

Leitfaden für die Unfallversicherung



Inhaltsverzeichnis

Einleitung		3
Geschichte der Versicherung, speziell der Unfallversicherung	Überblick	4
	Glossar Abkürzungen	6
Rechtsgrundlagen der obligatorischen Unfallversicherung	Bundesverfassung	7
	ATSG	
	UVG	
	UVV	
	Kommentare	
	Entscheidungen des Bundesgerichts	
Das UVG in Grundzügen	Ziel und Grundsatz	10
Die UVG-Versicherung, versicherte Personen, Geltungsbereich	Unfallversicherung nach UVG	11
	Versicherte Personen	
	Zeitliche und örtliche Geltung	
Gegenstand der Versicherung / Abgrenzung Unfall-Krankheit	Gegenstand	14
	Abgrenzung	
	Berufskrankheit	
	Berufsunfall/Nichtberufsunfall	
	Unfallähnliche Körperschädigung	
Die Unfallmeldung / Die Bedeutung von Fragen	Meldepflicht	20
	Versäumnis der Meldepflicht	
	Ausfüllen der elektronischen Unfallmeldung	
Die Unfallbehandlung durch die UVZ	Leistungsprüfung	24
	Leistungen im UVG	
	Leistungskürzung	
	Regress	
	Leistungsablehnung	
	Vorleistungspflicht	
Risikoaufteilung Arbeitgeber – UVZ – Pensionskasse	Arbeitgeberleistung	52
	Zusammenspiel mit der UVZ	
	Leistung der PK	
Eingliederung in Langzeitfällen	Zuständigkeit	54
	Case Management	
Finanzierung der Versicherungsleistungen	Unfallkasse UK	55
	Unfallversicherung UVG	

Dieser Leitfaden gibt Ihnen einen Überblick zur Unfallversicherung. Im Einzelnen richten sich die Ansprüche und Pflichten nach den Vorschriften des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG), den zugehörigen Verordnungen und dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG).

Einleitung

Seit 1984 sind in der Schweiz sämtliche Arbeitnehmenden obligatorisch gegen Berufsunfälle und Berufskrankheiten versichert. Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von mindestens 8 Stunden (bei Lehrpersonen eine wöchentliche Nettounterrichtszeit von 240 Minuten) besteht zusätzlich eine gesetzliche Deckung für Unfälle während der Freizeit.

Als selbstständige öffentlich-rechtliche Einrichtung versichert die Unfallversicherung Stadt Zürich (UVZ) die Mitarbeitenden der Zürcher Stadtverwaltung (ohne SUVA-versicherte Betriebe) sowie weiterer angeschlossener Unternehmen. Damit den versicherten Personen im Falle eines Unfallereignisses Leistungen ausgerichtet werden können, muss die UVZ über das Unfallgeschehen in Kenntnis gesetzt werden.

Nach einem Unfallereignis ist die versicherte Person daher verpflichtet, den Unfall umgehend der Arbeitgeberin zu melden. Das Erfassen der benötigten Angaben erfolgt direkt auf unserer Website www.uvz.ch. Die vollständig erfasste Meldung zu Unfallhergang und verunfallter Person wird mit weiteren ergänzenden Informationen elektronisch an die UVZ zur weiteren Bearbeitung übermittelt. Die notwendigen Formulare können direkt nach der Erfassung am Arbeitsplatz ausgedruckt und den Versicherten mitgegeben werden.

Zum besseren Verständnis der vielseitigen Aspekte der obligatorischen Unfallversicherung haben wir den vorliegenden Leitfaden erarbeitet. Er gibt sowohl Aufschluss über die Abläufe bei der täglichen Arbeit als auch einen Einblick in die verschiedenen Versicherungsleistungen, die bei einem anerkannten Unfall erbracht werden. Der Leitfaden beantwortet in übersichtlicher Form die häufigsten Fragen, die sich normalerweise im Zusammenhang mit der Unfallversicherung stellen.

Ergänzend zu diesem Leitfaden bieten wir den interessierten Personalverantwortlichen der Zürcher Stadtverwaltung und der angeschlossenen Unternehmen periodisch Schulungen in Form von Workshops an. Sollten Sie weitere Informationen oder Auskünfte benötigen, wenden Sie sich bitte direkt an uns.

Zürich, August 2017

Geschichte der Versicherung, speziell der Unfallversicherung

Der Begriff «Versicherung» ist in unsern Breitengraden erst seit ungefähr der Mitte des 19. Jahrhunderts bekannt. Als Versicherungsgegenstand dominierte damals keineswegs die Gesundheit oder das menschliche Leben. Das primäre Bedürfnis war die Abdeckung von Schäden, die durch den Verlust von materiellen Gütern eintraten. Und dieses Bedürfnis war schon sehr alt. So wurde die älteste bekannte Versicherungspolice im heutigen Sinne im Jahr 1347 in Genua für eine Seeversicherung abgeschlossen.

Die ersten in der Schweiz nachgewiesenen eigentlichen Versicherungen waren kantonale Gebäudeversicherungsanstalten, deren Gründung ab 1800 einsetzte. Als private Genossenschaft wurde 1826 in Bern die «Schweizerische Gesellschaft zur gegenseitigen Versicherung des Mobiliars gegen Brandschaden» aus der Taufe gehoben. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kamen die Personenversicherungen (Lebens- und Unfallversicherungen) dazu.

Im Zuge der fortschreitenden Industrialisierung wuchs das Bedürfnis nach Schutz vor Erwerbsverlust durch Krankheit oder Unfall am Arbeitsplatz. Vorerst dachte man an eine Haftung des Arbeitgebers. Im Jahre 1899 verabschiedete der damalige Bundesrat den Entwurf seines Mitglieds Ludwig Forrer (1845 bis 1921) zu einem umfassenden Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, in das auch die Militärversicherung sowie ein Mutterschaftstaggeld integriert waren. In einer Referendumsabstimmung lehnte das Volk diese «Lex Forrer» im Jahre 1900 entschieden ab.

1912 wurde dann das KUVG und damit das Obligatorium der Unfallversicherung für besonders gefährdete Berufsgruppen angenommen. 1984 ist mit dem aktuellen UVG das Obligatorium auf alle Arbeitnehmenden ausgedehnt worden.

Daten zur Unfallversicherung

- 1877** **Bundesgesetz betreffend die Arbeit in Fabriken,**
«Fabrikgesetz», 23.03.1877
- 1881** **Bundesgesetz über die Haftpflicht aus Fabrikbetrieb,**
25.06.1881
- 1890** Die Aufnahme von **Art. 34^{bis} in die Bundesverfassung (BV)**
befugt den Bund, die Kranken- und Unfallversicherung für alle in
der Schweiz ansässigen Personen obligatorisch zu erklären.
- 1900** Ablehnung der **Lex Forrer** durch das Volk.
- 1912** Das Kranken- und Unfallversicherungsgesetz vom 13. Juni 1911
KUVG wird am 4. Februar 1912 vom Volk angenommen. Dieses
erklärt die Unfallversicherung für gewisse Berufskategorien als
obligatorisch.
- 1918** Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt **SUVA** nimmt am
1. April 1918 ihre Tätigkeit zur Durchführung der obligatorischen
Unfallversicherung gemäss KUVG auf.
- 1919** Die Stadt Zürich konstituiert ihre eigene **Unfallkasse**, welche die
Unfälle des städtischen Personals nach den Normen des KUVG
abwickelt.
- 1981** Das vom Krankenversicherungsgesetz abgekoppelte Unfall-
versicherungsgesetz **UVG** wird von den eidgenössischen Räten
verabschiedet.
- 1984** Am 1. Januar tritt das UVG in Kraft. **Es dehnt das Obligatorium
der Unfallversicherung auf alle Arbeitnehmenden in der
Schweiz aus.**



Glossar Abkürzungen

AHVG	Bundesgesetz über die Alters- und Hinterlassenenversicherung vom 20. Dezember 1946
AIVG	Bundesgesetz über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung/Arbeitslosenversicherungsgesetz vom 25. Juni 1982
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000
BK	Berufskrankheit
BU	Berufsunfall
BV	Bundesverfassung vom 29. Mai 1874/18. Dezember 1998
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge vom 25. Juni 1982
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959
KUVG	Bundesgesetz über die Kranken- und Unfallversicherung vom 13. Juni 1911
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994
NBU	Nichtberufsunfall
PKZH	Pensionskasse Stadt Zürich
UK	Unfallkasse (nach KUVG)
UKS	Unfallähnliche Körperschädigung
UVAL	Verordnung über die Unfallversicherung von arbeitslosen Personen vom 24. Januar 1996
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981
UVV	Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982
UVZ	Unfallversicherung Stadt Zürich
VUV	Verordnung über die Verhütung von Unfällen vom 19. Dezember 1983

Rechtsgrundlagen der obligatorischen Unfallversicherung

Das Netzwerk Sozialversicherung

Was ist der Grundgedanke der sozialen Unfallversicherung?

Neben der generellen Entwicklung der Versicherung als Wirtschaftszweig hat sich – aus dem Bedürfnis nach sozialer Sicherheit heraus – ein Netz von staatlichen «sozialen» Versicherungen entwickelt. In dieses ist auch die soziale Unfallversicherung eingebettet.

Die Bundesverfassung

Wie lautet der Verfassungsauftrag?

Der Verfassungsauftrag vom 18. Dezember 1998 verpflichtet die Legislative (das Volk, vertreten durch die Bundesversammlung aus National- und Ständerat), dafür zu sorgen, dass «jede Person an der sozialen Sicherheit teil hat und besonders gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Invalidität, Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft, Verwaisung oder Verwitwung gesichert ist; Familien und Kinder geniessen besonderen Schutz».

Art. 41 BV

Wie wird dieser Auftrag umgesetzt?

Konkret wird der Bund zur Schaffung entsprechender Vorsorge-Einrichtungen verpflichtet. Diesen Auftrag erfüllt er mit der Einrichtung verschiedener Versicherungen, deren Durchführung und Betrieb er in Gesetzen und Verordnungen regelt. Bei allen diesen Versicherungen handelt es sich um Sozialversicherungen (sozial wird hier als «gemeinnützig, für alle» verstanden).

Art. 111 bis 117 BV
AHVG
IVG
BVG
AVIG
KVG
UVG
MVG

Das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

Welche gesetzliche Grundlage koordiniert die Sozialversicherungen?

Im Bestreben, diese Vielfalt von Sozialversicherungsträgern unter einen Hut zu bringen oder die Koordination derselben untereinander durch Zusammenfassung der gemeinsamen Bestimmungen zu vereinfachen, ist zuletzt das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) geschaffen worden. Es enthält Begriffsdefinitionen, Koordinations- und Regressbestimmungen.

ATSG



Das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG)		
Wo werden Ansprüche und Leistungen der Unfallversicherung geregelt?	Das UVG regelt das Verhältnis, die gegenseitigen Rechte und Pflichten zwischen den UVG-Versicherern und den versicherten Firmen resp. Personen. Es definiert und begrenzt überdies die Anspruchs- sowie Leistungsbereiche und schreibt das Obligatorium der Berufsunfallversicherung (mit Deckung auch für Berufskrankheiten) für jede in der Schweiz in unselbstständigem Arbeitsverhältnis tätige Person vor.	UVG
Wer muss welche Prämien bezahlen?	Die Prämie für die Berufsunfallversicherung BU hat aufgrund seiner Fürsorgepflicht der Arbeitgeber zu bezahlen. Obligatorisch muss jede Arbeitskraft, die in einem Unternehmen mindestens 8 Stunden pro Woche tätig ist, auch in der Freizeit gegen Unfälle versichert werden. Die Leistungen sind identisch mit denjenigen für Berufsunfälle. Die Prämie für die Deckung der Nichtberufsunfallversicherung NBU hat die versicherte Person in der Regel selber zu bezahlen. Sie wird monatlich vom Lohn abgezogen.	Art. 91 Abs. 1 UVG Art. 91 Abs. 2 UVG
Die Verordnung über die Unfallversicherung (UVV)		
Wo sind die Ausführungsbestimmungen geregelt?	Die UVV führt die zum Teil knapp gehaltenen Gesetzesbestimmungen des UVG weiter aus. Sie enthält Erläuterungen zu speziellen Fragen wie beispielsweise zur Berechnung von Taggeldern in Sonderfällen, Ausnahmen von der Versicherungspflicht und Ähnlichem. Merke: Es gibt keine Verordnung ohne gesetzliche Grundlage!	UVV
Wo findet man dazu weitere Erläuterungen?	Die Handhabung und die Auslegung von Gesetz und Verordnung werden durch Kommentare verständlich gemacht. Der bekannteste und am meisten verwendete Kommentar zu UVG und UVV ist «Maurer: Schweizerisches Unfallversicherungsrecht».	UVG/UVV

Entscheidungen der sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts

Wie werden Konflikte geregelt?

Die gesellschaftliche Entwicklung schafft ständig anders geartete Risiken und Vorstellungen wie zum Beispiel jene über die Ansprüche der Versicherten gegenüber den Versicherungen. So kommt es trotz Gesetz, Verordnung und Kommentaren immer wieder zu unterschiedlichen Auslegungen (je nach Standpunkt) und in der Folge zu Auseinandersetzungen, die vor Gericht ausgetragen werden.

