber voraus, dass das Äquivalenzprinzip durch das Solidarprinzip von vornherein begrenzt wird, eine Annahme, die aus den Strukturen des Unfallversicherungssystems ihrerseits erst abgeleitet werden muss.

fallversicherung sei das Versicherungsprinzip relativ stark ausgeprägt.⁷² Das hat vor dem Hintergrund der Annahme, die Differenzierung zwischen Privat- und Sozialversicherung nach Funktion und Ausgestaltung sei nicht nur eine ordnungspolitisch zu verfolgende Aufgabe, sondern auch eine verfassungs- und gemeinschaftsrechtliche Notwendigkeit, Anlaß zu Kritik gegeben. Zumindest bei zu weitgehender Orientierung der Beiträge an den Gefahrklassen komme der soziale Ausgleich zu kurz, der aber jede Sozialversicherung prägen müsse. Es bedürfe also eines „gewissen Solidarausgleichs“, um die Unfallversicherung überhaupt (sowohl kompetenzmäßig als auch im Hinblick auf die mit ihr verbundene Zwangsmitgliedschaft⁷³) zu rechtfertigen.⁷⁴ Daraus wird dann geschlossen, Gefahr tarife könnten nur mit Einschränkungen für verfassungskonform gehalten.⁷⁵ In ähnliche Richtung, wenn auch mit potentiell weiterreichenden Konsequenzen, geht der gemeinschaftsrechtliche Einwand: Ließen sich die Aufgaben der Unfallversicherungsträger durch privatrechtliche Unternehmen ebenso gut durchführen, seien die mit einem Versicherungsmonopol verbundenen Beschränkungen der im EGV garantierten Dienstleistungsfreiheit⁷⁶ nicht zu rechtfertigen.⁷⁷

Für den gemeinschaftsrechtlichen Einwand genügt es, auf die jüngere Rechtsprechung des EuGH zu verweisen.⁷⁸ Aber auch der verfassungsrechtliche Einwand, der sich zunächst nur gegen eine weitgehende Risikoorientierung wendet, ist – selbst bei prinzipiellem Festhalten an dem einer Sozialversicherung eigenen Wesensmerkmal des sozialen Ausgleichs⁷⁹ – nicht überzeugend,⁸⁰ sofern die bestehenden gesetzlichen Vorschriften über die Beitragsberechnung und ihre praktische Anwendung in den Blick genommen werden. Denn der Risikobezug kann innerhalb der Berufsgenossenschaften durch Höchst- und Niedrigstgefahrklassen für die Gefahr tarife beschränkt werden; vielfach werden die Gefahrklassen nach den Neulasten berechnet,⁸¹ womit sich zumindest ein Risikoausgleich zwischen den Tarifstellen im Hinblick auf die Altlasten ergibt.⁸² Gerade unter Berücksichtigung der Spannweite der unterschiedlichen Durchschnittsbei-

72 Vgl. F. Kirchhof, Das Solidarprinzip im Sozialversicherungsbeitrag, in: SDSRV Bd. 35 (1992), S. 65, 75; Rolfs, Das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht, 2000, S. 462.

73 Im Hinblick auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG einerseits und Art. 2 Abs. 1 GG andererseits.

74 So Papier/Möller, Die Rolle des Solidarausgleichs in der gesetzlichen Unfallversicherung, NZS 1998, S. 353, 359.

75 Vgl. Papier/Möller, Verfassungsrechtliche Fragen der Festsetzung der Beiträge in der Unfallversicherung, SGB 1998, S. 337 ff.

76 Art. 49 EGV; parallele Fragen stellen sich dann hinsichtlich der Anwendung der gemeinschaftsrechtlichen Wettbewerbsvorschriften, Art. 81 ff. EGV.

77 So grundl. Giesen, Sozialversicherungsmonopol und EGV, 1995.

78 Vgl. oben, I.

79 Auf diesen Aspekt wird noch zurückzukommen sein, vgl. unten III. 3. b) aa).

80 So auch Sächs. LSG, Breith. 2002, S. 791 ff.

81 Allerdings ist das nicht zwingend; vielmehr können grundsätzlich auch die Altlasten in die Berechnung einbezogen werden, vgl. Rieke, in: KassKomm., § 157 SGB VII, Rdnr. 16.

82 Vgl. eingehend Schulz, SGB 1999 (Fußn. 65), S. 172, 173, 176.

träge der gewerblichen Berufsgenossenschaften ist es deshalb durchaus zutreffend, die Berufsgenossenschaften als „große Gefahrengemeinschaften“ zu bezeichnen.⁸³

3. Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Bildung von Gefahrтарifen

Allerdings gibt es im Einzelnen immer wieder Streit darüber, welche Unternehmen den einzelnen Berufsgenossenschaften zuzuordnen sind, und auch, wie innerhalb einer Berufsgenossenschaft Solidarität und Risikobezug zu verteilen sind. Der in den letzten Jahren wichtigste Beispielsfall ist die Einstufung der gewerblichen Arbeitnehmerüberlassung.

Konkret geht es um die Frage, ob es reicht, für diesen großen und amorphen Bereich gewerblicher Tätigkeiten nur zwei, zwangsläufig sehr grob geschnittene Tarifstellen zu bilden, oder ob stärker nach den konkreten Tätigkeiten der überlassenen Arbeitnehmer differenziert werden muß. Die gesetzlichen Vorgaben sind insofern offen. Sie regeln nicht, nach welchen Kriterien Gefahrengemeinschaften zu bestimmen sind. Insofern besteht für die Träger ein Spielraum, der als solcher mit der Verfassung, insbesondere dem Bestimmtheitsgebot und dem Parlamentsvorbehalt zu vereinbaren ist.

Mit der angesprochenen Problematik mußte sich, wie zu erwarten war, unlängst das Bundesverfassungsgericht auseinandersetzen.⁸⁴ Es hat zwar die erhobene Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen,⁸⁵ aber doch zugleich einige Hinweise zur Bildung von Gefahrтарifen gegeben. Bemerkenswerterweise hat die entscheidende Kammer des Gerichts dabei auch darauf abgestellt, daß sich das System in der Praxis bewährt habe und bis auf wenige Ausnahmen keine Härtefälle bekannt worden sind⁸⁶ – was auf den ersten Blick als eher pragmatisch denn dogmatisch abgesichertes Argument erscheint, hinter dem sich aber die Frage nach der Zulässigkeit von Typisierungen verbirgt. Denn im Mittelpunkt des Streits stand und steht die Reichweite des Art. 3 Abs. 1 GG und in diesem Zusammenhang vor allem die Notwendigkeit zu differenzierenden Regelungen.

Weiterführend sind denn auch die relativ knappen Aussagen zum Gleichbehandlungsgebot. Das BVerfG hat insofern dem Argument, es bedürfe einer möglichst genauen Abbildung der Risiken innerhalb der Gefahrтарife, eine Absage erteilt. Schon weil es

83 *Schulz*, a.a.O., S. 173, wonach die auf die unterschiedlichen Gefährdungsrisiken zwischen den jeweils erfassten Unternehmen zurückzuführenden Durchschnittsbeiträge bei den BG 1997 von 0,63 % bis 16,61 % reichten.

84 BVerfG [Kammer] v. 3.7.2007, 1 BvR 1696/03 (www.bverfg.de) = NZS 2008, S. 144 = SozR 4-2700 § 157 Nr. 3 = DVBl. 2008, S. 1172. Vgl. auch zum vorangegangenen Beschluß über die Besorgnis der Befangenheit eines Richters BVerfG [Kammer] v. 25.5.2007, 1 BvR 1696/03.

85 Gem. § 93a Abs. 2 BVerfGG mit der Begründung, die aufgeworfenen verfassungsrechtlichen Fragen könnten anhand der vorliegenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts beantwortet werden.

86 BVerfG, a.a.O., Rdnr. 30.

verlässlicher Statistiken bedarf, um der Tarifgestaltung eine ausreichend abgesicherte faktische Grundlage zu verschaffen, dürfen die Träger der Unfallversicherung nach Ansicht des BVerfG von einem relativ groben Raster ausgehen. Die in den letzten Jahren feststellbare Tendenz, keine reinen Tätigkeitstarife mehr zu bilden, weil dies den Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr entspräche, ist damit akzeptiert worden.⁸⁷ Mit anderen Worten: Zugunsten einer gesicherten kalkulatorischen Basis und zulasten des Risikobezugs darf bei der Festlegung der Beitragslast der finanzielle Ausgleich betont werden. Das Solidaritätsprinzip ist in diesem Sinne nicht gegenüber dem der Individualäquivalenz nachrangig.

IV. Zur Einführung von Kapitaldeckungselementen und deren Bewertung

1. Ansätze für eine Kapitaldeckung

Wie könnte eine Kapitaldeckung in der Unfallversicherung erfolgen? Denkbar ist es, im Wege der Bildung von Rücklagen die finanziellen Mittel auf die Seite zu legen, die zur Deckung dauernder Lasten benötigt werden. Genauer gesagt geht es also um die Deckung von Anwartschaften⁸⁸ auf Renten. Das kann auf unterschiedliche Weise geschehen: Indem etwa zunächst nur kleinere, einer Abfindung zugängliche Renten einbezogen werden, aber auch durch eine radikale Umstellung des gesamten Systems.

Was genau soll mit der Kapitaldeckung erreicht werden? Es geht um die bereits genannten möglichen Vorteile dieses Finanzierungsverfahrens,⁸⁹ wobei ein gesamtwirtschaftliches und ein verteilungspolitisches Argument auseinander zu halten sind. Bezogen auf den erstgenannten Punkt, stellt die Einführung der Kapitaldeckung ein Mittel dar, um ganz allgemein die Zukunftsfestigkeit der Finanzierung angesichts der demographischen Veränderungen sicherzustellen. Sie hilft, die zu schulternden Lasten zu beziffern und die notwendigen Mittel beiseitezulegen und durch Zinserträge die künftigen Lasten zu decken. Abgesehen davon, daß diese Deckung aber ebenfalls von der Produktivität der künftigen Gesellschaft abhängt, entzieht sie allerdings zunächst den Unternehmen das für die Umstellung des Finanzierungsverfahrens erforderliche Kapital.⁹⁰

Zum anderen kann die Kapitaldeckung sehr viel konkreter helfen, ein Problem zu verringern, daß durch die Gliederung der gesetzlichen Unfallversicherung in verschiedene Träger nach einzelnen Gewerbebranchen hervorgerufen werden kann. Bei struktu-

87 BVerfG, a.a.O., Rdnr. 37 f.

88 Vgl. zu den Finanzierungsverfahren nur *Schmähl*, *Ökonomische Grundlagen sozialer Sicherung*, in: v. *Maydell/Ruland* (Hrsg.), SRH, 3. Aufl. 2003, S. 140 ff.

89 Vgl. oben, II. 1.

90 Diese Erkenntnis ist nicht neu; vgl. bereits das *Heubeck-Gutachten* (Fußn. 24), S. 51 ff.

rellen Veränderungen hat eine schrumpfende Branche mit steigenden, weil in der Vergangenheit begründeten Leistungsausgaben zu kämpfen. Die einmal begründeten Rentenlasten sind grundsätzlich innerhalb eines Gewerbezweigs über Jahrzehnte zu decken. Verringert sich die Zahl der Unternehmen in einem solchen Zweig, wächst deren Belastung unverhältnismäßig. In Deutschland war davon zunächst der Bergbau betroffen. Die Situation führte dazu, daß 1968 erstmals ein Ausgleichsverfahren zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften eingeführt wurde – durch das Gesetz zur Verwirklichung der mehrjährigen Finanzplanung des Bundes (FinÄndG)⁹¹ vom 21.12.1967⁹², das mit Wirkung ab dem 1.1.1968 das Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz (UVNG) vom 30.4.1963⁹³ änderte (Art. 3 §§ 1 – 6 UVNG).⁹⁴ Zuvor hatte § 723 II RVO eine Ausgleichspflicht des Bundes für die Neulasten der Bergbau-BG vorgesehen.⁹⁵ Danach bestand mit Art. 3 UVNG⁹⁶ zugleich eine gemeinsame Pflicht der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Tragung der Bergbau-Altlast.⁹⁷ Die Regelungen wurden mehrfach geändert und gerieten vor einigen Jahren wieder in eine stärkere Diskussion.⁹⁸ Anlaß waren die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Baubranche, Ergebnis war eine relativ moderate Reform des Lastenausgleichs.⁹⁹ Angesichts des Umstandes, daß ähnliche Schwierigkeiten auch in Zukunft wieder auftreten können, erscheint die Kapitaldeckung als ein im Sinne des Wortes radikalerer Ausweg: Sie könnte den Lastenausgleich zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften mehr oder

91 Art. 2 § 4 FinÄndG.

92 BGBl. I, S. 1259.

93 BGBl. I, S. 241.

94 Zur Mitwirkung des HVBG an der gesetzlichen Neuregelung *Lauterbach*, Finanzausgleich in der fachlich gegliederten Unfallversicherung, in: FS für Jantz, 1968, S. 107, 111.

95 In der zwischen 1965 und 1967 geltenden Fassung; auf dieser Grundlage wurden Zuschüsse gewährt, die als Anerkennung einer „Garantiehaftung des Bundes“ angesehen werden, so jedenfalls Kranz, *Die Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung*, 1998, S. 72. Vgl. dazu *Schulz*, in: *Wannagat* (Hrsg.), SGB VII, Stand 2002, § 176, Rdnr. 7, wonach dieses Verfahren deshalb nicht befriedigte, weil der Bund Subventionen leisten musste, das Verfahren auf den Bergbau zugeschnitten war und zudem wegen der weiteren Schrumpfung dieses Wirtschaftszweigs die zu zahlenden Ausgleichsbeträge nicht ausreichten. Nachweise dazu bei *Schimanski*, Risiko- und Solidaritätsausgleich in der gesetzlichen Unfallversicherung, Diss. Bochum 1986, S. 68 ff.

96 Die Norm war bei ihrer Einführung sehr umstritten; die Begrenzung des Ausgleichs auf die Rentenlast ging auf Einwände des HVBG zurück, vgl. *Gotzen/Doetsch*, Kommentar zur Unfallversicherung, 1963, Anm. zu Art. 3 §§ 1 – 3 UVNG. Umfang des Ausgleichs: 234 Mio. DM jährlich, was nach Vorberechnungen des HVBG zu einer Beitragserhöhung um etwa 0,22 DM auf je 100 DM Lohnsumme führen sollte, vgl. *Gotzen/Doetsch*, Kommentar zur Unfallversicherung, 1963, Anm. zu §§ 737 – 739.

97 Vgl. zur Entstehung der Ausgleichsregelungen näher *Schimanski*, Risiko- und Solidaritätsausgleich in der gesetzlichen Unfallversicherung, in: FS für Waltermann, 1996, S. 127, 128 ff.

98 Vgl. dazu *Becker*, Der Finanzausgleich in der gesetzlichen Unfallversicherung, Zur Lastenverteilung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften und deren Reform, 2004.

99 §§ 176 ff. idF. durch das G zur Änderung des SGB und anderer Gesetze v. 24.7.2003 (BGBl. I, S. 1526). Dazu *Wollschläger/Kossens*, Das Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuches vom 27.6.2003 und anderer Gesetze, NZS 2003, S. 514 ff.

weniger entbehrlich werden lassen.¹⁰⁰ Allerdings schließen sich natürlich beide Lösungswege keineswegs gegenseitig aus, sondern sie können, wie im Entwurf des UVMG vorgesehen,¹⁰¹ gemeinsam beschritten werden.

2. Normative Vorgaben

a) Verteilung in der Zeit: Generationengerechtigkeit

Zunächst hat die Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens viel mit der Gerechtigkeit in einer zeitlichen Dimension zu tun. Denn dieses Verfahren ermöglicht die Zurechnung von Lasten zu den Verursachern, zumindest grundsätzlich, wobei die Geldentwertung allerdings bei der genauen Zumessung Schwierigkeiten bereitet. Das ist ein Argument, das insbesondere in der Renten-, aber nicht weniger auch in der Kranken- und Pflegeversicherung eine große Rolle spielt.¹⁰²

Rechtlich gesehen allerdings läßt sich eine Gleichheit in der Zeit nur sehr eingeschränkt fordern.¹⁰³ Soll der Gesetzgeber nicht auf Dauer blockiert werden, muß der Grundsatz gelten, daß er nur für seine konkreten Maßnahmen Gleichbehandlung schuldet, Änderungen sich also nicht an der Behandlung in der Vergangenheit messen lassen. Allerdings ist damit noch nichts gesagt über die Zulässigkeit der Verschiebung von Lasten in die Zukunft. Eine solche Verschiebung ist notwendigerweise schon mit der Einführung eines umlagefinanzierten Sicherungssystems verbunden. Der Vorteil dieser Systeme ist bekanntlich der, daß ohne den zeitaufwendigen Aufbau eines Kapitalstocks dem Sicherungsanliegen genügt und deshalb unmittelbar auf gegenwärtige soziale Bedarfslagen reagiert werden kann. Der Nachteil ist der, daß kommende Generationen zur Zahlung der einmal angelegten finanziellen Lasten verpflichtet werden. Der damit verbundene finanzielle Ausgleich zwischen Angehörigen verschiedener Generationen spielt insbesondere bei Rentenleistungen eine Rolle.¹⁰⁴ Und das Umlageverfahren berührt zugleich das Verhältnis zwischen den kommenden Generationen, weil deren Belastung nicht nur von der Höhe der gezahlten Leistungen, sondern ganz wesentlich von

100 In diesem Sinn *Breuer*, in: *verdi* (Hrsg.), Die Diskussion zur Reform der gesetzlichen Unfallversicherung, 2007, S. 20, 28.

101 Vgl. näher oben, II. 2.

102 In den letztgenannten Zweigen allerdings im Hinblick auf die jeweils unterschiedliche zeitliche Verbindung zwischen Beitragszahlung und Leistungsbezug nicht im gleichen Maße; soweit aber davon auszugehen ist, daß Leistungsansprüche mit dem Alter typischerweise steigen, führt eine Alterung der Gesellschaft dazu, daß anstelle des intrapersonalen (über den jeweiligen Lebenslauf zu berechnenden) der intergenerationelle Ausgleich an Bedeutung gewinnt.

103 Vgl. dazu nur *Becker*, Generationengerechtigkeit als juristisches Problem, in: Generationengerechtigkeit – Inhalt, Bedeutung und Konsequenzen für die Alterssicherung, DRV-Schriften Bd. 51 (2004), S. 56 ff. m.w.N.

104 Vgl. aber auch Fußn. 102.

dem im Leistungszeitraum bestehenden Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern abhängig ist.

Obwohl also schon die Einführung eines umlagefinanzierten Sicherungssystems mit Belastungen verbunden ist und deshalb der Gleichheitssatz als Maßstab für die Überprüfung entsprechender Errichtungsgesetze dienen kann, wird bis jetzt höchstens die Ausgestaltung entsprechender Systeme unter dem Gesichtspunkt der Generationengerechtigkeit diskutiert.¹⁰⁵ Das mag dem Umstand geschuldet sein, daß die entsprechenden Fragen erst angesichts der aktuellen demographischen Entwicklungen an Gewicht gewinnen. Es ist aber auch in der Sache verständlich. Denn zum einen stellt ein umlagefinanziertes Sicherungssystem jedenfalls im Grundsatz ein probates Mittel dar, um den aus dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 GG) ableitbaren Gesetzgebungsaufträgen nachzukommen; insbesondere besteht bei der Wahl des Finanzierungsverfahrens schon angesichts der mit jedem Verfahren verbundenen Chancen und Risiken ein Einschätzungsspielraum des Gesetzgebers. Zum anderen sind aber auch die genannten ökonomischen Zusammenhänge juristisch stark relativiert worden. Denn die Sozialversicherungsbeiträge sind Vorzugslasten. Gilt auch für deren Kalkulation schon wegen des sozialen Ausgleichs nicht eine strenge Individualäquivalenz,¹⁰⁶ so doch das Erfordernis, daß der Beitragszahlung Leistungen gegenüberstehen müssen.¹⁰⁷ Bei Ansparleistungen wird zudem der Leistungsanspruch eigentumsrechtlich geschützt,¹⁰⁸ so daß die Beitragszahler auch in umlagefinanzierten Systemen eine eigene, rechtlich gesicherte Position erhalten. Deshalb stellen sich Fragen der Gleichbehandlung weniger, weil nachfolgende Generationen durch ihre Beiträge die Rentenleistungen der ersten Generation zahlen müssen, sondern vielmehr im Hinblick auf das wahrscheinlich je nach Generation unterschiedliche und künftig für die kommenden Generationen sich verschlechternde Verhältnis zwischen der Höhe der Beitragszahlung und der Höhe des Leistungsanspruchs. Daß aber auch insofern keine einfachen Rechnungen möglich und Verschlechterungen nicht per se unzulässig sind, sei an dieser Stelle nur erwähnt.¹⁰⁹

105 Vgl. neben dem in Fußn. 103 genannten Sammelband etwa *Steiner*, Generationenfolge und Grundgesetz, NZS 2004, S. 505 ff.

106 Vgl. dazu oben, III. 2.

107 Vgl. etwa zu Einmalzahlungen BVerfGE 102, 127; zur anderen Lage bei Förderungsleistungen (Arbeitslosenhilfe) BVerfG [Kammer], NZS 2006, S. 247.

108 Grundl. BVerfGE 53, 257, 290 ff.; zur Rentenversicherung näher *Becker*, Verfassungsrechtlicher Schutz rentenrechtlicher Positionen, LVA Mitt. 2005, S. 228 ff.; *Ebsen*, Das Verfassungsrecht als Steuerungsinstrument für die Balance zwischen Bestandssicherung und Flexibilität in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: *Becker u.a.* (Hrsg.), Alterssicherung in Deutschland, 2007, S. 81, 86 ff.

109 Näher dazu *Becker*, DRV-Schriften Bd. 51 (2004) (Fußn. 103).

b) *Horizontale Verteilung: Abgrenzung der Solidargemeinschaft*

Zunächst besagt ein Übergang zu einer Kapitaldeckung nichts über die horizontale Verteilung der aufzubringenden Lasten. Grundsätzlich könnten die Rückstellungen in einen gemeinsamen Fonds aller Träger eingestellt werden. Sie könnten aber auch in den jeweiligen Haushalten der einzelnen Träger vorgenommen werden. Die letztgenannte Variante ist diejenige, die der Konstruktion der Haftungsablösung durch die Unfallversicherung am besten entspricht. Und sie ordnet im Sinne der Äquivalenz die Lasten den Verursachern auf. Sie entspräche also dem bestehenden System der Gliederung nach Branchen und der Einheit von Prävention, Rehabilitation und Kompensation.

