

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Valerie Wilms,
Beate Müller-Gemmeke, Markus Kurth, Cornelia Behm und der
Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/14381 –**

Lage der Asbesterkranken in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Tod und Krankheit aufgrund von Asbestexposition haben weltweit ein pandemisches Ausmaß. Durch die langen Latenzzeiten bei den Erkrankungen von bis zu 50 Jahren ist gegenwärtig der Höhepunkt der asbestbedingten Erkrankungs- und Todesraten in Deutschland zu verzeichnen.

In Deutschland sterben jährlich offiziell etwa 1 500 Menschen aufgrund einer anerkannten asbestbedingten Berufskrankheit. Hier sind noch nicht die Todesfälle von Familienangehörigen eingeschlossen, wie z. B. von Frauen, die die Arbeitskleidung der Männer gewaschen, oder die der Kinder, die im Haus den Staub auf der Arbeitskleidung eingeatmet haben. Erfasst sind auch nicht jene Krebstoten, die Asbest aus der Umwelt aufgenommen haben. Die Verfahren der Berufsgenossenschaften führen dazu, dass nur 20 Prozent der angezeigten asbestbedingten Lungenkrebsfälle als Berufskrebserkrankung zur Anerkennung kommen. Es ist ableitbar, dass heute neun bis zehn Menschen am Tag in Deutschland sterben, weil sie asbestexponiert waren. Bis zum Jahr 2020 ist europaweit noch mit 500 000 Toten zu rechnen. Ab ca. 1900 war die todbringende Wirkung von Asbestexpositionen bekannt; in Deutschland ist seit 1936 Asbestose und seit 1943 asbestbedingter Lungenkrebs eine Berufskrankheit.

Wie auch in anderen Ländern war auch in Deutschland der Arbeitsschutz unzureichend. In den USA gab es bereits in den 60er-Jahren die ersten Schadensersatzprozesse. In Deutschland gab es seit dieser Zeit Hinweise der Berufsgenossenschaften zum Schutz vor Asbeststaub am Arbeitsplatz. Die Asbestindustrie organisierte auf internationaler Ebene mit großem finanziellen Aufwand unter Einbindung von Wissenschaftlern Verharmlosungskampagnen.

Neben Fragen der Verantwortung und Lehren für die Gegenwart stellt sich die Frage nach der gesellschaftlichen Verantwortung für die Opfer. Medien berichten über den vielfach aussichtslosen Kampf der erkrankten Menschen mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung über die Anerkennung ihrer Asbesterkrankung als Berufskrankheit.

1. Wie viele Antragstellungen auf Anerkennung einer asbestbedingten Berufskrankheit (BK) gab es bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung seit dem Asbestverbot in Deutschland 1992 pro Jahr (bitte aufgeschlüsselt nach BK 4103, 4104, 4105, 4114)?
 - a) Wie viele wurden davon anerkannt, und wie viele wurden mit welcher Summe insgesamt entschädigt?

Die Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) – sog. Berufskrankheitenliste – führt folgende asbestverursachte Berufskrankheiten auf:

- Asbestose (BK-Nr. 4103)
„Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura“;
- Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs (BK-Nr. 4104)
„Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs in Verbindung mit Asbestose, durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura oder nach 25 Faserjahren“;
- Mesotheliom (BK-Nr. 4105)
„Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards“;
- Lungenkrebs – Synkanzerogenese Asbest und PAK (BK-Nr. 4114)
„Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % entspricht“.

Die Daten über die Berufskrankheiten-Anzeigen, über die anerkannten und abgelehnten Fälle sowie die Höhe der Entschädigungsleistungen sind – aufgeschlüsselt nach Jahren und Berufskrankheiten – in der Anlage dargestellt. Die Angaben beruhen auf der Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), dem Spitzenverband der gewerblichen und öffentlichen Unfallversicherungsträger. Auf eine Einbeziehung der gesonderten Daten aus der landwirtschaftlichen Unfallversicherung wurde verzichtet. Die jährliche Zahl der asbestverursachten Berufskrankheiten liegt dort im einstelligen Bereich.

- b) Worin lagen die Hauptablehnungsgründe (bitte aufgeschlüsselt nach BK-Nummern)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Angaben vor. Die Berufskrankheiten-Dokumentation der DGUV enthält keine speziellen Erfassungsdaten, die differenzierte Rückschlüsse auf Ablehnungsgründe zulassen. Dies ist keine Sonder-situation bei Asbesterkrankungen, sondern betrifft alle Berufskrankheiten.