Woraus entwickelt sich die «Rechtspraxis»?

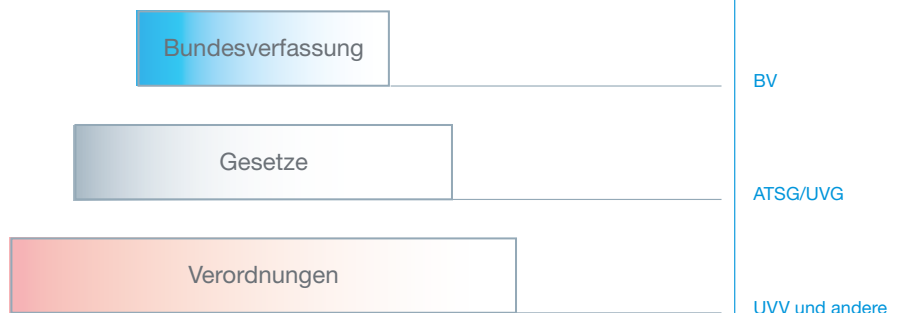
Die Sozialversicherungsgerichtbarkeit kennt die kantonale und die eidgenössische Instanz. Auf Bundesebene entscheiden die sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts (früher Eidgenössisches Versicherungsgericht EVG) als höchste richterliche Instanz der Schweiz. Diese Entscheide werden gesammelt und zu einem grossen Teil veröffentlicht. In der Gesamtheit derselben erkennt man die Praxis des Bundesgerichts.

Bundesgericht

Wo findet sich diese «Rechtspraxis»?

Zur Rechtsprechung des Bundesgerichts gibt es den Kommentar «Rumo-Jungo/Holzer: Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht/Bundesgesetz über die Unfallversicherung».

Wie ist die Hierarchie der Gesetzgebung?





Das UVG in Grundzügen

Welche gesetzliche Regelung verlangt der Verfassungsauftrag?

Ziel und Grundsatz

Der Bund muss zur Erfüllung des verfassungsmässigen Auftrags (jede in der Schweiz lebende Person ist vor den Folgen unfallmässiger Schädigung gleichermassen zu schützen) eine doppelte rechtliche Massnahme treffen:

- den Inhalt der Sozialversicherung gesetzlich festlegen
- und diese als obligatorisch erklären.

[Art. 117 Abs. 1 BV](#)

[Art. 117 Abs. 2 BV](#)

Warum gelten für alle die gleichen Leistungen?

Im Gegensatz zur privaten Unfallversicherung haben die versicherten Personen keine Möglichkeit, Leistungsinhalt und -höhe individuell mit zu gestalten. Der Gesetzgeber schreibt vor, unter welchen Umständen die Versicherung wem welche Leistungen auszurichten hat.

Die entsprechenden Normen gelten gleichermassen vom Gehilfen bis zum Direktor. Abgesehen von der Prämienzahlung, die separat behandelt wird, haben sowohl die versicherten Betriebe als «Versicherungsnehmer» wie auch ihre versicherten Arbeitnehmenden gewisse Bedingungen zum Bezug von Versicherungsleistungen zu erfüllen. Diese werden im Kapitel «Die Unfallmeldung», Seite 20, erläutert.

Die UVG-Versicherung, versicherte Personen, Geltungsbereich

Die Unfallversicherung nach UVG

Was ist versichert?

Die Unfallversicherung nach UVG deckt obligatorisch die materiellen Folgen der versicherten Ereignisse ab, von denen die versicherten Personen betroffen werden.

Art. 6 bis Art. 9 UVG

Wer ist obligatorisch versichert?

Versichert sind alle in der Schweiz beschäftigten sowie von Schweizer Unternehmungen vorübergehend (für die Dauer von 2 Jahren) ins Ausland entsandten Arbeitnehmenden. Dieses generelle Obligatorium besteht erst seit Inkrafttreten des UVG. Arbeitnehmender ist, wer ohne eigenes wirtschaftliches Risiko für einen Arbeitgeber und nach dessen Anweisungen gegen Lohn oder zu Ausbildungszwecken tätig ist. Arbeitnehmende sind also namentlich auch Lehrlinge, Praktikanten, Volontäre und Heimarbeiter.

Art. 1a bis Art. 2 UVG

Durch gelegentliche Handreichungen oder spontane Hilfeleistung wird man nicht zum Arbeitnehmenden.

Wer kann sich freiwillig versichern?

Selbstständig Erwerbende und ihre im Betrieb mitarbeitenden Familienmitglieder fallen nicht unter die Versicherungspflicht. Sie können sich aber freiwillig bei einem privaten UVG-Versicherer oder bei der SUVA nach den Normen des UVG gegen Unfallfolgen versichern lassen. Arbeitet jemand in einem unselbstständigen Arbeitsverhältnis und gleichzeitig als selbstständiger Unternehmer, so gilt – beim Fehlen der freiwilligen Versicherung – ein im selbstständigen Bereich eingetretener Unfall als NBU der obligatorischen Versicherung. Die Heilungskosten werden über diese in vollem Umfang abgewickelt. Als Basis der Geldleistungen wird aber nur das Einkommen aus der unselbstständigen Erwerbstätigkeit berücksichtigt.

Art. 4 bis Art. 5 UVG

Wer ist wo versichert?

Unternehmungen mit spezieller Gefahrenneigung oder sonst speziellen Tätigkeitsinhalten (z.B. Personalvermittlung, Bundesverwaltung) müssen obligatorisch bei der SUVA versichert sein. Das Gesetz bezeichnet die entsprechenden Erwerbszweige. In der Stadt Zürich sind deshalb das Departement der industriellen Betriebe und die beiden Baudepartemente bei der SUVA versichert, wobei **die Sekretariate dieser Departemente bei der UVZ Versicherungsschutz geniessen.**

Art. 66 UVG

Das Gesetz bestimmt, dass Personen, für deren Versicherung nicht die SUVA zuständig ist, durch private, dem Versicherungsaufsichtsgesetz unterstehende Versicherungseinrichtungen, durch öffentliche Unfallversicherungskassen oder durch Krankenkassen im Sinne des KVG zu versichern sind.

Art. 68 UVG

Wer bestimmt, wo die Unfallversicherung abgeschlossen wird?

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, seine Mitarbeitenden bei einer der aufgezählten Institutionen zu versichern. Er kann dafür die Gesellschaft frei wählen. Bei öffentlich-rechtlichen Verwaltungen schreibt das Gesetz jeweils vor, wo das Personal versichert wird.

Art. 69 UVG

Was geschieht, wenn die Versicherung fehlt?

Hat eine Unternehmung ihre Mitarbeitenden nicht oder noch nicht gegen die Folge von Unfällen versichert, so ist die von der Gesamtheit der Versicherer finanzierte **Ersatzkasse** zuständig.

Art. 72 UVG

Diese wickelt die eingetretenen Unfälle ab, kassiert vom säumigen Arbeitgeber die nicht entrichteten Prämien und sorgt für die ordentliche Versicherung. Sie kann Arbeitgeber, die ihren Betrieb trotz Mahnung nicht versichern, einem von ihr bestimmten Versicherer zuweisen.

Art. 73 UVG

Wie sind Arbeitslose versichert?	Arbeitslose Personen sind nach den Normen des UVG gegen die Folgen von Unfällen versichert, sofern sie die Anspruchsvoraussetzungen der Arbeitslosenversicherung (Art. 8 des Bundesgesetzes über die Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzent-schädigung/AVIG) erfüllen. Die Versicherung erfolgt bei der SUVA.	Art. 1a Abs. 1 lit. b UVG
	Die Arbeitslosenversicherung zieht die Prämien vom Arbeitslosen-tageld ab und leitet sie an die SUVA weiter.	Art. 22a AVIG
	Erzielt die arbeitslose Person einen Zwischenverdienst oder besteht nur eine teilweise Arbeitslosigkeit, so sind Berufs-unfälle bei der Versicherung des jeweiligen Arbeitgebers gedeckt.	Art. 6 bis Art. 8 UVAL
Wo und wie sind Erwerbslose versichert?	Wer nicht oder nicht mehr erwerbstätig ist, oder wer nicht min-destens 8 Stunden pro Woche in einem Betrieb arbeitet, ist gegen die Folgen von Nichtberufs-unfällen (Heilungskosten) obligatorisch bei der Krankenkasse versichert. Dabei kommen sowohl die Tarife der Krankenkasse als auch deren Selbstbehalte und Franchisen zur Anwendung.	Art. 3 und Art. 8 bis Art. 10 KVG
Wo besteht Unfalldeckung, wann beginnt diese und wann endet sie?	Die Versicherung ist weltweit gültig. Sie beginnt am Tag der ge-planten oder tatsächlichen Arbeitsaufnahme, spätestens, wenn sich der Versicherte auf den Weg zur Arbeit begibt. Sie endet am 31. Tag nach dem Tag, an dem der Anspruch auf mindestens den halben (für die AHV massgebenden) Lohn aufhört. Als Lohn gelten auch Taggelder von Sozialversicherungen und weitere in Art. 7 UVV umrissene Leistungen und Vergütungen.	Art. 3 UVG
Ist eine Verlängerung der Versicherungsdeckung möglich?	Die Versicherung für Nichtberufs-unfälle kann durch Abrede um die Dauer von höchstens sechs Monaten verlängert werden. Die austretenden Arbeitskräfte sind durch den Arbeitgeber auf diese Möglichkeit ausdrücklich aufmerksam zu machen. Dasselbe gilt für Arbeitsunterbrüche von mehr als 31 Tagen (unbezahlter Urlaub). Die Anmeldung muss vor Ablauf der bestehenden Versicherung erfolgen.	Art. 8 UVV



Gegenstand der Versicherung/ Abgrenzung Unfall-Krankheit

Gegenstand

Die Versicherungsleistungen werden in der Folge im Fall von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sowie Nichtberufsunfällen gewährt. Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen. Die den Unfallfolgen gleichgestellten Körperschädigungen werden auf Seite 19 speziell angeführt.

Berufsunfall (BU)
Nichtberufsunfall (NBU)
Berufskrankheit (BK)
Unfallähnliche
Körperschädigung (UKS)
Art. 6 UVG
Art. 9 UVV

Die Krankheit

Was ist Krankheit?

Per Definition ist Krankheit jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist, und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Art. 3 ATSG

Das Geburtsgebrechen

Was sind Geburtsgebrechen?

Als Geburtsgebrechen gelten diejenigen Krankheiten, die bei vollendeter Geburt bestehen.

Der Unfall

Was ist ein Unfall?

Ein Unfall ist die

- **plötzliche**
- **nicht beabsichtigte**
- **schädigende Einwirkung eines**
- **ungewöhnlichen**
- **äusseren Faktors**

auf den menschlichen Körper, die eine

- **Beeinträchtigung**
- **der körperlichen oder**
- **geistigen Gesundheit oder**
- **den Tod**

zur Folge hat.

Art. 4 ATSG

Die Berufskrankheiten (BK)

Warum werden in der Unfallversicherung auch Krankheiten gedeckt?

Wie lässt sich erklären, dass über die reine Unfallversicherung auch die Folgen von Schädigungen abgedeckt werden, die den Unfallbegriff nicht erfüllen, also als Krankheit zu definieren sind?

Art. 9 UVG

Grundgedanke = Haftung

Die obligatorische Unfallversicherung hat ihren ideellen Ursprung in einem Haftungsgesetz. Dieses ist aus dem Bedürfnis heraus entstanden, die materielle Fürsorge des Arbeitgebers bei Schäden zu beanspruchen, die den Arbeitnehmenden aus der beruflichen Tätigkeit erwachsen.

Was ist eine Berufskrankheit?

Darunter fallen Krankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch die Einwirkung schädigender Stoffe oder durch bestimmte, definierte Arbeiten verursacht worden sind. Eine Liste dieser schädigenden Stoffe und der schädigenden Arbeiten sowie der daraus resultierenden Krankheiten wird in Art. 14 UVV erwähnt und der Verordnung als Anhang 1 beigelegt.

Art. 14 UVV Anhang 1

Ebenfalls als Berufskrankheiten werden Krankheiten anerkannt, die zwar im Anhang 1 zur UVV nicht als solche erwähnt sind, die aber ausschliesslich oder stark überwiegend durch die berufliche Tätigkeit verursacht worden sind. Dieser Umstand muss nachgewiesen werden können.