Allerdings genießt selbst im bestehenden System die Kapitaldeckung rechtlich gesehen nicht zwingend einen Vorrang gegenüber dem Finanzausgleich. Zwar kann unter dem Gesichtspunkt der Systembindung¹¹⁰ eine Verpflichtung des Gesetzgebers abgeleitet werden, möglichst wenig von einem bestehenden System abzuweichen.¹¹¹ Für die Beachtung der Systemkonsistenz spricht in diesem Sinne ein allgemeines Prinzip, für Abweichungen gilt umgekehrt ein Begründungszwang und darüber hinaus auch die Forderung, nur das mildeste Mittel i.S. der kleinstmöglichen Abweichung einzusetzen. Aber zum einen kann die Einhaltung dieses Grundsatzes nur relativ grob überprüft werden, die Prüfungsintensität müßte wegen der für die Durchführung von Reformen notwendigen Gestaltungsfreiheit gering bleiben. Zum anderen spricht die Systemkonsistenz innerhalb der bestehenden Unfallversicherung nur grundsätzlich für eine branchenbezogene Solidarität. Wie diese am besten zu erreichen ist, bleibt offen. Da eine Umstellung des Finanzierungsverfahrens im Ergebnis nicht nur mit Unsicherheiten, sondern auch mit neuen Belastungen verbunden ist, kann sie nicht als ein evident milderes Mittel angesehen werden.¹¹² Zudem kann zwar mit der Kapitaldeckung – wie beim Finanzausgleich – die Zusammenlegung von Trägern vermieden werden. Aber auch insofern sind zwei Einwände zu bedenken. Erstens wird sich der Finanzausgleich zwischen den Trägern nicht völlig vermeiden lassen. Für eine Übergangszeit ist das ohne Weiteres einsichtig. Aber auch bei völliger Umstellung auf eine Kapitaldeckung dürfte es nicht ausgeschlossen sein, daß die Belastung einzelner Träger unverhältnismäßig hoch

110 Dazu grundl. *Degenhart*, Systemgerechtigkeit und Selbstbindung des Gesetzgebers als Verfassungspostulat, 1976; vgl. auch *Peine*, Systemgerechtigkeit, 1985.

111 Zum Sozialrecht: *Becker*, Selbstbindung des Gesetzgebers im Sozialrecht – Zur Bedeutung von Konsistenz bei der Ausgestaltung von Sozialversicherungssystemen, in: FS 50 Jahre BSG, 2004, S. 77 ff.; *Axer*, Kontinuität durch Konsequenz in der Sozialversicherung, in: FS für Isensee, 2007, S. 965 ff.

112 Müssten hingegen die systemkonformen Spielräume wegen der wirtschaftlichen Entwicklung überschritten werden, hat der Gesetzgeber die Wahl, entweder das gegliederte System grundsätzlich zu ändern oder, sofern er dies für ausreichend halten würde, nur das Finanzierungsverfahren umzustellen. Anderes würde natürlich gelten, wenn man annehmen wollte, daß – entgegen der bisherigen Rspr. des BVerfG – ein vollständiger sozialer Ausgleich zwischen allen gewerblichen Unternehmern unzulässig wäre.

werden kann. Zweitens finden Fusionen bereits statt und werden weiterhin angestrebt,¹¹³ so daß die Grenzen des zu beachtenden Systems nicht mehr klar zu ziehen sind.

3. Zu der eingeleiteten Neuregelung

Wenn auch der Gesetzgeber nach alledem nicht verpflichtet ist, kapitalgedeckte Elemente in die gesetzliche Unfallversicherung einzuführen, so sprechen doch für eine solche Entscheidung zwei rechtliche Prinzipien, nämlich die Generationengerechtigkeit und die Systemkonsistenz. Angesichts der Tatsache, daß mit Umbauten auf Finanzierungsseite immer zugleich Lastenverschiebungen verbunden sind, ist es geboten, Übergangsregelungen vorzusehen und den Umbau nur schrittweise zu vollziehen. Die entsprechenden Schritte sollten bald unternommen werden. Dabei muß insbesondere die sozialpolitisch desaströse, wenn auch politökonomisch verständliche Haltung verabschiedet werden, in guten Zeiten Leistungen zu versprechen, die dann in schlechten Zeiten zu kürzen sind. Zusätzliche, mit jedem Umbau verbundene Belastungen lassen sich besser (er)tragen, wenn die wirtschaftliche Lage dafür Raum läßt.

Insofern enthält der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (UVMG) die richtigen Schritte. Er verbindet eine die Systementscheidungen grundsätzlich bewahrende Lastenverteilung mit dem zukunftsweisenden Aufbau einer teilweisen Kapitaldeckung für Rentenlasten. Die Einzelheiten bedürfen noch der Festlegung. Über sie läßt sich auch weiterhin trefflich streiten.¹¹⁴ Denn die genannten rechtlichen Prinzipien geben zwar eine Richtung vor, sind aber dennoch offen genug, um dem Gesetzgeber ausreichenden sozialpolitischen Gestaltungsspielraum zu lassen. Er steht damit zugleich in der politischen Verantwortung, bei deren Wahrnehmung er sich von den Selbstverwaltungsträgern beraten lassen kann, die er aber nicht völlig an diese abgeben darf.

113 Vgl. zum UVMG oben, II. 2. Vgl. in diesem Zusammenhang auch § 118 Abs. 4 SGB VII des Entwurfs.

114 Vgl. etwa zu den Kriterien für die Bestimmung des jeweiligen Anteils an der gemeinsamen Lastentragung die Stellungnahme des BDS, <http://www.bds-dgv.de/wDeutsch/pressezentrum/aktuell/pe20080213.shtml>.

Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsformen der Arbeiterunfallversicherung: Beobachtungen auf ausgesuchten Märkten

Dr. med. Héctor Upegui

Bevor man in eine Diskussion über die verschiedenen Finanzierungsarten der Arbeiterunfallversicherung einsteigen kann, sollte man sich die Organisationsformen dieser Versicherung vor Augen führen. Zunächst werde ich erörtern, welche Formen der Gruppenbildung grundsätzlich in Frage kommen und warum diese bei der Arbeiterunfallversicherung wenig sinnvoll sind. Danach werde ich einige Modelle für die Abgrenzung der einzelnen Gruppen vorstellen, die wir in unserer Forschungsgruppe entwickelt haben. Schließlich behandle ich die so genannte „Trennung“ von Risiko und Finanzierung sowie die möglichen Konsequenzen und Herausforderungen, die für die verschiedenen Systeme der Arbeiterunfallversicherung damit verbunden sind.

Modelle für die Arbeiterunfallversicherung

Die große Vielfalt an Organisationsformen der Arbeiterunfallversicherung in den verschiedenen Teilen der Welt erweist sich als Schwierigkeit, wenn man homogene Gruppen bilden will, von denen man Ähnlichkeiten oder Unterschiede ableiten möchte. Darauf ist auch zurückzuführen, dass die Diskussion sich in der Vergangenheit und noch in der Gegenwart häufig auf die Besonderheiten in einzelnen Ländern oder auf die Herangehensweisen beschränkt, die in anderen Sparten der Sozialversicherung, wie beispielsweise in der Rentenversicherung, als Standard gelten, die aber für die Arbeiterunfallversicherung nicht sinnvoll sind.

Um also ein oder mehrere Modelle für die Arbeiterunfallversicherung identifizieren zu können, ist es einfacher mit den Kriterien anzufangen, die sich bei diesem Versicherungstyp nicht für die Gruppenbildung eignen:

- öffentlich-rechtliche im Gegensatz zu privatrechtlicher Ausgestaltung
- Umlageverfahren (*pay-as-you-go*) im Gegensatz zum Kapitaldeckungsverfahren (*fully funded*)
- Vorliegen beziehungsweise Fehlen von Gewinnerzielungsabsicht
- liberalisiertes im Gegensatz zu einem regulierten Marktumfeld

Diese Kriterien für die Gruppenbildung sind für die Arbeiterunfallversicherung ungeeignet und erlauben es nicht, adäquate Vergleiche zu ziehen. Es ist nichts Neues, dass

in verschiedenen Ländern insbesondere für die Arbeiterunfallversicherung im Prinzip drei Gestaltungsmöglichkeiten bestehen:

- Das Modell, bei dem der Staat ein Monopol inne hat, zum Beispiel in Italien mit dem INAIL, in Venezuela mit dem IVSS, in Deutschland mit den Berufsgenossenschaften¹, oder in Gambia mit der „Social Security and Housing Finance Corporation“,
- das Modell, bei dem der Staat sich nicht an der Versicherung beteiligt, so zum Beispiel in den meisten Bundesstaaten der USA und in Finnland sowie
- das Modell, bei dem eine Mischung von öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Trägern besteht. In dieser Gruppe gibt es noch einige Untergruppen:
 - staatliche und private Träger in *direkter* Konkurrenz, z.B. in Kolumbien und in einigen US-Bundesstaaten,
 - staatliche oder halbstaatliche Träger *ohne* Konkurrenz zum privaten Träger, vielmehr decken sie unterschiedliche Risiken und übernehmen unterschiedliche Funktionen, z.B. versichern in Belgien² private Träger den Arbeitsunfall, während ein vom Staat verwalteter Fonds die Berufskrankheiten absichert. In Dänemark versichern private Träger Arbeitsunfälle und einige Berufskrankheiten, während ein Fonds die übrigen Berufskrankheiten abdeckt. In Spanien sind die sog. *Mutuas* (Versicherer auf Gegenseitigkeit)³ Träger der Arbeiterunfallversicherung. Sie behalten sich die Zuständigkeit für die Risiken Arbeitsunfall und Berufskrankheit vor, aber im Fall einer Berufskrankheit legt der Versicherer auf Gegenseitigkeit den Betrag fest, mit dem er nach der grundsätzlichen Anerkennung alle weiteren mit dieser Krankheit verbundenen Zahlungen gewährleistet und überträgt ihn an die Staatskasse (*Tesorería General de la Nación*), wodurch diese von dem Zeitpunkt an das finanzielle Risiko übernimmt. In New South Wales in Australien haben die privaten Träger Verwaltungsfunktionen, sind aber nicht Risikoträger.

Analysiert man die oben aufgeführten Beispiele genauer, stellt man fest, dass sich Gambia, Italien, Deutschland und Venezuela zwar gemeinsam in der öffentlich-rechtlichen Gruppe befinden, aber trotzdem schwer vergleichbar sind. In Gambia gibt es beispielsweise die Körperschaft *Social Security and Housing Finance Corporation*, die völlig in den Finanzsektor eingegliedert ist, die außerdem zwei weitere Sparten der So-

1 Die Berufsgenossenschaften in Deutschland sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und arbeiten ohne Gewinnerzielungsabsicht. Sie sind keine *Mutuas* im spanischen Sinn, obwohl sie praktisch dieselbe Struktur wie diese haben. Die Berufsgenossenschaften begreifen sich als Teil des Systems der sozialen Sicherung, das in Deutschland öffentlich-rechtlich ausgestaltet ist.

2 In Belgien gibt es private Versicherer mit Gewinnerzielungsabsicht und auch Versicherer auf Gegenseitigkeit. Die Letztgenannten rechnen sich dem privatrechtlichen Bereich zu.

3 Die Versicherer auf Gegenseitigkeit in der Arbeiterunfallversicherung sind, wie der Name schon sagt, Organisationen, die sich als Teil des privaten Sektors begreifen, der mit der Abwicklung der Sozialversicherung betraut ist.

zialversicherung betreibt, ein zusätzliches Produkt in Richtung des „housing“ hat und Finanzreserven bildet, um für jeden einzelnen Versicherten haften zu können, der bei Arbeitsunfall oder Berufskrankheit eine Rente benötigt (mathematische Reserve). Hinzu kommt, dass sie über einen festen Tarif (*flat rate*) für alle Arbeitgeber verfügt. INAIL ist dem System in Gambia zwar insofern ähnlich, als mathematische Reserven gebildet werden, aber ansonsten haben sie nichts gemeinsam, denn INAIL versichert nur arbeitsbedingte Risiken und hat einen nach Wirtschaftstätigkeiten differenzierten Tarif. Das venezolanische System ist ebenfalls öffentlich-rechtlich, aber eine einzige Institution versichert Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Krankheit, Altersrente, allgemeine Invalidität und Tod. Sie hat differenzierte Tarife und bildet keine mathematischen Reserven. Die Berufsgenossenschaften sehen sich als Teil des öffentlich-rechtlichen Systems, aber obwohl sie ein Ganzes bilden, sind sie in 25 verschiedene Berufsgenossenschaften⁴ aufgeteilt. Sie decken nur die Arbeiterunfallversicherung ab und bilden keine mathematischen Reserven.

In der zweiten Gruppe sind die Länder, aus denen sie sich zusammensetzt, ebenfalls nicht miteinander vergleichbar. Finnland und die Mehrzahl der amerikanischen Bundesstaaten verfügen zwar über ein System, in dem der Versicherer gleichzeitig Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten absichert, aber in Finnland ist die Risikoselektion nicht erlaubt, das heißt, der Versicherer ist verpflichtet, auf Wunsch jedes Unternehmen aufzunehmen, während die amerikanischen Versicherer ein Risiko in erster Instanz zurückweisen können und der Tarif sehr viel flexibler als in Finnland ist. Beide bilden mathematische Reserven, aber die Frist für die Geltendmachung einer Berufskrankheit ist in den meisten US-Bundesstaaten viel kürzer als in Finnland, denn in den USA verjährt das Recht, eine Krankheit als Berufskrankheit geltend zu machen, wenn ab dem Zeitpunkt, zu dem man dem beruflichen Risikofaktor ausgesetzt war (*occupational hazard*) zwischen zwei und vier Jahren⁵ verstrichen sind. Dies wirkt sich wesentlich auf die Frage aus, ob man das finnische und das nordamerikanische System vergleichen kann. Während das finnische System angesichts seiner Langfristigkeit größere Auswirkungen hat, ist das nordamerikanische System kurzfristig – nicht nur was die Schadenmeldungen angeht – sondern in der Konsequenz auch in der Entwicklung der ausgezahlten Leistungen. Auf der anderen Seite sind die Gesundheitstarife in Finnland in gewisser Weise stärker reguliert als in den meisten US-Bundesstaaten, in denen die Preise und die Inanspruchnahme der Leistungen sehr viel flexibler sind, zumal die Dynamik viel stärker von den Haftpflichtansprüchen geprägt ist.

In der ersten Untergruppe der dritten Gruppe finden wir Kolumbien und einige US-Bundesstaaten als Beispiele für Konkurrenz zwischen einem oder mehreren staatlichen Trägern und den privaten Trägern. Kolumbien hat hier einen voll vom Staat regulierten

4 Ein Gesetzesvorhaben zur Reform der Organisation der Berufsgenossenschaften sieht vor, die Anzahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften in den nächsten Jahren auf neun Träger zu reduzieren.

5 Es handelt sich um einen Durchschnittswert. In den USA gibt es 52 verschiedene Systeme.

Tarif, der nicht geändert werden kann. Es kommt hinzu, dass die Deckung für Berufskrankheiten sehr viel umfassender als in den betreffenden US-Bundesstaaten ist. Denn in Kolumbien verjährt die Möglichkeit, den Versicherungsfall Berufskrankheit geltend zu machen, nicht. Dass ein oder mehrere staatliche Träger in offener Konkurrenz zu den privaten Trägern stehen, bewirkt außerdem eine andere Marktentwicklung, zumal die privaten Träger in Kolumbien beispielsweise mathematische Reserven bilden, während der wichtigste staatliche Träger das Umlageverfahren praktiziert (*pay-as-you-go*), sich aber denselben Tarifen wie die privaten Träger unterwirft.

Die zweite Untergruppe in der dritten Gruppe ist ebenfalls heterogen und erlaubt keine ausreichend eindeutige Gruppenbildung. Dänemark könnte man beispielsweise mit Belgien vergleichen, da beide über einen Fonds zur Deckung der Berufskrankheiten verfügen, aber in Dänemark ist die Versicherung von Berufskrankheiten nicht vollständig diesem Fonds übertragen, denn manche Berufskrankheiten werden von privaten Versicherern abgedeckt, was in Belgien nicht der Fall ist. Auf der anderen Seite werden in Belgien die Wegeunfälle (vom Haus zur Arbeit und von der Arbeit nach Hause) von privaten Versicherern übernommen, während dieses Risiko in Dänemark ausgeschlossen ist. Spanien hat auch kein System, das unter diesen Bedingungen mit anderen zu einem Modell zusammengefasst werden könnte, denn die Reserve wird im Rahmen des Gegenseitigkeitsversicherers gebildet, das heißt, dass dieser das gesamte Risiko mit seinen Einnahmen absorbiert, so dass bei Übertragung dieser Reserve auf die Staatskasse (*Tesorería General de la Nación*) diesem auch das finanzielle Risiko für künftige Auszahlungen aufgebürdet wird.

Speziell betont werden muss der Gegensatz von Umlageverfahren (*pay-as-you-go*) und Kapitaldeckung (*fully funded*), eine Diskussion, die vom Gebiet der Altersrente in das der Arbeiterunfallversicherung übertragen wurde und die aus verschiedenen Gründen immer unpassender für diese Versicherung wird. In diesem Sinne geht es im Gegensatz zur Altersrente nicht um Sparen, sondern es handelt sich um eine echte Risikoversicherung, die sowohl kurzfristige Leistungen (z.B. für Krankheitskosten) als auch langfristige (Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente) umfasst. Ebenso unterscheidet sich die Verwirklichung des Risikos. Bei der Altersrente ist es dauerhaft, was bei der Berufskrankheit ähnlich⁶, beim Arbeitsunfall aber nicht der Fall ist, da er ohne Zweifel kurzfristig auftritt. Andererseits konzentrieren sich die Diskussionen in Bezug auf den Kapitalmarkt und das Thema der Altersrente darauf, wie das individuelle Engagement des Beitragszahlers unterstützt werden kann, um für die Zukunft einen gewünschten Rentenbetrag zu garantieren, während der Betrag, aus dem eine Invaliditäts- oder Hinterbliebenenrente gezahlt wird, in der Arbeiterunfallversicherung mit vereinten Kräften von der gegenwärtigen Generation der Beitragszahler, in geringem Ausmaß von einer oder mehreren künftigen Generationen, vom Rückversicherungssektor und vom Kapi-

6 Berufskrankheiten sind definiert als allmählich fortschreitende Verschlechterung des Gesundheitszustandes, die darauf zurückzuführen ist, dass der Erkrankte einem Berufsrisiko dauerhaft ausgesetzt war.

talmarkt aufgebracht wird. Von daher besteht bei jedem System der Arbeiterunfallversicherung, in dem zum Zeitpunkt der Bestätigung einer Verpflichtung zur Zahlung einer finanziellen Leistung mathematische Reserven gebildet werden, eine Mischung aus Umlageverfahren (*pay-as-you-go*) und Kapitaldeckung, so dass wir von Finanzierungsmodellen nach dem Umlageverfahren mit Kapitaldeckung oder Umlageverfahren mit Kapitalisierungselementen sprechen. Deren Definition und Herangehensweise weist Unterschiede zur Rentenversicherung auf. Auf der anderen Seite darf man nicht vergessen, dass die Pensionsfonds, die ausschließlich der Altersversorgung dienen, keine Nebenleistungen bestreiten müssen, während diejenigen der Arbeiterunfallversicherung außerdem für die Krankheits- und Rehabilitationskosten aufkommen müssen, die unmittelbar mit dem Arbeitsunfall oder der Berufskrankheit verbunden sind.

Aus diesen Beispielen kann man schließen, dass die Kriterien zur Abgrenzung der Gruppen, die man in anderen Sozialversicherungssparten heranzieht, für die Arbeiterunfallversicherung nicht anwendbar sind. Daher muss man weiterhin nach Mechanismen zur Gruppenbildung und zur Schaffung von Modellen für diese Versicherungsart suchen.

Neue Modelle für die Abgrenzung der Gruppen

Wie bereits angemerkt, lassen sich mit den Standardmethoden keine echten Ähnlichkeiten identifizieren, die eine ausreichend homogene Gruppenbildung zulassen würden. Daher sind multidimensionale Klassifizierungen möglicherweise besser geeignet als die bereits geschilderten Standard-Herangehensweisen. Ich werde mich nun dem bereits angesprochenen Thema des Gegensatzes zwischen Systemen, die auf dem reinen Umlageverfahren beruhen, zu Systemen, die auf dem Umlageverfahren (*pay-as-you-go*) mit Kapitaldeckungselementen basieren, zuwenden. Hinzugenommen wird die Frage, ob Konkurrenz⁷ herrscht und ob es privatwirtschaftliche Beteiligung bzw. Monopole gibt.

Die so in Beziehung gesetzten Dimensionen erlauben eine Abgrenzung, bei der die Länder, die eine Gruppe bilden, im Prinzip eine ähnliche Problematik und merkbare Unterschiede zu den Übrigen aufweisen. Dies ist der Fall bei Kolumbien, Spanien, Finnland und den meisten US-Bundesstaaten. Es sind Länder mit einer Beteiligung von privaten Trägern, unter denen Konkurrenz herrscht und das Finanzierungssystem besteht in einem Umlageverfahren mit Kapitalisierungselementen. Italien kann mit Gambia in eine Gruppe genommen werden, weil es keine Konkurrenz gibt und ein Umlage-

7 Das Kriterium „Konkurrenz“ könnte man noch weiter unterteilen: ob sie also auf dem *Preis* (wie in USA, Belgien, Norwegen), auf dem *Produkt* (im Wesentlichen geht es darum, ob mehr oder weniger Präventionsmaßnahmen angeboten werden, z.B. in Spanien, Kolumbien, Chile) oder auf dem *Service* (New South Wales in Australien) beruht. Diese Unterteilung würde weitere Anknüpfungspunkte für eine weitere tiefergehende Diskussion liefern.

verfahren mit Kapitalisierungselementen vorhanden ist, während Deutschland beispielsweise mit den meisten Staaten Lateinamerikas, dem kontinentaleuropäischen Bereich, wo keine Konkurrenz herrscht, sowie Osteuropa und Asien verglichen werden kann. Die letztgenannten sind Länder, die das Bismarck'sche Modell nicht verändert haben und in denen keine mathematischen Reserven gebildet werden, mit der Ausnahme, dass man mit der Aufteilung der Berufsgenossenschaften nach Branchen die Prävention in Deutschland spezialisiert hat.

