

Europa im Vergleich

Angela Vogel

Der Zusammenschluss der europäischen Länder macht sich nach und nach auch auf sozialem Gebiet bemerkbar. Dabei rückt nun 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:

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.

der Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit,

die Bearbeitung des Antrags,

die Grundlagen der Anerkennung, die Einspruchsmöglichkeiten

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

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, Italien, Österreich,

Finnland und in der BRD⁴ 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 Berufsgenossenschaften 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 ermitteln, aber – wie z.B. in Dänemark auch –

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

⁵ Eurochip, a.a.O., S. 11

ein *anderes Amt*, nämlich die "Caisses primaires d'assurance" in den Departements die Entschädigungen leisten. In Dänemark und in Frankreich scheinen also die über die Haftung entscheidende Stelle und der zahlende VT institutionell voneinander getrennt und somit das Gewaltenteilungsprinzip gewahrt zu sein. In Deutschland entscheiden die haftenden Unternehmerzusammenschlüsse "Berufsgenossenschaften" über alles und damit – auf gesetzlich festgelegter Basis - auch darüber, ob und wie tief sie sich in die eigene Tasche greifen (wollen).

Über die spanischen *Mutuas* wird berichtet, dass es sich um "eine Art Versicherung auf Gegenseitigkeit" handelt, deren Ärzte es sind, die über die Anliegen der BK-Opfer 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 Arbeitgeberfond in Selbstverwaltung handelt, verrät uns die Eurochip-Studie nicht. Auch werden weder die jeweilige Finanzierung all dieser Unternehmenshaftpflichtversicherungen noch die Mitspracherechte thematisiert, die die versicherten Unternehmen bzw. die versicherten Beschäftigten haben.

Diese Selektion von Informationen über den strukturell-institutionellen Charakter der VT in den einzelnen europäischen Ländern überrascht.

Offenbar war allein schon die Frage, ob es sich um eine staatliche oder – wie in der BRD – um eine staatshoheitlich geadelte Privathaftpflichtvereinigung der

Arbeitgeber 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 darin verzeichneten Erkrankungen und/oder Einwirkungen sind allerdings verschieden. In Spanien z.B. kann trotz BKL "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 Muskuloskelettleiden (wie dem bandscheibenbedingten LWS-Schaden), werden in etlichen Ländern z.B. auch psychische Schäden infolge Arbeitsstress u.a. entschädigt – ein in der BRD noch ganz unvorstellbarer, aber wünschenswerter Kasus.⁷

Die BK-Ermittlungen

Auch dazu hält sich die Studie nahezu bedeckt. Es heißt nur: "In fast allen Ländern" werde geprüft, ob der Geschädigte einem Risiko ausgesetzt war und seit wann. Nur in Finnland beziehe sich "die Bearbeitung des Antra-

ges allein auf die Gefährdung". Ferner würde 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 Beweismaßstäbe, 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 Unternehmerhaftung in der GUV gestaltet haben. Die Informationen über die jeweils angewandten Kausalitätslehren hat der Studien-Arbeitskreis (AK) von Eurochip zwar eingeholt, aber nicht thematisiert - aus welchen Gründen auch immer. Aus einem Beitrag des Eurochip-AK-Mitglieds, A. Kranig, über diese Studie geht hervor, dass z.B. in Frankreich nach der *Vermutungsregel* gehaftet wird, die eine erhebliche Beweiserleichterung zu Gunsten der Geschädigten beinhaltet. Bei uns ist die Vermutungsregel in dem seit 1997 in Kraft getretenen § 9 Abs. 3 SGB VII verankert, der, so der Bundessozialrichter P. Becker kürzlich, noch nie "positiv" genutzt wurde⁸. Die Franzosen gehen sogar noch weiter. Erteilt die Verwaltung binnen sechs Monate keinen BK-Bescheid, ist die Erkrankung in jedem Fall ei-

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 in 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.

⁸ P. Becker, Tatbestandsvoraussetzungen und Kausalitätsprobleme ausgewählter Berufskrankheiten, Reader der Fachtagung des Fachinstituts für Sozialrecht, Bochum 2003, S. 23

ne BK-Erkrankung. In besagtem Beitrag erwähnt Kranig auch, dass in Schweden von 1977 bis 1993 "eine Art Beweislastumkehr" galt und die Beweishürden in Italien, Dänemark und Finnland lange Zeit so niedrig waren, das vergleichsweise "großzügig" gehaftet werden konnte - und in, wenn auch geringerem Maß immer noch wird.⁹

Die Eurochip-Studie selbst lässt mittels zweier Beispiele gewisse Rückschlüsse zu:

