

Inhalt 2/2002

FACHBEITRÄGE

- Susanne Hüttner-Anton
Das Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne der
landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger
167
- Karl Friedrich Köhler
Besondere Kausalitätsprobleme im Recht der gesetzlichen
Unfallversicherung 188
- Helmut Giese
Die neue Erwerbsminderungsrente in der Alterssicherung der
Landwirte 228

GESETZGEBUNG

- Wilfried Volbers
Anmerkungen zum Zustellungsreformgesetz - endlich kommt
Bewegung in die veralteten Modalitäten für die Zustellung von
Schriftstücken 244

PERSÖNLICHES

- Ehrenzeichen LSV 256

BÜCHER

- Arbeitsschutz mit E-Nets..... 257

Susanne Hüttner-Anton

Das Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger

I. Einleitung

Mit dem In-Kraft-Treten von § 71d des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) (Artikel 4 Nr. 3 des Gesetzes zur Organisationsreform in der landwirtschaftlichen Sozialversicherung vom 17.07.2001, BGBl. I S. 1600) am 1. August 2001 wurde für die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger, aber auch für die Aufsichtsbehörden dieser – überwiegend landesunmittelbaren – Träger und für den Bund Neuland betreten. Die Haushaltspläne der Träger der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) bedürfen nun der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL).

Eine echte Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne von Sozialversicherungsträgern bestand bis zu diesem Zeitpunkt lediglich hinsichtlich bundesunmittelbarer Träger wie der Bundesknappschaft sowie der Bundesanstalt für Arbeit. In diesen beiden Fällen ist für die Genehmigung die Bundesregierung zuständig, d. h. die Genehmigung erfordert einen Beschluss des Bundeskabinetts. Der Haushaltsplan der Eisenbahn-Unfallkasse ist vom Bundesministerium für Verkehr, Bau und Wohnungswesen, der der Unfallkasse Post und Telekom vom Bundesministerium der Finanzen zu genehmigen.

Bei den LSV-Trägern besteht gegenüber diesen Trägern die Besonderheit, dass sie überwiegend der Aufsicht des Bundeslandes unterliegen, in dem sich ihr Zuständigkeitsbereich befindet. Erstreckt sich der Zuständigkeitsbereich des LSV-Trägers über das Gebiet eines Landes, aber nicht über mehr als drei Länder hinaus, kann ein aufsichtsführendes Land durch die beteiligten Länder bestimmt werden. Lediglich bei zwei LSV-Trägern, nämlich dem LSV-Träger Berlin und dem Sozialversicherungsträger für den Gartenbau, geht der Zuständigkeitsbereich über das Gebiet von drei Bundesländern hinaus mit der Folge, dass die Aufsicht vom Bundesversicherungsamt geführt wird.

Das Zusammenwirken zwischen Landesbehörden (Aufsichtsbehörden der Länder) und dem Bund (BMVEL) bei der Genehmigung der Haushaltspläne der LSV-Träger mag auf den ersten Blick ungewöhnlich oder sogar widersprüchlich erscheinen. Betrachtet man aber die Entstehungsgeschichte des LSVOrgG (vgl. nachfolgend unter II.3.), wird deutlich, dass hier ein Interessenausgleich zwischen den am Gesetzgebungsverfahren beteiligten Kräften stattfindet, der gleichzeitig die Chance eröffnet, zu einer Optimierung der staatlichen Mitwirkung zu gelangen. Die vom Gesetzgeber mit dem LSVOrgG getroffene

Regelung – Durchführung der LSV durch überwiegend landesunmittelbare Träger, Genehmigung der Haushaltspläne durch die Aufsichtsbehörden im Benehmen mit dem BMVEL – trägt einerseits dem Interesse der Länder an einer Beibehaltung und Stärkung föderaler Strukturen Rechnung. Die Einführung einer Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne verschafft den Aufsichtsbehörden eine wesentlich einflussreichere Position als ein bloßes Beanstandungsrecht. Gleichzeitig werden die Rechte des Bundes im Hinblick auf sein hohes finanzielles Engagement durch seine Mitwirkung an der Genehmigung der Haushaltspläne verbessert. Über das Benehmen hinausgehende Mitwirkungsrechte des Bundes kamen allerdings schon aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in Betracht.

Die Verknüpfung von Landesverwaltung und Bundesfinanzierung findet auch an anderen Stellen des LSVOrgG ihren Niederschlag, wird aber bei der Genehmigung der Haushaltspläne besonders deutlich. Erweist sich diese Verknüpfung auf Dauer als erfolgreich, wird dies dazu beitragen, die mit dem LSVOrgG geschaffene Organisation der LSV zu stärken. Der Ablauf des Genehmigungsverfahrens für die Haushaltspläne der LSV-Träger für das Jahr 2002, das – auch wegen der geringen Vorlaufzeit seit Verabschiedung des LSVOrgG – als „Probelauf“ für das Zusammenwirken zwischen den Aufsichtsbehörden und dem BMVEL anzusehen ist, hat gezeigt, dass die Beteiligten in der Lage sind, konstruktiv zusammenzuarbeiten und damit dem neuen Genehmigungsverfahren zum Erfolg zu verhelfen. Dies gilt auch für die LSV-Träger. Insgesamt ist ein wachsendes Bewusstsein dafür festzustellen, dass die Neuregelungen durch das LSVOrgG keineswegs einen Angriff auf die Selbstverwaltungshoheit der Träger oder auf das föderale System darstellen, sondern auf eine Optimierung der Haushaltsführung abzielen und damit in erster Linie dem Wohle der Versicherten und Beitragszahler dienen.

II. Ausgangslage

II.1 Einflussmöglichkeiten des Bundes und der Länder auf die Haushaltspläne sowie die Haushalts- und Wirtschaftsführung der LSV-Träger vor In-Kraft-Treten des LSVOrgG

Trotz seines erheblichen finanziellen Engagements waren die Einflussmöglichkeiten des Bundes auf die Haushalts- und Wirtschaftsführung der LSV-Träger bis zum In-Kraft-Treten des LSVOrgG sehr begrenzt. Dies galt insbesondere hinsichtlich der der Landesaufsicht unterstehenden LSV-Träger, deren Anteil an der Gesamtzahl der LSV-Träger zugenommen hat, seit Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 des Grundgesetzes (in Kraft seit 15.11.1994) vorsieht, dass nicht mehr der Bund, sondern das durch die beteiligten Länder bestimmte Land die Aufsicht führt, wenn sich der Zuständigkeitsbereich eines

Sozialversicherungsträgers über das Gebiet eines Landes, aber nicht über mehr als drei Länder hinaus erstreckt.

Die Bundesregierung stand vor dem Problem, dass sie zwar dem Deutschen Bundestag gegenüber Rechnung abzulegen hat, dass die bewilligten Bundesmittel zweckentsprechend sowie wirtschaftlich und sparsam eingesetzt werden. Dennoch hatte der Bund keine Möglichkeiten, unwirtschaftliches Verhalten der überwiegend landesunmittelbaren LSV-Träger zu verhindern. Neben den Aufsichtsrechten gegenüber den bundesunmittelbaren LSV-Trägern (LSV-Träger Berlin, Sozialversicherungsträger für den Gartenbau) waren die Einwirkungsmöglichkeiten des Bundes auf die Durchführung der LSV im Wesentlichen auf nachgehende Prüfungsrechte beschränkt. Eine Mitwirkung im Vorfeld der Tötung von Ausgaben, wie sie die Genehmigung der Haushaltspläne darstellt, war nicht möglich.

Die Prüfungsrechte des Bundes ergeben sich im Wesentlichen aus der Bundeshaushaltsordnung sowie aus den Richtlinien des BMVEL über die Bereitstellung und Verwendung der Bundesmittel; sie werden vom Bundesrechnungshof, den Prüfungsämtern des Bundes und dem Bundesversicherungsamt wahrgenommen. Hinzu kommt die regelmäßige Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung des BLK durch das Bundesministerium für Gesundheit bzw. der bundesunmittelbaren landwirtschaftlichen Kranken- und Pflegekassen durch das Bundesversicherungsamt nach § 274 SGB V; eine vergleichbare Regelung für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Alterskassen gab es bis zum In-Kraft-Treten des LSVOrgG nicht.

Die Prüfungsrechte der Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder ergeben sich im Übrigen aus den §§ 87 ff. SGB IV, die den Umfang der staatlichen Rechtsaufsicht regeln. Nach § 88 SGB IV hat die Aufsichtsbehörde das Recht, die Geschäfts- und Rechnungsführung des Versicherungsträgers zu prüfen. Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Versicherungsträger ist das Bundesversicherungsamt (Ausnahme: die Aufsicht auf dem Gebiet der Prävention in der gesetzlichen Unfallversicherung führt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung). Die Aufsicht über die landesunmittelbaren Versicherungsträger führt die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des aufsichtsführenden Landes oder die von der Landesregierung (oder der von ihr dazu ermächtigten obersten Landesbehörde) durch Rechtsverordnung bestimmte Behörde. Aufsichtsbehörde eines landesunmittelbaren Sozialversicherungsträgers ist damit entweder das Sozialministerium des jeweiligen Landes oder das jeweilige Landesprüfungsamt für Sozialversicherung.

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden der Länder oder die von diesen beauftragten Prüfungseinrichtungen nehmen die

regelmäßige Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der landesunmittelbaren Krankenkassen nach § 274 SGB V vor.

Hinsichtlich der Haushaltspläne der LSV-Träger sah § 70 SGB IV unterschiedliche Regelungen vor, die denjenigen für die allgemeinen Träger des jeweiligen Zweiges der Sozialversicherung entsprachen. So waren die Haushaltspläne der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Kranken- und Pflegekassen der Aufsichtsbehörde nur vorzulegen, wenn diese es ausdrücklich verlangte. Die von den Vorständen aufgestellten Haushaltspläne der landwirtschaftlichen Alterskassen mussten der Aufsichtsbehörde dagegen von Amts wegen vorgelegt werden.

Die Fälle, in denen die Aufsichtsbehörde die Haushaltspläne beanstanden konnte, waren in § 70 SGB IV nur für die landwirtschaftlichen Alters-, Kranken- und Pflegekassen ausdrücklich geregelt (Verstoß gegen Gesetz oder sonstiges maßgebendes Recht; Gefährdung der Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers zur Erfüllung seiner Verpflichtung; ab 2001 ferner Nichtbeachtung der Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes bzw. des aufsichtsführenden Landes). Dieser Maßstab für die Überprüfung wurde im LSVOrgG übernommen. Für die landwirtschaftlichen Unfallversicherungsträger dagegen war in § 70 SGB IV kein Prüfungsmaßstab genannt, woraus geschlossen werden kann, dass dieser sich aus den allgemeinen Aufsichtsvorschriften nach § 87 SGB IV ergibt.

Für die landwirtschaftlichen Alterskassen war der Aufsichtsbehörde ferner das Recht der so genannten Zwangsetatisierung eingeräumt. Beanstandete die Aufsichtsbehörde den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan und berücksichtigte die Vertreterversammlung bei der Feststellung des Haushaltsplans die Beanstandung nicht, stand es im Ermessen der Aufsichtsbehörde, den Feststellungsbeschluss insoweit aufzuheben und den Haushaltsplan der Alterskasse selbst festzustellen.

II.2 1. SGB IV - Änderungsgesetz

Eine Änderung, die bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum LSVOrgG in Kraft trat, erfuhr das Haushaltsrecht der LSV durch das Erste Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vom 03.04.2001 (BGBl. I S.467). Hauptziel dieser Novelle war es, die mit dem Haushaltsrechts-Fortentwicklungsgesetz vorgenommenen Änderungen des Haushaltsrechts des Bundes und der Länder auf die Sozialversicherung zu übertragen und damit flexible Haushaltsinstrumente einzuführen.

Die wichtigste Neuerung für die LSV stellte neben der Verpflichtung zur Durchführung einer angemessenen Wirtschaftlichkeitsuntersuchung für alle finanzwirksamen Maßnahmen und zur Einführung einer Kosten- und

Leistungsrechnung in geeigneten Bereichen eine Änderung von § 70 Abs. 3 SGB IV dar. Die Aufsichtsbehörden erhielten dadurch das Recht, die Haushaltspläne der landwirtschaftlichen Alterskassen (ebenso wie die der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung) auch dann zu beanstanden, wenn bei landesunmittelbaren Versicherungsträgern die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des aufsichtsführenden Landes und bei bundesunmittelbaren Versicherungsträgern die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes nicht beachtet sind. Auf Vorschlag des federführenden Bundestagsausschusses wurde diese Regelung durch den Zusatz ergänzt, dass die Besonderheiten der Versicherungsträger zu berücksichtigen sind, d. h. die jeweiligen Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes bzw. Landes nicht schematisch übertragen werden dürfen.

Die Neuregelung wurde nur für die Träger der Rentenversicherung und für die landwirtschaftlichen Alterskassen, nicht aber für die übrigen Sozialversicherungsträger eingeführt. Ausgangspunkt für die Gesetzesänderung waren u. a. Feststellungen des Bundesrechnungshofs anlässlich von örtlichen Prüfungen. Die betroffenen Sozialversicherungsträger empfanden die Neuregelung als erheblichen Eingriff in ihr Selbstverwaltungsrecht. Dem ist entgegenzuhalten, dass – wie in der Gesetzesbegründung ausgeführt – der Bund angesichts der finanziellen Größenordnung der Mittel, die an die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die landwirtschaftlichen Alterskassen gezahlt werden, ein hohes Interesse daran hat, durch stärkere Einflussmöglichkeiten auf die Haushalte der Träger eine wirtschaftliche Verwendung der gezahlten Bundesmittel sicherzustellen. Erläuterungen zu den Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäben enthält nachfolgend Abschnitt III.3..

II.3 Reform durch das LSVOrgG

II.3.1 Reformziele und -ansätze

Die Organisation der LSV wurde mit dem LSVOrgG neu gestaltet, weil allgemeine Übereinstimmung bestand, dass die bisherigen Organisationsstrukturen in der LSV dem Wirtschaftlichkeitsgrundsatz und dem Strukturwandel in der Landwirtschaft nicht mehr gerecht wurden. Mit dem LSVOrgG wird das Ziel verfolgt,

- die Organisationsstrukturen zu verschlanken und zukunftssichere Organisationseinheiten zu schaffen,
- Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und

- einen sparsamen Umgang mit den in der LSV eingesetzten Bundesmitteln zu gewährleisten.

Der Umfang der in der LSV eingesetzten Bundesmittel ist – auch im Vergleich zu anderen Bereichen der gesetzlichen Sozialversicherung – erheblich. Die Mittel werden aus dem Einzelplan 10 des Bundeshaushalts (Haushalt des BMVEL) bereitgestellt. In der Alterssicherung der Landwirte trägt der Bund den Unterschied zwischen den Einnahmen und Ausgaben im Wege der Defizitdeckung (2001: rd. 4,5 Mrd. DM oder nahezu drei Viertel der Gesamtausgaben). Jede nicht oder zu spät erzielte Einnahme oder jede zu hohe Ausgabe geht damit in vollem Umfang zu Lasten des Bundes. Das Interesse des Bundes an einer wirtschaftlichen und sparsamen Haushalts- und Wirtschaftsführung ist deshalb in diesem Bereich besonders hoch.

Aber auch in den übrigen Zweigen der LSV ist der Bundesmitteleinsatz beträchtlich: In der Krankenversicherung der Landwirte trägt der Bund die durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsaufwendungen für die Altenteiler (2001: rd. 2,3 Mrd. DM; das entspricht mehr als der Hälfte der Gesamtaufwendungen). In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung leistet der Bund einen Zuschuss, der jährlich auf der Grundlage des jeweiligen Haushaltsgesetzes festgesetzt wird (2001: 500 Mio. DM).

Trotz dieses hohen finanziellen Engagements war der Einfluss des Bundes auf die Verwendung der Mittel in der Vergangenheit sehr beschränkt (s. oben unter II.1.). Die Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten des Bundes ist deshalb ein ganz entscheidendes Anliegen des LSVOrgG. Durch eine Verschlinkung der Organisationsstrukturen (Reduzierung der Trägerzahl, Stärkung der Spitzenverbände der LSV-Träger) allein kann dieses Ziel nicht erreicht werden, da auch nach Abschluss von Fusionen die überwiegende Zahl der LSV-Träger der Aufsicht der Länder untersteht. Es bedarf daher ergänzender Maßnahmen, um einen ausreichenden Bundeseinfluss sicherzustellen. Als solche ist die Einführung einer Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne der LSV-Träger durch die Aufsichtsbehörde im Einvernehmen mit dem BMVEL einzuordnen.

Weitere Ziele, die beim LSVOrgG eine Rolle spielen, sind die Wahrung der Versichertenorientierung, eine einheitliche Rechtsanwendung durch die LSV-Träger, eine sozialverträgliche Lösung für Personalmaßnahmen, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen staatlicher Verantwortung und Selbstverwaltung sowie ein ausgewogenes Verhältnis von interner und externer Solidarität. Die beiden letztgenannten Ziele verdienen im Zusammenhang mit der Haushaltsgenehmigung besondere Aufmerksamkeit.

Durch die Neuregelung wird die Wirksamkeit der Haushaltsbeschlüsse der Selbstverwaltungsorgane der LSV-Träger abhängig von der Genehmigung

der Aufsichtsbehörde, die sich wiederum mit dem Bund ins Benehmen setzt. Die Budgethoheit der LSV-Träger als wichtiger Bestandteil der Selbstverwaltungshoheit wird hierdurch nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr wird der Umfang der staatlichen Mitwirkung in diesem wichtigen Bereich in einem Ausmaß erweitert, das erforderlich ist, um dem hohen Anteil staatlicher Mittel an der Finanzierung Rechnung zu tragen, ohne die von der Verfassung gesetzten Schranken zu überschreiten.

Auch der Gesichtspunkt der internen und externen Solidarität spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle, wenn er auch bei anderen Elementen des LSVOrgG wie den Fusionen und ihren Auswirkungen auf die Beitragsgestaltung oder bei der Festschreibung einer absoluten Obergrenze für die Verwaltungskosten der landwirtschaftlichen Alterskassen offenkundiger zu Tage tritt. Bisher erlangten – wenn überhaupt – nur die jeweiligen Aufsichtsbehörden Kenntnis von den Haushaltsplänen der ihrer Zuständigkeit unterliegenden LSV-Träger. Die Haushaltspläne anderer Träger sind den Aufsichtsbehörden nicht bekannt. Vergleichsmöglichkeiten fehlten bisher. Durch die Einschaltung des BMVEL, dem alle Haushaltspläne vorgelegt werden, wurde diese Vergleichsmöglichkeit geschaffen. Hierin liegt die Chance, durch entsprechende Auswertung der aus diesem Vergleich gewonnenen Erkenntnisse einen Beitrag zu einem gesunden Wettbewerb zwischen den LSV-Trägern zu leisten. Als Stichworte sind hier „Sozialpolitischer Wettbewerbsföderalismus“ oder „Benchmarking“ zu nennen. Näheres hierzu vgl. unter Abschnitt VI.

Die im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens vom Bundesrechnungshof vorgeschlagene Alternative für die Neuorganisation der LSV sah die Errichtung einer „Bundesversicherungsanstalt für Landwirtschaft“ als zweigübergreifender, bundeseinheitlicher Träger vor. Mit diesem Modell wäre das Ziel der Stärkung des Bundeseinflusses umfassend verwirklicht worden. Es hätte zur Folge gehabt, dass die Aufsicht über die gesamte LSV allein durch den Bund (Bundesversicherungsamt) und damit nach einheitlichen Maßstäben wahrgenommen worden wäre. Die Zuständigkeiten für die Finanzierung und die Aufsicht sollten auf diese Weise zusammengeführt werden. Ergänzend sah das Modell des Bundesrechnungshofs eine Genehmigung des Haushaltsplans der Bundesversicherungsanstalt durch die Bundesregierung vor. Angesichts der Haltung der Bundesländer hatte das Modell des Bundesrechnungshofs keine Aussicht auf eine Realisierung. Mit dem LSVOrgG hat der Gesetzgeber einem Organisationskonzept den Vorzug gegeben, das auf eine „zentralistische“ Lösung verzichtet, den Interessen der Länder hinsichtlich der Beibehaltung überwiegend landesunmittelbarer Träger ausreichend Rechnung trägt, gleichzeitig aber den Einfluss des Bundes auf andere Weise stärkt.

II.3.2 Gesetzgebungsverfahren LSVOrgG

Der Gesetzentwurf des LSVOrgG, der parallel von der Bundesregierung (BT-Drucksache 14/5928) und den Koalitionsfraktionen (BT-Drucksache 14/5314) eingebracht wurde, sah von Anfang an die Reduzierung der LSV-Verwaltungsgemeinschaften von damals (Anfang 2001) 17 auf 9, eine Stärkung der Spitzenverbände der LSV-Träger und weitere Maßnahmen, mit denen ein wirtschaftliches Verwaltungshandeln der LSV-Träger sichergestellt werden sollte, vor. Zu dem letztgenannten Maßnahmenbündel gehört die Einführung der Genehmigungspflicht für die Haushaltspläne der LSV-Träger durch die Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem BMVEL. Gesetzestechisch wurde hierfür die Einführung eines § 71d in das Vierte Buch Sozialgesetzbuch als Sonderregelung zu § 70 SGB IV gewählt.

Die Vorschrift hat im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens vergleichsweise wenig Änderungen erfahren. Auf Vorschlag des federführenden Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (BT-Drucksache 14/6177) wurde für die Möglichkeit des Versagens der Genehmigung des Haushaltsplans oder einzelner Ansätze durch die Aufsichtsbehörde eine Frist von sechs Wochen nach Vorlage des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans vorgesehen. Die Ergänzung erfolgte unter Hinweis auf § 70 Abs. 3 SGB IV, der eine ähnlich lautende Regelung für die Beanstandung des Haushaltsplans durch die Aufsichtsbehörde eines Rentenversicherungsträgers enthält. Im Nachhinein stellte sich heraus, dass diese Frist nicht auf die Genehmigung der Haushaltspläne der LSV-Träger übertragen werden kann. Anders als die Beanstandung nach § 70 Abs. 3 SGB IV, die sich auf den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan bezieht, kann die Aufsichtsbehörde nach § 71d SGB IV nur einen von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplan genehmigen. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass die Aufsichtsbehörde bereits die vom Vorstand aufgestellten Haushaltspläne der LSV-Träger prüft, um diesen vor einer formellen Feststellung durch die Vertreterversammlung Gelegenheit zur Änderung von beanstandeten Ansätzen zu geben. Die eigentliche Genehmigung der Haushaltspläne der LSV-Träger durch Verwaltungsakt der Aufsichtsbehörde bezieht sich auf den von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplan. Das Versehen soll in Kürze bereinigt werden, indem die Sechs-Wochen-Frist in § 71d SGB IV gestrichen wird (vgl. Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Einführung einer kapitalgedeckten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung und zur Änderung anderer Gesetze – HZVNG -, Artikel 5 Nr.9, BR-Drucksache 214/02).

Der Bundesrat forderte in seiner Stellungnahme zum Regierungsentwurf eines LSVOrgG (BR-Drucksache 133/01 (Beschluss)), die Genehmigungspflicht für Haushaltspläne auf die landwirtschaftlichen Alterskassen zu beschränken, da nur in diesem Bereich wegen der Defizitdeckung durch den Bund eine

Mitverantwortung des Bundes für die Verwaltungskosten bestehe. Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen sollte es dagegen nach den Vorstellungen des Bundesrates beim bisherigen Recht verbleiben. Diesem Vorschlag des Bundesrates stimmte die Bundesregierung in ihrer Gegenäußerung (BT-Drucksache 14/5928) nicht zu. Sie wies darauf hin, dass der Bund auch die landwirtschaftliche Unfall- und Krankenversicherung in einem erheblichen Umfang mitfinanziere und deshalb auch ein besonderes Interesse an der Art und Weise habe, in der die betreffenden Leistungsgesetze durchgeführt werden. So müsse er z. B. in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung darauf achten, dass die landwirtschaftlichen Betriebe durch die Beiträge nicht unzumutbar belastet würden. In der landwirtschaftlichen Krankenversicherung gingen alle durch deren Beiträge nicht gedeckten Leistungsausgaben für die Altenteiler in vollem Umfang zu Lasten des Bundes. Im Übrigen wies die Bundesregierung darauf hin, dass die Einführung der Genehmigungspflicht gegenüber der bisherigen Vorlagepflicht von Amts wegen bzw. auf Verlangen der Aufsichtsbehörde auch eine Stärkung der Verantwortung der jeweiligen Aufsichtsbehörde bezwecke. Schließlich führte die Bundesregierung aus, dass eine einheitliche Regelung für alle drei Bereiche der LSV auch wegen des engen Verbundes der drei Verwaltungen geboten sei.

Der Bundesrat griff seine Forderung im Rahmen der Anrufung des Vermittlungsausschusses zu dem vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz erneut auf (BT-Drucksache 14/6495). Das Anliegen wurde im Vermittlungsverfahren jedoch nicht verwirklicht, so dass § 71d SGB IV in der vom Deutschen Bundestag am 01.06.2001 beschlossenen Fassung Gesetz wurde.

III. Verfahrensablauf

III.1 Allgemeines

Jede landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, Alterskasse, Krankenkasse und Pflegekasse stellt für jedes Haushaltsjahr (= Kalenderjahr) einen eigenen Haushaltsplan auf, der alle im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und voraussichtlich benötigten Verpflichtungsermächtigungen sowie alle im Haushaltsjahr zu erwartenden Einnahmen enthält. Im Haushaltsplan müssen ferner die Stellen für die Beamten und dienstordnungsmäßig Angestellten des Versicherungsträgers nach Besoldungsgruppen ausgebracht und für die übrigen Beschäftigten die Haushaltsansätze nach Vergütungs- und Lohngruppen erläutert werden (§ 67 SGB IV).

Bedeutung und Wirkung des Haushaltsplans sind in § 68 SGB IV näher beschrieben. Danach dient der Haushaltsplan der Feststellung der Mittel, die zur Erfüllung der Aufgaben des Versicherungsträgers im Haushaltsjahr vor-

aussichtlich erforderlich sind. Er bildet die Grundlage für die Haushalts- und Wirtschaftsführung des Trägers und stellt sicher, dass insbesondere die gesetzlich vorgeschriebenen Ausgaben rechtzeitig geleistet werden können.

Durch den Haushaltsplan werden Ansprüche und Verbindlichkeiten weder begründet noch aufgehoben. Dies bedeutet beispielsweise, dass aus der Veranschlagung von Vergütungen an bestimmte Einrichtungen im Haushaltsplan kein Anspruch auf eine Vergütung oder auf eine Zahlung in Höhe des Haushaltsansatzes hergeleitet werden kann.

Weitere Maßgaben enthält § 69 SGB IV. Der Haushalt ist in Einnahme und Ausgabe auszugleichen. Bei seiner Aufstellung und Ausführung hat der Versicherungsträger sicherzustellen, dass er die ihm obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erfüllen kann.

Die Anforderungen an Form und Inhalt des Haushaltsplans sind in der Verordnung über das Haushaltswesen in der Sozialversicherung (SVHV) im Einzelnen geregelt; hierauf wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

Das besondere Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne der LSV-Träger gilt nur für die landwirtschaftlichen Alterskassen, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Es gilt nicht für die landwirtschaftlichen Pflegekassen, da diese keine Bundesmittel aus dem Agraretat erhalten.

III.2 Aufstellung der Haushaltspläne durch den Vorstand; Zuleitung an die Aufsichtsbehörde

Die Vorarbeiten für die Haushaltsaufstellung werden von der Verwaltung des LSV-Trägers geleistet. Die Aufstellung der Unterlagen für den Entwurf des Haushaltsplans ist Aufgabe des Beauftragten für den Haushalt, sofern der Geschäftsführer des LSV-Trägers einen solchen bestellt hat und diese Aufgaben nicht selbst wahrnimmt.

Der Entwurf des Haushaltsplans wird dem Vorstand vorgelegt. Dieser berät den Vorschlag der Verwaltung in der Regel in seinen Ausschüssen, insbesondere dem Haushaltsausschuss, und beschließt ihn, wobei die Empfehlungen der Ausschüsse berücksichtigt werden. Die Beschlussfassung erfolgt wie jeder Vorstandsbeschluss mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (mit Ausnahme der Gartenbau-Berufsgenossenschaft) ist zur Beschlussfassung über den Haushalt eine Mehrheit in den Gruppen der Versicherten, der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgeber erforderlich.

Nach § 71d SGB IV soll der Haushaltsplan vom Vorstand so rechtzeitig aufgestellt werden, dass er der Aufsichtsbehörde bis zum 15. Oktober vor Beginn

des Kalenderjahres, für das er gelten soll, vorgelegt werden kann. Es liegt auch im Interesse des Versicherungsträgers, diese Vorlagefrist einzuhalten, um zu vermeiden, dass der Vertreterversammlung nicht mehr genügend Zeit verbleibt, um den Haushalt noch vor Beginn des Haushaltsjahres festzustellen, für das der Haushaltsplan gelten soll, und somit eine vorläufige Haushaltsführung notwendig wird. Daraus, dass das Benehmen mit dem BMVEL innerhalb eines Zeitraums von einem Monat nach Zugang des Haushaltsplans beim BMVEL herzustellen ist (vgl. § 71d S. 5 SGB IV), folgt, dass auch der Aufsichtsbehörde ein Prüfungszeitraum von mindestens einem Monat zugestanden wird.

Die Zuleitung des vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplans an die Aufsichtsbehörde erfolgt von Amts wegen. Einer Aufforderung durch die Aufsichtsbehörde bedarf es nicht.

III.3 Prüfung durch die Aufsichtsbehörde

Die Aufsichtsbehörde beginnt mit der Prüfung des Haushaltsplans, nachdem dieser vom Vorstand aufgestellt und ihr zugeleitet wurde. Die in § 71d SGB IV genannte Sechs-Wochen-Frist für die Prüfung beruht auf einem gesetzgeberischen Versehen und ist daher unbeachtlich (s. oben unter II.3.2.).

Die Genehmigung des Haushaltsplans bezieht sich auf den von der Vertreterversammlung festgestellten Haushaltsplan. Dass die Prüfung durch die Aufsichtsbehörde gleichwohl bereits nach Aufstellung des Haushaltsplans eingeleitet wird, dient der Zeitersparnis. Der Versicherungsträger wird bereits vor der formellen Feststellung des Haushaltsplans von der Aufsichtsbehörde informiert, ob und gegen welche Ansätze Bedenken bestehen. Er hat somit Gelegenheit, diese Bedenken mit der Aufsichtsbehörde zu erörtern und der Vertreterversammlung entsprechende Änderungsvorschläge vorzulegen, die den Haushaltsplan genehmigungsfähig machen.

