

Restriktives Recht, restriktive Praxis:

Das Elend mit den Berufskrankheiten

Kritik an der bestehenden Situation und Ansätze für einen Wandel

Von Wolfgang Hien

In den letzten Jahren wurden zwar mehr als 70.000 Erkrankungen als Berufskrankheiten (BKen) angezeigt, aber nur gut ein Fünftel davon wurden als BKen anerkannt. Außerdem gibt es eine hohe Dunkelziffer von Erkrankungen, die zwar berufsbedingt sind, aber von den Betroffenen nicht als BKen eingestuft und gemeldet werden. Vor allem das restriktive Berufskrankheiten-Recht und die oft restriktive Praxis der Berufsgenossenschaften (BGen) sind ausschlaggebend dafür, dass die Zahl der Berufskrankheiten gedrückt wird und damit keine Chance auf eine Entschädigung in Form einer Rente besteht. Das wird im Folgenden an Beispielen gezeigt: etwa an der Asbest-Tragödie, der Problematik der »Schweißlunge«, Hautekzemen durch Epoxidharze sowie arbeits- und berufsbedingten Krebs- und psychischen Erkrankungen. Das Problem: Die Betroffenen sind nach dem deutschen Sozialrecht beweispflichtig. Ihre Arbeitsvorgeschichte, die von den BGen »von Amts wegen« erhoben werden soll, bleibt oftmals lückenhaft.

1. Wann Berufskrankheiten anerkannt werden

1884 wurde unter Reichskanzler Otto von Bismarck das Unfallversicherungsgesetz erlassen, das den am Arbeitsplatz verunfallten Arbeitern und Arbeiterinnen wenigstens eine gewisse Entschädigung zubilligte.¹ Diese Unfallrenten – damals noch in bescheidener Höhe – wurden von den neu gegründeten Berufsgenossenschaften² gezahlt, d. h. die Arbeitgeber wurden zugleich im Zuge der Haftungsablösung durch die BGen entlastet.

Es dauerte Jahrzehnte, bis auf massiven Druck der Gewerkschaften und der Sozialdemokratie hin erreicht wurde, dass einige schwere Erkrankungen, die sich Arbeiter und Arbeiterinnen ursächlich durch ihre Tätigkeit zugezogen hatten, den Unfällen gleichgestellt wurden und somit dem Prinzip nach entschädigt werden konnten.³ Die erste Berufskrankheiten-Verordnung im Jahr 1925 listete 13 Erkrankungen auf, die vorwiegend durch die Einwirkung gefährlicher Arbeitsstoffe entstanden – so z. B. Erkrankungen durch Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen und Benzol sowie Hautkrebs durch Ruß, Paraffin und Teer, Grauer Star bei Glasmachern, Erkrankungen durch Röntgenstrahlung sowie die Wurmkrankheit und die Schneeberger Lungenkrankheit⁴ bei Bergleuten. 1929 kamen weitere Erkrankungen hinzu: so die schwere Staublungenerkrankung (Silikose) der Bergleute, die Lärmschwerhörigkeit und Infektionskrankheiten in Heilberufen.

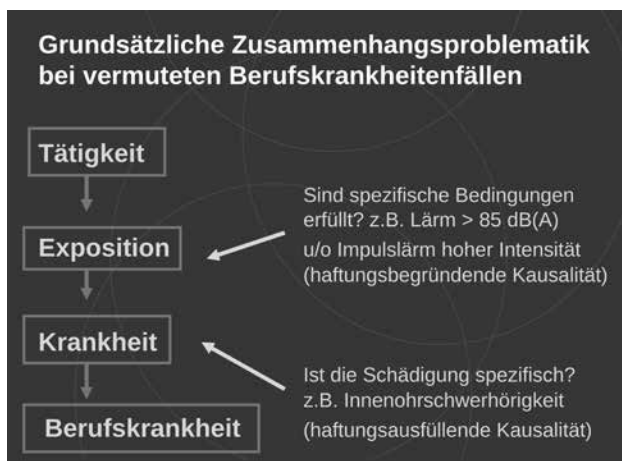
Die derzeit gültige Berufskrankheiten-Liste (BK-Liste) umfasst 73 Positionen.⁵ Gegliedert ist die BK-Liste in folgende Kapitel:

- (1) durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten, z. B. durch Metalle, Erstickungsgase, Löse- oder Schädlingsbekämpfungsmittel,
- (2) durch physikalische Einwirkungen verursachte Erkrankungen, wozu die so genannten mechanischen BKen

(wie z. B. Sehnenscheiden-, Meniskus- oder Wirbelsäulen-Erkrankungen) gehören sowie Schäden durch Druckluft, Lärm und Strahlen,

- (3) durch Infektionserreger verursachte Krankheiten,
- (4) Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells
- (5) Hautkrankheiten und
- (6) das Augenzittern der Bergleute.

Übersicht 1:



¹ vgl. Wolfhard Weber: Arbeitssicherheit. Historische Beispiele, aktuelle Analysen, Reinbek bei Hamburg 1988, S. 113 ff.

² Im Folgenden wird der Begriff der Berufsgenossenschaften (BGen) synonym mit dem Begriff der Unfallversicherungsträger (UVT) benutzt, es werden also auch die Unfallkassen des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie die Landwirtschafts-BGen dazu gezählt.

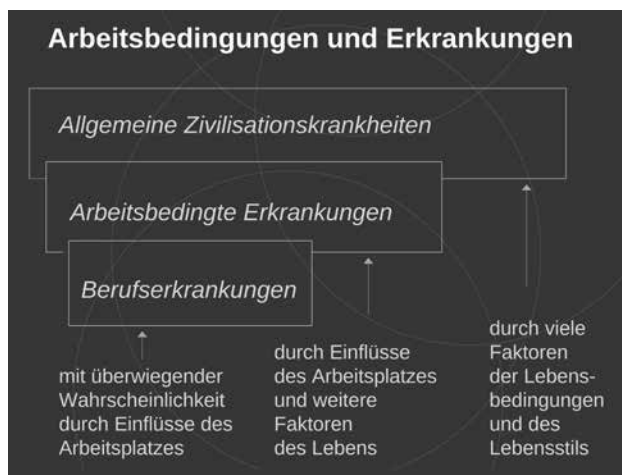
³ Wolfhard Weber, a. a. O., S. 148 ff. sowie S. 216 f.

⁴ ein durch radioaktive Erze verursachter Lungenkrebs

⁵ vgl. hierzu und zu den weiteren Zahlen die Website der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV): www.dguv.de → Zahlen und Fakten → Berufskrankheiten-Geschehen

Berufskrankheiten werden rechtlich auf der Basis des § 9 Sozialgesetzbuch (SGB) VII geregelt. Als BK werden Erkrankungen bei Personen anerkannt, die in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung über viele Jahre hinweg – als Faustformel gilt hier: mindestens zehn Jahre oder länger – schweren oder sehr schweren beruflichen Belastungen ausgesetzt waren. Die Rechtsprechung verlangt eine »überwiegende Wahrscheinlichkeit« des beruflichen Einwirkungsfaktors oder des beruflichen »Ausgesetztseins« – der so genannten Exposition – für die Krankheitsverursachung (vgl. Übersicht 1). Das bedeutet: Die berufliche Exposition muss mehr wiegen als alle anderen nicht-beruflichen Faktoren bzw. Faktoren des privaten Lebensstils zusammen. Hierdurch soll eine Trennungslinie zur »normalen« alters- und schicksalsbedingten oder selbstverschuldeten Krankheit und Invalidität gezogen werden.

Übersicht 2:



Auch in der aktuellen Fachdebatte wird zwischen arbeits- und berufsbedingten Erkrankungen unterschieden. »Arbeitsbedingt« soll heißen, dass die Arbeit ein ursächlicher Faktor unter anderen ist. »Berufsbedingt« soll heißen, dass die Arbeit die hauptsächliche Krankheitsursache ist (vgl. Übersicht 2). Dieses so genannte Kausalitäts-Prinzip ist nach wie vor geltendes Recht. Die BGen sind – allein schon aus ökonomischen Gründen – angehalten, BKen »mit allen Mitteln« zu verhüten.

2. Große Differenz zwischen BK-Anzeigen und -Anerkennungen

Schon diese wenigen Definitionen lassen ahnen, dass die meisten Arbeitserkrankungen im Sinne des BK-Rechts nicht anerkennungsfähig sind. Im Jahr 2011 wurden 71.269 Anzeigen auf Berufskrankheiten erstattet. Davon wurden aber lediglich 15.262 anerkannt, das sind gerade 21,4 %. Im gleichen Zeitraum gab es nur 5.407 neue BK-Renten (s. auch Kasten) und immerhin 2.548 Todesfälle infolge einer BK.⁶

6 vgl. ebenda
7 vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband: Berufskrankheiten. Fragen und Antworten, Berlin, S. 4 f.