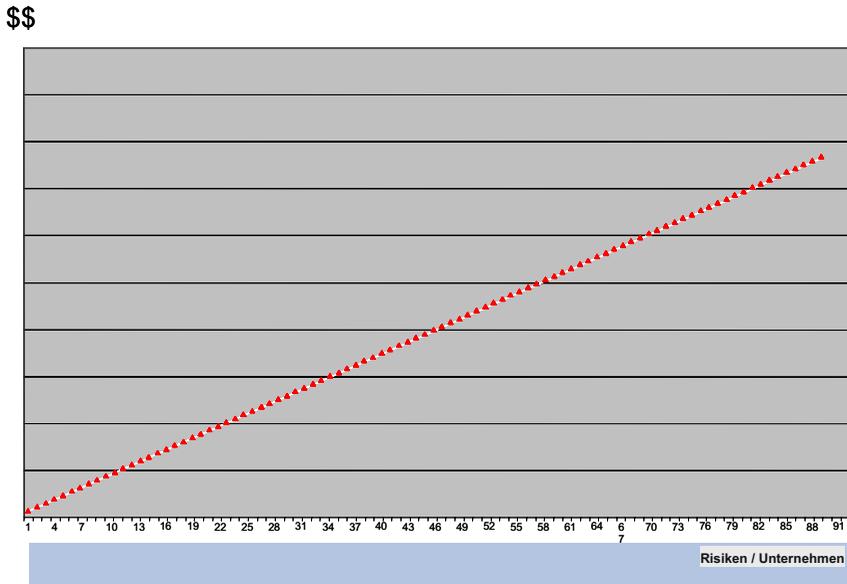
Die Trennung von Risiko, Finanzierung und Prävention

Bei der Finanzierung der Arbeiterunfallversicherung spielt nicht nur die Balance von Beitrag und versichertem Risiko eine Rolle, sondern in einigen Ländern geht es auch um die Einbeziehung finanzieller Anreize (sog. *Incentives*), die zur Verwirklichung der beiden folgenden zusätzlichen Ziele beitragen sollen:

- Gewährleistung der finanziellen Stabilität für den Betrieb der Versicherung
- Förderung der Prävention, also Beitrag zur Verringerung der Häufigkeit und Schwere von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten

In der Mehrzahl der bestehenden Systeme richten sich die Beiträge der Arbeitgeber⁸ nach der Art ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Wenn die Wahrscheinlichkeit von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten bei einer konkreten Wirtschaftstätigkeit gering ist, handelt es sich um eine Tätigkeit mit geringem Risiko (z.B. Einzelhandel), die folglich in eine niedrige Gefahrklasse eingeordnet wird. Wenn das Risiko von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten hoch ist (z.B. Baubranche), wird sie in eine höhere Gefahrklasse eingestuft. Man folgt also der Logik: höhere Beiträge bei größerem Risiko und niedrigere Beiträge bei geringem Risiko. Normalerweise werden die wirtschaftlichen Tätigkeiten anfänglich in eine bestimmte Klasse eingestuft, dann auf der nächst tieferen Stufe in kleinere Gruppen unterteilt, die ihrerseits klassifiziert werden, um den zu zahlenden Tarif zu ermitteln. Der Tarif wird meist als Prozentsatz der gesamten Lohnsumme gestaltet. In der Volksrepublik China gibt es beispielsweise 92 Einstiegsgruppen und 386 Untergruppen, in Kolumbien fünf Hauptkategorien und 450 Untergruppen, in USA ca. 650 Untergruppen etc. (siehe folgende Abbildung).

8 In einigen Ländern/Systemen können sich Selbständige freiwillig in der Arbeiterunfallversicherung versichern. Für diesen Artikel werden Selbständige (*self-employed*) als ihre eigenen Arbeitgeber betrachtet.



Beitragssystem: Bei höherer Wahrscheinlichkeit von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten in einem Unternehmen, also bei höherem Risiko, sind hohe Beiträge zu zahlen.

Wenn man Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz betrachtet, lässt sich zumindest in den industrialisierten Ländern feststellen, dass im Umgang mit den “traditionellen” arbeitsbedingten Risiken wie z.B. Asbest, Siliziumdioxid und Lärm im Gegensatz zu früher eine deutliche Entschärfung eingetreten ist. Es gibt erhebliche technische Fortschritte bei der Erfassung und Kontrolle, nicht nur im Hinblick auf die Umwelt, sondern auch auf die Arbeitskräfte die ihnen ausgesetzt sind. Bestätigt wird dies durch die Tatsache, dass in praktisch allen industrialisierten Staaten die jetzt auftretenden Fälle von Berufskrankheiten aufgrund einer Exposition mit o.g. Stoffen aus der Vergangenheit resultieren. Und genau hier gerät man heute in einen Widerspruch zum Finanzierungssystem. Widerspruch insofern, als bei diesem Modell im Prinzip angenommen wird, dass manche Wirtschaftstätigkeiten „gefährlicher“ und „risikoreicher“ als andere sind und dass es arbeitsbedingte Risiken gibt, die bestimmten Wirtschaftssektoren eindeutig zugeordnet werden können, wie etwa beim Asbest und seiner Beziehung zum Bausektor. Von daher scheint es einfach, jedes Unternehmen mit seiner wirtschaftlichen Betätigung einzuordnen und den dafür zutreffenden Tarif zu verlangen.

In Wirklichkeit gibt es in der heutigen Arbeitswelt jedoch zahlreiche Risiken, die quer durch alle wirtschaftlichen Tätigkeiten unabhängig von der jeweiligen wirtschaftlichen Betätigung, vom Gehaltsniveau oder der Größe des Unternehmens vorzufinden sind. Stellvertretend für all diese Risiken seien hier Wegeunfälle, Naturkatastrophen, terroristische Anschläge, ergonomische und psychologische Risiken genannt.

Besonders zu beachten sind die beiden zuletzt genannten Risiken, da diese immer häufiger diskutiert werden – nicht nur wegen immer häufiger auftretender Fälle in Verbindung mit dieser Art des Risikos – sondern auch wegen der Schwierigkeit zu definieren, ob eine direkte Beziehung zu den Arbeitsbedingungen besteht oder beispielsweise

die Stärke des Schmerzes oder des psychologischen Drucks objektiv feststellbar ist, wenn es darum geht die Höhe einer Rente festzulegen.

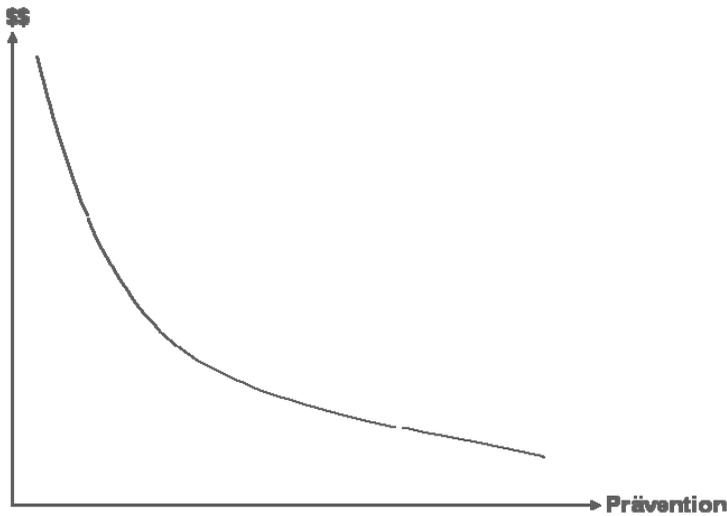
Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind Erkrankungen des Bewegungsapparates in vielen Industriestaaten die Hauptursache für vorübergehende oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. In Japan ist der *Karoshi* (Selbstmord wegen Überarbeitung oder Erschöpfung aufgrund der Arbeit) ein Diskussionsthema und Gegenstand zunehmender Schadensmeldungen, während *Burnout*, *Mobbing*, *Bullying* etc. ebenfalls große Diskussionen über Arbeitsbedingungen und die Arbeiterunfallversicherung hervorrufen.

Jedenfalls führen diese ergonomischen und psychologischen Risiken, die man zwar bereits seit Langem kennt, die aber erst jetzt Beachtung finden, zusammen mit den Weegeunfällen, terroristischen Anschlägen und Naturkatastrophen zu einem Druck auf die Kosten der Versicherung, stehen aber in keinem direkten Zusammenhang mit einer konkreten wirtschaftlichen Tätigkeit. Es wird also immer schwieriger diese Risiken einem Unternehmen, einer bestimmten wirtschaftlichen Tätigkeit und diese wiederum einem bestimmten Tarif zuzuordnen, ohne gegen das Äquivalenzprinzip und die Beitragsgerechtigkeit zu verstoßen.

Eigentlich verhalten sich diese Risiken sogar in dem Sinn umgekehrt, als wirtschaftliche Tätigkeiten, die traditionell in niedrige Gefahrklassen gehören wie Bürotätigkeiten und Dienstleistungen eine höhere Exposition gegenüber Risiken aus dem ergonomischen oder psychischen Bereich aufweisen als Tätigkeiten in höheren Gefahrklassen. Die weiter oben dargestellte Logik wird damit außer Kraft gesetzt.

Zu Beginn dieses Abschnitts hatten wir darauf hingewiesen, dass die Finanzierung der Arbeiterunfallversicherung nicht nur auf die Äquivalenz von Beiträgen und versichertem Risiko ausgerichtet ist, sondern in einigen Ländern auch einen Anreiz zur Prävention bieten soll. Die Äquivalenz wird, wie ich gerade ausgeführt habe, durch die traditionelle Art der Tarifierung von Risiken in Frage gestellt. Aber auch bei der Förderung der Prävention ist, wie ich zeigen werde, eine Verzerrung festzustellen, das heißt, es besteht nicht immer ein direkter Zusammenhang zwischen Prävention und Beiträgen.

Die folgende Abbildung zeigt, wie die Beziehung zwischen Beitrag und Prävention (Maßnahmen für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit) idealtypisch sein sollte. Man würde erwarten, dass mit steigender Prävention die Beiträge sinken und umgekehrt.



Theoretisches Modell der Beziehung zwischen Prävention und Beiträgen bei der Arbeiterunfallversicherung. Steigende Prävention müsste mit niedrigeren Prämien einhergehen.

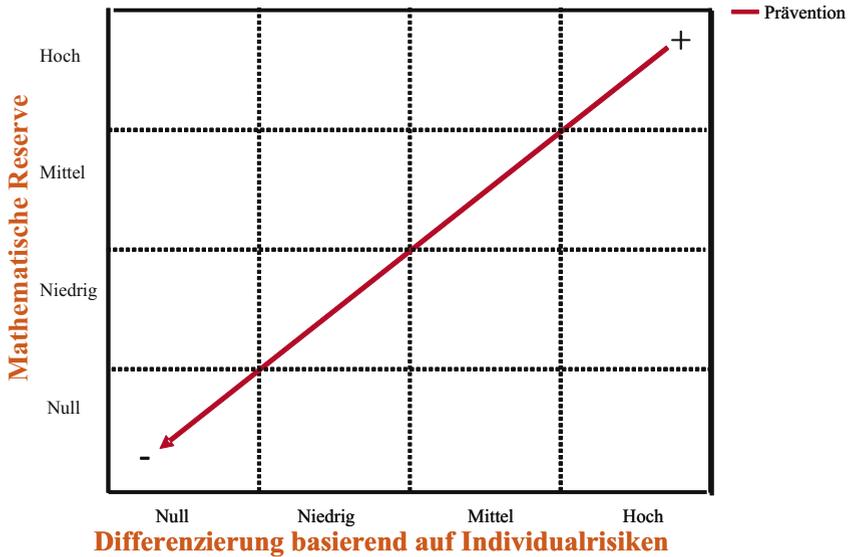
Diese Graphik ist jedoch kein Abbild der Realität, denn es gibt arbeitsbedingte Risiken, nämlich die gerade genannten, die sich nicht linear zu den Präventionsmaßnahmen entwickeln. Beispielsweise kann der Arbeitgeber z.B. bei Wegeunfällen, terroristischen Anschlägen und Naturkatastrophen, grundsätzlich nicht präventiv tätig werden. Im Gegensatz zu anderen arbeitsbedingten Risiken wie Lärm oder Einwirkung chemischer Substanzen sind diese Risiken seinem Einfluss entzogen.

Auf der anderen Seite hat nicht alles, was in einem Unternehmen für die Gesundheit und Arbeitssicherheit getan wird, direkte Auswirkungen auf die Arbeiterunfallversicherung, obwohl es sich sehr wohl auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirkt (z.B. Kampagnen zur Bekämpfung von sexuell übertragbaren Erkrankungen).

Diese Diskussion über den Zusammenhang von Prävention und Beitrag geht in die gleiche Richtung wie die Frage, ob man das Vorhandensein eines guten Präventionsprozesses (Durchführung eines Programms für Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit) oder besser das Resultat von Präventionsmaßnahmen (Anzahl der Arbeitsunfälle bzw. Berufskrankheiten oder Leistungen, die von der Arbeiterunfallversicherung gezahlt werden) fördern soll. Dies soll hier jedoch nicht vertieft werden, da es vom eigentlichen Thema dieses Artikels wegführt.

Die Klassifizierung nach Wirtschaftstätigkeiten ist zwar die häufigste Herangehensweise an die Schaffung eines Tarifs in der Arbeiterunfallversicherung, es gibt aber noch viele andere Ansätze wie einen festen Satz für jeden Arbeitgeber, eine allgemeine Steuer für die gesamte Bevölkerung, eine Mischung aus allgemeinen Steuern und direkten Beiträgen nach individuellem Tarif für jeden Arbeitgeber, Tarifierung basierend auf dem reinen Risiko oder feste Tarife für einige Arbeitgeber und differenzierte Tarife für andere.

Theoretisch können die verschiedenen Finanzierungsmodelle der Arbeiterunfallversicherung in einer Matrix, wie sie unten abgebildet ist, aufgeführt werden, in der die Differenzierung aufgrund von Individualrisiken und der Bildung mathematischer Reserven als die beiden Variablen der Tarifbildung kombiniert werden. Anhand dieser Matrix könnte man dann die voraussichtliche Entwicklung der Prävention erörtern.



Matrix: Finanzierung der Arbeiterunfallversicherung, in der die beiden Variablen „Differenzierung basierend auf Individualrisiken“ und „Mathematische Reserven“ kombiniert werden und die theoretische Stimulierung der Prävention dargestellt ist.

Systeme, die auf allgemeinen Steuern oder auf einem festen Tarif ohne mathematische Reserven basieren, wären im Feld unten links anzusiedeln, während die Systeme, bei denen ein Tarif basierend auf Individualrisiken und mit einem hohen technischen Niveau bei der Bildung von mathematischen Reserven im Feld oben rechts zu finden wären. Theoretisch wäre zu erwarten, dass in einem System, in dem alle Arbeitgeber dasselbe bezahlen oder in dem sie sogar Unterstützung von der Allgemeinheit in Form von Steuern bekommen und in dem keine mathematischen Reserven gebildet werden, der Anreiz für die Prävention gleich null ist. Denn weder der Träger noch der Arbeitgeber würde durch den Tarif motiviert, Investitionen in Präventionsmaßnahmen zu tätigen. Im Gegensatz dazu stünden die Modelle, bei denen der Arbeitgeber nur für das eigene Risiko voll bezahlen muss und der Träger verpflichtet ist, mathematische Reserven zu bilden. Mit anderen Worten, wenn man unabhängig von der Entwicklung des Risikos dasselbe zu zahlen hat (Feld unten links), bietet der Tarif keinen Anreiz zur Prävention. Im entgegengesetzten Fall wäre zu erwarten, dass der Arbeitgeber seine Risiken kontrolliert mit dem Ziel nicht noch mehr zu zahlen.

Zu einer Verzerrung kommt es durch die Einbeziehung der Berufskrankheiten, denn es ist sehr wahrscheinlich, dass der Arbeitgeber sein Augenmerk eher auf die Kontrolle von Arbeitsunfällen legt, da das Ergebnis kurzfristig festzustellen ist, als auf die Kontrolle von Berufskrankheiten, wodurch es zu Finanzierungsproblemen im System kommen kann. Wenn in der Arbeiterunfallversicherung in der laufenden und den folgenden Perioden Nachlässe gewährt werden und nach einigen Jahren gehäuft Versicherungsfälle wegen Berufskrankheiten auftreten, sind die Nachlässe bereits gegeben, so dass es mangels anderer Finanzierungsmechanismen zu Schwierigkeiten bei der Regulierung dieser Fälle kommen kann. Mit anderen Worten sind die finanziellen Anreize mittels Tarifierung bei den Berufskrankheiten marginal.

Schlussbemerkung

In diesem Beitrag wurden einige Elemente der Finanzierung der Arbeiterunfallversicherung aufgezeigt und weniger die Vor- und Nachteile der verschiedenen Finanzierungsmodelle als vielmehr einige der Herausforderungen dargestellt, mit denen diese Systeme konfrontiert sind.

Die Suche nach Möglichkeiten, die Systeme in Gruppen zusammenzufassen, die möglichst homogen und vergleichbar sind sowie die Forschung zur Überprüfung und zum Ausgleich des Spannungsverhältnisses zwischen den sog. neuen Risiken (*emerging risks*) und der Finanzierung und Prävention sollte mit Nachdruck weiter verfolgt werden.

Die Risiken Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeiterunfallversicherung müssen getrennt analysiert und tarifiert werden. Ebenso muss man die finanziellen Anreize zur Prävention getrennt konzipieren.

Es ist zwar richtig und wichtig, dass der Tarif Anreize für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten bietet, jedoch wäre es falsch, wenn diese Anreize nicht getrennt konzipiert würden. Es ist nicht sinnvoll, basierend auf kurzfristigen Risiken (Arbeitsunfälle), Nachlässe für langfristige Risiken (Berufskrankheiten) zu gewähren. Demzufolge sind zwei Szenarien nötig: ein kurzfristiges mit Nachlässen oder finanziellen Anreizen durch den Tarif, in das Arbeitsunfälle und einige Berufskrankheiten einbezogen werden, die sich auf kurze Frist überblicken lassen und ein zweites, bei dem keine Anreize über den Tarif gegeben werden, mit den restlichen Berufskrankheiten, die in der kurzfristigen Variante nicht eingeschlossen sind. Für diese langfristigen Berufskrankheiten sind aber Präventionsmaßnahmen denkbar. Diese Aufteilung bewirkt im Prinzip, dass es nicht zu Finanzierungsproblemen im System kommt und dass künftige Zahlungen für Berufskrankheiten abgesichert werden.

Ebenso muss die Finanzierung im Hinblick auf die Schaffung von Anreizen und in dem Bestreben Ausgewogenheit und Gerechtigkeit im System zu wahren möglichst

differenziert bei den Beiträgen der Arbeitgeber, aber möglichst solidarisch bei der Regulierung der Schäden sein. Jeder Arbeitgeber soll nach Möglichkeit sein eigenes individualisiertes Risiko finanzieren, aber die Gemeinschaft soll ihn mit der Zahlung eines Teils der entstandenen Schäden unterstützen. Vor diesem Hintergrund sind große und damit potentiell zahlungskräftigere Unternehmen von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU), die oft nicht über eine entsprechende Finanzkraft verfügen, zu unterscheiden. Für die erste Gruppe kann der Tarif differenziert werden und es können finanzielle Anreize unter Beachtung der oben geschilderten Szenarien gegeben werden. Für die zweite Gruppe ist ein fester Tarif zu bilden, bei dem es keine finanziellen Anreize gibt. Wenn in weniger zahlungskräftigen Unternehmen differenzierte Tarife mit finanziellen Anreizen angewendet würden, bestünde die Gefahr, dass einzelne sehr hohe Beträge zahlen, obwohl gerade sie es sind, denen man am meisten helfen muss, damit sie ihre Präventionsprogramme finanzieren können.

Daher sollte ein Modell, das das Umlageverfahren mit Elementen von Kapitalisierung kombiniert, in die Praxis umgesetzt werden. Dies würde ein System gewährleisten, das nachhaltig und langfristig finanziell stabil und vor finanziellen Schieflagen, die durch finanzielle Anreize entstehen und den Tarif erodieren lassen könnten, geschützt ist.

Das hier vorgeschlagene System bedeutet Solidarität bei der *Bezahlung* der Schäden und gleichzeitig Proportionalität und Gerechtigkeit bei der *Finanzierung* des Risikos. Das einfache Umlagesystem mit Kapitalisierungselementen bedeutet in erster Linie, dass zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Verpflichtung, die aufgrund eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit, entsteht, aus den gesamten geleisteten Beiträgen – unabhängig vom Mechanismus der Finanzierung – der aktuellen Generation eine Deckungsrückstellung gebildet wird, die die zukünftigen regelmäßigen Zahlungen im Hinblick auf diesen spezifischen Fall garantiert. Diese Reserve erfordert im Hinblick auf inflationäre Entwicklungen regelmäßige Aktualisierungen. Denkbar sind hier der Rückhalt von Investitionskapital, Kapitaleinlagen oder Krediten und in seltenen Fällen könnte auch Kapital von Beiträgen der Folgegenerationen verwendet werden.

Die Deckungsrückstellungen stehen dabei den staatlichen oder privaten Versicherungsträgern nicht frei zur Verfügung, sondern werden passiviert. Dies bedeutet, dass dieses System im Hinblick auf die zukünftigen finanziellen Verpflichtungen bei Weitem transparenter ist als das einfache Umlageverfahren. Zudem führt das einfache Umlagesystem zu Schwierigkeiten, die beim Umlageverfahren mit Kapitalisierungselementen nicht eintreten. Es zwingt z.B. dazu, dass Generationen, die für ihre Vorsorge gearbeitet haben, für frühere Generationen zahlen, die keine Vorsorge betrieben haben. Es führt zu größerer Unsicherheit, da Schwankungen bei der Zahl der Beschäftigten die derzeitige Zahlung der Renten beeinflusst. Schlussendlich werden Verpflichtungen aus der Vergangenheit mit derzeitigen Verpflichtungen akkumuliert, was zu finanziellen Engpässen für die derzeitige Generation der Beitragszahler führen könnte und die wirtschaftlichen Anreize beeinflusst.

Wie bereits eingangs ausgeführt, sind diese Kapitalisierungselemente nicht mit der Kapitalisierung der Rentensysteme zu vergleichen, denn bei den Letzteren wird individuell geleistetes Kapital gebildet. Bei der Arbeiterunfallversicherung hingegen werden die Rentenbeträge solidarisch aus den Beiträgen der Gemeinschaft gebildet. Die Gewichtung sollte, flankiert von externen Faktoren, stärker bei der Generation liegen, in der die Schäden eingetreten sind, so dass sich eine bessere Verteilung zwischen den Generationen einstellt.