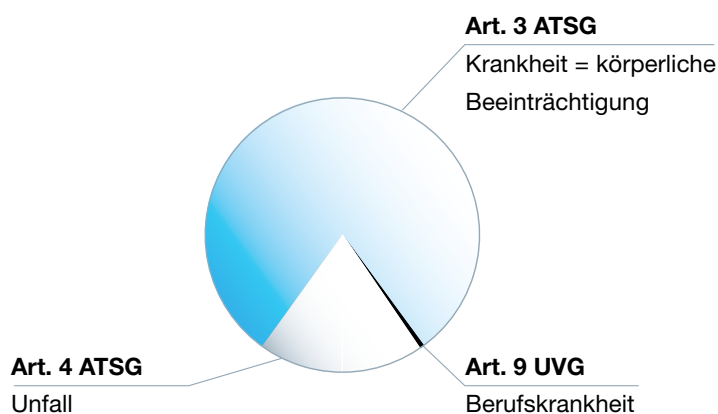
**Wer ist für die Folgen
einer Berufskrankheit
leistungspflichtig?**

Ausbruch ist nicht Verursachung

Soweit nichts anderes bestimmt ist, sind Berufskrankheiten von Zeitpunkt ihres Ausbruchs an einem Berufsunfall gleichgestellt. Sie gelten als ausgebrochen, sobald die betroffene Person erstmals ärztlicher Behandlung bedarf oder arbeitsunfähig ist. Der Krankheitsausbruch muss aber nicht zeitgleich mit der Verursachung sein. Übernahmepflichtig ist demnach nicht zwingend die beim Ausbruch bestehende Versicherung, sondern immer diejenige, bei welcher das Risiko im Zeitpunkt der schädigenden Einflüsse gedeckt war.

Sofern die zuständige Versicherung nicht auf Anhieb festgestellt werden kann, soll die Sucharbeit nicht Aufgabe des aktuellen Arbeitgebers sein. Er kann den Vorgang mit möglichst genauen Daten bei seiner Versicherung anmelden, wonach diese die weiteren Umtriebe auf sich zu nehmen hat.

Unfall und Berufskrankheit als Sonderfall von Krankheit



Der Berufsunfall (BU)

Wann liegt ein Berufsunfall vor?

Ein Berufsunfall liegt in jedem Fall dann vor, wenn die versicherte Person in Verrichtung der beruflichen Tätigkeit vom Ereignis betroffen wird.

Dies muss nicht zwingend in Geschäftsräumen des Arbeitgebers geschehen. Die Hauspflegerin erleidet beispielsweise auch einen Berufsunfall, wenn sie im Garten der Kundin stürzt. Dasselbe gilt für den Lieferchauffeur, der mit geschultertem Liefergut am Zielort die Kellertreppe hinunterstürzt.

Andererseits gilt es auch als Berufsunfall, wenn die versicherte Person in der Zünipause oder unmittelbar vor der Arbeitsaufnahme am Arbeitsplatz einen Unfall erleidet, ohne in diesem Moment implizit «beruflich tätig» zu sein. Der Sturz im Treppenhause des Arbeitgebers nach getaner Arbeit stellt hingegen bereits einen Nichtberufsunfall dar, sofern die Deckungsvoraussetzungen dafür erfüllt sind.

Art. 7 UVG



Der Nichtberufsunfall (NBU)

Wer ist bei
Nichtberufsunfällen
versichert?

Gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen ist durch die obligatorische Unfallversicherung gedeckt, wer bei einem Arbeitgeber mindestens 8 Stunden pro Woche (Lehrkräfte eine Nettounterrichtszeit von mindestens 240 Minuten) tätig ist.

Wann liegt ein
Nichtberufsunfall vor?

Als Nichtberufsunfall gilt jeder Unfall, der kein Berufsunfall ist. Unfälle auf dem Arbeitsweg gelten grundsätzlich als NBU. Die Folgen von NBU respektive Freizeitunfällen sind bei fehlender NBU-Deckung über die Unfallkomponente der Krankenkasse abzudecken.

Art. 8 UVG

Ausnahme:

Verfügt die versicherte Person über keine NBU-Versicherung, so gelten Unfälle, die sich auf dem direkten Arbeitsweg zutragen, als Berufsunfälle.

Deckungsbereich BU bei bestehender NBU-Deckung

Freizeit	Arbeitsweg	Arbeit	Arbeitsweg	Freizeit
----------	------------	--------	------------	----------

Deckungsbereich BU bei fehlender NBU-Deckung

Freizeit	Arbeitsweg	Arbeit	Arbeitsweg	Freizeit
----------	------------	--------	------------	----------

Wer bezahlt bei mehreren Arbeitsverhältnissen?

Die NBU-Mehrfachversicherung

Ist die versicherte Person bei zwei oder mehreren Arbeitgebern tätig und bei jedem auch für NBU versichert, wird ein Nichtberufsunfall immer bei der Versicherung jenes Betriebes abgewickelt, in welchem die verunfallte Person vor dem Unfall zuletzt tätig war. Ist die versicherte Person in einem Arbeitsverhältnis auch für NBU versichert, in einem weiteren jedoch nicht, so ist für die Abwicklung aller Nichtberufsunfälle die Versicherung desjenigen Betriebes zuständig, in dem die verunfallte Person 8 oder mehr Stunden pro Woche tätig ist. Dabei unterstehen auch alle Arbeitswege der NBU-Versicherung.

Arbeitet die versicherte Person in mehreren Betrieben, ohne in einem davon die für die NBU-Deckung vorgeschriebene Mindestarbeitszeit von wöchentlich 8 Stunden (Lehrkräfte mindestens 240 Minuten Nettounterrichtszeit) zu erreichen, muss sie sich bei der Krankenkasse gegen die Folgen von Nichtberufsunfällen versichern.

Die Stadt Zürich gilt gesamthaft als ein Arbeitgeber. Die Arbeitszeiten in verschiedenen städtischen Betrieben werden zur Ermittlung der NBU-Deckung zusammengezählt.

Art. 77 Abs. 2 UVG

Die städtischen Betriebe gelten als ein Arbeitgeber

Was ist eine UKS?

Die unfallähnliche Körperschädigung (UKS)

Die im UVG aufgezählten Körperschädigungen werden auch ohne die vom Unfallbegriff (Art. 4 ATSG) verlangte Ungewöhnlichkeit und ohne äusseren Faktor wie Unfälle behandelt, sofern sie nicht eindeutig auf Abnützung oder Krankheit zurückzuführen sind.

Die abschliessende Aufzählung nennt Knochenbrüche, Verrenkungen von Gelenken, Meniskusrisse, Muskelzerrungen, Sehnenrisse, Bandläsionen und Trommelfellverletzungen.

Keine UKS im Sinne dieser Aufzählung ist die Beschädigung von Sachen, die infolge einer Krankheit eingesetzt worden sind und einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen.

Art. 6 Abs. 2 lit. a-h UVG



Die Unfallmeldung / Die Bedeutung von Fragen

Die Meldepflicht

Ist ein Ereignis eingetreten, das die Merkmale des Unfalles im Sinne von Art. 4 ATSG trägt, eine ärztliche Behandlung erforderlich macht und/oder eine Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht, muss unverzüglich eine Unfallmeldung an den Unfallversicherer gemacht werden.

Art. 29 ATSG
Art. 45 UVG
Art. 53 UVV

Welche Pflichten hat die verunfallte Person?

Betroffene Arbeitnehmende haben den Arbeitgeber über die Details (Zeit, Ort, Hergang und Folgen des Unfalls, den behandelnden Arzt oder die aufgesuchte Heilanstalt sowie den Haftpflichtigen und dessen allfällige Versicherung) soweit in Kenntnis zu setzen, dass dieser in der Lage ist, die Unfallmeldung an den Versicherer vorzunehmen.

Welche Pflichten hat der Arbeitgeber?

Dem Arbeitgeber obliegt die primäre Meldepflicht an den Versicherer. Er hat diesem unverzüglich Meldung zu machen, «sobald er erfährt», dass ein Versicherter seines Betriebes einen Unfall erlitten hat, der eine ärztliche Behandlung nötig macht oder zur Arbeitsunfähigkeit führt. Der Arbeitgeber darf also nicht auf die Angaben seines verunfallten Arbeitnehmenden warten, sondern muss die ihm vorliegenden Angaben prüfen, allenfalls weitere Abklärungen vornehmen und der Versicherung den Unfall unverzüglich anmelden.

Unterstützung durch die Versicherung

Was trägt der Versicherer zur korrekten Unfallmeldung bei?

Der Versicherer stellt den bei ihm versicherten Arbeitgebern geeignete elektronische Unfallerfassungstools (vereinzelt auch elektronische Formulare) unentgeltlich zur Verfügung. Bei der Unfallmeldung müssen wahrheitsgetreue Angaben gemacht werden, die es insbesondere erlauben,

Art. 53 Abs. 3 UVV

- den Unfallhergang oder die Entstehung einer Berufskrankheit abzuklären
- die medizinischen Abklärungen der Folgen eines Unfalls oder einer Berufskrankheit vorzunehmen
- die Leistungen festzusetzen
- die Arbeitssicherheit zu beurteilen und Statistiken zu führen

Die Versicherer können Richtlinien über die Meldung von Unfällen durch Arbeitgeber, Arbeitnehmende und Ärzte aufstellen. Die UVZ setzt dabei auf die Schulung der Personalverantwortlichen bei den versicherten Betrieben und Departementen.

Art. 53 Abs. 4 UVV

Versäumnis der Meldepflicht

Mit welchen Sanktionen muss der säumige Verunfallte rechnen?

Versäumen der Versicherte oder seine Hinterlassenen die Unfallmeldung in unentschuldbarer Weise, und erwachsen daraus dem Versicherer erhebliche Umtriebe, so können die auf die Zwischenzeit entfallenden Geldleistungen bis zur Hälfte entzogen werden.

Art. 46 Abs. 1 UVG

Dauert das so geartete Versäumnis über die Dauer von 3 Monaten hinaus, kann der Versicherer jede Leistung um die Hälfte kürzen. Ist ihm ein Ereignis absichtlich falsch gemeldet worden, darf er die Leistung ganz verweigern.

Art. 46 Abs. 2 UVG

Welche Massnahmen sind für den säumigen Arbeitgeber vorgesehen?

Liegt das Versäumnis in unentschuldbarer Weise beim Arbeitgeber, so kann dieser vom Versicherer für die daraus entstehenden Kostenfolgen haftbar gemacht werden.

Art. 46 Abs. 3 UVG

Ausfüllen der elektronischen Unfallmeldung

Warum muss die elektronische Unfallmeldung vollständig ausgefüllt werden?

Im elektronischen Unfallfassungstool sind alle Felder zum Unfallhergang sowie zur verunfallten Person durch die Personalverantwortlichen auszufüllen. Durch die elektronische Übermittlung der Unfallmeldung an die UVZ wird die Unfallnummer vergeben. Anschliessend stehen die entsprechenden Formulare für den Ausdruck zur Verfügung.

Weil jede der gestellten Fragen für die weitere Fallbehandlung durch die Unfallversicherung eine Bedeutung hat, muss das Formular immer vollständig ausgefüllt werden.

Fragen betreffend Installierung, Speicherort und Anwendung der elektronischen Unfallmeldungen können direkt dem IT-Verantwortlichen der UVZ unterbreitet werden.

Bagatellunfälle

Was ist ein Bagatellunfall?

Als Bagatellunfall wird der Unfall bezeichnet, der keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen nach sich zieht.

Welche Dokumente gehören zur elektronischen Meldung für Bagatellunfälle?

- Original-Meldung elektronisch zuhanden der UVZ
- Arztschein zuhanden des erstbehandelnden Arztes
- Apothekerschein zuhanden der versicherten Person.

Die Unfallmeldung UVG

Was unterscheidet die Unfallmeldung von der Bagatellunfall-Meldung?

Die elektronische Unfallmeldung UVG ist für die Anmeldung aller Unfälle zu verwenden. Sie besteht grundsätzlich aus denselben Formularen wie die Meldung für Bagatellunfälle. Anstelle des Arztscheines, der lediglich Raum für die Diagnose des Arztes bietet, liegt hier das Formular «Arztzeugnis UVG» vor, das dem Arzt zusätzlich Fragen betreffend Schilderung von Hergang und Beschwerden durch den Patienten, beteiligte Krankheitsfaktoren, Unfallkausalität, Heilmassnahmen und Arbeitsunfähigkeit stellt.

Wie wird der Unfallschein gehandhabt?

Zudem enthalten die elektronischen Dokumente den Unfallschein, auf dem der Arzt anlässlich der Konsultationen das Datum, den jeweiligen Grad und die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit einträgt. Der Unfallschein ist nicht in der Arztpraxis zu deponieren, sondern hat bei der versicherten Person zu verbleiben. Er wird dem Arzt bei den Konsultationen vorgelegt. Anschliessend ist jeweils eine Kopie des Unfallscheins der Unfallversicherung zuzusenden.

Sobald die volle Arbeitsfähigkeit wieder eingetreten ist, muss die versicherte Person den vom Arzt ausgefüllten, datierten und unterzeichneten Unfallschein bei der zuständigen Personalstelle des Arbeitgebers abgeben. Diese prüft die Übereinstimmung der vom Arzt gemachten Angaben mit der eigenen Absenzenkontrolle und reicht den Unfallschein an die Versicherung weiter.

Der Unfallschein bleibt bei der versicherten Person

**Warum sind auch
scheinbar unwesentliche
Detailangaben wichtig?**

Aufgrund der Unfallmeldung prüft die Versicherung ihre Leistungspflicht nach Grund, Art und Höhe. Sie klärt auch ab, ob sie allein Leistungen zu erbringen hat, oder ob andere Leistungspflichtige (allenfalls Haftpflichtige) ebenfalls herangezogen werden können. Nicht immer können diese Prüfungen allein aufgrund der Angaben im Unfallmeldeformular abschliessend erfolgen.