Längst nicht bei jeder anerkannten BK gibt es eine Rente

Liegt eine Berufskrankheit vor, sollen mit allen geeigneten Mitteln die Folgen der BK gemildert und Verschlimmerungen vermieden werden. Dazu kann die Unfallversicherung – von der medizinischen Versorgung über die Rehabilitation bis zu Umschulungen – verschiedene Leistungen erbringen. Verbleiben trotzdem körperliche Beeinträchtigungen, können die Betroffenen unter Umständen als Entschädigung eine Rente erhalten – ggf. auch bei weiter bestehendem Arbeitsverhältnis und Einkommen. Bei einer Reihe von Krankheiten – z. B. bei Haut- oder obstruktiven Atemwegskrankheiten (s. unten Kapitel 4. und 5.) – wird die Anerkennung als BK aber damit verbunden, dass die jeweilige (krankheitsverursachende) Tätigkeit aufgegeben wird. Die Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit mit Rentenzahlung ist allerdings nur dann möglich, wenn die festgestellte gesundheitliche Beeinträchtigung eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 % zur Folge hat. Über die Rentenzahlung entscheidet der Rentenausschuss des Unfallversicherungsträgers, der paritätisch mit Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber besetzt ist.⁷

Die Vollrente beträgt zwei Drittel des vor der Berufskrankheit erzielten Jahresarbeitsverdienstes. Bei teilweiser Minderung entspricht die Rente dem Grad dieser Minderung der Erwerbsfähigkeit. Die BGen zahlen die Renten für die Dauer der Minderung der Erwerbsfähigkeit, unter Umständen also lebenslang, unabhängig von jeder Berufstätigkeit und vom Alter des Versicherten.

Sind Versicherte infolge von Berufskrankheiten gestorben, zahlen die BGen Hinterbliebenenrenten und Sterbegeld.

Wie sehr die Schere zwischen BK-Anzeigen und -Anerkennungen auseinanderklafft, sei am Beispiel der »mechanischen« BKen verdeutlicht: Am meisten werden hier Bandscheibenerkrankungen der Lendenwirbelsäule angezeigt. Von 5.114 dieser Erkrankungen, die 2011 in Deutschland als Verdachts-BKen angezeigt wurden, erreichten nur 378 die Anerkennung (das sind gerade 8%). Von diesen wiederum bekamen nur 252 eine Entschädigung in Form einer Rente. Chancen auf eine BK-Anerkennung haben tatsächlich nur Schwerstarbeiter/innen, die in der Baubranche, im Lager oder in der Pflege (sofern langjährig für sehr schwere und unbewegliche Patienten und Patientinnen zuständig) gearbeitet haben.

Die zweithäufigste angezeigte BK im Bereich der »mechanischen« BKen ist die Kniegelenksarthrose (Gonarthrose), gefolgt von Meniskusschäden, Bandscheibenschäden der Halswirbelsäule, Erkrankungen der Sehnscheiden, der Schleimbeutel, Vibrationsschäden und Drucklähmungen der Nerven.

Kniegelenksarthrosen im Sinne einer BK haben nur dann eine Anerkennungschance, wenn die »spezifische Tätigkeit im Knien, Hocken oder Kriechen« – z. B. als Flie-

senleger, Installateur oder Dachdecker – eine Gesamtdauer von mindestens 13.000 Stunden erreicht hat. Zusätzlich sind weitere Kriterien zu erfüllen, so z. B. bestimmte Körperhaltungen oder die Winkelstellung zwischen Unter- und Oberschenkel. Im letzten Jahr wurden 1.301 Kniegelenksarthrosen als BK angezeigt und nur 78 dem Grunde nach anerkannt (6%). Entschädigt mit einer Rente wurden gerade einmal 52 Erkrankungen.

Die Berufsgenossenschaften legen augenscheinlich – hierbei folgen sie gerne den tradierten orthopädischen Ideologien der Konstitution – dem Anerkennungsverfahren erhebliche Hindernisse in den Weg, so z. B. mit Argumenten, die Erkrankung sei auch ohne Arbeitsbelastung »unausweichlich« gewesen, etwa wegen »schwacher Gelenke«, »O-Beinen« oder »Fettleibigkeit«. Glücklicherweise deutet sich ein Wandel in der Sozialgerichtsbarkeit an, d. h. sofern die 13.000 Stunden mit kniestrapazierenden Arbeiten und die Spezifik der schweren Tätigkeit gegeben sind, können konstitutionsmedizinische Argumentationen nicht gelten.⁸ Doch der Umstand, dass Betroffene aber erst einmal durch die aufreibende Mühle von Begutachtungen und Rechtstreitigkeiten hindurch müssen, ist skandalös und bedarf dringend einer Abhilfe – sei es auf politischer Ebene oder schlicht auf der Ebene der praktischen Unterstützung.

2009 hat der ärztliche Sachverständigenbeirat des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung empfohlen, das Carpaltunnelsyndrom (CTS), eine sehr schmerzhafte Drucklähmung der Handgelenksnerven, in die BK-Liste aufzunehmen – bislang ohne Erfolg. Dennoch ist hier eine Anzeige auf Anerkennung einer »Wie-Berufskrankheit« über die so genannte Öffnungsklausel nach § 9 Abs. 2 SGB VII⁹ möglich und sinnvoll. Das CTS ist eine überaus häufige Erkrankung. Der Bremer Epidemiologe und Arbeitsmediziner Klaus Giersiepen schätzt, dass in Deutschland in der Altersgruppe der 25- bis 74-jährigen mindestens 818.000 Frauen und mindestens 570.000 Männer von einem CTS betroffen sind, bei Fließbandarbeit sei mindestens jede/r Vierte vom CTS betroffen.¹⁰

Doch die Hürden der Anerkennung sind auch hier sehr hoch. Die infolge physischer Belastungen auftretenden Erkrankungen von Kassiererinnen haben beispielsweise nur dann eine BK-Anerkennungschance, wenn zugleich mit sehr schweren Waren und in sehr ungünstiger Körperhaltung über längere Zeit hantiert wurde. Im Pflegeberuf muss eine langjährige Dauertätigkeit mit sehr schweren Patienten nachgewiesen sein. Langes Arbeiten an der Computertastatur könne – so die Meinung der Sachverständigen – zwar zu schmerzhaften Hand-Armschäden führen, doch die zugrunde liegende Belastung reiche nicht aus, den Kriterien einer BK zu entsprechen.

3. Die Asbest-Tragödie

Traurige Berühmtheit hat das Asbest erlangt: Asbest ist ein faserförmiges, natürlich vorkommendes Silikat-Mineral, das vor allem in Kanada, aber auch in Russland und China abgebaut wird. Es ist unbrennbar und höchst be-

ständig und wurde daher jahrzehntelang – unter anderem auch in Schiffen – als Brandschutz-Material eingesetzt. Es gibt verschiedene Asbestarten, wobei hauptsächlich der Weißasbest – Crysotil – zum Einsatz kam. Obwohl die gesundheitsschädigenden Wirkungen bereits in den 1920er und 1930er Jahren bekannt waren und Asbest schon 1942 ausdrücklich als krebserzeugender Stoff auf die BK-Liste gesetzt wurde, interessierte das in den Wirtschaftswunderjahren niemand. Man arbeitete mit Asbest, als sei es das Harmloseste auf der Welt.

Die Folgen sind heute zu beobachten: In der Rangfolge des aktuellen BK-Geschehens¹¹ nehmen Asbest-Erkrankungen¹² – nach den Haut- und Lärmerkrankungen – mit 3.597 Fällen den dritten Platz ein. Die Anerkennungsquote betrug hier im Jahr 2011 immerhin 40,9 %¹³ (2010 waren es 38,1 %). Dies hängt auch damit zusammen, dass Asbestschäden in der Regel sehr spezifisch sind, d. h. auch: sie sind durch eine gute Diagnostik mehr oder weniger gut von anderen Erkrankungen bzw. anderen Verursachungen zu unterscheiden.

Im Einzelnen handelt es sich bei den im letzten Jahr als BKen anerkannten Asbesterkkrankungen um 1.818 Asbestosen (Lungenverhärtungen durch Asbest), 799 Asbest-Krebse der Lungen und des Kehlkopfes sowie 980 Mesotheliome, das sind Krebserkrankungen des Rippen- und Bauchfells. 2011 starben 129 erkrankte Versicherte an Asbestose, 581 an Asbest-Lungen- oder Kehlkopfkrebs und 759 an Mesotheliom. In Deutschland litten also im letzten Jahr 3.597 Personen neu an anerkannten Asbest-BKen und 1.469 Personen starben daran. Bevölkerungsbezogen belief sich damit die jährliche Asbest-Neuerkrankungsrate auf 4,4 Fälle und die Asbest-Todesrate auf 1,8 Fälle pro 100.000 Einwohner.