Die Prüfung des Haushaltsplans erfolgt nach den in § 71d SGB IV genannten Maßstäben. Eine Genehmigung des Haushaltsplans oder einzelner Ansätze kann in folgenden Fällen versagt werden:

- Verstoß gegen Gesetz oder sonstiges für den Versicherungsträger maßgebendes Recht,
- Gefährdung der Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers zur Erfüllung seiner Verpflichtungen,
- Nichtbeachtung der Bewertungs- oder Bewirtschaftungsmaßstäbe des aufsichtsführenden Landes (bei landesunmittelbaren LSV-Trägern) bzw.

des Bundes (bei bundesunmittelbaren LSV-Trägern); dabei sind die Besonderheiten der Versicherungsträger zu berücksichtigen.

Bei der Versagung der Genehmigung steht der Aufsichtsbehörde ein Ermessensspielraum zu („kann“). Es steht im pflichtgemäßen Ermessen der Aufsichtsbehörde, ob sie den Haushaltsplan oder einzelne Ansätze genehmigt oder nicht. Wird die Genehmigung versagt, muss die Aufsichtsbehörde die Überlegungen erkennen lassen, von denen sie sich bei ihrer Entscheidung hat leiten lassen.

Liegt ein Verstoß gegen die für die LSV-Träger maßgebenden Rechtsvorschriften vor, ist davon auszugehen, dass die Genehmigung der davon betroffenen Ansätze zu versagen ist, es sei denn, es handelt sich um einen geringfügigen Mangel (z. B. versehentliche Veranschlagung unter einer unzutreffenden Buchungsstelle). Es wäre außerdem wenig sinnvoll, wenn die Aufsichtsbehörde einen Haushaltsansatz genehmigt, bei der Ausführung des Haushalts aber möglicherweise im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht (§§ 87 ff. SGB IV) die Tätigkeit rechtswidriger Ausgaben beanstandet. Bei der Beurteilung, ob eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers vorliegt, oder ob Besonderheiten der LSV eine Abweichung von den einschlägigen Bewertungs- oder Bewirtschaftungsmaßstäben des Bundes bzw. Landes rechtfertigen, ist der Spielraum dagegen weiter.

Ferner ist zu beachten, dass eine Genehmigung nur versagt werden kann, „so weit“ die entsprechenden Maßstäbe nicht eingehalten werden. Es würde eine Ermessensüberschreitung darstellen, wenn beispielsweise die Genehmigung des Ansatzes für eine ganze Kontengruppe nicht erteilt würde, wenn nur bei einer einzelnen Kontenart ein Rechtsverstoß vorliegt.

Zu den Prüfungsmaßstäben im Einzelnen:

- Welche Gesetze und sonstigen Rechtsvorschriften für die einzelnen LSV-Träger einschlägig sind, ergibt sich aus den ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben. Neben den jeweiligen Sozialgesetzen (z. B. Sozialgesetzbuch, Gesetz über die Alterssicherung der Landwirte, Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte) und allgemeinen Gesetzen (z. B. Beamtenengesetze) handelt es sich um Rechtsverordnungen (z. B. SVHV, Beitragszuschussverordnungen in der Alterssicherung der Landwirte), aber auch sonstige Vorschriften wie die Satzung des jeweiligen LSV-Trägers oder Allgemeine Verwaltungsvorschriften.
- Welche Verpflichtungen ein LSV-Träger hat, ergibt sich ebenfalls aus den ihm vom Gesetz zugewiesenen Aufgaben. Nach § 30 Abs. 1 SGB IV dürfen die Versicherungsträger grundsätzlich nur Geschäfte zur Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen oder zugelassenen Aufgaben führen und ihre Mittel nur für diese Aufgaben sowie die Verwaltungskosten

verwenden. Verpflichtungen des Versicherungsträgers können sich deshalb nur innerhalb dieses Rahmens ergeben. Die im Haushaltsplan aufgeführten Einnahmen und Ausgaben müssen so veranschlagt werden, dass der LSV-Träger diese Verpflichtungen erfüllen kann, ohne seine Leistungsfähigkeit zu gefährden. Die Aufsicht kann die Genehmigung versagen, wenn beispielsweise absehbar ist, dass der Versicherungsträger zahlungsunfähig wird. Dabei dürfte es häufig vorkommen, dass eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit gleichzeitig mit einem Rechtsverstoß verbunden ist, beispielsweise dann, wenn aufgrund überhöhter Ausgaben eine Absenkung der Rücklage eines Versicherungsträgers unter einen vorgeschriebenen Mindestbetrag erforderlich wäre. Auch wenn in der Alterssicherung der Landwirte wegen der Defizit"haftung" des Bundes eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Alterskasse faktisch nicht eintreten kann, lägen z. B. bei unverhältnismäßig hohen Ansätzen für gesetzlich nicht gebundene Ausgaben Anhaltspunkte für einen Verstoß gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und damit für einen Gesetzesverstoß vor, der allein schon die Aufsichtsbehörde ermächtigen würde, eine Genehmigung zu versagen.

- Für den Begriff „Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe“ findet sich ebenso wie für die „Leistungsfähigkeit“ keine Legaldefinition. Er bedarf deshalb der Auslegung. Eine abschließende Aufzählung existiert nicht, zumal die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe einem ständigen Wandel unterliegen. Vielmehr handelt es sich um eine Vielzahl einzelner Regelungen, die in Gesetzen (z. B. jährliche Haushaltsgesetze; Bundeshaushaltsordnung), Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften, Erlassen, Rundschreiben (z. B. des Finanz- oder Innenministeriums des Bundes oder des aufsichtsführenden Landes) u. a. m. niedergelegt sind und mit denen Rahmenvorgaben für das Ausgabengebaren der unmittelbaren Bundes- bzw. Landesverwaltung gesetzt werden. Als Beispiele für die davon betroffenen Ausgaben sind Essenzzuschüsse an Bedienstete, Wohnungsfürsorge, zinsverbilligte Familienheimdarlehen, Fahrkostenzuschüsse oder Repräsentationsaufwendungen zu nennen. Es handelt sich überwiegend um Ausgaben im Bereich der Verwaltungskosten.

Ob die Bewertungs- und Bewirtschaftungsmaßstäbe des Bundes oder eines Landes heranzuziehen sind, richtet sich danach, wer die Aufsicht führt. Je nach LSV-Träger können deshalb beispielsweise bei der Frage, ob und in welchem Umfang Essenzzuschüsse an Bedienstete gewährt werden dürfen, unterschiedliche Maßstäbe gelten. Im Ergebnis wird damit aber eine Gleichstellung mit Bediensteten der Organe der unmittelbaren Staatsverwaltung des jeweiligen Landes oder des Bundes erreicht.

Ferner ist zu beachten, dass § 71d SGB IV ausdrücklich vorschreibt, dass die Besonderheiten der Versicherungsträger zu berücksichtigen sind. Derartige Besonderheiten können sich insbesondere aus der Finanzierung des jeweiligen LSV-Trägers ergeben. So kann beispielsweise bei der Beurteilung, welche Versicherungen für den Versicherungsträger abgeschlossen werden können, für die landwirtschaftlichen Alterskassen wegen der Defizitdeckung durch den Bund etwas anderes gelten als für die landwirtschaftlichen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, bei denen die Bundesbeteiligung auf einen bestimmten Anteil oder absoluten Betrag begrenzt ist. Auch die Rechtsform der LSV-Träger als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung und die aus der Verwaltungsgemeinschaft von landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften, Alterskassen und Krankenkassen erwachsenden Besonderheiten sind angemessen zu berücksichtigen.

III.4 Herstellung des Benehmens mit dem BMVEL

Nachdem dem BMVEL durch die Aufsichtsbehörde oder unmittelbar durch den LSV-Träger eine Ausfertigung der Haushaltspläne zugeleitet wurde, nimmt es parallel zur Aufsichtsbehörde seine Prüfung auf. Eine Abstimmung mit anderen Bundesressorts ist nicht vorgeschrieben, wengleich bei auftretenden Fragen zum materiellen Recht oder zum Haushaltsrecht naturgemäß eine Rückkopplung mit dem federführenden Ressort erfolgen wird. Dass das Benehmen der Aufsichtsbehörde mit dem BMVEL und nicht mit dem für das Recht der LSV (mit Ausnahme der landwirtschaftlichen Krankenversicherung) federführenden Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herzustellen ist, liegt in der Ressortverantwortung des BMVEL für die Gewährung von Bundesmitteln für die LSV begründet.

Der Begriff „Benehmen“ bedeutet, dass die Aufsichtsbehörde dem BMVEL Gelegenheit zur Stellungnahme gibt. Nach dem Gesetzeswortlaut ist das Benehmen erst vor der eigentlichen Genehmigung herzustellen. Da aber die Aufsichtsbehörde ihrerseits sich bereits vor der Genehmigung des (von der Vertreterversammlung festgestellten) Haushaltsplans an die LSV-Träger wendet und ihnen etwaige Bedenken gegen den vom Vorstand aufgestellten Haushaltsplan mitteilt, erfolgt auch die Abstimmung mit dem BMVEL bereits im Vorfeld. Dies folgt auch aus der Frist für die Herstellung des Benehmens von einem Monat nach Vorlage des (vom Vorstand aufgestellten) Haushaltsplans beim BMVEL.

Erteilt die Aufsichtsbehörde ihre Genehmigung zum Haushaltsplan, ohne vorher dem BMVEL Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben zu haben, ist die Genehmigung rechtswidrig.

Ein Einvernehmen der Aufsichtsbehörde mit dem BMVEL ist nicht erforderlich. Das bedeutet, dass die Aufsichtsbehörde zwar die Stellungnahme des BMVEL bei ihrer Entscheidung über die Genehmigung berücksichtigen sollte, hierzu aber nicht verpflichtet ist. Im Extremfall kann die Aufsichtsbehörde einen Haushaltsplan selbst dann genehmigen, wenn das BMVEL schwerwiegende rechtliche Bedenken erhoben hat. Freilich sollte es im Interesse aller Beteiligten liegen, derartige Bedenken auszuräumen und einen Haushaltsplan zur Feststellung zu bringen, der eine sachgerechte Grundlage für die Haushaltsführung bietet.

Dem BMVEL ist in § 71d SGB IV eine Frist von einem Monat eingeräumt, innerhalb der es Bedenken gegen den Haushaltsplan erheben kann. Äußert es sich innerhalb dieser Frist gegenüber der Aufsichtsbehörde nicht, gilt das Benehmen als hergestellt. Aufgrund seiner Finanzierungsverantwortung hat das BMVEL ein hohes Interesse daran, von seinen gesetzlichen Möglichkeiten zur Einflussnahme Gebrauch zu machen, und prüft die Haushaltspläne der LSV-Träger deshalb intensiv und fristgerecht. Da das BMVEL die einzige Stelle ist, der sämtliche Haushaltspläne vorgelegt werden müssen, ist es in der Lage, Vergleiche zwischen den LSV-Trägern anzustellen und somit Besonderheiten eines Haushaltsplans, wie beispielsweise vom Durchschnitt der LSV-Träger stark abweichende Annahmen für die künftige Entwicklung bestimmter Ausgaben- oder Einnahmefaktoren oder unterschiedliche Verbuchungsstellen, leichter als die Aufsichtsbehörden zu erkennen. Hierdurch wird die Möglichkeit eröffnet, Fehlentwicklungen frühzeitig festzustellen und nach Wegen zu suchen, diese abzuwenden.

Nach Abschluss seiner Prüfung teilt das BMVEL der Aufsichtsbehörde etwaige Bedenken gegen den Haushaltsplan oder einzelne Ansätze schriftlich mit. Je nach Sachlage schließt sich hieran eine weitere Erörterung mit der Aufsichtsbehörde an.

III.5 Inaussichtstellen der Erteilung bzw. des Versagens der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde

Nachdem die Aufsichtsbehörde die Haushaltspläne geprüft hat und ihr die Stellungnahme des BMVEL vorliegt, teilt sie dem LSV-Träger ihr Prüfungsergebnis mit. Bestehen aus ihrer Sicht keine Bedenken, stellt sie die Genehmigung des (von der Vertreterversammlung festgestellten) Haushaltsplans in Aussicht. Bestehen Bedenken gegen den Haushaltsplan oder einzelne Ansätze, hat der LSV-Träger bis zur Feststellung des Haushaltsplans Gelegenheit, diese seinerseits zu prüfen und ihnen durch Änderungen des Haushaltsplanentwurfs Rechnung zu tragen. Im Regelfall erfolgt zunächst ein Meinungsaustausch zwischen Aufsichtsbehörde und Träger. Je nach Fallgestaltung kann Bedenken der Aufsichtsbehörde möglicherweise bereits

durch ergänzende Erläuterungen des Versicherungsträgers und entsprechende Klarstellungen im Haushaltsplan Rechnung getragen werden.

III.6 Feststellung des Haushaltsplans durch die Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung als wichtigstes Organ der Selbstverwaltung stellt den Haushaltsplan durch Mehrheitsbeschluss fest. Bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (mit Ausnahme der Gartenbau-Berufsgenossenschaft) ist zur Beschlussfassung eine Mehrheit in den Gruppen der Versicherten, der Selbständigen ohne fremde Arbeitskräfte und der Arbeitgeber erforderlich. Grundlage der Beschlussfassung ist der vom Vorstand aufgestellte Haushaltsplan unter Beachtung der im Benehmen mit dem BMVEL erstellten Stellungnahme der Aufsichtsbehörde. Der Vertreterversammlung steht es frei, selbst Änderungen der Beschlussvorlage vorzunehmen, wobei die Genehmigungsmaßstäbe des § 71d SGB IV selbstverständlich ebenfalls zu beachten sind. Der von der Vertreterversammlung festgestellte Haushaltsplan muss der Aufsichtsbehörde vorgelegt werden, damit diese ihre Genehmigung erteilen kann.

III.7 Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde

Die Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde ist Voraussetzung dafür, dass der Haushaltsplan wirksam zustande kommt und seine im Gesetz vorgesehene Rechtswirkung entfalten kann.

Sofern die Vertreterversammlung keine eigenen Änderungen vorgenommen hat und etwaigen Bedenken der Aufsichtsbehörde, die diese vorab geäußert hatte, mit dem festgestellten Haushaltsplan Rechnung getragen wurde, wird die Aufsichtsbehörde den Haushaltsplan im Regelfall ohne weitere besondere Prüfung genehmigen. Einer erneuten Herstellung des Benehmens mit dem BMVEL bedarf es nicht, sofern dessen etwaigen vorher mitgeteilten Einwänden bei der Feststellung des Haushalts Rechnung getragen wurde und keine weiteren Änderungen erfolgt sind, bei denen das BMVEL noch keine Gelegenheit hatte, sie zu prüfen und gegenüber der Aufsichtsbehörde Stellung zu nehmen.

Im Regelfall wird sich die Aufsichtsbehörde bei unterschiedlichen Auffassungen zunächst bemühen, den Versicherungsträger zu beraten und von ihrer Haltung zu überzeugen. Ist der LSV-Träger nicht bereit, Bedenken der Aufsichtsbehörde bei seinem Feststellungsbeschluss zu berücksichtigen, hat diese die Möglichkeit, die Genehmigung je nach Fallgestaltung entweder ganz oder für einzelne Ansätze zu versagen oder mit Auflagen zu versehen.

Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde über die Genehmigung stellt einen Verwaltungsakt dar. Ein Versagen der Genehmigung kann der LSV-Träger

mit einer Verpflichtungsklage nach dem Sozialgerichtsgesetz anfechten. Ein Vorverfahren ist nicht erforderlich.

Soweit der Haushaltsplan zu Beginn des Haushaltsjahres noch nicht in Kraft getreten ist, weil er von der Aufsichtsbehörde noch nicht genehmigt wurde, ist der Vorstand ermächtigt, zuzulassen, dass der LSV-Träger die Ausgaben leistet, die unvermeidbar sind, um seine rechtlich begründeten Verpflichtungen und Aufgaben zu erfüllen oder um Bauten oder Beschaffungen fortzusetzen, für die durch frühere Haushalte bereits Beträge bewilligt worden sind (vorläufige Haushaltsführung). Der Vorstand muss diesen Beschluss unverzüglich der Aufsichtsbehörde des LSV-Trägers anzeigen (vgl. § 72 SGB IV).

III.8 Genehmigung von überplanmäßigen und außerplanmäßigen Ausgaben

Zusätzlich zu der Genehmigung der Haushaltspläne der LSV-Träger wurde die Stellung der Aufsichtsbehörde durch eine weitere Maßnahme im Rahmen des LSVOrgG gestärkt. Die Einwilligung des Vorstands des LSV-Trägers nach § 73 SGB IV zu überplanmäßigen und außerplanmäßigen Ausgaben sowie Maßnahmen, durch die Verpflichtungen entstehen können, bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde, wenn die einzelne Maßnahme einen Rahmen von 50.000 Euro (bis 31.12.2001: 100.000 DM) überschreitet. Bis zum In-Kraft-Treten des LSVOrgG war lediglich eine Unterrichtung der Aufsichtsbehörde erforderlich. Ohne die Genehmigungspflicht für die genannten Maßnahmen wäre das unbefriedigende Ergebnis entstanden, dass die Aufsichtsbehörde nur insoweit Einfluss auf die Haushaltsplanung der LSV-Träger hätte nehmen können, als die Einnahmen und Ausgaben bereits im Haushaltsplan selbst vorgezeichnet sind.

Eine Genehmigungspflicht für überplanmäßige und außerplanmäßige Ausgaben findet sich auch in anderen Bereichen. So bedürfen über- und außerplanmäßige Ausgaben der Bundesknappschaft und der Bundesanstalt für Arbeit der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen erfolgt.

IV. Besonderheiten des Verfahrens der Genehmigung der Haushaltspläne des GLA und des BLK

Die Genehmigung der Aufsichtsbehörde im Benehmen mit dem BMVEL ist auch für die Haushaltspläne des GLA und des BLK erforderlich. Dies ergibt sich aus § 54 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über die Alterssicherung der Landwirte sowie § 34 Abs. 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. Für den Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

scheidet ein Genehmigungsvorbehalt wegen seiner Rechtsform als eingetragener Verein aus.

Hinsichtlich des Genehmigungsverfahrens für die Haushaltspläne der beiden Spitzenverbände gilt im Grundsatz das Gleiche wie hinsichtlich der LSV-Träger. Der Bundeseinfluss auf die Haushaltspläne der LSV-Träger wird dadurch verstärkt, dass das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das BMVEL den Selbstverwaltungsorganen der beiden Spitzenverbände mit beratender Stimme angehören und daher sowohl bei der Aufstellung der Haushaltspläne durch den Vorstand des GLA und des BLK als auch bei der Feststellung der Haushaltspläne durch die Vertreterversammlungen in das Verfahren eingebunden sind. Hierdurch wird es den beiden Bundesressorts ermöglicht, den Selbstverwaltungsorganen bereits in einem frühen Stadium Hinweise auf ihre Auffassung zu den einzelnen Haushaltsansätzen zu geben, ohne jedoch die Aufsichtsbehörde (Bundesversicherungsamt) zu präjudizieren.

Weitere Besonderheiten ergeben sich daraus, dass wegen der Finanzierungsstrukturen in der LSV Wechselwirkungen zwischen den Haushaltsplänen der Spitzenverbände und der LSV-Träger bestehen. Auf der Ausgabenseite liegt der Schwerpunkt bei den Spitzenverbänden, anders als bei den LSV-Trägern, nicht auf Leistungsaufwendungen, sondern auf Verwaltungskosten. Dementsprechend stehen bei der Prüfung der Haushaltspläne andere sachliche Inhalte im Mittelpunkt. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Aufteilung der Kosten für die gemeinsam mit den LSV-Trägern wahrgenommenen Aufgaben zu.

V. Erfahrungen anlässlich der Prüfung der Haushaltspläne für das Jahr 2002

Wie bereits eingangs ausgeführt, wurde mit dem Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne der LSV-Träger 2002 für alle Beteiligte – LSV-Träger, Spitzenverbände, Aufsichtsbehörden und Bund – Neuland betreten. Dabei war der gemeinsame Wille erkennbar, zu einem praktikablen und effizienten Verfahren zu kommen. Auch bestanden keine Illusionen darüber, dass in einem „ersten Durchgang“ zwangsläufig nicht alle Punkte geklärt werden können, zu denen Diskussionsbedarf besteht. Zwischen dem In-Kraft-Treten des LSVOrgG (01.08.2001) und dem Beginn des Genehmigungsverfahrens (Vorlage der Haushaltspläne 2002 bis zum 15.10.2001) lag eine relativ geringe Zeitspanne, die durch eine starke Arbeitsbelastung der LSV-Träger und ihrer Spitzenverbände mit der Umsetzung der vielfältigen Neuerungen durch das LSVOrgG und andere Reformen gekennzeichnet war. Eine Erörterung für den Haushaltsplan relevanter Sach- und Rechtsfragen zwischen LSV, Aufsichtsbehörden und Bund im Vorfeld des Genehmigungsverfahrens war

nicht möglich. Diese Situation wird sich künftig ändern. Bereits in die Genehmigung der Haushaltspläne für das Jahr 2003 werden Ergebnisse vielfältiger Erörterungen zwischen den Beteiligten einfließen können. Die aus dem Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne 2002 gewonnenen Erfahrungen werden den Ausgangspunkt für diese Abstimmungen bilden (Näheres vgl. unter VI.).

Das Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne 2002 war zunächst von einem hohen Erläuterungsbedarf der Aufsichtsbehörden und des BMVEL gekennzeichnet, soweit sich Näheres zu den Ansätzen nicht aus den Erläuterungen im Haushaltsplan ergab. Durch ergänzende Stellungnahmen der LSV-Träger konnten zahlreiche Punkte bereits geklärt werden.

VI. Ausblick

VI.1 Erfahrungsaustausch

Bereits vor In-Kraft-Treten des LSVOrgG wurde von den Aufsichtsbehörden von Bund und Ländern ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch über sozialversicherungsrechtliche Themenstellungen praktiziert (Arbeitstagung der Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger). Dieser wurde mit dem LSVOrgG ausdrücklich in § 90 SGB IV verankert. Soweit dieser Erfahrungsaustausch Angelegenheiten der LSV-Träger betrifft, nehmen auch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und das BMVEL daran teil.

Auch außerhalb des eigentlichen Erfahrungsaustausches nach § 90 SGB IV ist eine gemeinsame Behandlung der mit dem Genehmigungsverfahren aufgeworfenen Fragestellungen möglich und sinnvoll. Um die mit dem Genehmigungsverfahren für die Haushaltspläne 2002 gewonnenen Erfahrungen für künftige Verfahren nutzbar zu machen, wurden wichtige Punkte, die einer vertieften Erläuterung bedürfen, vom BMVEL aufbereitet, um sie mit den Aufsichtsbehörden zu erörtern. In den Meinungsaustausch werden die LSV-Träger und ihre Spitzenverbände einbezogen.

Da dem BMVEL, wie bereits weiter oben erwähnt, als einziger Stelle die Haushaltspläne sämtlicher LSV-Träger vorgelegt werden, ist es in der Lage, Gesamtvergleiche anzustellen und die hieraus gewonnenen Ergebnisse für die weitere Diskussion und Problemlösung zur Verfügung zu stellen. Fehlentwicklungen können frühzeitig erkannt und durch entsprechende Initiativen des BMVEL abgestellt werden.

VI.2 Künftige Genehmigungsverfahren (Haushaltspläne für die Jahre 2003 ff.)

Im Vorfeld des nächsten Genehmigungsverfahrens soll nach Möglichkeiten gesucht werden, durch entsprechende Vorkehrungen den Bedarf an ergänzenden Erörterungen zu verringern und Verfahrensabläufe abzustimmen. Auch die inhaltliche Erörterung von Sachthemen außerhalb des Genehmigungsverfahrens wird künftig zunehmend den Aspekt der Haushaltsplanung mitberücksichtigen. Soweit sich Auslegungsfragen oder Unterschiede in der Rechtsanwendung zwischen den einzelnen LSV-Trägern ergeben haben, ist es sinnvoll, unter Wahrung der regionalen Besonderheiten nach Möglichkeiten zu suchen, zu einer einheitlichen Auffassung zwischen den Aufsichtsbehörden, dem BMVEL und den LSV-Trägern zu kommen und damit künftige Verfahren zu erleichtern.

Weitere Erleichterungen dürften dadurch entstehen, dass die Umsetzung der einzelnen Elemente des LSVOrgG inzwischen vorangeschritten ist. So war es den LSV-Trägern bis zur Aufstellung der Haushaltspläne 2002 im Regelfall noch nicht möglich, für die Kostenaufteilung für gemeinsame Einrichtungen der LSV-Träger oder die sonstige gemeinsame Aufgabenerfüllung das nach § 18 Abs. 1 Satz 2 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vorgeschriebene Verfahren einzuleiten und das Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde herzustellen. Dementsprechend führten die Ansätze, die eine gemeinsame Aufgabenerledigung der LSV-Träger betrafen, zu einem erheblichen Bedarf an Nachfragen bei den LSV-Trägern. Es ist zu erwarten, dass hier bis zur Aufstellung der Haushaltspläne für das Jahr 2003 erhebliche Fortschritte zu erzielen sind und die vom Gesetzgeber gewünschte Transparenz geschaffen wird.

VI.3 Zusammenwirken LSV-Träger – Aufsichtsbehörden - BMVEL

Abschließend bleibt die Hoffnung auszusprechen, dass sich das neue Genehmigungsverfahren zunehmend „einspielen“ wird und die Beteiligten zum Teil noch vorhandene Vorbehalte aufgeben. Es gilt, sich zu vergegenwärtigen, dass das vom Gesetzgeber eingeführte Verfahren keine dirigistische Maßnahme darstellt, sondern allen Beteiligten die Chance gibt, ihre Aufgaben noch effizienter als bisher wahrzunehmen. Der fachliche Austausch zwischen LSV-Trägern, Spitzenverbänden, Aufsichtsbehörden und BMVEL wurde durch das Genehmigungsverfahren allgemein intensiviert und erleichtert die Aufgabenwahrnehmung auch in anderen Arbeitsbereichen. Von einer konstruktiven und vertrauensvollen Zusammenarbeit können alle Beteiligten nur profitieren. Die Einwirkungsmöglichkeiten des Bundes, die bisher im Wesentlichen auf eine nachgehende Prüfung und Kontrolle der Haushalts- und Wirtschaftsführung beschränkt war, haben sich durch das LSVOrgG zu-

nehmend auf eine Mitwirkung im Vorfeld verlagert. Längerfristig kann insbesondere eine verbesserte Transparenz bei der Haushaltsaufstellung zu einer Verringerung von Beanstandungen durch den Bundesrechnungshof und andere Prüfungseinrichtungen führen.

Verfasser:

Susanne Hüttner-Anton
Brunnenstraße 2 B
53123 Bonn

Besondere Kausalitätsprobleme im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung

1. Einleitung

Literatur und Rechtsprechung haben seit langem die Erkenntnis gewonnen, dass sämtliche in der übrigen Rechtsordnung geltenden Kausalitätstheorien (insbesondere die Äquivalenz-, aber auch die Adäquanztheorie) im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung letztlich zu untauglichen Ergebnissen führen.¹ Deshalb war man schon sehr früh bestrebt, eine für diesen Rechtsbereich geltende spezielle Kausalitätslehre zu entwickeln. Das Ergebnis war und ist bekanntlich die „Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung“, die heute für die gesetzliche Unfallversicherung zu Recht als geltende „Kausalitätsnorm“² bezeichnet wird:

*Von allen i.S. des Äquivalenztheorie gleichwertigen Ursachen eines Ereignisses haben im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nur diejenigen rechtliche Bedeutung, die nach den Erfahrungen und Anschauungen des praktischen Lebens unter Berücksichtigung ihrer besonderen Beziehung zum eingetretenen Erfolg als wesentlich für dessen Eintritt zu werten sind.*³

Auch bei Anwendung dieser Theorie muss die versicherte Tätigkeit im Rahmen der haftungsbegründenden Kausalität stets eine *conditio sine qua non* für den Unfall bzw. die schädigende berufliche Einwirkung bilden, ebenso wie im Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität Unfall bzw. berufsbedingt schädigende Einwirkung nicht hinwegzudenkende Bedingung für den festgestellten Körperschaden bzw. Tod des Versicherten sein muss. Ist eine festgestellte schädigende berufliche Einwirkungen nicht einmal als Ursache i.S.

1 Vgl. dazu Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis – Wertungsentscheidungen im Verwaltungsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, 2001, S. 89 ff.; zur Ungeeignetheit der Äquivalenz- u. Adäquanztheorie vgl. auch Krasney, in Schulin (Hrsg.), HS-UV, 1996, § 8 Rdnr. 321 ff.

2 Grundlegend: Wallerath, NJW 1971, S. 228 ff.; Barta, Kausalität im Sozialrecht, 1981, passim; Watermann, Die Ordnungsfunktion von Kausalität und Finalität im Recht, 1968, passim; aus dem neueren Schrifttum: z.B. Kater/Leube, SGB VII, Rdnr. 13 Vor §§ 7 - 13; Gitter, BG 1996, S. 95 ff.; Krasney, VSSR 1995, S. 95 ff; Schulin, in: ders. (Hrsg.), HS-UV, § 30; zu den Rspr.-Nachw. vgl. Brackmann/Krasney, Hdb d. SozVers, Std. 12/1998, SGB VII § 8 Rdnr. 309.

3 Vgl. z.B. Kater/Leube, SGB VII, Vor §§ 7-13 Rdnr. 30 ff. ; std. Rspr.: BSGE 1, 72, 76; 6, 164, 169; 12, 242, 265; 38, 127 ff.; 42, 42 ff.

der Äquivalenztheorie zu erachten, d.h., kann sie hinweggedacht werden, ohne dass damit zugleich die in Rede stehende Erkrankung entfällt, erübrigen sich alle weiteren Überlegungen nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung. Ein Körperschaden würde nach Art und Ausprägung auch ohne die berufsbedingt schädigende Einwirkung existieren. Er kann somit logisch nicht kausal auf jene Einwirkung zurückgeführt werden.

