

DAS SCHWARZBUCH DER IG METALL



BERUFSKRANKHEITEN | DAS SCHWARZBUCH DER IG METALL

BERUFSKRANKHEITEN



Berufskrankheiten
Das Schwarzbuch der IG Metall

Berufskrankheiten Das Schwarzbuch der IG Metall

Herausgegeben vom Ressort Arbeitsgestaltung und
Gesundheitsschutz der IG Metall Frankfurt am Main

Herausgeber
IG Metall Vorstand
Funktionsbereich Arbeitsgestaltung und Qualifizierungspolitik
Ressort Arbeitsgestaltung und Gesundheitsschutz

Wilhelm-Leuschner-Str. 79
60329 Frankfurt am Main

Redaktion
Heinz Fritsche, Petra Müller-Knöß, Jürgen Reusch

Gestaltung
Elisabeth Dötzer, Nürnberg

Druck und Weiterverarbeitung
Freiburger Graphische Betriebe

Auflage
1. Auflage, Dezember 2013

Copyright
2013 by IG Metall Vorstand

Produktnummer
27286-45093



Vorwort	7
Einleitung	10
1. Defizite und Reformbedarf im Berufskrankheitenrecht	12
2. Einer von vielen	20
3. Die Stationen des Berufskrankheiten-Verfahrens	24
4. Viele Verdachtsanzeigen – wenige Anerkennungen	40
5. Asbest, der vielfache Skandal	54
6. Das Karpaltunnelsyndrom: Entschädigt wird erst, wenn es nicht mehr viel kostet	66
7. Das Kreuz mit dem Kreuz: Erkrankungen der Lendenwirbelsäule	74
8. 13.000 Stunden im Knien: Die Gonarthrose	80
9. Berufskrank, aber leider ohne Rente: Die Lärmschwerhörigkeit	84
10. Schweißen unter extremen Bedingungen: Die Siderofibrose	92
11. Wo bleibt die Prävention? Hauterkrankungen	96
12. Schlussfolgerungen	100
Anhang	112

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

weit mehr als 70.000 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit werden Jahr für Jahr bei den Berufsgenossenschaften gestellt. Nur etwa jede fünfte Anzeige führt zu einer Anerkennung. Viel zu viele Verfahren scheitern daran, dass der rechtlich erforderliche Nachweis nicht zweifelsfrei erbracht werden kann mit der Folge, dass die Ansprüche der Betroffenen nicht erfüllt werden. Ein Skandal, wenn man sich die gravierenden Konsequenzen für die Kolleginnen und Kollegen vor Augen hält!

Die Rechtsgrundlagen und das Verfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit sind politisch gesetzt und folgen keineswegs immer objektiven wissenschaftlichen Kriterien. Daher sind sie auch veränderbar. Das wollen wir mit der Berufskrankheiten-Initiative erreichen.

Mit dieser Initiative setzen wir an mehreren Stellen an:

Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit müssen reformiert werden. Sie sind zu hoch und können im Grunde willkürlich zu Lasten der Erkrankten ausgelegt werden. Deshalb muss die Bundesregierung die Hürden, die vor der Anerkennung einer Berufskrankheit errichtet wurden, senken. Nach gegenwärtigem Recht führt jeder Zweifel daran, ob alle geforderten Voraussetzungen vorliegen dazu, dass die Anerkennung einer Berufskrankheit scheitert. Letztlich brauchen wir daher die Umkehr der Beweislast. Mit dieser Forderung stehen wir nicht allein. So hat 2011 die Konferenz der Arbeits- und Sozialminister (ASMK) beschlossen:

»Durch die Umkehr der Beweislast bei der Anerkennung von Berufskrankheiten könnte zukünftig zunächst ... immer eine berufliche Ursache vermutet werden, wenn der Verursacher (Unternehmer/Arbeitgeber) anhand der Expositionsdatenlage nicht nachweisbar belegen kann, dass die Erkrankung keine berufliche Ursache haben kann und damit die wahrscheinliche Ursache außerhalb der beruflichen Tätigkeit liegen muss.«

Die Bundesregierung ist aufgefordert, die Berufskrankheiten-Liste zügig zu erweitern und an das heutige, veränderte Belastungsspektrum in den Betrieben anzupassen. Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen müssen sich schneller als bisher in der Berufskrankheiten-Liste niederschlagen. Das schließt auch die geradezu explodierende Zahl arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen ein. Diese müssen Gegenstand einer ernsthaften Debatte werden, mit dem Ziel, sie zügig einer Lösung zuzuführen.

Selbstverständlich richtet sich die Berufskrankheiten-Initiative der IG Metall ganz wesentlich auch an die Berufsgenossenschaften. Sie müssen die Verfahren versichertenfreundlicher gestalten, was bedeutet, dass die Verfahren insgesamt transparenter und fairer werden müssen, damit die Versicherten ihre Rechte auch wahrnehmen können. Mit einigen wenigen „Schönheitskorrekturen“ wird es im Zuständigkeitsbereich der Berufsgenossenschaften nicht getan sein. Die gesamten Verwaltungsabläufe der Berufskrankheiten-Verfahren sind einer systematischen Qualitätssicherung zu unterziehen. Das gilt ganz besonders auch für die medizinischen Gutachten, die von den Berufsgenossenschaften in Auftrag gegeben werden. An deren Qualität müssen härtere Maßstäbe als bisher angelegt werden.

Damit möglichst viele Berufskrankheiten gar nicht erst entstehen, müssen die Präventionsanstrengungen verbessert und ausgebaut werden. Und dort, wo dennoch Krankheiten entstehen, muss jede angezeigte Berufskrankheit zum Anlass genommen werden, ernsthaft nach den Ursachen und den Versäumnissen in der Prävention zu forschen und Verbesserungen zu erreichen.

Selbstverständlich richtet sich diese Aufgabe nicht nur an die Berufsgenossenschaften sondern vor allem an die Betriebe. Konsequenter betriebene Präventionsarbeit muss dazu beitragen, die Anzahl der arbeitsbedingten Erkrankungen zu minimieren. Für die Betriebsräte besteht hier ein zentrales Handlungsfeld, in dem sie ihre Kontroll- und Überwachungsfunktionen dahingehend ausfüllen, dass sie etwa Sorge dafür tragen, dass die Arbeitgeber die Dokumentation der Arbeitsbelastungen sorgfältig durchführen. Darüber hinaus können Betriebsräte wichtige Impulse für die Gestaltung Guter Arbeit setzen.

Die Arbeitsschutzbehörden sind gefordert, wirksamer als bisher ihren Überwachungs- und Beratungsaufträgen nachzukommen. Die Bundesländer dürfen sich nicht aus der Verantwortung verabschieden. Nur eine angemessene Ausstattung mit Landesgewerbeärzten kann

die fachliche Überwachung der Berufskrankheiten-Verfahren gewährleisten. Darüber hinaus sind unabhängige staatliche Beratungsstellen für Betroffene in allen Bundesländern erforderlich.

Das Berufskrankheitensystem ist in vielerlei Hinsicht dringend reformbedürftig. Das vorliegende Schwarzbuch verdeutlicht dies eindrucksvoll. Es zeigt ganz klar, dass noch viel für Gute Arbeit getan werden muss.

Bedanken möchten wir uns an dieser Stelle bei denjenigen, die unserer Bitte nach einem Textbeitrag zum Thema aus ihrer jeweiligen Sicht nachgekommen sind. Nicht alle Positionen stimmen mit denen der IG Metall vollständig überein. Sie stellen aber wichtige Beiträge in der Initiative für die Reform des Berufskrankheitenrechtes dar.

*Hans-Jürgen Urban
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
der IG Metall*

Berufskrankheiten stellen ein extrem komplexes Themenfeld dar. Hier wirken Rechtssetzung, Wissenschaft, Bürokratie und profitgetriebene Skrupellosigkeit zusammen. Dieses Buch will die Defizite und den Handlungs- und Reformbedarf im System der Berufskrankheiten aufzeigen. Es hat nicht den Anspruch, ein juristisches oder medizinisches Fachbuch zu sein. Es geht vielmehr darum, die Diskussion an zu stoßen.

Um die Zusammenhänge verständlicher zu machen haben wir uns entschieden, die wichtigsten Probleme anhand einzelner Berufskrankheiten aufzubereiten. Wir haben uns dabei bemüht, die Krankheitsbilder und daran deutlich werdende Zusammenhänge kurz und für Laien verständlich darzustellen. Die Kapitel stehen weitgehend für sich, sodass die Leserin, der Leser gezielt einzelne Kapitel auswählen kann. Ergänzt werden die Kapitel durch Gastbeiträge verschiedener Expertinnen und Experten, die jeweils themenbezogen zugeordnet sind und ebenfalls für sich stehen können.

Im 1. Kapitel umreißt Hans-Jürgen Urban zunächst die Defizite im Berufskrankheitenrecht und erläutert die Anforderungen, die aus Sicht der IG Metall zu stellen sind.

Ein typischer Verlauf eines Berufskrankheiten-Verfahrens und die Unwägbarkeiten der Entschädigung werden in Kapitel 2 anhand des Falles eines Betroffenen geschildert.

Wie schon erwähnt, will dieses Buch keine juristische Fachliteratur ersetzen. Weil viele Detailprobleme aber erst durch den Ablauf des Anerkennungsverfahrens verständlich werden, haben wir in Kapitel 3 die wichtigsten Stationen dieses bürokratischen Hürdenlaufes zusammengefasst.

Im Kapitel 4 sind die Zahlen aufbereitet und die Berufskrankheiten ins übrige Krankheitsgeschehen eingeordnet. Dabei wird unter anderem deutlich, welche Krankheitsbilder in der Berufskrankheiten-Liste fehlen.

Im Kapitel 5 beleuchten wir am Beispiel Asbest die unsägliche Rolle einzelner Gutachter.

Das Kapitel 6 zeigt, wie schnöde sich die Versicherungslogik auf die Anerkennung einer Berufskrankheit auswirken kann.

Die Erkrankungen der Wirbelsäule waren lange ein sozialpolitisches Kampfgebiet des kalten Krieges. Kapitel 7 zeigt „warum“ und „dass“ diese Auseinandersetzung nicht vorbei ist.

In Kapitel 8 wird anhand der Gonarthrose eindrucksvoll deutlich, wie Dosis-Wirkungsmodelle wirken können.

Lärmschwerhörigkeit ist eine der häufigsten angezeigten Berufskrankheiten. In Kapitel 9 ist nach zu lesen, wie eine willkürliche Grenzziehung bei den Anerkennungsvoraussetzungen tausende Betroffene leer ausgehen lässt.

Kapitel 10 zeigt, wie schlecht die Arbeitsbedingungen gewesen sein müssen, damit Schweißer eine Chance auf Anerkennung ihrer Berufskrankheit haben können.

Anhand der Hauterkrankungen wird in Kapitel 11 deutlich, dass die Berufsgenossenschaften – aber auch die Betriebe – bisher keine Konsequenzen aus dem Berufskrankheitengeschehen für ihre Präventionsarbeit ziehen.

Im 12. und letzten Kapitel werden die wichtigsten Schlussfolgerungen noch einmal zusammengefasst. Hier sind auch die Defizite sowie der Handlungs- und Reformbedarf in Form von zehn Thesen der IG Metall zum Berufskrankheitenrecht dokumentiert.

Im Anhang finden sich neben der aktuellen Berufskrankheiten-Liste auch nützliche Literaturtipps.

1. Defizite und Reformbedarf im Berufskrankheitenrecht



*Dr. Hans-Jürgen Urban
Geschäftsführendes Vorstandsmitglied
der IG Metall*

Jahr für Jahr legen die Berufsgenossenschaften die Zahlen über die Entwicklung bei den Berufskrankheiten vor. Dabei wird deutlich, in welchen Dimensionen sich das Berufskrankheitengeschehen bewegt. Besonders gravierend ist das Missverhältnis zwischen Verdachtsmeldungen und Anerkennungen.

Was sich hinter diesen trockenen Zahlen verbirgt, sind erhebliche Defizite in der sozialen Sicherung der Beschäftigten. Gerade diejenigen, die durch ihre Arbeit ernsthaft krank geworden sind und Unterstützung brauchen, erleben das. Das ist in den Fällen besonders gravierend, in denen die Betroffenen wegen ihrer Krankheit nicht mehr arbeiten können und auf eine Rente angewiesen sind. Geht es darum, für die Anerkennung einer Berufskrankheit den Nachweis darüber zu erbringen, dass alle Voraussetzungen für eine Schadensregulierung vorliegen, so fällt dies in vier von fünf Fällen schwer bzw. ist schlichtweg nicht möglich. Und wenn es um die Anerkennung einer Rente geht, sind die Hürden noch höher aufgestellt.

Unzählige menschliche Schicksale und Tragödien verbergen sich hinter diesen Fakten. Unabhängig davon, ob die Anerkennung einer Berufskrankheit gelingt, sind die Betroffenen krank. Sie brauchen medizinische Hilfe und soziale Unterstützung. Stattdessen müssen sie sich durch ein hoch komplexes Anerkennungsprozedere kämpfen, das viele schlicht und ergreifend überfordert. Das Wissen darüber, wie man sich in diesen Verwaltungsverfahren verhält und worauf es ankommt, ist kaum verbreitet. Auch deshalb scheitern viele Verfahren.

Die Hürden für eine Anerkennung einer Berufskrankheit müssen gesenkt werden

Der Ordnungsgeber und die Rechtsprechung haben über viele Jahre und Jahrzehnte hinweg ein ausdifferenziertes System entwickelt, nach dem festgelegt ist, welche Bedingungen hinsichtlich der Dauer und der konkreten Belastung erfüllt sein müssen, damit eine Erkrankung

auch als Berufskrankheit anerkannt werden kann. Im Recht der Berufskrankheiten ist genau festgelegt, welche Zusammenhänge nachzuweisen sind. Dabei handelt es sich meist weniger um objektive wissenschaftliche Sachverhalte als vielmehr um politische Entscheidungen. Das wird etwa an folgendem Zusammenhang deutlich: Für die Anerkennung einer Berufskrankheit wird der Nachweis gefordert, dass die beruflichen Einwirkungen wesentlich für die Entstehung einer Berufskrankheit sein müssen. So weit, so gut. Der Verordnungsgeber interpretiert dies dahingehend, dass eine Verdopplung des Erkrankungsrisikos gegenüber der restlichen Bevölkerung vorliegen muss. Ansonsten kann die berufliche Verursachung bestritten, bzw. als nicht ausreichend angesehen werden. Doch für diese Anforderung eines doppelten Risikos gibt es keine objektiven Gründe, die andere Risikowerte grundsätzlich ausschließen würden. In der Fachwelt bestehen daher erhebliche Zweifel daran, ob unbedingt ein doppelt so hohes Risiko bei einer Berufskrankheit bestehen muss oder ob nicht auch eine deutlich geringere Korrelation ausreichen würde. Der Eindruck ist nicht von der Hand zu weisen, dass der Gesetzgeber möglichst hohe Hürden für eine Anerkennung aufgestellt hat, damit nur wenige darüber springen können.

Dies kommt den Arbeitgebern zugute und verhindert, dass Versicherte ihre begründeten Ansprüche realisieren können. Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, den sozialen Schutz der Versicherten zu gewährleisten. Darüber hinaus übernimmt die Unfallversicherung im Falle eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit die Haftung gegenüber den versicherten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern. Damit wird verhindert, dass sich die Schadensersatzansprüche direkt an den einzelnen Arbeitgeber richten und von ihm reguliert werden müssten. Nur in sehr seltenen Ausnahmen besteht die Möglichkeit, dass Arbeitnehmer dennoch privatrechtlich eine Schadensersatzklage führen können. Die Arbeitgeber zahlen Beiträge dafür, dass ein Teil ihrer allgemeinen Fürsorgepflicht, die sie gegenüber „ihren“ Beschäftigten haben, von der Unfallversicherung übernommen wird. Vor diesem Hintergrund ist es ein Skandal, dass die Anforderungen an die Anerkennung einer Berufskrankheit derzeit faktisch als Abschneidegrenzen wirken. Versicherte müssen erwarten können, dass ihre Schadensersatzansprüche im Falle eines Falles auch angemessen reguliert werden. Deshalb müssen die Hürden für eine Anerkennung deutlich gesenkt und die Voraussetzungen für den Nachweis einer Berufs-

krankheit müssen erleichtert werden. Dass das deutsche System nicht alternativlos ist, zeigen Regelungen in anderen europäischen Staaten, in denen es den Betroffenen leichter fällt, für einen arbeitsbedingten Schaden eine Entschädigung zu bekommen.

„ ... der Vorstand der IG Metall soll ...

- auf den Gesetzgeber einwirken, dass für die entsprechenden Berufskrankheiten-Verfahren eine Beweislastumkehr, mindestens aber eine Beweiserleichterung eingeführt wird;
- auf die Länder einwirken, dass die Gewerbeärzte ihre Aufgaben in dem Berufskrankheiten-Verfahren im vollem Umfang wahrnehmen“ (22. Gewerkschaftstag der IG Metall, 2011 in Karlsruhe)

Arbeit kann krank machen – aber das spiegelt sich nicht im System der Berufskrankheiten wider

Die Anzeigen und Anerkennungen von Berufskrankheiten sind nur die „Spitze eines Eisbergs“. Bekanntermaßen versteckt sich bei einem Eisberg der größte Teil des Eises unter der Wasseroberfläche. Ähnlich verhält es sich hier. Die meisten Erkrankungen befinden sich quasi unter der Oberfläche. Es liegen umfangreiche Studien vor, etwa die regelmäßigen Beschäftigtenbefragungen von BIBB/BAuA, die Auskunft über die Arbeitsbelastungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten geben. „Klassische“ Belastungen wie Arbeiten unter Lärm, körperlich schwere Arbeit u. ä. bleiben anhaltend hoch. „Neue“, psychische Belastungen sind in den letzten Jahren vermehrt hinzugekommen. Und dass diese psychischen Belastungen auch aus der Arbeit resultieren, wird mittlerweile sogar von den Arbeitgebern nicht mehr ernsthaft bestritten, wie die „Gemeinsame Erklärung zur psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt“ vom September 2013 belegt. All das kann krank machen, wie die Statistiken der Krankenversicherungen zeigen. Aber dieses Krankheitsgeschehen spiegelt sich in dem Berufskrankheitengeschehen nur unzureichend wider. Die derzeit 73 (!) vom Verordnungsgeber in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommenen Krankheiten bilden nur einen Bruchteil der arbeitsbedingten Erkran-

kungen ab. Krank sind die Betroffenen aber dennoch. Allerdings ist die „Kostenstelle“ eine andere: Kranken- und Rentenversicherung übernehmen die Behandlungs- und Reha-Kosten.

Zweifel nicht erlaubt

Der für eine Anerkennung geforderte „Vollbeweis“ bedeutet: Es müssen die Krankheit, die versicherte Tätigkeit und die durch sie bedingten schädigenden Einwirkungen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

(vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 22. August 2000 – B 2 U 34/99 R).

Der Fortschritt ist eine Schnecke

Die Zeit, bis eine Krankheit als Berufskrankheit Eingang in das System findet, dauert nach wie vor viel zu lange. Teilweise sind dies Jahrzehnte! Liegen Hinweise darüber vor, dass ein Zusammenhang zwischen der Arbeit und einer Krankheit bestehen kann, beginnt ein langwieriges Verfahren, bis ein Konsens darüber tatsächlich auch erreicht wird und die Krankheit vom Verordnungsgeber in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wird. Das hat viel damit zu tun, wie wissenschaftliche Erkenntnisse interpretiert und bewertet werden. Eine wesentliche Ursache liegt aber schlicht und ergreifend darin, dass es viel zu wenig arbeitsmedizinische und arbeitswissenschaftliche Forschung dazu gibt. Mit der schrittweisen Abschaffung arbeitsmedizinischer Lehrstühle an den Hochschulen hat der Staat in den vergangenen Jahren erheblich dazu beigetragen. Doch nicht nur hier fehlen die notwendigen Ressourcen, um das Berufskrankheiten-System angemessen auszugestalten. Dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten stehen keinerlei Mittel zur Verfügung, die eine Bearbeitung vorliegender Hinweise auf Berufskrankheiten in einer angemessenen Zeit ermöglichen würden. Ein weiterer Skandal im Zusammenhang mit der Anerkennung von Berufskrankheiten, der offen gelegt werden muss. Der Handlungsbedarf für eine Beschleunigung der Verfahren ist dringend geboten.

Arbeitsmedizinische Erkenntnisse fließen unzureichend in die Berufskrankheiten-Prozesse ein

Aber auch dann, wenn sich die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen geeinigt haben und der Verordnungsgeber eine Krankheit in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen hat, ist dies noch längst keine Garantie dafür, dass Betroffene zu ihrem Recht kommen können. Experten gehen davon aus, dass die Dunkelziffer der Fälle, in denen eine Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit unterbleibt, weil die behandelnden Ärztinnen und Ärzte keinen Zusammenhang zwischen der Krankheit und der Arbeit sehen, noch um ein Vielfaches höher liegt als die Zahl der angezeigten Fälle. Welcher Arzt fragt schon nach, unter welchen Bedingungen die Patientinnen und Patienten arbeiten? Daraus könnten aber wichtige Hinweise gewonnen werden auf mögliche Erkrankungsursachen. Und auch wenn die Mediziner verpflichtet sind, bei Verdacht auf eine Berufskrankheit eine Anzeige vorzunehmen, unterbleibt dies zu häufig. Es stimmt nachdenklich, dass nur ein geringer Prozentsatz aller Verdachtsanzeigen von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten vorgenommen werden. Es scheint etwas dran zu sein an den Berichten, dass Ärzte Schwierigkeiten mit der Betriebsleitung bzw. der Personalabteilung bekommen, wenn sie den Verdacht auf eine Berufskrankheit zur Anzeige bringen.

Dabei lässt sich das Problem von Seiten der Betriebe durchaus lösen! Werden Berufskrankheiten-Anzeigen zum Anlass für systematische Analysen der Arbeitsbedingungen und der krankheitsauslösenden Faktoren genommen, ergeben sich daraus wichtige Hinweise für die Prävention. Das beste Mittel gegen Berufskrankheiten ist nun mal die betriebliche Prävention. Dazu sind sowohl die Verdachtsanzeigen als auch die Anerkennungen hilfreich. Selbst wenn die Kriterien für die Anerkennung einer Berufskrankheit nicht erfüllt sind, zeigen die Verdachtsanzeigen auf, wo gesundheitliche Störungen vorliegen. Hier anzusetzen, muss die Konsequenz für die Betriebe sein.

Bei den Berufsgenossenschaften muss eine bessere Verzahnung zwischen Präventionsabteilungen und den Abteilungen stattfinden, die für die Schadensregulierung von Berufskrankheiten zuständig sind. In diesem Zusammenspiel könnten wichtige Hinweise dafür gewonnen werden, auf was bei Betriebsbegehungen zu achten ist, welche Hinweise zur Arbeitsgestaltung zu geben sind usw.

Die Prävention ist nicht konsequent

Wo der Schutz der Gesundheit von Beschäftigten nur nachrangiger Parameter für die Ausgestaltung betrieblicher Prozesse ist, wird erst recht der Verhinderung von Berufskrankheiten und verbesserten Anerkennungs Voraussetzungen für die Beschäftigten keinerlei Relevanz beigemessen. Dazu passt, dass die Arbeitgeber über lange Jahre eine Politik im Umgang mit den Berufsgenossenschaften betrieben haben und nach wie vor betreiben, die die Leistungen ganz wesentlich unter dem Beitragsaspekt ausgestalten will. Die Arbeitgeberforderung nach einem Wegfall der Wegeunfälle aus dem Leistungskatalog der Berufsgenossenschaften als Dauerbrenner ihres Forderungskatalogs gehört ebenso dazu wie der Aufbau möglichst hoher Hürden bei der Anerkennung von Berufskrankheiten. Nur durch den entschiedenen Widerstand der Gewerkschaften ist es gelungen, drastische Einschnitte in den Leistungskatalog zu verhindern.

Allerdings wird eine Beibehaltung der grundlegenden Strukturen zur Leistungserbringung der Berufsgenossenschaften den zukünftigen Anforderungen nicht gerecht. So wie sich die Betriebe gegenwärtig mit umfangreichen demografischen Veränderungen konfrontiert sehen, die Investitionen in alters- und altersgerechte Arbeit erforderlich machen, um den Schutz der Gesundheit der Beschäftigten nachhaltig zu sichern, so werden auch die Berufsgenossenschaften ihren Beitrag dafür weiterentwickeln müssen. Das betrifft insbesondere die Ausgestaltung der Präventionsaktivitäten. Hier gilt es, den Sachverstand und die Ressourcen auszubauen und in den Betrieben mehr Präventionsaktivitäten zu initiieren.

Die Betroffenen sind hilflos

Eine Aufgabe der Berufsgenossenschaften ist es, den sozialen Schutz der Versicherten zu gewährleisten. Mit einem System der Leistungsverhinderung durch eine unzureichende Anerkennungspraxis bei den Berufskrankheiten werden sie diesem Auftrag nicht gerecht. Eine solche Politik findet auf dem Rücken der Beschäftigten statt, die durch ihre Arbeit krank geworden sind. Es gilt, Veränderungen auf den Weg zu bringen, die den Kolleginnen und Kollegen zu Gute kommen.

Unsere Aufgabe als Gewerkschaft ist es darüber hinaus, den Betroffenen zu ihrem Recht zu verhelfen. Wir tun dies, indem wir sie

beraten und in den Anerkennungsverfahren unterstützen bis hin zum Rechtsschutz in Widerspruchsverfahren. Doch auch wenn wir dabei recht erfolgreich sind, wird dies letztlich nicht ausreichen. In einem System, das darauf ausgelegt ist, Ansprüche möglichst gering zu halten oder zu verhindern, geht der Handlungsbedarf über Beratung und Rechtsschutz deutlich hinaus.

Wir brauchen Veränderungen, die die Anerkennungshürden senken. Die sozialpolitische Fehlsteuerung bei der Verteilung der Kosten muss korrigiert werden. Wir brauchen Verfahrensänderungen, die die Prozesse im Berufskrankheiten-System beschleunigen und transparenter machen und wir brauchen insgesamt ein System, in dem die Betroffenen ihre berechtigten Ansprüche durchsetzen können.

In diesem Sinne wollen wir mit dem vorliegenden Schwarzbuch aufmerksam machen auf den Skandal bei den Berufskrankheiten. Es ist ein Beitrag hin zu einer Reform des Systems.

2. Einer von vielen

Hermann Sauer (Name von der Redaktion geändert) ist ein freundlicher Mann Ende 50. Wir sitzen am Esstisch seiner Küche in einem netten Einfamilienhaus. „Zum Glück ist das Haus bezahlt. Wenn wir jetzt auch noch Miete zahlen müssten, wüsste ich nicht, wie es weitergehen soll.“ Sauer wirkt müde und abgespannt. Sein Händedruck ist schlaff und scheint gar nicht zu seiner kräftigen Statur zu passen. „Seit ein paar Jahren habe ich immer das Gefühl, dicke Wollhandschuhe zu tragen, deshalb weiß ich immer nicht, wie fest ich zudrücken soll“, erwidert Sauer auf meinen etwas irritierten Blick. Wir sind verabredet, weil er seine Geschichte erzählen will und mithelfen möchte, dass es anderen nicht so ergeht wie ihm.

»Es fing damit an, dass ich ein seltsam taubes Gefühl in meinen Zehen hatte. So, als ob man lange zu kleine Schuhe getragen hätte. Mit so etwas geht man natürlich nicht zum Arzt. Aber als ich mir immer weniger merken konnte und schon mal im Laden stand ohne überhaupt zu wissen, was ich kaufen wollte, hat meine Frau darauf bestanden, dass ich mich endlich untersuchen lasse.«

Sauer will einen seiner zahlreichen Ordner holen, in denen seine Krankheitsgeschichte dokumentiert ist. Kehrt aber nach kurzer Zeit mit leeren Händen zurück. „Was wollte ich gerade noch holen?“. Nach einiger Zeit und mit Hilfe seiner Frau liegen schließlich die Unterlagen auf dem Küchentisch. Sauer berichtet, dass er Anfang der siebziger Jahre eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker gemacht hat. Nach seinem Wehrdienst hat er dann bei drei weiteren Kfz-Werkstätten gearbeitet. Am längsten bei der dritten. Dort hat er auch seinen Meisterbrief gemacht. „Aber das war auch ein recht kleiner Betrieb. Bei komplizierteren Sachen oder wenn es ganz eilig war, habe ich da ganz normal mitgearbeitet. Hauptsächlich Unfallinstandsetzung haben wir gemacht. Alles aus einer Hand: die Technik, Blech und Kunststoff und auch das Lackieren. Heute macht das ja kaum noch einer, aber damals waren die Kunden froh, weil es schneller ging.“

Inzwischen glaubt Sauer, dass es diese Lackier- und Spachtelarbeiten waren, die ihn krank gemacht haben. Nach einer langen Odyssee bei Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, in deren Verlauf seine Krankheit einfach nicht besser werden wollte, kristallisierte sich schließlich die Diagnose Polyneuropathie heraus. Also eine Störung der peripheren Nerven, die durch Schadstoffe verursacht wird, unter anderem auch

durch Alkohol. „Das wäre einfacher gewesen, dann hätte ich ja gewusst, was ich machen muss. Aber daran lag es bei mir nicht. Mehr als ein, zwei Bier die Woche habe ich noch nie getrunken.“

Sauer und seine Ärzte haben die Lösemittel im Verdacht. Er hat daher einen Antrag auf Anerkennung als Berufskrankheit (BK 1317 – Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder andere Gemische) bei der Berufsgenossenschaft gestellt.

»Die wollten es sich damals leicht machen. Zwei der Betriebe, in denen ich gearbeitet habe, gibt es schon lange nicht mehr und im dritten hätten sie keine Unterlagen mehr gefunden, hieß es. Weil ich Meister war, haben sie mir dann einfach unterstellt, ich hätte sowieso nicht mit Lösemitteln gearbeitet. Aber wir hatten ja noch nicht einmal eine richtige Lackierkabine. Das Zeug war also in der ganzen Werkstatt, wenn lackiert oder gespachtelt wurde.«

Auch die medizinischen Gutachten, die auf Veranlassung der Berufsgenossenschaft eingeholt wurden, ergaben keine eindeutige Diagnose. Sauer legte gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft Widerspruch ein und wollte diesmal alles richtig machen. Er geriet dabei unglücklicherweise an einen recht fragwürdigen Gutachter, der bei Sauer eine wahre Vielzahl von Erkrankungen diagnostizierte und ihm riet, sie alle im Widerspruch anzuführen. „Inzwischen weiß ich, dass das völliger Quatsch war.“ Im Bescheid der Berufsgenossenschaft wurde darauf verwiesen, dass Sauer offensichtlich eine ganze Reihe von Allergien hätte und die Tatsache, dass sich seine Erkrankung nach dem Ende der Exposition weiter verschlimmert habe, ein Indiz dafür sei, dass die Ursache nicht in der Arbeit zu suchen sei. Deshalb endete auch die Verhandlung vor dem Sozialgericht mit einer Ablehnung.

Inzwischen wurde das Merkblatt für die Berufskrankheit 1317 überarbeitet, und die weitere Verschlimmerung nach dem Ende der Exposition ist nun ausdrücklich als möglicher Krankheitsverlauf aufgenommen worden. Grund genug, das Anerkennungsverfahren erneut einzuleiten. Für sein neues Verfahren erhält Sauer Rechtsschutz von der IG Metall. „Das hätte ich gleich machen sollen. Die Ärzte hatten einfach gar keine Ahnung, worauf es bei einer Berufskrankheit ankommt. Und hätte ich damals schon gewusst, dass man selber Zeugen benennen kann, hätte ich doch meine Kollegen von damals angerufen, damit sie der BG erzählen, wie wir gearbeitet haben.“

So wie Hermann Sauer geht es vielen Kolleginnen und Kollegen. Gut 300 Mal pro Jahr wird der Verdacht auf eine Berufskrankheit durch Lösemittel angezeigt. Ganze neun Fälle wurden 2012 anerkannt, acht mit einer Rente entschädigt. Alle Übrigen gingen leer aus. Da kann etwas nicht stimmen. Hermann Sauer war der Auffassung: Die Arbeit hat mich krank gemacht. Also ist meine Krankheit eine Berufskrankheit. Wenn ich schon nicht wieder gesund werden kann, steht mir wenigstens eine Entschädigung zu. Hermann Sauer hat sich geirrt und wurde enttäuscht. Und er ist bei weitem kein Einzelfall. Die Sache hat System, und das System selbst ist krank.

3. Die Stationen eines Berufskrankheiten-Verfahrens

Was ist eine Berufskrankheit?

Wie der Fall Sauer zeigt ist längst nicht jede arbeitsbedingte Erkrankung auch eine Berufskrankheit – wenn man das Berufskrankheitenrecht zu Grunde legt. Im § 9 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) ist definiert, was unter einer Berufskrankheit zu verstehen ist. Entschlüsselt man die komplizierten juristischen Formulierungen, so kommt heraus: Nur ganz bestimmte Erkrankungen können als Berufskrankheit gelten und unter Umständen anerkannt und entschädigt werden.

Krankheiten, auf die diese Voraussetzungen zutreffen, können vom Verwaltungsgeber in die so genannte Berufskrankheiten-Liste aufgenommen werden. Derzeit sind in dieser Liste 73 Krankheiten aufgeführt.

Die wichtigsten Stationen des Berufskrankheiten-Verfahrens



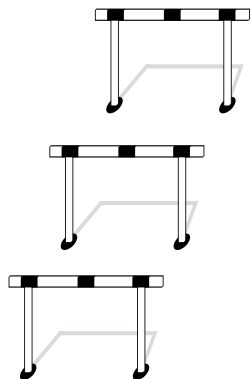
Im jeweiligen Einzelfall muss zweifelsfrei nachgewiesen werden, dass bestimmte berufliche Belastungen zu einer bestimmten Krankheit geführt haben. Um zu klären, ob das zutrifft, kommt ein gesetzlich vorgeschriebenes Verfahren zur Anwendung, dessen wichtigste Stationen wir hier beschreiben. Wir werden noch sehen, dass es sehr schwierig ist, die Anerkennung einer Berufskrankheit zu erreichen.

Für fast alle Berufskrankheiten gibt es so genannte „Merklblätter“. In ihnen sind die Voraussetzungen konkretisiert, die vorliegen müssen, damit eine Krankheit als Berufskrankheit entschädigt werden kann.

Darüber hinaus gibt es Gutachterempfehlungen, mit deren Hilfe eine Berufskrankheit diagnostiziert werden soll.

Das Anerkennungsverfahren baut hohe Hürden auf

Ist schon die Definition einer Berufskrankheit sehr eng gefasst, so sind im nächsten Schritt der Nachweis und die Anerkennung noch einmal mit zusätzlichen, oft schwer zu erfüllenden Bedingungen versehen. Diese Anerkennungs Voraussetzungen errichten insgesamt zu viele und zu hohe Hürden und benachteiligen so die Antragsteller. Faktisch schneiden diese umfangreichen Anforderungen die berechtigten Ansprüche der Versicherten ab.



§ 9 (1) Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die **Bundesregierung durch Rechtsverordnung** ... als Berufskrankheiten bezeichnet... die nach den **Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft** durch **besondere Einwirkungen** verursacht sind, denen **bestimmte Personengruppen** durch ihre **versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade** als die übrige Bevölkerung ...

Voraussetzungen für die Anerkennung

Generell werden bei einer angezeigten Erkrankung zwei Sachverhalte geprüft: Besteht ein Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der versicherten Tätigkeit? Man spricht hier von haftungsbegründender Kausalität. Das bedeutet: Da die Berufsgenossenschaft als Versicherung nur für Schäden haftet, die mit der versicherten Tätigkeit im Zusammenhang stehen, muss sie prüfen, ob eine solche Haftung tatsächlich begründet wird. Die Haftung für privat verursachte Erkrankungen ist ausgeschlossen. Es wird geprüft, ob ein Zusammenhang zwischen der schädigenden Einwirkung und der Krankheit besteht. Das wird als haftungsausfüllende Kausalität bezeichnet.

Um diese Fragen zu klären, muss die Arbeitsgeschichte erhoben werden und in der Regel auch ein medizinisches Zusammenhangsgutachten erstellt werden. Beide Zusammenhänge müssen nachgewiesen werden. Mit anderen Worten: Es muss erstens nachgewiesen werden, dass der Erkrankte während seiner Tätigkeit einer bestimmten Belastung ausgesetzt war. Zweitens muss belegt sein, dass diese Belastung wesentlich für die Erkrankung war. Wird die erste Frage eindeutig mit „Nein“ beantwortet, wird in der Regel kein medizinisches Gutachten mehr in Auftrag gegeben. Das Verfahren wird dann mit einer Ablehnung beendet.

Sowohl bei der Erhebung der Arbeitsgeschichte als auch beim medizinischen Gutachten sind aber häufig schwerwiegende Mängel zu beobachten. Die Qualität der technischen und medizinischen Gutachten ist allzu oft oberflächlich und mangelhaft. Das wirkt sich nachteilig für die Betroffenen aus und wird der Tragweite der auf ihrer Basis getroffenen Entscheidungen nicht gerecht.

Die Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit

Unternehmer und Ärzte (inklusive Betriebsärzte) sind verpflichtet, der zuständigen Berufsgenossenschaft den Verdacht auf eine Berufskrankheit zu melden. Auch die Krankenkassen und die Rentenversicherung müssen Verdachtsfälle anzeigen. Darüber hinaus hat jede/r das Recht, eine Berufskrankheit bei der Berufsgenossenschaft anzuzeigen: Betroffene, Angehörige, Kolleginnen und Kollegen, Betriebsräte. In der Regel sollte man seinen behandelnden Arzt bitten, eine Verdachtsanzeige zu stellen.