Vor allen Dingen in den Werften wurde tonnenweise mit Asbest gearbeitet.¹⁴ So liegt z. B. in Bremen aufgrund der früheren extremen Werftendichte die Asbest-Neuerkrankungsrate bzw. -Todesrate mit 47 Fällen bzw. 18 Fällen für das Jahr 2010 etwa zehnmals höher als im Bundesdurchschnitt.¹⁵

8 vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil des 9. Senats vom 18.11.2011 (zur Kniegelenksarthrose eines Fliesenlegers), Az.: L 9 U 66/07 und Sozialgericht Heilbronn vom 14.11.2011 (zur Kniegelenksarthrose eines Estrichlegers), Az.: S 6 U 1145/09, s. dazu auch SoSi plus 8–9/2012, S. 11

9 Danach haben die Unfallversicherungsträger eine Krankheit, die (noch) nicht in der Rechtsverordnung bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung als BK erfüllt sind.

10 Klaus Giersiepen/Michael Spallek: Carpaltunnelsyndrom als Berufskrankheit, in: Deutsches Ärzteblatt, 2011, S. 238–242

11 vgl. www.dguv.de → Zahlen und Fakten → Berufskrankheiten-Geschehen → Anerkannte BKen

12 Berücksichtigt sind hier die BKen Nr. 4103 (Asbestose), Nr. 4104 (Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest) und Nr. 4105 (Mesotheliom, Asbest).

13 8.798 Verdachtsanzeigen auf Asbest-BKen gab es 2011; vgl. www.dguv.de → Zahlen und Fakten → Berufskrankheiten-Geschehen → BK-Verdachtsanzeigen.

14 vgl. Wolfgang Hien/Christina König/Dietrich Milles/Rolf Spalek: Am Ende ein neuer Anfang? Arbeit, Gesundheit und Leben der Werftarbeiter des Bremer Vulkan, Hamburg 2002, S. 78–86

15 Zahlen zu den einzelnen Bundesländern sind verfügbar bei der DGUV, Referat BK-Statistik/ZIGUV.

Seit den 1960er Jahren sind die grauenhaften Folgen dieser unverantwortlichen massenhaften Anwendung einer industriellen Technik auch durch große epidemiologische Studien gesichert.¹⁶ Das sind Studien, die auf einer großen Zahl von Personen basieren, die dem Einfluss von Risikofaktoren (hier: Asbest) ausgesetzt waren. Man spricht hier auch von »exponierten Personen«. Deren Krankheitsrisiko wird mittels statistischer Verfahren ermittelt. Das Krankheitsrisiko liegt bei einer Asbest-Exposition deutlich – oftmals um ein Vielfaches – höher als das Krankheitsgeschehen in der Normalbevölkerung. Was schädigt, ist nicht der gebundene Asbest, sondern es sind die Fasern bzw. die Faserstäube, die beim Verarbeiten frei werden. Die Asbestfasern verursachen Schädigungen im Lungengewebe. Es können aber Jahre, oftmals sogar Jahrzehnte vergehen, bis die Schäden sichtbar und als Krankheit wahrgenommen werden.

Das Fatale: Dieser Prozess ist nicht wirklich aufhaltbar, es gibt keine ursächlichen Therapien. Wird man der Asbestose gewahr, hat sich in der Lunge oder am Lungenfell schon sehr viel Negatives entwickelt. Erst kommt die Luftnot, dann irgendwann nach vielen Jahren der Krebs – nicht immer, aber mit einer Wahrscheinlichkeit, die anhand der aktuellen BK-Zahlen abzusehen ist. Nicht immer geht einem Asbest-Lungenkrebs eine Asbestose voraus. Dann kommt der Krebs »wie aus heiterem Himmel«. Derzeit sterben weltweit über 100.000 Menschen pro Jahr aufgrund einer Asbestkrankheit.

Aufgrund der langen Latenzzeiten bis zum Ausbruch der Krankheiten sind die Zahlen immer noch steigend. Was besonders traurig ist: Kanada, Russland, China und einige weitere Länder stellen ihre ökonomischen Interessen – genauso wie es auch die hiesige Asbestindustrie jahrzehntelang getan hat – weiterhin über die der Gesundheit.

3.1 Gefahren durch Asbest wurden lange ignoriert

Erst 1990 bis 1993 kamen die längst überfälligen gesetzlichen Asbestverbote.

Bereits 1968 hatte die Bremische Gewerbeaufsicht in einem ausführlichen Schreiben die Betriebsleitungen der Werftindustrie vor den Asbestgefahren gewarnt.¹⁷ Die Betriebsleitungen reagierten mit vollständiger Ignoranz. Verfügungen der Gewerbeaufsicht wurden mit juristischen Mitteln bekämpft. Auch in den Belegschaften war es nicht einfach, mit diesem Thema »anzukommen«. Erst als eine Gruppe mutiger Betriebsräte der Bremer Vulkan-Werft – die Gruppe »Echolot« – 1974 damit begann, systematisch und fortlaufend über die Gefahren des Asbests und anderer Gefahrstoffe aufzuklären, änderte sich etwas. In der europäischen Gesamtschau kann heute gesagt werden, dass ohne die Arbeit der Echolot-Gruppe das Asbestverbot wahrscheinlich noch länger hätte auf sich warten lassen. Daran, dass jetzt immer mehr Asbestkrankheiten auftreten, war jedoch nichts mehr zu ändern.

16 vgl. Samuel S. Epstein: The Politics of Cancer. Revised and expanded edition, New York 1979, S. 79–102

17 vgl. Wolfgang Hien et al., a. a. O.

18 Die Bremer Traditionswerft Vulkan meldete 1996 Konkurs an und schloss 1997 ihre Tore.

Rolf Spalek, ein (ehemaliger) Betriebsrat der Echolot-Gruppe, berät seit 1974 – bis heute – Berufserkrankte. Mittlerweile sind es über 650, die überwiegende Mehrheit davon ehemalige Vulkan-Arbeiter¹⁸, viele von ihnen sind bereits verstorben. Leider versucht die zuständige Metall-Berufsgenossenschaft immer wieder, Anerkennungsverfahren zu blockieren.

Ein besonders empörendes Beispiel: Arbeiter, die 1978 über mehrere Monate hinweg Reparaturarbeiten auf dem Schiff »Kungsholm« ausführten, waren extrem asbestbelastet. Das damalige Staubforschungsinstitut der Berufsgenossenschaften versuchte, die Faserkonzentration in der Atemluft am Arbeitsplatz zu messen. Die Konzentration war so hoch, dass die Messköpfe verstopften, sie lagen aber sicher über 90 Fasern pro Kubikzentimeter. Am schlimmsten betroffen waren die so genannten Bystander, d. h. Arbeiter, die in der Nähe eines Tischlers standen, der mit der Flex-Säge Asbestplatten bearbeitete. Heute aber sagt man den betroffenen Asbestose- und Krebs-Erkrankten: Es lägen keine Messwerte vor, die eine berufsbedingte Erkrankung belegen könnten. Erst mittels Zeugenaussagen ehemaliger Kollegen oder durch den Vergleich mit bereits abgeschlossenen anerkannten Fällen kann dann den Betroffenen geholfen werden.

Noch unerquicklicher ist die Situation der ehemaligen Hafendarbeiter. Der Bremer Überseehafen war jahrzehntelang bis zu seiner Schließung 1991 Hauptumschlagsplatz für Rohasbest-Lieferungen an die deutsche Industrie. Der Asbest wurde in Jutesäcken geliefert. Die Säcke waren oftmals beschädigt. »Die Stauer standen dann im dicksten Nebel und wateten tief im Asbeststaub«, so ein ehemaliger Hafendarbeiter. Die zuständige Berufsgenossenschaft kennt nicht einmal mehr die Betriebe, in denen damals gearbeitet wurde. Sie kennt sie nicht, sie hat selbst die entsprechenden Unterlagen vernichtet, also lehnt sie BKen bei betroffenen früheren Hafendarbeitern ab. Oder sie bestreitet schlichtweg, dass in Bremen Asbest umgeschlagen wurde. Das Problem: Im deutschen Rechts-System ist der Betroffene beweispflichtig.

Allein diese wenigen Beispiele mögen belegen, dass betroffene Erkrankte Hilfe brauchen – vor allem um nachzuweisen, gegenüber welchen Stoffen sie früher exponiert waren.

