



vormals Berufskrankheiten aktuell

Nr. 22, 7. Jahrgang Abekra-Verbandsbeilage zu "Umwelt-Medizin-Gesellschaft", Bremen, 4/2003

BERUFSKRANKHEITEN

Europa im Vergleich

- die Eurochip-Studie

Dr. Angela Vogel

Die GUV im Blickfeld

Der Zusammenschluss der europäischen Länder macht sich nach und nach auch auf dem Sondergebiet der Gesetzlichen Unfallversicherung bemerkbar. Dabei rückt langsam auch ins Blickfeld, wie und wie unterschiedlich die europäischen Staaten mit chronischen Körperverletzungen infolge beruflicher Tätigkeiten umgehen. Auch hier sind Annäherungen in der Debatte – freilich nicht auf der Ebene gesetzlich geregelter Harmonisierung, sondern im Sinne der sog. "best practice", also der gelungensten Praxis.

Im September 2000 legte Eurochip, das europäische Forum Unfallversicherung¹, eine Studie vor, in der zum ersten Mal überhaupt versucht wurde, die entsprechenden GUV-Regelungen in dreizehn europäischen Ländern² miteinander zu vergleichen.

Die Studie, ihre Ergebnisse und Auslassungen sind bemerkenswert.

Die Vergleichspunkte

Verglichen wurden in Teil 1:

- der Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit,
- die Bearbeitung des Antrags,
- die Grundlagen der Anerkennung,
- die Einspruchsmöglichkeiten

In Teil 2 werden Fallstudien vorgestellt. In Teil 3 finden sich – z.T. sehr überraschende - Zahlen und Statistiken.³

¹ In Eurochip haben sich die gesetzlichen Haftpflichtversicherungen der europäischen Staaten eine Plattform auf EU-Ebene geschaffen. Nähere Auskünfte erhalten Sie unter der eMail-Adresse: eurochip@wanadoo.fr

² Es wurden die Gesetzlichen Unfallversicherungen (GUV) in Griechenland, Italien, Spanien, Schweiz, Portugal, Frankreich, Belgien, Luxemburg, Dänemark, Schweden, Finnland, Deutschland und Österreich einbezogen. Die Niederlande haben kein gesondertes Unfall- und Berufskrankheitenentschädigungsrecht.

³ Eurochip, Die Berufskrankheiten in Europa. Vergleichende Studie (13 Länder). Verfahren und Bedingungen für die Meldung, Anerkennung und Entschädigung, Paris, 2000.

Meldung – BK-Antrag

Die Unterschiede beginnen bei der BK-Meldung, bzw. dem Antrag auf Anerkennung einer BK. Zwar haben in allen europäischen Ländern die diagnostizierenden ÄrztInnen die Pflicht, bei Verdacht eine Erkrankung als Berufserkrankung zu melden, doch unterscheiden sich die Meldungen darin, ob sie zugleich als Anerkennungsanträge gelten. **In Griechenland, Italien, Belgien, Frankreich, Spanien, Portugal, Dänemark und Schweden** kann ein BK-Anerkennungsverfahren nur mit Zustimmung eines Geschädigten in Gang gesetzt werden, während in der BRD eine Verdachtsmeldung immer auch ein BK-Ermittlungsverfahren anstößt – auch ohne Einwilligung der betroffenen Person.

In der **Schweiz, in Österreich, Finnland, Italien und Deutschland**⁴ sind es zudem die Arbeitgeber, die einen Arbeitsunfall oder aber BK-Verdacht zu melden haben.

Wer prüft den Antrag?

"In allen Ländern", so heißt es in dem Report, "bearbeitet der Versicherungsträger (VT) den Antrag, außer in **Dänemark**, wo das **"National Board of Industrial Injuries"** damit befasst ist"⁵. Fragt sich also, **wer** die VT in den einzelnen Ländern sind. Bezeichnenderweise ist der Report gerade in diesem Punkt höchst ungenau, wenn nicht sogar irreführend.

Die BGen werden als **"Deutsche Berufsverbände (branchengebunden oder regional)"** ausgewiesen, die **"Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)"** in **Österreich** nicht näher klassifiziert, das **"National Board of industrial Injuries"** als die für die Anerkennung zuständige **"Dänische Regierungsinstanz"** erwähnt - im Unterschied zu dem **dänischen "Fonds"**, der die Entschädigung leistet. Wir erfahren, dass in **Frankreich** die **"Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)"** zu Arbeitsunfällen und BK'en ermittelt, aber – wie z.B. in **Dänemark** auch – ein **anderes Amt**, nämlich die **"Caisses primaires d'assurance"** in den Departements die Entschädi-

⁴ In Deutschland können die anderen Sozialleistungsträger, die Gewerkschaften oder die Geschädigten selbst den BK-Verdacht auch melden und zwar nicht nur den BGen, sondern auch den Gewerbeaufsichtsämtern.

⁵ Eurochip, a.a.O., S. 11

gungen leistet. In **Dänemark und in Frankreich** sind also die über die Haftung entscheidende Stelle und der zahlende Versicherungsträger institutionell voneinander getrennt, was heißt:

Das Gewaltenteilungsprinzip bleibt in diesen Ländern also gewahrt.

In **Deutschland** dagegen ermitteln die Unfallversicherungsträger, also die Haftpflichtversicherung der Unternehmen, die möglichen Schadensfälle. Sie schlüpfen also in die Rolle der Polizei. Anschließend entscheiden sie in der Rolle des Richters darüber, ob sie sich als Haftpflichtversicherer in die eigene Tasche greifen müssen bzw. wollen. Das kann begrifflicher Weise nicht gut gehen. Und es geht in Deutschland bekanntlich denn auch nicht gut. Für die Geschädigten.

Darüber gibt die Studie aber nichts weiter bekannt.

Über die spanischen "**Mutuas**" wird berichtet, dass es sich um "eine Art Versicherung auf Gegenseitigkeit" handelt. Deren Ärzte sind es, die über die Anliegen der Geschädigten entscheiden.

Ferner erfahren wir, dass in **Belgien** der "**Fonds des maladies professionnelles (FMP)**" die BKen verwaltet. Ob es sich dabei allerdings um einen staatlichen oder einen Arbeitgeberfonds in Selbstverwaltung handelt, auch das verrät uns die Eurochip-Studie nicht. Wir erfahren auch nichts über die Finanzierung dieser Unternehmenshaftpflichtversicherungen oder gar die Mitspracherechte, die die versicherten Unternehmen bzw. die versicherten Beschäftigten ggf. haben.

Die Selektion von Informationen über den strukturell-institutionellen Charakter der VT in den einzelnen europäischen Ländern muss überraschen. Offenbar war allein schon die Frage, ob es sich um eine staatliche oder – wie in **Deutschland** – um eine staatshoheitlich geadelte Privathaftpflichtvereinigung der Arbeitgeber im Status einer Körperschaft des öffentlichen Rechts handelt, derzeit (noch) zu brisant.

Was wird geprüft?

Bis auf **Finnland und Schweden** haben alle der untersuchten europäischen Länder eine Berufskrankheitenliste (BKL). Deren Bedeutung, die dar-

in verzeichneten Erkrankungen und/oder Einwirkungen sind allerdings verschieden. In **Spanien** z.B. kann trotz Berufskrankheitenliste "jede Erkrankung, die nicht auf der Liste der BKen steht, als Unfall anerkannt werden"⁶.

Belgien, die **Schweiz** und **Italien** haben zusätzlich ein sog. "offenes System". In **Griechenland** entscheidet der medizinische Sonderausschuss im Falle einer nicht verzeichneten Erkrankung.

Neben Lärmschäden, Asbestose, Haut- oder Muskulo-Skelettleiden (wie dem bandscheibenbedingten LWS-Schaden), werden in etlichen Ländern z.B. auch psychische Schäden infolge Arbeitsstress u.a. entschädigt. Das ist in Deutschland ein ganz unvorstellbarer Kasus für Politik und Wirtschaft.⁷

Die BK-Ermittlungen

Auch dazu hält sich die Studie nahezu bedeckt. Es heißt nur: "In fast allen Ländern" werde geprüft, ob der Geschädigte oder die Geschädigte einem Risiko ausgesetzt war und seit wann.

Nur in **Finnland** beziehe sich "die Bearbeitung des Antrages allein auf die Gefährdung". Ferner werde der "medizinische Gesichtspunkt meist mit zusätzlichen Untersuchungen und Tests" berücksichtigt, "um die Merkmale der Krankheit zu beschreiben".

Die Kausalitätslehren

Welche Kausalitäten erwiesen sein müssen nach welchen Beweismaßstäben, um die Haftung auszulösen, wird in der Studie ebenfalls nicht angesprochen.

Folgerichtig wird auch nicht verglichen, wie und wie unterschiedlich die einzelnen europäischen Staaten dieses Kern- und Herzstück der Unternehmehaftung in der GUV gestaltet haben. Wir erfahren nur, die Informationen über die jeweils angewandten Kausalitätslehren habe der Studien-Arbeitskreis (AK) von Eurochip zwar eingeholt, aber

⁶ Eurochip, a.a.O., S. 67

⁷ Damit fände die permanente Verschiebung psychischer Folgeschäden durch permanente Überbeanspruchung und neurotoxische Substanzen in den haftungsfreien Bereich ein Ende und damit auch das unselige wie therapeutisch falsche Dualismuskonstrukt zwischen Körper und Geist, Körper und Psyche. Es führt alle MedizinerInnen und Sozialleistungsträger in die Irre – zum Schaden der PatientInnen.

dennoch nicht thematisiert. Über die Gründe für ein solches Vorgehen erfahren wir nichts.

Aus einem Beitrag des Eurochip-AK-Mitglieds, A. Kranig über diese Studie im Leib- und Magenblatt "Die BG" geht allerdings hervor, dass die Kausalitätslehren europaweit sehr unterschiedlich sind und vor allem das deutsche Kausalitätsverständnis denkbar anspruchseinschränkend für Geschädigte ist.

In **Frankreich** werde z.B. gewöhnlich (und nicht nur ausnahmsweise) nach der **Vermutungsregel** gehaftet, was erhebliche Beweiserleichterungen bedeute.

Dazu möchte ich erläutern: In Deutschland ist eine Form von Vermutungsregel zwar in dem seit 1997 in Kraft getretenen § 9 Abs. 3 SGB VII verankert. Doch steht sie nur auf dem Papier. Seiner Kenntnis nach, so verriet der Bundessozialrichter P. Becker anlässlich einer Schulungsveranstaltung für Sozialrechtsanwälte vor einigen Jahren, sei sie noch nie "positiv" genutzt worden⁸. Tatsächlich gilt das meines Wissens nach bis heute.

In **Frankreich** geht man sogar in bestimmten Fällen über die Vermutungsregel hinaus. Erteilt die Verwaltung binnen sechs Monaten keinen BK-Bescheid, gilt die Erkrankung in jedem Fall als Berufskrankheit und ist entsprechend zu entschädigen. Das erscheint mir eine vorbildliche Regelung zur Beschleunigung der Ermittlungs- und Entscheidungszeiten zu sein, ebenso vorbildlich für die deutsche GUV wie es die französische Vermutungsregel wäre.

In besagtem Beitrag erwähnt Kranig ferner, dass in **Schweden** von 1977 bis 1993 "eine Art **Beweislastumkehr**" galt, sie sich aber als wenig praktikabel erwiesen habe. Man sei davon denn auch wieder abgekommen. Auch seien die Beweishürden in **Italien, Dänemark und Finnland** (H.v.m.) lange Zeit so niedrig gewesen, dass vergleichsweise "großzügig" gehaftet werden konnte - und in ge-

ringem Maße immer noch großzügig gehaftet werde, so der BG-Aktivist unverhohlen kritisch.⁹

Die Eurochip-Studie selbst lässt mittels zweier Beispiele ebenfalls gewisse Rückschlüsse auf den bestehenden – oder eben wie in Deutschland – nur äußerst schwach bestehenden Entschädigungswillen der Verantwortlichen im Personenschadensfälle zu:

Beispiel 1: Carpal tunnel-syndrom/Epicondylitis

Der erste Fall betrifft eine muskuloskelettäre Berufskrankheit.

Eine 35jährige Arbeiterin in einem Geflügelschlachthof leidet unter einem Carpal tunnel-syndrom und einer Epicondylitis (Tennisellbogen). Sie verdient 1.000 Euro mtl. und 12.000 Euro im Jahr.

Während einer 10tägigen AU-Zeit wird sie operiert. Danach nimmt sie ihre Arbeit wieder auf, kann aber mit bestimmten Fingern z.B. keine Zangenbewegung mehr vornehmen.

Ob sie den Akkord noch schafft und ihren Arbeitsplatz trotz ihrer Fingerbehinderung behält, bleibt in der Studie unerwähnt.

Hier die Behandlung in den einzelnen Ländern:

Das Carpal tunnel-syndrom wird nur in **Deutschland, Österreich, Schweden und Dänemark** nicht anerkannt. In Deutschland nicht, weil es nicht auf der Berufskrankheitenliste steht und die sog. generelle Kausalität zwischen Handbelastung und Syndrom als wissenschaftlich nicht erwiesen gilt. In Schweden nicht, weil die Arbeiterin (noch) keinen Einkommensverlust hat.

In **Griechenland** kann es durch den medizinischen Sonderausschuss anerkannt werden, weil es in der BKL nicht verzeichnet ist.

Leicht modifiziert sieht das Bild bei der Epicondylitis aus, wobei sie und das Carpal tunnel-syndrom in den meisten Ländern unter den muskuloskelettalen Beschwerdekomples fallen.

⁸ P. Becker, Tatbestandsvoraussetzungen und Kausalitätsprobleme ausgewählter Berufskrankheiten, Reader der Fachtagung des Fachinstituts für Sozialrecht, Bochum 2003, S. 23. Das hat sich bis 2008 nicht um ein Jota verändert.

⁹ A. Kranig, Berufskrankheiten im europäischen Vergleich, in: Die BG, Mai 2002, 236-244, hier S. 241f. Kranig ist leitender Mitarbeiter des HVBG, Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften, jetzt in DGUV, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, unbenannt.

Die Epicondylitis erkennen außer **Österreich und Dänemark** alle europäischen Länder an. In Deutschland wird sie allerdings nur theoretisch anerkannt, denn: Die generelle Kausalität der Epicondylitis ist zwar nach der Berufskrankheitenliste gegeben, doch dürfte die konkrete Kausalität im gezeigten Fall auf Grund der völlig überdehnten Beweishürden in Deutschland kaum beweisbar sein. Sollte es doch mal dazu kommen, würde die Arbeiterin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht entschädigt werden. Warum? Nun, **Deutschland** kennt als einziges Land in Europa den Unterschied zwischen Versicherungs- und Leistungsfall und die sog. abstrakte **Erwerbsminderungsklausel** (MdEK¹⁰).

Die MdEK besagt, dass eine geschädigte Person in ihrer Erwerbsfähigkeit (auf dem gesamten Arbeitsmarkt) um mindestens 20% gemindert sein muss, um entschädigt werden zu können.

Die Praxis zeigt, die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) durch eine Epicondylitis bleibt hier zu Lande regelhaft unter der magischen Grenze von 20%. Der Haftpflichtversicherer der Unternehmen ist folglich von der Entschädigung befreit, obwohl es sich "dem Grunde nach" um eine anerkannte Berufskrankheit handelt.

Diese Art von 'Anerkennungen' machen in Deutschland durchschnittlich zwischen 60 und 75% aller anerkannten Berufskrankheitenfälle aus.

Das muss man wissen, wenn man diese Eurochip-Studie liest. Deren Autoren erwähnen zwar das 'Institut' der MdEK, versäumen es aber zu erläutern, was es bedeutet und was es im Rahmen der deutschen GUV-Haftungspraxis faktisch bewirkt.

Tatsächlich unterscheidet die Eingangs-MdE-Hürde das deutsche Entschädigungsrecht betrieblich erlittener Körperverletzungen von dem der anderen europäischen Länder ganz wesentlich – und zwar ausschließlich zum Nachteil der chro-

nisch Verletzten und Vorteil der Verursacher. **Alle anderen europäischen gesetzlichen Unfallversicherungen**, ob nun als eigenständiger Zweig der Sozialversicherungen organisiert oder aber in anderer Weise eingegliedert, entschädigen Beschäftigte ab 1% Körperverletzung oder aber dann – wie **Schweden** – wenn ein Verletzter reale Einkommensverluste erleidet. Die **Schweiz** zahlt im Übrigen zu einer AU- oder BK-Rente sogar Schmerzensgeld hinzu. **Dänemark** hat eine ähnliche Regelung.

Beispiel 2: Asbestose und Lungenkrebs

Ein 50jähriger Mann leidet unter einer Asbestose und Lungenkrebs. Er hat vor zwanzig Jahren fünf Jahre lang bei einem Bremsenhersteller gearbeitet und war früher Raucher. Er verdient aktuell 2.500 Euro mtl, also 30.000 Euro jährlich. Nach der Lungenflügel-OP und nutzloser Chemoquälerei stirbt er. Er hinterlässt seine (zweite) Frau, vier Kinder aus erster Ehe (alle im Studium) und zwei kleine Kinder aus zweiter Ehe.

Hier der Umgang mit dem zweiten Fall:

Die Asbestose und der Lungenkrebs werden in allen Ländern anerkannt – laut Eurochip-Studie in **Schweden** dann, wenn sie "nachgewiesen" seien.¹¹ Der Faktor "Rauchen" werde nur in **Schweden und Dänemark** berücksichtigt, wobei sich in Dänemark der Raucher-Anteil in einem Abzug von der 100%igen MdE nach dem Tod des Arbeiters niederschlägt.

Für **Deutschland** wird keck behauptet, dass die Asbestose und der Lungenkrebs anerkannt und kein Raucheranteil berücksichtigt werde. Das ist – in dieser Formulierung - zwar nicht unzutreffend, verfehlt den tatsächlichen Sachverhalt aber dennoch.

Bekanntlich muss bei einem Lungenkrebs ohne Asbestose die berufliche Asbestbelastung mit einer Mindestanzahl von 25 Faserjahren nachgewiesen werden. Das gelingt selten – schon meist auf Grund sehr merkwürdiger, meist falscher Belastungsrechnungen seitens der ermittelnden Technischen Aufsichtsdienste der BGen. Hat der TAD den Dauern gesenkt, hilft selbst eine in der veraschten Lun-

¹⁰ Diese Entschädigungshürde entstammt einer der Notverordnungen kurz vor der Machtergreifung der NSDAP gegen Ende der Weimarer Republik. Sie wurde nie außer Kraft gesetzt und bietet bis heute eine der Grundlagen dafür, Geschädigte in Deutschland um ihnen zustehende Entschädigungen für das ihnen zugefügte Leid zu prellen. Die 20 %-Hürde ist natürlich auch eine illegitime Begünstigung der versicherten Betriebe von Staats wegen, also eine Begünstigung der potenziellen Schadensverursacher.

¹¹ Diese Formulierung ist rätselhaft, denn auch in der BRD müssen die Asbestose und/oder der Lungenkrebs diagnostisch feststehen.

ge ausgezählte hohe Anzahl von Asbestfasern selten – der Lungenkrebs wird dennoch nicht anerkannt.

Noch schlimmer sieht es bei den Asbestosen aus. Sie werden wegen der Eingangs-MdE-Hürde selten entschädigt. Tatsächlich bietet die gutachterliche Festlegung der MdE einen großen Spielraum. Selbst schwer keuchende Männer, die kaum noch eine Treppe erklimmen können und unter mehr oder weniger heftigen Brustschmerzen leiden, werden mit einer MdE von oftmals sogar weniger als 10% eingestuft, sofern sie keine **apparativ** zu messenden schweren Lungenfunktionseinbußen, eine Fibrose oder ein Emphysem nachweisen können. Dazu bedarf es jedoch immer eines couragierten Mediziners, einer couragierten Medizinerin. Sie müssten bereit sein, ihr eigenes schlechtes Gewissen als u.U. schädigender Arbeitgeber auszuhalten und bei der Wahrheit ihrer medizinischen Diagnose zu stehen, sich ggf. mit dem Unfallversicherungsträger und dessen Gutachter- sowie Beratungsarztkorona zu streiten und u.U. sonstige Nachteile in Kauf zu nehmen. Doch sind auch MedizinerInnen selten Helden

Ferner verlieren Personen mit Asbestose häufig ihren Arbeitsplatz, sofern sie überhaupt noch mehrere Stunden täglich arbeiten können. Die gravierenden wirtschaftlichen Nachteile, die sie dadurch erleiden, haben sie – die Asbest-Opfer – trotzdem selbst zu tragen.

Stirbt der an Asbestose Erkrankte infolge seiner Asbestose, muss er nach deutschem Recht zuvor eine Mindest-MdE von 50% gehabt haben, damit der Tod nach der nur in solchen Fällen geltenden Vermutungsregel für Asbestopfer (§ 63 Abs. 2 SGB VII) anerkannt wird.

Die deutsche GUV ist in diesen wie in anderen Fällen **real** fein raus – aber auch das thematisiert diese Eurochip-Studie nicht.

Statistische Ergebnisse

Es finden sich aber eine Reihe weiterer indirekter Hinweise - auch und vor allem im Tabellenteil (Teil 3) der Studie.

Darin wird aufgelistet:

- Wie viele ArbeitnehmerInnen aus den drei großen Wirtschaftsbereichen Industrie, Handel und/oder Landwirtschaft waren von 1990 bis 1999 in den einzelnen europäischen Ländern versichert?
- Wie viele Anerkennungsanträge wurden absolut und pro 100.000 ArbeitnehmerInnen eingereicht?
- Wie viele der Geschädigten wurden anerkannt?
- Wie ist das prozentuale Verhältnis zwischen anerkannten und gemeldeten BKen?
- Wie viele anerkannte BK-Fälle gab es pro 100.000 der versicherten Beschäftigten?

Hier zeigt sich, dass die Anerkennungsquote im untersuchten Zeitraum mit 70-80% in **Frankreich und in der Schweiz** am höchsten war, während Länder wie **Italien und Dänemark** weniger als 15% der Anträge bewilligten. Dazwischen lagen – der Studie zu Folge - **Österreich, Portugal, Deutschland, Finnland und Luxemburg**.

Abschließend vermerkt der Bericht, in **Deutschland**, "wo das Gefälle zwischen der Anzahl (der) Anerkennungsgesuche und der Anzahl anerkannter Erkrankungen zu einer umstrittenen politischen Frage geworden" sei, stelle "diese Situation (...) ein Problem dar".¹²

Armes Deutschland

In der Tat. Das Problem betrifft die faktische Situation in **Deutschland** und die – auf diesem Hintergrund – für die BGen offenbar notwendig werden den Beschönigungen der harten Fakten für die europäische Öffentlichkeit und die Entscheidungsträger in der EU.

Fassen wir zusammen:

- Kein anderes europäisches Land hat eine Eingangs-MdE von 20%.
- Kein anderes europäisches Land kennt den Unterschied zwischen Versicherungs- und Leistungsfall.

¹² Eurochip, a.a.O., S. 59

- Kein anderes europäisches Land verbindet in seiner Berufskrankheitenliste Berufsverbote unter Präventionsgesichtspunkten mit der Entschädigung von Körperverletzungen infolge der Arbeit dergestalt, dass die Tätigkeitsaufgabe der Geschädigten (also der Opfer!) zur *conditio sine qua non* für die Entschädigung ihrer Körperverletzungen gemacht wird.
- Kein anderes europäisches Land kennt deshalb auch so etwas wie § 3 BKV-Leistungen. Dabei handelt es sich um Übergangsleistungen, die BK-Arbeitsopfer für längstens fünf Jahre dann erhalten, wenn sie eine im Sinne der BKL gefährdende Tätigkeit aus sog. objektiven Gründen aufgeben mussten.

Es sind im Wesentlichen diese drei haftungsausschließenden Faktoren, die die in der Eurochip-Studie aufgelisteten rein **formalen Anerkennungsquoten** in der BRD von 16,6% in 1992 und 27,4% in 1997 auf eine **reale Entschädigungsquote** reduzieren, die seit Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Wirklichkeit zwischen 8 und 5% lag, Tendenz weiter fallend.

1998 haben die gewerblichen BGen in Deutschland für die Berufskrankheiten von 5.691 Beschäftigten mit Entschädigungszahlungen gehaftet.

Der BK-Verdacht hatte sich aber im selben Jahr bei – absolut - 26.500 Personen bestätigt. Das aber heißt: 20.809 VersicherungsnehmerInnen, d.s. etwas weniger als vier Fünftel der Anerkannten, gingen trotz formaler Anerkennung leer aus.

Sie hatten lediglich Anspruch auf medizinische Behandlung – zumindest abstrakt. Solche Hilfen für Menschen mit einer MdE unter 20% werden von den BGen meist aber (zu Lasten der Krankenversicherung) ebenso abgelehnt. Begründung: Die Beschwerden seien der BK nicht zuzurechnen. Oder: Die der anerkannten BK zuzurechnenden Beschwerden/Erkrankungen seien zu gering, bestünden nicht mehr oder seien nicht/nicht mehr behandlungsbedürftig.

Damit fällt die Haftpflichtversicherung der deutschen Industrie selbst hinter die Anerkennungsquote (Verhältnis gemeldeter zu anerkannten Berufskrankheiten) hinter **Italien** mit 15,6 und **Dä-**

nemark mit 14,7% zurück. Selbst so arme Länder wie **Portugal** gestehen mit 40,9 % bei 59 Meldungen pro hunderttausend und 24 Anerkennungen pro hunderttausend Beschäftigten seinen BK-Arbeitsopfern mehr zu als die in Deutschland tätige Wirtschaft, ihre gesetzliche Haftpflichtversicherung, der deutsche Staat und die deutsche Justiz den Berufskrankheitsopfern bereit sind zuzugestehen (wobei die entsprechenden Zahlen für die Opfer von Arbeits- und Wegeunfällen nicht minder bedrückend sind!).

Fairerweise muss aber auch erwähnt werden, dass es in Deutschland zusätzlich die nach § 3 der Berufskrankheitenverordnung Anerkannten mit jährlich durchschnittlich 7000 Fällen gibt.

§ 3 BKV-Leistungen können allerdings kaum als vollwertiger Entschädigungsersatz gelten, weil für Kinderlose höchstens 70% des zuvor erzielten Lohns für längstens fünf Jahre erbracht wird. Gleichwohl habe ich beobachtet, dass sie schon seit längerem faktisch als Ersatz für Entschädigungszahlungen für Berufskrankheiten nach § 9 SGB VII missbraucht werden.

Der kleine Stachel -

In seinem bereits erwähnten Beitrag "Berufskrankheiten im europäischen Vergleich" mahnte das Eurochip-Studien-AK-Mitglied, Dr. A. Kranig, an, "die statistischen Angaben der Studie" seien "behut-sam und mit Sachkenntnis" zu "interpretieren". Keinesfalls sollten sie "politisch instrumentalisiert werden" (Kranig, a.a.O., S. 237).

Sodann machte er folgende bedeutungsschwangere Rechnung auf.

Da in **Deutschland**

- nur die Daten aus dem gewerblichen Bereich erfasst,
- sämtliche ArbeitnehmerInnen in der GUV versichert seien, also auch Rehabilitanten, Teilzeitarbeiter und Selbstständige,
- verschiedentlich die Tätigkeitsaufgabe gefordert und § 3 BKV-Leistungen erbracht werden

sowie den BGen

- alle möglichen und unmöglichen Erkrankungen

gen gemeldet würden, ergäben sich in der Eurochip-Studie statistische Verzerrungen.

Die BK-Anerkennungszahlen in **Deutschland**, auf jeweils hunderttausend Versicherte bezogen, lägen in Wahrheit bei etwa einem "Drittel", so Kranig.

Leider erwähnte der Autor hier nicht, dass es sich dabei ja gerade um die "dem Grunde nach" anerkannten Berufskrankheiten ohne Entschädigungsleistungen, aber Gewährung von – vielleicht, vielleicht – medizinischen Hilfen *und* um jene Fälle handelt, in denen - wie es in den Geschäftsberichten des HVBG immer so heißt – besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt waren, aber die berufliche Verursachung festgestellt wurde. Alle diese Fälle hinzuzählen zu wollen ist nichts als einer der üb(lich)en Taschenspielertricks diverser BG-Aktivistinnen.

Auf Kriegsfuß

Der Beitrag von Kranig macht indes wieder einmal in grotesker Weise deutlich, auf welchem Kriegsfuß deutsche UVT-Vertreter mit Bedeutung und Wesen statistischer Berechnungen stehen. Oder gibt es noch andere Gründe, warum der Leiter der Abteilung "Berufskrankheiten" beim HVBG allen Ernstes behauptet, dass die **qualitative** Zusammensetzung eines Beschäftigtenkollektivs von je hunderttausend Personen entscheidenden Einfluss darauf habe, ob zwanzig anerkannte Versicherungsnehmerfälle auf hunderttausend Beschäftigte oder vierzig anerkannte Fälle pro hunderttausend Beschäftigte die Realität nur statistisch verzerrt wiedergeben könne?

Warum vertritt er eine ja nun nachweislich falsche Überzeugung wie die, es mache statistisch einen gewaltigen Unterschied, dass in **Frankreich** 15 Mio. von einer Gesamtbevölkerung von 40 Mio versichert sind und in **Deutschland**, wo 42 Mio von 80 Mio. Gesamtbevölkerung in der GUV versichert sind – wenn sich doch alle Berechnungen auf die immer gleiche Größe von hunderttausend Beschäftigte beziehen?

Kam es ihm wirklich nur darauf an, die Aussagefähigkeit der im europäischen Vergleich so negativen Haftungs- und Entschädigungsbilanz im Berufskrankheitenfalle seitens der deutschen gewerb-

lichen Berufsgenossenschaften in Zweifel zu ziehen?

Vorstellbar wäre es, denn diese Bilanz zeigt u.a., dass sich in Deutschland tätige Unternehmen durch Haftungsausschluss für von ihnen zu verantwortende Körperverletzungen ihrer Beschäftigten Wettbewerbsvorteile verschaffen – gegenüber den Unternehmen in den anderen europäischen Ländern bzw. denen der USA.

Ging es vielleicht darum, diesen außerordentlich wichtigen Aspekt im Europavergleich unter den Teppich des Konferenztisches zu kehren und jegliche Debatte darüber zu vermeiden? Wenigstens so lange bis das Monopol der gesetzlichen Unfallzwangsversicherung in der BRD von der deutschen wie europäischen Rechtsprechung als sozialstaatliche Daseinvorsorge anerkannt und bestätigt sein würde?

Klar ist andererseits, dass weiten Teilen der deutschen Wirtschaft und der transnationalen Konzerne die deutsche GUV **noch immer nicht billig genug** ist. In solcher Zwickmühle zu stecken **und** zutreffend argumentieren zu können – das wäre in der Tat so etwas wie die Lösung der Quadratur des Kreises.

Kranig gibt allerdings selbst auch gewisse Hinweise.

Danach könnte es Ziel sein, die niedrige Entschädigungsquote über stärkere Modifizierungen der BKL und zeitliche Eingrenzungen beizubehalten - bei gleichzeitiger Aufblähung der entschädigungsfreien Versicherungsfälle, um **Frankreich wenigstens statistisch** näher zu rücken.

Hauptsache der Schein stimmt, das war ja immer schon der Deutschen und ihrer 'Eliten' höchste Devise.

Anmerkung:

1) Dieser Artikel ist die überarbeitete Fassung des 2003 in Crash. Arbeitsunfall- und Berufskrankheiten-Report Nr. 8/-2003, Umwelt-Medizin-Gesellschaft, Bremen, 4-2003 veröffentlichten Beitrags.

2) Die Eurochip-Studie ist bei Dr. A. Kranig, HVBG (jetzt in DGUV umbenannt) in St. Augustin oder der DGUV-Nebenzentrale in Berlin zu erhalten.

Anhang-Tabelle:

Anzahl Anerkennungsgesuche pro 100.000 Versicherte													
<i>Jahr</i>	<i>BRD</i>	<i>Aus- tria</i>	<i>Bel- gien</i>	<i>Däne- mark</i>	<i>Finn- land</i>	<i>Frank- reich</i>	<i>Grie- chen- land</i>	<i>Ita- lien</i>	<i>Luxem- burg</i>	<i>Por- tugal</i>	<i>Schwe- den</i>	<i>Schweiz</i>	<i>Spa- nien</i>
<i>1995</i>	<i>187</i>	<i>133</i>	<i>338</i>	<i>669</i>	<i>331</i>	<i>103</i>	<i>5,3</i>	<i>211</i>	<i>49</i>	<i>57</i>	<i>642</i>	<i>180</i>	
<i>1998</i>	<i>178</i>	<i>101</i>	<i>275</i>	<i>575</i>	<i>232</i>	<i>138</i>	<i>3,5</i>	<i>166</i>	<i>62,5</i>	<i>59</i>	<i>176</i>	<i>157</i>	
Anzahl neu anerkannter Berufskrankheiten pro 100.000 Versicherte													
<i>1995</i>	<i>52</i>	<i>52</i>	<i>204</i>	<i>131</i>	<i>110</i>	<i>76</i>	<i>4,7</i>	<i>39</i>	<i>14</i>	<i>42</i>	<i>258</i>	<i>138</i>	<i>65</i>
<i>1998</i>	<i>45</i>	<i>46</i>	<i>143</i>	<i>85</i>	<i>61</i>	<i>110</i>	<i>3,2</i>	<i>26</i>	<i>18,5</i>	<i>24</i>	<i>89</i>	<i>123</i>	<i>113</i>
Verhältnis anerkannter zu gemeldeten Berufskrankheiten (Angaben in %)													
<i>1995</i>	<i>27,9</i>	<i>39,3</i>	<i>60,9</i>	<i>19,6</i>	<i>33,1</i>	<i>73,8</i>	<i>90</i>	<i>18,5</i>	<i>28,7</i>	<i>73,1</i>	<i>41,3</i>	<i>77</i>	
<i>1998</i>	<i>25</i>	<i>46</i>	<i>52</i>	<i>14,7</i>	<i>26,5</i>	<i>79</i>	<i>89,7</i>	<i>15,6</i>	<i>29,6</i>	<i>40,9</i>	<i>51</i>	<i>78</i>	