Die UVZ hat deshalb spezielle Frageblätter entwickelt. Mit diesen bittet sie entweder den Arbeitgeber oder die versicherte Person direkt um Ergänzungen (detailliert und genau) der ihr bereits vorliegenden Angaben und Daten.

Auch diese Fragen müssen mit grösster Genauigkeit beantwortet werden. Es hilft nicht weiter, wenn man beispielsweise einer ungenauen Hergangsschilderung mit dem speziellen Frageblatt eine Abschrift hinterherschickt oder sie einfach – allenfalls mit der Bemerkung «schon beantwortet» – ignoriert. Je mehr Sorgfalt schon für die korrekte Meldung eines Unfallereignisses aufgewendet wird, umso schneller und effizienter kann die Versicherung die von ihr erwarteten Leistungen erbringen.



Die Unfallbehandlung durch die UVZ

Die Leistungsprüfung

Ist die UVZ für den Fall zuständig?

Nach Eingang einer Unfallmeldung prüft die Unfallversicherung, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, um Leistungen erbringen zu können. Dabei hat sie u.a. folgendes abzuklären:

- Wann hat sich das Ereignis zugetragen?
- War die betroffene Person im Zeitpunkt des Ereignisses bei der UVZ versichert? Diese Frage stellt sich vor allem auch bei Rückfällen und Spätfolgen von Unfällen (vgl. auch Berufskrankheiten, Seite 15), die weiter zurückliegen.
- War die versicherte Person im Falle eines NBU gegen die Folgen von NBU versichert?
- Liegt ein versichertes Ereignis vor?
- Ist allenfalls die Versicherung eines anderen Arbeitgebers leistungspflichtig?

In welchem Umfang können Leistungen erbracht werden?

Es muss auch der Umfang der Leistungspflicht abgeklärt sowie festgestellt werden, ob ein Grund zur Kürzung der Geldleistungen vorliegt (siehe auch Abschnitt Leistungskürzung, Seite 44). Und schliesslich wird auch schon anhand der ersten Unterlagen geprüft, ob, weshalb und gegen wen allenfalls regressiert werden kann, d.h. wer möglicherweise eine (Mit-)Verantwortung am eingetretenen Unfall trägt (siehe auch Abschnitt Rückgriff/Regress, Seite 47).

Die Leistungen im UVG

Welche Leistungstypen sieht die soziale Unfallversicherung vor?

In der sozialen Unfallversicherung wird vorerst zwischen den Sachleistungen und Geldleistungen unterschieden.

Sachleistungen sind Aufwendungen für Bergung und Kranken- oder Leichentransporte, für die Heilbehandlung, für Hilfsmittel und für Sachschäden. Sie werden im Naturalleistungsprinzip erbracht: Die Rechnungsstellung der Leistungserbringer erfolgt direkt an die Sozialversicherung als Leistungsträger. Die Bezahlung durch den Versicherten und Rückforderung bei der Versicherung sollen die Ausnahme sein. Aufwendungen für Fahrspesen und ähnliches erbringt die versicherte Person in der Regel selbst und lässt sich diese durch die Versicherung zurückvergüten.

Geldleistungen werden in Form von Taggeldern, Renten, Hilfflosen- und Integritätsentschädigungen erbracht. Sie decken den durch ein Unfallereignis verursachten Ausfall des Erwerbseinkommens und dienen dem Ausgleich des sogenannten Integritätsschadens.

Sachleistungen

Unter diesen Begriff fallen die Heilungskosten und die nachfolgend angeführten Kostenvergütungen. Wegen der Chronologie in der Schadenbehandlung stehen die Rettungs- und Transportkosten hier an erster Stelle, obwohl sie eigentlich dem separat behandelten Kapitel Kostenerstattung zuzuordnen sind.

Art. 14 ATSG

In welchem Umfang werden Bergungs- und Transportkosten übernommen?

Suchen und Transportieren

Opfer müssen gesucht und vom Unfallort in Spitäler oder nach Hause übergeführt werden. Die entstehenden Rettungs-, Bergungs-, Reise- und Transportkosten werden durch die Unfallversicherung vergütet. Fallen solche im Ausland an, sind die dafür vorgesehenen Leistungen auf einen Fünftel des maximal versicherbaren Jahreslohnes limitiert.

Art. 13 UVG
Art. 20 UVV

Rettungs- und Bergungskosten werden auch übernommen, wenn die gerettete Person keinen Gesundheitsschaden erlitten hat (also kein Unfall vorliegt) ein solcher aber ohne Rettungs-massnahme mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten würde (z.B. Abgleiten in eine Gletscherspalte).

Erfolglose Suche

Auch die Kosten für ergebnislose Suche werden vergütet, wenn die versicherte Person unter grosser Gefahr verschwunden ist.

Wie weit sind die Kosten für Leichentransport und Bestattung versichert?

Fahrt zur letzten Ruhestätte

Ebenso sind die Kosten für Leichentransport bis zum Bestattungs-ort versichert. Sofern solche Kosten im Ausland anfallen, werden sie bis zu einem Fünftel des maximalen versicherten Jahresverdienstes vergütet (analog Verletztentransport).

Art. 14 Abs. 1 UVG
Art. 21 Abs. 1 UVV

Bestattungskosten

Die Bestattungskosten werden erstattet, soweit sie das Siebenfache des maximalen versicherten Tagesverdienstes nicht übersteigen.

Art. 14 Abs. 2 UVG

Was versteht die soziale Unfallversicherung unter dem Begriff Heilungskosten?

Leistungen zur Wiederherstellung

Unter den Begriff Heilungskosten fallen die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche sowie therapeutische Bemühungen, die zur Wiederherstellung der körperlichen, geistigen und psychischen Gesundheit der von einem Unfall betroffenen Person in Heilanstalten (Spitälern und Reha-Kliniken), in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie bei Chiropraktoren und Therapeuten erfolgen.

Art. 10 UVG

Die verunfallte Person ist in der Wahl der Medizinalpersonen grundsätzlich frei, soweit diese zur Tätigkeit für die Sozialversicherung berechtigt sind. Will sie diese oder die gewählte Heilanstalt wechseln, ist das der Versicherung unverzüglich zu melden.

Art. 16 UVV

Wann darf man zum Therapeuten?

Die Therapeuten gelten als medizinische Hilfspersonen und dürfen daher nur auf ärztliche Verordnung hin zulasten der Unfallversicherung therapieren.

Was darf es kosten?

Die medizinischen und therapeutischen Leistungen werden aufgrund von Tarifen erbracht, die zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern (Versicherungen) ausgehandelt worden sind (z.B. Tarmed). In Spitälern und Kliniken sind die Kosten der allgemeinen Abteilung versichert. Man spricht hier von der stationären Behandlung.

Wie viel wird für die Behandlung im Ausland vergütet?

Für Heilbehandlung im Ausland vergütet die soziale Unfallversicherung im Maximum den doppelten Betrag dessen, was eine Behandlung in der Schweiz kosten würde. Der Referenz-Tarifsatz für Spitalaufenthalte richtet sich nach dem höchsten in der Schweiz ausgerichteten Spitaltarif, wird also durch die Medizinal-Tarifkommission laufend überprüft und angepasst. Sofern ein zwischenstaatlicher Sozialversicherungsvertrag besteht, rechnen ausländische Kliniken und Ärzte idealerweise nach den dortigen Sozialversicherungstarifen ab. Bei Behandlungen in EU-Ländern sind die bilateralen Verträge zu berücksichtigen. Die europäische Krankenversicherungskarte, welche auch für Unfall gültig ist, sollte auf jeden Fall mitgenommen werden.

Art. 17 UVV

Was ist die UVZ Assistance?	Die UVZ bietet in Zusammenarbeit mit der Europ Assistance einfache und unkomplizierte Hilfe bei Unfällen im Ausland während 365 Tagen/24h an. Sie beinhaltet z.B. Vermittlung ärztlicher Betreuung vor Ort, Organisation des Transports in ein geeignetes Spital oder des Rücktransports in die Schweiz.	
Wer bezahlt bei Unfall während eines Klinikaufenthaltes?	Verunfallt eine versicherte Person, die sich wegen Krankheit in einer Heilanstalt aufhält, werden die Kosten des Aufenthalts und die Behandlungskosten weiterhin durch die Krankenversicherung übernommen. Das entspricht dem Grundsatz, dass Heilungskosten grundsätzlich nur von einer Sozialversicherung abgerechnet werden. Diese verfolgt auch den Heilverlauf, solange sie zuständig ist. Dafür steht ihr dann der Ausgleich mit der Unfallversicherung zu.	Art. 128 UVV
Wie weit werden die Kosten der ambulanten Behandlungen übernommen?	Die Erstbehandlung und die medizinische Überwachung des Heilverlaufes (Nachbehandlung) erfolgen in der Regel in der Praxis eines freiberuflich tätigen Arztes. Sie gelten ebenso als ambulante Behandlungen wie die im Spital erfolgenden Nachkontrollen. Sie werden durch die Unfallversicherung in vollem Umfang übernommen, soweit sie nach Lehre und Regeln der Schulmedizin ausgeführt werden.	
Wer kommt für die Betreuung zu Hause auf?	Die verunfallte Person hat auch Anspruch auf die Kostenübernahme für eine vom Arzt verordnete Hauspflege, sofern diese durch eine nach der Verordnung über die Krankenversicherung zugelassene Person oder Organisation (z.B. Spitex) durchgeführt wird. Abgedeckt wird dabei die Pflege am Patienten (Verbandwechsel, Verabreichung von Spritzen usw.). Nicht Gegenstand der Unfallversicherung ist dagegen die reine Haushalthilfe. Auch wenn die Zweckmässigkeit einer solchen Lösung gegeben wäre, lassen Gesetz und Rechtspraxis (Beurteilung durch das Bundesgericht) zurzeit eine Vergütung für reine Haushalthilfe nicht zu.	Art. 18 UVV

**Welche ärztlich verordneten
Spezialgegenstände
werden bezahlt?**

Unter den Begriff Heilungskosten fallen auch Vergütungen für Gegenstände, die der Heilung dienen (z.B. Spezialschuhe, Krückstöcke usw.). Diese müssen durch den behandelnden Arzt formell verordnet werden. Eine einfache Empfehlung durch den Arzt reicht nicht. Diese Gegenstände sind nicht Hilfsmittel im Sinne von Art. 11 UVG (siehe Abschnitt Hilfsmittel, Seite 30).

Art. 10 Abs. 1 lit. e UVG

**Welche Heilmethoden übernimmt
die Unfallversicherung?**

Heilmethoden

Grundsätzlich besteht Anspruch auf zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen durch Fachpersonal mit schweizerischem Fähigkeitsausweis und einer eidgenössischen oder kantonalen Praxisbewilligung. Die Behandlung im Ausland wird speziell geregelt. Die anerkannten Behandlungsmethoden orientieren sich an der traditionellen Schulmedizin und müssen nicht nur zweckmässig, sondern auch wirtschaftlich sein.

Art. 10 UVG
Art. 48 UVG
Art. 54 UVG

**Wie verfährt die Versicherung mit
alternativen Heilmethoden?**

Über die Jahre haben sich zunehmend Heilmethoden und Therapieformen auf dem Markt etabliert, die diesen Vorgaben nicht in allen Teilen gerecht werden. Unter verhältnismässig strenger vertrauensärztlicher Begleitung solcher Therapieformen hat die Unfallversicherung einen Katalog entwickelt, der die Kostenbeteiligung für solche alternative Heilpraktiken ausnahmsweise unter bestimmten Voraussetzungen vorsieht. Diese stellen jedoch keine Pflichtleistung der Unfallversicherung dar.

**Und wie mit
komplementärmedizinischen
Heilmethoden?**

Gewisse komplementärmedizinische Heilmethoden wurden durch den Bundesrat befristet in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen, welche auch von der Unfallversicherung unter bestimmten Umständen übernommen werden. Es handelt sich um

- Akupunktur
- Antroposophische Medizin
- Traditionelle Chinesische Medizin
- Homöopathie
- Phytotherapie
- Störfeldtherapie

Kostenvergütungen

Welche Umtriebe werden vergütet?

Fahrtkosten

Fahrtkosten zu Arztkonsultationen zum nächstgelegenen Arzt und Therapiesitzungen zur nächstgelegenen Therapiestelle sind grundsätzlich im Rahmen der öffentlichen Transportmittel (2. Klasse) erstattungspflichtig. Fehlen solche oder ist die Benützung derselben nicht zumutbar, werden auch die Kosten für die Benützung von Taxis oder Privatfahrzeugen vergütet. Dies gilt auch, wenn eine verletzte Person ihre Arbeit unter der Bedingung wieder aufnehmen kann, dass sie zum Arbeitsplatz gefahren wird. Dabei dürfen die Fahrtkosten allerdings den Betrag der so eingesparten Taggelleistungen nicht überschreiten.