3.2 Der schwierige Nachweis von Asbest-Lungenkrebs

Das Mesotheliom ist eine derart hochspezifische Erkrankung, dass nur Asbest als Ursache in Frage kommt. Anders liegt der Fall bei Lungenkrebs. Diese Erkrankung ist sehr unspezifisch, d. h. sie kann sowohl durch Tabakrauch, durch verschiedene Umwelteinflüsse und schließlich durch verschiedene Einflüsse am Arbeitsplatz verursacht werden. Auch gibt es hier hochkomplexe Kombinationswirkungen, die zum Teil noch nicht oder nicht gut erforscht sind. Deshalb ist beim Lungenkrebs die Arbeitsanamnese entscheidend für die Beurteilung der Kausalitätsfrage: Ist die Arbeit die hauptsächliche Krankheitsursache?

Hierzu wurde in Bezug auf Asbest die Hilfsgröße der »Faserjahre« entwickelt.¹⁹ Wenn eine Person am Arbeitsplatz ein Jahr lang eine Konzentration von einer Faser pro Kubikzentimeter eingeatmet hat, bemisst sich seine über die Zeit angehäuften Exposition auf »ein Faserjahr«. Hat er die gleiche Konzentration zehn Jahre lang eingeatmet, so hat er zehn Faserjahre abbekommen. Hat er bei einer Atemluftkonzentration von zehn Fasern pro Kubikzentimeter zehn Jahre lang gearbeitet, so hat er die enorme Menge von 100 Faserjahren abbekommen.

Die Größe der Faserjahre wird also im Prinzip durch die Multiplikation der Konzentration mit den Arbeitsjahren ermittelt. Der toxikologische und epidemiologische Erkenntnisstand²⁰ führte zu einer Abschätzung der für die Anerkennung notwendigen Exposition. Diese Schwelle beträgt 25 Faserjahre. Nur wer die 25 Faserjahre erreicht hat oder übersteigt, hat die Chance auf Anerkennung einer BK.

Am Beispiel des Asbest-Lungenkrebses lässt sich nun zeigen, auf welchen Ebenen die aktuellen Auseinandersetzungen um das Berufskrankheiten-Problem laufen: Zum einen versuchen die technischen Aufsichtskräfte der BGen, die Asbest-Exposition zu leugnen oder mittels rechnerischer Methoden zu minimieren, sodass die Bedingung der haftungsbegründenden Kausalität – das Ausmaß der notwendigen Exposition – nicht erreicht wird. Zum anderen versuchen medizinische Institute der BGen die krebs-erzeugende Wirkung des Weißasbestes kleinzureden und damit die haftungsausfüllende Kausalität – das heißt: die Erkenntnisse hinsichtlich der krankheitsverursachenden Wirkung – auszuhebeln.

Die Ebene der Expositionsleugnung soll anhand eines konkreten Falles²¹ dargestellt werden. Ein aktuell an Lungenkrebs erkrankter Arbeiter war bei einer Firma beschäftigt, die Sanierungs- und Entsorgungsarbeiten durchführte – vorwiegend bei Betrieben, die Schiffe reparierten und wo hohe Asbestbelastungen auftraten, d. h. im so genannten Schwarzbereich. Gearbeitet wurde unter Atemschutz mit Vollmaske der Partikelstufe 3. Der Arbeiter war insgesamt 4,4 Jahre an diesen hochbelasteten Arbeitsplätzen beschäftigt. Er wurde in das korrekte Tragen des Atemschutzes nicht oder nur ungenügend eingewiesen.

Die zuständige Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft lehnte die Anerkennung einer BK ab – mit dem Argument, der Versicherte habe mit Vollschutz gearbeitet und könne allenfalls gegenüber einer Faser pro Kubikzentimeter exponiert gewesen sein, sodass sich lediglich 4,4 Faserjahre ergäben. Damit liege der Wert weit unterhalb der für eine BK notwendigen Anerkennungsschwelle. Die Aufsichtsperson der BG bezieht sich auf den so genannten Faser-Report, der beim trockenen Entfernen von Spritzasbest eine Konzentration von 300 Fasern pro Kubikzentimeter annimmt.²² Zugleich aber wird unterstellt, dass der Atemschutz zu beinahe 100 % funktioniert habe, sodass die Konzentration – einer entsprechenden BG-Regel²³ zufolge – mit einem Faktor von bis zu 400 heruntergerechnet wird.

Interessant ist nun aber, dass der Faser-Report von einer wesentlich ungünstigeren Annahme ausgeht: Ihm zufolge beträgt bei geeignetem Atemschutz die Konzentration

hinter dem Atemschutz immer noch 10 %. Dann betrüge die kumulative Exposition immer noch mehr als 120 Faserjahre. Nehmen wir an, dass teilweise feucht gearbeitet wurde, würde sich die Expositionsgröße vermindern, jedoch nicht so stark, dass sie unter die Schwelle von 25 fiele. Die Ermittlung des technischen Aufsichtsbeamten der BG belegt aber in diesem Fall durchaus nicht das permanente Tragen des Atemschutzes und schon gar nicht die korrekte Schulung und Wartung. In seinem Bericht heißt es lediglich, dass der Versicherte bei einem »renommierten Entsorgungsunternehmen« angestellt gewesen und daher von korrekten Arbeitsverhältnissen auszugehen sei. Unwillkürlich kommt hier die Frage auf, wie viele Betroffene mit derartigen Argumenten abgewiesen werden und sich damit abfinden? Es bleibt die unguete Vermutung, dass der geschilderte Fall kein Einzelfall ist und allein durch solche Interventionen zu einem beträchtlichen Teil dazu beigetragen wird, dass erst gar keine Verdachtsanzeige auf eine BK erstattet wird und sich somit die Dunkelziffer erhöht.

Die Interventionen auf der Ebene der Vernebelung toxikologischer, arbeitsmedizinischer und epidemiologischer Erkenntnisse gehen noch einen Schritt weiter. Wissenschaftler/innen des Deutschen Mesotheliomregisters am Institut für Pathologie der Ruhr-Universität Bochum publizierten im Herbst 2011 eine Arbeit, in der die lungenschädigende Wirkung von Weißasbest in Frage gestellt wird.²⁴ Dazu muss man wissen, dass das Mesotheliomregister von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung getragen und finanziert wird.

Wie verläuft nun die Argumentationslinie und wie wird diese belegt? Weißasbest (Fachbegriff: Chrysotil) hat eine geringere Biobeständigkeit als Braun- und Blauasbest (Fachbegriff: Amphibol), d. h. es löst sich im Verlauf der Jahre im Lungengewebe langsam auf, sodass nach Jahrzehnten Asbestfasern oder Asbestkörperchen im Lungengewebe oftmals nicht mehr nachweisbar sind. Daraus wird der Schluss gezogen, dass chronische Schäden – somit auch Krebs – von Weißasbest nicht zu erwarten seien, sondern lediglich von Beimengungen anderer Asbestarten. Finden also die Pathologen keine Asbestkörperchen in der Lunge, ist nach dieser Logik der BK-Antrag abzulehnen.

Und in der Tat zeigt sich seit einigen Jahren ein Trend erhöhter Ablehnungsquoten beim Lungenkrebs, der mit Gutachten des Mesotheliomregisters begründet wird. Wie belegt die Bochumer Publikation ihre These? Aus-

19 vgl. Berufskrankheiten-Verordnung-Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats – Sektion »Berufskrankheiten«. Bekanntmachung des Bundesministers für Arbeit (BMA) v. 24. April 1996 – IVa 4-45212/18i, in: Bundesarbeitsblatt 6/1996, S. 25–28

20 festgehalten in ebenda

21 Die BK-Akte zum Beispielfall befindet sich bei der Beratungsstelle für Berufskrankheitenfragen der Arbeitnehmerkammer Bremen, beim Landesgewerbeamt der freien und Hansestadt Bremen sowie in anonymisierter Form beim Autor im Forschungsbüro für Arbeit, Gesundheit und Biographie.

22 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: BK-Report 1/2007: Faserjahre, St. Augustin 2007, S. 159.