Bibliographie

- American Academy of Actuaries 2000, The Workers' Compensation System: An Analysis of Past, Present and Potential Future Crises, document www.actuary.org/pdf/casualty/workers.pdf
- Belgian Insurance Association, Brussels. Union professionnelle des entreprises d'assurances (Assuralia, former UPEA), www.Assuralia.be
- Cigna, Economic outlook and econometric model of lost-time incidence rates, April 1999
- Chamber of professional risks of the insurance federation of Colombia (Camara de riesgos profesionales de Fasecolda), Bogotá, www.fasecolda.com
- Espinosa, Marco A./Russell, Steven, Fully funded social security: Now you see it, now you don't?, Federal Reserve Bank of Atlanta, 1999
- European Employment Observatory, www.eu-employment-observatory.net
- Federation of Finnish Insurance Companies (Vakes), Helsinki, www.vakes.fi
- Forss, Mikael/Kalimo, Esko/Purola/Tapani, Globalisation and the concept of insurance, ISSA, September 2000
- Government department of social protection in Colombia (Ministerio de la Protección Social de Colombia – Legislación), Bogotá, www.minproteccionsocial.gov.co
- Insurance Information Institute, New York, www.iii.org
- Klingel, Stephen J., Workers' compensation market outlook 2007 in Workers' compensation issues report, 2007
- Klosse, S., Privatization: Stimulus or obstacle to prevention and reintegration?, Faculty of Law University of Utrecht, the Netherlands 1999
- LegCo Panel on Manpower, Proposed Measures to Improve the Employees' Compensation Insurance System in Hong Kong LC Paper No. CB(2)1553/04-05(04), May 2004
- Mendy, Gabriel, Occupational safety and health monitoring: good practice examples from various countries: The Gambia - country report, ISSA, 2007
- Mendy, Gabriel, Risk management in social security: Gambia, Internal document 2006
- National Board of Industrial Injuries (Arbejdsskadestyrelsen), www.ask.dk
- Norwegian Financial Services Association (FNH), Oslo, www.fnh.no
- Pieters, D., Social Security Systems of the Member States of the European Union, Social Europe Series 2002
- Restrepo, Tanya/Shuford, Harry/Beaven, Nathan, Measuring the factors driving medical severity: Price, Utilization, Mix, NCCI January 2007
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo en Argentina, Buenos Aires, www.srt.gov.ar

- Westerholm, Peter/Walters, David, Supporting health at work: International perspectives on occupational health services, iosh 2007
- Williams, C. Arthur Jr., An International Comparison of Workers' Compensation, Kluwer Academic Publishers 1991, p. 221
- Workers' compensation fund, Brussels. Fonds des Accidents de Travail (FAT), www.socialsecurity.fgov.be/faofat
- Workers' Compensation Unit, Workers' Compensation: Analysis of private and public systems, Münchener-Rückversicherungs-Gesellschaft 2000
- Workers' Compensation Unit, Economic incentives: A reflection on workers' compensation systems, Münchener-Rückversicherungs-Gesellschaft, discussion papers Issue 2, November 2005

Rentenbemessung in der schweizerischen gesetzlichen Unfallversicherung

Prof. Dr. iur. Thomas Gächter*

I. Einleitende Bemerkungen

1. Keine Einschränkung auf Renten im engeren Sinn

Da der Beginn der Rentenberechtigung nach einem Unfall in unterschiedlichen Rechtssystemen verschieden beschrieben wird, verbietet sich eine Darstellung, die den Gegenstand auf die Bemessung der eigentlichen Renten nach der Terminologie der schweizerischen Unfallversicherung einengt. Da bei fortdauernder Heilbehandlung oder Eingliederung über verhältnismässig lange Zeit hinweg Taggelder ausgerichtet werden können,¹ sind auch die Grundzüge der Bemessung der Taggelder einzubeziehen, zumal sich diese hinsichtlich der Bemessung und Finanzierung nicht unerheblich von den Renten unterscheiden.

2. Einschränkung auf Geldleistungen an die verunfallte Person

Die Darstellung wird einzig die Geldleistungen behandeln, die der verunfallten Person selbst zukommen, d.h. Unfalltaggelder und Invalidenrenten der Unfallversicherung. Nicht behandelt werden die Geldleistungen an die Hinterlassenen einer tödlich verunfallten Person. Dabei ist jedoch anzumerken, dass sich diese hinsichtlich der Bemessung über weite Strecken an die Invalidenrente anlehnen.²

3. Hauptpunkte der Darstellung

Die folgende Darstellung wird einige Hauptpunkte in den Vordergrund rücken, die für die rechtsvergleichende Beurteilung des schweizerischen Systems der Unfallrentenbemessung von Interesse sein können:

* Frau lic. iur. *Maya Geckeler Hunziker* danke ich für die Sammlung von Material und die Ausarbeitung eines Teilentwurfs dieses Textes und Frau lic. iur. *Eva Siki* für die Durchsicht des Manuskripts.

1 Art. 16 Abs. 2 des Bundesgesetzes vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG).

2 Art. 31 UVG.

- Zunächst wird in einem kurzen Überblick über das historisch gewachsene Sozialversicherungssystem die Stellung und die Bedeutung der Unfallversicherung zu erläutern sein. Ohne diesen Hintergrund würden einige Besonderheiten in der Bemessung, insbesondere das Komplementärrentensystem, kaum verständlich.
- Von Interesse sind auch die Anspruchsvoraussetzungen für Geldleistungen, vor allem aber für Invalidenrenten der Unfallversicherung.
- Im Zentrum steht sodann die Frage nach den Bemessungsfaktoren der Taggelder und Renten.
- Insbesondere das schweizerische Komplementärrentensystem der Unfallversicherung kann einige Fragen aufwerfen.
- Einige Sonderprobleme ergeben sich systembedingt bei der Invalidität Teilzeiterwerbender. Da in der Schweiz Teilzeitarbeit ausserordentlich stark verbreitet ist, stehen diese Probleme in der Praxis häufig im Zentrum des Interesses.

II. Stellung und Bedeutung der Unfallversicherung im schweizerischen Sozialversicherungssystem

Die gesetzliche Unfallversicherung gehört historisch zu den ältesten Sozialversicherungszweigen der Schweiz. Sie wurde 1911 geschaffen, trat 1914 in Kraft und war zunächst nur für Arbeitnehmende in besonders gefahrgeneigten Berufen (Industrie und Transportwesen) obligatorisch (d.h. verpflichtend). Durchgeführt wurde die obligatorische Unfallversicherung von der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA). Erst im Jahr 1984 wurde der obligatorische Versicherungsschutz auf sämtliche Arbeitnehmende³ in der Schweiz ausgedehnt.⁴ Seither sind alle Arbeitnehmenden für Arbeitsunfälle obligatorisch unfallversichert. Selbständigen steht der freiwillige Beitritt zur gesetzlichen Unfallversicherung offen.⁵

Mit der Schaffung des neuen Unfallversicherungsgesetzes wurde auch das bisherige Monopol der SUVA relativiert: Zwar verfügt diese für die ihr zugeordneten Betriebe nach wie vor über ein Monopol,⁶ doch wird die obligatorische gesetzliche Unfallversi-

3 Als Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer gelten Personen, die in unselbständiger Stellung Arbeit leisten und dafür massgebenden Lohn nach dem jeweiligen Einzelgesetz beziehen (Art. 10 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Grundsätzlich gilt damit im schweizerischen System ein einheitlicher Arbeitnehmerbegriff. Die Qualifikation richtet sich dabei in der Regel nach der Statusfestlegung im Recht der Alters- und Hinterlassenenversicherung (siehe Art. 1 der Verordnung vom 20. Dezember 1982 über die Unfallversicherung [UVV]).

4 Art. 1a UVG.

5 Art. 4 UVG.

6 Art. 66 UVG i.V.m. Art. 73 ff. UVV.

cherung für die anderen Betriebe durch andere Versicherer angeboten, wobei diese meist privatrechtlich organisiert sind.⁷

Im Gegensatz zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung sowie zur gesetzlichen Krankenpflegeversicherung handelt es sich bei der gesetzlichen Unfallversicherung nicht um eine Volksversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung, sondern um eine Klassenversicherung für Arbeitnehmende. Dies zeigt sich auch und insbesondere in der Art und im Umfang der Leistungen: Einerseits sind die von der Unfallversicherung erbrachten Sachleistungen vorteilhafter als diejenigen der sozialen Krankenpflegeversicherung (insbesondere unterliegen sie keinem Selbstbehalt), andererseits ist das Leistungsniveau der Geldleistungen vergleichsweise hoch, liegt doch der Entschädigungssatz für Taggelder und Invalidenrenten bei 80 Prozent des versicherten Verdienstes,⁸ wobei – zusammen mit anderen Rentenleistungen – sogar ein Entschädigungssatz von 90 Prozent erreicht werden kann,⁹ was im Wesentlichen einer vollen Netto-Entschädigung entspricht.

III. Besonderheiten der schweizerischen Unfallversicherung

1. Einschluss von Berufskrankheiten

Wie andere Unfallversicherungssysteme schliesst auch die schweizerische Unfallversicherung die Versicherung gegen die Folgen von Berufskrankheiten mit ein, obwohl diese als Krankheiten im Sinn von Art. 3 ATSG gelten und damit grundsätzlich in den Bereich der Krankenpflegeversicherung fallen würden.¹⁰ Die Krankenversicherung wiederum ist erst seit 1996 für die gesamte Bevölkerung obligatorisch. Vorher war sie in der Regel als freiwillige Versicherung ausgestaltet, auf deren Abschluss der Unfallversicherungsgesetzgeber nicht abstellen konnte.¹¹

7 Vgl. Art. 68 UVG.

8 Art. 17 und Art. 20 Abs. 1 UVG.

9 Art. 20 Abs. 2 UVG.

¹⁰ Art. 9 UVG.

¹¹ Für die nicht der Unfallversicherung unterstehenden Personen erbringt die für die ganze Bevölkerung obligatorische Krankenversicherung die Sachleistungen im Zusammenhang mit der Krankenpflege. Geldleistungen wie Taggelder kennt die obligatorische Krankenversicherung indes nicht; die Krankentaggeldversicherung gilt zwar ebenfalls als Sozialversicherung (vgl. Art. 1a des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung [KVG]), sie ist jedoch freiwillig.

2. *Einschluss von Nichtberufsunfällen*

Als markante schweizerische Besonderheit kann gelten, dass die obligatorische Unfallversicherung von Anfang an auch die Nichtberufsunfälle der Versicherten abdeckte. Diese erstaunliche Ausweitung des Versicherungsschutzes einer Arbeitnehmerversicherung auf den Nichtberufsbereich rührt historisch vom Scheitern der so genannten „Lex Forrer“ her. Diese umfassende Gesetzesvorlage sah eine obligatorische Unfall- und Krankenversicherung sowie die Militärversicherung vor, scheiterte im Jahr 1900 aber in der Volksabstimmung am Widerstand der bereits bestehenden Krankenversicherungen. In der Folge wurde eine separate Militärversicherung sowie, einige Jahre später, ein Kranken- und Unfallversicherungsgesetz geschaffen, das die Unfallversicherung als obligatorische Arbeitnehmerversicherung in gefahrgeneigten Betrieben strukturierte, die Krankenversicherung dagegen als freiwillige Versicherung, deren Leistungen aus öffentlichen Geldern teilweise subventioniert wurden.¹² Um mindestens die bereits obligatorisch Unfallversicherten zusätzlich abzusichern und damit einen Teilgehalt der „Lex Forrer“ zu retten, wurde die obligatorische Nichtberufsunfallversicherung für die obligatorisch Unfallversicherten geschaffen. Wenn eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer der obligatorischen Versicherung unterstellt ist, spielt es mit anderen Worten für die Leistungen keine Rolle, ob sich ein Unfall während der Arbeitszeit oder ausserhalb der Arbeitszeit ereignet hat. Während jedoch jede unselbständige Erwerbstätigkeit der obligatorischen Berufsunfallversicherung untersteht, ist die Nichtberufsunfallversicherung nur obligatorisch, wenn die Tätigkeit einer Arbeitnehmerin oder eines Arbeitnehmers pro Woche acht Stunden überschreitet.¹³ Nur für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die unterhalb dieser zeitlichen Grenze beschäftigt sind, stellt sich somit etwa das Problem der Wegunfälle. Kraft ausdrücklicher Regelung gelten für diese Teilzeitbeschäftigten Wegunfälle als Unfälle im Sinn des Unfallversicherungsgesetzes.¹⁴

Die Prämien für die Berufsunfallversicherung werden vollständig vom Arbeitgeber getragen, jene für die Nichtberufsunfallversicherung gehen zu Lasten der Arbeitnehmenden.¹⁵

Insbesondere bei der Anwendung des koordinierenden europäischen Sozialrechts, das auf der Grundlage des Personenfreizügigkeitsabkommens zwischen der Schweiz und der EU und ihren Mitgliedstaaten auch im Verhältnis zur Schweiz zur Anwendung gelangt, wird der atypische Charakter dieser Regelung spürbar: Während sich im vierten Kapitel der Verordnung 1408/71 einheitliche Regelungen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten finden, müssen die Vorschriften zur Nichtberufsunfallsicherung – je

12 Siehe *Hans Peter Tschudi*, Entstehung und Entwicklung der schweizerischen Sozialversicherungen, Basel/Frankfurt a.M. 1989, S. 68 ff.

13 Art. 13 Abs. 1 UVV.

14 Art. 13 Abs. 2 UVV.

15 Art. 91 UVG.

nach der jeweiligen Konstellation – in den Kapiteln über Krankheit oder Invalidität bzw. Alter- und Tod zusammengesucht werden.

3. Unterschiedliche Finanzierungsverfahren von Taggeldern und Renten

Die schweizerische Unfallversicherung erhält keine staatlichen Zuschüsse oder Subventionen. Sie finanziert sich ausschliesslich über Prämieinnahmen, Regresseinnahmen und Zinserträge.¹⁶ Die Versicherer haben gesonderte Rechnungen für die obligatorische Versicherung der Berufsunfälle und Berufskrankheiten, für die obligatorische Versicherung der Nichtberufsunfälle und für die freiwillige Unfallversicherung zu führen, wobei die Finanzierung jedes Zweigs selbsttragend sein muss;¹⁷ d.h. die Prämien für alle drei Zweige müssen so bemessen sein, dass die Versicherungsleistungen selbsttragend finanziert werden können.¹⁸

Die Versicherer wenden kraft gesetzlicher Anordnung zur Finanzierung der Taggelder, der Kosten für die Heilbehandlung und der übrigen kurzfristigen Versicherungsleistungen das Ausgabenumlageverfahren an, d.h. die zu erbringenden Leistungen müssen durch Einnahmen des gleichen Jahres gedeckt sein. Zur Deckung aller Ausgaben aus bereits eingetretenen Unfällen sind angemessene Rückstellungen vorzunehmen.¹⁹

Zur Finanzierung der Invaliden- und Hinterlassenenrenten wenden sie dagegen das Rentenwertumlageverfahren an.²⁰ Das durch dieses Verfahren geöffnete Deckungskapital muss für die Deckung aller Rentenansprüche aus bereits eingetretenen Unfällen ausreichen. Da das Verfahren eine Vorausfinanzierung künftiger Leistungen vorschreibt, handelt es sich begrifflich nicht um ein Umlageverfahren, sondern um eine Variante des Kapitaldeckungsverfahrens.²¹ Zusätzlich sind zum Ausgleich von Schwankungen der Betriebsergebnisse Reserven zu bestellen.²²

16 Siehe *Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless*, L'assurance-accidents obligatoire, in: *Ulrich Meyer* (Hrsg.), *Soziale Sicherheit*, Basel/Genf/München 2007, S. 825 ff., N. 593.

17 Art. 89 Abs. 2 und 3 UVG.

18 Mit anderen Worten sind Querfinanzierungen zwischen den einzelnen Zweigen, die vom selben Versicherer betrieben werden, nicht zulässig.

19 Art. 90 Abs. 1 UVG.

20 Art. 90 Abs. 2 UVG.

21 *Alfred Maurer*, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, 2. Aufl., Bern 1989, S. 571.

22 Art. 90 Abs. 4 UVG i.V.m. Art. 111 UVV.

IV. Voraussetzung, Dauer und Bemessung von Taggeldern

1. Voraussetzungen, Beginn und Dauer

Ist eine unfallversicherte Person aufgrund eines durch die Unfallversicherung abgedeckten Ereignisses voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie Anspruch auf ein Taggeld.²³ Arbeitsunfähigkeit wird dabei definiert als durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten, wobei bei langer Dauer auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu berücksichtigen ist.²⁴

Der Anspruch auf Taggeld entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag, d.h. es besteht von Gesetzes wegen eine Wartefrist von zwei Arbeitstagen. Er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten.²⁵ Taggelder werden für alle Tage, einschliesslich der Sonn- und Feiertage, ausgerichtet.²⁶ Eine maximale Taggeldzahl ist nicht vorgesehen, d.h. eine versicherte Person kann auch über Jahre hinweg Taggelder beziehen, sofern die Arbeitsunfähigkeit andauert und von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung nach wie vor eine namhafte Besserung des Gesundheitszustands erwartet werden kann.²⁷

2. Versicherter Verdienst, Entschädigungssatz

Taggelder und Renten werden nach dem versicherten Verdienst bemessen, wobei die Berechnungsbasis des versicherten Verdienstes bei Taggeldern eine andere ist als bei Renten: Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Taggelder der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn, einschliesslich der noch nicht ausbezahlten Lohnbestandteile, auf die ein Rechtsanspruch besteht. Bei Renten dagegen ist grundsätzlich der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn massgeblich.²⁸

Der versicherte Verdienst aus unselbständiger Erwerbstätigkeit wird jedoch, ähnlich wie in den meisten Unfallversicherungssystemen, auf einen Höchstbetrag begrenzt. Er ist nach der Vorgabe des Gesetzes so anzusetzen, dass mindestens 92 Prozent, aber nicht mehr als 96 Prozent der versicherten Arbeitnehmer zum vollen Verdienst versi-

23 Art. 16 Abs. 1 UVG.

24 Art. 6 ATSG.

25 Art. 16 Abs. 2 UVG.

26 Art. 25 Abs. 1 UVV.

27 Art. 19 Abs. 1 UVG e contrario.

28 Art. 15 Abs. 2 UVG.

chert sind.²⁹ Gegenwärtig beläuft sich der Höchstbetrag auf 126'000 Franken im Jahr oder 346 Franken pro Tag, d.h. auf rund 79'202 Euro jährlich oder 217 Euro täglich.³⁰

In einigen Sonderfällen wird der massgebende Lohn für die Berechnung der Taggelder in spezieller Weise bestimmt, so etwa bei Versicherten, die wegen Militär-, Zivil- oder Zivildienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft oder Kurzarbeit keinen oder einen verminderten Lohn bezogen haben. Bei diesen Personengruppen wird der Verdienst berücksichtigt, den sie ohne den Eintritt der genannten Umstände erzielt hätten.³¹ Zudem wird bei unregelmässig Beschäftigten oder bei Beschäftigten mit stark schwankendem Lohn auf einen durchschnittlichen Tagesverdienst abgestellt.³²

Das Taggeld beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes und wird bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit entsprechend gekürzt.³³

3. Taggeldberechnung

Die Berechnungsformel für die Taggelder ergibt sich aus einem speziellen Anhang zur Unfallversicherungsverordnung. Nach der in diesem Anhang enthaltenen Formel berechnet sich das Taggeld wie folgt: Versicherter Jahresverdienst geteilt durch 365, multipliziert mit 80 Prozent. Der Jahresverdienst berechnet sich dabei durch die Multiplikation des letzten vor dem Unfall bezogenen Monatslohns mit zwölf, inkl. der speziell bezeichneten Lohnbestandteile und der noch nicht ausbezahlten Lohnansprüche. Maximal beträgt das Taggeld damit – ausgehend vom Höchstbetrag des versicherten Verdienstes – 277 Franken, d.h. rund 174 Euro. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird das Taggeld, wie gesagt, entsprechend anteilmässig gekürzt.

Kurz zusammengefasst sind die massgeblichen Faktoren für die Berechnung des Taggelds damit der Grad der Arbeitsunfähigkeit, der auf der Grundlage des letzten Monatslohns berechnete versicherte Verdienst bis zur Höchstgrenze und der Entschädigungssatz von 80 Prozent.

29 Art. 15 Abs. 3 UVG.

30 Art. 22 Abs. 1 UVV. Bis Ende Dezember 2007 belief sich dieser Betrag während acht Jahren auf 106'800 Franken.

31 Art. 23 Abs. 1 UVV.

32 Art. 23 Abs. 3 UVV. Für weitere Personengruppen wie Praktikanten und Volontäre sowie bei der unfallbedingten Verlängerung von Ausbildungen kennt das Verordnungsrecht weitere Spezialregelungen (siehe Art. 23 Abs. 4–9 UVV).

33 Art. 17 Abs. 1 UVG.

4. Zusammentreffen mit Taggeldern anderer Sozialversicherungen

Das Taggeld der Unfallversicherung wird nicht gewährt, wenn ein Anspruch auf ein Taggeld der Invalidenversicherung oder eine Mutterschaftsentschädigung nach dem Erwerbsersatzgesetz besteht.³⁴

V. Invalidenrenten der Unfallversicherung

1. Voraussetzungen und Dauer des Rentenanspruchs

a) Grundlagen

Ist die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10 Prozent invalid i.S. von Art. 8 ATSG, so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente.³⁵ Massgeblich ist auch für die Unfallversicherung der allgemeine rentenrelevante Invaliditätsbegriff, wie er im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) definiert wird. Laut Art. 8 Abs. 1 ATSG besteht Invalidität in der voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden ganzen oder teilweisen Erwerbsunfähigkeit. Als Erwerbsunfähigkeit wiederum wird der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt definiert.³⁶

Es gehört damit zu den Grundtheoremen des schweizerischen Invalidenleistungssystems, dem auch die Invalidenrenten der Unfallversicherung zuzurechnen sind, dass die Rente nicht dem Ersatz der körperlichen Beeinträchtigung oder der Abgeltung seelischer Unbill der verunfallten Person dient, sondern einzig dem Ersatz des unfallbedingten Erwerbsausfalls. Trotz erheblicher Beeinträchtigungen auf dem übrigen Arbeitsmarkt muss also etwa ein Rechtsanwalt oder Buchhalter, der durch einen Unfall zum Paraplegiker wird, nicht unbedingt auch als (in rentenrelevanter Weise) invalid im Sinn der Invaliden- oder Unfallversicherung gelten: So lange er nach erfolgter (Wieder-)Eingliederung nicht weniger Einkommen erzielt, als er ohne den entsprechenden Gesundheitsschaden erzielen würde, besteht keine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und damit auch keine Invalidität.