Art. 13 UVG
Art. 20 UVV

Wie weit werden Leistungen für den Ersatz von Körperfunktionen erbracht?

Hilfsmittel

Die versicherte Person hat auch Anspruch auf Hilfsmittel, die geeignet sind, körperliche Schädigungen oder Funktionsausfälle auszugleichen. Diese müssen einfach und zweckmässig sein. Das eidgenössische Departement des Innern stellt eine Liste der Hilfsmittel auf, die von der Unfallversicherung übernommen werden müssen. Es erlässt auch Bestimmungen über deren Abgabe.

Die aufgelisteten Hilfsmittel reichen vom orthopädischen Schuhwerk über Stützkorsetts, Seh-, Hör- und Sprechhilfen zu Prothesen und Rollstühlen. Vergütet werden der Anschaffungspreis und Reparaturkosten, die trotz sorgfältigem Gebrauch anfallen.

Ebenfalls werden die Kosten für das Gebrauchstraining vergütet, sofern der Einsatz der Hilfsmittel ein solches erfordert. Nicht übernommen werden dagegen die Kosten für Betrieb und Unterhalt eines Hilfsmittels.

Art. 11 UVG
Art. 19 UVV
HVUV

**Unter welchen Umständen
werden Sachschäden vergütet?**

Sachschäden

Unter die Kostenvergütung fallen auch Leistungen für die Beschädigung oder Zerstörung von Sachen, die einen Körperteil oder eine Körperfunktion ersetzen (Prothesen usw.). Eine Entschädigung für Brillen, Zahnprothesen und Hörgeräte kann allerdings nur erfolgen, wenn gleichzeitig eine behandlungsbedürftige Körperverletzung eingetreten ist. Ebenfalls vergütet wird der Schaden an Sachen, die zum Zweck medizinischer Eingriffe beschädigt werden müssen.

Art. 12 UVG

Geldleistungen

Was bezeichnet das Gesetz als Geldleistung?

Als Geldleistungen bezeichnet das Gesetz die Leistungen zum Ausgleich von Verdiensteinbussen, die versicherte Personen als Folgen eines Unfalls oder einer unfallähnlichen Körperverletzung erleiden. Weiter gelten auch die Integritätsentschädigung und die Hilflosenentschädigung als Geldleistungen.

Art. 15 ATSG

Auf welcher Basis werden Geldleistungen berechnet?

Berechnungsgrundlage

Als Berechnungsgrundlage gilt der versicherte Verdienst. Im Wesentlichen setzt sich dieser aus dem Grundeinkommen und allfälligen Sonder-, Schicht- und Verpflegungszulagen zusammen (AHV-pflichtiger Lohn gemäss Art. 5 Abs. 2 AHVG). Zum versicherten Verdienst gehören auch Familien-, Kinder- und Haushaltzulagen, Gratifikationen, Feriengelder, Provisionen und ähnliche Vergütungen. Im Hinblick auf die Höhe der Geldleistungen ist es also wichtig, dass der Arbeitgeber dem Versicherer sämtliche durch ihn ausgerichteten Lohn- und Zusatzleistungen deklariert. Die Höhe des versicherten Verdienstes ist so limitiert, dass die meisten der obligatorisch versicherten Personen zu 80% ihres vollen Einkommens versichert sind.

Art. 18 ATSG
Art. 15 UVG

Das Unfalltaggeld

Woher leitet sich der Taggeldanspruch ab?	Lohnfortzahlungspflicht Das Arbeitsrecht verpflichtet den Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung über eine bestimmte Zeit, wenn der Arbeitnehmende «aus Gründen, die in seiner Person liegen» (wie Krankheit oder Unfall), ohne sein Verschulden an der Arbeitsleistung verhindert ist. Dies gilt, sofern das Arbeitsverhältnis mehr als 3 Monate gedauert hat oder für mehr als 3 Monate abgeschlossen worden ist. Die im Gesetz vorgesehene «bestimmte Zeit» ist verhältnismässig kurz und in der Rechtspraxis nicht strikt definiert. Sie beträgt nach der Zürcher Skala im ersten Dienstjahr drei Wochen, wird mit zunehmendem Dienstalter länger und erreicht nach 40 Dienstjahren 46 Wochen.	Art. 324 a OR
Wie wird die Pflicht zur Lohnfortzahlung in der Praxis erfüllt?	Die Festlegung von Leistungspflicht und -umfang ist verhältnismässig kompliziert und aufwändig. Mit Art. 324b OR wird das Prozedere vereinfacht. Diese Bestimmung besagt, dass der Arbeitgeber seiner Lohnfortzahlungspflicht enthoben ist, wenn der Arbeitnehmende aufgrund einer gesetzlichen Vorschrift gegen die wirtschaftlichen Folgen unverschuldeter Arbeitsverhinderung versichert und der Lohnausfall dadurch zu mindestens vier Fünfteln abgedeckt ist. Differenzen durch Wartefristen oder tiefere Leistungen hat der Arbeitgeber entsprechend auszugleichen. Taggeldleistungen des Unfallversicherers werden darum üblicherweise mit dem Arbeitgeber abgerechnet, solange dieser die Lohnfortzahlung leistet. Dabei ist aber immer im Auge zu behalten, dass der Leistungsanspruch bei der versicherten Person liegt.	Art. 324 b OR Art. 1a UVG
Wie regelt die Stadt Zürich ihre Lohnfortzahlungspflicht?	Die Stadt Zürich setzt mit ihrem Personalrecht ihre Lohnfortzahlungspflicht wie folgt fest: • in den ersten drei Monaten 90 Tage 100%, 90 Tage 80% • vom vierten bis zum zwölften Monat 180 Tage 100%, 180 Tage 80% • nach zwölf Monaten 180 Tage 100%, 550 Tage 80% Im Gegenzug steht ihr der Anspruch auf das Taggeld der Unfallversicherung zu.	Art. 61 PR

Wer hat wie lange Anspruch auf Unfalltaggeld?

Wer im Sinne von Art. 6 ATSG arbeitsunfähig ist, hat Anspruch auf ein Taggeld der Unfallversicherung. Dieser entsteht am dritten Tag nach dem Unfalltag und erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod des Versicherten.

Die Höhe des Taggeldes richtet sich nach dem letzten vor dem Unfall bezogenen Lohn und beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80% desselben.

Da der versicherte Verdienst limitiert ist (siehe Seite 32), kann das Unfalltaggeld den Höchstbetrag des versicherten Verdienstes nicht übersteigen. Es wird pro Kalendertag ausgerichtet.

Art. 16 bis Art. 17 UVG

Besteht ein Anspruch, wenn die versicherte Person schon vor dem Unfall arbeitsunfähig war?

Anspruchsvoraussetzung ist immer eine durch Unfall, Berufskrankheit oder eine unfallähnliche Körperschädigung verursachte Arbeitsunfähigkeit. War die versicherte Person also wegen eines Krankheitszustandes bereits vor dem Unfall arbeitsunfähig, besteht im Rahmen des krankheitsbedingten Ausfalls kein Anspruch auf Unfalltaggeld. Der behandelnde Arzt bestimmt, wann und in welchem Umfang die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr durch die Krankheit, sondern durch den Unfall begründet ist.

Der Unfallversicherer darf aber andererseits seine Taggeldleistungen nicht kürzen, weil ein bestehender Krankheitszustand die Unfallfolgen verschlimmert oder die Heilung verzögert, für sich allein aber keine Arbeitsunfähigkeit begründen würde.

Art. 36 UVG

Welche Abzüge vom Taggeld sind möglich?

Wenn sich die versicherte Person zur Unfallbehandlung in einem Spital oder in einer Reha-Klinik aufhält, hat sie sich grundsätzlich an den Kosten der Verpflegung zu beteiligen, weil sie sich ja auch zu Hause ernähren müsste. Dieser «Spitalkostenabzug» wird mit dem Taggeldanspruch verrechnet und zwar mit 20% (höchstens CHF 20/Tag) für Alleinstehende ohne Unterhaltspflichten und 10% (höchstens CHF 10/Tag) für Verheiratete ohne weitere und Alleinstehende mit Unterhaltspflichten. Kein Abzug erfolgt für Versicherte mit minderjährigen oder in Ausbildung stehenden Kindern.

Art. 27 UVV

Wann und warum können die UV-Taggelder vorübergehend eingestellt oder gekürzt werden?

Wird während der Dauer von Eingliederungen ein Taggeld durch die IV gewährt, wird der Anspruch auf Taggeld der Unfallversicherung sistiert.

Art. 16 Abs. 3 UVG

Wird der versicherten Person aus dem Unfallereignis eine Rente der IV zugesprochen, so muss das Taggeld der Unfallversicherung infolge des Überentschädigungsverbotes soweit reduziert werden, dass es zusammen mit der IV-Leistung den entgangenen Verdienst nicht übersteigt (Leistungskoordination).

Art. 68 bis Art. 69 ATSG

Das Taggeld wird im Umfang einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit solange ausgerichtet, als Heilmassnahmen im Gange sind, die eine weitere Verbesserung des Zustandes versprechen.

Es liegt im Interesse aller, dass die Arbeitgeber dies aufmerksam verfolgen. Sie sollten schon frühzeitig interne Möglichkeiten zur geeigneten Reintegration betroffener Arbeitnehmender prüfen und sich darüber sowohl mit der versicherten Person als auch mit dem Versicherer unterhalten.

Was geschieht bei der Stadt Zürich nach Ablauf der Lohnfortzahlung?

Nach Ablauf der Lohnfortzahlung (siehe Seite 33) erhält die verunfallte Person das Unfalltaggeld direkt ausbezahlt und die Pensionskasse prüft ihre Leistungspflicht zur Deckung allenfalls eintretender Lücken (siehe Seite 52). Sofern dies bis dahin nicht geschehen ist, muss die versicherte Person spätestens jetzt eine IV Meldung zwecks Früherfassung machen.

Art. 61 PR

Die Invalidenrente

Wann muss die Ausrichtung einer Invalidenrente der Unfallversicherung geprüft werden?

Verspricht die Weiterführung von Heilmassnahmen keine wesentliche weitere Verbesserung des medizinischen Zustandes, werden die Taggeldleistungen der Unfallversicherung eingestellt und durch die Invalidenrente abgelöst, sofern die versicherte Person infolge des Unfalls zu mindestens 10% invalid ist und der Unfall sich vor Erreichen des ordentlichen AHV-Alters ereignet hat. Dies geschieht allerdings erst, wenn Eingliederungsmassnahmen der IV abgeschlossen oder nicht vorgesehen sind. Grundsätzlich besteht die Möglichkeit zu einer Übergangsrente, die nach definitiver Beurteilung und Rentensprechung durch die IV korrigiert werden kann.

Art. 19 UVG
Art. 18 UVG

Was heisst Invalidität?

Im Hinblick auf Versicherungsleistungen invalid sein bedeutet, in einem bestimmten Grad nicht mehr erwerbsfähig zu sein. Dabei wird nicht nur geprüft, wie weit die betroffenen Arbeitnehmenden ihre angestammte berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben können. Vielmehr gilt es festzustellen, wie weit sie unter Berücksichtigung ihrer Ausbildung und all ihrer Fähigkeiten nicht mehr in der Lage sind, eine geeignete Tätigkeit aus dem gesamten Angebot des Arbeitsmarktes auszuüben. Anstelle von «Arbeitsunfähigkeit» spricht man von der «Erwerbsunfähigkeit». Letztere ist in der Regel kleiner als die Arbeitsunfähigkeit.

Art. 8 ATSG

Auch hier gilt grundsätzlich, dass die Unfallversicherung ausschliesslich für die Folgen eines Unfalles oder einer UKS aufzukommen hat. Anders als bei der Bemessung des Taggeldes dürfen bei der Festsetzung der Rente Gesundheitsschädigungen, die nur teilweise Folge eines Unfalls sind, als rentenvermindernder Faktor berücksichtigt werden, soweit sie schon vor dem Unfall zu einer Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt haben.

Art. 36 UVG

Wie wird der Invaliditätsgrad ermittelt?

Haben ausschliesslich Unfallfolgen zur Verminderung der Erwerbsfähigkeit geführt und hat die IV der versicherten Person bereits eine Rente zugesprochen, kann die Unfallversicherung den von der IV ermittelten Grad der Erwerbsinvalidität übernehmen. Hat die IV noch keine Rentenverfügung erlassen oder steht eine solche gar nicht zur Diskussion, so hat die Unfallversicherung den Invaliditätsgrad der betroffenen Person selbst zu ermitteln.

Primär wird sie dabei die in Frage kommenden Spezialärzte mit der medizinischen Begutachtung beauftragen und von diesen – als Quintessenz eines breiten Fragenkataloges – die Frage beantworten lassen, für welche Tätigkeiten in einem zumutbaren Bereich die verletzte Person trotz der eingetretenen Behinderungen noch fähig ist.

Der Invaliditätsgrad ergibt sich dann aus dem Vergleich des Einkommens, das die verunfallte Person ohne die Beeinträchtigung erzielen könnte, und demjenigen, das sie mit Behinderung auf dem Arbeitsmarkt noch konkret erzielen kann.

Wie werden unfallfremde Faktoren berücksichtigt?

Geprüft wird in jedem Fall, ob anlage- oder krankheitsbedingte, also sogenannten unfallfremde Faktoren mit zum Beschwerdebild der verunfallten Person beitragen. Die Gutachter haben gegebenenfalls festzustellen, wie hoch der Unfallanteil an der gesamten Beeinträchtigung ist. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad ist dann auf diesen Anteil zu reduzieren.

Wenn eine erwerbstätige Person bereits eine Teil-Rente der IV, eventuell auch eine solche einer andern Unfallversicherung bezieht, werden die Leistungen bei einem erneuten Ereignis grundsätzlich gesamthaft neu beurteilt. Sie sind aufeinander abzustimmen, d.h. zu koordinieren, wobei ihre Gesamtheit in aller Regel den mutmasslich entgangenen Verdienst nicht übersteigen darf.

Art. 66 ATSG
Art. 69 ATSG

Wie hoch ist die Invalidenrente der Unfallversicherung?

Die volle Invalidenrente der Unfallversicherung beträgt 80% des Jahreseinkommens, das die verunfallte Person im Jahr vor dem Unfall erzielt hat.

Art. 20 Abs. 1 UVG

Was ist eine Komplementärrente?

Trifft die Unfallrente mit einer AHV- oder IV-Rente oder einer gleichartigen ausländischen Sozialversicherungsleistung zusammen, so dürfen alle Renten zusammen 90% des versicherten Verdienstes vor dem Unfall nicht überschreiten. Entsprechend wird die Rente der Unfallversicherung mit derjenigen der Invalidenversicherung koordiniert, das heisst nötigenfalls gekürzt. Die koordinierte Rente heisst Komplementärrente.

Art. 20. Abs. 2 UVG

Erreichen die Leistungen der IV und der Unfallversicherung zusammen nicht 90% des entgangenen Verdienstes, werden auch Leistungen der beruflichen Vorsorge (Pensionskasse) fällig. Die Kürzung erfolgt immer auf der nächst oberen Stufe, wenn wir die **IV** als Basis, die **UV** als die mittlere und die **BV** (berufliche Vorsorge) als oberste Ebene betrachten. Dabei ist der Grundsatz massgebend, dass eine versicherte Person durch den Bezug von Sozialversicherungsleistungen nicht besser gestellt werden darf, als sie es bei Ausübung einer ihren Fähigkeiten entsprechenden Erwerbstätigkeit wäre (Überentschädigungsverbot).

Wann wird anstelle einer Rente eine Abfindung ausbezahlt?	In speziellen Fällen, in denen durch eine einmalige Geldleistung die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person erwartet werden darf, werden die bisherigen Leistungen eingestellt und dem Verunfallten eine Abfindung zugesprochen. Diese beträgt höchstens das Dreifache des höchsten versicherten Jahresverdienstes. In der Regel beschränken sich diese eher seltenen Fälle auf psychische Unfallfolgen.	Art. 23 UVG
Wer übernimmt die Heilungskosten nach Festsetzung der Rente?	Nach Rechtskraft der Rentenverfügung gehen die Heilungskosten grundsätzlich zulasten der Krankenkasse. Die Unfallversicherung hat für diese Kosten nur noch aufzukommen, wenn spezielle Bezüge (Rückfall, Spätfolgen) zum Unfall oder zur Berufskrankheit vorliegen oder die Gefahr besteht, dass eine verbleibende Arbeitskraft oder die Lebensqualität der betroffenen Person durch zurückbleibende Unfallfolgen erheblich beeinträchtigt wird.	Art. 21 UVG
Wann endet der Anspruch auf eine Rente der Unfallversicherung?	Der Anspruch auf die Invalidenrente der Unfallversicherung erlischt mit der vollen Abfindung oder mit dem Auskauf der Rente oder dem Tod der versicherten Person.	Art. 19 Abs. 2 UVG
Die Integritätsentschädigung Wer bekommt eine Integritätsentschädigung?		
	Wer durch den Unfall eine dauernde und erhebliche Schädigung seiner körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erlitten hat, hat Anspruch auf eine Integritätsentschädigung. Beim Integritätsschaden handelt es sich um Beschwerden und/oder Einschränkungen, die zwar vorhanden sind, sich mit oder ohne Erwerbsinvalidität störend auswirken, jedoch als wirtschaftliche Einbusse nicht messbar sind (Verunstaltungen durch amputierte Glieder oder Narben, Veränderungen in Sinneswahrnehmungen, dauernde Kopf- oder Nervenschmerzen u.ä.).	Art. 24 UVG
Wie hoch fällt diese aus?	Der Gutachter drückt den Integritätsschaden in Prozenten der vollen Integrität aus. Entschädigungsbasis ist der maximal versicherte Jahreslohn zum Unfallzeitpunkt. Die Entschädigung darf die Höhe desselben nicht übersteigen.	Art. 25 UVG

Die Hilflosenentschädigung

Wem steht eine Hilflosenentschädigung zu?

Als hilflos gilt, wer wegen der Beeinträchtigung seiner Gesundheit dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf. Der Anspruch entsteht, sobald eine Hilflosigkeit ausgewiesen ist und endet, wenn die Voraussetzungen dahinfallen oder wenn die anspruchsberechtigte Person stirbt.

Art. 9 ATSG
Art. 26 UVG
Art. 37 UVV

Wie viel kann diese maximal betragen?

Bei Hilflosigkeit spricht die Versicherung der versicherten Person eine Hilflosenentschädigung zu. Diese bemisst sich nach dem Grad der Hilflosigkeit und beträgt monatlich bei leichter Hilflosigkeit mindestens den doppelten, bei schwerer Hilflosigkeit im Maximum den sechsfachen Höchstbetrag des versicherten Tagesverdienstes.

Art. 27 UVG

Wer bestimmt die Voraussetzungen und wer übernimmt die Kosten?

Die UVV umschreibt die Voraussetzungen, unter denen das Gesetz eine schwere, eine mittlere oder eine leichte Hilflosigkeit anerkennt.

Art. 38 UVV

Ist die Hilflosigkeit nur zum Teil auf Unfallfolgen zurückzuführen, richtet der Unfallversicherer die volle Hilflosenentschädigung aus. Er kann sich aber bei der AHV oder IV für den Teil schadlos halten, der auch ohne Unfallfolgen bestehen würde. Obwohl die Hilflosenentschädigung wie eine Rente gehandhabt wird, handelt es sich bei ihr nicht um eine solche, sondern ausdrücklich um eine Zusatzleistung.

**Kann die Rente auch
verändert werden?**

Die Rentenrevision

Das Gesetz sieht die Möglichkeit zur Revision der Invalidenrente und «anderer Dauerleistungen» (allenfalls Hilflosenentschädigung) vor. Diese ist opportun, wenn sich der Grad der Erwerbsinvalidität für dauernd verändert.

Gründe für eine Rentenreduktion können eine nachträgliche Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten oder das Entstehen neuer Betätigungsfelder auf dem Arbeitsmarkt sein. Der Arbeitgeber einer teilinvaliden Person, der durch interne Veränderungen und dadurch bessere Einsatzmöglichkeiten die verbleibende Arbeitskraft derselben besser nutzen kann, hat dies dem Versicherer im Rahmen seiner generellen Meldepflicht zur Kenntnis zu geben. Wirken sich bei einem Teilrentner die Beeinträchtigungen zunehmend stärker aus, kann dies eine Rentenerhöhung zur Folge haben.

Eine Rentenrevision ist nach dem Monat, in dem die versicherte Person das AHV-Alter erreicht, nicht mehr möglich.

Art. 17 ATSG
Art. 34 UVV

Art. 22 UVG

Die Hinterlassenenrente

Wer hat Anrecht auf die Hinterlassenenrente?

Stirbt die verunfallte Person an den Folgen des Unfalles, so haben ihr überlebender Ehegatte und die Kinder Anspruch auf Hinterlassenenrenten.

Art. 28 UVG

Der Anspruch des überlebenden Ehegatten auf eine Hinterlassenenrente oder allenfalls auf eine Abfindung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, die im Gesetz aufgezählt und behandelt werden. Dieser Anspruch wird von Fall zu Fall anhand des Gesetzes geprüft.

Art. 29 UVG

Art. 39 UVV

So ist nicht jede Witwe rentenberechtigt. Andererseits können auch geschiedene Gatten anspruchsberechtigt sein, sofern das Scheidungsurteil den Verunfallten zu Unterhaltsleistungen verpflichtet. Sind die Voraussetzungen für eine Rente nicht erfüllt, hat die Witwe Anspruch auf eine Abfindung, die zwischen dem einfachen und dem fünffachen Jahresbetrag der Rente liegen kann.

Art. 29 Abs. 3 UVG

Wie lange wird die Hinterlassenenrente ausbezahlt?

Der Anspruch des überlebenden Ehegatten auf Rente entsteht mit dem Monat nach dem Tod der versicherten Person oder mit dem nachträglichen Eintritt einer Invalidität von mindestens zwei Dritteln beim anspruchsberechtigten Gatten. Er endet mit dessen Wiederverheiratung oder Tod oder mit dem Auskauf der Rente.

Art. 29 Abs. 6 UVG

Wie werden hinterlassene Kinder entschädigt?

Die Kinder des oder der verstorbenen Versicherten haben Anspruch auf eine Waisenrente. Beim Verlust eines Elternteiles erhalten sie eine Halbwaisenrente. Wenn beide Elternteile gestorben sind oder der vorerst überlebende Elternteil in der Folge stirbt oder das Kindsverhältnis nur zur verstorbenen versicherten Person bestand, erhalten sie die Rente für Vollwaisen.

Art. 30 UVG

Kindern gleichgestellt sind nicht nur Adoptivkinder, sondern auch «Kinder, die zur Zeit des Unfalles unentgeltlich zu dauernder Pflege und Erziehung aufgenommen waren». Rentenberechtigte Pflegekinder können beim späteren Unfalltod eines leiblichen Elternteils keinen weiteren Rentenanspruch geltend machen.

Art. 40 UVV

**Wie lange wird eine
Waisenrente ausbezahlt?**

War der verunfallte Versicherte aufgrund eines ausländischen Gerichtsurteils zu Unterhaltszahlungen an ein aussereheliches Kind verpflichtet, hat auch dieses Anspruch auf eine Waisenrente.

Art. 41 UVV

**Wie hoch sind
Hinterlassenenrenten
maximal?**

Der Anspruch auf Waisenrente beginnt mit dem Monat nach dem Tod der versicherten Person. Er endet mit der Vollendung des 18. Altersjahres, mit dem Tod der Waise oder mit dem Auskauf der Rente. Befindet sich die anspruchsberechtigte Person in einer Ausbildung, dauert der Rentenanspruch bis zum Ende der Ausbildung, längstens aber bis zur Vollendung des 25. Altersjahres.

Art. 30 Abs. 3 UVG

Im Unterschied zur Invalidenrente beträgt die volle Hinterlassenenrente für mehrere Anspruchsberechtigte zusammen nur 70% des versicherten Verdienstes, den die verunfallte Person während der Dauer eines Jahres vor dem Unfall erzielt hat. Beim Zusammenreffen mit einer Rente der AHV, IV oder einer gleichartigen ausländischen Sozialversicherungsleistung, wird der Gesamtanspruch ebenfalls auf 90% des versicherten Verdienstes begrenzt.

Art. 31 UVG

Der Anteil von Witwe oder Witwer beträgt 40%, derjenige für Halbwaisen je 15%, und die Vollwaisen können je 25% beanspruchen. Übersteigen die verschiedenen Rentenanteile den Gesamtwert von 70%, so werden alle Renten gleichmässig gekürzt.

Auszahlung und Änderungen von Rentenansprüchen		
Wie erfolgt die Auszahlung von Renten?	Während Lohn- oder Taggeldleistungen per Ende des Fälligkeitsmonats ausbezahlt werden, sind Renten und Hilflosenentschädigung per Anfang des Monats fällig, für den die Leistung erfolgt. Damit der Versicherer Gewissheit darüber hat, dass Rentenleistungen nicht an Unberechtigte ausbezahlt werden, kann er Lebenskontrollen durchführen und die Zahlungen einstellen, sofern vom Bezugsberechtigten keine Lebensbescheinigung erhältlich ist.	Art. 19 ATSG Art. 62 Abs. 1 UVV Art. 62 Abs. 3 UVV
Kann die Rente in bestimmten Fällen reduziert werden?	Weigert sich eine versicherte Person, sich einer zumutbaren und Erfolg versprechenden Behandlung oder Eingliederung zu unterziehen, darf die Versicherung die Rente soweit reduzieren, als sie bei durchgeführter Massnahme reduziert werden könnte. Die Behandlung oder Massnahme muss aber zumutbar sein und eine wesentliche Verbesserung in Aussicht stellen.	Art. 21 Abs. 4 ATSG Art. 61 UVV
Können Rückforderungen der Versicherung mit dem Rentenanspruch verrechnet werden?	Bei der Verrechnung von Rückforderungsansprüchen mit Rentenleistungen hat die Versicherung darauf zu achten, dass den Anspruchsberechtigten die zum Leben notwendigen Mittel verbleiben.	Art. 64 UVV
Wann können Renten ausgekauft werden?	Ist der Monatsbetrag einer Rente geringer als die Hälfte des Höchstbetrages des versicherten Tagesverdienstes, so kann der Versicherer die Invaliden- oder Hinterlassenenrente zu ihrem Barwert auskaufen. Bei Hinterlassenenrenten ist dabei der Gesamtbetrag aller Renten massgebend.	Art. 35 UVG
Rente im AHV-Alter	Um eine Überentschädigung zu verhindern, wird die Rente der Unfallversicherung bei Erreichen des ordentlichen Rentenalters gekürzt, sofern der Versicherte zum Unfallzeitpunkt älter als 45 Jahre alt war. Die Kürzung richtet sich nach dem Invaliditätsgrad.	Art. 20 Abs. 2 ter UVG
Werden Renten der Teuerung angepasst?	Die Renten der Unfallversicherung und auch diejenigen der AHV und der IV werden regelmässig der Teuerung angepasst.	Art. 34 UVG



**Aus welchen Gründen können
Geldleistungen der Versicherung
gekürzt werden?**

Die Leistungskürzung

Das Mitwirken unfallfremder Krankheitsfaktoren an einer durch den Unfall verursachten Gesundheitsschädigung kann zu einer Kürzung der Rentenleistungen und auch der Integritätsentschädigung führen. Pflegeleistungen und Kostenvergütungen sowie Tagelder und Hilflosenentschädigung dürfen dagegen aus diesem Grund nicht gekürzt werden. Beim NBU kann auch das Verhalten der anspruchsberechtigten Personen zur Kürzung oder gar Verweigerung sämtlicher Geldleistungen führen, insbesondere bei

- Absicht
- Grober Fahrlässigkeit
- Aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnissen
- Verweigerung einer zumutbaren Behandlung oder Massnahme

Art. 36 UVG
Art. 47 UVV

Art. 21 ATSG
Art. 37 UVG
Art. 48 UVV

Was passiert bei Absicht?

Hat die versicherte Person den Gesundheitsschaden oder den Tod absichtlich herbeigeführt, so verweigert die Unfallversicherung von Gesetzes wegen sämtliche Versicherungsleistungen mit Ausnahme der Bestattungskosten. Die Absicht muss allerdings auf die Körperverletzung gerichtet sein.

Art. 37 Abs. 1 UVG

Suizid gilt nicht als absichtliche Herbeiführung des Ereignisses, wenn die versicherte Person im Zeitpunkt der Tat ohne Verschulden gänzlich unfähig war, vernunftgemäss zu handeln, oder wenn die Selbsttötung oder Verstümmelung die eindeutige Folge eines versicherten Unfalles war.

Art. 48 UVV

**Was passiert bei grober
Fahrlässigkeit?**

In Abweichung von Art. 21 Abs. 1 ATSG werden – nur in NBU-Fällen – die Taggeldleistungen für die Dauer von 2 Jahren gekürzt, wenn die versicherte Person das Ereignis grobfahrlässig herbeigeführt hat. Hat der Versicherte für Angehörige zu sorgen, denen im Todesfall Hinterlassenenrenten zustehen würden, darf die Leistungskürzung höchstens 50% betragen.

Art. 37 Abs. 2 UVG

Was sind aussergewöhnliche Gefahren und Wagnisse?

Auch bei nicht vorsätzlich begangenen Vergehen oder Verbrechen können nur die Geldleistungen gekürzt oder – in besonders schweren Fällen – verweigert werden. Auch hier gilt die 50%-Limite bei Versorgerfunktion des Verunfallten oder für Leistungen an die Angehörigen beim Tod der versicherten Person.

Art. 37 Abs. 3 UVG

Das UVG kennt die Begriffe der «aussergewöhnlichen Gefahren und Wagnisse». Der Bundesrat ist ermächtigt, solche zu bezeichnen, die in der NBU zur Verweigerung sämtlicher Leistungen oder zur Kürzung der Geldleistungen führen. Er ist frei in der Anordnung des Umfanges von Kürzung und Verweigerung.

Art. 39 UVG

Aussergewöhnliche Gefahren

Als aussergewöhnliche Gefahren, die zur gänzlichen Verweigerung der Versicherungsleistungen führen, gelten ausländischer Militärdienst oder die Teilnahme an kriegerischen Handlungen, Terrorakten und bandenmässigen Verbrechen.

Art. 49 UVV

Die Teilnahme an Raufereien und Schlägereien oder die starke Provokation anderer führt zu massiven Kürzungen der Geldleistungen in der NBU-Versicherung. Nicht zur Leistungskürzung führt es, wenn der Versicherte als Unbeteiligter oder bei Hilfeleistung für einen Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden ist.

Wagnisse

Als Wagnisse werden Handlungen bezeichnet, mit denen sich die versicherte Person einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne Vorkehrungen zu treffen oder treffen zu können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 50 UVV

Die Geldleistungen in NBU, die auf ein Wagnis zurückgehen, werden um die Hälfte gekürzt und in besonders schweren Fällen verweigert. Rettungshandlungen sind allerdings auch dann nicht von einer Kürzung bedroht, wenn sie an sich als Wagnis zu betrachten sind. Die SUVA führt eine Liste der als Wagnis zu bezeichnenden Vorgänge. Zum weit überwiegenden Teil handelt es sich dabei um Extremsportarten.

**Wann können die Geldleistungen
ohne ein Verschulden der
Versicherten gekürzt werden?**

Einen weiteren Kürzungsgrund stellt das Zusammentreffen von Unfallversicherungsleistungen mit andern Sozialversicherungsleistungen dar. Zur Koordination müssen dem leistungspflichtigen Versicherer von den Anspruchsberechtigten alle Geldleistungen anderer in- und ausländischer Sozialversicherungen bekannt gegeben werden.

Er kann dann das Mass seiner Leistungen von der Anmeldung des Falles bei anderen Sozialversicherungen abhängig machen. Alle Sozialversicherungsleistungen zusammen dürfen den mutmasslich entgangenen Verdienst, zuzüglich der durch den Versicherungsfall verursachten Mehrkosten und allfälliger Einkommenseinbussen von Angehörigen, nicht übersteigen. Der mutmasslich entgangene Verdienst entspricht dem Einkommen, das der Versicherte ohne das schädigende Ereignis erzielen würde. Das tatsächlich erzielte Einkommen wird angerechnet.

Art. 69 ATSG
Art. 51 UVV

Der Rückgriff oder Regress

Was ist ein Regress?

Der Regress ist ein Begriff aus dem Haftpflichtrecht und meint das Recht der in Anspruch genommenen Versicherung, ihre Aufwendungen je nach Rechtslage von einem für den Unfall (mit-)verantwortlichen Dritten ganz oder teilweise einzufordern.

Der Sozialversicherer tritt im Zeitpunkt des Ereignisses gegenüber einem haftpflichtigen Dritten bis auf die Höhe der gesetzlichen Leistungen in die Rechte der versicherten Person ein. Vielfach handelt es sich bei den Forderungsgegnern nicht um die verantwortlichen Personen selbst, sondern um deren Haftpflichtversicherungen. Wo eine solche fehlt (z.B. bei «Tätern» in deliktischen Abläufen), kann auch hin und wieder ein Anwalt oder ein Amtsvormund als Rechtsvertreter des Schuldners auftreten.

Damit die Unfallversicherung einen Regressanspruch schon im vornherein ermitteln und dann in der Auseinandersetzung auch glaubwürdig und rechtsgenügend begründen kann, ist sie auf die genaue Schilderung des Unfallherganges unter Angabe von Beweismitteln und Zeugen angewiesen (siehe Kapitel Unfallmeldung, Seite 20). Nicht zuletzt ist die Effizienz des Regressdienstes auch für die Prämienbildung von Bedeutung.

Art. 72 bis Art. 73 ATSG

Wozu dient das Teilungsabkommen?

Die meisten Unfall- und Haftpflichtversicherungen sind einem Abkommen angeschlossen, mit welchem die identischen Schadenleistungen (Heilungskosten und Lohnersatz) in Höhe von CHF 2'000 bis CHF 50'000 nach einem ausgehandelten Schlüssel aufgeteilt werden.

In diesem Bereich hat die eigentliche Rechtslage nur rudimentären Charakter. So wird etwa in der Verschuldenshaftung das reine Verschulden ausgeblendet und die Haftung nur durch die Bejahung eines Tuns oder Unterlassens begründet, das zum Unfall beigetragen hat. Die Unfallversicherung und die Haftpflichtversicherung teilen sich mit fix vereinbarten prozentualen Anteilen in die Schadenübernahme. Fälle unter der Limite von CHF 2'000 hat der Unfallversicherer voll zu tragen, solche über CHF 50'000 werden nach der konkreten Rechtslage beurteilt. Diese Vereinbarung stellt eine erhebliche Vereinfachung in einer Vielzahl von Regressfällen dar.

**Was ist der Direktanspruch
des Arbeitgebers?**

Der Arbeitgeber hilft mit, die durch den Unfall eingetretene Einkommenslücke zu stopfen. Er bezahlt nämlich die durch die Unfallversicherung nicht abgedeckte Lohneinbusse (2 bis 3 Karenztage und weiterhin die Differenz von 20%) selbst.

Daraus ergibt sich auch für ihn ein Regressanspruch gegen haftpflichtige Verursacher. Dieser ist unter dem Begriff «Direktanspruch» (eigentlich der Anspruch des Geschädigten selbst) einzuordnen und immer nach der Rechtslage zu beurteilen. So kann es sich ergeben, dass der Arbeitgeber in einem kleinen Fall regressieren kann, die Unfallversicherung wegen des Abkommens jedoch nicht oder – was häufiger vorkommt – umgekehrt.

**Was ist unter Regressprivileg
zu verstehen?**

Ein Regress des Unfallversicherers gegen den Ehegatten der verunfallten Person und gegen deren Blutsverwandte in auf- oder absteigender Linie darf nur ausgeübt werden, wenn diese den Unfall grobfahrlässig herbeigeführt haben.

Art. 75 Abs. 1 ATSG

Dasselbe Regressprivileg geniessen bei Berufsunfällen der Arbeitgeber, dessen Familienangehörige sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verunfallten Person.

Art. 75 Abs. 2 ATSG

Die Leistungsablehnung

Nicht jede Unfallmeldung an den Versicherer führt auch zu Leistungen. Der Versicherungsfall muss bewiesen sein, das heisst, dass der Unfallhergang den Unfallbegriff erfüllen oder dass zweifelsfrei eine UKS oder eine Berufskrankheit vorliegen muss.

Wer ist verpflichtet, die Versicherung bei den Abklärungen zu unterstützen?

Der Versicherer ist zur Abklärung der Umstände, die zu Beschwerden oder Verletzungen geführt haben, verpflichtet. Arbeitgeber und versicherte Personen müssen ihrerseits bei der Ermittlung von Sachverhalt und Leistungspflicht der Versicherung ausdrücklich mitwirken. Weiter verpflichtet das Gesetz auch die zuständigen Behörden, die erforderlichen Auskünfte und Kopien von Dokumenten (Polizeirapport, Expertisen, Steuerbelege usw.) kostenlos abzugeben.

Art. 28 ATSG
Art. 45 UVG
Art. 53 bis Art. 56 UVV

Welchen Sinn hat das rechtliche Gehör?

Ergeben die Abklärungen, dass ein Unfallereignis im definierten Sinn, eine Berufskrankheit oder eine unfallähnliche Körperschädigung nicht vorliegt, hat dies die Unfallversicherung der versicherten Person mitzuteilen. Sie muss dieser Gelegenheit geben, sich zur Beurteilung zu äussern. Mit der Gewährung des rechtlichen Gehörs besteht das Recht, zu einer Entscheidung Stellung zu nehmen, eine Neubeurteilung zu verlangen, bevor die Sache rechtshängig, das heisst am Gericht ist.

Art. 42 ATSG

Obwohl das Gesetz zur Eröffnung von erheblichen Leistungen wie der Rente oder von Kürzungen, Ablehnungen oder Rückforderungen von Versicherungsleistungen lediglich die Verfügung vorschreibt, unterbreitet die UVZ ihren Versicherten Leistungsablehnungen vorgängig mit einfachem Schreiben (Vorbescheid). Sie macht darin auf die Möglichkeit des rechtlichen Gehörs innert Frist aufmerksam.

Art. 49 ATSG
Art. 124 UVV

Wie verschaffen sich die Versicherten das rechtliche Gehör?

Die versicherte Person kann davon Gebrauch machen, ohne an spezielle Formen gebunden zu sein. Sie kann der Versicherung ihre Stellungnahme telefonisch, mit persönlicher Vorsprache oder schriftlich unterbreiten. Aus Beweisgründen ist aber die schriftliche Form zu empfehlen.

**Was bedeutet die
Ablehnungsverfügung?**

Bringt das rechtliche Gehör keine neuen Erkenntnisse oder hat die versicherte Person davon nicht Gebrauch gemacht, erlässt die Versicherung nach Ablauf der dazu angesetzten Frist eine Ablehnungsverfügung. Dabei handelt es sich um einen so genannten Rechts- oder Verwaltungsakt, den ersten «rechtserheblichen» Schritt in der Sache.

Gegenstand der Verfügung ist die formelle Ablehnung. Sie enthält neben der sachlich begründeten Mitteilung eine Rechtsmittelbelehrung, mit der die versicherte Person darüber orientiert wird, dass, wie, bis wann und wo sie gegen den Entscheid der Versicherung Einsprache erheben kann.

Art. 49 ATSG

**Wie kann gegen den
Ablehnungsentscheid Einsprache
erhoben werden?**

Durch die Rechtsmittelbelehrung erfährt die versicherte Person, dass die Einsprache nebst der Anfechtung einen Antrag und eine Begründung enthalten muss. Eine «vorsorgliche» Einsprache mit dem Hinweis, dass die Begründung nachgereicht werde, hemmt den Fristenlauf nicht. Die Einsprache muss der Versicherung bei Ablauf der Einsprachefrist vollständig, also mit allen angeführten Elementen, vorliegen.

Lassen die neuen Argumente eine Leistungspflicht der Unfallversicherung erkennen, so erlässt diese eine Wiedererwägungsverfügung, mit der die Übernahme des Falles bestätigt wird.

Art. 53 Abs. 3 ATSG

**Gibt es bei einer erneuten
Ablehnung weitere Einsprache-
bzw. Beschwerdemöglichkeiten?**

Hält die UVZ an der Ablehnung fest, erlässt sie einen Einspracheentscheid, der von der versicherten Person gemäss Rechtsmittelbelehrung an das kantonale Versicherungsgericht weiter gezogen werden kann. Dessen Urteil kann dann noch mittels Beschwerde beim Bundesgericht angefochten werden.

Das Verfahren vor den Versicherungsgerichten ist schriftlich abzuwickeln und grundsätzlich kostenlos.

Art. 52 ATSG

**Werden die Leistungen während
des Beschwerdeverfahrens weiter
ausgerichtet?**

Analog zur Leistungsablehnung verläuft die volle oder teilweise Leistungseinstellung. Leistungen, welche die Versicherung bisher erbracht hat, werden künftig nicht mehr oder nicht mehr im selben Umfang ausgerichtet. Grund dafür ist oft eine Chronifizierung der Beschwerden, die allein aus den Unfallfolgen heraus nicht begründet werden kann. Leistungsablehnungen, -einstellungen oder -reduktionen werden mit der Verfügung wirksam. Ergibt das Einspracheverfahren ein für den Versicherten günstigeres Resultat, muss die Versicherung rückwirkend nachleisten.

Die Vorleistungspflicht

**Wer bezahlt, solange nicht klar ist,
wer bezahlen muss?**

Nicht immer ist von Anfang an klar, welche Versicherung für die Behandlung einer vorliegenden Körperschädigung oder für den Ausgleich behaupteter Folgen (Erwerbsunfähigkeit) leistungspflichtig ist. Zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten schreibt das Gesetz vor, welche Versicherung bei welcher strittigen Situation vorleistungspflichtig ist.

Meistens stellt sich dabei die Frage, ob körperliche Beschwerden durch einen Unfall, eine Berufskrankheit oder eine unfallähnliche Körperschädigung entstanden sind oder nicht. Da alle Körperschädigungen, die nicht eindeutig auf einen Unfall zurückzuführen sind, als Krankheit gelten, muss die Krankenkasse ihre Leistungen im Zweifelsfall so lange erbringen, bis die Leistungspflicht der Unfallversicherung feststeht. Auch im Falle der Vorleistungspflicht spricht der Gesetzgeber von der Leistungskoordination.

Art. 70 ATSG



Risikoaufteilung

Arbeitgeber – UVZ – Pensionskasse

Welche Aufgabe liegt beim Arbeitgeber Stadt Zürich?

Die Arbeitgeberleistung

Werden Mitarbeitende der Stadt Zürich nach vollendeter Probezeit wegen Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig, so zahlt diese wie auf Seite 33 beschrieben den ungekürzten Lohn weiter – was sie als Krankenlohn bezeichnet. Dies hat nichts mit Versicherungsleistungen zu tun, sondern ist die rein arbeitsrechtliche und im Obligationenrecht geregelte Pflicht zur angemessenen Lohnfortzahlung.

Werden Versicherungsleistungen für Lohnersatz fällig, so ist dies für den Anspruchsberechtigten vorerst weder spür- noch sichtbar. Nach Ablauf der Krankenlohnleistung verfügt die Arbeitgeberin die volle oder teilweise Auflösung des Arbeitsverhältnisses aus medizinischen Gründen.

Eine Kopie dieser Austrittsverfügung sollte sowohl dem Unfallversicherer als auch der Pensionskasse zugestellt werden. Spätestens zu diesem Zeitpunkt sollte auch die IV Anmeldung erfolgt sein. Danach ist die Frage von Lohn und Lohnersatz für die Arbeitgeberin abgeschlossen, soweit sie den Unfallanteil betrifft.

Art. 61 Abs. 2 PR

Was trägt die Unfallversicherung bei?

Zusammenspiel mit der UVZ

Bei Arbeitsunfähigkeit aus Unfall überwacht die Unfallversicherung den Heilverlauf und leistet ab dem dritten dem Unfall folgenden Tag ein Unfalltaggeld, das 80% des Verdienstes der betroffenen Person entspricht. Weil diese aber von der Arbeitgeberin für einen beschränkten Zeitraum weiterhin den vollen Lohn erhält, erfolgt die Taggeldvergütung an die Dienstabteilungen.

Die Abrechnung erfolgt bei kurzer Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Erhalt des originalen Unfallscheines von der Personalstelle. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit wird in der Regel entweder durch die verunfallte Person selbst oder über die Personalstelle sporadisch eine Fotokopie des vom Arzt nachgeführten Unfallscheines eingereicht, aufgrund welcher dann Teilabrechnungen vorgenommen werden können.

Nachdem die Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber erfolgt ist, leistet die UVZ die Taggeldzahlungen direkt an die anspruchsberechtigte betroffene Person.

Art. 19 Abs. 2 ATSG
Art. 16 bis Art. 17 UVG

Die Leistung der Pensionskasse

Wann tritt die Pensionskasse in Erscheinung?

Zeichnet sich ab, dass die Arbeitsunfähigkeit ganz oder teilweise über längere Zeit bestehen bleiben wird, so wird auch die Pensionskasse Stadt Zürich (PKZH) aktiv. Sie wird schon frühzeitig über ihre Vertrauensärzte die Frage nach einer zu befürchtenden Erwerbsinvalidität abklären. Tritt dann bei noch immer bestehender Arbeitsunfähigkeit das Ende der Krankenlohnleistung ein, prüft die Pensionskasse konkret die Leistungsvoraussetzungen und wird der betroffenen versicherten Person Leistungen zur Deckung der Differenz zwischen Unfalltaggeld und 90% des versicherten Verdienstes ausrichten.

Art. 23 bis Art. 26 BVG



Eingliederung in Langzeitfällen

Wer ist für die berufliche Reintegration zuständig?

Zuständigkeit

Für die berufliche Wiedereingliederung ist grundsätzlich die Invalidenversicherung zuständig. In Zeiten eines florierenden Arbeitsmarktes kann dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» ohne grosse Probleme nachgelebt werden. Behinderte Personen mittleren Alters haben dann nach gezielter Umschulung oder Weiterbildung durchaus reelle Chancen, sich wieder in den Arbeitsmarkt eingliedern zu können.

Bei einer verschärften Arbeitsmarktsituation stösst die institutionalisierte Eingliederung aber an ihre Grenzen. Oft ergibt es dann wenig Sinn, Leute mit viel Aufwand umzuschulen, um sie dann doch in eine Rente – welcher Art auch immer – zu entlassen. Es sind also andere respektive zusätzliche Wege zu beschreiten.

Was bedeutet «Case Management»?

Case Management

Mit dem Instrument des «Case Managements» sollen Versicherte nach einem schwerwiegenden Unfallereignis nicht auf sich allein gestellt bleiben, sondern ziel- und ressourcenorientiert zur eigenen Handlungsfähigkeit zurückgeführt werden. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, müssen begleitende Massnahmen zur Reintegration möglichst frühzeitig angegangen und gemeinsam mit der verunfallten Person eingeleitet werden.

Das städtische Case Management steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Stadt Zürich kostenlos zur Verfügung und findet nur mit dem Einverständnis der Mitarbeitenden statt. In Sonderfällen kann die UVZ auch ein Case Management bei einer Partnerfirma in Anspruch nehmen.

Finanzierung der Versicherungsleistungen

Unfallkasse UK

Hat die vor dem UVG bestehende Unfallkasse noch eine Funktion?

Die «alte» UK, die für Unfälle aus der Zeit bis 1983 zuständig ist, bleibt grundsätzlich bis zum Tod der/des letzten seinerzeit bei ihr Versicherten oder Anspruchsberechtigten aktiv. Sie hat bei Rückfällen in geringem Mass noch Leistungen für Heilbehandlung und Krankengelder nach altem Recht zu erbringen. Vor allem aber ist sie nach wie vor zuständig für die Ausrichtung der Renten an Invalide und Hinterlassene. Dazu verfügt sie über ein eigenes Vermögen. Die anfallenden Kosten werden durch Zinsen, Wertschriftenerträge und durch Vermögensverzehr gedeckt.

Unfallversicherung UVG

Warum werden zwei Rechnungen geführt?

Seit 1984 sind Unfälle durch das UVG geregelt und bei der UVZ versichert. Die Rechnungen für Berufsunfälle und Berufskrankheiten einerseits und für Nichtberufsunfälle andererseits werden getrennt geführt, um sicherzustellen, dass die Schäden des einen Versicherungszweiges nicht durch Prämien des andern bezahlt werden.

Art. 89 bis Art. 95 UVG

Auf welcher Basis werden die Prämien aufgebaut?

Die weitaus wichtigsten Einnahmen in beiden Versicherungszweigen sind die Nettoprämien. Bei der Versicherung der Mitarbeitenden der Stadt Zürich verfügt die UVZ über langjährige Erfahrung. Das Risiko und damit die kostendeckenden Prämien-sätze lassen sich zuverlässig ermitteln. Sie werden regelmässig überprüft und angepasst.

Für die angeschlossenen Unternehmungen richten sie sich nach einem eigenen Risikotarif für das UVG.

Welche Zuschläge sind zulässig?

Auf die Nettoprämien werden Zuschläge für Verwaltung und für Unfallverhütung erhoben. Die Zuschläge für Unfallverhütung werden vom Bundesrat vorgeschrieben und sind für alle Versicherer verbindlich. Die BU wird an die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS überwiesen.

Der Unfallverhütungszuschlag für die NBU wird zum überwiegenden Teil an die Schweizerische Beratungsstelle für Unfallverhütung bfu abgeführt. Zum kleineren Teil wird er von der UVZ für Unfallprävention verwendet.

Nach dem Gesetz ist auch ein Zuschlag für Teuerungszulagen auf laufenden Renten möglich. Die UVZ hat diesen Zuschlag bisher nicht erhoben, wird dies aber für eine frühzeitige Finanzierung erheblicher Teuerungen ebenfalls tun müssen.

Welche Lohnanteile sind von der Prämienpflicht befreit?

Die durch die Zuschläge ergänzten Nettoprämien ergeben die Endprämien. Die Summe aller vom versicherten Betrieb im Laufe eines Jahres ausbezahlten Löhne wird mit den Endprämienätzen belastet. Übersteigt der Lohn einer/eines Mitarbeitenden den maximal versicherten Betrag, so sind auf dem übersteigenden Teil keine Prämien geschuldet. Ebenso sind die Löhne von Mitarbeitenden, die weniger als 8 Stunden pro Woche beschäftigt sind, von Nichtberufsunfallprämien befreit.

Wer ist Prämienschuldner?

Gegenüber dem Versicherer schuldet der Arbeitsgeber sowohl die BU- wie die NBU-Prämie. Letztere darf er den Arbeitnehmenden mit Lohnabzug belasten.

Zu Beginn jedes Jahres überweist der Arbeitgeber dem Versicherer die voraussichtlichen Jahresprämien. Der genaue Betrag wird zum Jahresende errechnet. Eine allfällige Differenz wird ihm nachbelastet oder rückvergütet.

Welche weiteren Einnahmen wirken bei der Finanzierung mit?

Die wichtigsten Erträge neben den Prämien sind Zinsen, Kursgewinne auf Wertschriften und Zahlungen von Haftpflichtigen (Regress).

Impressum

Herausgeberin

Unfallversicherung Stadt Zürich
Stadelhoferstrasse 33, 8022 Zürich
Tel. +41 44 412 55 00
Fax +41 44 412 55 30
info@uvz.ch
www.uvz.ch

Redaktion

Doris Schneeberger
Patrick Vogel

Konzept und Gestaltung

agor ag werbeagentur, 8037 Zürich

Fotos

Jürg Waldmeier, 8003 Zürich

Druck

Karl Schwegler AG, 8050 Zürich
Auflage 300 Exemplare

Ausgabe

2017