23 vgl. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Regel »Benutzung von Atemschutzgeräten« BGR/GUV-R 190, Eigenverlag, St. Augustin 2009, S. 26 (Tabelle 1)

24 Volker Neumann/Anja Theile/Stefan Löseke/Andrea Tannapfel: Neue Aspekte zur Pathologie der Asbestose, in: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin (ASU) 10/2011, S. 569–579

schließlich mit tierexperimentellen Daten des privaten toxikologischen Instituts von David Bernstein, der von der kanadischen und kalifornischen Asbestindustrie bezahlt wird.²⁵

Die Folgen sind für Betroffene fatal. So wurde etwa trotz einer gesicherten Exposition von über 25 Faserjahren die Anerkennung einer BK für einen an Lungenkrebs erkrankten Isolierer von der BG abgelehnt – mit dem Argument, in seiner Lunge seien nicht genügend Asbestkörperchen vorhanden.²⁶ Eine sorgfältige Auswertung aller verfügbaren epidemiologischen Studien zu Asbest, die am Zentralinstitut für Arbeitsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf durchgeführt wurde, zeigt jedoch, dass »Unterschiede bei Chrysotil- im Vergleich zu Amphibol-Asbest kaum feststellbar sind«²⁷ und daher dem Chrysotil ein ebenso hohes Krebspotential zugesprochen werden müsse wie anderen Asbestarten.

4. Die Problematik bei der »Schweißerlunge«

Ein weiteres Beispiel aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen zeigt, wie restriktiv das deutsche Sozialrecht Berufskrankheiten definiert und wo eventuell Chancen einer sozialrechtlichen Wende liegen könnten. Es geht um die »Schweißerlunge«, im medizinischen Fachjargon »Siderofibrose«.

2009 hatte das Bundesarbeitsministerium die Schweißerlunge auf die Liste der anererkennungsfähigen Berufserkrankungen (als BK Nr. 4115) gesetzt. Das bedeutet: Wenn es neben kleinen Eisenablagerungen in der Lunge auch ein Wachstum des Bindegewebes in den Lungen auf Kosten des aktiven Lungengewebes gibt – das ist genau das, was den Betroffenen »die Luft nimmt« –, dann handelt es sich erst um eine Schweißerlunge im Sinne des BK-Rechts. Aber für eine BK-Anerkennung reicht dies immer noch nicht. Hierfür müssen sehr viele weitere (»die Kausalität begründende«) Bedingungen erfüllt sein: Schweißer müssen mindestens 15.000 Stunden – und dies zugleich unter extremsten Bedingungen – gearbeitet haben, d. h.

25 Statement »Asbestos panel member previously paid by industry«, in: Canadian Medical Association Journal (CMAJ), October 21, 2008, S. 179

26 Dieses Fallbeispiel wurde von Prof. Joachim Schneider, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Gießen, anlässlich eines Asbest-Workshops des Bundesverbandes der Asbestose-Selbsthilfegruppen am 18. Januar 2012 in Hamburg berichtet.

27 Xaver Baur/Joachim Schneider/Hans-Joachim Weitowitz/Marcial Valasco-Garrido: Gibt es Unterschiede in den gesundheitlichen Wirkungen von Chrysotil- und Amphibol-Asbest?, in: Pneumologie, Band 66, 2012, S. 497–506

28 vgl. das amtliche Merkblatt zur BK Nr. 4115 und die wissenschaftliche Begründung zur BK Nr. 4115; zu finden auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): www.baua.de → Themen von A–Z → Berufskrankheiten → Dokumente zu den einzelnen Berufskrankheiten → Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen → Krankheit Nr. 4115

29 registriert unter den BK-Nr. xxx und xxx

30 BK Nr. 4114

31 Zum Thema »Epoxidharze« und einigen damit verbundenen Einzelfällen vgl.: Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Jahresbericht 2009 der Gewerbeaufsicht der Freien Hansestadt Bremen, S. 83–87 (im Internet unter: www.umwelt.bremen.de → Luft, Lärm, Mobilität, Chemikalien- Klimaschutzverordnung → Anlagenbezogener Klimaschutz → Berichte → Jahresberichte der Gewerbeaufsicht)

»bei eingeschränkten Belüftungsverhältnissen, z. B. in Kellern, Tunneln, Behältern, Tanks, Containern, engen Schiffsräumen etc.«.

Die meisten Schweißer haben deshalb im Rahmen des herrschenden BK-Rechts keine Chance, eine Erkrankung als BK anerkannt zu bekommen. Chancen darauf haben aber eventuell erkrankte Werftschweißer, falls sie nachweisen können, dass sie mehr als zehn Jahre lang fast ausschließlich in beengten Räumlichkeiten gearbeitet haben.²⁸ Nun sind viele Stähle, wenn sie geschweißt werden, beschichtet – z. B. mit Klebern, Primern (Haftvermittlern) oder schlichtweg mit Ölen. In der Folge entstehen beim Schweißen erhebliche rußähnliche Rauchgasbelastungen. Diese enthalten, je nachdem, um welche Beschichtungen es sich beim Stahl handelt, verschiedene Schadstoffe – hauptsächlich so genannte polyzyklische Kohlenwasserstoffe (PAK), die nachweislich sowohl zu obstruktiven Atemwegserkrankungen als auch zum Lungenkrebs führen. Beide PAK-Erkrankungen sind zwar als BKen²⁹ verzeichnet. Doch sind auch hier die jeweiligen Hürden so hoch gelegt, dass nur wenige Betroffene eine Anerkennungschance haben.

Die in der Wirklichkeit häufig vorkommende Kombination der Belastungen und somit auch der Erkrankungsbilder führen angesichts des nach wie vor mono-kausalen Rechtskonzepts zu der absurden Situation, dass selbst ein Versicherter, der schwer krank ist und bei dem die ursächlichen Arbeitsfaktoren unzweifelhaft erfüllt sind, die Kriterien für eine »Einzel«-BK oft nicht erfüllt, weil die Einzelexpositionen sowie die medizinischen Einzelbefunde dafür nicht ausreichen. Zwar hat das BK-Recht 2009 durch die Aufnahme einer Kombinations-Exposition von Lungenkrebs durch Asbest und PAK³⁰ am Horizont eine »sozialpolitische Wende« aufscheinen lassen. Doch wird erst die Praxis der kommenden Jahre zeigen, ob dadurch tatsächlich eine Wende bei der BK-Anerkennung eintreten wird.

Das oft gehörte Argument, bei vielen Erkrankungen – etwa durch Asbest oder PAK handle es sich um »Altlasten«, die bald aufgrund weiterer Technologiesprünge überwunden seien, insofern seien diese bald – wie man es allen Ernstes aus Kreisen der Technologieförderung hört – »Geschichten aus dem Museum der Arbeit«, kann nicht überzeugen. Nach wie vor werden etwa Eisen und Stahl eingesetzt, oftmals kombiniert mit neuen Fügetechniken, wie z. B. der des Klebens. Dadurch aber werden die Probleme nicht gelöst, sondern im Gegenteil: Sie werden komplexer.

5. Hautekzeme durch Epoxidharze

Anhand eines Beispiels aus dem Bereich »neue Werkstoffe« soll die besonders brisante Situation, in die wir geraten sind, erläutert werden. Es geht um die Epoxidharze, die bei der Herstellung von Booten, Surfbrettern oder Rotorflügeln für Windkraftanlagen verwendet werden.³¹ Die Gesundheitsschäden in dieser Branche sind erheblich: Gerötete und rissige Hände, blutende und schmerzende Stellen, Bläschen und juckende Ekzeme – das sind Symptome, die das Arbeitsleben zur Qual machen können. Beim Laminieren und beim Schleifen von Epoxidharzen kommt

es zu Hautkontakten, die zu Direktschäden und zugleich zu Immunreaktionen führen, die sich letztlich gegen das eigene Gewebe richten: zu Allergien. Hinzu kommt eine erhebliche Gefährdung durch luftgetragene Kontakte, die alle nicht bedeckten Hautstellen – so z. B. auch das Gesicht – schwer schädigen können.

Von den etwa 70.000 Erkrankungen, die pro Jahr als BKen angezeigt werden, stellen die Hauterkrankungen³² mit über 20.000 Anzeigen³³ die weitaus größte Gruppe dar. Als BK »bestätigt« wurden davon 2011 zwar über 19.400 und 2010 über 15.800 und in Folge dieser »Bestätigung« stehen den Betroffenen in der Regel zumindest Reha- und Behandlungsmaßnahmen zu. Als BKen tatsächlich anerkannt wurden jedoch nur ein Bruchteil davon: nämlich nur 601 im letzten Jahr und 584 im vorletzten Jahr, wovon wiederum nicht einmal ein Drittel mit einer Rente entschädigt wurde. Denn nur 157 bzw. 185 neue Renten wegen Hauterkrankungen gab es 2011 bzw. 2010.

Dies hängt auch damit zusammen, dass für eine Anerkennung als BK bei einer Hautkrankheit die Aufgabe des Berufes erforderlich ist.³⁴

Nicht selten aber werden die betroffenen Menschen ohne weitere Hilfe ihrem Schicksal überlassen. Sie quälen sich dann, um ihren Job nicht zu verlieren, für weitere Monate oder gar Jahre bis zu dem Punkt, wo nichts mehr geht und sie selbst einen Arbeitswechsel vornehmen oder ganz aus der Arbeitswelt aussteigen (müssen).