Die Genugtuungs- oder Schmerzensgeldfunktion übernimmt im schweizerischen Unfallversicherungssystem die Integritätsentschädigung, die einer verunfallten versicherten Person zusteht, wenn sie eine dauernde erhebliche Schädigung der körperlichen, geisti-

34 Art. 16 Abs. 3 UVG.

35 Art. 18 Abs. 1 UVG.

36 Art. 7 ATSG.

gen oder psychischen Integrität erlitten hat.³⁷ Die Integritätsentschädigung wird in Form eine Kapitalleistung gewährt, darf den am Unfalltag geltenden Höchstbetrag des versicherten Jahresverdienstes nicht übersteigen und wird entsprechend der Schwere des Integritätsschadens abgestuft.³⁸ Maximal kann damit gegenwärtig eine (einmalige) Integritätsentschädigung von 126'000 Franken erbracht werden; dies aber nur in ganz gravierenden Fällen, so etwa bei unfallbedingter Tetraplegie oder unfallbedingter vollständiger Blindheit. Für geringfügigere Beeinträchtigungen wie beispielsweise den Verlust einer Hand oder den Verlust einer Niere werden Entschädigungen in der Höhe von 40 bzw. 20 Prozent dieses Maximalbetrags erbracht.³⁹ Es ist also denkbar, dass jemand, der unfallbedingt eine Hand verliert, Anspruch auf eine einmalige Integrationsentschädigung von rund 50'400 Franken hat, aufgrund vollständiger weiterer Erwerbsfähigkeit aber nicht als invalid gilt und damit keine Rentenleistungen der Unfallversicherung erhält.

Anders als bei der Arbeitsunfähigkeit, welche die Voraussetzung für die Ausrichtung von Taggeldern bildet, beurteilt sich die Erwerbsunfähigkeit nach der Vornahme der zumutbaren Behandlung oder Eingliederung. Bei der Erwerbsunfähigkeit, und damit auch beim Invaliditätsbegriff der Unfallversicherung, handelt es sich um einen wirtschaftlichen Begriff, da sie wirtschaftliche Möglichkeiten und nicht gesundheitliche Beeinträchtigungen beurteilt.⁴⁰ Mit dem Kriterium des „ausgeglichenen Arbeitsmarkts“ soll die Abgrenzung zu allenfalls konjunkturell bedingter Arbeitslosigkeit ermöglicht werden.⁴¹

b) Voraussetzungen des Anspruchs

Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin.⁴²

Ist von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr zu erwarten, wird jedoch der Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung erst später gefällt, so wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung an vorübergehend eine Rente ausge-

37 Art. 24 Abs. 1 UVG.

38 Art. 25 Abs. 1 UVG.

39 Siehe den Anhang 3 zur UVV.

40 Z.B. *Thomas Locher*, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 3. Aufl., Bern 2003, S. 121. Im Gegensatz zur Arbeitsunfähigkeit, die sich auch auf den bisherigen „Aufgabenbereich“ bezieht (also auch auf Nichterwerbstätige), bezieht sich die Erwerbsunfähigkeit nur auf erwerbliche Tätigkeiten.

41 Siehe *Locher* (Fn. 40), S. 124.

42 Art. 19 Abs. 1 UVG.

richtet⁴³; diese wird aufgrund der in diesem Zeitpunkt bestehenden Arbeitsunfähigkeit festgesetzt. Der Anspruch auf diese Übergangsrente erlischt beim Beginn des Anspruchs auf ein Taggeld der Invalidenversicherung, mit dem negativen Entscheid der Invalidenversicherung über die berufliche Eingliederung oder mit der Festsetzung der definitiven Rente.⁴⁴

c) Dauer der Rentenleistung⁴⁵

Der Versicherer muss bei der Festsetzung der Invalidenrente eine Prognose über den künftigen Verlauf der Erwerbsunfähigkeit stellen. Wenn er von vornherein mit einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit rechnet, setzt er eine Dauerrente fest. Die Unfall-Invalidenrente wird grundsätzlich bis ans Lebensende gewährt. Sie wird nicht durch allenfalls tiefere Altersleistungen abgelöst. Damit erfüllt die Unfallversicherung auch die Funktion einer Alterssicherung und gehört für die Leistungen ab dem ordentlichen Pensionierungsalter materiell zur Alters- und Hinterlassenenvorsorge. Sie gleicht damit den Umstand aus, dass eine invalide Person den entsprechenden Vorsorgeschutz nicht angemessen ausbauen konnte.

Freilich kann auch eine Dauerrente geändert oder sogar aufgehoben werden, wenn später ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 ATSG festgestellt wird. Eine Rentenrevision ist erforderlich, wenn sich der Invaliditätsgrad erheblich verändert. In der Invalidenversicherung und in der beruflichen Vorsorge ist die Rentenabstufung verhältnismässig grob in Viertelsrenten, halbe Renten und ganze Renten gegliedert. Erheblich ist in diesen Systemen erst eine Veränderung, die sich auf die Rentenhöhe auswirken würde. Die Unfallrenten werden dagegen prozentgenau nach Massgabe des Invaliditätsgrads ausgerichtet. Praxisgemäss gelten dabei Änderungen von 5 Prozent unterhalb eines Invaliditätsgrads von 50 Prozent als erheblich, bei höheren Invaliditätsgraden werden für die Bejahung der Erheblichkeit Änderungen von 10 Prozent verlangt.⁴⁶ Die Revision kann grundsätzlich jederzeit von Amts wegen oder auf Gesuch hin vorgenommen werden. Aufgrund ihrer soeben beschriebenen Zusatzfunktion in der Alterssicherung ist die Möglichkeit der Rentenrevision indes – in Abweichung von Art. 17 ATSG – eingeschränkt: Ab dem 65. Altersjahr kann bei Männern und ab dem 62. Altersjahr bei Frauen die Unfallrente nicht mehr revidiert werden (Art. 22 UVG).

Wenn der Unfallversicherer bei der Rentenfestsetzung die Prognose stellt, dass sich der Versicherte in absehbarer Zeit mit Wahrscheinlichkeit an die Unfallfolgen gewöhnen und anpassen wird, gewährt er ihm die Invalidenrente nur für eine bestimmte Zeit,

43 Siehe auch Art. 19 Abs. 3 UVG i.V.m. Art. 30 Abs. 1 UVV.

44 Art. 30 Abs. 1 UVV.

45 Zum Ganzen Abschnitt *Alfred Maurer*, *Bundessozialversicherungsrecht*, 2. Aufl., Basel/Frankfurt a.M. 1994, S. 371 ff., z.T. wörtlich.

46 Siehe *Ueli Kieser*, *Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG)*, in: *Ulrich Meyer* (Hrsg.), *Soziale Sicherheit*, Basel/Genf/München 2007, S. 217 ff., N. 43.

z.B. für drei Jahre. Die Möglichkeit der befristeten Rente ist im Gesetz zwar nicht ausdrücklich vorgesehen, von der Praxis aber anerkannt. Der Versicherte kann sich darauf einstellen, dass die Rente nach Ablauf dieser Zeit automatisch dahinfällt. Der Richter darf nur prüfen, ob die für die Befristung erforderliche Prognose sachgerecht, z.B. gestützt auf überzeugende medizinische Gutachten, gestellt worden ist.

Bei einfachen typischen Verletzungen lässt sich voraussehen, dass die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten zufolge Angewöhnung und Anpassung allmählich abnimmt. Diesem Umstand trägt der Versicherer gewöhnlich Rechnung, indem er die Rente von vornherein abstuft und sie z.B. für je ein Jahr entsprechend einer Erwerbsunfähigkeit von 40, 30 und 20 Prozent festsetzt. Die Abstufung ist bei Zeit- und bei Dauerrenten zulässig. Mit ihr soll der Wille des Versicherten, sich an die Unfallfolgen anzupassen und zu gewöhnen, gestärkt werden. Wenn sich die Prognose im Nachhinein als unrichtig erweist, wird in einer Revisionsverfügung von der Abstufung abgesehen oder wird die Rente angepasst.

Bei verhältnismässig geringen Invalidenrenten, d.h. bei solchen, die den Betrag von gegenwärtig rund 173 Franken pro Monat nicht übersteigen, kann der Versicherer die Rente jederzeit nach ihrem Barwert auskaufen. In den übrigen Fällen ist der Auskauf nur mit dem Einverständnis und im offenkundigen langfristigen Interesse des Rentenberechtigten zulässig.⁴⁷

2. Normal- und Komplementärrente

a) Normalrente

Die Höhe einer normalen Invalidenrente der Unfallversicherung bestimmt sich denkbar einfach: Sie beträgt bei Vollinvalidität 80 Prozent des versicherten Verdienstes, bei Teilinvalidität wird sie entsprechend gekürzt.⁴⁸ Der Fall einer eigentlichen Normalrente tritt aber eher selten ein: Nur bei Invaliditätsgraden zwischen 10 Prozent, durch welche in der Unfallversicherung bereits Rentenansprüche begründet werden, und 40 Prozent, durch die Rentenansprüche der Invalidenversicherung ausgelöst werden.⁴⁹ Das heisst, dass in der Regel nur bei Teilrenten im unteren Bereich „Normalrenten“ ausbezahlt werden.

47 Art. 35 Abs. 1 UVG.

48 Art. 20 Abs. 1 UVG.

49 Siehe Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG).

b) Komplementärrente

Da der Invaliditätsbegriff im Sinn von Art. 8 ATSG – nicht aber unbedingt auch die Bemessung des Invaliditätsgrads⁵⁰ – in der Unfallversicherung und in der Invalidenversicherung übereinstimmen, treffen in der überwiegenden Zahl der Fälle Renten der Unfallversicherung mit solchen der Invaliden- oder, bei älteren Erwerbstätigen, der Alters- und Hinterlassenenversicherung zusammen, allenfalls auch mit solchen der beruflichen Vorsorge.

Wird eine Person aus gesundheitlichen Gründen erwerbsunfähig, hat sie zunächst Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, sofern der Invaliditätsgrad mindestens 40 Prozent beträgt. Unter den gleichen Voraussetzungen kann sie eine Invalidenrente der beruflichen Vorsorge beanspruchen, sofern sie den BVG-Mindestlohn erreicht.⁵¹

Art. 66 Abs. 1 und 2 ATSG legen fest, dass die Renten unter Vorbehalt einer Überentschädigung kumulativ und in folgender Reihenfolge gewährt werden: Invalidenversicherung, Unfallversicherung und Militärversicherung, berufliche Vorsorge.

In diesen Fällen wird der versicherten Person seitens der Unfallversicherung eine so genannte Komplementärrente gewährt. Diese entspricht – in Abweichung der allgemeinen Überentschädigungsgrenze von Art. 69 ATSG – der Differenz zwischen 90 Prozent des versicherten Verdienstes und der Rente der IV oder der AHV, höchstens aber dem für Voll- oder Teilinvalidität vorgesehenen Betrag.⁵²

Mit anderen Worten: Die Normalrente mit einem Entschädigungssatz von 80 Prozent des versicherten Verdienstes ist der atypische Fall bei geringerer unfallbedingter Invalidität, die Komplementärrente mit einem Entschädigungssatz von (zusammen mit der Rente der Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung) insgesamt 90 Prozent des versicherten Verdienstes bildet den Hauptfall der Unfallrente.

50 Dies ergibt sich daraus, dass die Invalidenversicherung auch die Einschränkung im nichterwerblichen Bereich absichert und bei Teilerwerbstätigen damit die so genannte gemischte Methode der Invaliditätsgradbemessung zur Anwendung kommt (siehe Art. 28 Abs. 2ter IVG, ab 1. Januar 2008 Art. 28a Abs. 3 IVG).

51 Art. 7 des Bundesgesetzes vom 25. Juni 1982 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) und Art. 5 der Verordnung vom 18. April 1984 über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVV 2).

52 Art. 20 Abs. 2 UVG.

3. Bemessungsgrundlagen

a) *Unterschiedliche Bemessungsgrundlagen für Renten der Unfallversicherung, der Invalidenversicherung und der beruflichen Vorsorge*

Für die Höhe der Unfallversicherungsrente ist neben dem Invaliditätsgrad der unmittelbar vor dem Unfall erzielte Lohn von entscheidender Bedeutung. In der Unfallversicherung beträgt die Unfallrente bei Vollinvalidität 80 Prozent des innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogenen Lohns.⁵³ Die Unfallversicherungsrente ist damit eine auf eine einjährige Referenzperiode bezogene Risikoleistung.

In der Invalidenversicherung und in der beruflichen Vorsorge kommt es dagegen auf den Lohn an, der während des gesamten bisherigen Erwerbslebens erzielt worden ist. In der Invalidenversicherung richtet sich die Höhe der Rente neben dem Invaliditätsgrad nach der Beitragsdauer und der Höhe der insgesamt einbezahlten Lohnbeiträge. Wer keine Beitragslücken aufweist, erhält bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent eine monatliche Rente von zwischen 1'105 und 2'210 Franken, je nach Höhe der einbezahlten Beiträge.⁵⁴

In der beruflichen Vorsorge hängt die Rentenhöhe neben dem Invaliditätsgrad vom Altersguthaben und dem Umwandlungssatz ab. Das Altersguthaben umfasst die verzinsten Altersgutschriften⁵⁵, die eine versicherte Person bis zum Eintritt der Invalidität erworben hat, sowie die (fiktiven) Altersgutschriften für die bis zum Rentenalter fehlenden Jahre ohne Zinsen.⁵⁶ Multipliziert man das so bestimmte Altersguthaben mit dem Umwandlungssatz von 6,8 Prozent, ergibt sich der jährliche Betrag einer vollen Invalidenrente.⁵⁷

b) *Invaliditätsgrad*

Der Invaliditätsgrad bestimmt sich, wie bereits beschrieben, nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 16 ATSG. Nach dieser Methode wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und

53 Art. 20 Abs. 1 i.V.m. Art. 15 Abs. 2 UVG.

54 Art. 36 Abs. 2 und Art. 37 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 29 ff. des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1946 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) und Art. 50 ff. der Verordnung vom 31. Oktober 1947 über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVV).

55 Die Altersgutschriften, welche die Grundlage für die Berechnung des Altersguthabens bilden, werden jährlich in Prozenten des koordinierten Lohns berechnet. Sie betragen gegenwärtig zwischen sieben Prozent für die Altersgruppe der zwischen 25- und 44-Jährigen und 18 Prozent für die Altersgruppe von 55 bis 65 Jahren (Art. 16 BVG). Diese Gutschriften sind jedoch nicht mit den effektiven Beitragssätzen zu verwechseln, die aufgrund reglementarischer Bestimmungen der Vorsorgeeinrichtungen festgelegt werden.

56 Art. 24 Abs. 2 und 3 BVG.

57 Art. 14 Abs. 2 i.V.m. Art. 24 Abs. 2 BVG.

nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).⁵⁸ Ein rechnerisch exakt erzieltetes Ergebnis wird sodann nach den Regeln der Mathematik auf die nächste ganze Prozentzahl auf- oder abgerundet.⁵⁹

Aus dem Wortlaut „erzielen könnte“ in Art. 16 ATSG ergibt sich, dass sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen hypothetisch zu ermitteln ist. Für die Bestimmung des Valideneinkommens wird dabei jedoch durchwegs das vor dem Eintritt der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit erzielte Einkommen gewählt, wobei dieses den bis zum Zeitpunkt der Invaliditätsbemessung eingetretenen Entwicklungen anzupassen ist. Damit wird dem Postulat genügt, nach welchem die Vergleichseinkommen so konkret wie möglich zu bestimmen sind.⁶⁰ Zur Bestimmung des Invalideneinkommens greift die Praxis in aller Regel auf Tabellenwerte zurück. Besonderes Gewicht hat dabei die vom Bundesamt für Statistik erarbeitete Lohnstrukturerhebung. Die Werte werden allerdings in verschiedener Hinsicht korrigiert, weil die konkreten Besonderheiten wie die nur noch beschränkte Einsatzfähigkeit einer Person zu berücksichtigen sind. Praxisgemäss dürfen solche Abzüge zusammen aber nicht mehr als 25 Prozent des ermittelten Invalideneinkommens ausmachen.⁶¹ Die Rechtsprechung hat – unter restriktiven Voraussetzungen – auch zugelassen, dass Versicherer für die Bestimmung des Invalidenlohns auf (eigene) Datensammlungen abstellen können.⁶² Wenn diese qualitativ und quantitativ genügen, können sie der konkreten Ermittlung des Invalideneinkommens dienlich sein. So hat etwa die SUVA innert der letzten zwölf Jahre unter dem Titel DAP (Dokumentation von Arbeitsplätzen) eine spezielle Datenbank aufgebaut. Schweizweit werden durch speziell geschulte Aussendienstmitarbeiter konkrete Arbeitsplätze erfasst und dokumentiert. Die Arbeitsplatzbeschreibung erfasst die Region, die Ausbildungsanforderungen, die Arbeitszeit, die Eignung für Männer oder Frauen, andere äussere Einflüsse, den gesamten Arbeitsablauf und die Verdienstverhältnisse.⁶³

58 Siehe z.B. *Ueli Kieser*, Kommentar ATSG, Zürich/Basel/Genf 2003, Art. 16 N. 6. Konkret errechnet sich der Invaliditätsgrad nach der Formel: Valideneinkommen abzüglich Invalideneinkommen multipliziert mit 100 und sodann geteilt durch das Valideneinkommen. Bei einem Valideneinkommen von 100'000 Franken und einem Invalideneinkommen von 25'000 Franken würde sich deshalb ein Invaliditätsgrad von 75 Prozent ergeben.

59 BGE 130 V 121.

60 *Kieser* (Fn. 58), Art. 16 N. 11.

61 *Kieser* (Fn. 58), Art. 16 N. 13.

62 BGE 129 V 472 ff.

63 Zum Ganzen *Stefan A. Dettwiler*, Suva „DAP“t nicht im Dunkeln. Invalidenlohnbemessung anhand konkreter Arbeitsplätze (DAP), Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge (SZS) 2006, S. 6 ff.

c) Versicherter Verdienst im Jahr vor dem Unfall

Der Rentenbemessung wird der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn zu Grunde gelegt.⁶⁴ Maßgeblich ist der in dieser Zeitspanne tatsächlich bezogene Lohn, nicht ein möglicherweise zukünftig erreichbarer Lohn. Der Versicherte kann sich also nicht auf einen hypothetischen Verdienst in seinem angestammten Beruf berufen, den er (beispielsweise wegen einer wirtschaftlichen Krisenlage) nicht ausgeübt hat, vielmehr ist der bei der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit erzielte Verdienst maßgebend.

Zur Bemessung des versicherten Verdienstes wird grundsätzlich auf den in der AHV maßgebenden Lohn abgestellt. Für die in Art. 22 Abs. 2 UVV genannten Fälle wird jedoch vom maßgebenden Lohn abgewichen:

- So gelten Löhne, auf denen wegen des Alters des Versicherten keine Beiträge der AHV erhoben werden, als versicherter Verdienst (lit. a).
- Zum versicherten Verdienst zählen auch die Familienzulagen, welche als Kinder-, Ausbildungs- oder Haushaltszulagen im orts- oder branchenüblichen Rahmen gewährt werden (lit. b). Durch den Einbezug dieser Leistungen in die Berechnung des versicherten Verdienstes erklärt sich, weshalb Bezügerinnen und Bezüger einer UV-Rente keine zusätzlichen Leistungen für ihre Familienlasten erhalten. Durch den Einbezug dieser Leistungen in den versicherten Verdienst werden sie bereits hinreichend berücksichtigt.
- Lit. c enthält eine Sonderregelung für „mitarbeitende Familienglieder“. Danach bildet der berufs- und ortsübliche Lohn Grundlage der UV-Rente. Mit dieser Bestimmung soll eine Benachteiligung der Familienmitglieder mit nicht arbeitsmarktkonformen Löhnen verhindert werden, so dass sie nur dann zur Anwendung gelangt, wenn die ausgerichteten Löhne auf Grund der Familienzugehörigkeit tiefer ausfallen als berufs- und ortsüblich.
- Schließlich werden Entschädigungen bei Auflösung des Arbeitsverhältnisses, bei Betriebsschließungen, Betriebszusammenlegungen oder bei ähnlichen Gelegenheiten bei der Bestimmung des versicherten Verdienstes nicht mitberücksichtigt (lit. d).

Dauerte das Arbeitsverhältnis noch nicht das ganze Jahr, so werden die in dieser Zeit bezogenen Verdienste auf ein volles Jahr umgerechnet.⁶⁵ Dabei wird bei unterjährigen Arbeitsverhältnissen vermutet, dass der Versicherte ganzjährig zu den gleichen Bedingungen gearbeitet hätte, weshalb die Umrechnung nach Art. 22 Abs. 4 Satz 2 UVV auf zwölf Monate erfolgt. Bei Versicherten, die nur einen zeitlich begrenzten Teil des Jahres erwerbstätig sind, erfolgt keine Umrechnung, sondern es gilt der Verdienst während der vereinbarten Dauer, wie etwa bei Studierenden und Schülern, die nur während der Ferien arbeiten. Dies gilt auch für unregelmäßig Beschäftigte oder bei einer befristeten Beschäftigung. Im Gegensatz dazu wird bei einer unüblichen Reduktion der Arbeitszeit

64 Art. 15 Abs. 2 UVG.

65 Satz 2 von Art. 22 Abs. 4 UVV.

mit Ausnahmecharakter wie beispielsweise einem einmaligen unbezahlten Urlaub, der versicherte Verdienst i.S. von Art. 22 Abs. 4 Satz 2 UVV ergänzt. Die Umrechnung des Lohns i.S. von Art. 22 Abs. 4 Satz 2 UVV ist mithin nicht auf Fälle beschränkt, in welchen das Arbeitsverhältnis bis zum Unfall noch kein ganzes Jahr gedauert hat.

d) Versicherter Verdienst in Sonderfällen

Hat der Versicherte im Jahr vor dem Unfall wegen Militärdienst, Zivildienst, Zivilschutzdienst, Unfall, Krankheit, Mutterschaft, Arbeitslosigkeit oder Kurzarbeit einen verminderten Lohn bezogen, so wird der versicherte Verdienst nach dem Lohn festgesetzt, den der Versicherte ohne diese Absenz erzielt hätte (Art. 24 Abs. 1 UVV).