2. Wie erklärt sich die Bundesregierung die mögliche Diskrepanz zwischen Antragstellungen und Bewilligungen in Berufskrankheitenverfahren, obwohl bereits 1977 eine durch die Europäische Kommission beauftragte Expertengruppe zu dem Schluss kam, dass es keinen abstrakten Nachweis für eine Expositionsschwelle gäbe, unterhalb welcher es nicht zum Entstehen von Krebs kommt (Entschließung des Europäischen Parlaments vom 14. März 2013 zu asbestbedingten Gefährdungen der Gesundheit am Arbeitsplatz und Aussichten auf Beseitigung von sämtlichem noch vorhandenem Asbest – 2012/2065 (INI))?

Krebserkrankungen können nach der BKV unter der BK-Nummer 4104 (Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs), der BK-Nummer 4105 (Mesotheliom) sowie

seit dem Jahr 2009 unter der BK-Nummer 4114 (Synkanzerogenese Asbest und polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe) anerkannt werden.

Einen Grenzwert bzw. eine Schwellendosis für eine asbestbedingte Krebserkrankung gibt es nicht. Ein solcher Wert ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung als Berufskrankheit. Soweit die BK-Nummer 4104 eine kumulative Asbestfaserstaubdosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×10^6 [(Fasern/m³) \times Jahre]) als Tatbestandsmerkmal enthält, handelt es sich nicht um einen medizinischen Grenzwert, sondern um eine Beweiserleichterung zugunsten der Versicherten, die bereits 1992 eingeführt wurde. Mit dem Kriterium „25 Faserjahre“, d. h. mit dem Vorliegen einer bestimmten Expositionshöhe, wird ohne weitere Feststellungen die Kausalität der Asbesteinwirkung für das Entstehen des Lungen- oder Kehlkopfkrebses gesetzlich vermutet. Kann eine entsprechende Exposition nicht festgestellt werden, ist die Anerkennung als Berufskrankheit aber nicht ausgeschlossen, sondern über die alternativen Brückenbefunde des Vorliegens einer Asbestose oder asbeststaubverursachter pleuraler Läsionen festzustellen.

Dass nicht alle angezeigten Verdachtsfälle anerkannt werden, hat seine Ursache deshalb nicht in einem Schwellenwert, sondern in den allgemeinen unfallversicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die sich in den einzelnen Fällen sehr heterogen darstellen. So kann es beispielsweise an der Versicherteneigenschaft fehlen (z. B. nicht versicherter Unternehmer, Familienangehöriger), es kann keine schädigende Einwirkung am Arbeitsplatz festgestellt werden, das Krankheitsbild kann nach eingehender diagnostischer Untersuchung nicht bestätigt werden oder bei der Lungenkrebserkrankung handelt es sich nicht um den Primärtumor, sondern um die Folge einer anderen Krebserkrankung.

Die genannten Gründe führen dazu, dass es regelmäßig zu einer Differenz zwischen angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten kommt. Solche Differenzen stellen keine Besonderheit bei asbestverursachten Berufskrankheiten dar, sondern finden sich in unterschiedlicher Ausprägung bei allen Berufskrankheiten.

3. Wie erklärt die Bundesregierung die Praxis der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (neue berufsgenossenschaftliche Empfehlung „Falkensteiner Empfehlung“), Asbestkörperzählungen zur Grundlage für Entscheidungen im Berufskrankheitenverfahren zu machen, obwohl in der Bundesrepublik Deutschland zu 94 Prozent Weißasbest (Chrysotil) verarbeitet wurde (X. Baur et al. „Gibt es Unterschiede in den gesundheitsschädlichen Wirkungen von Chrysotil- und Amphibol-Asbest“ in der Zeitschrift für Pneumologie und Beatmungsmedizin, August 2012) und es laut der Richtlinie 1999/77/EG keinen Schwellenwert gibt, unter dem Chrysotilasbest nicht mit einem Krebsrisiko verbunden wäre?

Die Zählung von Asbestkörpern ist bei der Prüfung des Vorliegens einer asbestbedingten Berufskrankheit kein Tatbestandsmerkmal im Sinne eines Grenzwertes oder Schwellenwertes.