Die Lehre von der rechtlich wesentlichen Bedingung will beim Vorhandensein mehrerer Bedingungen i.S. des Äquivalenztheorie diejenigen Ursachen ausklammern, die mit dem Eintritt des Erfolges (Unfall bzw. Körperschaden) nur in loser und entfernter Verbindung stehen. Dabei bedient sie sich des Wertungskriteriums, der „besonderen Beziehung zum Erfolg“. ⁴

2. Mehrere Ursachen desselben Ereignisses — „konkurrierende oder alternative Kausalität“

Das Problem der konkurrierenden oder alternativen Kausalität ist vor allem im Strafrecht bekannt. Nach der dort herrschenden Bedingungstheorie⁵ ist als Ursache eines strafrechtlich bedeutsamen Erfolges jede Bedingung anzusehen, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiel. Dabei ist es gleichgültig, ob neben dieser Bedingung noch andere Umstände an der Herbeiführung des strafrechtlich missbilligten Erfolges mitgewirkt haben.⁶ Eine Unterbrechung des Kausalverlaufs liegt allerdings dann vor, wenn ein späteres Ereignis die Fortwirkung einer früheren Ursache beseitigt und unter Eröffnung einer neuen Ursachenreihe den Erfolg allein herbeiführt.⁷ Ursächlichkeit des Täterhandelns wird nicht einmal dadurch ausgeschlossen, dass das Verhalten des Opfers⁸ bzw. das - deliktische oder undeliktische - Verhalten eines Dritten zur Herbeiführung des Erfolges mitgewirkt hat.⁹ Das angesprochene Problem wird unter den Bezeichnungen „alternative Kausalität“, „Doppelkausalität“ oder „alternative Konkurrenz“ behandelt.¹⁰

4 BSGE 1, 150, 157; 13, 175, 176.

5 BGHSt 1, 332, 333.

6 BGHSt 2, 20, 24; BGH GA 1960, 111, 112; RGSt 1, 373, 374; 66, 181, 184; 69, 44, 47.

7 Vgl. BGHSt 4, 360, 362; BGH NJW 1989, 2479, 2480; BGH NStZ 1985, 24; BGH GA 1960, 111, 112.

8 BGH StV 1993, 73; RGSt 77, 17, 18.

9 BGHSt 4, 360, 361 f.; 33, 322; BGH NStZ 1985, 24.

10 Lenckner in Schönke/Schröder, StGB 24. Aufl. vor § 13 Rdnr. 82.

Auch die in der gesetzlichen Unfallversicherung geltende Theorie der rechtlich „wesentlichen“ Bedingung geht, wie schon ihr Name sagt, von der Annahme aus, dass ein Erfolgsereignis durch mehrere Bedingungen (multikausal) verursacht worden sein kann, von denen jede einzelne wiederum auf eine ihr eigentümliche Ursachenkette zurückzuführen ist.

Beispiele:

- Nachdem der Versicherte A von seinem Abteilungsleiter wegen mangelhafter Arbeitsleistungen heftig gerügt worden war, betrank er sich am Abend, um seinen Frust „herunterzuspülen“. Das hatte zur Folge, dass er am anderen Tag erst mit halbstündiger Verspätung seinen Arbeitsweg antreten konnte. Weil A aber gerade an diesem Tag einen für seinen Betrieb wichtigen Termin wahrzunehmen hatte, bei dem er beweisen wollte, wie unberechtigt die Kritik seines Vorgesetzten war, fuhr er, um dennoch halbwegs pünktlich zur Arbeit zu erscheinen, halsbrecherisch schnell und riskant. Bedingt durch diese Fahrweise, verursachte er einen Unfall, bei dem er schwer verletzt wurde.
- B hatte - nach Rücksprache mit seinem Arbeitgeber - in der Zeit vom 01. - 21.08. einen Urlaubsaufenthalt in Israel gebucht. Kurz vor Antritt der Reise wurde ihm durch die Personalabteilung seines Beschäftigungsbetriebs mitgeteilt, dass er während der in Aussicht genommenen Zeit aus betrieblichen Gründen unabkömmlich sei. B buchte daher um und trat am 12.09. die Reise an. Zwei Tage später wurde er in Israel bei einem politisch motivierten Anschlag auf den Reisebus seiner Gruppe schwer verletzt.

Die beiden Fälle zeigen exemplarisch, dass es oftmals Ursachenketten, bestehend aus betrieblichen und eigenwirtschaftlichen Bedingungen, sind, die zum Eintritt eines vermeintlich unfallversicherungsrechtlich relevanten Schadens führen. Hier gilt es nach der vorstehend genannten Theorie, die rechtlich wesentlichen von den nicht wesentlichen Bedingungen zu trennen, wobei die ersten Probleme bereits in der Terminologie auftreten.

Das BSG hält sich nicht an einen einheitlichen Sprachgebrauch. Teilweise werden die Begriffe „Ursache“ und „Mitursache“ im Rechtssinne, d.h. nur i.S. einer wesentlichen Bedingung gebraucht, während nichtwesentliche Bedingungen als „Gelegenheitsursache“¹¹ bezeichnet werden.¹² Allein die (bewusste) Verwendung der Begriffe „Ursache“ und „Mitursache“ indiziert dann schon das Ergebnis der rechtlichen Wertung: Es handelt sich dabei um die aus allen Bedingungen (i.S. des Äquivalenztheorie) für unfallversicherungsrecht-

11 Vgl. dazu ausführlich unter 6.

12 Vgl. BSGE 7, 53, 55; 1, 72, 76; BSG, Breith. 1968, S. 823, 824.

lich relevant gehaltenen und herausgefilterten „wesentlichen“ Bedingungen.¹³ Wenn zuweilen in Literatur und Rechtsprechung gar von den (rechtlich) „allein“ wesentlichen Bedingungen die Rede ist, so ist damit nichts anderes gemeint. Der Terminus der (rechtlich) „allein“ wesentlichen Bedingung trägt i.E. eher zur Verwirrung als zur Klarstellung bei und sollte künftig vermieden werden. Wie sich aus den nachfolgenden Ausführungen ergibt, ist die keineswegs „allein“ verantwortliche „Mitursache“ aus dem betrieblichen Bereich durchaus geeignet, die Annahme eines Versicherungsfalles zu rechtfertigen.

Im Falle des A war ein betriebliches Ereignis (Rüge des Vorgesetzten aufgrund betrieblichen Fehlverhaltens) ursächlich für ein eigenwirtschaftliches Verhalten des Versicherten (Frustrinken) geworden, das seinerseits einen nicht dem Betrieb zurechenbaren Umstand (Verschlafen) auslöste. Dieser Umstand führte schließlich dazu, dass der Versicherte sowohl betriebsdienlich (wichtiger Termin) als auch eigenwirtschaftlich motiviert (Ehrgeiz, Beweis seines Könnens), halsbrecherisch fuhr, um seine Arbeitsstätte noch einigermaßen pünktlich zu erreichen (grundsätzlich betriebsdienlich). Die Lehre von der rechtlich wesentlichen Bedingung will beim Vorhandensein mehrerer Bedingungen i.S. des Äquivalenztheorie diejenigen ausklammern, die mit dem Eintritt des Erfolges (Unfall bzw. Körperschaden) nur in loser und entfernter Verbindung stehen.¹⁴ Der Schutzzweck des gesetzlichen Unfallversicherungsrechts liegt darin, dem Versicherten, der infolge einer versicherten Tätigkeit einen Unfall erleidet, eine seinem dadurch bedingten Gesundheitsschaden entsprechende Entschädigung zu leisten. Unter Berücksichtigung dieser am Schutzzweck des Gesetzes orientierten Vorgabe kann wohl bei wertender Betrachtung kein Zweifel daran bestehen, dass es letztlich die eigenwirtschaftlichen (Frustrinken, Verschlafen, Ehrgeiz, halsbrecherische Fahrweise) Ursachen waren, die wesentlich zum Unfall geführt haben. Demgegenüber stehen die betriebsbedingten oder betriebsdienlichen Ursachen (Rüge des Vorgesetzten, wichtiger Termin, pünktliches Erscheinen) nur in einer losen und entfernten Verbindung zum konkreten Unfallgeschehen.

Nicht anders ist im Falle des B zu entscheiden: Gemessen an der Äquivalenztheorie ist ein betrieblicher Umstand (späterer Urlaubsantritt) ursächlich für einen Körperschaden des Versicherten geworden, zu dem aber gleichermaßen eigenwirtschaftliche Umstände (insbesondere Wahl des Urlaubsortes) beigetragen haben. Bei wertender Betrachtung stehen die betrieblich gesetzten Ursachen nur in einer losen und entfernten Verbindung

13 Vgl. Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 310.

14 BSGE 1, 150, 157; 13, 175, 176.

zum Unfallgeschehen, sind also keine rechtlich wesentlichen Ursachen i.S. der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung.

Derartige Probleme stellen sich sowohl im Bereich der haftungsbegründenden (siehe oben) als auch im Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität.

Beispiele:

- Die in einem chemischen Betrieb beschäftigte C ist starke Raucherin. Nachdem bei ihr eine Lungenkrebskrankung diagnostiziert wurde, stellt sich die Ursachenfrage. In Betracht kommt sowohl eine beruflich bedingte Chromatexposition als auch das eigenwirtschaftliche Rauchen.
- Der Versicherte D stieß im Betrieb während der Verrichtung einer versicherten Tätigkeit aus Unachtsamkeit mit dem linken Bein sehr leicht an einen Metallkasten. Dieser Stoß hatte die Bildung eines Geschwürs zur Folge, weil er die Stelle seines Beines getroffen hatte, die infolge eines früheren (nicht versicherten) Unfalls nur mit einem dünnen und sehr empfindlichen Narbengewebe bedeckt war.

Auch hier ist - zunächst im Falle des C - gemäß der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung danach zu fragen, ob die betriebsbedingte Einwirkung durch die Noxe¹⁵ Chromat eine wesentliche Bedingung für die Entstehung des Lungenkrebses gesetzt hat, wobei die Betonung auf „wesentlich“ liegt. Eine Beweiserhebung mit dem Ziel, zu klären, ob entweder das Chromat oder das Rauchen den Lungenkrebs verursacht hat, würde bereits im Ansatz den Zweck der Wesentlichkeitstheorie verfehlen. Nach dieser Theorie ist vielmehr die Frage zu stellen, ob die Einwirkung des Chromats überhaupt einen Beitrag zur Entstehung des Lungenkrebses geleistet hatte und - bejahendenfalls - ob dieser Beitrag wesentlich gewesen ist. Sollte die erste Frage bejaht werden, ist es i.S. der zweiten Frage für die Anerkennung einer BK ausreichend, dass diese Einwirkung (auch) den Ausbruch der Krankheit wesentlich beschleunigt oder wesentlich verschlimmert hat.¹⁶ Auf eine alleinige oder überwiegende Verursachung kommt es nicht an. Die Bedingungslehre der gesetzlichen Unfallversicherung kennt somit durchaus auch das Problem der *konkurrierenden* Kausalität.¹⁷ Dabei ist es für die Anerkennung des Versicherungsfalles ausreichend, dass die versicherte Tätigkeit (haftungsbegründend) bzw. der Unfall oder die schädigende Einwirkung (haftungsausfüllend) eine wesentliche Teilursache gebildet haben.

15 Noxe = Schädlichkeit, Ursächlichkeit für eine Krankheit.

16 Ockenga, NZS 1993, S. 57, 61 m.w.N.

17 Zur praktischen Relevanz, etwa in Fällen der absoluten Fahruntüchtigkeit, vgl. z.B. Keller, SGB 1998, S. 603 ff.

Fasst man die insoweit ständige Rechtsprechung des BSG zusammen¹⁸, ergibt sich sinngemäß folgende Aussage:

Haben mehrere Bedingungen zu einem Erfolg wesentlich beigetragen, so sind sie rechtlich gleichwertig nebeneinander stehende Mitursachen, wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind; nur wenn einer dieser Kausalreihen gegenüber den anderen mitwirkenden Bedingungen eine überragende Bedeutung zukommt, ist diese allein Ursache im Rechtssinne.¹⁹

Oftmals kann in der Praxis ein solchermaßen eindeutiges Überwiegen der einen (betriebsbedingten) oder anderen (eigenwirtschaftlichen) Kausalreihe nicht überzeugend festgestellt werden.²⁰ In einem solchen Fall müssen alle Kausalreihen als „annähernd gleichwertige Mitursachen“ i.S. der Rechtsprechung des BSG gewertet werden. Solche annähernd gleichwertigen Mitursachen sind wesentliche Ursachen i.S. der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre, denn „wesentlich“ ist nicht etwa gleichzusetzen mit „überwiegend“ oder gar „hauptsächlich“.²¹ Auch eine Teilursache, die gegenüber ihrer Konkurrenzursache nur als eine verhältnismäßig (prozentual) niedriger zu bewertende Bedingung des Schadenserfolges einzustufen ist, stellt im Rechtssinne eine wesentliche Bedingung des Versicherungsfalles dar²². Demnach wäre es behördlicherseits falsch, sich in einem solchen Fall auf den Grundsatz der objektiven Beweislast²³ zu berufen, um Leistungsansprüche des Versicherten abzulehnen. Im Gegenteil: Die mitursächliche, also wesentliche Ursache begründet einen Versicherungs- und damit i.d.R. auch einen Leistungsfall.²⁴

18 Vgl. Erlenkämper, in: Brennpunkte des Sozialrechts 1996, 1997, S. 1, 7.

19 Std. Rspr. seit BSGE 1, 157; vgl. z.B. auch BSG, Breith. 1968, S. 823, 824; BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO.

20 Zu den Beweisanforderungen vgl. z.B. Köhler, a.a.O., S. 164 ff.

21 Selbst eine weniger als gleichwertige Ursache kann wesentliche Mitursache sein, BSG, NJW 1964, S. 2222. Kritisiert wird diese Auffassung vor allem von Benz, WzS 2000, S. 178, 180.

22 BSG SozR § 589 RVO Nr. 6; ablehnend: Benz, BG 2000, S. 540 f.

23 Vgl. dazu etwa Köhler, a.a.O., S. 198 ff.

24 Zur Abgrenzung des Versicherungs- vom Leistungsfall: Schöpf, Multikausale Schäden i.d. ges. UV, S. 18 ff.

Ein Unfallereignis i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII, das in kausaler Konkurrenz mit einer beim Versicherten bestehenden Krankheitsanlage²⁵ einen Körperschaden herbeiführt, ist (ebenso wie die Krankheitsanlage) *conditio sine qua non*, also Ursache i.S. der Äquivalenztheorie. Ob dieses Unfallereignis für die Anerkennung eines Versicherungsfalles relevant ist, richtet sich - gem. der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung - danach, ob es (zumindest auch) eine wesentliche Bedingung für das Entstehen des Körperschadens darstellt. Will der UV-Träger dies verneinen, muss zu seiner Überzeugung (beweisbar) feststehen, dass die beim Versicherten schon vor dem Unfall vorhandene Krankheitsanlage für die Entstehung des Körperschadens von so überragender Bedeutung war, dass sie als letztlich allein wesentliche Ursache der Verletzung zu qualifizieren ist.²⁶ Diesen Nachweis kann der zuständige UV-Träger im Falle des D nicht führen. Deshalb ist auch im vorstehenden Falle des D ein Versicherungsfall anzuerkennen.²⁷

Selbst eine nicht annähernd gleichwertige, prozentual also niedriger zu bewertende Ursache kann noch eine Mitursache und damit eine für den Erfolgseintritt rechtlich wesentliche Bedingung sein.²⁸

Beispiel:

Ein nach § 2 Abs. 1 Nr. 5a SGB VII versicherter Nebenerwerbslandwirt verletzt sich beim Holzeinschlag. Ca. 30 % des Holzes sollten zu Weidezaunpfählen verarbeitet werden, der Rest war als Brennholz für den nicht nach § 124 Nr. 1 SGB VII versicherten Haushalt bestimmt.

Nach einhelliger Auffassung handelt es sich um eine sog. gemischte Tätigkeit, also um eine solche, die sowohl versicherten als auch eigenwirtschaftlichen Zwecken dient. Dient eine Tätigkeit nur teilweise eigenwirtschaftlichen Zwecken, liegt sie aber gleichzeitig im Interesse des Betriebes, so steht sie unter UV-Schutz, wenn sie dem Unternehmen wesentlich dient; sie braucht ihm nicht überwiegend zu dienen.²⁹ Krasney stellt insoweit einen betriebsdienlichen Anteil von mehr als 10 % zur Diskussion, von dem er meint, dass unterhalb dieser Grenze von einer wesentlich betriebsbezogenen Bedingung nicht mehr ausgegangen werden könne.³⁰ Dem ist sicherlich

25 Zum Begriff der Krankheitsanlage vgl. z.B. Unseld, SozVers 1954, S. 92, 93; Gottschick, MEDSACH 1959, S. 137.

26 Brackmann/Krasney, SGB VII, § 8 Rdnr. 374.

27 LSG NRW, Breith. 1958, S. 717 ff.

28 BSG SozR Nr. 6 zu § 589 RVO.

29 BSGE 3, 240.

30 Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 314.

weitgehend zuzustimmen, wobei dieser Verhältniswert allerdings in der Praxis nicht Anlass zu unsinnigen Berechnungen geben sollte, zumal sich der eigenwirtschaftliche gegenüber dem betriebsdienlichen Anteil in der Realität nur äußerst schwer ermitteln lassen dürfte.

3. Mehrere Ursachen desselben Ereignisses — „überholende bzw. hypothetische Kausalität“

3.1 Unproblematische Fälle im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung

Sehr vereinzelt zeitigen sich (nach einem tatsächlich eingetretenen Versicherungsfall, aber nicht unbedingt in dessen Folge) Wirkungen, die ohnehin, d.h. auch ohne das unfallversicherungsrechtlich relevante Ereignis eingetreten wären. In anderen Fällen tritt in die - durch private Ursachen ausgelöste und ohnehin zum Schaden führende - Kausalkette ein Unfall infolge einer versicherten Tätigkeit, der das ohnehin vorprogrammierte Schadensereignis zeitlich früher eintreten lässt.

Hier stellt sich jeweils die Frage nach der rechtlichen Behandlung eines solchen Falles der *überholenden bzw. hypothetischen Kausalität*. Auf den ersten Blick scheint es sich dabei um Fälle der „Gelegenheitsursache“³¹ zu handeln, zumal die tatsächlich eingetretenen Unfallfolgen nach der vorstehenden Beschreibung dieses Phänomens auch ohne die versicherte Tätigkeit eingetreten wären.

Beispiele:

- Der Versicherte A leidet schon seit Jahren an einer Funktionsstörung der rechten Niere, von der abzusehen ist, dass sie alsbald zu einer operativen Entfernung dieses Organs führen wird. Noch bevor diese Operation durchgeführt werden kann, erleidet A infolge einer versicherten Tätigkeit einen Unfall, bei dem seine rechte Niere (unabhängig von der Tatsache, dass sie vorgeschädigt war) völlig zerstört wird, d.h., dieselbe Verletzungsfolge wäre auch dann eingetreten, wenn A eine völlig gesunde rechte Niere gehabt hätte.
- Der Versicherte B verliert infolge eines Arbeitsunfalls die linke Hand. Jahre später verunglückt er bei einer privaten Verrichtung derart, dass ihm der linke Unterarm ab dem Ellenbogengelenk amputiert werden muss, wobei die Unfalluntersuchung ergibt, dass es sich bei diesem zweiten Unfall weder um einen Folgeunfall noch um eine mittelbare Folge des (ersten) Arbeitsunfalls handelt.

31 Vgl. dazu die nachstehenden Ausführungen.

In beiden Fällen handelt es sich nach h.M. um solche der überholenden Kausalität.³² Damit ist folgendes gemeint: Eine hypothetische Ursachenkette würde (durch ein späteres Ereignis) zu einem bestimmten Schaden führen, wenn dieser Erfolg nicht bereits aufgrund einer die ursprüngliche Ursachenkette überholenden anderen Ursache früher eingetreten wäre.³³ Bezogen auf die vorstehenden Beispiele heißt das:

- Die bei A schon seit Jahren bestehende Funktionsstörung seiner rechten Niere (1. Ursachenkette) hätte - für sich betrachtet - zum Organverlust geführt, wäre dieser Schadenserfolg nicht bereits durch die überholende 2. Ursachenkette (Organverlust infolge Unfalls) früher eingetreten.
- Die bei B durch das allgemeine Lebensrisiko in Gang gesetzte 1. Ursachenkette hätte mit der Amputation des linken Unterarmes nach seinem Privatunfall zugleich auch zum Verlust der linken Hand geführt, wenn nicht eine 2. (überholende) Ursachenkette (Arbeitsunfall) diesen Schadenserfolg früher bewirkt hätte.

Im Falle des A dürfte nach dem bereits oben erörterten Ursachenbegriff der gesetzlichen Unfallversicherung kein Zweifel daran bestehen, dass eine haftungsausfüllende Kausalität und damit ein entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall vorliegt. Das Argument, aufgrund des bei A bestehenden Vorschadens wäre es über kurz oder lang ohnehin zum Nierenverlust gekommen, kann schon allein deshalb nicht greifen, weil der Versicherte nach einem bislang nicht angetasteten Grundsatz der gesetzlichen Unfallversicherung jeweils in dem Gesundheitszustand versichert ist, in dem er sich bei Antritt der versicherten Tätigkeit befindet³⁴ (wobei das Tatbestandsmerkmal „bestehender Gesundheitszustand“ nicht mit demjenigen der „Verursachung“ verwechselt werden darf). Würde man dies anders sehen, so dürfte, wie Zimmermann³⁵ es pointiert formuliert, kein tödlich verlaufener Arbeitsunfall mehr mittels Hinterbliebenenleistungen entschädigt werden, weil naturgemäß jeder Mensch eines Tages aus irgendeinem Grund sterben muss.

Im Falle des A handelt es sich auch nicht um eine - zur Ablehnung von Entschädigungsleistungen führende - „Gelegenheitsursache“. Eine solche

32 A.A. Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 318. Aber auch nach der dort vertretenen Auffassung wird nicht davon ausgegangen, dass die Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung die Schwierigkeiten der Berücksichtigung hypothetischer Ursachen eigenständig gelöst habe.

33 Vgl. z.B. BSG SozR Nr. 31 zu § 30 BVG.

34 Vgl. dazu die Nachweise unter 4.

35 Der Arbeitsunfall - Theorie und Praxis, S. 65.

liegt, wie noch näher auszuführen sein wird³⁶, nur dann vor, wenn der (zufälligerweise) „bei“ (nicht „infolge“) einer versicherten Tätigkeit hervorgerufene Gesundheitsschaden auch bei jedem anderen, nicht zu vermeidenden ähnlichen äußeren Anlass (also bei Gelegenheit) zu derselben Zeit eingetreten wäre. Das setzt aber stets voraus, dass allein der Versicherte (und keine andere Vergleichsperson) im Hinblick auf den konkret eingetretenen Schaden bereits so extrem vorbelastet ist, dass der Unfall infolge der versicherten Tätigkeit - bildlich gesprochen - das ohnehin schon randvolle Fass als nunmehr letzten Tropfen endgültig zum Überlaufen bringt. So aber verhielt es sich im Falle des A gerade nicht. Auch jede andere, nicht nierenerkrankte versicherte Person hätte aufgrund des dem A widerfahrenden Unfalls jenen Organverlust zu beklagen gehabt.

Demgegenüber könnte im Falle des B mit einer gewissen (oberflächlichen) Logik argumentiert werden, dass der zeitlich nachfolgende Privatunfall die Folgen des vorausgegangenen Arbeitsunfalls überlagert und damit „unsichtbar“ gemacht habe. Nach Aussage von Zimmermann³⁷ wird in solchen Fällen tatsächlich gefordert, die ursprünglich entstandenen Entschädigungsansprüche des Versicherten mit Eintritt eines (solchermaßen die Unfallfolgen überlagernden) nicht versicherten Unfalls mit zukünftiger Wirkung wegfallen zu lassen. Abgesehen davon, dass Zimmermann insoweit keine konkreten Quellen nennt, erscheint diese Auffassung - jedenfalls vor dem Hintergrund des oben bereits dargestellten Schutzzwecks der gesetzlichen Unfallversicherung - als schlichtweg absurd. Wenn die Berücksichtigung des späteren privaten Schicksals geeignet wäre, (hypothetische) Kausalverläufe, die zu demselben (bereits eingetretenen) Schadenserfolg führen würden, als Grund für eine künftige Leistungsentziehung anzusehen, dann müsste konsequenterweise auch eine Überwachung des Leistungsempfängers rund um die Uhr eingeführt werden. Es bestünde nämlich stets und ständig die Gefahr, dass jener im nicht versicherten Risikobereich das makabere Glück im Unglück genießen könnte, (hypothetisch) ein Gliedmaß oder Organ zu verlieren, welches er bereits früher infolge eines Arbeitsunfalls tatsächlich verloren hat. Der Eintritt eines solchen (hypothetischen) Leistungswegfalltatbestandes³⁸ könnte in der Praxis kaum festgestellt werden. Die Tatsache, dass dieser Fall zugegebenermaßen etwas schulmäßig konstruiert wirkt, darf nicht darüber

36 Vgl. unter 6.

37 A.a.O., unter Berufung auf nicht näher bezeichnete Quellen.

38 Zum Wegfalltatbestand i.d. ges. UV vgl. Köhler, SdL 1991, S. 309 ff. m.w.N. sowie insbes. Benz, in: Wannagat (Hrsg.), SGB VII, Std.: April 1997, § 73 Rdnr. 14 ff.

hinwegtäuschen, dass auch das BSG immer wieder vor Problemen steht, in denen sich real die Frage nach einer überholenden Kausalität stellt.

Beispiel:

Der Versicherte V wurde zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse wegen einer dekompensierten Herzinsuffizienz und einer entgleisten insulinpflichtigen Diabetes mellitus stationär behandelt. Während der Behandlung rutschte er auf dem frisch gewischtem Boden des Krankenzimmers aus und zog sich dadurch eine vordere Beckenringfraktur zu. Wegen dieser Verletzung leitete der D-Arzt eine besondere (bg.liche) Heilbehandlung ein, die weiterhin auf der inneren Abteilung des Krankenhauses erfolgte, weil die Behandlung der unfallunabhängigen Erkrankungen nach wie vor im Vordergrund stand. Insgesamt wurde der stationäre Aufenthalt wegen der unfallbedingten Verletzungen weder verlängert noch verzögert. Gleichwohl machte die Krankenkasse einen auf §§ 105 Abs. 1 SGB X, § 11 Abs. 4 SGB V, § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII gestützten Erstattungsanspruch gegen den UV-Träger geltend, wobei sie zur Begründung u.a. vortrug, dass die weitere stationäre Behandlung nach Einleitung der besonderen Heilbehandlung durch den D-Arzt nicht länger in ihrer Regie, sondern in der des UV-Trägers gestanden habe.

Die auf Erstattung gerichtete Klage hatte keinen Erfolg, wobei die Revisionsentscheidung des BSG im Wesentlichen auf Gründen beruht, die im hier zu erörternden Zusammenhang nicht weiter interessieren.³⁹ Das BSG hat dabei allerdings auch zu der Frage Stellung genommen, ob die bereits aufgrund unfallunabhängiger Krankheiten bestehende Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des V durch die Folgen des Arbeitsunfalls (vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII) im Wege einer überholenden Kausalität verdrängt wurde. Es hat dies letztlich mit folgender Begründung verneint: „Es berührt die einmal eingetretene Zuständigkeit der Krankenkasse für die Erbringung der Sachleistung Krankenhausbehandlung insoweit nicht, wenn infolge eines späteren Unfallereignisses wegen dessen Folgen ebenfalls stationäre Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist, so dass die nur als einheitliche Leistung zu gewährende Krankenhausbehandlung auch vom Unfallversicherungsträger zu erbringen wäre. Ein Vorrang der Leistungspflicht der Unfallversicherungsträger ist für solche Fälle nicht vorgesehen“.

Um etwaigen Missverständnissen vorzubeugen: Die zuletzt zitierte BSG-Entscheidung engt keinesfalls den Anwendungsbereich des § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII ein. Sie bringt lediglich zum Ausdruck, dass eine unfallunabhängige, ohnehin erforderliche und von der Krankenkasse zu entschädigende

39 BSG, Urt. V. 26.10.1998, - B 2 U 34/97 R -, in: BLB-Rdschr. 22/99.

Krankenhausbehandlung nicht etwa unter dem Gesichtspunkt der überholenden Kausalität in den Zuständigkeitsbereich der Unfallversicherung überwechselt, wenn der Kassenpatient infolge dieser Behandlung einen Unfall i.S. der §§ 2 Abs. 1 Nr. 15a, 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII erleidet, der aber - für sich betrachtet - keine längere Verweildauer im Krankenhaus nach sich zieht.

3.2 Problematische Fälle - Lebensverkürzung um ein Jahr

Ein besonderes, in der Praxis mit höchster Sorgfalt zu behandelndes Problem der überholenden Kausalität tritt dann auf, wenn der unzweifelhaft anzuerkennende Versicherungsfall ein bereits bestehendes Leiden in der Art verschlimmert, dass der Vorgeschädigte stirbt. Für diesen Extremfall hat die höchstrichterliche Rechtsprechung besondere Regeln entwickelt, die teilweise von der sonstigen (oben beschriebenen) Dogmatik abweichen. Grundsätzlich gilt: Eine auf absehbare Zeit zum Tod führende Krankheitsanlage schließt es allein nicht aus, einen durch den Versicherungsfall mitverursachten Körperschaden als wesentlich für den später eingetretenen Tod des Versicherten zu erachten. Andererseits steht in diesen Fällen fest, dass der Tod demnächst, d.h. auf absehbare Zeit, auch ohne das durch den Versicherungsfall hervorgerufene schädigende Ereignis eingetreten wäre.⁴⁰ Weil aber der Tod ohnehin und immer irgendwann eintreten wird, war die höchstrichterliche Rechtsprechung gezwungen, insoweit zeitliche Vorgaben zu machen. Das BSG geht grundsätzlich davon aus, dass in Fällen der hier zu erörternden Art der Tod als Folge des Versicherungsfalles anzusehen ist, wenn der Verstorbene ohne den Versicherungsfall höchstwahrscheinlich noch länger als ein Jahr gelebt hätte.⁴¹ Mit anderen Worten: Hätten die unfallunabhängigen Leiden bereits ihrerseits zum alsbaldigen Tod geführt, so stellen die Folgen des hinzugetretenen Versicherungsfalles nur dann eine wesentliche Todesursache (Bedingung) i.S. der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre dar, wenn sie den Todeseintritt um mindestens ein Jahr beschleunigt haben. Diese zeitliche Begrenzung beruht auf der Überzeugung, dass die unfallbedingte Beschleunigung des Todeseintritts bei einem längeren Zeitraum nicht mehr mit der erforderlichen Wahrscheinlichkeit überschaubar ist.⁴²

40 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl., S. 204, sprechen insoweit von einem „besonderen Anwendungsfall der Kausalitätslehre“.

41 BSGE 62, 220; 40, 273, 275; 25, 49, 50; 12, 247, 253; RVA EuM 15, 98.

42 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 6. Aufl., S. 203.

War das vor Eintritt des Versicherungsfalls bestehende Leiden hingegen schon so weit eskaliert, dass es auch ohne den Versicherungsfall den Tod innerhalb eines Jahres herbeigeführt hätte, kann diesem Ereignis (Versicherungsfall) keine so wesentliche Bedeutung beigemessen werden, dass es langfristig Ansprüche auf eine Rente an Hinterbliebene zu rechtfertigen vermag.

Die vorstehend beschriebene Problematik soll verdeutlicht werden anhand folgender

Beispiele:

- Der landwirtschaftliche Unternehmer A leidet an Leberkrebs im fortgeschrittenen Stadium. Nach übereinstimmender Einschätzung mehrerer Fachärzte hat er noch eine Lebenserwartung von maximal 6 Monaten. Gleichwohl ist er - im Rahmen der ihm verbliebenen Möglichkeiten - gelegentlich betriebsdienlich tätig. Infolge einer solchen Tätigkeit verunglückt er tödlich, wobei die Unfalluntersuchung ergibt, dass weder die bestehende Vorerkrankung noch die dadurch eingetretene allgemeine körperliche Schwäche als den Unfall oder die Unfallfolgen wesentlich mitverursachend anzusehen sind.
- Der 61-jährige Versicherte B leidet seit Jahren an einer schweren Herz-/Kreislaufkrankung. Als er sich mit seinem PKW auf dem Weg zum Ort seiner versicherten Tätigkeit befindet, erleidet er - ohne äußerliche Einwirkungen (kein Verkehrsstress) - einen Herzinfarkt, verliert infolge dessen die Steuerungsmöglichkeit über sein Fahrzeug und prallt gegen einen am Straßenrand stehenden Baum. Dadurch kommt es zu schwersten Kopfverletzungen, die, wie die spätere Obduktion ergibt, den sofortigen Tod des B zur Folge hatten. Das Obduktionsgutachten kommt allerdings auch zu dem eindeutigen Schluss, dass der Herzinfarkt als solcher so schwerwiegend war, dass er allein, d.h. auch ohne den äußeren Unfallhergang (Aufprall des PKW an den Baum mit dadurch bedingter Kopfverletzung) den Tod des B mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit innerhalb der nächsten Tage zur Folge gehabt hätte.

Auch in diesen Fällen hat jeweils eine 2. Ursachenkette (Betriebs- oder allgemeine Wegegefahr) eine bereits laufende 1. Ursachenkette (alsbaldiger Tod durch Krebserkrankung bzw. Herzinfarkt) „überholt“. Gleichwohl sind beide Fälle i.E. wie folgt zu unterscheiden:

Im Falle des A besteht unzweifelhaft eine haftungsbegründende, daneben aber auch eine haftungsausfüllende Kausalität mit der Folge, dass ein entschädigungspflichtiger Arbeitsunfall vorliegt. A wäre zwar - auch ohne Hinzutreten der Unfallfolgen - innerhalb des nächsten Jahres an seiner unfallunabhängigen Erkrankung gestorben; gleichwohl ist der UV-Träger in diesem Fall leistungspflichtig, weil der Tod des A - unabhängig von dessen

Vorerkrankung - allein schon infolge seines Unfalls eingetreten ist.⁴³ Eine Vorerkrankung (hier: Krebsleiden) ist nämlich dann nicht ursächlich für den Tod des Versicherten, wenn sie sich auf ihn überhaupt nicht ausgewirkt hat, somit also der Unfall und nicht die Vorerkrankung Alleinursache im naturwissenschaftlichen Sinne einer *conditio sine qua non* war.⁴⁴ Ist die Vorerkrankung aber nicht einmal i.S. der Äquivalenztheorie als Unfallursache in Betracht zu ziehen, erübrigt sich auch die weitere Frage danach, wie schwer sie war und ob sie ggf. ihrerseits später den Tod des Versicherten auch ohne Hinzutreten des Unfalls zur Folge gehabt hätte. An diesem Ergebnis vermag auch die Rechtsprechung zur Gelegenheitsursache⁴⁵ nichts zu ändern, setzt sie doch stets voraus, dass sich das eingetretene Schadensereignis in gleicher Weise, Art und Schwere auch bei jeder anderen, austauschbaren, nicht versicherten Tätigkeit hätte manifestieren können.

Im Falle des B ist die Rechtslage nicht so eindeutig. B erlitt nach einem nicht unmittelbar tödlich verlaufenden Infarkt Kopfverletzungen, die, wie die spätere Obduktion ergab, den sofortigen Tod des B zur Folge hatten. Unmittelbare Todesursache war somit die Kopfverletzung. Jene geht auf einen Unfall aus innerer Ursache (Herzinfarkt) zurück. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG ist ein Unfall aus innerer Ursache als Arbeitsunfall anzuerkennen, wenn u.a. besondere betriebliche Gefahren (bei einem Wegeunfall: allgemeine Wegegefahren) zu Art und Schwere der Verletzung wesentlich beigetragen haben.⁴⁶ Hätte sich B im Zeitpunkt seines Herzinfarktes nicht auf dem Weg zum Ort seiner versicherten Tätigkeit (also letztlich bei einer versicherten Tätigkeit, § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII) befunden, wäre er jedenfalls nicht in gleicher Art und Schwere (Kopfverletzung) verletzt worden. Die vom BSG entwickelten Grundsätze zum Unfall aus innerer Ursache sprechen also zunächst für die Anerkennung eines Arbeitsunfalls. Andererseits wäre B, wie die Obduktion ergab, kurze Zeit später (mit Sicherheit innerhalb des nächsten Jahres seit dem Unfall) infolge des Herzinfarktes ohnehin verstorben, so dass sich (ergebnisorientiert) die Frage stellt, ob die gesetzliche Unfallversicherung auch in einem solchen Fall gehalten ist, Hinterbliebenenleistungen zu erbringen. Auch auf die Gefahr, dass es makaber klingt: Die Hinterbliebenen würden in einem solchen Fall von dem Umstand profitieren, dass sich der letztendlich tödlich verlaufende (und ohnehin jederzeit drohende) Herzinfarkt ihres

43 Vgl. BSG, Kompaß 1965, S. 196; Benz, BG 2000, S. 548 m.w.N.

44 Kater/Leube, SGB VII, 1997, § 8 Rdnr. 139; i.E. zustimmend Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 319.

45 Vgl. unter 6.

46 Vgl. insoweit bereits unter 5.

Angehörigen zufälligerweise bei einer versicherten Tätigkeit ereignet hat. Die Rechtsprechung hat daher in diesen Fällen wie folgt entschieden: Kommt es während einer versicherten, insbesondere berufsbedingten Fahrt zu einer vorübergehenden, an sich nicht tödlich wirkenden Herzschwäche und verliert der Fahrer aus diesem Grund die Kontrolle über sein Fahrzeug, muss die besondere Wegegefahr als wesentliche Mitursache des Unfalls und des Todes i.S. der sozialrechtlichen Kausalitätslehre betrachtet werden.⁴⁷ Erleidet der Versicherte dagegen eine lebensbedrohende Herzattacke, die nach dem Unfall zu seinem Tod geführt hat und auch ohne den Unfall den Tod verursacht hätte, ist der Unfall rechtlich nicht durch die besonderen Gefahren des zurückgelegten Weges, sondern durch die vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung nicht erfasste innere Ursache bewirkt worden.⁴⁸

Ob der Tod des Versicherten auch unfallunabhängig innerhalb des nächsten Jahres eingetreten wäre, ist eine vom Sachverständigen zu beantwortende Beweisfrage, die diesem gelegentlich große Probleme bereiten dürfte. Gerade im Bereich der berufsbedingten Erkrankung hängt die Beantwortung dieser Frage von so vielen Einzelaspekten ab, dass eine zweifelsfreie Aussage oftmals nicht möglich ist. Das BSG hat, dieses Problem erkennend, seine Rechtsprechung modifiziert, indem es nunmehr gezielt darauf abstellt, ob der plötzliche Herztod Folge einer akuten, also durch den (Wege)Unfall ausgelösten psychischen Belastung war.⁴⁹ Eine Krankheitsanlage, die so leicht ansprechbar war, dass es zu ihrer Auslösung keiner exponierten Erscheinungen, sondern nur eines alltäglichen störenden oder ärgerlichen Vorfalles bedurfte, erfüllt diese Kriterien nicht. In den problematischen Fällen der medizinischen Unfallbegutachtung dürfte sich die soeben dargestellte modifizierte Rechtsprechung als nur in wenigen Fällen hilfreich erweisen. Weil dem Gutachter regelmäßig keine Daten zur Verfügung stehen, die auf eine vor dem vermeintlichen Versicherungsfall bestehende leicht ansprechbare Krankheitsanlage hindeuten, wird er sich zumeist nachträglich mit Mutmaßungen begnügen müssen.

Der Sachbearbeiter wird also auch in diesem Fall nicht seiner Verantwortung entbunden, eine auf Wertungsgesichtspunkten beruhende Entscheidung zu treffen.

47 BSG SozR 220 § 550 Nr. 2.

48 BSG, USK 8774; LSG Rhl.-Pf., Urt. v. 16.12.1992 —, BAGUV-Rdschr. 44/93.

49 BSGE 62, 220ff. = SozR 2200 § 589 Nr. 10.

3.3 Problematische Fälle - HWS-Schleuderverletzungen

Die im vorstehenden Kapitel gefundenen Lösungsansätze sind - bei allen damit verbundenen Nachweisschwierigkeiten im Einzelfall - praktikabel. Bis heute letztlich ungelöst ist dagegen die unfallversicherungsrechtliche Problematik, die sich aus der sog. Schleuderverletzung der Halswirbelsäule (HWS)⁵⁰ nach einem nicht besonders auffälligen und auch nicht zu weiteren Verletzungen führenden alltäglichen Auffahrunfall ergibt. Um es offen auszusprechen: Es besteht der begründete Verdacht, dass nach leichten Auffahrunfällen Entschädigungsmissbrauch betrieben wird. Nach einer Auswertung des HVBG stieg die Zahl der meldepflichtigen Arbeits- und Wegeunfälle mit einer isolierten HWS-Distorsion in der Zeit von 1991 (Basisjahr) bis 1997 von ca. 40.000 auf ca. 60.000 Fälle, also um rund 50 % an. Waren 1991 noch ca. 1.200 Patienten wegen einer HWS-Distorsion stationär behandlungsbedürftig, waren es 1997 bereits ca. 3.200. Diese Zahlen sprechen für sich. Offenbar hat es sich rumgesprochen, dass man mit einem Schleudertrauma (Schmerz-)Geld machen kann. Nun zum praktischen Fall.

Beispiel:

Der 61-jährige Versicherte V befand sich mit seinem PKW auf dem Weg zur Arbeit. Vor einer roten Ampel stehend, wurde er durch einen nachfolgenden PKW, dessen Fahrer das Rotlicht zu spät erkannt hatte, leicht gerammt. Durch Sachverständigengutachten wurde anhand der Bremsspuren ermittelt, dass die Auffahrgeschwindigkeit des nachfolgenden PKW im Zeitpunkt des Zusammenstoßes höchstens 10 km/h betrug. V erlitt keine äußeren Verletzungen, klagte aber ca. 2 - 3 Wochen später über Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Schluckbeschwerden und Bewegungseinschränkungen der HWS, verbunden mit Konzentrations-, Gedächtnis- und Schlafstörungen. Dieser Zustand blieb, trotz ärztlicher Behandlung und einschlägiger Kurmaßnahmen, unverändert. V ist seit dem Unfall arbeitsunfähig. Der zuständige UV-Träger bezweifelt aus Anlass der eingeholten Gutachten das Vorliegen einer haftungsausfüllenden Kausalität, weil die Gutachter insoweit zu keinem eindeutigen Schluss gekommen sind. Danach ist insbesondere die Möglichkeit einer altersbedingten arthrotischen Veränderung oder gar Blockwirbelbildung nicht auszuschließen.

50 Vgl. zur Verursachung und zum Krankheitsbild z.B. Plagemann/Hontschik, Medizinische Begutachtung im Sozialrecht, Rdnr. 269 ff.

Das geschilderte Problem ist nicht neu. Während man früher versuchte, unter Zuhilfenahme von Tabellen (insbesondere zur Auffahrgeschwindigkeit⁵¹) die letztlich der Verwaltung obliegende Verantwortung für eine ordnungsgemäße Sachverhaltsermittlung auf den Bereich der Technik zu übertragen, argumentieren die meisten Mediziner heute viel vorsichtiger. Demnach ist es in vielen Fällen zwar denkbar, dass eine ohnehin vorhandene altersbedingte Veranlagung (auch ohne Hinzutritt eines äußeren Unfallereignisses) zu HWS-Erkrankungen führt, so dass es sich um einen Fall der vorstehend beschriebenen „überholenden Kausalität“ handelt: Eine hypothetische Ursachenkette (altersbedingte Verschleißerscheinung) müsste demnach zu einem bestimmten Schadenserfolg (HWS-Erkrankung) führen, wenn dieser Erfolg nicht bereits aufgrund einer die ursprüngliche Ursachenkette „überholenden“ anderen Kausalität (Verkehrsunfall) früher eingetreten wäre.

Lassen sich entsprechende altersbedingte Verschleißerscheinungen in tatsächlicher Hinsicht gutachtlich nicht nachweisen, so ist die Rechtslage eindeutig: Allein auf möglichen, d.h. denkbaren, aber letztlich nicht bewiesenen Tatsachen kann und darf ein Kausalitätsbeweis nicht aufbauen und zwar selbst dann nicht, wenn man berücksichtigt, dass jener „nur“ mit hinreichender Wahrscheinlichkeit⁵² zu erbringen ist. Aber selbst für den Fall, dass sich gewisse altersbedingte arthrotische Veränderungen in den Gelenken nachweisen lassen, sollte mit diesem Befund äußerst zurückhaltend umgegangen werden. Solche Erscheinungen sind nun einmal ab einem gewissen Alter typisch. Bedenkt man ferner, dass der Versicherte vor dem Auffahrunfall gesund war, so wird wohl kaum ein Gutachter mit hinreichender Gewissheit begründen können, dass sich etwa zur gleichen Zeit, in dem der Unfall stattgefunden hat, letztlich altersbedingte Umstände derart krankheitsmäßig manifestiert haben, dass sie zu einer langwierigen AU führen. Ohne besondere Exposition der Vorschädigung muss hier regelmäßig eine haftungsausfüllende Kausalität anerkannt werden, weil die für die Annahme einer solchen Kausalität sprechenden Gründe einfach überwiegen.⁵³

Wenn sich die Praxis beim HWS-Schleudertrauma im Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität nach wie vor restriktiv verhält, so mag das im Wesentlichen daran liegen, dass seitens der medizinischen Begutachtung keine für den Sachbearbeiter eindeutigen Befunde erhoben werden konnten.

51 Vgl. Plagemann/Hontschik, Medizinische Begutachtung im Sozialrecht, Rdnr. 269 ff.

52 Vgl. z.B. BSG, Urt. v. 01.02.1996 — 2 RU 10/95 —, in: SozSich 1997, S. 358.

53 Zu den Beweisanforderungen vgl. Köhler, Kausalität, Finalität und Beweis, S 172 ff. m.w.N..

Ohne gutachtlich festgestellte Unfallfolgen sieht sich der UV-Sachbearbeiter (nachvollziehbar) nicht in der Lage, die haftungsausfüllende Kausalität als gegeben zu erachten. Er wird sich vielmehr bei der Begründung seines ablehnenden Bescheids von dem Gedanken leiten lassen, dass die ggf. zu entschädigende Körperschädigung als Tatsache mit Vollbeweis feststehen muss. Jener Beweis ist aber nicht erbracht. Nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast⁵⁴ wird folglich zuungunsten des Versicherten entschieden.

Andererseits liegt es derzeit offenbar noch immer im Wesen der HWS-Fälle, dass der wirklich Leidende vom Rentenneurotiker kaum zu unterscheiden ist, weil alle sog. bildgebenden medizinischen Verfahren (Röntgenaufnahmen, Computer- und Kernspintomographie) eine knöchernen Verletzung oder einen Weichteilschaden nicht diagnostizieren können. Dem Unfallsachbearbeiter bleibt also im Regelfall gar nichts anderes übrig, als den Versicherungsfall abzulehnen, wenn er im Rahmen der auch ihm zustehenden freien Beweiswürdigung vom Vorliegen einer haftungsausfüllenden Kausalität nicht überzeugt ist. Da er auch Überlegungen i.S. einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit erst dann anstellen darf, wenn die Tatsache des eingetretenen Körperschadens als solche mit Sicherheit bewiesen ist, läuft die Lösung des hier erörterten Problems i.E. darauf hinaus, dass der Sachbearbeiter im Rahmen der ihm obliegenden freien Beweiswürdigung darüber zu befinden hat, ob er die vom Versicherten geschilderten Beschwerden als Unfallursachen für glaubhaft hält. Widerspruchsstelle bzw. Sozialgerichtsbarkeit mögen dann zu einem anderen Ergebnis kommen; vorhersehbar ist es derzeit jedenfalls nicht.

4. Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustandes

Hin und wieder liest man in Sachverständigengutachten, ärztlichen Befundberichten oder Bescheinigungen, dass der Ursachenzusammenhang zu verneinen sei, weil es sich bei dem Unfall um ein Ereignis gehandelt habe, das (z.B.) einen gesunden Meniskus bzw. eine gesunde Sehne nicht zum Zerreißen hätte bringen können. Diese Beurteilung mag aus medizinisch-statistischer Sicht stimmen, sozialrechtlich ist sie allerdings irrelevant, weil jeder Versicherte in dem Zustand versichert ist, in dem er sich individuell vor dem Unfallereignis befunden hat. Daraus folgt, dass auch Vorschäden (im Gegensatz zu Nachschäden) rechtlich beachtlich sind, seien sie traumatischer oder degenerativer Natur. Das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung ist geprägt von dem ungeschriebenen, aber gleichwohl tragenden und aus dem Schutzzweck des Gesetzes herzuleitenden Grundsatz, dass der Versicherte

54 Vgl. dazu Göring, Die Beweislast im Sozialrecht, 1994, S. 34 ff.

in dem Gesundheitszustand geschützt ist, in dem er sich beim Eintritt des Versicherungsfalles befunden hat.⁵⁵

Da auf diesen Grundsatz im weiteren Verlauf der Erörterungen noch häufiger zurückzugreifen sein wird, soll er an dieser Stelle zumindest summarisch dargestellt werden. Ausgangspunkt der Überlegung ist dabei der in § 56 Abs. 1 SGB VII normierte Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Im Unfallversicherungsrecht gilt - anders als im Zivilrecht - das Prinzip der abstrakten Schadensbemessung.⁵⁶ Die MdE ist gleichwohl konkret-individuell zu bestimmen. Dabei handelt es sich um einen *unbestimmten Rechtsbegriff*, der behördlicherseits zu subsumieren, und nicht etwa vom medizinischen Sachverständigen verbindlich für den UV-Träger oder das Gericht zu bestimmen ist. Gleichwohl ist die gutachterliche Einschätzung anhand von *Erfahrungswerten und Tabellen* hilfreich und zumeist auch praxisgerecht.

Die in Prozentsätzen ausgedrückte MdE bezeichnet den durch die körperlichen, seelischen und geistigen Folgen eines Versicherungsfalles bedingten Verlust an Erwerbsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, d.h. dem *allgemeinen Arbeitsmarkt*.⁵⁷ Ob tatsächlich ein Erwerbsschaden eingetreten ist, ist genauso wenig entscheidend wie grundsätzlich die Frage nach dem bisherigen Beruf und der bisherigen Tätigkeit des Versicherten. Grundsätzlich bedingen somit gleiche Unfallfolgen bei allen Versicherten gleiche MdE-Sätze. Die Einschätzung der MdE erfolgt auf der Grundlage allgemeiner *Erfahrungssätze*, die von der Rechtsprechung und dem versicherungsrechtlichen bzw. versicherungsmedizinischen Schrifttum im Laufe der Zeit entwickelt wurden. Sie sind zwar nicht im Einzelfall bindend, aber dennoch Grundlage für eine gleiche und gerechte Bewertung der MdE in zahlreichen Parallelfällen der täglichen Praxis.⁵⁸ Dabei ist unter verwaltungsverfahrenrechtlichem Vorzeichen darauf hinzuweisen, dass nach neuerer Rechtsprechung des BSG die unfallmedizinischen Erfahrungswerte und Tabellen nicht Quasi-Rechtsnormen sind und deshalb auch bei einer Neufassung (z.B. im Hinblick auf neue medizinische Erkenntnisse) nicht zu

55 Std. Rspr.: BSGE 5, 232; 9, 104; BSG, Breith. 1964, S. 850; vgl. auch Erlenkämper, a.a.O., S. 4.

56 Vgl. dazu Kater/Leube, SGB VII, Vor §§ 56-62, Rdnr. 9 ff.

57 Vgl. BSGE 1, 174.

58 Std. Rechtsprechung, vgl. BSG, Urt. v. 23.04.1998, - 2 RU 42/86 -, SozSich 1988, 95.

einer Aufhebungsbefugnis bzw. -verpflichtung der UV-Träger gem. § 48 SGB X wegen einer wesentlichen Änderung der rechtlichen Verhältnisse führen.⁵⁹

Bei der Einschätzung der MdE ist die Erwerbsfähigkeit des Versicherten *vor dem Versicherungsfall mit 100 %* anzunehmen; insoweit gilt der Satz: Jeder ist in dem Zustand versichert, in dem er sich bei Aufnahme seiner versicherten Tätigkeit befindet.

Unfallversicherungsrechtlich *grundsätzlich* geschützt ist somit auch derjenige, der bei Eintritt eines Versicherungsfalles bereits Behinderungen, bestehende Krankheiten, sonstige Vorschäden oder gar Schadensanlagen - also konstitutionell oder degenerativ bedingte Krankheitsdispositionen - zu beklagen hatte. Gerade dieser Grundsatz wird in der berufsgenossenschaftlichen Praxis, die sich ihrerseits insoweit häufig auf anderslautende medizinische Gutachten stützt, nicht immer beachtet. Ausschlaggebend dafür dürfte oftmals auch der Umstand sein, dass sich der soeben dargestellte Grundsatz offenbar nur schwer von anderen in diesem Zusammenhang problematischen Grundsätzen und Begriffen (z.B. „Unfall aus innerer Ursache“ oder „Gelegenheitsursache“) abgrenzen lässt. Auf die diesbezüglich gebotene Abgrenzung wird deshalb nachfolgend näher einzugehen sein.

An dieser Stelle sei aber vorerst betont, dass insbesondere der behinderte bzw. in sonstiger Weise vorgeschädigte Versicherte, der gerade wegen seiner Schadensanlage in höherem Maße als der Gesunde einem Risiko infolge der versicherten Tätigkeit unterliegt, eben wegen jener Behinderung nicht schlechter gestellt sein darf als der sog. Normalbürger.⁶⁰ Jede andere Auslegung wäre verfassungswidrig, denn Art. 3 Abs. 3 S. 2 GG bestimmt ausdrücklich, dass niemand wegen seiner Behinderung benachteiligt werden darf.⁶¹

Beispiele:

- Der Versicherte A ist seit seiner Geburt stark gehbehindert und seitdem auf die Benutzung einer rechtsseitigen Unterarm-Gehstütze angewiesen. Er rutschte in seinem Beschäftigungsbetrieb auf einer - für jedermann erkennbar - feuchten Treppe aus, als er einen unter den linken Arm geklemmten Aktenstapel in die Registratur bringen wollte.

59 BSG, Urt. v. 30.06.1998, - 2 U 41/97 R -.

60 Erlenkämper/Fichte, a.a.O., S. 77 m.w.N.

61 Zur verfassungsrechtlichen Stellung behinderter Menschen nach dem Grundgesetz vgl. ausführlich Köhler, SdL 1996, S. 357 ff.

- Der 62-jährige Lagerarbeiter B leidet seit einiger Zeit an altersbedingter Schwerhörigkeit. Er wurde von einem heranfahrenden Gabelstapler erfasst, als er aus dem Flur zwischen zwei Regalen den Mittelgang betreten wollte.
- Der 19-jährige landwirtschaftliche Gehilfe C leidet seit seiner Geburt an einer Pollenallergie. Bei der Heueinlagerung erlitt er einen dementsprechend allergischen Anfall, wobei er, auf ebenem Boden stehend, stürzte und mit dem Kopf auf dem Scheunenboden aufschlug. Dabei erlitt er eine Gehirnerschütterung.

In allen drei Fällen muss wegen des vorgenannten Grundsatzes ein Arbeitsunfall anerkannt werden. Dem jeweiligen Unfall (§ 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII) darf die Bedeutung einer rechtlich wesentlichen Bedingung für den eingetretenen Schadenserfolg insbesondere nicht mit dem Argument versagt werden, dass sich eine zuvor bereits bestehende Schadensanlage nur „bei Gelegenheit“ einer versicherten Tätigkeit manifestiert habe, die bei einem gesunden Versicherten nicht eingetreten wäre. Der in diesem Kapitel eingangs dargestellte Grundsatz geht - im Gegenteil - davon aus, dass ein Gesundheitsschaden durch einen Unfall nicht nur i.S. der *conditio sine qua non*, sondern auch wesentlich verursacht worden ist, wenn sich angesichts der individuellen Konstitution des einzelnen Versicherten nur eine *ihn* betreffende besondere Gefahr der versicherten Tätigkeit realisiert hat.

5. Unfälle aus innerer Ursache

Von den im vorstehenden Kapitel beschriebenen Unfällen aufgrund einer besonderen Schadensveranlagung, Behinderung, Vorerkrankung usw. sind die sog. Unfälle aus innerer Ursache zu unterscheiden.⁶² Von einer „inneren Ursache“ spricht man, wenn sich der Verletzte zwar während der Verrichtung einer versicherten Tätigkeit unfallbedingt verletzt, der eigentliche Unfall aber durch körpereigene Vorgänge verursacht wurde, z.B. durch einen epileptischen Anfall, einen Kreislaufkollaps o.ä. Die gebotene Abgrenzung gegenüber den im vorstehenden Kapitel beschriebenen gesundheitlichen Vorbedingungen erscheint auf den ersten Blick recht schwierig, zumal auch in den hier zu erörternden Fällen anlagebedingte Gesundheitsstörungen oder Vorerkrankungen scheinbar wesentlich zum Unfallhergang geführt bzw. beigetragen haben.

62 Vgl. dazu z.B. Keller, NZS 1995, S. 58 ff.

Beispiele:

- Der 58-jährige übergewichtige, an Bluthochdruck leidende landwirtschaftliche Unternehmer X erlitt während einer routinemäßigen Büroarbeit plötzlich einen Herzinfarkt.
- Der schon seit Jahren an einer Herz-/Kreislaufschwäche erkrankte landwirtschaftliche Gehilfe Y erlitt bei leichten, körperlich nicht anstrengenden Aufräumarbeiten in seinem Beschäftigungsbetrieb - auf ebenem Boden stehend - einen Schwindelanfall, verlor dabei kurzzeitig das Bewusstsein und stürzte zu Boden. Dabei zog er sich eine Gehirnerschütterung zu.
- Der 64-jährige versicherte Binnenfischer Z erlitt während des Fischens einen leichten Herzinfarkt, der - wie die spätere Obduktion ergibt - mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht tödlich verlaufen wäre. Z verlor allerdings, bedingt durch den Infarkt, das Bewusstsein, stürzte in den Fluss und ertrank.

Nach ganz herrschender Meinung ist ein Unfall aus innerer Ursache grundsätzlich kein Arbeitsunfall, weil sich in solchen Fällen nicht die (äußere) Gefahr der versicherten Tätigkeit, sondern eine innere (von jener völlig unabhängige) Ursache unfallbringend realisiert hat. Unfälle aus innerer Ursache ereignen sich zwar mitunter „bei“, aber eben nicht „infolge“ der versicherten Tätigkeit. Es mangelt insoweit an der haftungsbegründenden Kausalität.

Von diesem Grundsatz weicht das BSG in einigen Fällen ab: Ein Unfall aus innerer Ursache ist (wegen der dann gleichwohl bestehenden haftungsbegründenden Kausalität) ausnahmsweise ein Arbeitsunfall, wenn die besonderen Gefahren der versicherten Tätigkeit, insbesondere die Beschaffenheit der Unfallstelle, wesentlich zu Art und Schwere der Verletzung beigetragen haben.⁶³ Dann nämlich ist die versicherte Tätigkeit nicht nur eine *conditio sine qua non*, sondern zugleich eine wesentliche Bedingung für den konkret eingetretenen Verletzungserfolg. Ohne den Hinzutritt besonderer betrieblicher Gefahren wäre das anlage- bzw. vorerkrankungsbedingte Ereignis anders, nämlich weniger schädigend, verlaufen.

Ausgehend von diesen Grundsätzen lassen sich die vorstehenden Beispielfälle wie folgt lösen:

63 BSG, USK 8774; vgl. auch Kater/Leube, SGB VII, 1997, § 8 Rdnr. 128 ff.

- X hat nicht einmal einen Unfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII erlitten, somit erst recht keinen Arbeitsunfall. Es fehlt das „von außen auf den Körper einwirkende Ereignis“, das zu einem Gesundheitsschaden führt.
- Y hat zwar einen Unfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII erlitten (der Sturz auf den Boden mit dadurch bedingter Gehirnerschütterung ist eindeutig als „äußeres“ Ereignis zu qualifizieren); weder dieser Unfall noch die dadurch bedingte Verletzung wurden aber nach Art und Schwere durch besondere Betriebsgefahren verursacht. Die von einem (und sei es auch harten) Boden ausgehende Gefahr stellt für einen auf diesem Boden ebenerdig stehenden Versicherten keine besondere Betriebsgefahr dar, weil er ihr auch sonst, im nicht versicherten Bereich, ständig ausgesetzt ist⁶⁴. Der Fall wäre anders, nämlich i.S. einer Anerkennung des Arbeitsunfalls zu entscheiden, wenn Y angesichts seiner Vorerkrankung z.B. ihn überanstrengende Arbeiten, ggf. bei drückender Hitze, verrichtet hätte und es - dadurch bedingt - zu einer Kreislaufhypertonie gekommen wäre.⁶⁵
- Z hat einen Arbeitsunfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII erlitten. Unmittelbar unfallursächlich war zwar eine innere Ursache (Herzinfarkt), die aber - für sich betrachtet - nicht zum Tod geführt hätte. Der konkret eingetretene Schaden (Ertrinkungstod) wurde vielmehr erst durch die Mitwirkung einer besonderen betrieblichen Gefahr (Arbeit am Wasser) verursacht. Die Gefahr der versicherten Tätigkeit war somit wesentliche Ursache für den Tod des Z.

Zur Verdeutlichung und Abgrenzung gegenüber den im vorangegangenen Kapitel getroffenen Aussagen seien nochmals zwei Beispiele gegenübergestellt:

- Der schon seit Jahren an einer Herz-/Kreislaufschwäche erkrankte landwirtschaftliche Unternehmer Y erlitt bei leichten, körperlich keineswegs anstrengenden Aufräumarbeiten in seinem Geräteschuppen - auf ebenem Boden stehend - einen Schwindelanfall, verlor dabei kurzzeitig das Bewusstsein und stürzt zu Boden. Dabei zog er sich eine Gehirnerschütterung zu.
- Der 19-jährige landwirtschaftliche Gehilfe C leidet seit seiner Geburt an einer Pollenallergie. Bei der Heueinlagerung erlitt er einen dementsprechend allergischen Anfall, wobei er, auf ebenem Boden stehend, stürzte und mit dem Kopf auf dem Scheunenboden aufschlug. Dabei erlitt er eine Gehirnerschütterung.

64 BSG, USK 86197.

65 BSG SozR 2200 § 548 Nr. 51, 75 u. 81.

Auf den ersten Blick gleichen sich die beiden Fälle. Dennoch wurde vorstehend festgestellt, dass Y, anders als C, keinen Arbeitsunfall erlitten hat, obwohl doch beide Versicherte nicht nur betriebsdienliche Verrichtungen ausgeübt haben, sondern auch beide an einer nicht auf betriebliche Umstände zurückzuführenden Vorschädigung leiden. Bei näherem Hinsehen fällt allerdings auf, dass nur C aufgrund seines anlagebedingten Vorschadens bei seiner individuellen Tätigkeit einer besonderen Gefahr ausgesetzt war. Es mag zwar zutreffen, dass er auch im unversicherten Freizeitbereich einer generellen Pollengefahr ausgesetzt ist; dieser Gefahr kann er sich aber durch entsprechende Maßnahmen (z.B. Vermeidung von Spaziergängen in freier Natur zu bestimmten Jahreszeiten) entziehen. Hingegen war er im Unfallzeitpunkt dieser aus der Eigenart seiner versicherten Tätigkeit für ihn individuell resultierenden Gefahr unentziehbar ausgesetzt. Darin unterscheidet er sich von Y, der bei seiner versicherten Tätigkeit einer für ihn generellen Gefahr erlegen ist, ohne dass die versicherte Tätigkeit insoweit auch nur mitursächlich gewesen wäre.

6. Gelegenheitsursache

Bei der Prüfung der haftungsausfüllenden Kausalität stößt der Sachbearbeiter zuweilen auf Fälle, in denen die unfallunabhängige Schadensanlage bereits so stark ausgeprägt war, dass es nur noch eines geringfügigen Anstoßes bedurfte, um den konkret eingetretenen Gesundheitsschaden herbeizuführen. Dieser Anstoß erfolgte im konkreten Fall anlässlich einer versicherten Tätigkeit. Das eingetretene Schadensereignis hätte sich aber in gleicher Weise, Art und Schwere auch bei jeder anderen, austauschbaren, nicht versicherten Tätigkeit manifestieren können; es ist zufällig, „bei Gelegenheit“ der versicherten Tätigkeit eingetreten. Bildhaft gesprochen: Das mit höchster Wahrscheinlichkeit demnächst zu einem Körperschaden führende „Fass“ der Gefährdung war allein infolge eines Vorschadens bereits so voll gelaufen, dass es nur noch eines „Tropfens“ (nämlich der Gelegenheitsursache) bedurfte, um es zum Überlaufen zu bringen.

Beispiele:

- Der Versicherte V hatte sich durch intensiven Leistungssport in seiner Freizeit einen Meniskusschaden zugezogen, der nach Anraten seines Hausarztes unbedingt operativ behandlungsbedürftig war, weil die Gefahr eines jederzeitigen Meniskusabrisses bestand. V stolperte während einer gewöhnlichen (in keiner Weise durch besondere betriebliche Gefahren verursachten) versicherten Tätigkeit, fiel zu Boden und zog sich dabei einen Meniskusabriss zu.
- Der bereits seit Jahren an einer nicht berufsbedingten Bandscheibendegeneration erkrankte Versicherte A hatte in Ausübung seiner ver-

sicherten Tätigkeit eine Kiste vom Boden aufzuheben. Durch diese Tätigkeit wurde bei ihm ein Bandscheibenvorfall ausgelöst, der nach Einschätzung der behandelnden Ärzte wegen der bereits vorhandenen Bandscheibendegeneration auch bei jeder anderen unbedeutenden Tätigkeit etwa zur gleichen Zeit eingetreten wäre.

- Dem seit Jahren herzkranken Versicherten Y wurden seitens seiner Vorgesetzten heftige Vorhaltungen wegen mangelhafter Arbeitsleistungen gemacht. Dadurch geriet Y in einen Zustand äußerster Erregung, der sich schließlich in einem tödlich verlaufenden Infarkt manifestierte.⁶⁶
- Die an Hypotonie leidende versicherte Ehefrau eines landwirtschaftlichen Unternehmers wurde nachts durch einen Telefonanruf geweckt. Sie stand hastig aus dem Bett auf und erlitt auf dem Weg zum Telefon einen Kreislaufkollaps, brach zusammen und verletzte sich.

Die rechtliche Behandlung solcher (in tatsächlicher Hinsicht eindeutiger) Fälle ist zunächst problemlos, wenn die Krankheitsanlage bzw. die Vorerkrankung mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit (d.h. mittels Vollbeweises⁶⁷) bewiesen werden kann: Das zum Schaden führende Ereignis als solches ist zwar als Unfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII zu erachten, aber eben nicht als Arbeitsunfall, weil es an der haftungsausfüllenden Kausalität mangelt. Die unfallunabhängige Schadensanlage hat für den konkret eingetretenen Verletzungserfolg eine derart überragende Bedeutung gehabt, dass sie die Tatsache des die Verletzung unmittelbar herbeiführenden Unfalls als rechtlich unwesentlich in den Hintergrund drängt. In allen vorstehenden Beispielfällen ist die Gesundheitsbeeinträchtigung jeweils nicht infolge, sondern nur gelegentlich einer versicherten Tätigkeit eingetreten. Im zuletzt genannten Fall hat das BSG entschieden, dass von einer (die Anerkennung eines Arbeitsunfalls ausschließenden) Gelegenheitsursache selbst dann auszugehen sei, wenn der Anlass des hastigen Aufstehens ein zutreffend vermuteter betrieblicher Telefonanruf war und nicht feststellbar ist, dass die Reaktion auf jeden anderen Telefonanruf wesentlich gelassener erfolgt wäre.⁶⁸

Spätestens seit diesem Urteil ist der Begriff „Gelegenheitsursache“ hoffähig geworden. Er wurde von der Praxis zunächst dankbar aufgegriffen, zumal sich dadurch offenbar Möglichkeiten boten, in Zweifelsfällen (z.B. bei Meniskusschäden, Herzinfarkten, Bandscheibenvorfällen, Sehnenrissen und dem sog. Verhebetrauma) auf vermeintliche Vorschäden zu verweisen. In der Folgezeit bereitete die Rechtsfigur „Gelegenheitsursache“ der Praxis aller-

66 BSG, BG 1961, S. 222.

67 Vgl. Fn 53.

68 BSG SozR 2200 § 548 Nr. 51; BSGE 14, 64, 66.

dings Probleme, die nicht zuletzt daher rühren, dass Literatur⁶⁹ und neuere Rechtsprechung⁷⁰ mit jenem Begriff nur noch zögerlich und kritisch umgehen.

Dabei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass sich die daraus resultierenden Probleme, wenn überhaupt, regelmäßig nur im Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität stellen, wobei das BSG den Begriff der Gelegenheitsursache neuerdings zunehmend vermeidet, weil er für den Versicherten missverständlich und dogmatisch regelmäßig als unnötig erscheint.⁷¹ Gemessen an der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung ist ein Ereignis entweder wesentlich (mit)ursächlich am eingetretenen Erfolg oder es tritt als (rechtlich) unwesentlich zurück. Demgegenüber eröffnet der Begriff der Gelegenheitsursache keine neuen Ansatzpunkte für die rechtliche Beurteilung. Die Tatsache, dass ein Körperschaden gelegentlich einer versicherten Tätigkeit eingetreten ist, lässt sich auch ohne Zuhilfenahme dieses Begriffs darstellen bzw. beurteilen. Eine Gelegenheitsursache ist nichts anderes als eine nicht wesentliche Teilursache im Rahmen eines komplexen Unfallgeschehens, mag sie als Problem im Rahmen der haftungsbegründenden oder der haftungsausfüllenden Kausalität auftreten.

Ist im Übrigen eine Einwirkung aus dem geschützten Lebensbereich - also z.B. ein Unfall infolge einer versicherten Tätigkeit - wesentliche Bedingung eines Gesundheitsschadens, so ist der weitere Kausalverlauf, der von dieser Bedingung herrührt, später nicht deshalb anders zu beurteilen, weil sich nachträglich feststellen lässt, dass der Schaden zu einem späteren Zeitpunkt auch durch eine andere Bedingung, also z.B. durch eine der beliebig austauschbaren alltäglichen Belastungen, und damit durch einen anderen Kausalverlauf ebenfalls ausgelöst worden wäre.⁷²

In der berufsgenossenschaftlichen Praxis finden sich gleichwohl noch immer Entscheidungen, mit denen die Anerkennung eines Arbeitsunfalls abgelehnt wird, weil sich der Unfall zwar „bei“ einer versicherten Tätigkeit, letztlich aber nur infolge einer sog. Gefahr des täglichen Lebens ereignet habe. Solchen Entscheidungen liegt offenbar die an der ursprünglichen Rechtsprechung zur Gelegenheitsursache orientierte Vorstellung zu Grunde, dass sich ein gleichartig schädigendes Ereignis (z.B. ein Insektenstich während der Arbeit oder auf einem versicherten Weg) auch im privaten unversicherten Lebensbereich

69 Vgl. etwa Erenkämper, MEDSACH 2000, S. 19 ff.; Erenkämper, SGB 1997, S. 355 ff.

70 Vgl. die Nachweise bei Brackman/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 315.

71 Vgl. die Nachweise bei Brackman/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 315.

72 BSGE 17, 157; BSG SozR 11 zu § 62 BVG; BSG SozR 2200 § 548 Nr. 91.

hätte ereignen können. Demgegenüber hat das BSG wiederholt entschieden, dass die rechtlich wesentliche Kausalität zwischen versicherter Tätigkeit und Unfall nicht generell mit dem Argument ausgeschlossen werden darf, ein gleichartiges Ereignis hätte auch im privaten Lebensbereich eintreten können.⁷³ Die Rechtsprechung zu den Unfällen des täglichen Lebens hat im Laufe ihrer Entwicklung insbesondere das Merkmal einer besonderen, dem Betrieb eigentümlichen Gefahr ebenso fallengelassen wie die Forderung, dass der Versicherte der Gefahr, der er erlegen ist, durch die Betriebstätigkeit in erhöhtem Maße ausgesetzt war.⁷⁴ Zu den nicht mehr vom Versicherungsschutz erfassten allgemein wirkenden Gefahren werden nur noch so außergewöhnliche Ereignisse wie Naturkatastrophen gerechnet, wenn ihnen der Verletzte bei der versicherten Tätigkeit in gleichem Umfang ausgesetzt war wie er es auch ohne diese Tätigkeit gewesen wäre.⁷⁵ Die aus der versicherten Tätigkeit resultierende Gefahr (und sei es eine sog. Gefahr des täglichen Lebens) kann also regelmäßig nicht als eine die haftungsbegründende Kausalität vernichtende Gelegenheitsursache erachtet werden.

Im vorstehend erstgenannten Beispiel hat V ohne Zweifel einen Unfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII erlitten. Dennoch handelt es sich dabei nicht um einen entschädigungspflichtigen Arbeitsunfall i.S. des § 8 Abs. 1 S. 1 SGB VII, weil der Unfall den Meniskusabriss nicht wesentlich verursacht hatte. Aus dieser Erkenntnis folgt, dass in den unter 2.2.4 dargestellten Fällen die Anerkennung des Versicherungsfalles nicht mit dem Argument abgelehnt werden darf, der eingetretene Gesundheitsschaden sei nur bei Gelegenheit eines Unfalls eingetreten und hätte sich bei einer anderen unversicherten Tätigkeit unter einem anderen Kausalverlauf ebenfalls ereignet.

Daraus folgt, dass sich die Behörde nur dann auf das Argument der Gelegenheitsursache berufen kann, wenn i.S. einer hinreichenden Wahrscheinlichkeit⁷⁶ feststeht, dass der reale eingetretene Gesundheitsschaden auch tatsächlich durch eine „beliebig austauschbare alltägliche Belastung“ eingetreten wäre. Rein hypothetische Möglichkeiten dürfen kausalrechtlichen Beurteilungen nicht zu Grunde gelegt werden.⁷⁷ Besonders hinzuweisen ist dabei auf die Beweisanforderung⁷⁸, wonach Tatsachen mit an Sicherheit

73 BSG, Breith. 1986, S. 387, 390; 1988, S. 813, 814.

74 Vgl. z.B. BSG, Urt. V. 22.08.1990, - 8 RKn 5/90 - (Juris).

75 Mummenhoff, NZA 1985, S. 441, 444 m.w.N.

76 Vgl. dazu unter VI.4.

77 BSG SozR 2200 § 548 Nr. 84; 91; BSG SozR 3-2200 § 548 Nr. 4; Ockenga, NZS 1993, S. 57, 61.

78 Vgl. Fn. 53.

grenzende Wahrscheinlichkeit von demjenigen nachzuweisen sind, der aus ihnen ein Recht herleiten will. Will sich also ein UV-Träger bei seiner ablehnenden Entscheidung auf eine sog. Gelegenheitsursache stützen, so hat er zunächst mittels Vollbeweises⁷⁹ den Nachweis dafür zu erbringen, dass eine Schadensanlage vorliegt. Sodann hat er mit hinreichender Wahrscheinlichkeit⁸⁰ nachzuweisen, dass diese Schadensanlage an der Entstehung des Gesundheitsschadens im individuellen Fall ursächlich wesentlich mitgewirkt hat. Schließlich muss überzeugend festgestellt werden, dass der Vorschaden so hochgradig ausgeprägt und leicht ansprechbar war, dass der streitige Gesundheitsschaden nicht nur möglicherweise, sondern mit zumindest hinreichender Wahrscheinlichkeit auch ohne den konkreten Unfall durch ein beliebiges austauschbares Ereignis des täglichen Lebens zu annähernd gleicher Zeit und in annähernd gleichem Ausmaß eingetreten wäre.⁸¹

Der in der gesetzlichen Unfallversicherung anerkannte und vorstehend beschriebene Grundsatz, wonach der Versicherte in dem Gesundheitszustand geschützt ist, in dem er sich unmittelbar vor dem schädigenden Ereignis befindet,⁸² darf dabei nicht außer acht gelassen werden. Zuweilen resultieren daraus in der Praxis erhebliche Abgrenzungsprobleme gegenüber dem Begriff der Gelegenheitsursache.

Beispiel:

F, Mitglied der freiwilligen Feuerwehr, hatte sich im Mai wegen bei Belastung auftretender retrosternaler Beschwerden im linken Thoraxbereich in internistische Behandlung begeben. Nach ambulanter Untersuchung hatte sich jedoch kein Anhalt für eine koronare Herzerkrankung ergeben.

Im Juni desselben Jahres wurde er am Abend durch eine Sirene zu einer ersten unvermuteten Alarmübung seit Jahren gerufen. Im Rahmen dieser Übung trug F zusammen mit drei anderen Feuerwehrleuten eine ca. 180 kg schwere Motorspritze etwa 5 bis 6 Meter zu einem Hydranten. Als er dann vergeblich versuchte, den Motor der Spritze anzukurbeln, erlitt er einen tödlichen Herzanfall.

79 Vgl. dazu Fn 53.

80 Vgl. dazu Fn 53.

81 BSG, USK 8987; Erlenkämper, in: Deutsches Anwaltsinstitut (Hrsg.), Brennpunkte des Sozialrechts 1996, 1997, S. 1, 18 f.

82 Vgl. die Ausführungen unter 4.

Das BSG hatte darüber zu entscheiden, ob der im Rahmen des § 2 Abs. 1 Nr. 12 SGB VII grundsätzlich versicherten Tätigkeit des F die Bedeutung einer wesentlichen Mitursache oder nur die einer rechtlich unwesentlichen Gelegenheitsursache am Herztod des Versicherten zukommt.⁸³ Das Gericht hat in Übereinstimmung mit den Vorinstanzen die Belastung aufgrund der Feuerwehrübung als wesentliche Mitursache des Herztodes angesehen. Es geht davon aus, dass der Alarmeinsatz mit einer besonderen physischen und psychischen Anspannung sowie einer dadurch bedingten Stress-Situation verbunden war. In diesem Zusammenhang sei von Bedeutung, dass es sich um die erste unvermutete Alarmübung seit Jahren gehandelt hat und die Alarmübung in einem hinsichtlich des Biorhythmus ungünstigen Zeitpunkt in den Feierabendstunden erfolgte. Neben den Belastungen durch die eilige Fahrt mit dem Fahrrad zum Feuerwehrgerätehaus, dem Herausziehen der Motorspritze und dem raschen Umkleiden sei als erschwerender Faktor das Tragen der Schutzkleidung und der schweren Motorspritze zu berücksichtigen. Entscheidend sei aber der Versuch, die Motorspritze anzukurbeln, was mit einer ganz erheblichen Kraftanwendung verbunden war. Dabei habe das Nichtanspringen des Motors den Leistungsdruck noch gesteigert. Im Übrigen sei die vorbestehende Herzerkrankung nicht so schwer gewesen, dass sie bei jeder leichten Verrichtung des täglichen Lebens sofort anspreche. Insofern habe auch der Gutachter eine erhebliche kardiologische Belastbarkeit angenommen, da der Versicherte ca. einen Monat vor dem Unfall eine ischämische Reaktion erst bei einer Belastung ab 120 Watt zeigte, Verrichtungen des täglichen Lebens sich aber im Wesentlichen über einen Belastungsbereich von 25 bis 100 Watt erstrecken. Beim Ankurbeln einer Motorspritze sei aber eine Leistung von bis zu 225 Watt zu erbringen. Hinzu komme, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles noch im Beruf gestanden hat und aktiver Fußballspieler war. Daher sei es unwahrscheinlich, dass es allein aufgrund innerer Ursache oder bei alltäglichen Belastungen in absehbarer Zeit zum Herztod des Versicherten gekommen wäre. Zusammenfassend bleibt festzuhalten:

Ob das Unfallereignis die Entstehung des Körperschadens i.S. der in der Unfallversicherung geltenden Kausalitätslehre mitverursacht hat, richtet sich danach, ob das Unfallereignis eine wesentliche Bedingung für das Entstehen des Körperschadens oder die Krankheitsanlage von überragender Bedeutung und damit die alleinige Ursache waren. Das Vorhandensein einer Anlage schließt es allein nicht aus, den Körperschaden als durch das Unfallereignis mitverursacht anzusehen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist für den Fall, dass die kausale Bedeutung einer äußeren Einwirkung mit der-

83 BSG SozR 3-2200 § 539 Nr. 5 m.w.N.

jenigen einer bereits vorhandenen krankhaften Anlage zu vergleichen und abzuwägen ist, vielmehr darauf abzustellen, ob die Krankheitsanlage so stark und so leicht ansprechbar war, dass es zur Auslösung akuter Erscheinungen keiner besonderen, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende ähnlich gelagerte Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinungen ausgelöst hätte. Um diese wertende Gegenüberstellung vornehmen zu können, müssen die konkurrierenden Ursachen zunächst sicher feststehen. Ebenso wie die betriebsbedingten Ursachen müssen auch die körpereigenen Ursachen erwiesen sein. Nur im Hinblick auf ihre jeweilige Beziehung zum Erfolg reicht das Vorliegen der Wahrscheinlichkeit aus⁸⁴; kann eine Ursache dagegen nicht sicher festgestellt werden, stellt sich nicht einmal die Frage, ob sie im konkreten Einzelfall auch nur als Ursache im naturwissenschaftlich-philosophischen Sinn in Betracht zu ziehen ist.⁸⁵

7. Die Problematik des Vor- bzw. Nachschadens bei paarigen Organen

Die Vor- bzw. Nachschadensproblematik, insbesondere diejenige bei paarigen Organen, (Augen, Ohren, Nieren, Hoden) oder paarigen Gliedmaßen (Armen und Beinen), stellt - nach h.M. - nur bei vordergründiger Betrachtung ein Kausalitätsproblem dar. In Wahrheit, so wird behauptet, handele es sich dabei um eine Frage der (abstrakten) Schadensberechnung.⁸⁶ Dieser Auffassung kann nur bedingt gefolgt werden. Richtig ist, dass die Kausalitätslehre der gesetzlichen Unfallversicherung im Bereich der Vor- bzw. Nachschadensproblematik zu Ergebnissen führt, die offenbar unerwünscht sind. Dabei soll die Berechtigung des insoweit von der h.M. gefundenen Ergebnisses zunächst gar nicht in Abrede gestellt werden. Es wird lediglich exemplarisch der Nachweis zu führen sein, dass auch in scheinbar geklärten Basisbereichen der gesetzlichen Unfallversicherung noch immer Probleme verborgen sind, die einer weiteren dogmatischen Durchdringung seitens der Theorie bedürfen.

Beispiele:

- A ist seit dem 10. Lebensjahr infolge eines unversicherten Unfalls auf dem linken Auge blind. Im Alter von 23 Jahren verliert er durch einen Arbeitsunfall die verbleibende Sehfähigkeit auf dem rechten Auge.

84 Vgl. BSG, Urteile vom 29.02.1984 - 2 RU 24/83 - und 29.03.1984 - 2 RU 21/83 -, HV-INFO 1986, S. 647 ff.

85 Vgl. BSGE 61, 127 ff., 130.

86 Zahlreiche Nachw. aus Lit. u. Rspr. bei Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 320.

- B hat im Alter von 10 Jahren anlässlich eines Chemieexperiments im Schulunterricht⁸⁷ die Sehfähigkeit auf dem rechten Auge verloren. Bei einer privaten Silvesterparty explodiert ein Knaller unmittelbar in seiner Kopfhöhe mit der Folge, dass er auch die Sehfähigkeit auf dem linken Auge verliert.

Die gesetzliche Unfallversicherung schützt den Versicherten grundsätzlich in dem Gesundheitszustand, in dem er sich bei Aufnahme seiner Tätigkeit befindet, selbst wenn dieser Zustand (z.B. wegen bestehender Vorerkrankungen, Alters- und Verbraucherscheinungen, angeborener oder durch Unfälleiden erworbener Behinderungen) ein größeres Verletzungsrisiko begründet.⁸⁸ Es gehört ebenfalls zum Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung, dass sie auch für solche Folgen eines Versicherungsfalles einzustehen hat, die darauf beruhen, dass die unmittelbaren Unfallfolgen bei einem vorgeschädigten Versicherten eine stärkere MdE verursachen als bei einem bisher unversehrten Versicherten.⁸⁹ A erhält daher eine Verletztenrente nach einer MdE von 100 %, wie sie im Falle der (vollständigen) Erblindung infolge eines Arbeitsunfalls üblicherweise zu erbringen ist.⁹⁰

B erhält demgegenüber nach seinem Schulunfall vom zuständigen Träger der gesetzlichen Schülerunfallversicherung eine Verletztenrente wegen des Verlusts eines Auges nach einer MdE von herkömmlicherweise 25 %.⁹¹ Der bei ihm aufgrund eines späteren Privatunfalls vollständig eingetretenen Verlust der Sehfähigkeit geht - nach h.M. - nicht mehr auf einen Versicherungsfall zurück und liegt deshalb nicht mehr im Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung. Wie das BSG bereits in einem Urteil aus dem Jahr 1962⁹²

87 Zum Versicherungsschutz vgl. § 2 Abs. 1 Nr. 8b SGB VII.

88 Vgl. dazu bereits unter IV.2.2.4; davon abzugrenzen ist freilich der sog. Unfall aus innerer Ursache, der im Einzelfall sehr wohl zur Verneinung des Versicherungsfalles führen kann, vgl. dazu unter IV.2.2.5.

89 BSG, BG 1967, S. 35.

90 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 320; Gramberg-Danielsen, BG 1989, S. 610, 612, plädiert dagegen gerade in solchen Fällen für eine niedrigere MdE-Festsetzung, weil die mit dem einen Auge verbliebene Sehleistung (u.a. wegen der nicht mehr vorhandenen Fähigkeit des stereoskopischen Sehens) ohnehin nicht mehr 100 %ig war.

91 Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O.

92 BSGE 17, 114, 118 f.; grundsätzlich zustimmend Brackmann/Krasney, a.a.O., SGB VII § 8 Rdnr. 320; Schönberger/Mehrtens/Valentin, a.a.O., S. 324 f.

(und seither in ständiger Rechtsprechung⁹³) entschieden hat, habe der bei einem Gesunden infolge einer versicherten Tätigkeit eingetretene Verlust eines Auges im Rahmen der so in Gang gesetzten Ursachenkette sein letztes Glied erreicht. Der später hinzutretende, nicht durch eine versicherte Tätigkeit bedingte Nachschaden (z.B. Verlust des zweiten Auges) sei ursachenrechtlich für die Beurteilung der Unfallfolgen des ersten Schadensereignisses grundsätzlich irrelevant.

Diese Konsequenz ist allerdings, wie sogleich näher darzustellen sein wird, nach der Rechtsprechung des BSG nur im Hinblick auf das Verletztengeld und die Verletztenrente zu ziehen. Das Gericht vertritt in ebenfalls ständiger Rechtsprechung den Standpunkt, dass eine erst durch den Nachschaden aufgrund eines unversicherten Ereignisses eingetretene vollständige Erblindung als wesentliche Bedingung für eine durch Blindheit bedingte Hilflosigkeit anzusehen sei. Daraus leitet es regelmäßig einen Anspruch auf Pflegegeld i.S. des § 44 SGB VII ab.⁹⁴ Für die Anerkennung weitergehender Ansprüche, insbesondere solcher auf Verletztenrente, hat sich das Gericht indes bis heute nicht durchringen können. Insoweit hält es daran fest, dass mit dem Eintritt des arbeitsunfallbedingten Schadens die unfallversicherungsrechtlich erhebliche Ursachenkette abgeschlossen sei, so dass der später durch unversichertes Verhalten eingetretene Nachschaden die für die Feststellung der Unfallentschädigung maßgeblich gewesenen Faktoren nicht mehr beeinflussen könne.⁹⁵

Vergleicht man die jeweiligen Ergebnisse in den vorstehenden Beispielfällen, so fällt auf: A und B sind gleichermaßen erblindet. Sie erhalten aber unterschiedliche Leistungen, weil der Zufall und das Lebensschicksal (jeweils in Verbindung mit einem Arbeitsunfall!) dies angesichts der rechtlichen Vorgaben so bestimmt haben. A wird als Unfallverletzter von Amts wegen „mit allen geeigneten Mitteln“ rehabilitiert, während B die „notwendige“ Heilbehandlung eines Kassenpatienten beanspruchen kann.⁹⁶ Das ist Folge eines (vom Gesetzgeber stets gewollten) gegliederten Systems der sozialen Sicherung⁹⁷, auf das weder die Verwaltungspraxis noch die Rechtsprechung unmittelbar Einfluss zu nehmen in der Lage ist.

93 BSGE 27, 142, 145; 41, 70, 72 f.

94 BSGE 48, 187, 189; 41, 70, 76; 17, 114, 119; 27, 142, 145.

95 BSGE 70, 177, 178; 43, 208, 211; 27, 142, 145.

96 Vgl. z.B. § 1 SGB VII einerseits und §§ 2 Abs. 1, 11 Abs. 2 S. 1, 12, 23 Abs. 1, 27 Abs. 1 S. 1 SGB V andererseits.

97 Vgl. dazu im einzelnen Köhler, SdL 1996, S. 357, 379 ff.

Unter kausalrechtlichem Blickwinkel ist das im Falle des B gefundene Ergebnis allerdings nicht zwingend, zumal allein das zweite Ereignis (Privatunfall) die Schwere des eingetretenen Schadens (Erblindung) ohne das nicht hinwegzudenkende erste Ereignis (Arbeitsunfall) nicht herbeigeführt hätte, also mit dem zu entschädigenden Unfallschaden notwendigerweise verbunden ist.

Dieses Ergebnis erklärt sich nur daraus, dass - wie im Falle des A - dem durch eine versicherte Tätigkeit verursachten Nachschaden als dem am Schadensereignis (Erblindung) zeitlich näher gelegenen Ereignis offenbar noch immer die größere Bedeutung zugemessen wird, obwohl die Rechtsprechung insoweit in anders gelagerten Fällen eindeutig ist: Eine Bedingung ist nicht schon deshalb als wesentlich zu erachten, weil sie als letzte innerhalb einer Ursachenkette eingetreten ist und den Eintritt des Erfolges sichtbar gemacht hat.⁹⁸ Beurteilt man den Fall des B unter rein kausalrechtlichen Gesichtspunkten, kommt man angesichts der vorstehenden Prämissen zu dem Ergebnis, dass der Verlust eines jeden (auch der des ersten) Auges eine *conditio sine qua non* für die nunmehr eingetretene (vollständige) Erblindung darstellt.⁹⁹ Der im Falle des B zur vollständigen Erblindung führende Zustand nach Verlust der Sehfähigkeit auf dem zweiten Auge konnte nur deshalb eintreten, weil - arbeitsunfallbedingt - die Sehfähigkeit auf dem ersten Auge bereits verlorengegangen war. Der Verlust der Sehfähigkeit auf dem ersten Auge kann (auch und gerade unter Berücksichtigung des später eingetretenen Verlustes des zweiten Auges) nicht hinweggedacht werden, ohne dass damit zugleich der eingetretene Schadensereignis (Erblindung) entfiel. Er stellt somit eine rechtliche Bedingung i.S. der eingangs beschriebenen Äquivalenztheorie¹⁰⁰ dar. Er ist aber zugleich auch wesentliche Bedingung i.S. der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre¹⁰¹, weil er eindeutig zu 50 % mitursächlich für die nunmehr eingetretene vollständige Erblindung war. Wie vorstehend dargestellt, hat die Rechtsprechung in vielen Fällen schon bei geringeren Quotienten eine (Mit-)Ursächlichkeit anerkannt.

Wenn B wegen des Verlusts eines Auges (nach zwischenzeitlich eingetretener vollständiger Erblindung) dennoch nur eine Verletztenrente nach einer MdE von 25 % erhält, so deshalb, weil der bei ihm aufgrund eines später ein-

98 BSGE 38, 127; 25, 49; 13, 40, 42.

99 Kurz, SGB 1983, S. 233 ff.; Müller, SGB 1965, S. 357 ff.; Wilkes, KOV 1961, S. 73 ff.; Roemer, KOV 1961, S. 29 ff.; Fischer, KOV 1960, S. 120 ff.; LSG Saarland, Breith. 1966, S. 297, 298 f. (revidiert durch BSGE 27, 142 ff.); vgl. insoweit auch BSG E 41, 70, 72.

100 Vgl. unter 1.

101 Vgl. Roemer, SGB 1963, S. 395.

getretenen Privatunfalls vollständige Verlust der Sehfähigkeit - nach h.M. - nicht mehr auf einen Versicherungsfall zurückgeht und deshalb nicht mehr im Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung liegt. Eben diesen Ansatz gilt es zu überdenken.

In der (zumeist vor in Kraft treten des SGB VII erschienenen) Literatur wird darauf zurückgegriffen, dass es der aufgrund der Kausalitätstheorie der gesetzlichen Unfallversicherung vorgenommene „zeitliche Einschnitt nach Abschluss des Unfallgeschehens“ verbiete, nachträgliche Folgen, die nicht durch den Unfall herbeigeführt wurden, zu berücksichtigen. Diese sog. Nachschadenstheorie entspricht, wie oben dargestellt, der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Sinn der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre sei es, Tatbestände auszusondern, die dem persönlichen Lebensbereich des Einzelnen und damit seinem allgemeinen Lebensrisiko zuzurechnen sind. Somit ende - im Falle des B - die versicherungsrechtlich erhebliche Ursachenkette mit dem unfallbedingten Verlust des ersten Auges. Dies sei nicht zuletzt Ausfluss der haftungsbegrenzenden Funktion der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre.¹⁰²

M.E. vermag diese Argumentation nicht zu überzeugen. Sie ist unschlüssig, zumal die Vertreter der h.M. (im Falle des B) selbst einräumen, dass beide Ursachen, also sowohl der arbeitsunfallbedingte Verlust des ersten, wie auch der zeitlich nachfolgende privatunfallbedingte Verlust des zweiten Auges, „in ihrer Tragweite für die Blindheit annähernd gleichwertig“ sind.¹⁰³ Wenig überzeugend ist auch die Begründung, dass die unfallversicherungsrechtlich relevante Kausalkette mit dem Schadenseintritt nach dem ersten schädigenden (Arbeitsunfall-)Ereignis (im Falle des B: Verlust des rechten Auges nach dem Schulunfall) abgeschlossen sei. Diese Auffassung lässt die Tatsache unberücksichtigt, dass im Bereich der haftungsbegründenden Kausalität auch „mittelbare Unfallfolgen“¹⁰⁴ anerkannt werden. Nun handelt es sich zwar im hier zu erörternden Fall des B zugegebenermaßen nicht um eine mittelbare Unfallfolge; gleichwohl erscheint der Hinweis auf diesen anerkannten Rechtsbegriff der gesetzlichen Unfallversicherung geeignet, die apodiktische Aussage, wonach die unfallversicherungsrechtlich relevante Kausalkette

102 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 323 unter Hinweis auf Gitter, Schadensausgleich im Arbeitsunfallrecht, S. 139; Benz, in: Schulin (Hrsg.), HS-UV 1996, § 44 Rdnr. 37; Ruppelt, in: Schulin (Hrsg.), a.a.O., § 48 Rdnr. 38.

103 BSGE 41, 70, 72; Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 323; Brackmann/Krasney, SGB VII § 8 Rdnr. 320.

104 Vgl. dazu z.B. Kater/Leube, SGB VII, § 8 Rdnr. 60 m.w.N.

mit dem Schadenseintritt nach dem ersten schädigenden Ereignis ihren Abschluss gefunden habe, zu erschüttern. Gerade unter Zuhilfenahme der von der Rechtsprechung des BSG für die Herleitung der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung stets bemühten „Anschauungen und Erfahrungen des praktischen Lebens“ erscheint es verfehlt, dem wesentlich die Blindheit mitbedingenden unversicherten zweiten Schadensereignis die Ursächlichkeit für den vollständigen Verlust der Sehfähigkeit absprechen zu wollen. Nach eben jenen Anschauungen und Erfahrungen des praktischen Lebens beruht die nunmehr eingetretene Erblindung des B auch (wesentlich) auf dem Verlust des ersten Auges, was - wie dargestellt - auch vom BSG so gesehen wird. Dann aber führt der Hinweis auf die „haftungsbegrenzende Funktion“ der unfallversicherungsrechtlichen Kausalitätslehre¹⁰⁵ letztlich zu einem Zirkelschluss.¹⁰⁶

Der Verlust des einen wie des anderen paarigen Organs (sei er zunächst durch einen Arbeitsunfall und erst anschließend durch ein unversichertes Ereignis oder umgekehrt bedingt) ist - entgegen der h.M. - sowohl kausal als auch wertungsmäßig gleich zu erachten. Verwaltungsverfahrenrechtlich handelt es sich dabei um einen Fall des § 48 Abs. 1 S. 1 SGB X. Danach ist ein VA mit Dauerwirkung (im Falle des B: der nach Eintritt des Schulunfalls erlassene Rentenbescheid) mit Wirkung für die Zukunft aufzuheben, soweit u.a. in den tatsächlichen Verhältnissen, die bei seinem Erlass vorgelegen haben (hier: halbseitige Erblindung), eine wesentliche Änderung (hier: vollständige Erblindung) eintritt. Nach der hier vertretenen Auffassung müsste der zuständige Träger der gesetzlichen Schülerunfallversicherung die Rente des B künftig nach einer MdE von 100 % (Vollrente) bemessen.

8. Verschlimmerung eines bereits vorhandenen Körperschadens

Eine Gesundheitsstörung oder Funktionsminderung, die bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles bestanden hat, wird gemeinhin als „Vorschaden“ bezeichnet. Jener kann auf die Folgen eines früheren Versicherungsfalles bzw. auf einen unversicherten Privatunfalls zurückzuführen, oder schlichtweg anlagebedingt sein. In neuerer Zeit häufen sich die Fälle, in denen im Rahmen unfallversicherungsrechtlicher Begutachtung Vorschäden festgestellt werden. Das liegt mitunter daran, dass durch differenziertere Befunde, die vor allem durch die Kernspintomographie und die Arthroskopie erbracht werden, bei nahezu jedem Unfallverletzten Veränderungen feststellbar sind, die nicht ohne

105 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 323.

106 Schulin, HS-UV, 1996, § 29 Rdnr. 22.

weiteres dem Unfallgeschehen selbst zugeordnet werden können.¹⁰⁷ Für die Praxis problematisch ist der Fall der Verschlimmerung bereits bestehender Vorschäden, wobei die Problematik schon mit der Terminologie beginnt. Wird nämlich im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung von einer „Verschlimmerung“ gesprochen, so können, wie noch zu zeigen sein wird, damit völlig unterschiedliche Sachverhalte gemeint sein. Die somit zu fordernde terminologische Abgrenzung ist insbesondere wichtig für die gutachterliche Beurteilung, da eine Verschlimmerung eine manifeste Krankheit voraussetzt und eine Krankheits*anlage* insoweit nicht ausreicht. Relevant ist die Abgrenzung schließlich auch für die Einschätzung des jeweiligen (versicherungsfall-)bedingten Gesundheitsschadens.¹⁰⁸ Ist jener abgrenzbar vom nicht-versicherungsfallbedingten Schaden, so ist auch nur der dadurch bedingte Grad der MdE unfallversicherungsrechtlich relevant, während bei Nichtabgrenzbarkeit der Gesamtzustand dem Unfallereignis zuzurechnen ist.

8.1 Verschlimmerung i.S. einer Änderung anerkannter Unfallfolgen

Eine i.S. der haftungsausfüllenden Kausalität verursachte geringe körperliche oder geistige Schädigung nach Eintritt eines Versicherungsfalles kann sich im Laufe der Zeit verschlimmern. Selbstverständlich sind diese Verschlimmerungen entschädigungsrechtlich zu berücksichtigen, zumal sie kausal durch den Versicherungsfall bedingt sind. Dabei handelt es sich allerdings praktisch weniger um ein im Rahmen dieser Arbeit zu erörterndes Problem der Kausalität als vielmehr um ein solches der wesentlichen Änderung tatsächlicher Verhältnisse i.S. der §§ 73 SGB VII bzw. 48 SGB X. Der zuständige UV-Träger wird in der Praxis zumeist durch eine von ihm veranlasste Nachuntersuchung oder durch einen sog. Verschlimmerungsantrag des Versicherten zu einer Neubewertung der MdE veranlasst.

8.2 Versicherungsfallbedingte Verschlimmerung eines Leidens, das bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles bestand

Ein Kausalitätsproblem entsteht dagegen, wenn ein Unfallereignis i.S. des § 8 Abs. 1 S. 2 SGB VII oder eine berufsbedingte Einwirkung i.S. des BK-Rechts auf einen bereits vor dem Versicherungsfall bestehenden Krankheitszustand einwirkt und diesen in seinen ohnehin schon bestehenden Folgen verschlimmert. Nach der im UV-Recht geltenden Kausalitätslehre der rechtlich wesentlichen Bedingung brauchen Unfall bzw. berufsbedingte Einwirkung nicht die alleinige Ursache für eine Körperschädigung bzw. BK zu sein. Ausreichend ist

107 Meilinger/Müller/Weise, Trauma und Berufskrankheit S. 281.

108 Vgl. insoweit auch Benz, WzS 2000, S. 178, 181 ff.

vielmehr deren wesentliche Mitwirkung, wobei die Unterscheidung zwischen Verursachung i.S. der Entstehung und Verursachung i.S. der Verschlimmerung eines Krankheitsleidens erläuterungsbedürftig ist. Diese Erläuterung soll exemplarisch anhand des BK-Rechts erfolgen.¹⁰⁹

I.S. der *Entstehung* einer BK ist ein Krankheitsgeschehen anzuerkennen, das durch berufliche Einflüsse erstmals manifestiert worden ist. Das gilt selbst dann, wenn bereits vor Eintritt des Einwirkungsereignisses beim Versicherten (möglicherweise) geringfügige pathologisch-anatomische Veränderungen vorgelegen haben, die allerdings klinisch-funktionell noch nicht von Bedeutung waren.

Beispiele:

- Toxisch-degenerative Ekzeme, wenn die schädigenden Einwirkungen erst mit der Aufnahme der beruflichen Tätigkeit eingesetzt haben.
- Allergische Kontaktekzeme, sofern auch die Sensibilisierung selbst beruflich erworben wurde.

Ein Krankheitsgeschehen kann dabei allerdings i.S. der *Verschlimmerung* nur dann als BK anerkannt werden, wenn bereits ein zu funktionell bedeutsamen Störungen führender Gesundheitsschaden im Zeitpunkt der schädigenden Einwirkung als manifeste Krankheit existent war, der nunmehr durch berufsbedingt schädigende Einwirkungen tatsächlich verschlimmert wurde. In Fällen der Verschlimmerung ist nicht das - versicherungsfallunabhängige - Grundleiden mit all seinen daraus resultierenden Auswirkungen zu entschädigen, sondern nur der gegenwärtige und künftige Leidensanteil, der dem Einfluss des Versicherungsfalles auf jenes Leiden und seinem weiteren Verlauf zuzurechnen ist.¹¹⁰ Um in derart gelagerten Fällen eine gerechte Einzelfallentscheidung zu treffen, ist es unumgänglich, das Leiden rechtlich in zwei Teile zu gliedern, nämlich in den vor dem Unfall bestehenden und den durch ihn wesentlich bedingten („verschlimmert“) Teil.¹¹¹ Eine ggf. anzuerkennende Unfallfolge i.S. der hier zu erörternden Verschlimmerung liegt nur dann vor, wenn bereits vor der versicherungsfallbedingten Einwirkung

109 Vgl. zu den nachstehenden Ausführungen: Brandenburg, in: HVBG (Hrsg.), BK Haut in der Begutachtung, 1994, S. 111 ff.

110 BSGE 11, 161, 163; 7, 53, 56; Ricke, in: KassKomm, Vor § 26 SGB VII, Rdnr. 4; Erlenkämper/Fichte, Sozialrecht, S. 98; Krasney, SozSich 1971, S. 101; Brackmann/Krasney, SGB VII, § 8 Rdnr. 383; Kater/Leube, SGB VII, § 8 Rdnr. 53 f.

111 Schönberger/Mehrtens/Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, S. 101.

ein manifestierter Gesundheitsschaden (also grundsätzlich nicht nur eine Krankheitsanlage) vorhanden war.¹¹²

Beispiele:

- Wesentliche Verstärkung vorberuflich schon festgestellter Hauterscheinungen durch berufsbedingte toxisch-degenerative Einwirkungen.
- Wesentliche Verstärkung eines außerberuflich erworbenen Kontaktekzems durch berufsbedingten erneuten Kontakt mit demselben Allergen, wobei sich allerdings häufig die Frage stellt, ob auch die außerberuflich erworbene Sensibilisierung selbst durch den erneuten Allergenkontakt eine für das Ausmaß der MdE relevante Intensivierung erfahren hat.¹¹³

Um keine Verschlimmerung, sondern um den Fall einer Entstehung aufgrund einer nicht berufsbedingten Sensibilisierung handelt es sich z.B., wenn ein während der versicherten Tätigkeit aufgetretenes allergisches Kontaktekzem einerseits als aufgrund außerberuflich erworbener Sensibilisierung und andererseits als aufgrund zusätzlich schädigender beruflicher Einwirkungen zu qualifizieren ist.¹¹⁴ Der Versicherte ist, wie bereits mehrfach betont, in dem Zustand versichert, in dem er sich bei Antritt der versicherten Tätigkeit befindet. In diesem Fall ist das krankheitsbedingte Leiden mitursächliche und wesentliche Folge eines Versicherungsfalles und als solches in vollem Umfang zu entschädigen.

Herkömmlich werden drei Arten von Verschlimmerungen unterschieden:¹¹⁵

Die *vorübergehende Verschlimmerung* ist zeitlich begrenzt und klingt nach einiger Zeit wieder ab, so dass der ohne den Versicherungsfall bestehende Zustand (mitsamt seiner schicksalsmäßigen Weiterentwicklung) wiederhergestellt ist.

Beispiele:

- Die wesentliche Verstärkung einer schon vorberuflich festgestellten Hauterscheinung durch berufsbedingt toxisch-degenerative Einwirkungen klingt - ggf. nach Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit - wieder ab.

112 Hauck/Keller, SGB VII, § 8 Rdnr. 292 f.

113 Brandenburg, in: HVBG (Hrsg.), BK Haut in der Begutachtung, 1994, S. 111, 112 unter Hinweis auf Wehrmann, Dermatosen 40 (1992), S. 120 = Besprechung zu Urte. des LSG Rhl.-Pf. v. 19.12.1988, - L 1 U 159/88.

114 Brandenburg, in: HVBG (Hrsg.), BK Haut in der Begutachtung, S. 111, 112.

115 Vgl. Brackmann/Krasney, a.a.O., Rdnr. 386 mit zahlreichen Nachw.

- Der wegen eines manifesten Bandscheibenschadens seit längerem behandelte Versicherte erleidet durch einen Arbeitsunfall ein schweres adäquates Rücken trauma. Dieses löst zusätzlich zu den schon vorher bestehenden Beschwerden gewisse Lähmungen aus, die aber durch medizinische Behandlungen nach einer gewissen Zeit wieder behoben werden können.

In beiden Fällen ist der UV-Träger für die Behandlung bzw. Rehabilitation solange leistungspflichtig, bis der vor dem Arbeitsunfall vorhandene Zustand wieder hergestellt ist.¹¹⁶

Von einer *dauernden Verschlimmerung* spricht man dagegen, wenn die durch den Versicherungsfall verursachte verschlimmernde Wirkung bestehen bleibt. Die bereits zuvor bestehende Krankheit wird zumeist in ein schwereres Stadium bzw. in der Krankheitswertigkeit angehoben. Der Versicherungsfall hat aber keine Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Krankheit.

Beispiel:

Die wesentliche Verstärkung einer schon vorberuflich festgestellten Hauterscheinung durch berufsbedingt toxisch-degenerative Einwirkungen klingt - selbst nach Unterlassung der gefährdenden Tätigkeiten - aufgrund einer besonders schweren Schädigung nicht wieder ab, weil die Hauterscheinung bereits durch geringfügige Noxen, die bei gesunder Haut unschädlich wären, weiterhin unterhalten wird.

In Abgrenzung dazu handelt es sich schließlich um eine *richtungsgebende Verschlimmerung*, wenn der gesamte (ursprünglich durch die Krankheit ausgelöste) Leidensverlauf durch den Eintritt des Versicherungsfalles nachhaltig beschleunigt bzw. gefördert wird und somit einen schwereren Verlauf nimmt.

Beispiel:

Bereits vorberuflich waren gelegentlich Hauterscheinungen aufgrund unterschiedlicher irritativer Einwirkungen zu beobachten, die aber nur eine sehr geringe Intensität (deutlich unterhalb einer messbaren MdE) aufwiesen. Nunmehr liegt, durch beruflich chemisch-irritative Einflüsse bedingt, ein Hauterscheinungsbild vor, das einer messbaren MdE entspricht.

In den beiden zuletzt genannten Fällen hat der Versicherungsfall eine irreversible Verschlechterung der Krankheitserscheinungen ausgelöst, d.h. wesentlich

116 Plagemann/Hontschik, Medizinische Begutachtung im Sozialrecht, Rdnr. 260.

verursacht. Der UV-Träger ist daher im Hinblick auf die Verschlimmerungsfolgen dauerhaft entschädigungspflichtig.¹¹⁷

Ob eine schädigende berufliche Einwirkung i.S. der haftungsbegründenden Kausalität als wesentliche (Teil-)Ursache einer festgestellten Erkrankung i.S. des BK-Rechts anzusehen ist, hängt ausschließlich von der auch sonst insoweit zu treffenden rechtlichen Wertung ab. Dabei steht der Umstand, dass z.B. schon außerberuflich erworbene Sensibilisierungen oder Veranlagungen als notwendige Vorbedingungen für die Auslösung einer Hauterscheinung zu erachten sind, der Anerkennung einer schließlich durch berufliche Einflüsse ausgelösten Hauterkrankung als BK nicht entgegen. Die in diesem Zusammenhang stets zu beantwortende Frage der haftungsbegründenden Kausalität stellt sich unabhängig davon, ob es sich bei der diagnostizierten vermeintlichen Berufskrankheit um einen Fall der Entstehung oder um einen solchen der Verschlimmerung handelt. Gleichwohl ist auch diese Frage für die Entschädigungspraxis im Rahmen der haftungsausfüllenden Kausalität von großem Interesse, geht es doch hier darum, die entschädigungspflichtigen Folgen eines Versicherungsfalles von den nicht entschädigungspflichtigen zu trennen. Während die durch einen Versicherungsfall „entstandenen“ Gesundheitsschäden in vollem Umfang zu entschädigen sind, ist die Haftung der gesetzlichen Unfallversicherung im Falle der Verschlimmerung auf die Entschädigung des Verschlimmerungsanteils begrenzt. Bei entsprechenden Verdachtsmomenten bzw. Anhaltspunkten ist der Auftrag an den Gutachter entsprechend zu formulieren und das Resultat dieser Begutachtung kritisch zu würdigen.

Verfasser:

Karl-Friedrich Köhler
Fachhochschule des Bundes für öffentliche Verwaltung
- Fachbereich Landwirtschaftliche Sozialversicherung -
Weißensteinstraße 70 – 72
34131 Kassel

117 Plagemann/Hontschik, Medizinische Begutachtung im Sozialrecht, Rdnr. 260.

Die neue Erwerbsminderungsrente in der Alterssicherung der Landwirte

I. Allgemeines

1. In-Kraft-Treten
2. Inhalt und Zweck des neuen § 13 ALG i.V.m. § 43 SGB VI
3. Rentenhöhe
4. Hinzuverdienst, Sonderregelungen
5. Übergangsregelungen

II. Minderung der Erwerbsfähigkeit

1. Allgemeine Grundsätze
 - a) Ursache der Erwerbsminderung
 - b) Dauer der Erwerbsminderung
 - c) Bestehendes Leistungsvermögen
 - d) Erreichen des Arbeitsplatzes
 - e) Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes
2. Teilweise Erwerbsminderung
3. Volle Erwerbsminderung

III. Versicherungsrechtliche Voraussetzungen

1. Pflichtbeiträge für mindestens 3 Jahre in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung
2. Verlängerung des Fünf-Jahres-Zeitraumes
 - a) Rentenbezugszeiten
 - b) Pflichtbeitragszeiten der Rentenversicherung, hauptberufliche außerlandwirtschaftliche Tätigkeit
 - c) Berücksichtigungszeiten
 - d) Anrechnungszeiten und gleichgestellte Zeiten
 - e) Zeiten der Versicherungsfreiheit in der Rentenversicherung
 - f) Mitgliedschaftszeiten in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung

- g) Zeiten nach Unternehmensabgabe nach der Vollendung des 60. Lebensjahres
 - h) Zeiten der Flächenstilllegung und der Ersatzabgabe
 - i) Zeiten des Bezugs einer PAR
3. Allgemeine Wartezeit
- a) Vorzeitige Wartezeiterfüllung

IV. Rentenbeginn

V. Dauer der Rente (Rentenende)

VI. Hinzuverdienst

I. Allgemeines

1. In-Kraft-Treten

Das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, welches ein Bestandteil des Gesamtkonzepts der Rentenreform ist, trat am 1. Januar 2001 in Kraft¹. Durch diese vorgezogene Regelung, die erforderlich wurde, weil sonst die durch das Rentenreformgesetz 1999 zur Neuordnung der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bereits beschlossenen, durch das Rentenkorrekturgesetz² dann aber bis zum 31. Dezember 2000 ausgesetzten Rechtsänderungen in Kraft getreten wäre. In der seit dem 1. Januar 2001 geltenden Fassung ist § 13 ALG mit seinem Verweis auf § 43 SGB VI nunmehr auf alle Anträge auf Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit anzuwenden, wenn mit Ihnen Ansprüche geltend gemacht werden, die nicht bereits vor dem 1. Januar 2001 entstanden sind. Im Übrigen gilt dies auch für Anträge, die bereits bis 31. Dezember 2000 (unter Geltung des Altrechts) gestellt worden sind und zu einem Rentenbeginn im Jahre 2001 führen.

2. Inhalt und Zweck des neuen § 13 ALG

Landwirte haben einen Anspruch auf Renten wegen Erwerbsminderung, wenn sie

teilweise erwerbsgemindert nach § 43 Abs. 1 SGB VI oder voll erwerbsgemindert nach § 43 Abs. 2 SGB VI sind,

1 S. Gesetz vom 20.12.2000, BGBl. I S. 1827.

2 RKG vom 19.12.1998, BGBl. I S. 3843 ff.

- ◆ in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge zur Landwirtschaftlichen Alterskasse gezahlt haben,
- ◆ vor Eintritt der Erwerbsminderung die Wartezeit von fünf Jahren erfüllt haben und
- ◆ das Unternehmen der Landwirtschaft abgegeben ist.

Eine volle Erwerbsminderung liegt nicht vor, wenn Versicherungspflicht nach § 1 Abs. 3 ALG vorliegt.

Wie in der gesetzlichen Rentenversicherung dient die Rente wegen Erwerbsminderung auch in dem Teilsicherungssystem der „Alterssicherung der Landwirte“ (AdL) dem Ziel, einen durch Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetretenen Verdienstaufschlag insoweit zu ersetzen, damit der Lebensunterhalt des Landwirts und seiner Familie teilweise sichergestellt ist. Die Höhe der Leistung wird hierbei durch das Ausmaß der Erwerbsminderung bestimmt, wobei bis zu einem gewissen Punkt der Erwerbsminderung unterstellt wird, dass noch ein wirtschaftlich verwertbares Restleistungsvermögen besteht. In diesen Fällen soll nur eine halbe Leistung erbracht werden.

Durch diese zweistufige Erwerbsminderungsrente wurde das bisherige Recht der Renten wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit in der gesetzlichen Rentenversicherung mit den sich daraus ergebenden Auswirkungen für die AdL zum 1. Januar 2001 verwirklicht. Seit diesem Zeitpunkt wird zwischen einem Anspruch auf Rente wegen teilweiser und einem Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung unterschieden. Diese beiden Ansprüche auf Erwerbsminderungsrente können auch zeitgleich nebeneinander bestehen. Auf die Regelung des § 27 Abs. 1 ALG wird hingewiesen.³

Die bisher im Wesentlichen durch die Rechtsprechung entwickelten unbestimmten Rechtsbegriffe, die nach dem Altrecht als Eingangsvoraussetzungen maßgeblich waren („voll-schichtiges und unter-vollschichtiges, halb-schichtiges und unter-halbschichtiges Leistungsvermögen“), wurden durch die konkrete Vorgabe von Stundenansätzen in § 43 SGB VI abgelöst. So führt ein auf weniger als drei Stunden täglich gemindertem Leistungsvermögen zu einer vollen Erwerbsminderung, während eine Minderung des Leistungsvermögens auf drei bis unter sechs Stunden täglich nunmehr eine teilweise Erwerbsminderung bewirkt. Versicherte, die dagegen noch mindestens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein können, erhalten grundsätzlich keine Rente wegen Erwerbsminderung.

3 Vgl. § 89 Abs. 1 SGB VI.

Bei einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden ist eine volle Erwerbsminderungsrente zu leisten, wenn der Versicherte das verbliebene Restleistungsvermögen nicht in Erwerbseinkommen umsetzen kann. Hierbei wird von einem für den Versicherten verschlossenen Arbeitsmarkt ausgegangen. Anders noch als nach den Regelungen des Rentenreformgesetzes 1999 (RRG 1999) wird die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelte sog. konkrete Betrachtungsweise beibehalten.

Wurde ein Leistungsvermögen von täglich sechs Stunden oder mehr festgestellt, ist die jeweilige Arbeitsmarktlage ohne Bedeutung. Ein Rentenanspruch wird grundsätzlich nicht entstehen. In der Folge ist das entstandene Risiko der Arbeitslosigkeit in derartigen Fällen, ähnlich wie schon nach dem Altrecht bei einem vollschichtigen Leistungsvermögen, allein von der Arbeitslosenversicherung und nicht von der Rentenversicherung zu tragen.

In der AdL kommt es wie nach dem Altrecht nicht auf die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit von der Ausbildung oder einem beruflichen Status des Versicherten an. Diese kann allenfalls der Rentenversicherung bei Versicherten eine Rolle spielen, die vor dem 2. Januar 1961 geboren sind und möglicherweise einen Anspruch auf Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung geltend machen, weil sie berufsunfähig im Sinne des § 240 SGB VI sind.

Die Regelung, nach der bestimmte Personen in der Zeit einer nicht erfolgreichen Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt als voll erwerbsgemindert anzusehen sind (s. § 43 Abs. 2 Satz 3 SGB VI), wird in erster Linie für Behinderte in der gesetzlichen Rentenversicherung von Bedeutung sein, die in einer Werkstatt für Behinderte tätig waren und eine Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt gescheitert ist.

Versicherte, die unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig sein können, sind nicht erwerbsgemindert (s. § 13 Abs. 1 ALG i.V.m. § 43 Abs. 3 SGB VI). Die Situation des jeweiligen Arbeitsmarktes ist hierbei nicht von Bedeutung.

Die Absätze 4 bis 6 des § 43 SGB VI gelten nur für die gesetzliche Rentenversicherung, da in der AdL Sonderregelungen vorhanden sind (s. § 13 Absätze 2 und 4 ALG).

Während nach dem bisher geltenden Recht Selbstständige von einem Anspruch wegen Erwerbsunfähigkeit zumindest solange ausgeschlossen waren, wie sie noch eine selbstständige Tätigkeit ausübten, hat dieser Personenkreis nunmehr unter den gleichen Voraussetzungen wie nicht Selbstständige einen Anspruch auf eine Rente wegen Erwerbsminderung.

Ebenfalls anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung wird der Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung nicht bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres befristet, wie es nach § 43 Abs. 1 Satz 1 erforderlich ist.

3. Rentenhöhe

Wie nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht beträgt der Rentenartfaktor für die Rente wegen voller Erwerbsminderung nach § 23 Abs. 6 Nr. 2 ALG 1,0. Ebenso wie in der gesetzlichen Rentenversicherung, bei der es eine Rente wegen Berufsunfähigkeit mit einem Rentenartfaktor 0,6667 gab, gilt nun erstmals seit dem 1. Januar 2001 ein Rentenartfaktor von 0,5 auch für die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung in der AdL (s. § 23 Abs. 6 Nr. 3 ALG).

Durch die Einführung eines Rentenabschlags bei den Erwerbsminderungsrenten von höchstens 10,8% wollte der Gesetzgeber sog. Ausweichreaktionen der Versicherten von den vorzeitigen Altersrenten hin zu den Erwerbsminderungsrenten vermeiden. Obwohl derartige Ausweichreaktionen in der AdL weder möglich waren noch sind, wurden auch in diesem Rechtsbereich die Rentenabschläge für die Erwerbsminderungsrenten eingeführt. Eine gewisse Abmilderung dieser Regelung soll dadurch erreicht werden, dass die sog. Zurechnungszeit zwischen dem 55. und dem 60. Lebensjahr (mit einer gewissen Übergangszeit) in voller Höhe angerechnet wird.

4. Hinzuverdienst, Sonderregelungen

Erzielt ein Versicherter neben einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen (mit Ausnahme von Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft) oder entsprechend anzurechnende Sozialleistungen, ordnet die Anrechnungs- oder Ruhensvorschrift des § 27a ALG i.V.m. § 96a SGB VI die teilweise oder vollständige Nichtzahlung der Rente an, wenn die in Absatz 2 der oben genannten Vorschrift bestimmten Hinzuverdienstgrenzen überschritten werden.

Das Rentenstammrecht wird bei der Erzielung von Hinzuverdienst nicht beeinflusst; d.h. der Anspruch auf die Rente wegen Erwerbsminderung ist dem Grunde nach weiterhin gegeben, sofern die Erwerbsminderung auch weiterhin vorliegt. Wird eine Rente wegen Erwerbsminderung wegen Überschreitens der Hinzuverdienstgrenze zunächst nicht geleistet (sog. Nullrente), richtet sich der Rentenbeginn gleichwohl nach § 30 Abs. 1 ALG i.V.m. § 99 Abs. 1 SGB VI. Fällt der berücksichtigte Hinzuverdienst weg, tritt kein neuer Versicherungsfall ein, vielmehr wird die Rente wieder in voller Höhe geleistet.

Eine Besonderheit im Zusammenhang mit § 13 ALG i.V.m. § 43 SGB VI gilt für Versicherte, die entweder die Erwerbsminderung absichtlich herbeigeführt oder sich diese bei einer Straftat zugezogen haben. In diesen Fällen besteht der Anspruch entweder nicht (s. § 31 ALG i.V.m. § 103 SGB VI) oder kann ganz oder teilweise versagt werden (s. § 31 ALG i.V.m. § 104 SGB VI).

5. Übergangsregelungen

Die Regelungen des intertemporalen Rechts im Zusammenhang mit der Rente wegen Erwerbsminderung sind die §§ 92a, 93a und 95a ALG. Die für diesen Bereich maßgebenden Vorschriften der gesetzlichen Rentenversicherung werden im § 302b und teilweise im § 313 SGB VI dargelegt; die §§ 240, 241, 313a und 314b SGB VI sind Spezialregelungen für die Rentenversicherung.

Die Vorschrift des § 95 Abs. 1 ALG schützt die Renten wegen Erwerbsunfähigkeit, die nach dem bis 31. Dezember 2000 geltenden Recht festgestellt wurden. Diese Renten werden auch nach diesem Zeitpunkt ohne Berücksichtigung der Hinzuverdienstgrenze geleistet. Zu einem bereits bestehenden Anspruch am 31. Dezember 2000 (auf Rente wegen Erwerbsunfähigkeit) kann ab dem 1. Januar 2001 ein nach neuem Recht festgestellter Anspruch auf Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung hinzutreten. Eine dem § 302b Abs. 3 SGB VI entsprechende Regelung enthält § 95a ALG nicht, was beim Zusammentreffen von mehreren Ansprüchen auf Rente wegen Erwerbsminderung für den denselben Zeitraum zur Anwendung des § 27 Abs. 1 ALG führt.

Bei einem bis zum 31. März 2001 gestellten Antrag ist dieser zunächst unter Zugrundelegung des bis 31. Dezember 2000 geltenden Recht zu prüfen. Ergibt sich bei dieser Prüfung, dass ein Anspruch mit Rentenbeginn vor dem 1. Januar 2001 besteht, ist die Rente nach altem Recht zu bewilligen (s. § 94 Abs. 2 und 4 und § 95a ALG). Entsteht ein Anspruch nach Altrecht nicht oder würde die Rente erst nach dem 31. Dezember 2000 beginnen, so ist der Antrag unter Beachtung des neuen Rechts zu prüfen (s. § 94 Abs. 1 Satz 1 ALG). Verstirbt der Bezieher einer Rente wegen voller Erwerbsminderung, die nach dem bis 31. Dezember 2000 geltenden Recht bezogen wurde, werden die Hinterbliebenenrenten ohne Rentenabschläge geleistet, wenn der Rentenanspruch innerhalb von 24 Kalendermonaten nach dem Tod des Versicherten entsteht (s. § 95a Abs. 2 ALG).

Des Weiteren werden durch die §§ 92a, 93a ALG die verbesserte Anrechnung von Zurechnungszeiten und die parallel eingeführten Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten (und Renten wegen Todes) in einer Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2003 schrittweise eingeführt.

Von besonderen Regelungen hinsichtlich der Befristung von Erwerbsminderungsrenten ist die AdL - anders als die gesetzliche Rentenversicherung - nicht betroffen.

II. Minderung der Erwerbsfähigkeit

1. Allgemeine Grundsätze

a) Ursache der Erwerbsminderung

Ob das Restleistungsvermögen eines Versicherten eingeschränkt ist, beurteilt sich allein nach gesundheitlichen Gründen, wie z.B. Krankheit oder Behinderung. Andere Gründe, wie z.B. ein bestimmtes Lebensalter spielen hingegen keine Rolle.

b) Dauer der Erwerbsminderung

Wie auch bereits nach dem bis 31. Dezember 2000 geltenden Recht muss die Einschränkung des Leistungsvermögens auf nicht absehbare Zeit vorliegen, wenn sie zu einer Rentenleistung führen soll. Eine derartige Leistungseinschränkung „auf nicht absehbare Zeit“ ist anzunehmen, wenn die Leistungseinschränkung für einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten vorliegt. Sofern eine Leistungseinschränkung vor Ablauf dieser Frist wieder entfallen ist, kann das Vorliegen eines Anspruchs nach § 13 ALG i.V.m. § 43 SGB VI verneint werden.

c) Bestehendes Leistungsvermögen

Ist das Leistungsvermögen eines Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auf drei bis unter sechs Stunden täglich begrenzt, liegt eine teilweise Erwerbsminderung nach § 13 Abs. 1 Nr. 1 ALG vor. Eine volle Erwerbsminderung wird dagegen erst dann angenommen, wenn das Restleistungsvermögen auf unter drei Stunden täglich herabgesunken ist (s. § 13 Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 43 Abs. 2 SGB VI).

Somit ist nach dem Gesetzeswortlaut allein das zeitliche Leistungsvermögen entscheidend, welches mit Hilfe der sozialmedizinischen Gutachten und sonstigen medizinischen Unterlagen festzustellen ist. In diesen Fällen spricht man von der sog. abstrakten Betrachtungsweise.

Nach § 13 Abs. 1 ALG i.V.m. § 43 Abs. 3 SGBVI kommt eine teilweise oder volle Erwerbsminderung erst dann in Frage, wenn das Leistungsvermögen auf unter sechs Stunden täglich abgesunken ist. Hierbei ist nach der Gesetzesbegründung eine regelmäßige Arbeitszeit im Rahmen einer Fünf-Tage-Woche zugrunde zu legen.

Für die Feststellung des zeitlichen Leistungsvermögens kommen sämtliche auch leichte Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes in Frage. Indes ist eine Untergrenze zu beachten, welche dann erreicht ist, wenn allenfalls geringe Anforderungen an das physische und psychische Leistungsvermögen gestellt werden können. Solange der Versicherte noch in der Lage ist, eine Tätigkeit von wenigstens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes auszuüben, liegt weder eine teilweise noch eine volle Erwerbsminderung vor.

Im Einzelfall kann jedoch der Tatsache, dass ein Versicherter noch eine berufliche Tätigkeit tatsächlich ausübt ein stärkerer Beweiswert zukommen als den medizinischen Feststellungen. In derartigen Fällen dokumentiert der Versicherte durch die Ausübung der Tätigkeit, dass er sehr wohl noch in der Lage ist in einem bestimmten Umfang erwerbstätig zu sein.

d) Erreichen des Arbeitsplatzes

Die Möglichkeit, eine Arbeitsstelle aufzusuchen, gehört mit zur Erwerbsfähigkeit eines Versicherten. Ist der Versicherte dazu nicht mehr in der Lage, liegt unabhängig von seinem festgestellten Leistungsvermögen eine volle Erwerbsminderung vor, weil es ihm nicht möglich ist, sein Restleistungsvermögen in wirtschaftlich verwertbarer Weise durch eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu nutzen.

Bei der nicht bestehenden oder eingeschränkten Wegefähigkeit handelt es sich nach übereinstimmender Auffassung in Rechtsprechung und Literatur nicht um einen Sachverhalt, der zur Verschlussheit des Arbeitsmarktes führt. Vielmehr liegt eine volle Erwerbsminderung allein aufgrund eines medizinischen Sachverhaltes vor.

Steht dem Versicherten, dessen Wegefähigkeit eingeschränkt ist, kein Kraftfahrzeug zur Verfügung, kommt es entscheidend darauf an, ob er einen Arbeitsplatz mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen kann. Dies ist nach höchstrichterlicher Rechtsprechung der Fall, wenn eine Wegstrecke von 4 x mehr als 500 m in einer zumutbaren Zeit von jeweils etwa 15 Min. (20 Min. sind nicht zumutbar) zurückgelegt werden kann. Bei dieser Wegstrecke handelt es sich um einen abstrakten Maßstab; dieser gilt unabhängig davon, ob die tatsächlich zu den Haltestellen zurückzulegende Strecke kürzer oder länger ist. Eine volle Erwerbsminderung liegt in diesen Fällen nur dann vor, wenn der Versicherte einen seinem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz inne hat, den er mit der zulässigen Wegstrecke tatsächlich

erreicht, oder wenn ihm ein solcher Arbeitsplatz tatsächlich angeboten wird.

Besitzt der Versicherte ein eigenes Kraftfahrzeug oder kann er darüber verfügen, wird davon ausgegangen, dass er einen entsprechenden Arbeitsplatz erreichen kann, obwohl die vorgenannte Wegstrecke von 4 x mehr als 500 m nicht zurückgelegt werden kann.

Anders als in der gesetzlichen Rentenversicherung ist es in der AdL nicht möglich, für Versicherte, die in ihrer Wegefähigkeit eingeschränkt sind, während des Rentenverfahrens die Rehabilitationsleistung „Gewährung einer Kfz.-Hilfe“ zu prüfen und ggf. dadurch das Erreichen eines Arbeitsplatzes zu ermöglichen.

e) Übliche Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes

Die Feststellung des Leistungsvermögens richtet sich nach den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes. Diese „üblichen Bedingungen“ sind keine Kriterien, welche außerhalb der zeitlichen Leistungsfähigkeit eines Versicherten zu betrachten sind. Vielmehr muss geprüft werden, wie die tägliche Arbeitsleistung von ihrem zeitlichen Umfang her einzustufen ist, die der Versicherte unter Beachtung der üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes leisten kann.

Nach dem eindeutigen Gesetzeswortlaut des § 43 Abs. 1 Satz 2, Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 SGB VI („unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“) muss konkret geprüft werden, ob ein Versicherter tatsächlich die für möglich gehaltene Arbeitszeit auch unter den arbeitsmarktüblichen Bedingungen arbeiten kann. Wird dies bei einem Versicherten, der z.B. noch mindestens sechs Stunden täglich einsetzbar ist, bejaht, erübrigen sich weitere Feststellungen, weil dieser Versicherte weder teilweise noch voll erwerbsgemindert ist.

Der Begriff „unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ bezieht sich auf sämtliche Elemente eines Arbeitsverhältnisses. Üblich sind die Arbeitsbedingungen, wenn entsprechende Beschäftigungsverhältnisse nicht nur in Einzel- und Ausnahmefällen, sondern in nennenswertem Umfang vorliegen. Hierbei sind die Verhältnisse im Einzelfall maßgebend.

Hinsichtlich der sog. räumlichen Verweisbarkeit ist bei einer nur noch teilweise möglichen Beschäftigung davon auszugehen, dass für den Versicherten lediglich der regionale Arbeitsmarkt maßgebend ist. Für diesen Versicherten kommt es daher allein auf die Arbeitsmöglichkeiten an, die er durch tägliches Pendeln von seiner Wohnung aus erreichen

kann⁴. Von einer solchen Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeit ist auszugehen, wenn das Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich festgestellt wurde.

Auch Dauer und Verteilung der Arbeitszeit zählen zu den üblichen Arbeitsbedingungen, so dass notwendigen Arbeitsunterbrechungen eine erhebliche Bedeutung zukommt. Für Arbeitszeiten von täglich mehr als sechs Stunden ist die Arbeitszeitordnung für den Umfang von Arbeitspausen oder sonstige tarifrechtliche Regelungen oder betriebliche Vereinbarungen von Bedeutung. Werden Arbeitsunterbrechungen benötigt, die über das arbeitsmarktübliche Maß hinausgehen, wird der Versicherte regelmäßig kein Arbeitsverhältnis finden. Nur kurzzeitige Arbeitsunterbrechungen, wie z.B. bei Diabetikern zur zusätzlichen Nahrungsaufnahme, gehen nicht über das übliche Maß der Arbeitspausen hinaus. Derartige Zeiten werden im Allgemeinen zusätzlich zu den üblichen Arbeitspausen als sog. persönliche Verteilzeit zugerechnet.

Bereits nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht war zu prüfen, ob dem Versicherten noch Tätigkeiten möglich waren, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblicherweise gefordert werden. Wurde dies verneint, handelte es sich i.S.d. Rechtsprechung des BSG um einen „Seltenheits- oder Katalogfall“. Ohne einen seinem Leistungsvermögen entsprechenden Arbeitsplatz, war eine Verweisung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht möglich und wegen des dann verschlossenen Arbeitsmarktes eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit zu leisten. In diesem Sinne handelt es sich bei den „üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes“ schlussendlich um die Normierung eines Teils der bisher auch schon geltenden (von der Rechtsprechung entwickelten) konkreten Betrachtungsweise. Eine generelle besondere Benennung einer Tätigkeit, die der Versicherte noch ausüben kann, ist nach der verwaltungsinternen Prüfung der vorgenannten Voraussetzungen nicht erforderlich, wenn der Versicherte noch wenigstens sechs Stunden täglich einsatzfähig ist. Nur dann, wenn eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen oder eine schwere spezifische Leistungsbehinderung vorliegt, ist die Benennung einer konkreten Verweisungstätigkeit, die dem Leistungsvermögen des Versicherten entspricht, ausnahmsweise erforderlich.

Liegt bei einem Versicherten eine schwere spezifische Leistungsbehinderung oder eine Summierung ungewöhnlicher Leistungsein-

4 Großer Senat BSG vom 10.11.1976, BSGE 43, 75 ff.

schränkungen vor (sog. atypischer Fall), so hat er z.B. trotz eines Leistungsvermögens von sechs Stunden täglich keine Möglichkeit mehr, am Erwerbsleben teilzuhaben.

Die gesundheitlichen Einschränkungen führen dazu, dass der Versicherte möglicherweise nicht in einem Betrieb einsetzbar ist. Indes ist ein Arbeitsmarkt nur dann als nicht verschlossen anzusehen, wenn dem Versicherten eine seinem Leistungsvermögen entsprechende Tätigkeit konkret benannt werden kann. Ist dies nicht möglich, liegt volle Erwerbsminderung aus medizinischen Gründen vor.

Bei einer schweren spezifischen Leistungsbehinderung wie beispielsweise bei Einarmigkeit oder extremer Sehschwäche ist die reine Feststellung dieser Leistungsbehinderung regelmäßig unproblematisch; demgegenüber wird eine Summierung ungewöhnlicher Leistungseinschränkungen ungleich schwieriger festzustellen sein. Hierbei sind die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles maßgebend.

So kann man von einem atypischen Fall ausgehen, wenn qualitative Einschränkungen vorliegen, die einzeln oder in der Summe über das Maß dessen hinausgehen, was im Regelfall zumindest noch mit leichten Arbeiten vereinbar ist. Auf keinen Fall ist von einer qualitativen Leistungseinschränkung bereits dann auszugehen, wenn Tätigkeiten ausgeschlossen sind,

- ◆ die überwiegendes Stehen oder ständiges Sitzen bedingen, in Nässe oder Kälte oder häufigem Bücken zu leisten sind, besondere Fingerfertigkeit erfordern und mit besonderen Unfallgefahren verbunden sind,
- ◆ wie z.B. Arbeit im Akkord, im Schichtdienst oder an laufenden Maschinen,
- ◆ die besondere Anforderungen an das Seh-, Hör- oder Konzentrationsvermögen stellen,
- ◆ die häufiges Bücken erfordern.

2. Teilweise Erwerbsminderung

Ist ein Versicherter in seinem Leistungsvermögen gesundheitsbedingt eingeschränkt auf drei bis unter sechs Stunden täglich, gemessen an den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes, so liegt eine teilweise Erwerbsminderung nach § 13 Abs. 1 ALG i.V.m. § 43 Abs. 1 Satz 2 SGB VI vor. Somit ist im Einzelfall festzustellen, wie viele Stunden täglich der Versicherte auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter den dort üblichen Bedingungen erwerbstätig sein kann. Nach dem so festgestellten Leistungsvermögen ist

von einer medizinisch bedingten teilweisen Erwerbsminderung auszugehen. Gleichzeitig kann auch eine volle Erwerbsminderung vorliegen, wenn der Versicherte keinen entsprechenden Arbeitsplatz innehat, der Arbeitsmarkt für ihn somit als verschlossen anzusehen ist.

Für die Beurteilung des Anspruchs auf Rente wegen Erwerbsminderung kommt es somit allein auf das festgestellte Leistungsvermögen an. Übt ein Versicherter eine darüber hinausgehende Beschäftigung auf Kosten seiner Restgesundheit aus, ist dies für den Anspruch selbst ohne Bedeutung. Danach erhält ein Versicherter mit einem Leistungsvermögen zwischen drei und sechs Stunden täglich auch dann eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung, wenn er tatsächlich mindestens sechs Stunden täglich arbeitet. Allerdings werden die dabei erzielten Einkünfte nach § 27a ALG i.V.m. § 96a SGB VI eingerechnet.

3. Volle Erwerbsminderung

Ein Versicherter, dessen Leistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes gesundheitsbedingt auf unter drei Stunden täglich herabgesunken ist, ist voll erwerbsgemindert nach § 13 Abs. 1 ALG i.V.m. § 43 Abs. 2 Satz 2 SGB VI. Anders noch als nach dem bis zum 31. Dezember 2000 geltenden Recht ist es hierbei unerheblich, ob der Versicherte mit seinem verbliebenen Leistungsvermögen noch in der Lage ist, Einkünfte oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze zu erzielen.

Weiterhin sind Selbstständige ab dem 1. Januar 2001 nicht mehr von der Rente wegen Erwerbsminderung ausgeschlossen. In der AdL war die Möglichkeit, dass ein Selbstständiger zumindest eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhielt, wenn er weiterhin selbstständig tätig war, ohnehin nicht gegeben.

Zumindest rentenrechtlich ohne Bedeutung ist eine Erwerbsminderung eines Versicherten, der noch in der Lage ist, wenigstens sechs Stunden täglich unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erwerbstätig zu sein. Bei einem derartigen Leistungsvermögen kommt es auch nicht darauf an, ob der Versicherte einen Arbeitsplatz innehat oder nicht. So kann ein Anspruch auf Rente wegen Erwerbsminderung regelmäßig ab einem Leistungsvermögen von sechs Stunden täglich nicht entstehen.

Im Umkehrschluss ergibt sich daraus, dass Versicherte mit einem Leistungsvermögen von weniger als sechs Stunden täglich unter Berücksichtigung der jeweiligen Arbeitsmarktlage einen Rentenanspruch erwerben können. Obwohl eigentlich (medizinisch) nur teilweise erwerbsgemindert, sind daher Versicherte mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich dann voll erwerbsgemindert, wenn der Arbeitsmarkt für sie verschlossen ist.

Liegt medizinisch betrachtet teilweise Erwerbsminderung vor und ist der Arbeitsmarkt für den Versicherten verschlossen, so besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung aus gesundheitlichen Gründen und ein Anspruch auf Rente wegen voller Erwerbsminderung aus arbeitsmarktbedingten Gründen. In derartigen Fällen kommt es in der AdL nicht zu dem Ergebnis der gesetzlichen Rentenversicherung, nach dem dort die Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung auf Dauer und die wegen voller Erwerbsminderung befristet zu leisten ist. Eine Zeitrentengewährung ist in der AdL nicht normiert. Auch ist die Vorschrift des § 102 Abs. 2 SGB VI nicht entsprechend anzuwenden.⁵

Nach der Intention des Gesetzgebers sollen Versicherte eine Rente wegen voller Erwerbsminderung erhalten, wenn sie das verbliebene Restleistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich wegen „Arbeitslosigkeit“ nicht in Erwerbseinkommen umsetzen können.⁶

Daraus kann nicht geschlossen werden, dass nur dann eine volle Erwerbsminderung bejaht werden kann, wenn Arbeitslosigkeit i.S.d. § 118 SGB III vorliegt. Vielmehr soll nach dem Willen des Gesetzgebers die konkrete Betrachtungsweise, wie sie von der Rechtsprechung entwickelt worden ist, in vollem Umfang beibehalten werden. Arbeitslosigkeit, so wie sie im Rahmen der konkreten Betrachtungsweise zu verstehen ist, kann sich nur auf eine Tätigkeit beziehen, die dem Leistungsvermögen des Versicherten entspricht.

Ein Versicherter, der ohne einen seinen gesundheitlichen Einschränkungen entsprechenden Arbeitsplatz, auf Kosten seiner Restgesundheit wenigstens drei Stunden täglich arbeitet, ist zwar nicht arbeitslos i.S.d. § 118 SGB III, aber gleichwohl arbeitslos i.S. der konkreten Betrachtungsweise. Diese rentenrechtlich relevante Arbeitslosigkeit liegt auch dann vor, wenn der Versicherte als Arbeitssuchender gemeldet ist und Ansprüche auf Leistungen nach dem SGB III hat oder nicht hat. Ist der Arbeitsmarkt für eine zumutbare Tätigkeit bei Versicherten mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich verschlossen und beziehen diese Versicherten z.B. Entgelt wegen Lohnfortzahlung, Krankengeld oder Arbeitslosengeld und stehen möglicherweise noch in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis (Ausnahme: Arbeitslosengeld), so sind sie doch bereits mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit voll erwerbsgemindert. Werden z.B. nach § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. c SGB VI (Hilfe zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes) Leistungen an einen Versicherten erbracht, der arbeitsunfähig erkrankt ist und ein Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich hat, ist bis zur tatsächlichen Aufnahme einer

5 S. § 30 Abs. 1 ALG

6 S. Gesetzesbegründung zu § 43 SGB VI

entsprechenden Teilzeitbeschäftigung von voller Erwerbsminderung wegen verschlossenen Arbeitsmarktes auszugehen.

Auch unter Geltung des Neurechts sind die Grundsätze des Großen Senats des BSG vom 10. Dezember 1976⁷ weiterhin anzuwenden. Ist das Leistungsvermögen eines Versicherten auf drei bis unter sechs Stunden täglich herabgesunken, muss geprüft werden, ob für ihn seinem Leistungsvermögen entsprechende Arbeitsplätze in ausreichender Zahl vorhanden sind. Von einem verschlossenen Arbeitsmarkt ist auch dann auszugehen, wenn es dem Rentenversicherungsträger (auch der LAK) und dem zuständigen Arbeitsamt nicht gelingt, dem Versicherten innerhalb eines Jahres seit Rentenantragstellung einen geeigneten Arbeitsplatz zu vermitteln. Diese einjährige Frist muss nicht abgewartet werden, wenn bereits bei der Meldung als Arbeitssuchender oder während der Vermittlungsbemühungen festgestellt wird, dass eine Teilzeitarbeit innerhalb dieser Frist mit aller Wahrscheinlichkeit nicht vermittelt werden kann.⁸

Anders als die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung praktizieren die LAKen ein Verfahren zur Prüfung der Verschlossenheit des Teilzeitarbeitsmarktes vor der Bewilligung der Rente. Bei allen Versicherten mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich, wird das Arbeitsamt angefragt, ob für diese Versicherten noch eine Möglichkeit der Arbeitsvermittlung besteht. Antwortet das zuständige Arbeitsamt in dem Sinne, dass noch eine Vermittlung möglich ist, wird erst eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung gewährt bis letztendlich feststeht, ob es tatsächlich zu einer Vermittlung gekommen ist. Erst dann wird, ggf. auch rückwirkend, eine Rente wegen voller Erwerbsminderung geleistet. Dieses Verfahren wurde zunächst versuchsweise für den Zeitraum bis 30.06.2002 praktiziert, um danach zu entscheiden, ob auch die LAKen künftig - wie die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung - auf die generelle Anfrage bei den Arbeitsämtern in den beschriebenen Fällen verzichten können. Dies sollte aus wirtschaftlichen und verwaltungspraktikablen Gründen dann in Erwägung gezogen werden, wenn es nur in Ausnahmefällen zu einer tatsächlichen Vermittlung in eine Teilzeitbeschäftigung gekommen ist und somit die LAK eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung leistet.

Weiterhin sind die Auswirkungen des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TZBfG), welches am 1. Januar 2001 in Kraft getreten ist, zu berücksichtigen. Nach § 8 dieses Gesetzes haben Arbeitnehmer, deren Arbeitsverhältnis länger als sechs Monate bestanden hat, einen Rechtsanspruch auf Verringerung

7 BSGE 43, 75 ff.

8 Vgl. GLA-Rdschr. Nr. 039/2001 vom 06.04.2001, S. 15.

der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Diese Regelung gilt für sämtliche Arbeitgeber, die außer den in Berufsausbildung befindlichen Personen regelmäßig mehr als 15 Arbeitnehmer beschäftigen. Der Anspruch ist nur dann ausgeschlossen, wenn der Arbeitgeber entgegenstehende betriebliche Gründe nachweist oder wenn die Verkürzung der Wochenarbeitszeit zu unverhältnismäßig hohen Kosten führt. Für Versicherte, die in ihrer bisher ausgeübten Tätigkeit zwar grundsätzlich noch einsetzbar sind, aber nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich, kann in der Folge der Arbeitsmarkt dann nicht verschlossen sein, wenn sie im Rahmen eines noch bestehenden Arbeitsverhältnisses Anspruch auf die Anpassung der täglichen Arbeitszeit an ihr verbliebenes Restleistungsvermögen haben. Faktisch haben sie dann Zugang zu einem Arbeitsplatz, der ihrem Leistungsvermögen entspricht und sind daher nicht anders zu behandeln als Versicherte, denen ein Teilzeitarbeitsplatz angeboten wird.

Hat ein Versicherter mit einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden einen entsprechenden Arbeitsplatz oder kann ihm ein solcher angeboten werden, liegt keine volle Erwerbsminderung, sondern lediglich eine teilweise Erwerbsminderung vor. Bei einem Versicherten mit einem Leistungsvermögen von weniger als drei Stunden täglich ist eine entsprechend ausgeübte Tätigkeit (weniger als drei Stunden täglich) für den Rentenanspruch unerheblich. Indes sind die erzielten Entgelte im Rahmen des § 27a ALG i.V.m. § 96a SGB VI anzurechnen.

Grundsätzlich gelten die Regelungen für die abhängig Beschäftigten in der gesetzlichen Rentenversicherung gleichermaßen für selbstständig Tätige, von denen ja auch in der gesetzlichen Rentenversicherung einige pflichtversichert sind. Beide Personengruppen sollen prinzipiell gleiche Leistungen in Anspruch nehmen können. Der im Rahmen der Feststellung von teilweiser oder voller Erwerbsminderung als Maßstab dienende allgemeine Arbeitsmarkt umfasst daher auch selbstständige Tätigkeiten. Wird eine selbstständige Tätigkeit von wenigstens drei Stunden täglich ausgeübt und entspricht sie dem Restleistungsvermögen des Versicherten, ist der Arbeitsmarkt nicht als verschlossen anzusehen und ein Anspruch auf volle Erwerbsminderungsrente nicht gegeben.

Im Übrigen ist festzuhalten, dass eine selbstständige Tätigkeit im Regelfall eine längere Arbeitszeit als drei Stunden täglich erfordert. So ist davon auszugehen, dass für einen Selbstständigen, der täglich drei bis unter sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann, der Teilzeitarbeitsmarkt nicht als verschlossen anzusehen ist.

Eine geringfügige Beschäftigung oder Tätigkeit i.S.d. § 8 SGB IV stellt keine einem Leistungsvermögen von drei bis unter sechs Stunden täglich

entsprechende Teilzeitarbeit dar. Somit ist eine derartige Beschäftigung oder Tätigkeit für die Entscheidung über den Rentenanspruch auf eine Erwerbsminderungsrente ohne Bedeutung. Versicherte, die noch mindestens drei aber nicht mehr sechs Stunden täglich arbeiten können, erhalten somit auch dann eine arbeitsmarktbedingte volle Erwerbsminderungsrente, wenn sie neben der Rente eine geringfügige Beschäftigung oder geringfügige selbstständige Tätigkeit ausüben.

(Der Beitrag wird im nächsten Heft fortgesetzt)

Verfasser:

Helmut Giese

Am Rohleiber 12

34302 Guxhagen

Wilfried Volbers

Anmerkungen zum Zustellungsreformgesetz - endlich kommt Bewegung in die veralteten Modalitäten für die Zustellung von Schriftstücken

1. Allgemeines

Ganz und gar nicht spektakulär, sondern vielmehr ohne besondere Resonanz in der Öffentlichkeit ist am 01.07.2002 das Gesetz zur Reform des Verfahrens bei Zustellungen in gerichtlichen Verfahren vom 25.06.2001¹ in Kraft getreten. Ein solches Gesetz war schon seit langem überfällig, genauso wie eine umfassende Änderung des Verwaltungszustellungsgesetzes, das zwar auch durch Artikel 2 des Zustellungsreformgesetzes einige Korrekturen erfuhr, dessen gründliche Reform jedoch noch aussteht.² Der Verfasser hat schon 1994 darauf hingewiesen,³ dass eine umfassende Änderung und Weiterentwicklung der Vorschriften für die Zustellung von Schriftstücken dringend erforderlich ist, so z. B. besonders auch hinsichtlich der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Verwaltungszustellungsgesetz⁴ und der damals schon veralteten Formulare.

Immerhin ist jetzt endlich Bewegung in die Angelegenheit gekommen; das zeigen

z. B. auch

- das EG-Zustellungsdurchführungsgesetz vom 09.07.2001⁵,

1 Zustellungsreformgesetz (ZustRG), BGBl. I S. 1206.

2 Immerhin liegt ein Gesetzentwurf zur Änderung des Verwaltungszustellungsgesetzes seit November 2001 vor.

3 Volbers in „Die Zustellung von Schriftstücken“, Heft 52/II der Schriftenreihe „Fortbildung und Praxis“, Asgard-Verlag Sankt Augustin, 7. Aufl. 1994, S. 22 ff.