Beginnt die Rente mehr als fünf Jahre nach dem Unfall, so ist der Lohn maßgebend, den der Versicherte ohne Unfall im Jahr vor Rentenbeginn bezogen hätte, sofern er höher ist als der letzte vor dem Unfall erzielte Lohn. Diese Bestimmung bezweckt die Anpassung der Rente an die normale Lohnentwicklung⁶⁶ im angestammten Tätigkeitsbereich.⁶⁷ Andere den versicherten Lohn beeinflussende Änderungen in den erwerblichen Verhältnissen werden dabei aber nicht berücksichtigt.⁶⁸ Bei einem Versicherten, der wie alle anderen Angestellten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne Unfall weiterhin Überstundenarbeit geleistet hätte und somit im Jahr vor dem Rentenbeginn ein höheres Einkommen erzielen würde als vor dem Unfall, ist der versicherte Verdienst i.S. von Art. 24 Abs. 2 UVV anzupassen.⁶⁹

Bezog der Versicherte wegen beruflicher Ausbildung am Tag des Unfalls nicht den Lohn eines Versicherten mit voller Leistungsfähigkeit derselben Berufsart, so wird der versicherte Verdienst von dem Zeitpunkt an, da er die Ausbildung abgeschlossen hätte, nach dem Lohn festgesetzt, den er im Jahr vor dem Unfall als voll Leistungsfähiger erzielt hätte. Nach dem klaren Wortlaut dieser Bestimmung muss die Entlohnung der Tätigkeit wegen der Ausbildung niedriger sein als der Lohn des voll Leistungsfähigen derselben Berufsart. Die berufliche Ausbildung selbst muss also für den kleineren, berufsunüblichen Lohn kausal sein. Außerdem muss es sich bei den Erwerbszweigen des in Ausbildung Stehenden und des bereits Ausgebildeten um dieselbe Berufsart handeln. Somit ist Art. 24 Abs. 3 UVV auf einen Werkstudenten, der im Sommer im Baugewer-

66 Vgl. BGE 123 V 51 E. 3c.

67 RKUV 1993 Nr. U 161 S. 52 E. 3b; RKUV 1999 Nr. U 327 S. 111 f. E. 3c.

68 BGE 127 V 172 E. 3b. Die Bestimmung soll jedoch versicherte Personen nicht durch Berücksichtigung individueller Lohnentwicklungen (z.B. Hinzutreten von Kinderzulagen) gegenüber solchen besser stellen, deren Rente innert fünf Jahren nach dem Unfall festgesetzt wurde (BGE 127 V 173 E. 3b). Bei der Bestimmung des versicherten Jahresverdienstes ist deshalb auch bei einem Rentenbeginn mehr als fünf Jahre nach dem Unfall auf die im Unfallzeitpunkt ausgeübte Tätigkeit abzustellen (RKUV 1999 Nr. U 340 S. 405 E. 3c).

69 RKUV 2000 Nr. U 400 S. 381 ff. E. 2b und c.

be als Hilfsmonteur arbeitet, nicht anwendbar, weil die Tätigkeit des Bauarbeiters nicht in Verbindung mit dem angestrebten Berufsziel eines Biologielehrers steht.^{70·71}

Bei Bezug einer Invalidenrente bestimmt sich der versicherte Verdienst nicht nach Art. 24 Abs. 1 UVV. Vielmehr ist nach Absatz 4 für die neue Rente aus beiden Unfällen derjenige Lohn maßgebend, den der Versicherte im Jahr vor dem letzten Unfall bezogen hätte, wenn früher kein versicherter Unfall eingetreten wäre. Sinn und Zweck von Art. 24 Abs. 4 UVV ist es, für die revisionsweise Neufestsetzung der Invalidenrente nicht auf den in der Regel durch die Invalidität bereits reduzierten Lohn im Jahr vor dem Unfall abzustellen, sondern auf einen hypothetischen Lohn, den der Versicherte ohne Unfall hätte erzielen können.⁷²

4. Fragen zu den Komplementärrenten der Unfallversicherung

a) Festsetzung der Komplementärrente

Wie bereits erwähnt ist beim Zusammentreffen von verschiedenen Renten die Invalidenversicherung primär leistungspflichtig. Die Unfallversicherung ergänzt diese Leistungen im Sinne einer bedingten Kumulation, d.h. die versicherte Person hat Anspruch auf beide Leistungen unter Berücksichtigung einer Überentschädigungsgrenze. In Abweichung von der allgemeinen Überentschädigungsregel in Art. 69 ATSG sieht das UVG in Art. 20 Abs. 2 bei der Koordination von Renten der Unfallversicherung mit Renten der AHV/IV ein besonderes Koordinationssystem vor, nach welchem die Komplementärrenten auf 90 Prozent des versicherten Verdienstes begrenzt sind.

Die Komplementärrente wird beim erstmaligen Zusammentreffen der erwähnten Renten festgesetzt und lediglich späteren Änderungen der für Familienangehörige be-

70 Ist ein Versicherter zu 70 Prozent als Behindertenbetreuer tätig, um daneben zu Hause die Matura für ein späteres Jura- oder Ökonomiestudium nachzuholen, und erhält er der Ausbildung wegen keinen geringeren Lohn, hat die Berechnung des versicherten Verdienstes nach Art. 22 Abs. 4 und nicht nach Art. 24 Abs. 3 UVV zu erfolgen (RKUV 2000 Nr. U 399 S. 379 f. E. 2b).

71 Art. 24 Abs. 3 UVV ist nicht anwendbar auf einen voll leistungsfähigen Versicherten, der aus irgendwelchen Gründen (z.B. mangelnder Einsatz, fehlende Leistungsfähigkeit oder bei einem ausländischen Staatsangehörigen allenfalls unzureichendes Anpassungsvermögen, Sprachschwierigkeiten oder im Vergleich zu schweizerischen Verhältnissen nicht gleichwertiges Wissen und Können) nicht den branchenüblichen Lohn erhält (BGE 106 V 229).

72 BGE 123 V 51 E. 3c; Art. 24 Abs. 4 UVV bezieht sich ausschliesslich auf Bezieher von Renten der Unfallversicherung (RKUV 1991 Nr. U 123 S. 152 E. 3a). Muss ein Versicherter infolge eines ersten Unfalls (und nicht infolge einer Wirtschaftskrise) seine Tätigkeit als Schlosser aufgeben und diejenige eines Handlangers aufnehmen, ist der Invalidität infolge eines weiteren Unfalls derjenige Lohn zu Grunde zu legen, den der Versicherte vor dem zweiten Unfall als Schlosser hätte verdienen können, wenn ihm der erste Unfall nicht zugestoßen wäre (EVGE 1941 22 E. 4).

stimmten Teile der Rente der Invalidenversicherung oder der Alters- und Hinterlassenenversicherung angepasst.⁷³

b) Systematische Probleme des Zusammenspiels von Renten der Invalidenversicherung und Komplementärrenten der Unfallversicherung

Das System der Komplementärrenten erscheint im Grundsatz als leicht verständlich, die Umsetzung in der Praxis ist jedoch mit diversen Problemen behaftet. Diese ergeben sich einerseits daraus, dass die Unfallversicherung ihre Rentenleistungen nach anderen Grundsätzen festlegt als die Invalidenversicherung. So berücksichtigt die Invalidenversicherung als finale Volksversicherung bei der Rentenbemessung auch Einschränkungen, die in der kausalen Unfallversicherung nicht beachtet werden (z.B. Einschränkung durch Krankheit).

Schwierigkeiten sind aber auch darauf zurückzuführen, dass auch bei der Berechnung der Komplementärrente das Kongruenzprinzip zu beachten ist, nach welchem nur Leistungen in die Überentschädigungsberechnung einbezogen werden dürfen, die in ereignisbezogener, personeller, sachlicher und zeitlicher Hinsicht kongruent sind. Bei der Ermittlung der Komplementärrente ist deshalb sicherzustellen, dass die Invalidenversicherungs- und die Unfallversicherungsrenten kongruente Tatbestände abdecken. Das bedeutet, dass die Unfallversicherung die von der Invalidenversicherung berücksichtigten unfallversicherungsfremden Anteile wie Krankheit, Haushalt, selbständige Erwerbstätigkeit⁷⁴ und Alter⁷⁵ auszusondern hat.⁷⁶

Weitere Fragen stellen sich auch bei einer späteren Anpassung an veränderte Verhältnisse. Eine Anpassung der Komplementärrente erfolgt beim Dahinfallen oder Hinzukommen von Zusatz- und Kinderrenten der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung, bei einer Änderung der Berechnungsgrundlage einer solchen Rente und bei einer maßgeblichen Änderung des für die Unfallversicherung maßgebenden Invaliditätsgrades.⁷⁷ Nach der ausdrücklichen Vorschrift in Art. 34 UVV führt auch eine Revision der Invalidenversicherungsrente zu einer Revision der Unfallversicherungs-Komplementärrente. Dies unter dem Vorbehalt, dass die Revision der Invalidenversicherungsrente einen Faktor betrifft, der auch für die Unfallversicherungsrente maßgeblich ist, d.h. einen kongruenten Tatbestand.

Nachfolgend werden einzelne Konstellationen näher betrachtet.

73 Art. 20 Abs. 2 Satz 2 UVG.

74 Art. 32 Abs. 1 UVV.

75 Art. 28 Abs. 4 UVV.

76 Siehe Art. 32 Abs. 1 UVV: „Entschädigt eine Rente der IV auch eine nicht nach UVG versicherte Invalidität, wird bei der Berechnung der Komplementärrente nur jener Teil der Rente der IV berücksichtigt, welche die obligatorisch versicherte Tätigkeit abgilt.“

77 Art. 33 Abs. 2 lit. A-c UVV.

Auswirkungen von nachfolgenden Änderungen im Rentenanspruch gegenüber der Alters-, Hinterlassenen und Invalidenversicherung: Art. 20 Abs. 2 und Art. 31 Abs. 4 UVG sehen vor, dass die Komplementärrente der Unfallversicherung beim erstmaligen Zusammentreffen mit der Alters-, Hinterlassenen- oder Invalidenrente festgesetzt wird und lediglich späteren Änderungen der für Familienangehörige bestimmten Teile der Rente oder den Änderungen im Bezügerkreis der Alters-, Hinterlassenen oder Invalidenversicherungsrente angepasst wird. Der Verordnungsgeber hat für die Komplementärrente zur Invalidenversicherungsrente konkretisierende Bestimmungen erlassen,⁷⁸ welche auch für die Hinterlassenenrenten anwendbar sind.⁷⁹ Diese Bestimmungen schließen auch die Anpassung wegen Änderung der Berechnungsgrundlagen ein, weshalb beim Splitting nach Art. 29^{quinquies} Abs. 3 AHVG, bei der Plafonierung gemäß Art. 35 AHVG, nach der Rechtsprechung aber auch bei der Ablösung der Witwen- durch eine Altersrente eine Anpassung der Komplementärrente erfolgt.⁸⁰ Die Komplementärrente ist zudem auch anzupassen, wenn sich der für die Unfallversicherung maßgebende Invaliditätsgrad erheblich ändert.⁸¹ Tritt zu einer unfallbedingten Invalidität eine krankheitsbedingte Invalidität und wird die IV-Rente deswegen heraufgesetzt, hat dagegen keine Anpassung der Komplementärrente zu erfolgen.

Komplementärrente bei krankheits- und unfallbedingter Invalidität: Wenn eine Invalidenversicherungsrente auch eine krankheitsbedingte Invalidität entschädigt, wird bei der Berechnung der Komplementärrente nur derjenige Anteil der Invalidenversicherungsrente berücksichtigt, der die unfallbedingte Invalidität abgilt.⁸² Bei der betragsmäßigen Berechnung dieses Anteils ist zu bestimmen, welchen prozentualen Anteil die unfallbedingte Invalidität an der Gesamtinvalidität hat. Ein Beispiel: Die Invalidenversicherung richtet bei einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent eine ganze Rente (= Rente von 100 Prozent) aus; die Unfallversicherung hat für ihren Bereich eine (unfallbedingte) Invalidität von 30 Prozent ermittelt. Zur Bestimmung des anrechenbaren Teils der Invalidenversicherungsrente stehen zwei Berechnungsmethoden zur Verfügung: Es kann – als erste Methode – bestimmt werden, welchen Anteil die in der Unfallversicherung relevanten 30 Prozent an der ganzen Invalidität (100 Prozent) haben, was ebenfalls 30 Prozent ausmacht. Von der Invalidenversicherungsrente kann also die Unfallversicherung einen Anteil von 30 Prozent berücksichtigen. Es kann aber – als zweite Methode – auch bestimmt werden, wie hoch der Anteil von 30 Prozent an 70 Prozent ist, was 42,8 Prozent ausmacht; die Unfallversicherung kann also 42,8 Prozent der Invalidenversicherungsrente berücksichtigen. Zutreffend erscheint die zweite der genannten Möglichkeiten; denn die Tatsache, dass bei einer Gesamtinvalidität von 70 Prozent eine Invalidenversicherungsrente von 100 Prozent ausgerichtet wird, ist eine Entscheidung des Invali-

78 Art. 33 UVV.

79 Art. 43 Abs. 6 UVV.

80 BGE 126 V 512.

81 Art. 33 Abs. 2 lit. c UVV.

82 Art. 32 Abs. 1 UVV.

denversicherungsrechts, weshalb bei der Lösung der koordinationsrechtlichen Frage die Heranziehung der Referenzbasis von 100 Prozent unzutreffend erscheint.

Komplementärrente bei zusätzlich ausgeübter selbstständiger Erwerbstätigkeit: Die Unfallversicherung erfasst im Gegensatz zur Invalidenversicherung die selbstständige Erwerbstätigkeit nicht. Bei der Berechnung der Unfallversicherungs-Komplementärrente ist eine nicht obligatorisch in der Unfallversicherung versicherte Invalidität, d.h. derjenige Teil der Invalidenrente, der die selbständige Tätigkeit abdeckt, nicht zu berücksichtigen.⁸³ Dies führt zu Schwierigkeiten, weil die Invalidenversicherung beide Tätigkeitsbereiche gemeinsam erfasst und die Invalidität – im Gegensatz zur gemischten Methode bei Teilerwerbstätigen – nicht getrennt ermittelt. Hier bleibt nur die Möglichkeit, die Rente in Berücksichtigung der vor dem Unfall erzielten Einkommen aufzuteilen.

Komplementärrente bei vorgerücktem Alter: Bei Personen im vorgerückten Alter bestimmt die Unfallversicherung den Invaliditätsgrad unter Berücksichtigung der Verhältnisse einer versicherten Person im mittleren Alter.⁸⁴ Die Invalidenversicherung verzichtet auf eine Berücksichtigung des vorgerückten Alters, weshalb bei diesem Sozialversicherungszweig in der Regel ein höherer Invaliditätsgrad resultiert. In einem solchen Fall ist deshalb ebenfalls davon auszugehen, dass die Invalidenversicherung eine nicht obligatorisch unfallversicherte Invalidität im Sinne von Art. 32 Abs. 1 UVV entschädigt, was dazu führt, dass die Invalidenversicherungsrente bezüglich demjenigen Betrag, der sich aus dem entsprechend höheren Invaliditätsgrad ergibt, bei der Berechnung der Komplementärrente nicht berücksichtigt werden darf.

Komplementärrente im Alter: Wenn die versicherte Person das zum Bezug einer AHV-Altersrente maßgebende Alter erreicht, wird die ihr bisher ausgerichtete IV-Rente durch eine AHV-Altersrente ersetzt; demgegenüber richtet die UV die Invalidenrente weiterhin aus.⁸⁵ Bei diesem Übergang wird die Komplementärrente der Unfallversicherung nicht neu berechnet;⁸⁶ dies gilt aber dann nicht, wenn beim Übergang die Berechnungsgrundlagen ändern.⁸⁷ Setzt die Unfallversicherungsrente erst nach Erreichen der Altersgrenze ein, so erfolgt eine Erhöhung der maßgebenden Grenze von 90 Prozent des

83 Art. 32 Abs. 1 UVV.

84 Art. 28 Abs. 4 UVV.

85 Art. 19 Abs. 2 UVG.

86 Art. 33 Abs. 1 UVV.

87 BGE 126 V 512, wo es um die Ablösung einer Witwenrente durch eine AHV-Altersrente ging; Art. 33 Abs. 2 lit. b UVV geht somit Art. 33 Abs. 1 UVV vor. In den seltenen Fällen, in welchen beim Übergang die AHV-Rente nicht nach den bisherigen, für die IV-Rente maßgebenden Berechnungsgrundlagen bestimmt wird, sondern aufgrund der bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters geleisteten Beiträge neu und höher bestimmt wird, führt dies zum unbefriedigenden Ergebnis, dass die Unfallversicherung von den durch die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität weiterhin geleisteten AHV-Beiträgen profitiert.

versicherten Einkommens um die Altersrente.⁸⁸ Anpassungen der so berechneten UV-Komplementärrente sind in den Verordnungsbestimmungen nicht vorgesehen.

5. Anpassung der Renten an die Teuerung

Zum Ausgleich der Teuerung erhalten alle Bezügerinnen und Bezüger von Invaliden- und Hinterlassenenrenten der Unfallversicherung Zulagen. Diese gelten als Bestandteil der Rente.⁸⁹ Der Bundesrat setzt die Zulagen aufgrund des Landesindex der Konsumentenpreise fest. Die Renten werden auf den gleichen Zeitpunkt wie die Renten der Alters- und Hinterlassenenversicherung der Teuerung angepasst.⁹⁰ Die Teuerungszulagen werden aus Zinsüberschüssen und, soweit diese nicht ausreichen, nach dem Ausgabenumlageverfahren finanziert.⁹¹

6. Besondere Problematik bei Teilzeitarbeit

Da für alle vom Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil der Sozialversicherung erfassten Sozialversicherungszweige die Invalidität nach dem gleichen Prinzip (Art. 16 ATSG) zu bestimmen ist, sollte auch in allen Zweigen derselbe Invaliditätsgrad resultieren. Die Rechtsprechung geht vom Grundsatz aus, dass mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden in den verschiedenen Sozialversicherungszweigen die Festlegung der Invalidität zum gleichen Ergebnis führen muss.⁹² Dieser Grundsatz führte die Rechtsprechung dazu, bestimmte Bindungswirkungen eines einmal getroffenen Entscheides zur Invaliditätsfestsetzung zu bejahen.

Diese Bindungswirkung findet bei manchen Sachverhalten eine Grenze. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich bei Teilerwerbstätigen bezüglich der gegenseitigen Bindung der Versicherungsträger bei der Festlegung des Invaliditätsgrades. Bei teilweise Erwerbstätigen bemisst sich der Invaliditätsgrad nämlich nach der so genannten gemischten Methode. Dabei wird für die Teilerwerbstätigkeit die Invalidität nach dem Einkommensvergleich und die Invalidität im Aufgabenbereich nach der Methode des Betätigungsvergleichs festgelegt. Die Gesamtinvalidität wird nach Massgabe der zeitlichen Beanspruchung in den beiden Bereichen berechnet.⁹³

Die Schwierigkeit besteht nun darin, dass in der Invalidenversicherung auch die Invalidität von Nichterwerbstätigen entschädigt wird. Im Gegensatz dazu wird in der Un-

88 Art. 32 Abs. 3 UVV.

89 Art. 34 Abs. 1 UVG.

90 Art. 34 Abs. 2 UVG.

91 Art. 90 Abs. 2 UVG.

92 BGE 119 V 470.

93 Art. 28 Abs. 2^{ter} IVG, ab 1. Januar 2008 Art. 28a Abs. 3 IVG.

fallversicherung die Invalidität ausschliesslich im erwerblichen Bereich entschädigt.⁹⁴ Folglich kann die Unfallversicherung nicht den durch die Invalidenversicherung festgesetzten Invaliditätsgrad mitberücksichtigen, falls dieser auch die Einschränkung im Aufgabenbereich erfasst. Es dürfen nur die sich im erwerblichen Bereich ergebenden Einschränkungen berücksichtigt werden.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich bei Teilerwerbstätigen daraus, dass nach der Rechtsprechung im Bereich der Invalidenversicherung bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades im erwerblichen Bereich bei Teilerwerbstätigen als hypothetisches Valideneinkommen nicht das Einkommen gilt, das der Teilerwerbstätige bei einer vollen Erwerbstätigkeit erzielen könnte, sondern das Einkommen, welches aus einem hypothetisch geleisteten Teilarbeitspensum als Gesunder resultieren würde.⁹⁵ Die Unfallversicherung befolgt bei Teilerwerbstätigen eine gegenteilige Praxis, indem das Valideneinkommen auf einer hypothetischen Tätigkeit von 100 Prozent basiert.⁹⁶ Dies hat zur Folge, dass die Unfallversicherung weder den von der Invalidenversicherung berechneten Gesamtinvaliditätsgrad noch denjenigen für den erwerblichen Bereich übernehmen darf. Vielmehr hat sie den Invaliditätsgrad nach eigenen Kriterien zu ermitteln.⁹⁷ Dass die verunfallte Person vor dem Unfall nur zeitlich erwerbstätig war, wirkt sich in der Unfallversicherung bei der Rentenhöhe aus, weil nur das Einkommen aus Teilerwerbstätigkeit versicherten Verdienst darstellt.⁹⁸

Bei teilinvaliden Personen stellt sich regelmäßig die Frage, wie bei der Leistungsordination mit dem durch die betreffenden Personen allenfalls noch erzielbaren Resterwerb umzugehen ist. Die allgemeine Überentschädigungsregel in Art. 69 ATSG beantwortet die Frage nach der Berücksichtigung des Resterwerbes nicht. Die Materialien lassen erkennen, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass eine Berücksichtigung eines zumutbarerweise erzielbaren Resterwerbes nur erfolgen kann, wenn eine entsprechende Regelung im Einzelgesetz eingefügt wird.⁹⁹ Die Regelungen in den Einzelgesetzen sind diesbezüglich unterschiedlich. Von einer Berücksichtigung des nur zumutbarerweise erzielbaren Resterwerbseinkommens geht die Militärversicherung in Art. 32 Abs. 1 lit. c MVV¹⁰⁰ aus. Art. 14a ELV¹⁰¹ ermöglicht den Ergänzungsleistungsbehörden bei Teilinvaliden bestimmte, in der Verordnung festgesetzte Erwerbseinkommen anzurechnen.

94 Vgl. Art. 18 Abs. 1 UVG.

95 BGE 125 V 146.

96 BGE 119 V 475 ff.

97 BGE 119 V 475 ff.

98 Vgl. Art. 15 Abs. 2 UVG.

99 *Kieser* (Fn. 58), Art. 69 Rz. 23.

100 Verordnung vom 10. November 1993 über die Militärversicherung.

101 Verordnung vom 15. Januar 1971 über die Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

In der Unfallversicherung wird demgegenüber nur das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen angerechnet, wie dies in Art. 51 Abs. 3 UVV vorgesehen ist.¹⁰²

VI. Zusammenfassende Würdigung

Fasst man nun diesen kurzen Überblick über die schweizerische Unfallversicherung und das Bemessungssystem ihrer Geldleistungen zusammen, so ergibt sich das folgende Gesamtbild:

Im Wesentlichen hat sich die gesetzliche Ordnung bewährt. Die gegenwärtige Finanzierung darf als solid bezeichnet werden.

Soweit ersichtlich bereitet die unterschiedliche Finanzierungsweise der Taggelder und anderer kurzfristiger Leistungen durch das Umlageverfahren und der Rentenleistungen durch das Umlagedeckungsverfahren (als Kapitaldeckungselement innerhalb der Unfallversicherung) keine nennenswerten Probleme.

Im Hinblick auf die demographische Entwicklung erscheint die mit dem Umlagedeckungsverfahren für Renten erzielte Entlastung der künftigen Generation als wünschenswert. Sie kann als Ausdruck horizontaler Solidarität innerhalb derselben Generation gelten, d.h. als Ausdruck der Solidarität der gegenwärtig beitragsbelasteten Arbeitgeber untereinander.

Die Invalidenrenten der schweizerischen Unfallversicherung sind nur darauf ausgerichtet, den Erwerbsausfall für eine nach der Eingliederung verbleibende Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit zu kompensieren. Selbst schwere körperliche Beeinträchtigungen führen damit zu keinen Rentenleistungen der Unfallversicherung, wenn sie keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person haben.

102 In der bis 31.12.2004 gültigen Fassung sah Art. 24 Abs. 2 Satz 2 BVV 2 vor, dass den Bezüglern von Invalidenleistungen das weiterhin erzielte Erwerbseinkommen angerechnet werden kann. In BGE 123 V 88 f. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht festgehalten, dass gemäß dieser Rechtsgrundlage nur das effektiv erzielte, nicht aber das zumutbarerweise erzielbare Erwerbseinkommen angerechnet werden könne. So konnte eine versicherte Person, die infolge eines Unfalls zu 55 Prozent invalid war, mit einer UVG-Invalidenrente, mit einer halben Rente der Invalidenversicherung und einer 55 prozentigen Invalidenrente der Vorsorgeeinrichtung ein Gesamtrenteneinkommen von fast 90 Prozent des mutmaßlich entgangenen Bruttoverdienstes erreichen, ohne sich darum bemühen zu müssen, ihre Resterwerbsfähigkeit mit einer leidensangepassten Arbeit noch zu nutzen. Dieser Entscheidung ist in der Literatur verschiedentlich Kritik erwachsen. Mit Wirkung ab 1. Januar 2005 hat der Bundesrat Art. 24 Abs. 2 BVV 2 dahingehend geändert, dass den „Bezüglern von Invalidenleistungen (...) überdies das weiterhin erzielte oder zumutbarerweise noch erzielbare Erwerbs- oder Ersatzinkommen angerechnet“ wird. Mit dieser Neuregelung soll vermieden werden, dass die Vorsorgeeinrichtungen Leistungen für nicht invaliditätsbedingten Erwerbsausfall erbringen müssen. Zudem sollen diejenigen Teilinvaliden, welche freiwillig keiner Teilerwerbstätigkeit nachgehen, finanziell nicht mit denjenigen Teilinvaliden, die ihre Restarbeitsfähigkeit verwerten, gleichgestellt werden. Es ist aber darauf hinzuweisen, dass diese Regel nicht unbedingt praktikabel ist und ebenfalls in berechtigter Kritik steht.

Dem Ausgleich des immateriellen Körperschadens, der nach einem Unfall noch verbleibt, dient die Integritätsentschädigung. Es handelt sich dabei um eine gesetzlich geordnete Form der Genugtuung (Schmerzensgeld), die gegenwärtig auch für schwerste Beeinträchtigungen auf eine einmalige Summe von 126'000 Franken beschränkt ist.

Die juristisch-praktischen Probleme des schweizerischen Unfallrentensystems liegen bei der Schnittstelle zwischen der Invalidenrente der Invalidenversicherung und der Komplementärrente der Unfallversicherung. Für viele mögliche Problemkonstellationen hat die Praxis indes praktikable Lösungen entwickelt.

Das unterschiedliche Leistungsniveau von Kranken- und Unfallversicherung, insbesondere die weitgehend fehlenden Geldleistungen in der Krankenversicherung, bilden immer wieder Anlass zu rechtspolitischer Kritik. In jüngerer Zeit sorgte ein Vorschlag für Diskussionen, der – in Anlehnung an das niederländische System – die Abschaffung der Unfallversicherung in ihrer gegenwärtigen Form fordert.¹⁰³ Sozialpolitisch sei es nicht haltbar, dass es für die Betroffenen einen derart erheblichen Unterschied ausmacht, ob eine Invalidität wegen Unfall (was vorteilhafter ist) oder wegen Krankheit eintritt. Mag der formulierte Anstoss vorerst auch noch utopisch anmuten, so werden die mit ihm verfolgten sozialpolitischen Anliegen hoffentlich dennoch auf fruchtbaren Boden fallen.

103 *Olivier Steiner*, Die Abschaffung der Unfallversicherung. Eine Untersuchung zur Ungleichbehandlung von Unfall und Krankheit im schweizerischen und niederländischen Sozialrecht, Zürich/Basel/Genf 2007.

Reformbestrebungen der Rentenbemessung in der deutschen gesetzlichen Unfallversicherung

Dr. Andreas Kranig

I. Einführung

Die letzte größere Reform des Unfallversicherungsrechts in Deutschland liegt über zehn Jahre zurück. Damals wurde die Gesetzliche Unfallversicherung durch das Unfallversicherungs-Einordnungsgesetz als Siebtes Buch in das Sozialgesetzbuch eingeordnet. Schon damals gab es gewichtige Stimmen aus der Wissenschaft – ich nenne nur Herrn Professor Gitter –, die das Prinzip der abstrakten Schadensbemessung im Rentenrecht der gesetzlichen Unfallversicherung in Zweifel zogen. Ein Übergang zu einer konkreteren Schadensbemessung mit expliziter Berücksichtigung des Erwerbsschadens und des immateriellen Schadens wurde damals – vor etwa 13 Jahren – intern im damaligen Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geprüft. Eine grundlegende Erneuerung des Rentenrechts wurde damals aber verworfen. Ich sehe hierfür vier Gründe:

- Die gesetzestechnischen Schwierigkeiten für eine Umsetzung der konkreten Schadensbemessung erschienen zu groß.
- Weder in der Wissenschaft noch unter den Praktikern der Gesetzlichen Unfallversicherung fanden sich mehrheitlich Befürworter einer konkreten Schadensbemessung.
- Vor allem aber fehlte es am politischen Druck - sei es von den Sozialpartnern, sei es aus den politischen Parteien -, eine Änderung in Angriff zu nehmen.
- Schließlich entsprach es dem Kalkül im damaligen Gesetzgebungsverfahren, grundlegende und damit politische umstrittene Reformen nicht mit der Einordnung des Unfallversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch zu verbinden. Für den Fall einer tiefgreifenden Reform wurde befürchtet, dass das Vorhaben scheitern oder jedenfalls ins Stocken geraten könnte.

II. Gesetzgebungsverfahren zum Unfallversicherungs- Reformgesetz (UVRG)

Seitdem haben sich die Zeiten geändert. Betrachtet man die Entwicklungen der letzten Jahre, so sind um die gesetzliche Unfallversicherung herum alle anderen Sozialversicherungszweige mehrfach und tiefgreifend reformiert worden. Die Sozialpolitik muss-

te auf schwierige Herausforderungen – ich nenne nur die Probleme auf dem Arbeitsmarkt und die demographische Entwicklung – schwierige und für die Betroffenen häufig schmerzhaft Reformschritte gehen. In diesem Zuge hat sich – insbesondere bei den Verbänden der Arbeitgeber, aber auch in politischen Parteien – der politische Druck erhöht, auch die gesetzliche Unfallversicherung in vielerlei Hinsicht auf den Prüfstand zu stellen. Ausgehend von zwei Gesetzgebungsverfahren, die die Lastenverteilung unter den gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Zuständigkeitsordnung zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand betrafen, haben Bundestag und Bundesrat im Jahr 2004 die Bundesregierung beauftragt, eine solche Reform zu prüfen und in die Wege zu leiten. Eine Arbeitsgruppe des Bundes und der Länder wurde Anfang 2005 beauftragt, hierfür ein Konzept vorzulegen. Die Arbeitsgruppe hat Ende Juni 2006 Eckpunkte für eine Reform des Unfallversicherungsrechts vorgelegt. Darin wurden Aspekte der Organisationsreform überbetont und zum Teil – insbesondere Zentralisierung, Rechtsform und Aufgaben des Spitzenverbandes – schon minuziös ausgeführt, während materiell-rechtlich, aber auch wirtschaftlich wesentlich bedeutsamere Themen wie die Neugestaltung des Rentenrechts sozusagen nur mit wenigen Strichen skizziert wurden.

Bis zum Frühjahr 2007 wurde im Bundesministerium für Arbeit und Soziales zunächst die Organisationsreform vorangetrieben. Über so wichtige Themen wie die zukünftige Zahl der Träger, die Lastenverteilung und die Zuständigkeitsordnung konnte mittlerweile sehr weitgehend Konsens zwischen der Bundesregierung, den Ländern und den Sozialpartnern in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung erzielt werden. Bezüglich des Spitzenverbandes bestand nur teilweise Einigkeit. Dies gilt für die Fusion von HVBG und BUK zur Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) sowie teilweise auch für eine Ausweitung und stärkere Verbindlichkeit der Aufgaben des Spitzenverbandes gegenüber seinen Mitgliedern. Sehr streitig war indes die Frage, wie weit diese Aufgabenerweiterung gehen sollte, und ob hierfür auch eine Organisation des Spitzenverbandes als Körperschaft des öffentlichen Rechts notwendig ist. Die Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung hat hier ein Zeichen gegenüber der Bundesregierung gesetzt und – in Übereinstimmung mit der Mehrzahl der Bundesländer – den neuen Spitzenverband als eingetragenen Verein etabliert. Hieran wird die Politik im weiteren Gesetzgebungsverfahren kaum mehr vorbei kommen. (Dies bestätigt der seit Ende November 2007 vorliegende Referentenentwurf eines UVMG, der allerdings vorsieht, die DGUV in mancher Hinsicht unter Fach- und Rechtsaufsicht zu stellen.)

Seit April 2007 liegt nun auch der zweite Teil des Arbeitsentwurfes zu einem Unfallversicherungs-Reformgesetz vor. Er betrifft vor allem die Neuordnung des Rentenrechts, daneben aber auch des Berufskrankheitenrechts und weiterer, weniger ins Gewicht fallender Bereiche. Der ursprüngliche Plan der Bundesregierung war es, in schneller Folge einen Referentenentwurf und Anfang August 2007 einen Regierungsentwurf des UVRG folgen zu lassen. Dieser Zeitplan konnte nicht eingehalten werden.

Vor allem am Konzept und vielen Details des Entwurfs zur Reform des Rentenrechts entzündeten sich kritische Diskussionen. Schon in der Arbeitsgruppe des Bundes und der Länder stieß der Arbeitsentwurf auf erhebliche Kritik. Die fachliche Durchsicht des Arbeitsentwurfs im Spitzenverband DGUV förderte handwerkliche Probleme des Entwurfs zu Tage. Sozialpolitisch übten sowohl die Arbeitgeberverbände wie die Gewerkschaften zum Teil harsche Kritik. Auch aus der neutralen Sicht des Deutschen Richterbundes kam eine deutlich kritische Stellungnahme. Parlamentarier sowohl der CDU/CSU- als auch der SPD-Fraktion haben deswegen in den letzten Wochen dazu geraten, die Organisationsreform vorzuziehen und sich für die Beratung des neuen Rentenrechts mehr Zeit zu lassen. (Dem ist mittlerweile der Referentenentwurf des UVMG – s.o. – gefolgt, in dem die Reform des Leistungsrechts vollständig ausgeklammert wird.)

III. Aktuelles Rentenrecht der Gesetzlichen Unfallversicherung

Lassen Sie mich nunmehr zum eigentlichen Thema kommen – den Reformbestrebungen zum Rentenrecht der Gesetzlichen Unfallversicherung.

Vorab folgende Eingrenzung: Die aktuellen Reformbestrebungen beziehen sich nur auf die Versichertenrenten, nicht auf die Hinterbliebenenrenten.

Vorab aber auch eine erweiternde Klarstellung: Die Reformbestrebungen beziehen sich nicht nur auf die Bemessung der Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung, sondern auch auf die Neuordnung des Verhältnisses zwischen den Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung und denjenigen der gesetzlichen Rentenversicherung. Sedes materiae hierzu ist § 93 SGB VI.

Wenn wir uns mit den Reformbestrebungen befassen, müssen wir zunächst einen Blick auf den Rechtszustand werfen, der derzeit besteht und gegebenenfalls zu reformieren ist.

§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII regelt die Grundvoraussetzungen der Renten an Versicherte:

- Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)
- Kausaler Zusammenhang zwischen Versicherungsfall und MdE
- Mindestdauer der MdE: Über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus
- Mindesthöhe der MdE: Wenigstens 20 %
- Entgeltmaßstab: Jahresarbeitsverdienst (JAV).

Bei der letzten, vorhin erwähnten Reform des Unfallversicherungsrechts vor mehr als zehn Jahren ist das Rentenrecht im Wesentlichen nur in zwei Punkten geändert worden:

- Die Mindestdauer der MdE wurde von früher 13 auf jetzt 26 Wochen heraufgesetzt.

- Der Beginn des Rentenbezugs wurde vorverlegt. Die Rente beginnt regelmäßig bereits mit dem Ende der Zahlung von Verletztengeld. Die Zahlung von Übergangsgeld während Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation hindert – im Gegensatz zum früheren Recht – den Beginn der Rentenzahlung nicht mehr.

§ 56 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB VII definiert den Begriff der MdE entsprechend der bisherigen Rechtsprechung im Sinn der abstrakten Schadensbemessung. Die Renten ersetzen danach nicht den konkreten Erwerbsschaden, d.h. den Einkommensverlust im Sinn der zivilrechtlichen Differenzmethode, sondern den durch den Versicherungsfall bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Damit wird in zweifacher Hinsicht „abstrahiert“:

- vom konkreten Beruf der Versicherten und ihrer Stellung im Erwerbsleben
- vom konkreten, infolge des Versicherungsfalls eingetretenen Einkommensverlust.

Aber auch der im Zivilrecht gesondert zu entschädigende Integritätsschaden (Schmerzensgeld § 847 BGB) findet im Entschädigungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung keine explizite Berücksichtigung.

§ 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII modifiziert den Grundsatz der abstrakten Schadensbemessung für bestimmte, nach der Rechtsprechung eng begrenzte Fallgruppen bei besonderer beruflicher Betroffenheit der Versicherten.

§ 56 Abs. 3 SGB VII regelt die Berechnung der Vollrenten und Teilrenten in linearer Anknüpfung an den Grad der MdE und den Jahresarbeitsverdienst (JAV). Auch hierin liegt ein pauschalierendes Moment. Denn der Rentenberechnung werden einheitlich 2/3 des JAV zu Grunde gelegt. Der Abschlag von 1/3 kann heute als pauschale Berechnung des Nettoeinkommens verstanden werden. Allerdings differenziert die gesetzliche Regelung nicht entsprechend der Steuerprogression zwischen niedrigen und hohen Einkünften.

Der Grundsatz der abstrakten Schadensbemessung ist kein zwingendes Merkmal der gesetzlichen Unfallversicherung. Eine konkretere Schadensbemessung nach dem zivilrechtlichen Vorbild ist dem Gesetzgeber ebenfalls möglich, ohne sich in Widerspruch zu unabdingbaren Grundprinzipien der Gesetzlichen Unfallversicherung zu setzen. Der Ablösung der zivilrechtlichen Haftpflicht der Unternehmer und der übrigen Betriebsangehörigen entspricht eine am Zivilrecht ausgerichtete Schadensbemessung durchaus. Allerdings wird in der Literatur (*Lauterbach/Watermann*, 3. Aufl.) teilweise eine gegenteilige Auffassung vertreten: Der Bündelung von Rechtsvorteilen, die sich gegenüber dem Zivilrecht in einer Erweiterung der Haftungsgrundlagen ausdrücke, stehe eine gewisse Pauschalierung des Rentenrechts gegenüber. Daher könnten nicht nach Gutdünken individualisierende Elemente in das Rentenrecht der Unfallversicherung hineininterpretiert werden, ohne die Frage nach Haftungsgrund und Haftungsumfang neu aufzuwerfen.

Für die Grundsätze der bisherigen Rentenbemessung sprechen insbesondere folgende Gründe:

- Die Pauschalierung ermöglicht es, durch eine einheitliche Rentenleistung sowohl den Schaden im Erwerbsleben – allerdings nicht den Verdienstausfall, sondern den Verlust an Einsetzbarkeit auf dem gesamten Arbeitsmarkt – als auch den immateriellen Schaden – Schmerzen, Mehraufwand, Erschwerungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens – auszugleichen. Mit der abstrakten Schadensbemessung sollen auch schwer quantifizierbare Nachteile erfasst werden. Hierzu gehören:
 - ein durch die Folgen des Versicherungsfalls verhinderter beruflicher Aufstieg und
 - vermehrte Anstrengungen der Betroffenen, einen beruflichen Abstieg oder den Verlust des Arbeitsplatzes abzuwenden.
- Bei gleichen Ausgangsbedingungen – keine Vorschädigung vor dem Versicherungsfall, gleiche Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalls – führt die abstrakte Schadensbemessung zur Gleichbehandlung der Versicherten nach allgemeinen, für alle Betroffenen gleichen und nachvollziehbaren Kriterien.
- Als Vorteil der abstrakten gegenüber einer konkreteren Schadensbemessung wird der geringere Verwaltungsaufwand angeführt.
- Damit im Zusammenhang steht, dass eine konkretere Rentenbemessung häufiger zur Entscheidungsunsicherheit führen dürfte. Denn gelegentlich ist schwer abgrenzbar, worauf eine eingetretene Minderung des Erwerbseinkommens oder der Verlust des Arbeitsplatzes zurückzuführen ist: Auf die Folgen des Versicherungsfalls, auf allgemeine Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, auf persönliche Umstände der Versicherten, auf weitere, zu den Folgen des Versicherungsfalls hinzukommende Gesundheitsschäden, oder auf eine Mischung aus alledem.
- Schließlich ermöglicht es die abstrakte Rentenbemessung den Versicherten, unbegrenzt zur Rente hinzuzuverdienen, ohne dass die Rente reduziert würde. Dies kann sie dazu motivieren, sich nach Kräften um eine erfolgreiche Eingliederung im Erwerbsleben zu bemühen.

Obwohl es also nach wie vor gute Gründe für das bestehende Rentenrecht gibt, hat sich die Kritik verstärkt. Sowohl von Arbeitgeberseite wie in den erwähnten Aufträgen von Bundestag und Bundesrat, Reformkonzepte vorzulegen, wird eine größere Zielgenauigkeit der Rentenbemessung und eine verbesserte Abstimmung des Rentenrechts der gesetzlichen Unfallversicherung mit demjenigen der gesetzlichen Rentenversicherung angemahnt. Der Kritikpunkt der mangelnden Zielgenauigkeit meint: Letzten Endes richtet sich das bestehende Rentenrecht an der Schwere des Gesundheitsschadens, nicht aber an der Schwere der wirtschaftlichen Folgen des Gesundheitsschadens aus. Nimmt man die wirtschaftlichen Folgen des Versicherungsfalls als Maßstab, kann das bestehende Rentenrecht im Einzelfall sowohl zur Überversorgung als auch zur Unterversorgung führen.

Ein Beispiel soll dies belegen: Nehmen wir an, dass ein Versicherter bei einem Arbeitsunfall einen Fersenbruch erlitten hat. Dieser hat auf Dauer zur Folge, dass das betroffene Bein nicht mehr voll belastbar ist. Eine Reihe körperlich schwerer Tätigkeiten wird dadurch ebenso unmöglich wie Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder unsicherem Untergrund. Ich unterstelle, dass dieser Unfallfolgezustand eine MdE von 20 % bedingt. Nehmen wir an, dass diese Situation die folgenden drei Versicherten betrifft:

- einen Bankangestellten
- einen 20-jährigen Dachdeckerlehrling
- einen 50-jährigen Dachdeckergesellen.

Die wirtschaftlichen Folgen stellen sich sehr unterschiedlich dar:

Der Bankangestellte hat weder einen unmittelbaren Einkommensverlust noch mindern die Unfallfolgen seine beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Er bezieht für den Rest seines Lebens eine auf sein hohes Entgelt bezogene Rente, hat aber keinen Erwerbsschaden und einen vergleichsweise geringen immateriellen Schaden.

Beim Dachdeckerlehrling hängt die Beurteilung vom weiteren Verlauf ab. Da die Unfallfolgen eine Ausübung des angestrebten Berufs als Dachdecker unmöglich machen, sorgt der Unfallversicherungsträger für die Umschulung und berufliche Wiedereingliederung. Danach kann sich die Situation beispielsweise wie folgt darstellen: Drei Jahre nach dem Arbeitsunfall kommt der Verletzte in seinem neuen Beruf als Techniker im Datenverarbeitungsbereich auf ein monatliches Arbeitsentgelt, das um 500 Euro höher liegt als das im Dachdeckerberuf zu erwartende Entgelt. Unabhängig davon bezieht er lebenslang seine Versichertenrente weiter.

Beim 50-jährigen Dachdeckergesellen gelingt die berufliche Wiedereingliederung trotz aller Bemühungen nicht. Nach Ende der Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung erhält der Versicherte aus der gesetzlichen Unfallversicherung nur die Rente nach einer MdE von 20 %. Arbeitslosengeld und die Erhöhung der Verletztenrente bei Arbeitslosigkeit gemäß § 58 SGB VII sichern einen dem bisherigen vergleichbaren Lebensstandard nur vorübergehend. Anschließend reichen Arbeitslosengeld II und Verletztenrente nur noch für einen erheblich abgesenkten Lebensstandard aus.