Basis für die Bearbeitung der Berufskrankheiten-Anerkennungsverfahren bei potentiellen Asbesterkkrankungen, insbesondere für die medizinischen und rechtlichen Grundlagen der Begutachtung, ist die sog. Falkensteiner Empfehlung (FE) aus dem Jahr 2011. Die Empfehlung wurde auf Initiative der DGUV von einem interdisziplinär besetzten Arbeitskreis unter Beteiligung von sieben medizinischen Fachgesellschaften (u. a. der Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin, der Gesellschaft für Pathologie und der Röntgengesellschaft) neu erarbeitet. Grundlage war die Arbeit an der parallel von den Fachgesellschaften entwickelten wissenschaftlichen Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“.

Nach der FE wird der Schweregrad einer Asbestose entsprechend den international anerkannten Vorgaben des Pneumokoniose-Komitees des Kollegs Nordamerikanischer Pathologen in vier Kategorien eingeteilt (Grade I bis IV). Die Diagnose der Erkrankungsgrade II bis IV kann im Regelfall radiologisch, d. h. allein mittels bildgebender Verfahren, erfolgen. Wegen der relativ hohen Fehlerquote konventioneller Röntgen-Thoraxaufnahmen empfiehlt die FE bei der Erstdiagnose eine hochauflösende Niedrigdosis-Computertomographie (HRCT). Die Lungenstaubanalyse kommt daher zur Sicherung einer Asbestose Grad II bis IV in der Regel nicht in Betracht.

Dieses Vorgehen erfolgt auch zur Feststellung von Tumorerkrankungen (BK-Nummer 4104 – Lungen- oder Kehlkopfkrebs), d. h. zum Nachweis einer Asbestose als Brückenbefund, wenn die Tatbestandsalternative einer Asbesteinwirkung am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren nicht gegeben ist.

Hiervon zu unterscheiden ist die Diagnose einer Asbestose des Schweregrades I (Minimalasbestose). Ein rein radiologischer Nachweis ist hier nicht möglich, da die nur minimalen asbestbedingten Lungenveränderungen selbst mittels des modernen, hochauflösenden HRCT nicht zu erfassen sind. Die Diagnose der Minimalasbestose erfordert daher den Nachweis bestimmter histomorphologischer Befunde (Fibrosierungsgrad und Fibrosierungsmuster) in repräsentativen Lungengewebsproben (soweit vorhanden, siehe dazu auch die Antwort zu Frage 7), zusätzliche lungenstaubanalytische Untersuchungen und die differentialdiagnostische Abgrenzung von einer idiopathischen Lungenfibrose (= Fibrose ohne bestimmte Erkrankungsursache). Nach den medizinisch-wissenschaftlich anerkannten Maßgaben der Deutschen Gesellschaft für Pathologie „beinhaltet die Minimalasbestose den lichtmikroskopischen Nachweis minimaler Fibrosierungsherde im Bereich der Bronchioli respiratorii und der begleitenden Gefäße mit Einstrahlung maximal in die angrenzenden Alveolarsepten sowie in diesen Arealen eingelagerten Asbestkörpern. Dabei reicht der zufällige (einmalige) Nachweis von Asbestkörpern zur Diagnosestellung einer Minimalasbestose nicht aus. Ein staubanalytischer Grenzwert für die Minimalasbestose ist nicht definiert“.

Die Zählung von Asbestkörpern ist daher kein Tatbestandsmerkmal für die Anerkennung einer Berufskrankheit, sondern eine von mehreren Bestandteilen in der Diagnostik der sogenannten Minimalasbestose. Ein positiver Befund der Asbestkörperzählung kann z. B. bei der Abgrenzung einer Asbestose von einer idiopathischen Lungenfibrose belegen, dass die Asbestexposition eine wesentliche Teilursache der Erkrankung und diese damit eine Berufskrankheit ist. Umgekehrt schließt ein negativer Befund nach der FE nicht aus, dass der Erkrankte einer erhöhten Asbestbelastung ausgesetzt war.

Diese Diagnostik wird auch relevant, wenn bei einer Tumorerkrankung nach der BK-Nummer 4104 (Lungen- oder Kehlkopfkrebs) weder pleurale Brückenbefunde noch der radiologische Nachweis einer Asbestose der Grade II bis IV noch eine Asbesteinwirkung am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren festgestellt werden können. Gelingt in diesem Fall der histologische und staubanalytische Nachweis einer Minimalasbestose, kann die Krebserkrankung trotzdem als Berufskrankheit anerkannt werden.