Gerade beim Umgang mit Epoxidharzen sind die betroffenen Arbeitnehmer/innen – sie arbeiten oftmals für Zeitarbeitsfirmen – in der Regel nicht im Schutz vor den Gefahren unterwiesen worden und verfügen meist über nur unzulängliche technische und persönliche Schutzvorrichtungen. Eine Gefährdungsbeurteilung in den Betrieben liegt in der Regel ebenfalls nicht vor. Werden die Arbeitnehmer/innen hautkrank und dadurch arbeitsunfähig, so verlieren sie meist ihre Arbeit, ohne dass dies Konsequenzen für den Betrieb hat, der für diese Arbeitsbedingungen verantwortlich ist.

Die für Zeitarbeitsfirmen zuständige Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG), aber auch die für die Rotorherstellung zuständige BG Rohstoffe und Chemische Industrie (BG RCI) zeigen – zumindest in Bremen – wenig Neigung, sich dieser Probleme ernsthaft anzunehmen. Die BG RCI verfertigt – wie der Bremer Landesgewerbearzt und Leiter der Gewerbeaufsicht des Landes Bremen, Frank Hittmann, feststellt – beschönigende Berichte, die kaum weiterhelfen.³⁵ Eine sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung, die vom Entleiher organisiert werden muss, fehlt weitgehend. Die Liste der gesetzeswidrigen Gegebenheiten ist in Bremen lang. Sie ergibt sich alleine schon aus den amtlichen Berichten des Gewerbeaufsichtsamtes Bremen für die Jahre 2005 bis 2010.

Das Arbeitsschutzgesetz wie alle dazugehörigen Rechtsvorschriften und Regeln sehen eine Rangfolge von Schutzmaßnahmen vor: Vorrangig sind technische und organisatorische Maßnahmen. Dann erst kommen perso-

nenbezogene Maßnahmen in Betracht, aber meist nicht als Dauermaßnahmen. Für die Arbeit mit Epoxidharzen heißt dies: Vorrangig sind sichere, spritz- und verwirblungsarme Arbeitsverfahren in möglichst geschlossenen Anlagen sowie die Direktabsaugung usw. Erst als »letzte« Maßnahme kommt der Haut- und Atemschutz.

Die Windkraft-Unternehmen aber meinen vielfach, sich mit der Aushändigung billiger (und oftmals noch falscher) Schutzhandschuhe und Atemmasken aus der Affäre ziehen zu können. Denkbar und in manchen Bereichen auch erprobt ist auch der Einsatz von Ganzkörperschutzanzügen und fremdluftbetriebenen Atemschutzhelmen, doch nur dann, wenn ausreichende bezahlte Erholzeiten gewährt werden – nach arbeitswissenschaftlichem Ermessen mindestens zehn Minuten pro Stunde.

All diese notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen freilich müssen bei dem viel bejubelten Boom der prinzipiell sinnvollen Windkraft wie eine Störgröße erscheinen. Sachgemäßer Gesundheitsschutz sollte jedoch keine nachgeordnete, störende Angelegenheit sein, sondern Vorrang

haben. Berufserkrankungen dürfen nicht mehr verschämt in den Schatten des vermeintlichen Fortschritts geraten. Sie müssen sehr ernst genommen werden. Allen, die von der

Arbeit krank geworden sind, ist anzuraten, sich energisch und selbstbewusst für einen besseren Gesundheitsschutz einzusetzen und die gesetzlich vorgesehene Unterstützung durch Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte, aber auch durch Betriebsräte und Gewerkschaften einzufordern.

»Eine große Zahl krebserzeugender Stoffe und Faktoren am Arbeitsplatz suchen wir in der BK-Liste vergebens.«

6. Arbeits- und berufsbedingte Krebserkrankungen

Krebserkrankungen sind nach international übereinstimmenden Schätzungen zu etwa 5 % arbeits- und berufsbezogenen Faktoren geschuldet.³⁶ Bei 480.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland sind dies 24.000 Krebserkrankungen, die zumindest in einem epidemiologisch messbaren Maße wesentlich durch Einflüsse des Arbeitsplatzes und des Berufes verursacht sind. Unter der Annahme, dass davon mindestens die Hälfte im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit als arbeits- und berufsbedingt anzusehen sind, also dem Kriterium einer Berufskrankheit entsprechen, liegt – bei etwa 2.200 anerkannten Berufskrebsfällen pro Jahr – die Dunkelziffer immer noch bei über 80 %.

32 Es gibt hier die BK 5101 (Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen) und die BK Nr. 5102 (Hautkrebs).

33 2010 gab es 23.798 und 2011 bereits 25.230 Verdachtsanzeigen auf die BKen Nr. 5101 und Nr. 5102.

34 vgl. auch Kasten »Längst nicht bei jeder anerkannten BK gibt es eine Rente« auf S. XXX

35 vgl. Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (Hrsg.): Jahresbericht 2009 der Gewerbeaufsicht der Freien Hansestadt Bremen, S. 84 ff.

36 vgl. Lesley Rushton/Sanjeev Bagga/Ruth Bevan/Terry P. Brown/John W. Cherrie/Phillip Holmes/Lea Fortunato/Rebecca Slack: Occupation and cancer in Britain, in: British Journal of Cancer, Band 102, 2010, S. 1428–1437

Das hat nicht nur mit der restriktiven Sozialrechtspraxis zu tun, sondern auch mit dem Umstand einer völlig lückenhaften BK-Liste selbst. Eine große Zahl krebserzeugender Stoffe und Faktoren am Arbeitsplatz suchen wir in der BK-Liste vergebens. Es sind z. B. Stoffe, die im Tierversuch eindeutig krebserzeugend wirken, für die jedoch beim Menschen noch keine eindeutigen epidemiologischen Beweise vorliegen – zum Teil schlicht deshalb, weil noch nicht genügend Zeit verstrichen ist, zum Teil aber auch deshalb, weil Daten der Sozialversicherungsträger nicht oder nicht hinreichend ausgewertet und somit Zusammenhänge nicht erkannt werden.

Es werden also Menschen weiterhin als Versuchskaninchen missbraucht, obwohl genügend wissenschaftliche Erkenntnisse zum Berufskrebs und somit auch für die Prävention vorhanden wären.³⁷ So gibt es genügend Hinweise, dass berufliche Einflüsse bei Brustkrebs von großer Bedeutung sind, so z. B. bei Arbeiten mit Pestiziden in der Landwirtschaft oder mit Ethylenoxid beim Sterilisieren, aber auch bei Belastungen durch starke elektromagnetische Felder bei Elektrikern, der Höhenstrahlung bei Flugbegleiterinnen oder der Nachtschichtarbeit in der Kranken- und Altenpflege.³⁸ Spätestens beim Thema Krebs zeigt sich, dass die dogmatische strenge Unterscheidung zwischen »arbeitsbedingt« und »berufsbedingt« (s. Kapitel 1.) gesundheitspolitisch problematisch ist. Ein epidemiologisch nachweisbarer Anteil der Arbeit ist ein »wesentlicher« Anteil – dennoch reicht er bei der Durchschnittsbetrachtung nicht aus, um als »überwiegender« Anteil gelten zu können. Das heißt aber zugleich, dass jeder Einzelfall, hinter dem hohe Belastungen vermutet werden, über die Öffnungsklausel des § 9 Abs. 2 SGB VII (s. Kapitel 2. und Fn. 9) als BK angezeigt werden sollte. Mit einer »Schere im Kopf« wird es keine Fortschritte geben können.