Eine nicht publizierte Erhebung des früheren HVBG aus dem Jahre 2005 bestätigt diese Einzelfallbeobachtungen:

Die Rentenbezieher erzielen zwar im Durchschnitt mit dem Gesamtbetrag ihrer Einkünfte in etwa den früheren Nettoverdienst; bei höheren MdE-Graden liegt der Durchschnitt auch etwas darüber. Die Streuung um die Durchschnittswerte ist aber erheblich. Wie die vorhin erwähnten Beispiele zeigen, sind die Versicherten zum Teil sehr gut versorgt - man kann von Überversorgung sprechen - , während andere nicht den vor dem Versicherungsfall bestehenden Lebensstandard wahren können - insofern kann man von Unterversorgung sprechen.

Drei Regelungen des geltenden Rechts sollen einer möglichen Unterversorgung entgegenwirken. Es sind dies:

- die Berücksichtigung einer besonderen beruflichen Betroffenheit bei der Bemessung der MdE nach § 56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII
- die Schwerverletztzulage nach § 57 SGB VII
- die Erhöhung der Rente bei Versicherten ohne Erwerbseinkünfte nach § 58 SGB VII.

Alle diese Vorschriften kommen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen zur Anwendung. Sie können daher Probleme einer Unterversorgung nicht ausreichend lösen.

Entscheidend für die Einkommenssituation nach Versicherungsfällen der gesetzlichen Unfallversicherung ist nicht allein die Unfall- oder Berufskrankheitenrente. Ein Teil der Einkünfte – Arbeitsentgelt, Übergangsgeld während beruflicher Rehabilitation sowie Arbeitslosengeld I – werden ungekürzt neben der Rente gezahlt. Dagegen werden Renten der gesetzlichen Rentenversicherung so gekürzt, dass ein nennenswerter Teil, der jedenfalls mindestens dem Betrag der Grundrente nach dem BVG entspricht, dem Versicherten verbleibt. Auf Arbeitslosengeld II und Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilferecht wird die Rente dagegen vollständig angerechnet. Mithin sind Versicherte in folgenden Situationen in der Regel ausreichend versorgt:

- wenn sie neben dem Bezug der Rente weiter erwerbstätig sind
- wenn sie sich wegen des Versicherungsfalls in beruflicher Rehabilitation befinden,
- im ersten Jahr der Arbeitslosigkeit,
- bei Bezug einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung.

Dagegen sind erwerbslose Versicherte nach Ende des Arbeitslosengeldbezuges nicht selten unterversorgt.

IV. Reformvorschläge in der Wissenschaft

Vor diesem Hintergrund sind in der Vergangenheit immer wieder Alternativen zum geltenden Rentenrecht erörtert worden. Die wichtigsten Fragen lauten:

- Soll die abstrakte Schadensbemessung durch eine konkretere ersetzt werden?
- Soll das Rentenrecht der gesetzlichen Unfallversicherung an das der sozialen Entschädigung nach dem Bundesversorgungsgesetz angenähert oder angeglichen werden?
- Soll der Berufsschutz im Rentenrecht der gesetzlichen Unfallversicherung verstärkt werden?
- Soll eine höhere oder niedrigere Mindesthöhe der MdE als Mindestvoraussetzung vorgesehen werden?
- Soll die Abstimmung zwischen den Renten der gesetzlichen Unfallversicherung und denjenigen der gesetzlichen Rentenversicherung bei Zusammentreffen verändert werden?

- Sollen insbesondere die Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung enden, wenn die Versicherten die Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung erreichen?
- Sollen die Kriterien für die Bemessung der MdE verändert werden?

Als Reformziele lassen sich aus der wissenschaftlichen und politischen Diskussion insbesondere die Folgenden herausfiltern:

- Orientierung am Schadensersatzprinzip
- Vermeidung von Über- und Unterversorgung
- Neubestimmung des Begriffs der MdE – eventuell inhaltliche Angleichung an entsprechende Begriffe in anderen Sozialleistungsbereichen
- verbesserte Abstimmung mit dem Rentenrecht der gesetzlichen Rentenversicherung
- Anreize für eine berufliche Wiedereingliederung auch bei schweren Gesundheitsschäden
- Vermeidung von Entscheidungsunsicherheit und hohem Ermittlungsaufwand, mit anderen Worten: Praktikabilität in der Verwaltung.

V. Die Vorschläge in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom Juni 2006

Vor nunmehr über einem Jahr hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe in ihrem Eckpunktepapier ein grobes Konzept für die zukünftige Ausgestaltung der Versichertenrenten der gesetzlichen Unfallversicherung formuliert.

Der Reformbedarf wird damit begründet, die Rente aus der Unfallversicherung sei nicht zielgenau. Im Einzelnen werden vier Gründe angeführt: Der Erwerbs- und Gesundheitsschaden werde nur pauschal reguliert. Dies führe nicht zu zielgenauen Leistungen. Der Ausgleich des Erwerbsschadens erfolge ohne Berücksichtigung des Einkommens nach dem Unfall. Der Ausgleich des Gesundheitsschadens stehe im Vordergrund, wenn nach dem Unfall Einkommen erzielt wird. Dadurch würden Schwerverletzte, die kein Einkommen erzielen können, benachteiligt.

Die Alterssicherung erfolge aus Unfall- und Rentenversicherung zusammen. Immer wieder stoße bei den Versicherten auf Unverständnis, dass beim Zusammentreffen beider Renten die aus Beiträgen finanzierte Rente der Rentenversicherung (teilweise) ruhe.

Hieran ist vieles richtig. Die postulierte Benachteiligung der Schwerverletzten entspricht aber nicht der Wirklichkeit. Typischerweise erzielen gerade Schwerverletzte ihr Gesamteinkommen nicht allein aus der Rente der gesetzlichen Unfallversicherung. Entweder wird sie durch Erwerbseinkommen ergänzt; denn es gelingt häufig, auch Schwerverletzte beruflich wieder einzugliedern. Oder die Rente der gesetzlichen Unfallversicherung wird durch eine – nach § 93 SGB VI gekürzte, aber in nennenswertem

Umfang zu zahlende – Rente der gesetzlichen Rentenversicherung ergänzt. Die tatsächlichen Erhebungen, die der HVBG 2005 durchgeführt hat, lassen gerade für Schwerverletzte nicht den Schluss zu, dass sie unterversorgt wären.

Aus der Analyse, dass die Zielgenauigkeit der Renten verbessert werden soll, leitet die Bund-Länder-Arbeitsgruppe folgendes Grundkonzept ab.

Die Unfallrente soll in zwei Leistungen aufgliedert werden:

- in eine einkommensabhängige Erwerbsminderungsrente zum Ausgleich des Erwerbsschadens und
- in einen einkommensunabhängigen Ausgleich des Gesundheitsschadens.

Zur Erwerbsminderungsrente werden folgende Hinweise gegeben: Sie soll künftig den konkreten Erwerbsschaden entschädigen.

Es solle ein Nettoausgleich auf der Grundlage von 60 % des tatsächlichen Brutto-Einkommensverlustes erfolgen. Zur Bemessung solle das vor dem Unfall erzielte Einkommen mit dem unfallbedingt erzielbaren Einkommen verglichen werden. Geringfügige Einkommensverluste – d.h. Verluste von weniger als 10 % des Einkommens – sollen unberücksichtigt bleiben. Dies stelle die Verletzten regelmäßig günstiger, weil heute eine MdE von mindestens 20 % Voraussetzung sei. Die Erwerbsminderungsrente der Unfallversicherung solle auf die Zeit des Erwerbslebens beschränkt werden. In diesem Zeitraum habe sie Vorrang gegenüber der Rente wegen Erwerbsminderung der Rentenversicherung, die insoweit ruhe.

Hierzu ist insbesondere auf Folgendes hinzuweisen:

- Ein Pauschalabzug von 40 % benachteiligt die Bezieher kleiner Einkommen, deren Abgabenlast weit unter 40 % liegt.
- Der Begriff des „erzielbaren Einkommens“ wirft Fragen der Anwendbarkeit und Praktikabilität auf.
- Die Nichtberücksichtigung geringer Einkommensverluste ist nicht mit der Mindestvoraussetzung des geltenden Rentenrechts – 20 % MdE – vergleichbar. Deswegen kann nicht der Schluss gezogen werden, die Regelung stelle die Versicherten besser als das geltende Recht.

Durch folgende Ausgestaltungen des neuen Rentenrechts sollte nach den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Motivation der Verletzten zur beruflichen Wiedereingliederung gestärkt werden:

- großzügige Gestaltung der Anrechnung von Hinzuverdienst,
- Anhebung des Übergangsgeldes bei beruflicher Rehabilitation auf die Höhe des Verletztengeldes,
- Aufstockung der Erwerbsminderungsrente für die Dauer von maximal zwei Jahren auf die Höhe des Übergangsgeldes bei Arbeitslosigkeit.

Als Konsequenz der Beendigung der Erwerbsminderungsrente mit Erreichen der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung sehen die Eckpunkte vor: Die gesetzliche Unfallversicherung soll neben der Zahlung der Erwerbsminderungsrente auch zur Vorsorge für das Alter beitragen. Hierzu wird ausgeführt:

Alterssicherung sei Aufgabe der Rentenversicherung. Der Ausgleich des Erwerbsschadens durch die Unfallversicherung solle daher auch Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung umfassen; diese sollten unfallbedingte Versorgungslücken in der Alterssicherung ausgleichen. Die Beiträge sollten aus der Erwerbsminderungsrente auf Basis des Brutto-Erwerbsschadens bemessen werden.

Der zweite Teil der aufgliederten Rente soll dem Gesundheitsschadensausgleich dienen. Hierzu wird ausgeführt: Der Gesundheitsschaden solle durch eine eigenständige Leistung entschädigt werden. Analog zum Bundesversorgungsgesetz solle hierfür Untergrenze eine MdE von 30 % sein. Der Gesundheitsschaden solle einkommensunabhängig und bundeseinheitlich entschädigt werden. Bei Schwerverletzten mit einer MdE von mindestens 50 % solle eine laufende Rente gezahlt werden, im Übrigen solle die Leistung grundsätzlich durch eine Einmalzahlung abgefunden werden. Für die Schwerverletzten mit einer MdE von 50 bis 100 % sind monatliche Zahlbeträge zwischen 175,- und 925,- € vorgesehen. Als Abfindungssummen werden bei einer MdE von 30 % für junge Versicherte 12.000 €, für über 60jährige Versicherte 6.000 € genannt, bei einer MdE von 40 % sollen die Beträge doppelt so hoch liegen.

Dadurch, dass nicht nur Gesundheitsschäden zwischen 30 und 40 % MdE, sondern auch kleinere Erwerbsminderungsrenten abgefunden werden sollten, sollte die Verursachungsgerechtigkeit erhöht werden. Die von den Unternehmern als Beitragszahlern zu tragenden Lasten sollten weniger als bisher auf spätere Generationen verlagert werden. Eine schnelle Leistungserbringung sei generationengerecht und nachhaltig. Ähnliche Wirkungen sollten auch dadurch erzielt werden, dass die Erwerbsminderungsrente mit Erreichen der Altersgrenze endet und während des Bezugs der Rente Beiträge zur Altersvorsorge zur Rentenversicherung abgeführt werden sollten.

VI. Der Arbeitsentwurf des BMAS zum UVRG

Wie erwähnt, liegt nunmehr der Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Reform des Leistungsrechts der gesetzlichen Unfallversicherung mit Schwerpunkt beim neuen Rentenrecht vor. Die nur grob skizzierten Umrisse eines neuen Rentenrechts aus dem Eckpunktepapier bedurften naturgemäß der Konkretisierung, aber auch der Weiterentwicklung. Dies lässt sich besonders deutlich schon an den Grundannahmen und an den der Reform zugrundegelegten Analysen deutlich machen. Über den grundsätzlichen Ansatz, die Zielgenauigkeit der Renten zu verbessern, bestand weithin Einigkeit. Ob dazu das soeben skizzierte Rentensplitting entsprechend dem schweizer Modell oder Modifizierungen der abstrakten Schadensbemessung nach dem noch geltenden deutschen Recht der bessere Weg wären, darüber gingen die Meinungen der Fachleute und der Partner in der Selbstverwaltung auseinander.

Der Arbeitsentwurf stellt jedoch die Zielgenauigkeit der Renten nicht mehr so stark in den Vordergrund der Überlegungen. Vielmehr wird zum Einen – leider ohne Auseinandersetzung mit den Gegenargumenten – die These wiederholt, das bestehende Rentenrecht benachteilige die Schwerverletzten. Zum Anderen wird sehr dezidiert behauptet, die bisherige berufliche Rehabilitation durch die gesetzliche Unfallversicherung weise Defizite auf, die durch die Neugestaltung des Rentenrechts behoben werden sollten. Demgegenüber haben die Unfallversicherungsträger darauf hingewiesen, dass sie schon bisher die gesetzliche Aufgabe wahrnehmen, die berufliche Eingliederung ebenso wie die medizinische Rehabilitation „mit allen geeigneten Mitteln“ zu betreiben. Die positiven Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation durch die Unfallversicherungsträger belegen, dass es insoweit keine strukturell bedingten Defizite gibt. An der grundsätzlichen Argumentation des Arbeitsentwurfs ist Folgendes richtig: Im bestehenden Rentenrecht zahlen sich Erfolge in der medizinischen Behandlung und Rehabilitation unmittelbar aus. Denn eine erfolgreiche medizinische Behandlung bewirkt, dass keine oder nur eine geringe Minderung der Erwerbsfähigkeit verbleibt. Die zu zahlende Rente entfällt oder ist umso niedriger, je erfolgreicher die medizinische Behandlung war. Ein vergleichbarer ökonomischer Mechanismus fehlt bei der beruflichen Rehabilitation. Denn im geltenden Rentenrecht wird erzielt es Erwerbseinkommen auf die abstrakt bemessene Rente nicht angerechnet. Anders ausgedrückt: Die in der Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse zusammengefasste Solidargemeinschaft der beitragszahlenden Unternehmer profitiert von einer erfolgreichen beruflichen Rehabilitation nicht unmittelbar. Erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung zahlt sich nicht in einer Absenkung der Rente aus. Mithin ist es zwar durchaus nachvollziehbar, wenn die Gesetzesbegründung hervorhebt, dass dieser ökonomische Mechanismus bei einer konkreten Schadensbemessung zukünftig zum Tragen käme. Daraus kann aber keinesfalls – wie es die Gesetzesbegründung tut – geschlossen werden, dass die bisherige berufliche Rehabilitation der Unfallversicherung grundlegende Defizite aufgewiesen hätte oder dass auf Grund der Reform in Zukunft die Leistungen der beruflichen Rehabilitation sich verdoppeln würden. Bereits derzeit besteht eine Wiedereingliederungsquote von weit über 80 % der Versicherten, die überhaupt der beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen bedürfen. Daher ist eine Verdoppelung des zukünftigen Aufwandes in diesem Bereich ebenso unrealistisch wie die Annahme, die gesetzliche Unfallversicherung hätte eine ihrer vornehmsten Aufgaben in der Vergangenheit nicht ausreichend wahrgenommen, nur weil die eindeutig formulierte gesetzliche Aufgabe nicht noch durch einen zusätzlichen ökonomischen Mechanismus unterstützt worden wäre.

Bedauerlicherweise ist daher festzustellen, dass der Arbeitsentwurf teilweise von unzutreffenden Grundannahmen und Analysen ausgeht. Damit besteht die große Gefahr, dass auch die konkret vorgesehenen Regelungen nicht wirklich das erreichen können, was sie erreichen sollten, nämlich: Die Zielgenauigkeit der Renten der gesetzlichen Unfallversicherung verbessern und die Abstimmung zwischen gesetzlicher Unfallversicherung und gesetzlicher Rentenversicherung besser als bisher zu ordnen.

Mit der Kritik an diesen Grundüberlegungen des Arbeitsentwurfs stehe ich nicht allein. Im Juli dieses Jahres hat sich der Deutsche Richterbund in einer Stellungnahme ganz ähnlich positioniert und verdeutlicht, dass die Erfahrungen in der Sozialgerichtsbarkeit weder eine Unterversorgung Schwerverletzter noch Defizite in der beruflichen Rehabilitation belegen.

Auch in manch anderer Hinsicht bedarf der Arbeitsentwurf einer intensiven kritischen Diskussion. Dies betrifft viele Aspekte der Erwerbsminderungsrenten, aber auch einige Fragen des Gesundheitsschadensausgleichs. Vergleichsweise weniger ins Gewicht fallen Probleme, die mit dem Ende der Erwerbsminderungsrenten bei Erreichen der Regelaltersgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beitragspflicht der gesetzlichen Unfallversicherung zur politischen Rentenversicherung für Bezieher von Erwerbsminderungsrenten zusammenhängen.

Aus der Vielzahl der kritischen Hinweise, die die DGUV in einer ausführlichen Stellungnahme zusammengestellt hat, möchte ich hier stichwortartig nur Folgendes herausgreifen:

1. Erwerbsschadensrente

- Die Entschädigung des Erwerbsschadens soll erst ab einem Einkommensverlust von 10 % beginnen. Dies sollte unter dem Gesichtspunkt der Haftungsablösung der Unternehmer kritisch überprüft werden.
- Die Grundvorschrift der Rentenbemessung, § 56 Abs. 2 SGB VII-AE, enthält eine Reihe unbestimmter Rechtsbegriffe: „in Betracht kommender Arbeitsmarkt“, „erzielbares Einkommen“, „zumutbare Tätigkeit“, „soziale Gleichwertigkeit“. Dies wurde sowohl unter den verwaltungspraktischen Gesichtspunkten des erhöhten Feststellungsaufwandes und der dv-technischen Handhabung als auch unter rechtlichen Gesichtspunkten (möglicher Streit um die Auslegung im Einzelfall) problematisiert.
- Die Rente arbeitsloser Versicherter soll in mehrfacher Hinsicht aufgestockt werden. Hierdurch sollen „Anreize“ für die Unfallversicherung gesetzt werden, auf alle erdenkliche Weise die berufliche Wiedereingliederung der Betroffenen sicherzustellen. Diese Regelungen gaben sowohl unter dem Gesichtspunkt, ob hierdurch die richtigen „Anreize“ gesetzt wurden, als auch unter allgemeinen sozial-politischen Aspekten Anlass zu kontroversen Diskussionen.
- Anstelle des bisherigen pauschalen Abzugs von einem Drittel des Jahresarbeitsverdienstes zur Berechnung der Vollrente sollen pauschal 40 % abgezogen werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass dieser pauschale Abzug Geringverdiener benachteiligt. Es wurde vorgeschlagen, hier nach einer differenzierteren Lösung zu suchen.

- Die vorgesehene Ermittlung des Erwerbsschadens zur Berechnung der Erwerbsschadensrente passt systematisch nur für die Hauptgruppe der Versicherten, die abhängig Beschäftigten. Für Unternehmer, Kinder in Tageseinrichtungen, Schüler, Studenten, ehrenamtlich Tätige und vergleichbare Versicherte, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen, Pflegepersonen usw. ist der grundsätzliche Anknüpfungspunkt – das durch eine Erwerbstätigkeit erzielte Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen – nicht stimmig. Insofern wurde darauf hingewiesen, dass möglicherweise für diese Personengruppe die bisherige pauschale Berechnungsmethode angemessener ist, oder ein dritter, sowohl vom bisherigen Recht wie von den Vorschlägen im Arbeitsentwurf abweichender Lösungsweg gesucht werden müsste.

2. Gesundheitsschadensausgleich

- An die Stelle der bisherigen Einstiegs-MdE von 20 % soll ein Grad der Schädigung oder Schädigungsfolgen von 30 % treten. Damit soll prinzipiell eine Angleichung an die Abstufung im Recht der sozialen Entschädigung nach Bundesversorgungsgesetz erfolgen. Andererseits ist in den Übergangsvorschriften vorgesehen, bisher nach einer MdE von 20 % bewertete Gesundheitsschäden pauschal auf einen GdS von 30 % anzuheben. Es wurde darauf hingewiesen, dass damit das Ziel der Angleichung an das Recht der sozialen Entschädigung verfehlt würde, unstimmige und unsystematische Ergebnisse erzielt würden und dies in der Begutachtungspraxis zu Verwirrung führen müsse.
- Auch in der Abstufung der Beträge für den Gesundheitsschadensausgleich sind Abweichungen vom Recht der sozialen Entschädigung (Grundrente nach BVG) festzustellen. Im unteren GdS-Bereich sind niedrigere, im höheren Bereich höhere Beträge als die Beträge der Grundrente nach BVG vorgesehen. Dies erschien ebenfalls problematisch, zumindest erklärungsbedürftig.
- Der Gesundheitsschadensausgleich soll für bestimmte Versichertengruppen pauschal erhöht werden. Diese Personengruppen sind Versicherte, die zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls noch nicht im Erwerbsleben gestanden hatten, Arbeitslose und ältere Versicherte. Die Begründung für diese pauschalen Erhöhungen war nicht ohne weiteres nachvollziehbar und gab zu kontroversen Diskussionen Anlass.

Autorenverzeichnis

BECKER, Ulrich, Prof. Dr., LL.M. (EHI), Direktor des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Sozialrecht, Honorarprofessor an der Juristischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, Amalienstr. 33, 80799 München

FUCHS, Maximilian, Prof. Dr., Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Deutsches und Europäisches Arbeits- und Sozialrecht der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt, Auf der Schanz 49, 85049 Ingolstadt

GÄCHTER, Thomas, Prof. Dr., Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht des Rechtswissenschaftlichen Instituts der Universität Zürich, Treichlerstraße 10, 8032 Zürich, Schweiz

KRANIG, Andreas, Dr., Verbandsjurist in der gesetzlichen Unfallversicherung, Leiter der Abteilung Versicherungs- und Leistungsrecht, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin

LAHNSTEIN, Christian, Abteilungsleiter Risk, Liability & Insurance der Münchener Rückversicherungsgesellschaft, Königinstraße 107, 80791 München

LANDAUER, Martin, M. Jur. (Oxon), Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, Amalienstraße 33, 80799 München

MURANAKA, Takashi, Prof. Dr., Lehrstuhl für Arbeitsrecht der Juristischen Fakultät der Universität Kyoto, Yoshida-Honmachi, Sakyo-ku, Kyoto 606-8501, Japan

NISHIMURA, Kenichiro, Prof. Dr., Lehrstuhl für Sozialversicherungsrecht der Juristischen Fakultät der Universität Kyoto, Yoshida-Honmachi, Sakyo-ku, Kyoto 606-8501, Japan

UPEGUI, Héctor, Dr., Senior Consultant, Kompetenzzentrum für Arbeiterunfallversicherung, Münchener Rück Versicherungsgesellschaft, Königinstraße 107, 80791 München

WALSER, Christina, Dr., Wissenschaftliche Referentin am Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht, Amalienstraße 33, 80799 München