4. Inwiefern beabsichtigt die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass diejenigen Asbesterkranken von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung entschädigt werden, deren Anträge aufgrund einer vermeintlich zu geringen Asbestfaserzahl in der Lunge (so genannte 1 000-Asbestkörperchen-Hypothese) bei Lungenkrebs und tödlicher Lungenasbestose unter

Missachtung des so genannten Fahrerflucht-Phänomens des Weißasbests abgelehnt wurden?

Wie bereits in der Antwort zu Frage 3 ausgeführt, gibt es für die Anerkennung asbestverursachter Berufskrankheiten keinen Grenz- oder Schwellenwert einer bestimmten Asbestfaserzahl in der Lunge. Die FE stellt hierzu klar, dass es zur Feststellung einer Minimalasbestose ausreichend ist, wenn eine Fibrose besteht und Asbestkörper oder -fasern auch in nur sehr geringer Konzentration nachgewiesen werden können (z. B. mittels Elektronenmikroskopie). Im Hinblick auf das sogenannte Fahrerflucht-Phänomen des Weißasbests wird ausdrücklich Folgendes ausgeführt:

„Weißasbest (Chrysotil) besitzt eine deutlich geringere Biobeständigkeit als Blauasbest. Dies begründet sich in der Eigenschaft von Chrysotilasbest, in kleine Elementarfibrillen zu zerfallen. So lassen sich bei einer beruflichen Asbestexposition und nach einer Interimszeit in der Regel in der Lunge keine erhöhten Chrysotilkonzentrationen nachweisen. In Einzelfällen konnten aber auch noch nach einer Interimszeit von 60 Jahren Chrysotil- und Amphibolasbestfasern in erhöhter Anzahlkonzentration nachgewiesen werden. Trans-elektronenmikroskopische Untersuchungen von 134 analysierten „Ferruginous Bodies“, die aus Lungenproben von 10 verstorbenen Patienten mit überwiegender Chrysotilbelastung am Arbeitsplatz stammten, ergaben, dass nur etwa 2,2 % davon Chrysotil, knapp 89,5 % Amphibol und gut 8,2 % sonstigen Mineralfasern zuzuordnen waren. Ferner muss bei der Bewertung von Untersuchungsergebnissen der Lungenstaubanalytik berücksichtigt werden, dass es sich bei über 90 % des in Deutschland verwendeten Asbestes um Weißasbest und bei weniger als 5 % um Amosite oder Krokydolitasbest gehandelt hat. Wichtig für die Bewertung der Ergebnisse sowohl der lichtmikroskopischen als auch der elektronenmikroskopischen Faseranalysen ist, dass in der Regel keine erhöhten Chrysotilfaserkonzentrationen im Lungengewebe nachgewiesen werden können und damit die Aussage beider Methoden hinsichtlich einer stattgehabten Chrysotilexposition eindeutig limitiert sind (geringe Biobeständigkeit des Weißasbestes/Fahrerfluchtphänomen).“

Ergänzend ist zu beachten, dass Chrysotil nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand in der Regel nicht in reiner Form auftritt bzw. verwendet wurde, sondern mit Amphibolasbest verunreinigt war bzw. ist. Amphibolasbest weist im Unterschied zu Chrysotil eine sehr hohe Biobeständigkeit auf und unterliegt damit bei der Staubanalytik regelmäßig keinen Schwierigkeiten.

Die FE trägt damit den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Chrysotil-Problematik bei der Diagnostik asbestverursachter Berufskrankheiten Rechnung. Soweit es in der Vergangenheit bei einzelnen Unfallversicherungsträgern möglicherweise zu Ablehnungen unter Bezugnahme auf die „1000-Asbestkörperchen-Hypothese“ gekommen sein sollte, können die Betroffenen jederzeit eine Überprüfung der Entscheidung nach den §§ 44 ff. des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) beantragen.

5. Wie beurteilt die Bundesregierung die dem berufsgenossenschaftlichen Mesotheliomregister nach Auffassung der Fragesteller monopolartig zugeordnete Rolle bei der Anerkennung von asbestbedingten Berufskrankheiten, obwohl andere Einrichtungen entsprechende Untersuchungen ebenso durchführen können?

Dem früheren Deutschen Mesotheliomregister (seit 1. Juli 2013: Georgius-Agricola-Stiftung-Ruhr, Institut für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum am Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikum Bergmannsheil) kommt keine Monopolstellung bei der Diagnostik asbestbedingter Berufskrankheiten

zu. Es trifft zu, dass auch andere Einrichtungen entsprechende Untersuchungen durchführen können.

So wird entsprechende Analytik auch von Instituten in Gießen, München und Heidelberg durchgeführt. Die FE weist darauf ausdrücklich hin und benennt außerdem weitere Institute in Belgien, Frankreich, Finnland und Großbritannien. Die Auftraggeber haben die freie Wahl, welches Institut sie beauftragen.

Dass in der Praxis häufig Expertisen des Deutschen Mesotheliomregisters eingeholt wurden, liegt nicht zuletzt in seiner langjährigen Erfahrung und wissenschaftlichen interdisziplinären Forschungsarbeit, u. a. in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Heidelberg, begründet.

6. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) die kanzerogenen Eigenschaften von Chrysotil auf der Grundlage von tierexperimentell gewonnenen Erkenntnissen in Frage stellt, obwohl epidemiologische Studien das Gegenteil zeigen (vgl. X. Baur et al.)?

Die DGUV und die ihr angehörenden gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand stellen die kanzerogenen Eigenschaften von Chrysotil nicht in Frage. Die DGUV unterstützt die EU-Verordnung Nr. 1907/2006 (sog. REACH-Verordnung), nach der das Inverkehrbringen von Chrysotil und seinen Erzeugnissen verboten ist. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

7. Wie beurteilt die Bundesregierung die Entnahme von Gewebeproben zur Ermittlung einer Berufskrankheit, ohne dass eine Einwilligung nach erfolgter Aufklärung (sog. informed consent) stattgefunden hat, unter ethischen und datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten?

Die Entnahme einer Gewebeprobe ist ein operativer Eingriff, der ohne die entsprechende Einwilligung des Versicherten sowie ohne klinische Indikation nicht durchgeführt werden darf. Die FE führt hierzu dementsprechend ausdrücklich aus, dass die Entnahme von Lungengewebe, z. B. zur Feststellung einer Asbestose Grad I (Minimalasbestose), vom Versicherten nicht gefordert werden darf.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung das Problem von Antragstellenden im Berufskrankheitenverfahren, die für die erforderliche Arbeitsanamnese die Asbestexposition in einem sog. Vollbeweis nachweisen müssen, selbst wenn Arbeitgeber nicht mehr existieren und betriebliche Unterlagen sowie Zeugen fehlen?

In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt der sogenannte Amtsermittlungsgrundsatz (§ 20 SGB X). Dieser verpflichtet die Unfallversicherungsträger, den Sachverhalt umfassend und objektiv aufzuklären, d. h. alle für und gegen einen Ursachenzusammenhang sprechenden Umstände zu ermitteln. Hierzu gehört auch die Ermittlung der Arbeitsanamnese. Die Versicherten selbst haben keine Darlegungs- oder Beweisführungspflichten. Sie sollen im Anerkennungsverfahren zwar im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitwirken, müssen aber selbst keine Ermittlungen anstellen oder Beweise beibringen.

Da die Feststellung der typischerweise Jahrzehnte zurückliegenden Asbestexposition nicht selten Probleme bereitet, haben die Unfallversicherungsträger bereits vor längerer Zeit Methoden zu deren Überwindung entwickelt. Zur Erleichterung und Vereinheitlichung bei der Ermittlung der oftmals Jahrzehnte

zurückliegenden Asbestexposition sind Arbeitsplatzkataster errichtet worden. Diese lassen Rückschlüsse auf Art und Ausmaß der mit bestimmten Tätigkeiten verbundenen Asbestexposition zu, auch wenn vom Arbeitsplatz des Betroffenen keine konkreten Messdaten mehr vorliegen.

Basis ist der sogenannte Faserjahresreport der DGUV (neueste Ausgabe 1/2013), der zur Grundproblematik folgende Aussagen enthält:

„Ist die Datenlage zur sog. Arbeitsvorgeschichte unvollständig und/oder nicht ausreichend, muss die Meinungsbildung so weit vorangetrieben werden, bis kein vernünftiger Zweifel hinsichtlich der Frage einer Exposition mehr besteht. ... Danach sind unter Umständen auch Beweiserleichterungen und verminderte Anforderungen an einen Beweis zulässig.“

Es ist daher nicht sachgerecht, da zumeist unmöglich, z. B. lückenlose Betriebsunterlagen zum Beweis einer Gefährdung zu verlangen, vielmehr müssen auch plausible Angaben des Versicherten als Basis für die Ermittlung der Gefährdung herangezogen werden. An die Gewinnung der Überzeugung, ob im Einzelfall eine Gefährdung vorgelegen hatte, dürfen keine überspitzten Anforderungen, wie z. B. der Nachweis über konkrete Messergebnisse, gestellt werden. Das Erfahrungswissen der Technischen Ermittler ist ein wesentlicher Faktor bei der Überzeugungsbildung, wenn durch die Unmöglichkeit einer Inaugenscheinnahme des Arbeitsplatzes ‚harte‘ Beweise fehlen.“

Der Report enthält ein umfassendes Expositions-kataster, in dem alle verfügbaren Expositionsdaten der Berufsgenossenschaften (rund 25 000 Daten) aus unterschiedlichen Branchen sowie die in der internationalen Literatur verfügbaren Daten ausgewertet und zusammengestellt wurden. Er beinhaltet Beschreibungen typischer asbestexponierter Tätigkeiten in verschiedenen Berufsfeldern sowie eine umfassende tabellarische Aufstellung der verfügbaren Expositionsdaten, so dass auf der Grundlage der Konventionen des Reports die Asbestexposition der Versicherten retrospektiv abgeschätzt werden kann, auch wenn keine individuellen arbeitsplatzbezogenen Daten mehr vorliegen.

9. Wie bewertet die Bundesregierung eine Beweislastumkehr bzw. Beweiserleichterung (Entschließung des Europäischen Parlaments vom 14. März 2013, 2012/2065 (INI)) in Fällen, in denen die unternehmerische Umsetzung der berufsgenossenschaftlichen und staatlichen Arbeitsschutzvorschriften nicht erfolgte bzw. nicht nachgewiesen werden kann (Beweisnotstand)?

Das Europäische Parlament hat in seiner Entschließung vom 14. März 2013 lediglich in allgemeiner Form gefordert, die Beweislast nicht den Asbestopfern aufzuerlegen, sondern weiter gehende Rechte zur Geltendmachung von Entschädigungsleistungen zu begründen, wie es in der Empfehlung der 2003/670/EG der Europäischen Kommission vorgeschlagen wird. In dieser Empfehlung aus dem Jahr 2003 wurde allerdings weder eine Beweislastumkehr noch eine Beweiserleichterung gefordert oder vorgeschlagen.

Gleichwohl sind vor dem Hintergrund der Feststellungsschwierigkeiten früherer Asbestexpositionen Beweiserleichterungen angezeigt. Diese werden in verschiedener Form und in verschiedenen Stadien des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens bereits praktiziert:

- Wie in der Antwort zu Frage 8 dargestellt, haben die Unfallversicherungsträger gezielt Gefährdungs- und Arbeitsplatzkataster errichtet. Diese lassen Rückschlüsse auf Art und Ausmaß der früheren Exposition zu, auch wenn durch Zeitablauf am Arbeitsplatz selbst keine Ermittlungen mehr möglich sind.

- Durch Regelungen über Dosis-Wirkungs-Beziehungen wie bei der BK-Nummer 4104 (25 Faserjahre) hat die Bundesregierung in der BKV für bestimmte Berufskrankheiten typisierende Aussagen zur Verursachung getroffen, die eine Überprüfung im Einzelfall weitgehend entbehrlich machen.
- Der Kausalzusammenhang zwischen der schädigenden Asbesteinwirkung und der Erkrankung muss nach den unfallversicherungsrechtlichen Kausalanforderungen nicht im Wege des Vollbeweises, d. h. „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“, festgestellt werden, sondern lediglich hinreichend wahrscheinlich sein.
- Schließlich hat das Bundessozialgericht bereits 1997 in einer Grundsatzentscheidung zur BK-Nummer 4104 darauf hingewiesen, dass bei einem Beweisnotstand schon einzelne Beweiszeichen, im Extremfall ein Indiz, für die Tatsachen- und Ursachenfeststellung ausreichen (Urteil vom 27. Mai 1997 – 2 RU 38/96).

Diese Beweiserleichterungen sind nach Auffassung der Bundesregierung ausreichend, um die im Einzelfall bestehenden Feststellungsschwierigkeiten zu überwinden.

10. Wie könnte nach Auffassung der Bundesregierung eine Beweiserleichterung im Berufskrankheitenverfahren für Asbesterkrankungen umgesetzt werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 9 verwiesen.

11. Wie unterstützt die Bundesregierung die Arbeit von Selbsthilfegruppen für Asbestopfer vor dem Hintergrund, dass die Europäische Union die Unterstützung von Asbestopfer-Verbänden fordert (Entschließung des Europäischen Parlaments vom 14. März 2013, 2012/2065 (INI))?

Die Forderung des Europäischen Parlaments in der Entschließung vom 14. März 2013 richtet sich nicht an die einzelnen Mitgliedsstaaten, sondern an die Europäische Kommission und verlangt die Unterstützung von Konferenzen und eines EU-Netzwerks für Asbestopfer. Damit soll der Dialog zwischen Asbesterkranken bzw. Opfergruppen auf europäischer Ebene koordiniert und gestärkt werden.

Unabhängig hiervon hat die Bundesregierung auf nationaler Ebene auch bisher schon Gespräche mit Vertretern von Asbestopfern geführt und einen konstruktiven Meinungsaustausch gesucht.

Auch die gesetzliche Unfallversicherung bindet die Asbestopfer-Verbände in ihre relevanten Vorhaben mit Asbestbezug ein. So war der Bundesverband der Asbestose-Selbsthilfegruppen e. V. an der Erarbeitung der sog. Falkensteiner Empfehlung, der wegweisenden Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten, beteiligt. Dem Verband wurde auf der öffentlichen Präsentation der neuen Begutachtungsempfehlung im Jahr 2010 Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Im Frühjahr 2011 fand ein Treffen der DGUV mit Vertretern der Asbestose-Selbsthilfegruppen statt, in dem Fragen zum Anerkennungsverfahren und zur Leistungserbringung durch die Unfallversicherungsträger eingehend erörtert wurden. Die DGUV hat ausdrücklich ihre Bereitschaft zum weiteren Dialog erklärt.

Darüber hinaus wird derzeit von der DGUV geprüft, ob die bereits von einigen Unfallversicherungsträgern erfolgreich durchgeführten „Asbestose-Sprechstunden“ deutschlandweit eingeführt werden sollen. Die Sprechstunden sollen zudem durch den Einsatz von sog. Peers (Betroffene) ergänzt werden. Kommt es

zu flächendeckenden Asbestose-Sprechstunden, werden die Selbsthilfegruppen im Bereich „Peers“ als wichtige Partner gesehen.

12. Wie unterstützt die Bundesregierung Asbestopfer bei der Wahrnehmung ihrer Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit?

Asbestopfer, deren Erkrankung berufsbedingt ist, stehen medizinisch unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Erkrankte haben Anspruch auf Heilbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen. Diese umfassen die ärztliche Behandlung einschließlich der Behandlung im Krankenhaus, die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln sowie alle geeigneten Leistungen zur medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Die Bundesregierung prüft außerdem laufend, ob für asbestassoziierte Erkrankungen, die bisher nicht in der BKV aufgeführt sind, gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse über den generellen Ursachenzusammenhang mit Asbest vorliegen, und damit der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert werden kann.

Darüber hinaus erfolgt auch für ehemalige Asbestexponierte, die nicht erkrankt sind, eine umfassende arbeitsmedizinische Betreuung. Auf Basis der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge werden ihnen über eine Gemeinschaftseinrichtung der gesetzlichen Unfallversicherung in regelmäßigen Zeitabständen nachgehende Untersuchungen angeboten und von spezialisierten Ärzten wohnortnah durchgeführt. Die Teilnahme an diesen Untersuchungen ist freiwillig und für die Betroffenen kostenlos. Insgesamt waren am 31. Dezember 2012 rund 565 000 asbestexponierte Personen erfasst. Neben der frühzeitigen Erkennung möglicher Gesundheitsschäden sind die dort erhobenen Daten auch von großem Wert bei der Durchführung eines späteren Berufskrankheitenverfahrens.

Liegt eine Berufskrankheit nicht vor, kommen im Erkrankungsfall Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Betracht. GKV-Versicherte haben einen Anspruch auf medizinische Krankenbehandlung. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Daneben kann die gesetzliche Rentenversicherung ebenfalls Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen, soweit die persönlichen, gesundheitlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen vorliegen.

13. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über umweltbedingte Asbesterkrankungen vor?

Die Umweltexposition mit Asbestfasern beträgt bis zu 100 bis 150 Fasern/m³. Diese stellt ein zu vernachlässigendes gesundheitliches Risiko dar.

14. Welche Hilfen erhalten Familienangehörige, die zum Beispiel durch die Arbeitskleidung der Partner erkrankt sind (umweltbedingter intradomiziliärer familiärer Asbestexpositionen)?

Familienangehörige von ehemals asbestexponierten Arbeitnehmern gehören nicht zum versicherten Personenkreis der gesetzlichen Unfallversicherung. Für diese Personen kommen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht. Auf die Antwort zu Frage 12 wird verwiesen.

Anlage

BK-Nr. 4103				
Jahr	Anzeigen	Anerkennungen gesamt	Neue Renten	Summe der Entschädigungen in €*
1994	3716	1606	405	14.945.093
1995	3693	2206	413	16.217.035
1996	3993	2107	478	18.208.307
1997	4042	2153	489	19.324.862
1998	4008	2224	463	21.406.890
1999	3836	2167	425	22.419.680
2000	3730	1822	395	23.974.357
2001	3777	2002	409	24.814.463
2002	3467	1991	437	26.589.562
2003	3709	2035	402	27.003.650
2004	3603	2122	419	28.684.102
2005	3594	2183	429	28.260.850
2006	3720	2025	394	29.410.989
2007	3679	2050	406	29.553.937
2008	3847	1888	407	30.542.380
2009	3971	1986	441	32.911.604
2010	3732	1750	422	33.679.556

* In der Rubrik „Entschädigungssumme“ sind nur die erbrachten Leistungen für Renten/Abfindungen enthalten.

BK-Nr. 4104				
Jahr	Anzeigen	Anerkennungen gesamt	Neue Renten	Summe der Entschädigungen in €*
1994	1331	597	581	12.701.443
1995	1546	704	701	15.515.805
1996	1749	749	745	19.015.801
1997	1964	699	682	22.014.525
1998	2492	750	725	24.701.445
1999	2523	807	778	27.170.793
2000	2783	738	694	27.414.938
2001	2660	795	767	32.477.537
2002	2667	781	750	35.312.994
2003	2710	801	751	35.124.080
2004	2631	850	801	38.659.900
2005	2908	791	739	38.125.842
2006	3237	828	765	40.073.365
2007	3524	828	749	42.223.628
2008	3587	764	707	41.914.382
2009	3909	708	640	42.787.972
2010	3709	719	676	44.361.203

* In der Rubrik „Entschädigungssumme“ sind nur die erbrachten Leistungen für Renten/Abfindungen enthalten.

BK-Nr. 4105				
Jahr	Anzeigen	Anerkennungen gesamt	Neue Renten	Summe der Entschädigungen in €*
1994	657	486	480	7.399.102
1995	714	501	499	8.991.325
1996	765	526	531	10.018.795
1997	785	563	529	11.446.009
1998	896	599	572	11.951.983
1999	942	637	614	13.113.246
2000	988	699	668	14.103.870
2001	1047	710	698	17.898.799
2002	1086	760	714	18.967.444
2003	1098	823	770	21.265.487
2004	1231	921	857	22.788.483
2005	1149	904	851	23.809.563
2006	1255	946	906	24.497.695
2007	1365	948	877	26.921.554
2008	1415	987	905	27.550.610
2009	1474	1030	921	30.797.790
2010	1479	931	876	32.004.104

* In der Rubrik „Entschädigungssumme“ sind nur die erbrachten Leistungen für Renten/Abfindungen enthalten.

BK-Nr. 4114[*]				
Jahr	Anzeigen	Anerkennungen gesamt	Neue Renten	Summe der Entschädigungen in €^{**}
2009	42	2	1	62.831
2010	89	15	14	430.289

* Die BK-Nr. 4114 wurde zum 1. Juli 2009 in die BKV eingefügt.

** In der Rubrik „Entschädigungssumme“ sind nur die erbrachten Leistungen für Renten/Abfindungen enthalten.