7. Mechanische Berufskrankheiten

Auch auf dem Feld der mechanischen Berufskrankheiten sind, wie bereits am Beispiel des Carpal-Tunnelsyndroms

37 vgl. Hans-Joachim Woitowitz/Klaus Norpoth: Ethische Aspekte im Zusammenhang mit tödlich verlaufenden Berufskrankheiten, in: Xaver Baur/Stephan Letzel/Dennis Nowak (Hrsg.): Ethik in der Arbeitsmedizin, Landsberg 2008, S. 121–144

38 vgl. Janet Gray/Nancy Evans/Brynn Talor/Jeanne Rizzo/Marisa Walker: State of the evidence: The connection between breast cancer and the environment, in: International Journal of Environment and Health, Band 15, 1/2009, S. 43–78

39 vgl. Andreas Seidler/Ulrich Bolm-Audorff/Gabriela Petereit-Haack/Elke Ball/Gine Elsner: Schultersehnen-Erkrankungen als Berufskrankheit?, in: Albert Nienhaus/Gabriele Volante/Andreas Seidler (Hrsg.): Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Festschrift für Prof. Dr. Gine Elsner, Hamburg 2011, S. 37–46

40 vgl. Ulrich Bolm-Audorff: Hüftgelenksarthrose als Berufskrankheit, in: ebenda, S. 47–54

41 vgl. C. Clark/C. Pike/S. McManus/J. Harris/P. Bebington/T. Brughla/R. Jenkins/H. Meltzer/S. Weich/S. Stansfeld: The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey, in: Psychological Medicine, Band 42, 2012, S. 829–842

»Menschen werden weiterhin als Versuchskaninchen missbraucht.«

(CTS) gezeigt (s. Kapitel 2.), massive Defizite zu beklagen. Weitere Beispiele seien hier nur kurz angedeutet: Im Umfeld der langjährigen Leiterin des Instituts für Arbeitsmedizin der Goethe-Universität Frankfurt/M., Gine Elsner, wurden Studien durchgeführt, die zeigen, dass einige weitere Schäden des Muskel-Skelett-Apparates schon längst den Kriterien einer BK entsprechen und daher dringend in die BK-Liste aufgenommen werden müssten. Dazu gehören Schulter-Sehnenerkrankungen³⁹ und Hüftgelenkserkrankungen⁴⁰. Bei einer mehr als zehnjährigen Tätigkeit mit andauernder Lastenhandhabung und Gewichten von über 20 Kilogramm – so z. B. in Bau-, aber auch in Metallberufen – ist eine Berufsbedingtheit klar gegeben. Nicht nur bei schon gelisteten Berufskrankheiten, sondern auch bei solchen Krankheiten wie CTS, Hammersyndrom, Schultersehnen-Ruptur oder Hüftgelenksarthrose sollte etwas in Richtung BK getan werden.

Sind nach menschlichem Ermessen die BK-Kriterien – also langjährige Tätigkeit mit den genannten extremen Belastungen – erreicht oder gar übererfüllt, so sollten die Betroffenen selbst oder aber auch behandelnde Ärzte, Betriebsärzte, Krankenkassen, Mitarbeiter/innen von Ämtern und Behörden (z. B. in der Agentur für Arbeit) oder weitere Stellen und Institutionen, die mit derart Erkrankten zu tun haben, nicht zögern, der zuständigen BG oder (wenn diese nicht ermittelbar ist) ersatzweise dem Landesgewerbeamt diese Erkrankung als BK anzuzeigen.

8. Psychische Erkrankungen

Die im Raum stehende Frage, ob nicht auch schwere psychische Erkrankungen, wenn ihre Arbeitsbedingtheit nachzuweisen ist, als BKen anerkannt werden sollten, ist nicht leicht zu beantworten. Der signifikante Beitrag schlechter Arbeitsbedingungen – als Beispiele seien genannt: hohe Anforderungen bei geringen Handlungsspielräumen, mangelnde soziale Unterstützung, Job-Angst oder Mobbing – zum Erkrankungsrisiko bei schweren Depressionen ist durch eine Vielzahl epidemiologischer Studien gesichert. Er ist allerdings ein Beitrag unter mehreren, d. h. er erreicht epidemiologisch nicht eindeutig die Schwelle der »überwiegenden Wahrscheinlichkeit«.

Eine internationale Arbeitsgruppe um den Londoner Psychiatrie-Epidemiologen Stephen Stansfeld hat in den letzten Jahren die für die Entstehung psychischer Erkrankungen verantwortlichen Faktoren in mehreren sehr sorgfältigen Großstudien systematisch abgesucht.⁴¹ Es wurde sehr streng zwischen arbeitsbezogenen und privaten Ursachen unterschieden. Die bekannten Arbeits-Stressoren erwiesen sich erneut als starke Risikofaktoren, zugleich aber zeigten auch private Einflüsse – wie z. B. Scheidung, häusliche Gewalt, finanzielle Krisen oder private Pflegearbeit – ein Risikopotenzial. Entscheidend war, dass beide Bereiche auch nach dem gegenseitigen Gegenrechnen als unabhängige Risikofaktoren bestehen blieben. Auch wenn

psychische Vorerkrankungen im Kindesalter berücksichtigt wurden, verschwanden die arbeitsbezogenen Risiken keineswegs, aber sie lagen deutlich unter dem relativen Risiko von 2, d. h. der krankheitsverursachende Anteil der Arbeitswelt lag unter 50 %, somit die Nicht-Arbeits-Faktoren über 50 %.

Nun sind freilich Fälle denkbar und auch epidemiologisch identifiziert⁴², bei denen von einer jahrelangen arbeitsbedingten Extrembelastung ausgegangen werden muss, wie z. B. bei Arbeit im Rettungsdienst, in der Intensivpflege, bei der Feuerwehr, oder aber bei posttraumatischen Belastungen nach mehrfachen schweren Unfällen bei Bahn- und U-Bahnfahrern und -fahrerinnen. Die damit verbundene Problematik muss auf mehreren Ebenen diskutiert und geklärt werden. Ein sich über Jahre erstreckender Dauerstress, verbunden mit der Unmöglichkeit oder Unfähigkeit, längere Phasen der Entspannung einzuschleichen, wirft seinen langen Schatten auf das gesamte Leben. Hier liegen die Risiken deutlich über 2, d. h. der den Arbeitsfaktoren zuzuschreibende Anteil liegt in diesen besonderen Fällen über 50 %.

Das Problem wird hier freilich in ganz besonderem Maße der Einzelfallbeweis sein. Die Fachdebatte in Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich noch längst nicht auf einem für die BK-Diskussion annähernd ausreichenden Niveau. Es mangelt an wissenschaftlichen Methoden, welche die Objektivität dessen, wie Arbeitsbelastungen auf die Psyche einwirken und von der jeweiligen Persönlichkeit bewältigt oder nicht bewältigt werden, im Sinne des BK-Rechts halbwegs erfassen könnten. Der generelle sozialpolitische Einwand, dass eben dann das BK-Recht geändert werden müsse, ist gleichbedeutend mit der alten Forderung, das Sozialversicherungssystem derart zu reformieren, dass zwischen einer Erwerbsminderung und Berufskrankheit nicht mehr unterschieden werden und allen vorzeitig wegen Krankheit aus dem Arbeitsleben Ausscheidenden eine Grundrente in einer Höhe zustehen solle, die ein würdiges Leben im Alter ermöglicht.

9. Wandel der BK-Praxis notwendig

Angesichts dieser Problemfelder liegen Schlussfolgerungen auf der Hand, die auf mindestens fünf Ebenen anzusiedeln sind:

- (1) Arbeitsplatz-Gefährdungen müssen ermittelt, beurteilt und mindestens 40 Jahre dokumentiert werden,
- (2) Erkrankungen, die eine BK sein könnten, müssen viel systematischer als bisher angezeigt werden,
- (3) Das Berufskrankheitenrecht muss verändert werden im Sinne einer Beweislastumkehr, zumindest muss es erweitert werden um eine Beweislasteileichterung,
- (4) Berufserkrankte oder vermutlich Berufserkrankte brauchen eine unabhängige Beratung und Unterstützung und

- (5) die betriebliche Prävention muss verbessert werden, zum einen durch verbesserte Information von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, zum anderen durch mehr staatliche Kontrolle und ggf. auch durch mehr staatliche Sanktionsmöglichkeiten.

Diese fünf Ebenen stehen in einem engen Wechselverhältnis. In vielen Betrieben werden Gefährdungen nicht korrekt ermittelt und beurteilt und schon gar nicht ausreichend dokumentiert, obwohl dies alles eine gesetzliche Pflicht ist. Diese Expositionsdaten aber sind Grundlage für den haftungsbegründenden Beweis. Wenn sie fehlen, gerät dies zum Nachteil der Erkrankten. Das ist ein unhaltbarer Zustand. Hier muss der Staat eingreifen und auch dafür Sorge tragen, dass auch nach Betriebsschließungen diese Daten weiter aufbewahrt werden.

Die Berufsgenossenschaften sind aufgrund ihrer eigenen ökonomischen Logik augenscheinlich dazu nicht in der Lage. Und leider muss auch festgestellt werden, dass etliche Sachbearbeiter der Berufsgenossenschaften häufig weder das nötige Wissen noch das nötige Engagement mitbringen, sich diesen schwierigen Aufgaben zu stellen.