4 AV-VwZG, Neuf. vom 13.12.1966 (Beil. zum BAnz Nr. 240/1966 vom 23.12.1966), geändert durch die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Änderung der Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Verwaltungszustellungsgesetz vom 27.04.1973 (BAnz Nr. 82/1973).

5 Gesetz zur Durchführung gemeinschaftlicher Vorschriften über die Zustellung gerichtlicher und außergerichtlicher Schriftstücke in Zivil- oder Handelssachen in den Mitgliedsstaaten (EG-Zustellungsdurchführungsgesetz - ZustDG) vom 09.07.2001 (BGBl. I S. 1536), in Kraft ab 13.07.2001.

- das Gesetz zur Anpassung von Formvorschriften des Privatrechts und anderer Vorschriften an den modernen Rechtsgeschäftsverkehr vom 13.07.2001⁶, und zwar hier insbesondere die beiden neuen Vorschriften in der Zivilprozessordnung (§ 130a = Elektronisches Dokument und § 292a = Anscheinsbeweis bei qualifizierter elektronischer Signatur)⁷ sowie
- das am 22.05.2001 in Kraft getretene Signaturgesetz,⁸ das das frühere Gesetz vom 22.07.1997 ersetzt und die europäische Richtlinie für elektronische Signaturen in deutsches Recht umsetzt.

2. Zur Ausgangslage für den Gesetzgeber

In dem Referentenentwurf zum Zustellungsreformgesetz vom 02.10.1998 weist das BMI u.a. darauf hin, dass

- das Verfahren bei Zustellungen nach den §§ 166 bis 213a ZPO in den Grundzügen und in seiner Systematik seit dem Inkrafttreten der Zivilprozessordnung nahezu unverändert geblieben ist und diese Vorschriften „in großem Umfang nicht mehr den gewandelten Lebensverhältnissen“ entsprechen und ferner die technische Entwicklung nicht ausreichend berücksichtigen,
- Überlegungen, die Vorschriften über das Verfahren bei Zustellungen zu ändern, zwar wiederholt angestellt, aber stets zurückgestellt worden seien, sich nun aber aktueller Handlungsbedarf ergeben habe durch Forderungen der Länder, zahlreiche Eingaben an die Bundesregierung und durch Petitionen, die der Bundesregierung vom Deutschen Bundestag als Material zugeleitet wurden,
- eine Reform des Zustellungsrechts auch die Auswirkungen der Poststrukturreform berücksichtigen müsse, zumal jährlich ca. 40 Mio. förmliche Zustellungen durch die Post als gesetzliches Zustellungsorgan ausgeführt würden, davon etwa die Hälfte für Gerichte,
- die Deutsche Post AG und weitere Unternehmen, die Postzustelldienstleistungen erbringen, mit dem Recht beliehen sind, förmliche Zustellungen vornehmen zu können.

6 BGBl. I S. 1542, in Kraft ab 01.08.2001.

7 Vgl. Art. 2 Nrn. 2 und 4.

8 BGBl. I S. 876 (vgl. hierzu auch Rossnagel in NJW 2001 S. 1817 ff.).

3. Zum Zustellungsreformgesetz

3.1 Änderung des Sozialgerichtsgesetzes

Durch Artikel 2 Absatz 17 ZustRG ist auch das Sozialgerichtsgesetz geändert worden. Der neugefasste § 63 Abs. 2 SGG schreibt für das gerichtliche Zustellungsverfahren vor, dass von Amts wegen nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung zugestellt wird, und dass die §§ 174 und 178 Abs. 1 Nr. 2 ZPO auf die nach §§ 73 Abs. 6 Satz 3 und 166 Abs. 2 Satz 1 SGG zur Prozessvertretung zugelassenen Personen entsprechend anzuwenden sind. Ferner wird durch die Ergänzung des § 83 Abs. 3 SGG vorgeschrieben,⁹ dass die §§ 2 bis 15 VwZG gelten, wenn eine Behörde eine Zustellung vornimmt. Gleichwohl hat auch eine Behörde, wie z. B. bei der Zustellung durch die Post mit Zustellungsurkunde Vorschriften der Zivilprozessordnung zu beachten, nämlich die neuen §§ 177 bis 181.¹⁰ Darüber hinaus entsprechen nach wie vor verschiedene Vorschriften der Zivilprozessordnung denen des Verwaltungszustellungsgesetzes, denn im Jahre 1952¹¹ musste „das Rad nicht neu erfunden werden.“

3.2 Änderung der Zivilprozessordnung

Mit Artikel 1 des Zustellungsreformgesetzes wird der bisherige Zweite Titel im Dritten Abschnitt des Ersten Buches der Zivilprozessordnung komplett ersetzt; der neue Titel 2 gliedert sich in die Untertitel

- 1 = Zustellungen von Amts wegen (§§ 166 bis 190) und
- 2 = Zustellungen auf Betreiben der Parteien (§§ 191 bis 195).

Nachstehend sollen im Hinblick auf § 3 Abs. 3 VwZG n.F. nur die geänderten Vorschriften bei der Zustellung durch die Post mit Zustellungsurkunde, nämlich die §§ 177 bis 181 ZPO, kurz angesprochen werden, zumal sie insbesondere auch für die Verwaltung der Sozialversicherungsträger von Bedeutung sind. Es handelt sich um Vorschriften über

- den Ort der Zustellung (§ 177 ZPO),

9 Dies wird allerdings auch bisher schon ab 01.01.1981 durch § 65 Abs. 1 SGB X für Behörden des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts vorgeschrieben.

10 Bisher die §§ 180 bis 186 und 195 Abs. 2 ZPO (§ 3 Abs. 3 VwZG).

11 Verwaltungszustellungsgesetz (VwZG) vom 03.07.1952 (BGBl. I S. 379), in Kraft ab 11.10.1972, zuletzt geändert durch Art. 8 des Dritten Gesetzes zur Änderung der Bundesnotarordnung und anderer Gesetze vom 31.08.1998 (BGBl. I S. 2585).

- die Ersatzzustellung in der Wohnung, in Geschäftsräumen und Einrichtungen (§ 178 ZPO),
- die Zustellung bei verweigerter Annahme (§ 179 ZPO),
- die Ersatzzustellung durch Einlegen in den Briefkasten (§ 180 ZPO) und
- die Ersatzzustellung durch Niederlegung (§ 181 ZPO).

3.2.1 Ort der Zustellung

Das Schriftstück kann der Person, der zugestellt werden soll, an jedem Ort übergeben werden, an dem sie angetroffen wird (§ 177 ZPO); nur an einem unzumutbaren Ort¹² oder zur Unzeit¹³ ist — wie schon bisher¹⁴ — eine Zustellung nicht erlaubt. Insofern ist diese Vorschrift nur redaktionell geändert worden.

3.2.2 Ersatzzustellung in der Wohnung, in Geschäftsräumen und Einrichtungen

Mit § 178 ZPO wird das Verfahren einer Ersatzzustellung jetzt einheitlich geregelt und in einer Vorschrift zusammengefasst; die früher in den §§ 181, 183 und 184 ZPO getrennt aufgeführten Ersatzzustellungsregelungen

- in der Wohnung,
 - in einem Geschäftslokal und
 - bei dem gesetzlichen Vertreter einer juristischen Person
- werden aufgegeben.

12 So z.B. in einer Kirche, auf dem Friedhof oder bei einer Fronleichnamsprozession (Kohlrust/Eimert, Das Zustellungsverfahren nach dem Verwaltungszustellungs-gesetz, C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München und Berlin, 1967 und Volbers u.a. in DOK 1974 S. 19 und in „Die Zustellung von Schriftstücken“, a.a.O., S. 124.

13 Die bisher in § 188 ZPO geregelte Zustellung zur Nachtzeit und an Sonn- und Feiertagen wurde nicht wieder aufgenommen, da es sich um eine für die Zustellungspraxis bedeutungslose Bestimmung gehandelt hat; eine weitere Begründung enthält der Referentenentwurf vom 02.10.1998 nicht. Der noch gültige § 12 Abs. 2 VwZG definiert die Nachtzeit in den Monaten April bis September von 21 Uhr bis 4 Uhr und in den Monaten Oktober bis März von 21 Uhr bis 6 Uhr; künftig soll sie einheitlich die Zeit von 21 Uhr bis 6 Uhr umfassen.

14 Vgl. §§ 180 und 188 ZPO a.F. und §§ 10 und 12 VwZG.

Gemeinsame Voraussetzung für eine Ersatzzustellung ist, dass der Zustellungsadressat nicht angetroffen wird oder dass er an der Annahme verhindert ist.¹⁵ In einem solchen Fall kann das Schriftstück

- in einer Wohnung einem erwachsenen¹⁶ Familienangehörigen, einer in der Familie beschäftigten Person oder einem erwachsenen ständigen Mitbewohner,
- in Geschäftsräumen einer dort beschäftigten Person und
- in Gemeinschaftseinrichtungen dem Leiter der Einrichtung oder einem dazu ermächtigten Vertreter

wirksam zugestellt werden (§ 178 Abs. 1 ZPO).

Alle diese Personen sind dann Ersatzempfänger. Mit Blick auf die Familienzugehörigkeit oder die vertragliche Bindung zur Familie unterstellt der Gesetzgeber ein solches Vertrauensverhältnis zu dem Zustellungsadressaten, das die Weitergabe der zuzustellenden Sendung an den Adressaten erwarten lässt.¹⁷

Unterschiedlich wurde bisher in der Rechtsprechung die Frage beurteilt, ob Lebensgefährten des Zustellungsadressaten Familienangehörige i.S.d. § 178 Abs. 1 Nr. 1 ZPO (früher § 181 Abs. 1 ZPO) für eine Ersatzzustellung sind oder nicht.¹⁸ Ab 01.08.2001¹⁹ ist diese Frage entschieden und ein Lebenspartner gilt als Familienangehöriger des anderen Lebenspartners, so-

15 So z.B. wenn der Adressat zwar anwesend, aber das Schriftstück wegen Krankheit nicht annehmen kann.

16 Ob eine Person „erwachsen“ i.S.d. § 178 Abs. 1 Nr. 1 ZPO ist, dürfte sich m.E. auch weiterhin nach dem Alter und ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung richten, ohne dass Volljährigkeit erforderlich ist (AV-VwZG, Abschn. 13 Abs. 2c) aa) zu § 11 Abs. 1 VwZG).

17 Kein Ersatzempfänger dürfte aber weiterhin der noch in der Wohnung lebende geschiedene Ehegatte des Zustellungsempfängers sein (BVerwG, Urteil vom 24.10.1957, NJW 1958 S. 1985), vgl. auch weitere Rechtsprechung und Hinweise bei Volbers in „Die Zustellung von Schriftstücken“, a.a.O., S. 126 ff.

18 So z.B. BGH, Beschluss vom 08.01.1987 (NJW 1987 S. 1562); Lebensgefährte des Zustellungsadressaten, anderer Ansicht jedoch im Urteil vom 14.03.1990 (NJW 1990 S. 1666) und OVG Hamburg, Beschluss vom 05.06.1987 (NJW 1988 S. 1807) zu einem gleichgeschlechtlichen Lebensgefährten.

19 In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Beendigung der Diskriminierung gleichgeschlechtlicher Gemeinschaften: Lebenspartnerschaften vom 16.02.2001 (BGBl. I S. 266).

weit nicht anders bestimmt ist;²⁰ das Zustellungsreformgesetz enthält hierzu keine Einschränkung.

Geschäftsräume werden jetzt den Wohnungen zustellungsrechtlich gleichgestellt, Voraussetzung ist aber, dass der Zustellungsadressat einen Geschäftsraum²¹ unterhält. Mit dieser Regelung in § 178 Abs. 1 Nr. 2 ZPO werden, wenn auch ungenannt,

- gesetzliche Vertreter und Vorsteher einer Behörde, einer Gemeinde, einer Korporation oder eines Vereins,²²
- Rechtsanwälte, Notare und Gerichtsvollzieher²³ und
- Gewerbetreibende²⁴

erfasst. Die frühere Einschränkung einer Zustellung auf die gewöhnlichen Geschäftsstunden²⁵ wurde fallengelassen, da sie nicht mehr zeitgemäß erschien und sich eine Zustellung durch die Dienstzeiten der Post automatisch regulierte.

Neu ist dagegen die Erweiterung der Ersatzzustellung in den Fallgestaltungen des § 178 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 ZPO durch das Einlegen des Schriftstückes in den Briefkasten.²⁶ Gerade bei „unseriösen Geschäftsinhabern“ hat diese bisher fehlende Möglichkeit in der Praxis häufig zu Schwierigkeiten geführt.²⁷

In § 178 Abs. 1 Nr. 3 ZPO wird nunmehr die Zustellung an Personen geregelt, die in Gemeinschaftseinrichtungen²⁸ leben. Sofern eine unmittelbare Zustellung an den Zustellungsadressaten nicht möglich ist, kann das Schriftstück dem Leiter dieser Einrichtung oder einem dafür ermächtigten Vertreter wirksam zugestellt werden.

20 Vgl. § 11 Abs. 1 LPartG (Art. 1 des vorbezeichneten Gesetzes).

21 Identisch mit dem Begriff Geschäftslokal der §§ 183 und 184 ZPO a.F. (vgl. auch hierzu die Ausführungen bei Volbers in „Die Zustellung von Schriftstücken“, a.a.O., S. 134 ff.).

22 Früher § 183 Abs. 1 ZPO.

23 Früher § 183 Abs. 2 ZPO.

24 Früher § 184 ZPO.

25 Bezogen auf die juristischen Personen des § 184 Abs. 1 ZPO a.F.

26 Vgl. § 180 ZPO n.F. und die dortigen Ausführungen in Abschn. 3.2.4.

27 Vgl. Referentenentwurf vom 02.10.1998, Begründung zum dam. § 179 Abs. 1 Nr. 2.

28 Z.B. Altenheime, Lehrlingsheime, Krankenhäuser, Kasernen.

Die bisherige Regelung in § 181 Abs. 2 ZPO a.F., wonach eine Ersatzzustellung bei Nichtantreffen z. B. des Zustellungsempfängers in seiner Wohnung an den in demselben Haus wohnenden Hauswirt oder Vermieter erfolgen konnte, sofern diese Personen zur Annahme des Schriftstückes bereit waren, entsprach nach Auffassung des Gesetzgebers nicht mehr den tatsächlichen Lebensverhältnissen; „eine solche Zustellung an Dritte, bei denen ein besonderes Vertrauensverhältnis nicht ohne weiteres vermutet werden kann, ist unter dem Schutz der Intimsphäre des Betroffenen nicht unproblematisch.“

Für alle drei Sachbereiche des § 178 Abs. 1 ZPO gilt allerdings auch weiterhin²⁹ die Einschränkung, dass eine Zustellung an eine dort bezeichnete Person dann unwirksam ist, wenn diese an dem Rechtsstreit als Gegner der Person, der zugestellt werden soll, beteiligt ist.

3.2.3 Zustellung bei verweigerter Annahme

Grundsätzlich haben sowohl der Zustellungsadressat als auch sein Vertreter kein Annahmeverweigerungsrecht; dieses besteht nur in dem Ausnahmefall, dass am „falschen Ort“³⁰ oder zur Unzeit zugestellt werden soll. Deshalb schreibt § 179 ZPO vor, dass bei einer unberechtigten Verweigerung der Annahme das Schriftstück in der Wohnung oder in dem Geschäftsraum zurückzulassen ist und damit dennoch als zugestellt gilt. Nur wenn der Zustellungsadressat keine Wohnung³¹ hat oder wenn kein Geschäftsraum vorhanden ist, muss das Schriftstück an den Absender zurückgesandt werden.

Durch das Zurücklassen des Schriftstücks in der Wohnung oder in dem Geschäftsraum soll dem Zustellungsadressaten „die Möglichkeit erhalten bleiben, seine Annahmeverweigerung nochmals zu überdenken und Kenntnis vom Inhalt des Schriftstücks zu nehmen.“³² Anders als früher³³ ist die Zurücklassung des Schriftstücks nunmehr aber auf die Wohnung oder auf den Geschäftsraum begrenzt worden.

29 Vgl. bisher § 185 ZPO a.F.

30 Vgl. hierzu die Ausführungen zu § 177 ZPO in Abschn. 3.2.1.

31 Wie z.B. ein Obdachloser.

32 Vgl. Referentenentwurf vom 02.10.1998, Begründung zum dam. § 180.

33 Nach § 181 ZPO a.F. konnte das Schriftstück „am Ort der Zustellung“, also nicht auf Wohnung oder Geschäftsraum begrenzt, zurückgelassen werden.

3.2.4 Ersatzzustellung durch Einlegen in den Briefkasten

Ein Kernstück des Zustellungsreformgesetzes ist die jetzt eingeführte Ersatzzustellung durch Einlegen des Schriftstücks in den Briefkasten, die allerdings erst dann in Betracht kommt, wenn die Zustellung in der Wohnung oder in dem Geschäftsraum (§ 178 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 ZPO) nicht ausführbar war. Nach § 180 ZPO kann in einem solchen Fall das Schriftstück in einen zu der Wohnung oder zu dem Geschäftsraum gehörenden Briefkasten oder in eine ähnliche Vorrichtung eingelegt werden, die der Adressat für den Postempfang eingerichtet hat und die in der allgemein üblichen Art für eine sichere Aufbewahrung geeignet ist. Mit der Einlegung gilt das Schriftstück als zugestellt; der Zusteller hat auf dem Umschlag des zuzustellenden Schriftstücks das Datum der Zustellung zu vermerken.

Ziel dieser neuen Vorschrift ist es, einerseits den derzeitigen hohen Anteil von Zustellungen durch Niederlegung bei der Post³⁴ spürbar zu reduzieren und gleichzeitig den Zugang der Sendung an den Adressat zu erleichtern und zu beschleunigen und andererseits eine Zustellung in Wohnungen und in Geschäftsräumen gleich zu behandeln. Damit wird ferner dem Mißstand abgeholfen, dass bisher eine Ersatzzustellung in einem Geschäftsraum oftmals daran scheiterte, dass der Zustellgang der Post nicht mit den Öffnungszeiten des Geschäftsraums übereinstimmte.³⁵

3.2.5 Ersatzzustellung durch Niederlegung

Die Möglichkeit einer Ersatzzustellung durch Niederlegung des Schriftstücks an einer „bestimmten Stelle“ wurde beibehalten, jedoch ist bei der Neufassung dieser Vorschrift³⁶ auf eine Niederlegung sowohl bei dem Gemeindevorsteher als auch beim Polizeivorsteher³⁷ verzichtet worden. Nunmehr kann das Schriftstück entweder

- auf der Geschäftsstelle des Amtsgerichts, in dessen Bezirk der Ort der Zustellung liegt, oder
- an diesem Ort, wenn die Post mit der Ausführung der Zustellung beauftragt ist, bei einer von der Post dafür bestimmten Stelle

niedergelegt werden.

34 Vgl. bisher § 182 ZPO a.F.

35 Vgl. Referentenentwurf vom 02.10.1998, Begründung zum dam. § 181.

36 Vgl. § 181 ZPO.

37 Vgl. § 182 ZPO a.F.

Voraussetzung für eine Ersatzzustellung durch Niederlegung ist aber stets, dass weder eine Zustellung nach § 178 Abs. 1 Nr. 3 ZPO³⁸ noch eine Ersatzzustellung durch Einlegung des Schriftstücks in den Briefkasten nach § 180 ZPO ausführbar war. Für die Wirksamkeit einer Ersatzzustellung durch Niederlegung bedarf es allerdings wie schon bisher zweier Akte, nämlich

- der Niederlegung des Schriftstücks bei einer der in § 180 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 1 oder 2 ZPO bezeichneten Stellen und
- einer schriftlichen Mitteilung auf dem vorgesehenen Vordruck unter der Anschrift des Empfängers in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise³⁹ oder, wenn das nicht möglich ist, durch Anheften an der Tür der Wohnung,⁴⁰ des Geschäftsraums oder der Gemeinschaftseinrichtung.

Unter diesen Voraussetzungen gilt das Schriftstück mit der Abgabe der schriftlichen Mitteilung als zugestellt. Wie im Fall des § 180 ZPO hat auch hier der Zusteller auf dem Umschlag des zuzustellenden Schriftstücks das Datum der Zustellung zu vermerken.

Die frühere Möglichkeit, die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung des Schriftstücks auch einer in der Nachbarschaft wohnenden Person zur Weitergabe an den Empfänger auszuhändigen, besteht jetzt nicht mehr. Das nach § 181 ZPO niedergelegte Schriftstück ist drei Monate zur Abholung bereitzuhalten; nach Ablauf dieser Aufbewahrungsfrist sind nicht abgeholte Schriftstücke an den Absender zurückzusenden (§ 181 Abs. 2 ZPO).

38 Also an den Leiter oder einen ermächtigten Vertreter einer Gemeinschaftseinrichtung (s. auch Abschn. 3.2.2).

39 Zur Wirksamkeit oder zur Unwirksamkeit der Mitteilung „in der bei gewöhnlichen Briefen üblichen Weise“ gibt es zahlreiche Entscheidungen, so u.a. BFH, Urteil vom 17.02.1983 (NJW 1984 S. 448), BVerfG, Beschluss vom 02.06.1987 (NJW 1988 S. 817), BayObLG, Urteil vom 10.10.1963 (NJW 1963 S. 600), BSG, Urteil vom 01.02.1967 (Breith. 1967 S. 620), BVerwG, Urteile vom 05.05.1973 (NJW 1973 S. 1945) und vom 13.11.1984 (NJW 1985 S. 1179), BGH, Beschluss vom 15.06.1994 (NJW 1994 S. 2898), BPatG, Beschluss vom 26.09.1962 (NJW 1963 S. 268).

40 Vgl. zum Begriff „Wohnung“ z.B. die frühere Rechtsprechung wie u.a. OLG Braunschweig, Beschluss vom 10.10.1949 (NJW 1950 S. 440), BFH vom 01.12.1988 - VR 125/83 - m.W. unveröffentlicht, OLG Hamm, Beschluss vom 21.01.1970 (NJW 1970 S. 958), BFH, Urteil vom 20.10.1987 (BB 1988 S. 55), OLG Köln, Beschluss vom 26.06.1980 (NJW 1980 S. 2720), BGH, Urteil vom 27.10.1987 (NJW 1988 S. 713).

3.2.6 Zum Nachweis der Ersatzzustellung

In allen hier genannten Fallgestaltungen handelt es sich um die Zustellung oder um Zustellungsversuche mit Postzustellungsurkunde. In § 182 ZPO wird vorgeschrieben, dass zum Nachweis der Zustellung nach den §§ 178 bis 181 ZPO eine Urkunde auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck anzufertigen ist und für diese Zustellungsurkunde auch weiterhin § 418 ZPO gilt. Besonders hervorzuheben sind m. E. die Sachverhalte der Nummern 4 und 5 des § 182 Abs. 2 ZPO. So muss bei einer

- Ersatzzustellung in der Wohnung, in Geschäftsräumen und in Einrichtungen⁴¹ und
- Ersatzzustellung durch Einlegen in den Briefkasten⁴²

jeweils der Grund angegeben werden, mit dem die Ersatzzustellung gerechtfertigt wird und

- Ersatzzustellung durch Niederlegung⁴³

der Zusatz, wie die schriftliche Mitteilung über die Niederlegung abgegeben worden ist.

Bei einer verweigerten Annahme des zuzustellenden Schriftstücks⁴⁴ ist zu erwähnen, wer die Annahme verweigert hat und dass das Schriftstück entweder am Ort der Zustellung zurückgelassen oder an den Absender zurückgesandt wurde.

3.3 Änderung des Verwaltungszustellungsgesetzes

Die in Artikel 2 Absatz 1 des Zustellungsreformgesetzes vorgenommenen Änderungen des Verwaltungszustellungsgesetzes betreffen sechs Vorschriften und sind meist Folgeänderungen oder redaktionelle Anpassungen, die auf Grund der neuen Vorschriften der Zivilprozessordnung erforderlich wurden. Es handelt sich um die §§ 3, 8, 9, 12, 14 und 15 VwZG.

Im Einzelnen ist hierzu Folgendes anzumerken:

- In § 3 Abs. 3 werden die für den Postbediensteten bei der Zustellung mit Postzustellungsurkunde zu beachtenden Vorschriften der Zivilprozessordnung - „alt“ gegen „neu“ - ausgetauscht,

41 Vgl. § 178 ZPO, s. Abschn. 3.2.2.

42 Vgl. § 180 ZPO, s. Abschn. 3.2.4.

43 Vgl. § 181 ZPO, s. Abschn. 3.2.5.

44 Vgl. § 179 ZPO, s. Abschn. 3.2.3.

- in § 8 wird Absatz 4 ersatzlos gestrichen, weil nunmehr in verwaltungs-, sozial- und finanzgerichtlichen Verfahren Zustellungen an einen bestellten Prozessbevollmächtigten einheitlich nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung⁴⁵ vorgenommen werden sollen,
- in § 9 entfällt Absatz 2, weil für die Heilung von Zustellungsmängeln auch hier künftig in verwaltungs-, sozial- und finanzgerichtlichen Verfahren einheitlich die ZPO-Vorschrift⁴⁶ gilt. Lässt sich die formgerechte Zustellung eines Schriftstücks nicht nachweisen oder ist es unter Verletzung zwingender Zustellungsvorschriften zugegangen, so gilt es dennoch in dem Zeitpunkt als zugestellt, in dem es der Person, an die die Zustellung gerichtet war oder gerichtet werden konnte, tatsächlich zugegangen ist,⁴⁷
- in § 12 Abs. 1 werden die Wörter „oder des Vorsitzenden des Gerichts“ gestrichen,
- in § 14 wird Absatz 3 ersatzlos gestrichen und der bisherige Absatz 4 wird jetzt Absatz 3. Grund der Streichung des bisherigen Absatzes 3 ist wiederum, dass künftig auch Zustellungen im Ausland sich in verwaltungs-, sozial- und finanzgerichtlichen Verfahren nach der Zivilprozessordnung⁴⁸ richten sollen und
- schließlich wird § 15 Abs. 6 neugefasst und lautet jetzt: „Die öffentliche Zustellung wird von einem zeichnungsberechtigten Beamten angeordnet.“ Auch diese Fassung dient dem Ziel, eine öffentliche Zustellung in verwaltungs-, sozial- und finanzgerichtlichen Verfahren einheitlich nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung⁴⁹ durchzuführen; einer Regelung über das gerichtliche Verfahren wie bisher in § 15 Abs. 6 VwZG bedurfte es deshalb nicht mehr.⁵⁰

4. Ausblick

Immerhin ist das Zustellungsreformgesetz vom 25.06.2001, das den Beteiligten eine beachtliche „Vorlaufzeit“ von einem Jahr eingeräumt hat, ein wichti-

45 Vgl. jetzt § 184 ZPO.

46 Vgl. § 189 ZPO.

47 Vgl. hierzu aber auch den bisherigen § 9 Abs. 1 VwZG, der jetzt ohne Absatzangabe als § 9 VwZG bestehen bleibt.

48 Vgl. § 183 ZPO.

49 Vgl. §§ 185 bis 188 ZPO.

50 Vgl. auch die Änderung des § 12 Abs. 1 VwZG (4. Spiegelstrich).

ger Schritt zur Reform des teilweise stark veralteten Zustellungswesens; die Verwaltungen der Sozialversicherungsträger warten aber noch auf ein geändertes und modernes Verwaltungszustellungsgesetz, auf neue Ausführungsbestimmungen und auf endlich aktualisierte Formulare.⁵¹

Verfasser:

Wilfried Volbers
Brahmsstr. 15
34225 Baunatal

51 Vgl. zu den AV-VwZG und den veralteten Formularen Volbers in „Die Zustellung von Schriftstücken“, a.a.O., S. 22 und S. 36 ff.

PERSÖNLICHES

Ehrenzeichen LSV

Die Vorstände der Bundesverbände der landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger haben den nachstehend aufgeführten Persönlichkeiten der Selbstverwaltung das Ehrenzeichen verliehen:

Ehrenzeichen in Silber

Robert Laible

Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Baden-Württemberg

Ehrenzeichen in Bronze

Bruno Kreuzer

Landwirtschaftliche Sozialversicherungsträger Baden-Württemberg

Leonhard Steuer

Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Baden-Württemberg

BÜCHER

Arbeitsschutz mit E-Nets. Wissensmanagement im Inter-, Intra- und Extranet. Konzepte — Instrumente — Praxisbeispiele. Herausgegeben von Oleg Cernavin, Bärele Ebert und Ulrich J. Wilken. 2002, 253 Seiten, 15,8 x 23,5 cm, kartoniert, EUR (D) 49,80. ISBN 3 5803 06654 3. Erich Schmidt Verlag Berlin — Bielefeld — München.

Inhalt: E-Nets – Internet, Intranets und Extranets – halten mit aller Macht Einzug in das Tagesgeschäft. Quer durch alle Branchen und Unternehmen haben sie Auswirkungen auf die Gestaltung von Arbeit und verändern die interne und externe Kommunikation. Akteure im Arbeitsschutz und Umweltschutz bieten E-Nets vielfältige Chancen für die Prävention, werfen aber auch zahlreiche neue Fragen auf.

Wie kann mit Hilfe von E-Nets ein Management von Arbeitsschutzwissen gestaltet werden? – Was ist beim Aufbau von Arbeitsschutz-Intranets zu beachten und welche Hilfen gibt es? – Wie können Präventionsdienstleister E-Nets für eine wirtschaftliche und wirkungsvolle Betreuung nutzen? – Welche Möglichkeiten des Arbeitsschutz-Controllings in E-Nets gibt es? – Welche Kriterien und welche Hilfen gibt es zur Prüfung der ergonomischen Qualität der Software? – Wie können die nicht überschaubaren Internet-Informationen zum Arbeitsschutz im Arbeitsalltag strukturiert und genutzt werden?

Diese Veröffentlichung stellt Konzepte, Instrumente und Praxisbeispiele vor, wie E-Nets gezielt für die Prävention genutzt werden können. Die verständlich geschriebenen Beiträge enthalten eine Fülle von Hinweisen und Anregungen sowie Praxisbeispiele und praktische Hilfen für die betriebliche Arbeit. Zahlreiche Checklisten erleichtern die Planung und Umsetzung.