Beispiel 1: Carpaltunnelsyndrom/Epicondylitis

Der erste Fall betrifft eine muskuloskelettäre BK. Eine 35jährige Arbeiterin in einem Geflügelschlachthof leidet unter einem Carpaltunnelsyndrom und einer Epicondylitis (Tennisellbogen). Sie verdient 1.000 Euro mtl und 12.000 Euro im Jahr. Während einer 10 tägigen AU-Zeit wird sie operiert. Danach nimmt sie ihre Arbeit wieder auf, kann aber mit bestimmten Fingern 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 Carpaltunnelsyndrom wird nur in Deutschland, Österreich, Schweden und Dänemark **nicht** anerkannt. In Deutschland nicht, weil es nicht auf der BKL steht und 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 Carpaltunnelsyndrom in den meisten Ländern unter den muskuloskelettalen Beschwerdekomples fallen.

Die Epicondylitis erkennen außer Österreich und Dänemark alle europäischen Länder an. Deutschland aber nur theoretisch, denn: Die generelle Kausalität der Epicondylitis ist nach der BKL gegeben, die konkrete Kausalität im gezeigten Fall aber lange noch nicht bewiesen und wenn sie endlich erwiesen sein sollte, wird sie mit Sicherheit nicht entschädigt werden. Warum? Nun, Deutschland kennt als einziges Land in Europa den Unterschied zwischen Versicherungs- und Leistungsfall und die sog. **Erwerbsminderungsklausel** (MdE-K) – was die Eurochip-Studie zwar erwähnt, aber nicht erläutert, was das bedeutet.

Die MdE-K besagt, dass eine geschädigte Person in ihrer Erwerbsfähigkeit um mindestens 20% gemindert sein muss, um entschädigt werden zu können.

Das ist ein ganz gravierender Unterschied. Bis auf Griechenland entschädigen alle anderen europäischen gesetzlichen Unfallversicherungen – selbst die der ärmsten europäischen Länder – 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

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.¹⁰ 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 falsch, verfehlt den tatsächlichen Sachverhalt aber dennoch. Bekanntlich muss bei einem Lungenkrebs ohne Asbestose die berufliche Asbestbelastung mit ei-

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

¹⁰ Diese Formulierung ist rätselhaft, denn auch in der BRD müssen die Asbestose und/oder der Lungenkrebs diagnostisch feststehen.

ner Mindestanzahl von 25 Faserjahren nachgewiesen werden. Gelingt das nicht, hilft selbst eine in der veraschten Lunge ausgezählte hohe Anzahl von Asbestfasern selten – der Lungenkrebs wird meistens nicht anerkannt. Asbestosen werden wegen der MdEK im Übrigen selten entschädigt, was ein an Zynismus kaum zu überbietender Skandal ist. 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, wenn sie keine **apparativ** zu messenden schweren Lungenfunktionseinbußen aufweisen. Es ist selten, dass ein Mensch mit Asbestose seinen Arbeitsplatz halten bzw. überhaupt noch mehrere Stunden täglich arbeiten kann. Doch die schlimmen wirtschaftlichen Nachteile, die er dadurch erleidet, hat er – das Asbest-Opfer – zu tragen. Stirbt der an Asbestose Erkrankte infolge seiner Asbestose, muss er zuvor mindestens eine MdE von 50% gehabt haben, damit der Tod nach der Vermutungsregel für Asbestopfer (§ 63 Abs. 2 SGB VII) anerkannt wird.

Die deutsche GUV ist in diesen wie in anderen Fällen **real** fein raus – was die Eurochip-Studie kaum thematisiert.

Statistische Ergebnisse

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

Darin wird aufgelistet:

a) Wie viele ArbeitnehmerInnen aus den drei großen

Wirtschaftsbereichen Industrie, Handel und/oder Landwirtschaft waren von 1990 bis 1999 in den einzelnen europäischen Ländern versichert?

- b) Wie viele Anerkennungsanträge wurden absolut und pro 100.000 ArbeitnehmerInnen eingereicht?
- c) Wie viele Geschädigte wurden davon anerkannt?
- d) Wie ist das prozentuale Verhältnis zwischen anerkannten und gemeldeten BKen?
- e) Wie viele anerkannte BK-Fälle gab es pro 100.000 der versicherten Beschäftigten?

Hier zeigt sich, dass die Anerkennungsquote 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".¹¹

Armes Deutschland

In der Tat. Das Problem betrifft die faktische Situation in der BRD und die – auf diesem Hintergrund – für die BGen offenbar notwendig werdenden Schönungen der harten Fakten für die eu-

ropäische Öffentlichkeit und die Entscheidungsträger in der EU.

Fassen wir zusammen:

1. Kein anderes europäisches Land hat eine Eingangs-MdE von 20%.
2. Kein anderes europäisches Land kennt den Unterschied zwischen Versicherungs- und Leistungsfall.
3. Kein anderes europäisches Land verbindet in seiner BKL 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.
4. Kein anderes europäisches Land kennt deshalb auch so etwas wie § 3 BKV-Leistungen. Das sind Übergangsleistungen, die BK-Arbeitsopfer für längstens fünf Jahre dann erhalten, wenn sie eine im Sinne der Berufskrankheitenliste 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 5 und 8% liegt.

¹¹ Eurochip, a.a.O., S. 59

Dies berücksichtigt, dürfte die BRD 1998 mit 9 bis ca. 15 **tatsächlich** entschädigten BK-Verletzten pro 100.000 ArbeitnehmerInnen selbst hinter Luxemburg mit 18,5 entschädigten BK-Opfern zurückfallen und vor Griechenland landen. Mit 3,2 Entschädigten pro 100.000 ArbeitnehmerInnen bildet Griechenland das absolute Schlusslicht der europäischen Staaten. Selbst ein so armes Land wie Portugal mit 24 Entschädigten pro 100.000 gesteht seinen BK-Arbeitsopfern mehr zu als die deutsche Wirtschaft, der deutsche Staat und die deutsche Justiz.

Fairerweise muss natürlich gesagt werden, dass es in der BRD zusätzlich die sog. § 3 BKV-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.

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 "behutsam und mit Sachkenntnis" zu "interpretieren". Keinesfalls sollten sie "politisch instrumentalisiert werden" (Kranig, a.a.O., S. 237).

Sodann machte er folgende bedeutungsschwere Rechnung auf.

Da in Deutschland

- nur die Daten aus dem gewerblichen Bereich erfasst,
- sämtliche ArbeitnehmerInnen in der GUV versichert

sein, also auch Rehabilitanten, Teilzeitarbeiter und Selbstständige,

- verschiedentlich die Tätigkeitsaufgabe gefordert und § 3 BKV-Leistungen erbracht werden

sowie den BGen

- alle möglichen und unmöglichen Erkrankungen gemeldet würden,

ergäben sich in der Eurochip-Studie statistische Verzerrungen. Die BK-Anerkennungszahlen in der BRD, auf jeweils 100.000 Versicherte bezogen, lägen in Wahrheit bei etwa einem "Drittel", so Kranig.

in der großen Statistik

Der Beitrag von Kranig macht indes wieder einmal deutlich, auf welchem Kriegsfuß deutsche UVT-Vertreter mit Bedeutung und Wesen statistischer Berech-

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>Itali- en</i>	<i>Luxem- burg</i>	<i>Por- tugal</i>	<i>Schwe- den</i>	<i>Schweiz</i>	<i>Spani- en</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>	

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 einer Versichertengruppe von je 100.000 entscheidenden Einfluss darauf habe, ob 20 anerkannte Versichertenfälle auf 100.000 Versicherte oder 40 anerkannte Fälle pro 100.000 Versicherte die Realität nur statistisch verzerrt wiedergeben könne?

Warum vertritt er eine ja nun nachweislich falsche Überzeugung wie die, es mache statistisch einen gewaltigen Unterschied, ob in Frankreich 15 Mio. von einer Gesamtbevölkerung von 40 Mio versichert sind im Unterschied zu Deutschland, wo 42 Mio von 80 Mio. Gesamtbevölkerung in der GUV versichert sind – wenn sich doch alle Be-

rechnungen auf die immer gleiche Größe von 100.000 Versicherte beziehen?

Kam es ihm wirklich nur darauf an, die Aussagefähigkeit dieser im europäischen Vergleich superschlechten Unternehmenshaftungsbilanz der hiesigen GUV in Zweifel zu ziehen?

Vorstellbar wäre es, denn diese Bilanz zeigt u.a., dass sich deutsche Unternehmen durch Haftungsausschluss für von ihnen zu verantwortende Körperverletzungen ihrer Beschäftigten Wettbewerbsvorteile verschaffen – gegenüber den Unternehmen in den anderen europäischen Ländern (plus USA).

Ging es vielleicht darum, diesen außerordentlich wichtigen Aspekt im Europavergleich unter den Teppich des Konferenztisches zu kehren und jegliche Debatte darüber - vorerst - zu vermeiden?

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 zu argumentieren – das wäre in der Tat so etwas wie die Lösung der Quadratur des Kreises.

Kranig gibt allerdings 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 mit Frankreich **statistisch** gleichzuziehen, d.h. auf der bloßen Erscheinungsebene.

Die Studie ist bei Dr. A. Kranig, HVBG, Alte Heerstr. 111 in 53754 St. Augustin zu erhalten.