9.1 Initiative zur Beweislastumkehr

Vor diesem Hintergrund ist es gerechtfertigt, die Beweislast umzukehren oder zumindest deutlich zu erleichtern. Eine Beweislasteileichterung gibt es heute schon durch entsprechende Gerichtsurteile bei Infektionserkrankungen, beispielsweise bei Hepatitis-Erkrankten im Gesundheitswesen⁴³, oder bei an Borreliose erkrankten Personen, die beruflich im Wald tätig waren.⁴⁴

Die Forderung der generellen Beweislastumkehr wurde in der Vergangenheit im sozialpolitischen Raum immer wieder erhoben, fand aber keine Mehrheit. Die Bremische Bürgerschaft, das Landesparlament des kleinsten Bundeslandes, hatte sich aufgrund der besonderen Betroffenheit Bremens erneut dieses Themas angenommen. Mehrheitlich hat sie den Senat aufgefordert, sich über den Bundesrat für eine Novellierung des SGB VII einzusetzen.⁴⁵ Diese Initiative ist auch tatsächlich in Gang gesetzt worden und wurde von der Arbeits- und Sozialministerkonferenz im Oktober letzten Jahres in Dresden aufgegriffen. Dort wurde mehrheitlich (Votum: 10 : 6) beschlossen, dass die Bundesregierung prüfen solle, »mit welchen Folgen weitere Beweislasteileichterungen durch eine Veränderung von

42 vgl. am Beispiel der Pflege: Meredith Mealer/Ellen L. Burnham/Colleen J. Goode/Barbara Rothbaum/Marc Moss.: The prevalence and impact of post traumatic stress disorder and burnout syndrome in nurses, in: Depression and Anxiety, Band 26, 2009, S. 1118–1126

43 vgl. Entscheidung des Bundessozialgerichts v. 2. 4. 2009, Az.: B 2 U 30/07 R (s. dazu SoSi plus 4/2009, S. 10)

44 vgl. Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts v. 25. 2. 2010, Az.: 2 C 81.08

45 vgl. Beschluss der Bremischen Bürgerschaft in ihrer 76. Sitzung am 11. November 2010 aufgrund eines Antrages der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen (Beschlussprotokoll, Drs. 17/1466).

§ 9 Abs. 3 SGB VII erreicht werden können. Durch eine Umkehr der Beweislast bei der Anerkennung von Berufskrankheiten könnte zukünftig zunächst bei einer Erkrankung an einer Berufskrankheit immer eine berufliche Ursache vermutet werden, wenn der Verursacher (Unternehmer/Arbeitgeber) anhand der Expositiondatenlage nicht nachweisbar belegen kann, dass die Erkrankung keine berufliche Ursache haben kann«, heißt es in dem Beschluss.⁴⁶

Allerdings wurde dieser Beschluss gegen die Stimmen von sechs CDU-regierten Bundesländern gefasst. Diese stemmen sich – genauso wie die Bundesregierung – mit aller Macht gegen eine Veränderung des Berufskrankheitenrechts.

9.2 Unabhängige Beratung notwendig

BK-Anzeigen können Betroffene, Arbeitgeber, Betriebsärzte, behandelnde Ärzte, Krankenkassen und viele andere Institutionen erstatten, sofern sie mit einem Erkrankungsfall befasst sind. Das fünfte Sozialgesetzbuch fordert von den Krankenkassen seit vielen Jahren, dies systematisch zu tun. Das machen einige Kassen sehr gut, andere haben damit noch nicht einmal begonnen. Mangelhaft ist oftmals auch die Arbeitsanamnese in den Krankenhäusern. Deren Untätigkeit hinsichtlich unterlassener BK-Anzeigen grenzt in manchen Fällen bereits an unterlassene Hilfeleistung. Initiativen, dies zu ändern, sind daher sehr zu begrüßen.⁴⁷

Damit aber ist nur ein Teil des Problems angegangen. Vor dem Hintergrund des für die Betroffenen meist undurchsichtigen Verwaltungsverfahrens, das sich an eine Anzeige anschließt, ist eine Beratung und Begleitung der Betroffenen unabdingbar. Natürlich wäre ein kompetenter, empathischerer und freundlicherer Umgang mit den Erkrankten seitens der Berufsgenossenschaften höchst wünschenswert – und in einigen Fällen wandeln sich die Dinge langsam schon zum Besseren.⁴⁸ Ausdrücklich thematisiert sei hier auch die Tätigkeit – und leider in manchen Fällen auch die eklatante Untätigkeit – der Widerspruchs- und Rentenausschüsse der Unfallversicherungsträger. In ihnen sitzen Selbstverwalter, unter anderem auch gewerkschaftliche Vertreter, die nicht selten mit der BK-Problematik völlig überfordert sind und den Sachbearbeitern der

Versicherungsträger häufig blind vertrauen. Diese Praxis ist dringend überholungsbedürftig.

All diese Mängel und das künftig noch komplexer werdende Expositions- und Erkrankungsgeschehen macht eine von den Berufsgenossenschaften unabhängige Beratung dringend erforderlich, ja: geradezu zur grundlegenden Notwendigkeit. Die Bürgerschaft des Landes Bremen hat auch diesen Punkt, d. h. den Aufbau und die Verstärkung einer unabhängigen Beratungsstelle für Berufserkrankte, in ihrem Beschluss explizit festgehalten.

Die Arbeitnehmerkammer in Bremen hat sich dieser Aufgabe angenommen und im Mai 2011 die bisher ehrenamtliche Beratungsarbeit als Beratungsstelle der Kammer in Bremen-Nord übernommen. Bis zum August dieses Jahres – also im Zeitrahmen von etwa 14 Monaten – haben hier mehr als 150 Personen Rat gesucht, teilweise mit sehr komplexen Problemstellungen, insbesondere wenn Erkrankungsfälle jahrelang zwischen verschiedenen Berufsgenossenschaften hin- und hergeschoben wurden.

Parallel hierzu soll im europäisch geförderten Projekt »Wissenstransfer zur präventiven Unterstützung von Betrieben zur Verhinderung von Berufskrankheiten«

eine verbesserte Informationsbasis für Betriebe und Arbeitnehmer/innen geschaffen werden.⁴⁹

Der hinter derartigen Problematiken

wie hinter der Berufskrankheiten-Problematik insgesamt steckende Sinn und Zweck ist freilich, die Arbeit von vornherein so zu gestalten, dass Gesundheitsschäden erst gar nicht auftreten oder zumindest extrem minimiert werden. Das europäische wie das nationale Arbeitsschutzrecht zielt genau darauf ab, ohne freilich den kontrollierenden Behörden auch nur ansatzweise ernst zu nehmende Sanktionsmöglichkeiten zur Durchsetzung dieser Bestimmungen an die Hand zu geben. Es gibt zwar eine Vielzahl staatlicher und berufsgenossenschaftlicher Regeln. Doch deren Umsetzung steht, wenn auf die Betriebe kein Druck ausgeübt werden kann, auf einem ganz anderen Blatt.

Insgesamt sollte die Problematik der Berufskrankheiten nicht nur in Rechtskategorien diskutiert werden. Das Bewusstsein der Problematik der Berufskrankheiten sollte Anlass dazu geben, das Arbeitsleben insgesamt zu humanisieren und die Arbeit gesundheitsgerecht zu gestalten. Dies ist eine gesellschaftlich dringliche Aufgabe. ■

»Die Arbeit muss von vornherein so gestaltet werden, dass Gesundheitsschäden erst gar nicht auftreten oder zumindest extrem minimiert werden.«

⁴⁶ Ergebnisprotokoll der 88. Arbeits- und Sozialministerkonferenz 2011 am 5./6. Oktober 2011 in Dresden, TOP 5.9, S. 210

⁴⁷ Entsprechende Initiativen der Berufsgenossenschaften gibt es z. B. in Berlin.

⁴⁸ Zu erwähnen ist z. B. das hilfreiche Engagement der BG Holz Metall Bremen, die sich sowohl für eine Verbesserung der Amtsermittlung der BG wie auch für eine unabhängige Beratung Erkrankter einsetzt.

⁴⁹ Das mit Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds geförderte Projekt läuft von Mai 2011 bis Dezember 2012 und wird in Trägerschaft der Arbeitnehmerkammer Bremen durchgeführt (Leitung: Barbara Reuhl). Projektpartner/innen sind z. B. der Landesgewerbearzt, die BG Holz und Metall, die AOK Bremen/Bremerhaven, die Handwerkskammer Bremen, der DGB Bremen-Elbe-Weser und der Verein Arbeit und Zukunft.

Der Autor:

Dr. Wolfgang Hien ist Inhaber und Leiter des Forschungsbüros für Arbeit, Gesundheit und Biographie in Bremen und ist Lehrbeauftragter der Universität Bremen im Studiengang Public Health sowie an der Universität Hannover im Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft.