

Generalüberholung überfällig - Leistungsrecht baldmöglichst reformieren!

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Unfallversicherung (Drucksache 16/9154)

Juni 2008

Ansprechpartner:

Abteilung Soziale Sicherung

T +49 30 2033-1600

soziale.sicherung@arbeitgeber.de

BDA | Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände

Zusammenfassung

Leistungsrecht baldmöglichst reformieren

Eine Generalüberholung der gesetzlichen Unfallversicherung ist seit langem überfällig, um diesen Sozialversicherungszweig nachhaltig leistungsfähig und finanzierbar zu halten. Es ist deshalb zu tiefst enttäuschend, dass der vorliegende Gesetzentwurf eines Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes (UVMG) sich auf Fragen der Organisation, der solidarischen Lastentragung sowie auf Aspekte der Arbeitsschutzpolitik beschränkt. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte grundlegende Reform des Leistungsrechts, die auch bereits in einem Entschließungsantrag des Bundesrates vom 30. November 2004 gefordert und deren Fehlen in seiner Stellungnahme zum UVMG vom 25. April 2008 ausdrücklich bedauert wurde, wird nicht angegangen. Dabei ist ein zielgenaueres Leistungsrecht, wie es im Koalitionsvertrag angekündigt war, unbedingt erforderlich, um das in der Unfallversicherung bestehende Beitragsentlastungspotenzial zu heben. Die Unternehmen haben kein Verständnis mehr dafür, dass die erheblichen Fortschritte im Arbeitsschutz und der seit Jahrzehnten kräftige Rückgang der Arbeitsunfälle sich nicht in hinreichend niedrigeren Unfallversicherungsbeiträgen niederschlägt. Die Reform des Leistungsrechts, für die bereits im Juni 2006 Eckpunkte zwischen Bund und Ländern vereinbart wurden und die – wenn auch unzureichend – Niederschlag im Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) gefunden hatten, muss deshalb baldmöglichst in Angriff genommen werden.

Insofern ist dem Antrag der Fraktion von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Die gesetzliche Unfallversicherung fit für die Dienstleistungsgesellschaft machen“ (BT-Drucksache 16/9312) zuzustimmen. Allerdings darf es bei der Reform des Leistungsrechts nicht – wie dort vorgeschlagen – zu einer Vermischung von arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten kommen. Erforderlich ist vielmehr eine striktere Abgrenzung von allgemeinen Gesundheitsrisiken und Berufskrankheiten, denn im Bereich des Leistungsrechts ist vor allem eine Konzentration der Leistungen auf betriebsspezifische Risiken erforderlich. Dazu sind insbesondere auch Wegeunfälle aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Un-

fallversicherung – wie von der Fraktion der FDP in ihrem Antrag „Mehr Wettbewerb und Kapitaldeckung in der Unfallversicherung“ (BT-Drucksache 16/6645) gefordert – auszugliedern.

Organisation der Unfallversicherung optimieren

Es ist zu begrüßen, dass die organisationsrechtlichen Regelungen des Gesetzentwurfs weitgehend Vorschläge der Selbstverwaltung der gewerblichen Berufsgenossenschaften aufgreifen. Das gilt vor allem für den notwendigen Fusionsprozess der Berufsgenossenschaften und die gegenüber dem Arbeitsentwurf nunmehr vorgesehene privatrechtliche Gestaltung des neuen Spitzenverbandes der gesetzlichen Unfallversicherung (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung – DGUV). Die vorgesehene Festschreibung des Moratoriums zur Abgrenzung der gewerblichen von den öffentlichen Unfallversicherungsträgern ist jedoch abzulehnen. Das Moratorium sollte spätestens 2011 enden.

Auf Fachaufsicht über DGUV verzichten

Die Entscheidung für eine privatrechtliche Organisation der DGUV wird dadurch konterkariert, dass sie der Fachaufsicht des BMAS unterstellt werden soll. Von privatrechtlicher Autonomie wird bei der DGUV nach dem Gesetzentwurf nicht mehr viel übrig bleiben. Eine Unterstellung der DGUV hinsichtlich mehrerer Aufgaben unter die Fachaufsicht des BMAS bedeutet sogar mehr an staatlichen Einflussmöglichkeiten als mit der ursprünglich im Arbeitsentwurf vorgesehenen Verkörperung verbunden gewesen wäre. Dieser massive Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht ist strikt abzulehnen. Die Aufsicht über die DGUV muss sich auf eine Rechtsaufsicht in hoheitlichen Aufgaben beschränken, so wie dies auch für die Aufsicht über die Deutsche Rentenversicherung Bund und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen gilt. Auch das im Gesetzentwurf vorgesehene Prüfrecht des Bundesrechnungshofes im Hinblick auf die Haushalts- und Wirtschaftsführung der DGUV e.V. sollte entfallen. Es ist rechtlich zweifelhaft und sachlich nicht gerechtfertigt.

Überalltaustausgleich hälftig und mit längerer Übergangszeit verteilen

Der Gesetzentwurf übernimmt auch das von der Selbstverwaltung entwickelte Konzept für einen Überalltaustausgleich, das den bestehenden Lastenausgleich ablösen soll. Anders als im Gesetzentwurf vorgesehen, sollte die Überalllast allerdings – entsprechend auch dem Antrag der Fraktion der FDP – hälftig nach Neurenten und nach Entgelten auf die Berufsgenossenschaften verteilt werden. Die Abwägung der unterschiedlichen Argumente rechtfertigt keine Übergewichtung eines der beiden Verteilungskriterien. Außerdem sollte der Übergangszeitraum auf mindestens 6 Jahre verlängert werden.

Senkung der Verwaltungskosten gesetzlich verankern

An dem zwischen Bund und Ländern vereinbarten und noch im Arbeitsentwurf vorgesehenen gesetzlichen Ziel, die Verwaltungs- und Verfahrenskosten zu senken, muss in jedem Fall festgehalten werden. Der Gesetzentwurf enthält keine stichhaltige Begründung, warum darauf jetzt verzichtet wird. Insbesondere wenn die Reform des Leistungsrechts nicht kurzfristig in Kraft treten sollte, ist es umso wichtiger, dass zumindest alle im Organisationsbereich liegenden Einsparmöglichkeiten ausgeschöpft werden. Das bislang anvisierte Einsparziel von 20 Prozent bei den Verwaltungs- und Verfahrenskosten würde immerhin eine Beitragsersparnis von mehr als 2 Prozent der Gesamtausgaben bedeuten.

Meldepflichten der Betriebe nicht ausweiten

Der bereits beschlossene Übergang der Betriebsprüfung von der Unfall- auf die Rentenversicherung darf nicht durch neue Meldepflichten der Betriebe belastet werden. Entsprechend dem Vorschlag in der Stellungnahme des Bundesrates zum Gesetzentwurf sollten die Deutsche Rentenversicherung Bund und die DGUV die Einzelheiten des Verfahrens und des Datenaustausches vereinbaren.

Sozialpartner mit Stimmrecht in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz versehen

Arbeitgeber und Arbeitnehmer sind die maßgeblichen Akteure des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den Betrieben. Sie sollten deshalb in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz nicht nur beratend vertreten sein, sondern Stimmrecht haben. Die unmittelbare und gleichberechtigte Mitwirkung der Sozialpartner entspricht auch der sonst üblichen Praxis auf nationaler und europäischer Ebene.

Im Einzelnen

Zu Artikel 1 Nr. 5: § 14 SGB VII

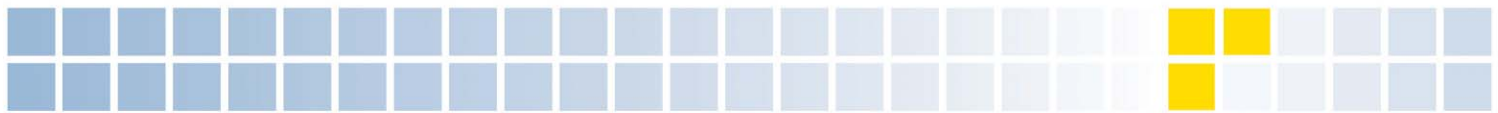
Aufgabenstellung der Unfallversicherungsträger bei der GDA konzentrieren

In § 14 Abs. 3 SGB VII ist vorgesehen, dass die Unfallversicherungsträger an der Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) teilnehmen. Durch diese allgemeine Formulierung ist nicht ausgeschlossen, dass die Unfallversicherungsträger über die GDA auch in Präventionsaufgaben eingebunden werden, die nicht ihrem gesetzlichen Präventionsauftrag nach § 14 Abs. 1 SGB VII entsprechen.

Hier sollte – wie auch in § 14 Abs. 4 SGB VII für die DGUV vorgesehen – eine dahingehende Ergänzung aufgenommen werden, dass die Unfallversicherungsträger „im Rahmen ihrer Präventionsaufgaben nach Absatz 1“ an der GDA teilnehmen.

Koordinierende Funktion der DGUV bedarf keiner gesetzlichen Normierung

In § 14 Abs. 4 SGB VII soll die unterstützende Funktion der DGUV gegenüber den Unfallversicherungsträgern aufgenommen werden. Diese ist bereits wortgleich in der Satzung der DGUV enthalten. Der Verband nimmt diese Aufgaben wahr. Es handelt sich also keineswegs – wie in der Gesetzesbegründung fälschlich ausgeführt – um eine freiwillige Dienstleistung des Spitzenverbandes, sondern um einen satzungsmäßigen Auftrag durch die Mitglieder nach Vereinsrecht.



Die Regelung des Abs. 4 ist im Zusammenhang mit Artikel 3 Nr. 9 (§ 87 Abs. 2 SGB IV) zu sehen. Danach wird die DGUV bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach § 14 Abs. 4 SGB VII der Rechts- und Fachaufsicht des BMAS unterstellt. Bei der vorgesehenen Unterstützungsaufgabe handelt es sich nicht um eine Beleihung mit hoheitlichen Aufgaben, so dass eine Rechtsaufsicht nicht gerechtfertigt ist. Angesichts der über Jahrzehnte erfolgreichen Präventionsarbeit des Spitzenverbandes besteht außerdem auch kein Anlass für eine Bevormundung der Selbstverwaltung der DGUV durch den Staat über eine Fachaufsicht.

Die Vorschrift des § 14 Abs. 4 SGB VII sollte deshalb entfallen.

Zu Artikel 1 Nr. 6: § 15 SGB VII

Rechtsetzungsbefugnisse der Unfallversicherungsträger sachgerecht definieren

Die Rechtsetzungsbefugnis der Berufsgenossenschaften muss entsprechend den „Leitlinien zur künftigen Gestaltung des Vorschriften- und Regelwerks im Arbeitsschutz“ vom 1. April 2003 erhalten bleiben. Nach dem Gesetzentwurf sollen die Unfallversicherungsträger Unfallverhütungsvorschriften nur noch dann erlassen dürfen, „soweit dies zum Zweck der Prävention geeignet und erforderlich ist und staatliche Arbeitsschutzvorschriften hierüber keine Regelung treffen“. In Verbindung mit den in § 15 Abs. 4 SGB VII vorgesehenen Voraussetzungen, wann eine Unfallverhütungsvorschrift genehmigt werden darf, ergibt sich, dass den Berufsgenossenschaften praktisch kein Raum mehr zum Erlass autonomen Rechts verbleibt.

Diese Einschränkung der Rechtsetzungsbefugnis der Berufsgenossenschaften ist zu weitgehend. Mit den vorgenannten Leitlinien wurde zwar zwischen Bund, Ländern, Berufsgenossenschaften und Sozialpartnern vereinbart, dass staatliches Recht vorrangig ist. Allerdings wurde dort auch konsensual festgelegt, in welchem Rahmen Unfallverhütungsvorschriften weiterhin erlassen werden können. Dabei handelt es sich um die Ausfüllung von Lücken und um eine für notwendig erachtete Konkretisierung staatlicher Vorschriften, um z. B. den besonderen Bedingungen einer Branche Rechnung tragen zu können. Die-

ser aktiv gestaltbare Handlungsraum wird durch die Vorschrift im Gesetzentwurf umgekehrt in die Pflicht, nachzuweisen, dass staatliche Regelungen nicht zweckmäßig und nicht zielführend sind. Der in den Leitlinien verankerte Konsens darf durch die vorgesehene Formulierung des § 15 SGB VII nicht aufgekündigt werden.

Im Übrigen ist zu befürchten, dass durch das in § 15 Abs. 4 Nr. 3 SGB VII vorgesehene besondere Verfahren zur Feststellung der Genehmigungsfähigkeit von Unfallverhütungsvorschriften weitere Bürokratie aufgebaut wird. Die Vorschrift sollte entfallen, da im Genehmigungsverfahren bereits alle maßgeblichen Voraussetzungen darzulegen und zu prüfen sind.

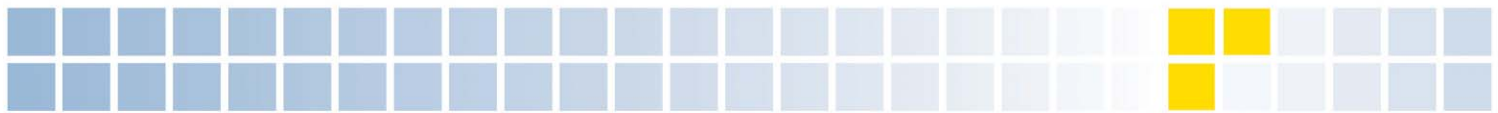
Auf die geplante Ausweitung der Genehmigungsvorbehalte in § 15 Abs. 4 SGB VII sollte deshalb verzichtet werden. Zumindest dürfen keine Genehmigungsvorbehalte geschaffen werden, die den vereinbarten Leitlinien widersprechen.

Zu Artikel 1 Nr. 9: § 20 SGB VII und Artikel 6 Nr. 3: § 21 Abs. 3 ArbSchG

Doppelprüfungen der Betriebe durch alleinigen Auftrag an die Berufsgenossenschaften verhindern

Die vorgesehene gemeinsame Beratungs- und Überwachungsstrategie der zuständigen Landesbehörden und Unfallversicherungsträger ist grundsätzlich positiv. Eine solche Strategie kann zu einer Minderung der aufgrund des Dualismus bestehenden Probleme des Nebeneinanders von Gewerbeaufsicht und Berufsgenossenschaften führen. Sie bleibt jedoch nur die zweitbeste Lösung, denn die Doppelzuständigkeiten von Berufsgenossenschaften und Gewerbeaufsichtsämtern können hierdurch nicht beseitigt werden.

Hierfür bleibt die nach § 21 Abs. 4 ArbSchG mögliche und von der BDA seit langem geforderte Konzentration der Beratung und Überwachung der Betriebe bei den Berufsgenossenschaften die bessere Lösung. Dieser Weg gewährleistet am wirkungsvollsten, dass Doppelprüfungen gleicher oder ähnlicher Sachverhalte, die sowohl bei den externen Institutionen als auch in den Betrieben zu Doppelarbeit und damit zu unnötiger Bürokratie und überflüssigen Kosten führen, verhindert werden. Es ist immer noch besser, Doppelzu-



ständigkeiten abzubauen als sie untereinander zu koordinieren.

Hinzu kommt, dass die Berufsgenossenschaften aufgrund ihrer Branchengliederung am ehesten in der Lage sind, sich praxisnah auf die unterschiedlichen betrieblichen Gegebenheiten einzustellen. Aufgrund ihrer bundesweiten Organisation sind sie zudem auch besser als Landesbehörden geeignet, die Beratung und Überwachung von Betrieben, die in mehreren Ländern tätig sind, zu übernehmen.

Die Doppelzuständigkeit im Arbeitsschutz (Dualismus) sollte daher durch eine Konzentration der Beratung und Überwachung der Betriebe bei den Unfallversicherungsträgern nach § 21 Abs. 4 Arbeitsschutzgesetz beseitigt werden.

Zu Artikel 1 Nr. 14: § 118 SGB VII

Keine Behinderung von Fusionen durch Überalltlastausgleich

Es ist nachdrücklich zu begrüßen, dass nach § 118 Abs. 4 SGB VII einer vereinigten Berufsgenossenschaft für einen Zeitraum von bis zu 12 Jahren bzw. bei einer Beteiligung einer Berufsgenossenschaft mit einer hohen Überalltlast von mehr als 12 Jahren ermöglicht wird, die Rentenlast nach den §§ 176 ff. SGB VII intern entsprechend den Zuständigkeitsbereichen vor der Vereinigung zu verteilen. Diese Regelung trägt dazu bei, dass Fusionen durch die Einführung des neuen Überalltlastmodells nicht unnötig behindert werden.

Zu Artikel 1 Nr. 16: § 136 SGB VII

Katasterabgrenzung: Ergänzende Tätigkeiten in unerheblichem Umfang zulassen

In Bezug auf die Abgrenzung der Zuständigkeit der gewerblichen Berufsgenossenschaften nimmt der Gesetzentwurf das von der Selbstverwaltung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) beschlossene Konzept zu Katasterfragen auf. Dies ist zu begrüßen, da das Konzept geeignet ist, Abgrenzungsschwierigkeiten zu beseitigen.

Das Ausschließlichkeitskriterium in § 136 Abs. 2 S. 3 ff. SGB VII darf allerdings nicht dazu führen,

dass eine ergänzende Tätigkeit am Markt in einem nicht prägenden Umfang bereits einen Wechsel der BG-Zugehörigkeit erzwingt. Ein solches Ergebnis wäre völlig sachwidrig, z. B. für Infrastrukturgesellschaften wie Chemieparkbetreiberfirmen, denen die Verantwortung für den Standort und die entsprechenden Sicherheitsbestimmungen sowie vielfach auch die Ausbildung und Bereitstellung von Sicherheitsfachkräften bis hin zur Betreuung im Hinblick auf Arbeitssicherheit für den gesamten Standort obliegt. Es käme somit zu einer sachfremden und präventions-schädlichen Zuordnung bzw. Aufspaltung.

Es sollte daher klargestellt werden, dass ergänzende Tätigkeiten am Markt in unerheblichem Umfang nicht zu einer veränderten BG-Zugehörigkeit führen.

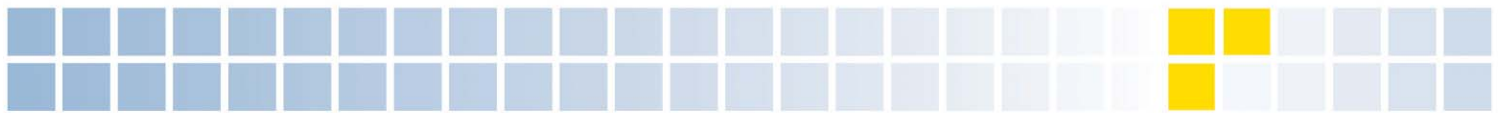
Zu Artikel 1 Nr. 24, 37: §§ 171 – 172c, 219a SGB VII

Begrenzung der Finanzmittel der Berufsgenossenschaften/Bildung von Altersrückstellungen

Betriebsmittel, Rücklagen und Verwaltungsvermögen müssen auf den zur Erfüllung der Aufgaben der Berufsgenossenschaften notwendigen Umfang begrenzt werden. Die bislang geltenden Regelungen binden mehr Liquidität zu Lasten der beitragszahlenden Unternehmen als für die finanziellen Erfordernisse der Versicherungsträger nötig ist. Sowohl für die Betriebsmittel als auch für die Rücklagen liegen die Soll- und Höchstwerte in der gesetzlichen Unfallversicherung nach bislang geltendem Recht über den Vorgaben für die Kranken- und Rentenversicherung, zum Teil sogar sehr deutlich. Dies ist auch unter Berücksichtigung, dass bei Berufsgenossenschaften nicht eine monatliche, sondern eine in der Regel jährliche Beitragserhebung erfolgt, nicht zu rechtfertigen.

Vor diesem Hintergrund ist es zu begrüßen, dass künftig die Betriebsmittel die Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres nicht mehr übersteigen dürfen und die bisherige Möglichkeit, den Höchstbetrag der Betriebsmittel per Satzung zu verdoppeln, gestrichen werden soll.

Dies gilt auch für die vorgesehenen Änderungen bezüglich der Rücklagen der Berufsgenossen-



schaften, deren Volumen von der BDA seit langem als überhöht kritisiert wird. Statt einer Rücklagenhöhe von bis zur Höhe des Zweifachen der im abgelaufenen Kalenderjahr gezahlten Renten soll eine Rücklage künftig mindestens in zweifacher Höhe der durchschnittlichen monatlichen Ausgaben des abgelaufenen Kalenderjahres und höchstens bis zum Vierfachen dieses Wertes gebildet werden. Übertragen auf das Jahr 2006 müssten die Rücklagen danach nur noch zwischen mindestens 1,96 Mrd. € und höchstens 3,92 Mrd. € liegen (dagegen Sollstand Ende 2006: 9,58 Mrd. €). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass künftig – entgegen dem geltenden Recht – illiquide Mittel (z. B. Immobilien) nicht mehr den Rücklagemitteln zuzurechnen sein sollen.

Zu begrüßen ist zudem, dass die Unfallversicherungsträger verpflichtet werden, Altersrückstellungen für die Versorgungsanwartschaften ihrer Beschäftigten zu bilden und die DGUV ein Konzept zur Einführung von Altersrückstellungen erarbeiten soll. Dies sollte jedoch über einen längeren Zeitraum hinweg geschehen, damit nachteilige Beitragserhöhungen soweit wie möglich vermieden werden.

Zu Artikel 1 Nr. 25: §§ 176 ff. SGB VII

Einführung des Überaltlastausgleichs

Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf bei der Neuregelung des Lastenausgleichs im Wesentlichen das Konzept des Überaltlastausgleichs übernimmt, das von den Arbeitgebervorsitzenden der gewerblichen Berufsgenossenschaften einhellig und von der Mitgliederversammlung des ehemaligen HVBG (jetzt DGUV) bei wenigen Enthaltungen, aber ohne Gegenstimmen am 1. Dezember 2006 beschlossen wurde.

Nach dem Konzept des Überaltlastausgleichs trägt jeder einzelne Versicherungsträger zunächst die Lasten, die er zu tragen hätte, wenn die aktuell bestehende Gewerbebranchenstruktur (Entgelte sowie Unfall- und Berufskrankheitengeschehen) schon immer bestanden hätte. Darüber hinausgehende Lasten – die so genannte Überaltlast – werden auf alle Träger verteilt.

Der Überaltlastausgleich ist geeignet, strukturellen Verschiebungen zwischen den Sektoren und

Branchen der Wirtschaft Rechnung zu tragen. Er etabliert einen Ausgleichsmechanismus, der strukturelle Veränderungen in der Wirtschaft kontinuierlich nachvollzieht. Derartige Veränderungen sind insbesondere dann gravierend, wenn Rentenaltlasten von einer schrumpfenden Versicherungsgemeinschaft zu finanzieren sind, wie dies im Bergbau seit Jahrzehnten und seit rund zehn Jahren in der Bauwirtschaft der Fall ist. In diesen Fällen ergeben sich zunehmende Beitragsbelastungen nicht durch das aktuelle Gefährdungsniveau, sondern durch die Beschäftigungsentwicklung.

Das Konzept des Überaltlastausgleichs ist insbesondere gegenüber dem bisherigen Lastenausgleich die bessere Lösung zur Lastenverteilung, weil das geltende Recht

- hohe Rentenlasten unabhängig von den branchenspezifischen Risiken und damit unabhängig vom Vorliegen einer überproportionalen Altlast ausgleicht und
- keine Anreize zur Vermeidung hoher Rentenlasten setzt.

Aus den gleichen Gründen ist das Konzept des Überaltlastausgleichs auch der in den Eckpunkten der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom 29. Juni 2006 vorgeschlagenen Entspreizung der Beitragssätze überlegen. Eine Beitragssatznivellierung würde die Rentabilität von Präventionsaufwendungen in Berufsgenossenschaften mit hohem Beitragssatz verringern und ist daher abzulehnen. Zu Recht hat sich daher die HVBG-Mitgliederversammlung mit Entschiedenheit gegen diesen präventionsschädlichen Ansatz ausgesprochen.

Darauf hinzuweisen ist, dass der Überaltlastausgleich ausschließlich darauf zielt, Strukturverschiebungen zwischen den Branchen für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung auszugleichen. Nach seiner Konzeption ist er dagegen weder dafür gedacht noch geeignet, darüber hinaus auch einen Ausgleich zwischen „starken“ und „schwachen“ Branchen zu leisten oder eine generelle Begrenzung der Beitragssätze von Berufsgenossenschaften mit hohen Beitragssätzen zu erreichen:

- Der Überalltlastausgleich dient nicht zur generellen Angleichung ökonomischer Branchensituationen und gleicht Überalltlasten auch völlig unabhängig von den Ursachen der Rückgänge der Entgelte (z. B. Auftragsrückgang, Outsourcing, Produktionsverlagerungen ins Ausland, Rationalisierung) und der Unfälle und Berufskrankheiten (z. B. verstärkte Prävention, veränderte Arbeitsplatzschwerpunkte) aus.
- Der Überalltlastausgleich zielt auch nicht auf eine Belastungsbegrenzung hoch belasteter Branchen. Vielmehr richtet sich die Ausgleichsberechtigung bzw. -verpflichtung ausschließlich nach der jeweiligen Überalltlast und dem jeweiligen Anteil an den Neurenten bzw. Entgelten der Berufsgenossenschaft. Daher führt der Überalltlastausgleich auch nicht generell dazu, dass Berufsgenossenschaften mit überdurchschnittlichem Beitragssatz (Durchschnitt 2006: 1,33 Prozent) entlastet und solche mit unterdurchschnittlichem Beitragssatz belastet würden. So wird z. B. die Berufsgenossenschaft für Fahrzeughaltungen (Beitragssatz 2006: 2,12 Prozent) durch die Umstellung auf den Überalltlastausgleich belastet. Gleiches gilt für die Bergbau-Berufsgenossenschaft, die heute mit 8,01 Prozent die höchste Belastung aufweist. Auf der anderen Seite wird z. B. die Berufsgenossenschaft der chemischen Industrie (Beitragssatz 2006: 1,25 Prozent) durch den Überalltlastausgleich entlastet.

Überalltlast hälftig nach Entgelten und Neurenten verteilen

Die Verteilung der Überalltlast muss nach sachgerechten Maßstäben erfolgen. Der Beschluss der Mitgliederversammlung des HVBG verweist darauf, „dass die Überalltlast konzeptionell ganz oder anteilig nach Entgelten oder Neurenten erfolgen kann. Da dies von zentraler wirtschaftlicher Bedeutung für die Be- bzw. Entlastung einzelner Träger ist, bestehen hier divergente Interessenlagen, die teilweise zu einer Forderung der Verteilung allein nach dem einen oder anderen Faktor führen“.

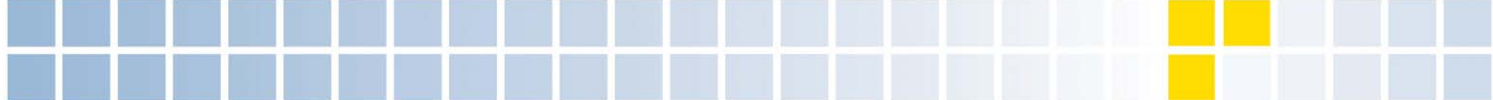
Der Gesetzentwurf geht von einer Verteilung zu 70 Prozent nach Entgelten und zu 30 Prozent nach Neurenten aus. Der Arbeitsentwurf des BMAS vom 22. Februar 2007 hatte demgegen-

über noch eine hälftige Verteilung nach Entgelten und Neurenten präferiert.

Durch eine unterschiedliche Gewichtung der Verteilungskriterien „Entgelte“ und „Neurenten“ verändert sich zwar nicht die Höhe der auszugleichenden Überalltlast (2006: ca. 1,8 Mrd. €). Allerdings ergibt sich je nach Gewichtung der Verteilungskriterien ein unterschiedlich hoher Betrag, der von jeder Berufsgenossenschaft selbst getragen wird und damit ein unterschiedliches Ausgleichsvolumen. Dieses beträgt auf Basis des Jahres 2006 rund 665 Mio. € bei einer ausschließlichen Verteilung nach Neurenten und rund 985 Mio. € bei einer ausschließlichen Verteilung nach Entgelten. Es liegt damit in jedem Fall höher als im bisherigen Lastenausgleich, dessen Volumen im Jahr 2006 589,3 Mio. € betrug. Allerdings können diese Zahlen nicht für die Zukunft fortgeschrieben werden.

- Für eine Verteilung der Überalltlasten nach Neurenten spricht, dass hierdurch die Anreize zur Prävention gestärkt würden. Aus diesem Grund wird so auch bei der Beitragssatzfestsetzung in jeder einzelnen Berufsgenossenschaft vorgegangen. Da mehr Prävention tendenziell zu weniger Neurentenfällen führt, würde eine verstärkte Prävention zugleich auch den Kostenanteil der jeweiligen Berufsgenossenschaft an der Mitfinanzierung der Überalltlast reduzieren. Je höher die Neurenten bei der Verteilung der Überalltlast berücksichtigt werden, desto stärker fallen daher auch die hiervon ausgehenden Präventionsanreize aus. Bei dem vorgesehenen Verteilmaßstab von 70 Prozent nach Entgelten und 30 Prozent nach Neurenten steigt hingegen – auf der Basis der Zahlen für 2006 – sogar das nach Entgelten verteilte Ausgleichsvolumen gegenüber dem heutigen Lastenausgleich an.

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass der überwiegende Teil der heute zu finanzierenden Renten in Berufsgenossenschaften mit hohen branchenspezifischen Risiken entstanden ist. Allein auf die Bergbau-BG und die BG der Bauwirtschaft entfallen rund 30 Prozent des Rentenvolumens aller Berufsgenossenschaften. Eine – in absoluten Zahlen – hohe Überalltlast kann jedoch nur bei Vorliegen eines hohen Rentenvolumens entstehen. Insofern führen gleiche Veränderungen bei Entgel-



ten und Neurenten bei den einzelnen Berufsgenossenschaften zu unterschiedlich hohen Überaltlasten. Dies zeigt, dass die Höhe der Überaltlast der einzelnen Berufsgenossenschaften einen Zusammenhang zu den jeweiligen branchenspezifischen Risiken aufweist und spricht für eine Berücksichtigung der Neurenten bei der Verteilung der Überaltlasten.

- Andererseits ist zu beachten, dass im Überaltlastkonzept jede Branche zunächst einmal selbst die im eigenen Bereich verursachten Rentenlasten trägt. Eine vollständige Solidarisierung aller Altlasten findet damit gerade nicht statt. Eine ausgleichsfähige Überlast entsteht vielmehr nur durch eine Veränderung der Entgeltsummen bzw. einen Rückgang des Neurentenanfalls. Insofern findet das Neurentengeschehen bereits im jeweiligen Beitragsatz der einzelnen Berufsgenossenschaft seinen Niederschlag. Eine erneute Berücksichtigung des Neurentenfaktors bei der Verteilung der Überaltlast würde daher tendenziell zu einer zusätzlichen Belastung hoch belasteter Branchen führen.

Zudem bewirkt der Überaltlastausgleich schon konzeptionell einen größeren Anreiz für Prävention: Während die Ausgleichsberechtigung im heutigen Lastenausgleich eine besonders hohe Renten- bzw. Entschädigungslast voraussetzt, entsteht eine Überaltlast – bei konstanter Entgeltsumme – nur dann, wenn der Neurentenanfall gegenüber der Vergangenheit zurückgeht. D. h. gerade bei Branchen mit sinkendem Neurentenanfall steigt – bei gleicher Entgeltsumme – die Überaltlast.

Weiter darf nicht verkannt werden, dass es für die Haftung der Unfallversicherung bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nicht darauf ankommt, ob sich diese durch Prävention hätten verhindern lassen. Daher lassen sich die jeweiligen Präventionsanstrengungen der Berufsgenossenschaften auch nicht mit dem jeweiligen Neurentenvolumen gleichsetzen.

Für einen Ausgleich nach Entgelten spricht schließlich, dass dieser Verteilmaßstab auch für sonstige solidarisch getragene Risiken in vergleichbaren Umlagesystemen ganz (Renten- und Arbeitslosenversicherung, Insolvenzgeldumlage) oder teilweise (Kranken- und

Pflegeversicherung, DDR-Altlastenausgleich in der Unfallversicherung) gilt.

Die Mitgliedsverbände der BDA präferieren – naturgemäß – unterschiedliche Verteilmaßstäbe. Zum Teil wird eine ausschließliche Verteilung der Überaltlasten nach Neurenten, zum Teil eine ausschließliche Verteilung nach Entgelten unterstützt. Ein Schwerpunkt des Meinungsspektrums liegt jedoch bei einer Kombination beider Verteilmaßstäbe.

Die Abwägung der unterschiedlichen Argumente rechtfertigt aus Sicht der BDA keine Übergewichtung eines der beiden unterschiedlichen Verteilkriterien. Dementsprechend ist eine hälftige Verteilung der Überaltlast nach Neurenten und Entgelten sachgerecht. Mit dieser Verteilung der Überaltlast würde zudem der Tatsache Rechnung getragen, dass auch für die Ermittlung der Höhe der Überaltlast Neurenten und Entgelte gleichermaßen maßgeblich sind.

Überaltlastausgleich mit ausreichender Übergangsfrist einführen

Um große Beitragssprünge bei den betroffenen höher belasteten Branchen zu vermeiden, sollte die Umstellung vom derzeitigen Lastenausgleich auf eine neue Lastenverteilung mit einer länger als drei Jahre dauernden Übergangsphase versehen werden, so wie dies auch im Beschluss der Selbstverwaltung der DGUV niedergelegt ist. Dort heißt es, je größer die Differenzen zwischen altem und neuem Modell sind, desto länger muss die Übergangsfrist gestaltet sein. Im Konzept zum Überaltlastausgleich wird je nach Ausgestaltung des Verteilmaßstabs eine Übergangsfrist von einer oder zwei Gefahrtarifperioden (d. h. bis zu 12 Jahren) für erforderlich erachtet. Bei einer hälftigen Verteilung der Überaltlast nach Neurenten und Entgelten (mittelgroße Veränderung gegenüber dem heutigen Ausgleichsvolumen im Lastenausgleich), erscheint damit ein Übergangszeitraum von 6 Jahren angemessen. Beim Verteilmodus des Gesetzentwurfs müsste der Übergangszeitraum entsprechend länger angesetzt werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die geplante Neuregelung in einzelnen Gewerbezweigen zu gravierenden Änderungen führt und der Anteil an der Überaltlastfinanzierung teilweise deutlich über den eigentlichen (Grund-) Beitrag zur Berufsgenossenschaft

steigt. So liegt der Lastenausgleichsanteil z. B. für das Kreditgewerbe heute schon bei 72 Prozent des eigentlichen, vom eigenen Risiko bestimmten Beitrags zur Berufsgenossenschaft. Bei der im Referentenentwurf nun vorgesehenen Verteilung liegt er bei 193 Prozent des Grundbeitrags.

Der Übergangszeitraum für die Einführung des Überalltlastausgleichs sollte auf mindestens 6 Jahre verlängert werden.

Überalltlastausgleich kostengünstig durchführen

Der HVBG bzw. die DGUV führt nach geltendem Recht den Lastenausgleich zwischen den gewerblichen Berufsgenossenschaften durch. Der Verband ist dabei als Beliehener tätig und steht unter der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes (BVA). Beanstandungen des BVA hinsichtlich der Durchführung des Lastenausgleichs durch den Verband sind nicht bekannt. Zudem sollen – wie beim bisherigen Lastenausgleich – die Einzelheiten zur Durchführung des Ausgleichsverfahrens mit dem UVMG festgelegt werden. Gestaltungsspielräume entstehen nicht. Im Übrigen sind bei der DGUV die erforderlichen Kenntnisse und Daten, das ausgebildete Personal und sowie die notwendige Infrastruktur vorhanden. Diese Voraussetzungen müssten beim BVA erst aufgebaut werden. Es ist nicht ersichtlich, welche Vorteile die Durchführung des Ausgleichs durch das BVA hat. Im Gegenteil ist zu erwarten, dass durch die Umstellung, den Aufbau zusätzlichen Personals, die Berichtspflichten der Berufsgenossenschaften gegenüber dem BVA sowie das Kostenerstattungsverfahren gegenüber dem BVA für die Durchführung des Ausgleichs nach § 181 Abs. 5 SGB VII nicht unerhebliche zusätzliche Kosten entstehen.

Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus, warum die Berufsgenossenschaften überhaupt dem BVA Kosten für die Durchführung des Lastenausgleichs erstatten sollten. Schließlich führt das BVA auch den Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Kostenerstattung durch. Es darf nicht sein, dass das BVA für andere Sozialversicherungsträger kostenlos tätig wird, bei der allein von den Arbeitgebern finanzierten Unfallversicherung dagegen Rechnungen stellen darf.

Die Übertragung der Durchführung auf das BVA widerspricht zudem der mit dem UVMG verfolgten Zielsetzung der Vereinfachung von Organisationsstrukturen und des Bürokratieabbaus und ist auch deshalb abzulehnen.

Ferner sollte auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Direktzahlung zwischen ausgleichspflichtigen und ausgleichsberechtigten Berufsgenossenschaften aus Praktikabilitätsgründen verzichtet werden. Diese Verfahren würden zu einer Vielzahl von Zahlungsströmen führen. Der Zahlungsverkehr sollte wie bislang zentral über die Stelle, die den Lastenausgleich durchführt, abgewickelt und überwacht werden.

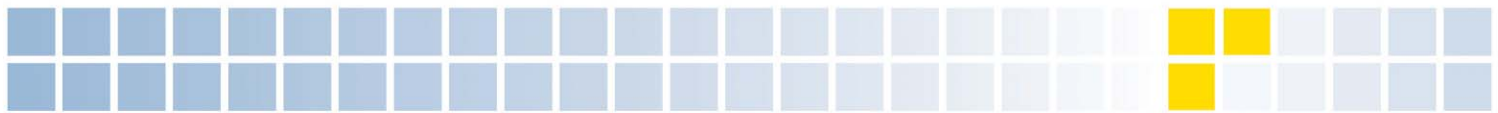
Es sollte daher – wie auch vom Bundesrat gefordert – keine Übertragung der Durchführung des Überalltlastausgleichs auf das Bundesversicherungsamt (BVA) erfolgen, da dadurch mit Mehrkosten für die Unternehmen zu rechnen ist.

Sonderregelung bei außergewöhnlicher Belastung

Die in § 179 Abs. 2 SGB VII vorgesehene Sonderregelung bei außergewöhnlicher Belastung sollte nicht wie vom Bundesrat vorgeschlagen auf anteilige Verwaltungs- und Verfahrenskosten ausgedehnt werden. Eine pauschale Übertragung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten in den Überalltlastausgleich würde mögliche Synergieeffekte außer Acht lassen und ihnen sogar entgegenstehen. Zudem sollte die Solidargemeinschaft der übrigen Branchen nicht überstrapaziert werden. Mit der Aufnahme der Sonderregelung für den Steinkohlebergbau im Bereich der Rehabilitationskosten werden die wesentlichen Kosten bereits solidarisch auf die übrige Wirtschaft verteilt.

Ziel zur Senkung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten gesetzlich verankern

Durch die Reduzierung der Zahl der Versicherungsträger sowie die Einführung von Benchmarking können erhebliche Mittel eingespart werden. Dies sollte den Berufsgenossenschaften durch eine gesetzliche Regelung auch als Ziel aufgegeben werden, wie dies im Arbeitsentwurf noch vorgesehen war.



Die Begründung für den Verzicht auf ein Einsparziel im Gesetzentwurf, dass die DGUV als Verein ein solches Ziel gegenüber den Berufsgenossenschaften nicht durchsetzen kann, ist nicht stichhaltig und daher nicht akzeptabel. Schließlich hat der Gesetzgeber auch bei der Deutschen Rentenversicherung ein Einsparziel gesetzlich verankert. Dabei hat auch die Deutsche Rentenversicherung Bund, die gemäß § 220 Abs. 3 SGB VI auf die Reduktion der Verwaltungs- und Verfahrenskosten bei den einzelnen Trägern hinzuwirken hat, trotz ihres Status als Körperschaft des öffentlichen Rechts rechtlich keine Durchgriffsmöglichkeiten gegenüber den einzelnen Rentenversicherungsträgern. Sie kann die Erfüllung des Einsparziels ebenso wenig durchsetzen wie die DGUV als Verein. Dennoch zeigen bereits die Erfahrungen der ersten Jahre nach Inkrafttreten der Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung, dass ein gesetzliches Einsparziel die Bereitschaft zur Begrenzung der Verwaltungs- und Verfahrenskosten spürbar stärkt.

Das in § 187a SGB VII des Arbeitsentwurfs noch formulierte Ziel, bis zum Jahr 2014 die Verwaltungs- und Verfahrenskosten aller Unfallversicherungsträger um 20 Prozent (rund 250 Mio. Euro) zu senken, sollte daher auch in den Gesetzentwurf aufgenommen werden. Die jetzt vorgesehene unkonkretisierte Berichtspflicht über die zu erreichenden Einsparungen bei den Verwaltungs- und Verfahrenskosten ist nicht ausreichend.

Zu Artikel 1 Nr. 34: § 218d SGB VII

Gewerbliche Unfallversicherung und Unfallversicherung der öffentlichen Hand sachgerecht voneinander abgrenzen

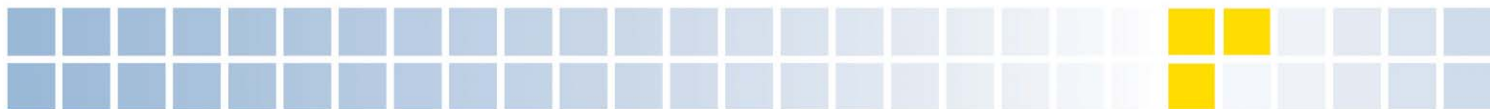
Die vorgesehene Festschreibung der zum 1. Januar 2005 eingeführten „Moratoriumslösung“ ist abzulehnen. Nach dieser „Moratoriumslösung“ sind die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zuständig für Unternehmen, die in selbständiger Rechtsform betrieben werden und an denen Gebietskörperschaften überwiegend beteiligt sind oder auf deren Organe sie maßgeblichen Einfluss ausüben.

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass die „Moratoriumslösung“ für 5 Jahre gelten sollte und daher bis Ende 2009 gesetzlich befristet wurde. Erst dann sollte festgestellt werden, ob die getroffe-

nen Neuregelungen eine sachgerechte und tragfähige Zuordnung der Unternehmen zu den Unfallversicherungsträgern ermöglichen, die auch den Kriterien der gleichen Wettbewerbsbedingungen und einer gerechten Lastenverteilung entsprechen. Die Feststellung bereits nach 3 Jahren ist deutlich verfrüht. Zudem wird nach unseren bisherigen Erfahrungen mit der Moratoriumslösung nicht das Ziel der Rechtssicherheit erreicht. Die Moratoriumslösung hat vielmehr dazu geführt, dass Bruttolohnsummen den gewerblichen Berufsgenossenschaften entzogen werden. Nach den Beobachtungen z. B. in der Bauwirtschaft wechseln bislang privatrechtliche Unternehmen aus dem sachlichen Zuständigkeitsbereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften zu den öffentlichen Unfallversicherungsträgern, indem sie mit der öffentlichen Hand verschmelzen bzw. mit der öffentlichen Hand gemeinsame Unternehmen gründen, an denen die Gebietskörperschaften der öffentlichen Hand dann überwiegend beteiligt sind. Eine Prüfung der bei der BG BAU zurzeit mit Trägern der öffentlichen Hand anhängigen Streitverfahren hat ergeben, dass die BG BAU mit einer „streitigen“ Gesamtlohnsumme von bis zu 150 Mio. Euro betroffen ist. Streitig ist hierbei die Zuständigkeit des Unfallversicherungsträgers für privat-rechtliche Unternehmen, an denen zwischenzeitlich auch öffentlich-rechtliche Gesellschafter beteiligt sind, und auf die die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand Anspruch erheben oder erhoben haben.

Diese Entwicklung ist bedrohlich. Zu befürchten ist, dass sich der Trend in Richtung Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zu Lasten der gewerblichen Berufsgenossenschaften verstärken wird. Es kann nicht Sinn und Zweck der Moratoriumslösung sein, dass durch den Zusammenschluss von privat-rechtlichen Betrieben mit der öffentlichen Hand eine „Absetzbewegung“ zu Lasten der gewerblichen Berufsgenossenschaften stattfindet, deren Lohnsummenbasis hierdurch geschmälert wird. Die Bruttolohnsummen sind die Basis für die Beiträge zur Unfallversicherung. Diese dürfen nicht erodieren, da andernfalls erneut mit einem Anstieg der Beiträge gerade in den Produktionsbranchen zu rechnen wäre.

Die vorgesehene unbefristete Weitergeltung der „Moratoriumslösung“ zielt offensichtlich auf die Substanzerhaltung bzw. -ausbau der Unfallkas-



sen der öffentlichen Hand. Eine Optimierung der Organisationsstruktur erfordert hingegen Fusionen im Bereich der Unfallkassen der öffentlichen Hand selbst. Diese sind zwar im Gesetzentwurf als Ziel vorgesehen, gehen aber längst nicht weit genug.

Es sollte ferner geprüft werden, ob es gerechtfertigt ist, dass Unternehmen, die erwerbswirtschaftlich orientiert sind und mit anderen Unternehmen im Wettbewerb stehen, aber dennoch bei einem Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand versichert sind, weiterhin vom Überalltlastausgleich ausgenommen sind.

Die Moratoriumslösung zur Abgrenzung der Zuständigkeiten zwischen gewerblicher Unfallversicherung und Unfallversicherung der öffentlichen Hand sollte daher nicht vorzeitig dauerhaft festgeschrieben, sondern vielmehr bis 2011 verlängert werden, um dann zu prüfen, ob sie sich bewährt hat und ob bestimmte Bereiche der Unfallversicherung der öffentlichen Hand in den Überalltlastausgleich einbezogen werden sollten.

Zu Artikel 1 Nr. 39: § 222 SGB VII

Gestaltung des Fusionsprozesses durch die Selbstverwaltung

Im Gegensatz zum Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sieht der Gesetzentwurf nun eine Reduktion der Zahl der gewerblichen Berufsgenossenschaften nicht mehr auf sechs, sondern auf neun Träger bis zum 31. Dezember 2009 vor. Damit nimmt der Gesetzentwurf auf einen weiteren Beschluss der Mitgliederversammlung der DGUV Bezug und greift die dort vorgesehene Trägerzahl auf.

Dies ist sehr zu begrüßen. Dadurch wird zugleich anerkannt, dass die Optimierung der Organisationsstruktur der gewerblichen Berufsgenossenschaften vorrangig eine von der Selbstverwaltung der Versicherungsträger zu gestaltende Aufgabe ist. Durch die Zielvorgabe von neun gewerblichen Berufsgenossenschaften wird sichergestellt, dass auch weiterhin eine branchen- bzw. gewerbezweigorientierte funktionierende Prävention durchgeführt werden kann und die Mitwirkung der jeweils betroffenen Arbeitgeber in der Präventionsarbeit erhalten bleibt. Nur so können die notwendige Betriebsnähe und die Akzeptanz der Be-

triebe für die Präventionsarbeit der Berufsgenossenschaften gewahrt bleiben. Risikoorientierte Prävention ist eine zentrale Voraussetzung für die weitere Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes in den Betrieben.

Zu Artikel 3 Nr. 2: §§ 358 ff. SGB III

Vorfinanziertes Insolvenzgeld sachgerecht aus Steuern finanzieren

Die Erhebung der Insolvenzgeldumlage zusammen mit dem Gesamtsozialversicherungsbeitrag und die Abführung an die Krankenkassen als Einzugsstellen ist richtig, weil so gewährleistet wird, dass die Insolvenzgeldumlage nur für das Arbeitsentgelt erhoben wird, das nach einer Insolvenz dem Arbeitnehmer erstattet wird. Leistungshöhe und Beitragsbemessungsbasis werden so richtigerweise aufeinander abgestimmt.

Die Umstellung des Beitragseinzugsverfahrens führt im Übrigen wegen des damit verbundenen Übergangs auf eine laufende monatliche Beitragszahlung zu einer liquiditätsmäßigen Entlastung der Unternehmen. Eine weitere Vereinfachung liegt darin, dass nicht mehr wie früher mit den Berufsgenossenschaften eine Vielzahl von Behörden mit der Berechnung und Bescheiderteilung an jedes einzelne Unternehmen befasst ist, sondern dass nach den zu erwartenden Ausgaben der Bundesagentur für Arbeit (BA) für Insolvenzgeld ein einheitlicher Umlagesatz festgelegt wird. Sachgerecht ist auch, dass diese Festlegung jährlich erfolgt und dabei auch die Einschätzung über die Entwicklung der Insolvenzergebnisse mit einfließt.

Über diese Änderungen hinaus besteht jedoch weiterer erheblicher Änderungsbedarf bei der Ausgestaltung des Insolvenzgelds. Entgegen der ursprünglichen Absicht des Gesetzgebers, mit Insolvenzgeld ausgefallenen Arbeitnehmerlohn abzusichern, erfolgt beim so genannten vorfinanzierten Insolvenzgeld eine Absicherung zukünftigen Lohns. Alle anderen Arbeitgeber finanzieren damit die Fortführung eines zahlungsunfähigen Unternehmens bis zu drei Monate. Die Absicherung zukünftigen Lohns durch vorfinanziertes Insolvenzgeld wirkt für das insolvente Unternehmen wie eine Liquiditätshilfe zur Weiterführung des Betriebes und unterstützt das rechtspolitische Ziel, möglichst oft eine Eröffnung des Insol-

venzverfahrens zu erreichen. Dies ist sicherlich für eine gleichmäßige Gläubigerbefriedigung sinnvoll. Allerdings ist es nicht sachgerecht, die Sicherstellung eines geordneten Insolvenzverfahrens allein durch die Arbeitgeber anstatt richtigerweise als gesamtgesellschaftliche Aufgabe durch Steuern zu finanzieren.

Trotz des gesetzlich vorgesehenen Kriteriums bei der erforderlichen Zustimmung der BA zur Vorfinanzierung, dass ein erheblicher Teil der Arbeitsplätze erhalten wird, stimmt die BA in der Praxis in nahezu allen Fällen der Vorfinanzierung zu. Deshalb muss das Zustimmungskriterium enger gefasst werden. Denn andernfalls gäbe es keinerlei Bremse für die Inanspruchnahme von Insolvenzgeld, weil die Interessen von Arbeitnehmer (erhält länger Lohn), Insolvenzverwalter (kann Insolvenzmasse anreichern), vorfinanzierender Bank (kann sicheren Kredit vergeben und möglicherweise auch zum eigenen Nutzen die Insolvenzquote steigern) und BA (spart Arbeitslosengeld ohne eigene Kosten) vollständig gleichgerichtet sind. Ohne die Bindung an klare gesetzliche Tatbestandsmerkmale läuft die Gewährung von Insolvenzgeld in der Praxis deshalb auf eine bedingungslose Liquiditätshilfe hinaus, die in jedem Fall „abgegriffen“ wird. Um ein solches Vorgehen der am Insolvenzverfahren Beteiligten zu Lasten der finanzierenden Dritten zu verhindern, bedarf es einer gesetzlichen Klarstellung, dass voraussichtlich mindestens ein Drittel der Arbeitsplätze durch die Vorfinanzierung erhalten werden.

Darüber hinaus ist die Höhe des Insolvenzgeldes auf achtzig Prozent des Nettolohns zu begrenzen, weil so auch das Eigeninteresse des Arbeitnehmers mit der Folge der Kostendämpfung beim Insolvenzgeld aktiviert wird, der die Gehaltseinbuße eher dann hinnehmen wird, wenn die Fortführung des Unternehmens und der Arbeitsplatz-erhalt realistisch erscheint und andererseits in aussichtslosen Fällen das Arbeitsverhältnis eher beendet.

Richtigerweise ist deshalb das vorfinanzierte Insolvenzgeld nicht mehr aus einer arbeitgeberfinanzierten Umlage, sondern als eine allgemeine, gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuern zu finanzieren. Darüber hinaus sollte die Vorfinanzierung an engere Kriterien geknüpft und die Hö-

he des Insolvenzgeldes auf 80 Prozent des Nettolohns begrenzt werden.

Zu Artikel 4 Nr. 2: § 28 a SGB IV:

Keinen zusätzlichen Meldeaufwand schaffen

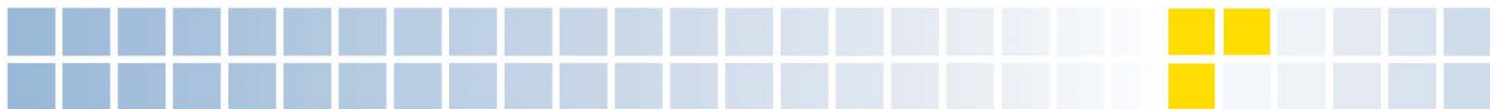
Mit dem Mittelstandsentlastungsgesetz II (MEG II) erfolgte die Übertragung der Betriebsprüfung von der Unfallversicherung auf die Rentenversicherung. Ziel war, dass sowohl der Einzug des Gesamtsozialversicherungsbeitrags als auch der Einzug der Berufsgenossenschaftsbeiträge in einer einheitlichen Betriebsprüfung unterzogen wird und die Betriebe damit von Doppelprüfungen entlastet werden.

Die nunmehr im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung des § 28a SGB IV konterkariert jedoch das Ziel des Bürokratieabbaus, weil zahlreiche neue Meldepflichten für die Arbeitgeber eingeführt werden. Erstmals überhaupt muss der Arbeitgeber künftig

- für jeden Arbeitnehmer das in der Unfallversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt,
- die Unfallversicherungsmitgliedsnummer seines Beschäftigungsbetriebes,
- die Betriebsnummer der zuständigen Unfallversicherungsträger und
- die anzuwendende Gefahrtarifstelle

melden. Für kurzfristig Beschäftigte (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 SGB IV) würde künftig – anders als heute – die so genannte Jahresmeldung zusätzlich notwendig.

Das Aufblähen der Jahresmeldung führt zu nicht unerheblichen Kosten für die Arbeitgeber, etwa für die Umstellung der DEÜV-Software. Auch der Pflegeaufwand für die Daten steigt – und zwar dauerhaft. Dass zudem künftig Informationen doppelt und in getrennten Verfahren gemeldet werden sollen, nämlich zum einen mit der Jahresmeldung nach § 28a SGB IV an die Krankenkassen und zum anderen mit dem Lohnnachweis nach § 165 SGB VII an die Berufsgenossenschaften, ist nicht nur völlig unverständlich, sondern steht auch dem Ziel der Bundesregierung, die Unternehmen spürbar von bürokratischen Belastungen zu befreien, diametral entgegen. Auf eine Ausweitung des Meldeverfahrens muss daher verzichtet werden. Entsprechend der Stel-



lungnahme des Bundesrates sollte den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der Deutschen Rentenversicherung Bund aufgegeben werden, offene Fragen im Hinblick auf die Ausgestaltung des Verfahrens und den Datenaustausch in einer Vereinbarung zu klären.

Die Rentenversicherung kann bei ihrer Prüfung auf die Lohnnachweise der Unfallversicherung zurückgreifen. Den Prüfern stehen jedenfalls – wie auch heute schon – die Aufzeichnungen der Arbeitgeber zur Verfügung.

Sollte dennoch an der Erweiterung der Jahresmeldung festgehalten werden, müsste dann jedenfalls die Meldung nach § 165 SGB VII entfallen. Dies würde die deutsche Wirtschaft nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes auf der Grundlage des Standardkostenmodells um rund 57 Mio. Euro entlasten. Die Unfallversicherungsträger hätten die Möglichkeit, für die Beitragserhebung auf die Daten der Krankenversicherung – als Empfänger der DEÜV-Meldungen – zurückzugreifen. In diesem Fall müsste dann allerdings auch die Frage beantwortet werden, warum dann nicht auch der Beitragseinzug vollständig auf die Krankenversicherung übertragen wird.

Zusätzlicher Meldeaufwand für die Unternehmen muss verhindert werden. Die für die Beitragserhebung und Betriebsprüfung notwendigen Informationen dürfen daher auch künftig nur einmal vom Arbeitgeber an die Sozialversicherung gemeldet werden: entweder – wie bisher – über den Lohnnachweis nach § 165 SGB VII oder über die Meldung nach § 28a SGB IV bei Wegfall des Lohnnachweises nach § 165 SGB VII. Da es im Hinblick auf den erforderlichen Datenaustausch noch einige offene Fragen gibt, sollte lediglich die Prüfung durch die Träger der Rentenversicherung gesetzlich festgeschrieben werden. Die Ausgestaltung des Verfahrens und des Datenaustausches sollte – wie vom Bundesrat vorgeschlagen – einer Vereinbarung von Deutscher Rentenversicherung Bund und DGUV überlassen werden.

Vertreterversammlung und Vorstand zusammenlegen, zumindest Vertreterversammlung verkleinern

Vertreterversammlung und Vorstand bei den Unfallversicherungsträgern sollten zusammengelegt werden. So kann die Organisationsstruktur verschlankt und Doppelarbeit vermieden werden. Die Aufgabenzuweisung dieses Organs muss auf Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung in den Bereichen Organisation, Personal, Finanzen und Prävention sowie eine wirkungsvolle Aufsicht konzentriert werden. Für die Aufgaben der Prävention können gesonderte Ausschüsse gebildet werden, in denen die Branchenvielfalt repräsentiert ist. Dadurch wird der Tatsache Rechnung getragen, dass die Arbeit der Berufsgenossenschaften sich bezüglich der Prävention von allen anderen Sozialversicherungszweigen unterscheidet.

Es sollte das Ziel bleiben – wie bei den Trägern der Deutschen Rentenversicherung und so wie im Arbeitsentwurf des BMAS noch vorgesehen – die Zahl der Mitglieder der Vertreterversammlung grundsätzlich von maximal 60 auf 30 nach der nächsten Sozialwahl 2011 zu reduzieren. Dies wäre zumindest ein erster Schritt zur Straffung und Steigerung der Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung. Für Berufsgenossenschaften, die fusionieren, sollte jedoch unabhängig von dieser grundsätzlichen Verkleinerung für eine Übergangszeit eine höhere Anzahl als 60 Mitglieder gesetzlich ermöglicht werden. Durch eine befristete Ausnahmeregelung können die Auswirkungen der Fusion bei den Selbstverwaltungsorganen abgedeckt werden.

Die Selbstverwaltungsorgane der Unfallversicherungsträger (Vertreterversammlung und Vorstand) sollten daher zu einem Organ zusammengelegt, zumindest sollte eine Verkleinerung der Vertreterversammlung vorgesehen werden.

Zu Artikel 4 Nr. 8: § 69 Abs. 5 SGB IV

Einführung eines Benchmarking

Durch die Ergänzung des § 69 Abs. 5 SGB IV werden auch die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand verpflichtet, in geeigneten Bereichen ein Benchmarking einzuführen. Dies ist

zu begrüßen, da durch Benchmarking die Effizienz gesteigert wird und erhebliche Mittel eingespart werden können.

Zu Artikel 4 Nr. 9: § 87 Abs. 3 SGB IV

Auf Fachaufsicht über DGUV verzichten

Nachdrücklich zu begrüßen ist, dass die von der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung zum 1. Juni 2007 gegründete neue Spitzenorganisation, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), bestehend aus den früheren Organisationen des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK), in seiner privatrechtlichen Ausgestaltung weiter bestehen soll. Abzulehnen ist in Übereinstimmung mit dem Bundesrat jedoch, dass der staatliche Einfluss auf die DGUV durch Einführung einer Fachaufsicht ausgeweitet werden soll.

Von privatrechtlicher Autonomie wird bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung nach dem Gesetzentwurf nicht mehr viel übrig bleiben. Eine Unterstellung der DGUV hinsichtlich mehrerer Aufgaben unter die Fachaufsicht des BMAS bedeutet sogar mehr an staatlichen Einflussmöglichkeiten als mit der im Arbeitsentwurf des BMAS ursprünglich vorgesehenen Verkörperung verbunden gewesen wäre. Nicht nachvollziehbar ist darüber hinaus, warum ausgerechnet die einzige privatrechtlich organisierte Spitzenorganisation der Sozialversicherung unter Rechts- und Fachaufsicht stehen soll, während die als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung nur einer Rechtsaufsicht unterstellt sind. Im Ergebnis bedeutet die Ausweitung der Fachaufsicht mehr staatlichen Einfluss auf die DGUV und eine weitere Entmachtung der Selbstverwaltung. Dadurch wird der mit der Vereinslösung scheinbar akzeptierte und in öffentlichen Verlautbarungen propagierte Vorrang der Selbstverwaltung in der konkreten Ausgestaltung in das Gegenteil verkehrt.

Eine tragfähige Begründung für die Ausweitung der Aufsicht fehlt. Ein funktionierender Interessensausgleich zwischen den einzelnen Unfallversicherungsträgern in der DGUV würde gefährdet, wenn getroffene Vereinbarungen im Wege der

Fachaufsicht wieder in Frage gestellt werden könnten.

Zudem besteht durch die Einführung der Fachaufsicht beispielsweise die Gefahr, dass die Präventionsforschung, die bislang schwerpunktmäßig auf die Verhütung von Versicherungsfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ausgerichtet war, im Weisungswege auf andere, nicht mehr schwerpunktmäßig versicherungsspezifische Forschung fokussiert wird.

Die Ergänzung des § 87 SGB IV sollte daher unterbleiben, zumindest jedoch – sofern tatsächlich eine Beleihung mit hoheitlichen Aufgaben erfolgt – auf eine reine Rechtsaufsicht reduziert werden.

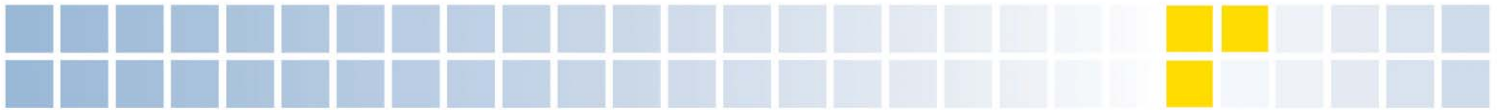
Zu Artikel 4 Nr. 9: § 87 Abs. 4 SGB IV

Prüfung der Haushalts- und Wirtschaftsführung der DGUV nicht verändern

Ein Prüfrecht des Bundesrechnungshofs im Hinblick auf die Haushalts- und Wirtschaftsführung der DGUV e.V. ist rechtlich zweifelhaft und sachlich nicht gerechtfertigt. Die rechtlichen Voraussetzungen zur Einführung einer Prüfberechtigung des Bundesrechnungshof liegen nicht vor, da zum einen nicht alle Mitglieder des Verbandes einer Prüfung unterliegen und zum anderen die DGUV weder unmittelbar noch mittelbar über ihre Mitglieder Zuschüsse aus dem Bundeshaushalt erhält.

Auch sachlich ist es nicht gerechtfertigt, die DGUV einer Prüfung durch den Bundesrechnungshof zu unterziehen. Die DGUV wird sowohl durch ihre Selbstverwaltung als auch durch einen Wirtschaftsprüfer geprüft. Zudem ist nicht auszuschließen, dass die erfolgreiche Präventionsarbeit der DGUV durch die Prüfung des Bundesrechnungshofs eingeschränkt werden könnte.

Auch in diesem Punkt sollte der Selbstverwaltung die eigenverantwortliche Wahrnehmung ihrer Aufgaben belassen werden. Daher ist § 87 Abs. 4 SGB IV zu streichen.



Zu Artikel 6 Nr. 1: § 20b Arbeitsschutzgesetz

Sozialpartner mit Stimmrecht an Entscheidungen zur Gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie beteiligen

Im Gesetzentwurf sind ferner gesetzliche Regelungen zur Gemeinsamen deutschen Arbeitsschutzstrategie vorgesehen. Als zentrales Gremium für die Planung, Koordinierung, Evaluierung und Entscheidung soll die „Nationale Arbeitsschutzkonferenz“ geschaffen werden. Die Sozialpartner sollen mit bis zu drei Vertretern beratendes Mitglied in der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz werden.

Dass die Sozialpartner jetzt – entgegen den Festlegungen im Arbeitsentwurf – direkt in der Arbeitsschutzkonferenz vertreten sind, ist zu begrüßen. Allerdings sollte den Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, als maßgeblichen Akteuren bzw. Beteiligten des Arbeitsschutzes, auch ein Stimmrecht eingeräumt werden. Die unmittelbare Beteiligung an Beratung und Beschlussfassung der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entspricht auch der sonst vielfach üblichen und bewährten Praxis auf nationaler (z. B. Betriebssicherheitsausschuss, Arbeitsstättenausschuss) und europäischer (z. B. Beratender Ausschuss für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz) Ebene.

Ferner sieht der neue § 20b ArbSchG vor, dass sich die Nationale Arbeitsschutzkonferenz eine Geschäftsordnung zu geben hat, in der insbesondere die Arbeitsweise und das Beschlussverfahren festgelegt werden. Letzteres deutet auf die Möglichkeit von Mehrheitsentscheidungen hin. Nach dem von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz verabschiedeten Konzept sollen aber Beschlüsse nur im Konsens getroffen werden. Dieser Konsens ist durch die jetzige Gesetzesformulierung nicht hinreichend abgesichert. Das Konsensfordernis sollte in das Gesetz ausdrücklich aufgenommen werden.

Den Sozialpartnern, als maßgeblichen Akteuren im Arbeitsschutz, sollte deshalb in der Arbeitsschutzkonferenz ein Stimmrecht eingeräumt werden.