Hat die Berufsgenossenschaft eine Verdachtsmeldung erhalten, ist sie verpflichtet, mit den Ermittlungen zu beginnen. Dazu muss keine spezielle Aufforderung erfolgen.

Die Erhebung der Arbeitsgeschichte

Die „haftungsbegründende Kausalität“ ist eine der Voraussetzungen für die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit. Es muss klar sein, dass die Krankheit durch die berufliche Tätigkeit hervorgerufen wurde. Überprüft wird das durch eine genaue Erhebung der Arbeitsumstände: Alle relevanten beruflichen Belastungen während der versicherten Tätigkeit müssen nachgewiesen werden. Diese Erhebung muss nicht nur für den Betrieb, in dem der Beschäftigte zuletzt tätig war, vorgenommen werden, sondern für das gesamte Erwerbsleben.

Zur Ermittlung der Arbeitsgeschichte werden in der Regel Fragebögen an den Antragsteller, bzw. die Antragstellerin und die Betriebe versandt, in denen dieser beschäftigt ist oder war. Es kommt auch vor, dass zur Klärung der Arbeitsbedingungen ein persönliches Gespräch mit dem Antragsteller geführt wird. Die Auskünfte der Betriebe und die Angaben des Antragstellers liefern wichtige Anhaltspunkte für die Belastung am Arbeitsplatz und sind von maßgeblicher Bedeutung für das Verfahren. Deshalb ist es wichtig, dass die Berufsgenossenschaft diese Ermittlung mit der notwendigen Gründlichkeit erledigt.

Die Erfahrungen zeigen leider, dass das nicht immer der Fall ist. Manchmal handhaben die Berufsgenossenschaften ihre Begutachtungspraxis restriktiv oder nicht mit dem erforderlichen Engagement. Die rechtlichen Anforderungen an die Arbeitsanamnese werden in der Praxis häufig zu Ungunsten der Versicherten ausgelegt. So werden Vorerkrankungen und private Einflussfaktoren von den Berufsgenossenschaften überbewertet und führen häufig schon in einem frühen Stadium der Ermittlung zur Ablehnung. Die besten Ergebnisse werden erfahrungsgemäß erzielt, wenn sich alle zusammensetzen, die wichtige Informationen zur Arbeitsgeschichte beitragen können.

Besonders schwierig ist die Ermittlung bei lange zurückliegenden Expositionen, wenn zum Beispiel der Arbeitsplatz nicht mehr besteht oder nur unzureichende Daten vorliegen. Oder wenn es sich z.B. um Leiharbeit oder Werkverträge mit häufig wechselnden Arbeitsorten handelt.

Falls es von der Berufsgenossenschaft als notwendig angesehen wird, bekommt der Technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft den Auftrag, eine gründliche Erhebung der Arbeitsgeschichte im Betrieb vorzunehmen. Das sollte unbedingt immer direkt im Betrieb geschehen. Wenn nur vom Schreibtisch aus ermittelt wird, wenn sich der Technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft zu schnell mit den Aussagen des Arbeitgebers zur Arbeitssituation zufrieden gibt, statt weitere Anhaltspunkte für berufliche Belastungen zu ermitteln, kann sich das für die Erkrankten nachteilig auswirken.

Die Aufsichtsperson der Berufsgenossenschaft muss sich bemühen, die Sachverhalte sorgfältig zu klären. Die Berufsgenossenschaft muss den Betriebsrat immer über ihre Ermittlungen im Betrieb informieren, so dass dieser sich aktiv an der Aufklärung der Zusammenhänge beteiligen kann. Dazu könnten zum Beispiel Datenblätter über Gefahrstoffe angefordert oder Zeugenaussagen eingeholt werden. Weil die Ursachen für Berufskrankheiten oft weit zurück liegen, empfiehlt es sich, Kontakt zu älteren Kollegen, der früheren Sicherheitsfachkraft oder anderen Zeugen aufzunehmen. Immer mit dem Ziel, so vollständig wie möglich die früheren Belastungen zu ermitteln.

Eine wichtige Informationsquelle ist die seit 1996 im Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung. Sie soll Gesundheitsgefährdungen aufdecken und dazu beitragen, diese zu beheben. Sofern eine Gefährdungsbeurteilung für die infrage kommenden Arbeitsplätze durchgeführt wurde, muss sie natürlich unbedingt herangezogen werden.

Übrigens können auch andere Dokumentationen wie etwa eine Arbeitsmedizinische Vorsorgekartei eine große Hilfestellung für den Nachweis sein. Ein Argument mehr, sich dringlich dafür im Betrieb einzusetzen, dass die Arbeitgeber ihren gesetzlichen Verpflichtungen endlich nachkommen.

Das medizinische Gutachten

Hat die Erhebung der Arbeitsgeschichte ergeben, dass die schädigende Einwirkung mit der versicherten Tätigkeit in Zusammenhang steht, entscheidet die Berufsgenossenschaft, ob ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben wird. Durch den § 200 SGB VII ist die Berufsgenossenschaft verpflichtet, dem Antragsteller mehrere (in der Regel drei) Gutachter zur Auswahl zu nennen.

Quecksilber in Marktredwitz



Prof. Dr. Gine Elsner, bis 2009 Direktorin des Instituts für Arbeitsmedizin des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main.

Helmut Valentin war der erste Inhaber eines Lehrstuhls für Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik. Er prägte die wissenschaftliche bundesdeutsche Arbeitsmedizin in hohem Maße. Viele seiner Schüler besetzten und besetzen Arbeitsmedizin-Professuren. Die von Valentin gegründete „Arbeitsmedizin-Schule“ hatte aber auch immer Kritiker: Denn sie war industrie- und arbeitgebernahe.

Quecksilber in Marktredwitz

Mit Datum vom 12. Oktober 1989 hatte der Bayerische Landtag einen Untersuchungsausschuss eingerichtet im Zusammenhang mit Betrieb und Stilllegung der Chemischen Fabrik Marktredwitz (Bayerischer Landtag). Der Schlussbericht des Untersuchungsausschusses weist aus, dass Prof. Dr. Helmut Valentin am 27. März 1990 als Zeuge angehört wurde. In der Chemischen Fabrik Marktredwitz (CFM) wurden quecksilberhaltige Pestizide und Insektizide und quecksilberhaltige Saatgutbeizmittel hergestellt. Der Betriebsratsvorsitzende schaltete Valentin Mitte 1974 ein. Er hätte sich sehr viel von Prof. Valentin erhofft, er sei aber bitter enttäuscht worden, gab er vor dem Untersuchungsausschuss zu Protokoll. „Wir hatten natürlich, also das heißt, der Betriebsrat hatte den Eindruck, ich komme nicht umhin, das so zu formulieren, dass Prof. Valentin genau das gemacht hat, was die Berufsgenossenschaft wollte“, so bei seiner Einvernahme vor dem Ausschuss.

Die bei den Beschäftigten gemessenen Quecksilberkonzentrationen im Blut und im Urin waren sehr hoch. So wurden in den Jahren 1979 bis 1984 Quecksilberkonzentrationen im Blut von 203mg/l oder 1.984 mg/l gemessen. Die Quecksilberkonzentrationen im Urin betragen in dieser Zeit maximal 1.262 mg/l oder 1.840 mg/l (ebenda, S. 43). Der Untersuchungsausschuss dokumentierte, dass bis 1970 eine Quecksilberkonzentration von 250 mg/l Urin als akzeptabel angesehen wurde, seit 1971 galten Grenzkonzentrationen von 100 mg/l Urin. Allerdings hätte Valentin vor dem Untersuchungsausschuss ausgeführt – so der Zeuge Gerd Albracht, damals IG Chemie –, „dass Quecksilberwerte im Urin von bis zu 500 mg/l vorliegen könnten, ohne dass

manifeste Quecksilbererscheinungen auftreten“ (ebenda, S. 49). Nach Aussagen dieses Zeugen hätte es durch Prof. Valentin einen Vorschlag gegeben, einen erhöhten Grenzwert von 200 mg/l Urin festzusetzen. Das heißt, „der Wert wurde auf seinen Vorschlag hin verdoppelt“.

Auch bei dem Betriebsratsvorsitzenden der CFM bestand der Verdacht auf eine Quecksilberintoxikation, und er wurde sowohl 1975 als auch 1977 von Valentin untersucht, der allerdings beide Male das Vorliegen einer Berufskrankheit verneinte. An Beschwerden wurden angegeben „Unruhe, Nachtschweiß, Schmerzen und Taubreizgefühl in den Armen und Beinen, häufig dumpfe bis stechende Stirn-Kopfschmerzen, bisweilen Benommenheit und plötzliches Schwanken beim Gehen. ... Angstgefühl, häufig trockener Mund, manchmal auch Speichelfluss“. Dennoch folgerte Valentin, dass „aufgrund des Fehlens charakteristischer subjektiver Beschwerden und objektiver Untersuchungsbefunde ... wir aber das Vorliegen einer berufsbedingten Quecksilbervergiftung verneinen mussten“ (ebenda, S. 43).

Zum 60. Geburtstag von Valentin im November 1979 veröffentlichten seine Schüler, Rainer Schiele und Karl-Heinz Schaller, einen Beitrag über „Untersuchungen an beruflich Quecksilber-exponierten Personen“ (Schiele u. a. 1979). „Wir hatten Gelegenheit, ein für bundesdeutsche Verhältnisse außergewöhnlich hoch belastetes Kollektiv eingehend zu untersuchen.“ Im Ergebnis fand sich, dass sieben Personen (von 23) einen Tremor aufwiesen. Einer davon „erschien etwas auffassungsschwert“. „Bei sechs weiteren Personen wurde der Verdacht auf eine leichte organisch-bedingte psychische Beeinträchtigung geäußert. ... Der Anteil von Personen mit niedriger Intelligenz lag mit neun überraschend hoch. ... Bei zwei Männern war die Lesezeit auf über neun Sekunden verlängert. In einem Fall erschien gleichzeitig auch das Kurzzeitgedächtnis vermindert.“ Nur acht Personen waren bei der neuropsychiatrischen Untersuchung völlig unauffällig, und es heißt: „Überraschend ist die große Zahl auffälliger Befunde in dem relativ kleinen Kollektiv. Sie darf aber nicht zu falschen Schlüssen hinsichtlich der Ursache verleiten. Wahrscheinlich spielen neben der Quecksilber-Exposition die örtliche und die soziale Selektion der Arbeiter sowie verschiedene außerberufliche Einflussfaktoren eine wesentliche Rolle, ... z. B. eine gewisse Aggravation ... Verfälschung ... Simulationstendenz. ... Die in dem Kollektiv gefundenen Minderbegabungen dürften anlagebedingt sein.“ – Auch in weiteren Aufsätzen über die Quecksilberbelasteten wurden keine ursächlichen Bezüge zu der Schwermetallvergiftung hergestellt (Triebig u. a. 1981 u. 1984). ■

Gekürzte Fassung aus Heft 3 / 2010 der Zeitschrift „Gute Arbeit“

Betroffene können auch eigene Vorschläge machen. In manchen Fällen kennt die IG Metall Verwaltungsstelle für die vorliegende Erkrankung besonders geeignete Gutachter.

Der Gutachter hält sich in der Regel an die in der Akte befindlichen Daten. Daher ist es besonders wichtig, dass die vorherige Ermittlung der Arbeitsbelastung sorgfältig und richtig gemacht worden ist. Es kommt allerdings vor, dass technische und medizinische Gutachten oberflächlich und mangelhaft sind und allzu leichtfertig für eine Ablehnung der Berufskrankheit sprechen. Bei der medizinischen Begutachtung drängt sich nicht selten der Eindruck auf, dass einzelne Gutachter auffällig oft Befunde zu Ungunsten der Versicherten bewerten. Dieser Eindruck verstärkt sich bei Gutachtern, die wirtschaftlich in besonders hohem Maß von den Unfallversicherungsträgern abhängig sind.

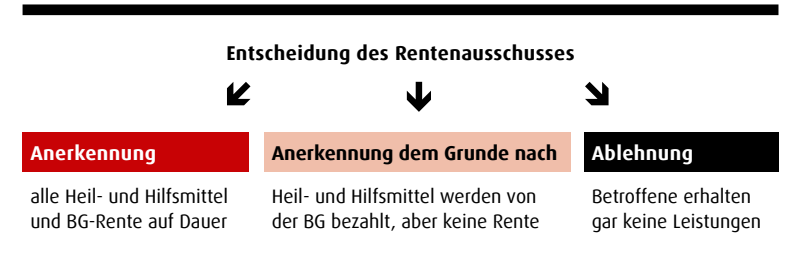
Das fertige Gutachten können die Betroffenen von der Berufsgenossenschaft anfordern. Wichtig bei der Bewertung eines Gutachtens ist, dass eine bereits vorliegende Erkrankung oder eine bestimmte Veranlassung zu einer Krankheit nicht automatisch Gründe dafür sind, Leistungen nicht zu gewähren. Es gilt der Grundsatz „jeder ist so versichert, wie er ist“ – also mit allen individuellen Besonderheiten. Das Gutachten soll der Berufsgenossenschaft helfen, eine Entscheidung zu treffen, sie muss der Empfehlung des Gutachters aber nicht unbedingt folgen.

Vom Bescheid bis zur Klage vor dem Sozialgericht

Berufsgenossenschaften sind so genannte selbstverwaltete Institutionen, d. h. es gibt neben einem hauptamtlichen Verwaltungsapparat, der die Geschäfte führt, eine ehrenamtlich tätige Selbstverwaltung. Diese Selbstverwaltung setzt sich zu gleichen Teilen aus Vertretern der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber zusammen.

Jede Entscheidung über die Anerkennung oder Ablehnung einer Berufskrankheit kommt immer unter Beteiligung eines Arbeitnehmervertreters und eines Arbeitgebervertreters zu Stande. Allerdings sind diese an die Vorgaben des Sozialgesetzbuches gebunden. Sind die dort festgelegten Voraussetzungen für die Anerkennung erfüllt, kann eine Berufskrankheit anerkannt werden. Gibt es Bedenken, können die Rentenausschussmitglieder die Entscheidungsempfehlung der Verwaltung hinterfragen bzw. dieser nicht folgen. Im Wesentlichen fungieren die gewerkschaftlichen Selbstverwalter deshalb als Qualitätssicherung des Verfahrens im Interesse der Versicherten.

Der Rentenausschuss der Berufsgenossenschaft kann zu drei unterschiedlichen Entscheidungen kommen:



1. Beschließt der Rentenausschuss, die Krankheit als Berufskrankheit mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 20 Prozent anzuerkennen, so zahlt die Berufsgenossenschaft eine monatliche Rente. Diese wird berechnet auf der Grundlage des Bruttojahresverdienstes des Versicherten. Davon werden zwei Drittel als Berechnungsrundlage herangezogen und anschließend mit den MdE-Prozentagen multipliziert. Beispiel: Hat der Versicherte vor seiner Berufskrankheit 60.000 Euro brutto verdient, beträgt der zu Grunde gelegte Betrag 40.000 Euro. Bei einer MdE von 20 Prozent ergibt das eine jährliche Rente von 8.000 Euro. Diese Rente wird lebenslang gezahlt, unabhängig davon, ob die Berufskrankheit zu einer Erwerbseinbuße geführt hat.

2. Die Krankheit wird „dem Grunde nach“ als Berufskrankheit anerkannt. Das bedeutet: Die Voraussetzungen einer Berufskrankheit sind erfüllt, aber die (in Prozent ausgedrückte) Minderung der Erwerbsfähigkeit wird mit einem Wert unter 20 Prozent festgesetzt. Die Berufsgenossenschaft übernimmt dann die Kosten für die Heilbehandlung, die Reha sowie für Heil- und Hilfsmittel. Die Betroffenen erhalten dann aber in der Regel keine Berufsgenossenschafts-Rente, es sei denn, niedrigere MdE-Bewertungen aus mehreren Fällen addieren sich auf mindestens 20 Prozent.

3. Der Rentenausschuss lehnt eine Anerkennung ab, wenn die geforderten Voraussetzungen für die Anerkennung nicht nachgewiesen werden konnten.

Wird der Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit abgelehnt oder ist der Antragsteller mit der im Bescheid getroffenen Entscheidung nicht einverstanden, kann innerhalb von einem Monat ein Widerspruch eingelegt werden.

Verfahren vor den Sozialgerichten

Bleibt die Berufsgenossenschaft auch im Widerspruchsverfahren bei ihrer ursprünglichen Einschätzung, kann eine Klage vor dem Sozialgericht erhoben werden. Für die Betroffenen, die dann ja schon mit der Anerkennungspraxis der Berufsgenossenschaft frustrierende Erfahrungen machen mussten, kann der Gang zum Sozialgericht eine weitere anstrengende und unter Umständen zermürbende Angelegenheit werden.

Zwischenruf

Der steinige Weg zur Berufskrankheiten Anerkennung wäre wesentlich asphaltierter, wenn bereits vor den Anerkennungsverfahren zu Berufskrankheiten Dokumentationen über durchgeführte Gefährdungsanalysen und -beurteilungen für jeden einzelnen Arbeitnehmer/jede einzelne Arbeitnehmerin und jeden Arbeitsplatz vorliegen würden. Darin wären auch u. a. die Gefahrstoff- und Lärmkataster, einschließlich der zugehörigen Sicherheitsdatenblätter sowie Aufzeichnungen zu schwerem Heben, Tragen, Ziehen und Schieben aufgeführt.

Bei ALSTOM Mannheim reichen diese Aufzeichnungen teilweise über 50 Jahre zurück und wurden gemeinsam mit Beauftragten des Unternehmens und des Betriebsrats erarbeitet. Bei der Durchführung der Gefährdungsanalyse/Gefährdungsbeurteilung bei ALSTOM in Mannheim konnten die Berufskrankheiten-Anerkennungsverfahren dadurch in den vergangenen Jahren für betroffene Beschäftigte überwiegend erfolgreich abgeschlossen werden.

Würde die Gefährdungsbeurteilung direkt bei Beginn der Berufsausübung seit der Lehrzeit, bzw. Eintritt in ein Unternehmen dokumentiert, wäre jedes Berufskrankheiten-Anerkennungsverfahren um vieles einfacher und die hohen Hürden im Sozialgesetzbuch VII besser zu bezwingen.

Wenn es bei ALSTOM einfacher geht, warum nicht bei anderen Unternehmen?

Egon Mäurer, Mannheim

Kritische Überlegungen zum Berufs- krankheiten-Feststellungsverfahren*



Prof. Bolm-Audorff arbeitet als leitender Gewerbearzt der Hessischen Gewerbeaufsicht in Wiesbaden. Sein Arbeitsschwerpunkt sind berufliche Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems.

Ich bin seit 1986 als staatlicher Gewerbearzt in den Bundesländern Hamburg und Hessen tätig und habe dabei umfangreiche Erfahrungen bei der Feststellung von Berufskrankheiten durch die Unfallversicherungsträger gemacht, die ich in folgenden kritischen Bemerkungen zusammenfassen möchte.

Beweislastverteilung

Die Unfallversicherungsträger haben von Amts wegen zu ermitteln, ob der Erkrankte während seiner beruflichen Tätigkeit einer ausreichenden Einwirkung für die Entwicklung einer Berufskrankheit ausgesetzt war und ob ein geeignetes Krankheitsbild im Sinne der Berufskrankheiten-Verordnung vorliegt. Beide Sachverhalte müssen im Vollbeweis erbracht werden, d. h. es darf kein vernünftiger Zweifel an der Tatsache bestehen. Gelingt der Beweis nicht, liegt letztendlich beim Erkrankten oder seinen Angehörigen die Beweislast. Dies kann insbesondere bei Erkrankungen wie Berufskrebs, bei denen zwischen Expositionsbeginn und Diagnose teilweise mehrere Jahrzehnte verstreichen, zu besonderen Härten führen. Diese Situation ist nicht akzeptabel. Es kann den Erkrankten nicht zugemutet werden, dass sie sich beruflich teilweise einer erheblichen Gesundheitsgefährdung aussetzen und hinterher zusätzlich beweisen müssen, dass die eingetretenen Erkrankungen berufsbedingt sind. Sachgerechter wäre eine Umkehr der Beweislast im Berufskrankheiten-Verfahren. Eine in der Berufskrankheitenverordnung genannte Erkrankung wäre dann bis zum Beweis des Gegenteils eine Berufskrankheit. Die Beweislast läge beim Unfallversicherungsträger (Bolm-Audorff 1993).

Aufnahme einer Erkrankung in die Berufskrankheiten-Liste

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates in die Anlage zur Berufskrankheitenverordnung



aufgenommen hat. Dort sind zurzeit 73 Berufskrankheiten aufgeführt. Bei der Benennung einer neuen Berufskrankheit lässt sich die Bundesregierung vom ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales beraten. Folgende Punkte sind bei der Aufnahme neuer Berufskrankheiten meines Erachtens kritikwürdig:

1. Es dauert teilweise Jahrzehnte, bis neue Erkenntnisse in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen werden.
2. Zur Beschleunigung des Umsetzungsprozesses zwischen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Aufnahme einer Erkrankung in die Berufskrankheitenliste ist der Ärztliche Sachverständigenbeirat besser mit Sachmitteln für die Vergabe von Forschungsprojekten, z. B. systematische Reviews, sowie besser mit Personal zur Unterstützung der Beiratsmitglieder auszustatten (Bolm-Audorff 2013).
3. Bei der Aufnahme neuer Berufskrankheiten, bei denen eine Dosis-Wirkungs-Beziehung nachgewiesen wurde, wird in der Berufskrankheitenbezeichnung die Dosis oder die Expositionsdauer aufgeführt, die zu einer Verdoppelung des Krankheitsrisikos im Vergleich zur übrigen Bevölkerung führt, beispielsweise 25 Faserjahre Asbest für die Entwicklung von Lungenkrebs (Berufskrankheit 4104) oder eine Tätigkeitsdauer von 13.000 Stunden im Knien, Hocken oder Fersensitz für die Entwicklung einer Kniegelenksarthrose (Berufskrankheit 2112). Die Forderung einer Belastungsdosis oder Expositionsdauer, die zu einer Risikoverdoppelung führt, ist meines Erachtens nicht gerechtfertigt. Geeigneter wäre eine Dosis oder Expositionsdauer, die zu einer Risikoerhöhung um den Faktor 1,5 führt (Bolm-Audorff 2013).

Feststellung der beruflichen Exposition

Bei der Feststellung von Berufskrankheiten wird die Höhe und Dauer der beruflichen Exposition sowohl im Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren durch die Unfallversicherungsträger als auch in einem eventuellen Klageverfahren nahezu ausschließlich durch die Präventionsdienste der Unfallversicherungsträger vorgenommen. Dies halte ich für problematisch, weil diese Aufsichtspersonen in einem Arbeitsverhältnis zum Unfallversicherungsträger stehen und somit, zumindest aus Sicht des Versicherten, objektiv betrachtet ein Grund vorliegt, der geeignet ist, Misstrauen gegen eine unparteiische Amtsausübung zu rechtfertigen. Ich halte es für erforderlich, dass die Unfallversicherungsträger zumindest im Wider-

spruchsverfahren, sofern die berufliche Exposition strittig ist, unabhängige technische Sachverständige beauftragen. Dasselbe gilt für das Sozialgerichtsverfahren (Bolm-Audorff 2009).

Auswahl des medizinischen Sachverständigen

Die Auswahl eines geeigneten Sachverständigen stellt hohe ethische Anforderungen an die Unfallversicherungsträger und Sozialgerichte, weil hiermit eine wesentliche Weichenstellung im Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren und im Klageverfahren bezüglich der Anerkennung oder Ablehnung einer Berufskrankheit vorgenommen wird. Nach meiner 27-jährigen Berufserfahrung als staatlicher Gewerbeamt sind diesbezüglich folgende Punkte als kritisch anzusehen (Bolm-Audorff 2009):

1. Aus meiner Sicht steuern Teile der Unfallversicherungsträger die Quote anerkannter Berufskrankheiten durch gezielte Auswahl medizinischer Sachverständiger, indem Ärzte, die in einem Vertragsverhältnis mit der Unfallversicherung stehen (z. B. beratende Ärzte, Durchgangsarzte oder hauptberuflich bei berufsgenossenschaftlichen Instituten oder Kliniken beschäftigte Ärzte), dem Erkrankten nach § 200 Absatz 2 SGB VII vorgeschlagen werden.
2. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass von Teilen der Unfallversicherungsträger vorzugsweise Ärzte mit niedriger Anerkennungsquote als Gutachter vorgeschlagen werden und Ärzte mit hoher Anerkennungsquote gemieden werden.
3. Ferner habe ich beobachtet, dass von Teilen der Unfallversicherungsträger medizinische Sachverständige, die sich in Gutachten kritisch zu Beurteilungsverfahren der beauftragenden Unfallversicherung äußern, anschließend keine Gutachtaufträge mehr erhalten.
4. Teile der Unfallversicherungsträger beauftragen bei der Begutachtung bestimmter Berufskrankheiten nur einen Arzt mit Zusammenhangsgutachten (sogenannte Monopolgutachter).

Entscheidung des Renten- und Widerspruchsausschusses

Die Entscheidung, ob eine Berufskrankheit anerkannt oder abgelehnt wird, trifft der Rentenausschuss des jeweiligen Unfallversicherungsträgers bzw. im Widerspruchsfall der Widerspruchsausschuss. Dieser besteht aus einem Vorsitzenden aus der Berufskrankheitenabteilung des Unfallversicherungsträgers und einer gleich großen Anzahl von Arbeitgeber- und



Arbeitnehmervertretern, meist jeweils einem. Die Verwaltung des Unfallversicherungsträgers trägt den Sachverhalt vor und schlägt die Anerkennung oder Ablehnung einer Berufskrankheit vor. Die Rentenausschussmitglieder haben das Recht, weitere Ermittlungen zu fordern. Nach meiner Erfahrung im Rahmen der Schulung von Rentenausschussmitgliedern bestehen bei diesem Prozess folgende Probleme:

1. Bei den Renten- und Widerspruchsausschussmitgliedern auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite handelt es sich um arbeits- und unfallmedizinische Laien, in der Regel um Betriebsräte oder Unternehmervertreter, die der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung in Bezug auf die Beurteilung einer Berufskrankheit von ihren Kenntnissen her nicht auf Augenhöhe begegnen können.
2. Während eines Termins des Renten- oder Widerspruchsausschusses werden häufig mehrere Dutzend Erkrankungen entschieden, ohne dass die Ausschussmitglieder vorher Akteneinsicht hatten.

Aus meiner Sicht sind folgende Reformschritte durch Änderung der Satzung des jeweiligen Unfallversicherungsträgers erforderlich (Bolm-Audorff und Albracht 1995):

1. Zukünftig sollten nur noch Arbeitsmediziner oder Unfallmediziner als Vertreter der Arbeitgeber bzw. Arbeitnehmer Mitglieder der Renten- und Widerspruchsausschüsse werden. Die Kosten hierfür hat der Unfallversicherungsträger zu übernehmen.
2. Die Vertreter der Renten- und Widerspruchsausschüsse sollten vor der Sitzung Akteneinsicht in die zu entscheidenden Erkrankungsfälle bekommen.
3. Die Anzahl der zu entscheidenden Erkrankungsfälle ist so zu begrenzen, dass ausreichend Zeit für die Diskussion der kritischen Punkte bleibt.

Quote anerkannter Berufskrankheiten

Die Quote anerkannter Berufskrankheiten ist in Deutschland im Vergleich zu anderen EU-Ländern niedrig (Seidler und Girbig 2011). Während sie in Deutschland zwischen 2002–2005 ca. 40 anerkannte Berufskrankheiten pro 100.000 Beschäftigten und Jahr betrug, lagen die Vergleichszahlen in anderen EU-Ländern deutlich höher: Niederlande (ca. 70 pro 100.000), Belgien (ca. 50-80 pro 100.000), Dänemark (ca. 90-105 pro 100.000), Spanien (ca. 140 pro 100.000), Frankreich (ca. 135-185 pro 100.000), Finnland (185 pro 100.000) und Schweden (240-260 pro 100.000). Die Quote anerkannter Berufskrankheiten in Deutschland sollte erhöht werden. ■

Literatur:

Bolm-Audorff, U. (1993): *Beweisanforderung in der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere bei Berufskrankheiten – aus medizinischer Sicht. Der medizinische Sachverständige* 89: 57-61

Bolm-Audorff, U., Albracht, G. (1995): *Berufskrankheiten: Leitfaden für die betriebliche, medizinische und juristische Praxis. Neuwied, Luchterhand-Verlag*

Bolm-Audorff, U. (2009): *Ethische Aspekte der arbeitsmedizinischen Begutachtung aus Sicht des Gewerbearztes*, In: Baur, X., Letzel, S., Nowak, D. (Hg.): *Ethik in der Arbeitsmedizin, Orientierungshilfe in ethischen Spannungsfeldern*, Landshut, Ecomed-Verlag, S. 107-120

Bolm-Audorff, U. (2013): *Umsetzung arbeitsmedizinischer Erkenntnisse im Berufskrankheitenrecht. Zentralblatt für Arbeitsmedizin* 63: 132-137

Seidler, A., Girbig, M. (2011): *Berufskrankheiten in Deutschland und Europa aus arbeitsmedizinischer Sicht, Vortrag auf der A + A 2011, Düsseldorf, 21.10.2011.*

* Der Text gibt nicht die Auffassung der hessischen Landesregierung wieder.

4. Viele Verdachtsanzeigen – wenige Anerkennungen



2.454 Todesfälle Berufserkrankter infolge einer Berufskrankheit



4.924 Neue Berufskrankheitenrenten



15.291 Anerkannte Berufskrankheiten



70.566 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit



Nicht erkannte / nicht angezeigte Berufskrankheiten



Arbeitsbedingte Gesundheitsstörungen

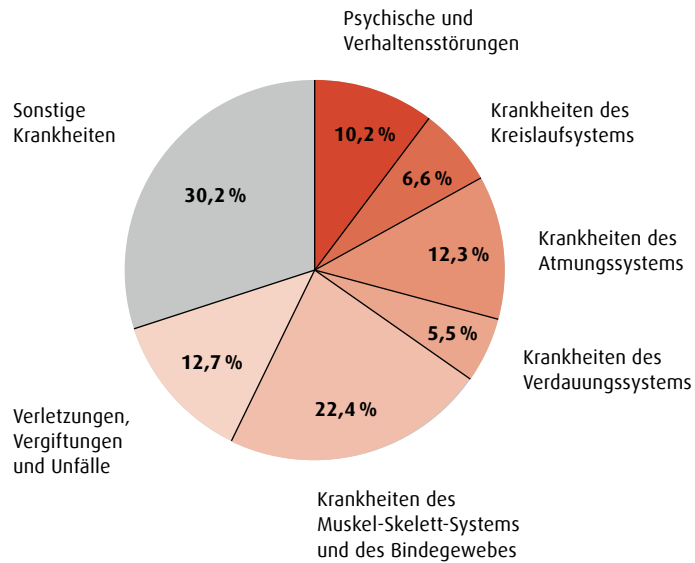
Quelle: SuGA 2011, BAuA 2013

Der nüchterne Blick auf die Zahlen und Fakten erhärtet die Kritik am Berufskrankheitenrecht und an der Art, wie es praktiziert wird. Eine Jahr für Jahr etwa gleichbleibend hohe Zahl von Verdachtsmeldungen, aber deutlich weniger Anerkennungen und noch weniger Entschädigungen – so sieht die Realität aus. Die Zahl der Anerkennungen ist in den letzten Jahren sogar leicht rückläufig. Berufskrankheiten-Renten werden nur in geringer Zahl gewährt. Ihre Zahl ist konstant niedrig. Die Häufigkeit tödlich verlaufender Berufskrankheiten steigt allerdings an und ist inzwischen höher als die Zahl tödlicher Arbeitsunfälle. Darüber hinaus fällt auf, dass die Anerkennung von Berufskrankheiten in Deutschland auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern besonders niedrig ist.

Die Berufskrankheiten bilden insgesamt nur die Spitze eines Eisbergs. Darunter gibt es eine hohe Dunkelziffer der nicht als solche erkannten Berufskrankheiten und der vielen arbeitsbedingten Erkrankungen. Viele dieser Erkrankungen führen zu dauerhafter Arbeitsunfähigkeit und Frühinvalidität. Wie die Abbildung zeigt, klafft zwischen der vergleichsweise geringen Zahl der Berufskrankheiten und der demgegenüber hohen Zahl arbeitsbedingter Erkrankungen eine zu große Lücke. Sie ist auch ein Indiz dafür, dass die Definition der Berufskrankheit sehr eng gefasst ist und dem vielschichtigen arbeitsbedingten Erkrankungsgeschehen nicht gerecht wird.

Dieser seit Jahren hohe Sockel arbeitsbedingter Erkrankungen lässt sich auch an den Daten zur Entwicklung der körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen und an den Diagnosegruppen der Arbeitsunfähigkeit ablesen.

Arbeitsunfähigkeitstage nach Diagnosegruppen

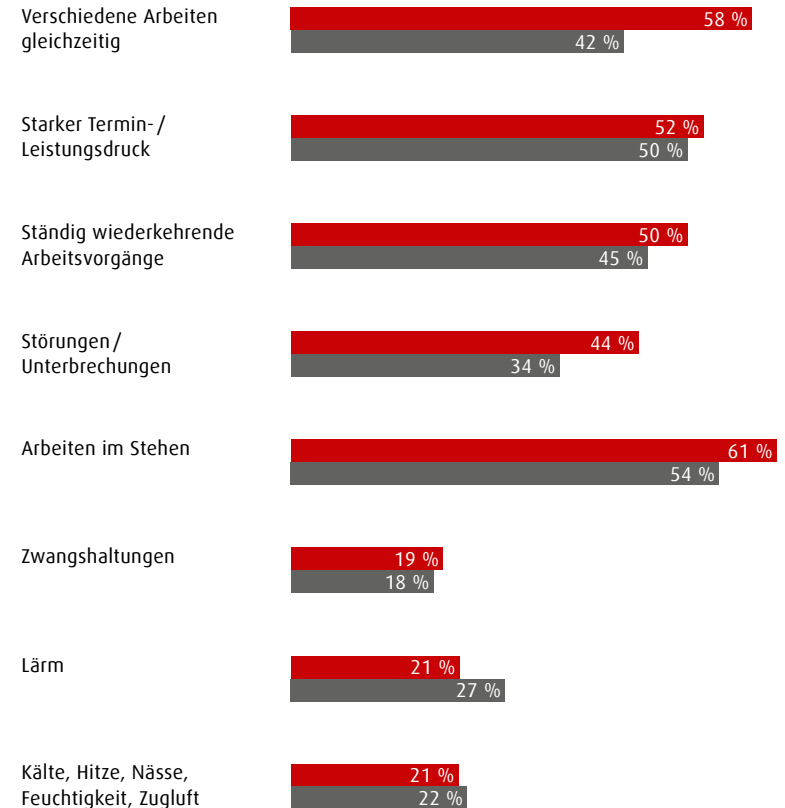


Quelle: SUGA 2011, Seite 117

Auffällig ist hier der hohe Anteil von Muskel-Skelett Erkrankungen. Sie stellen seit Jahren die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. Dramatisch gestiegen ist in den letzten Jahren der Anteil der psychischen Erkrankungen. Mittlerweile stellt dieser Komplex die vierthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit dar. Studien der Gesundheitswissenschaftler J. Siegrist und N. Dragano kommen zu dem Ergebnis, das vor allem Muskel-Skelett-Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychische Erkrankungen zu einem hohen Anteil arbeitsbedingt sind. Experten gehen davon aus, dass etwa 30 bis 40 % aller Arbeitsunfähigkeiten im direkten Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit steht. (BKK-Themendossier Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung 2008)

Betrachtet man die Belastungen am Arbeitsplatz erscheint das überaus plausibel. Wie der Auszug aus der Erwerbstätigenbefragung zeigt, verharren physische Belastungen auf hohem Niveau, während die psychischen Belastungen weiter zunehmen.

Verbreitung von Arbeitsbelastung – Erwerbstätigenbefragung



2011/2012 ■ 1998/1999 ■

Quelle: BIBB/IAB-Erwerbstätigenbefragung 1998/99, BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/12

Arbeitsmedizinische Vorsorge – Für und Wider



Dr. Frank Hittmann ist Landesgewerbearzt in Bremen seit 1987

Arbeitsmedizinische Untersuchungen sind seit der Kaiserzeit geregelt. So musste z. B. bei Bleiarbeitern durch geeignete Mediziner nach ersten Anzeichen einer Bleivergiftung gesucht werden, Bleikranke wurden von der Bleibelastung freigestellt.

Risiken Nicht selten wurde die arbeitsmedizinische Untersuchung dazu missbraucht, um besonders leistungsfähige Belegschaften zusammenzustellen bzw. eine Auslese zu treffen. Stellvertretend für viele andere sei Gunter Lehmann (1929) zitiert: „Es handelt sich stets um das Aussieben von Minderwertigen“.

Moderne arbeitsmedizinische Vorsorge soll die Beschäftigten im Hinblick auf die Gefahren am Arbeitsplatz so früh wie möglich beraten und erste Regelabweichungen vom Gesundheitszustand aufdecken, um eine ernsthafte Erkrankung gar nicht erst entstehen zu lassen. Hierzu soll in erster Linie der Arbeitsplatz sicher gestaltet werden, auch für die anderen dort Beschäftigten. Gelingt dieses nicht, ist durch den Arbeitgeber ein anderer Arbeitsplatz zu suchen, bei dem keine Gesundheitsgefahren bestehen. Die Kündigung oder Personalauslese ist nicht Ziel der arbeitsmedizinischen Vorsorge. Sie ist im Arbeitsschutz nachgeordnet und zählt zu den individuellen Schutzmaßnahmen, wenn eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsplätze nicht gelungen ist.

Der Arbeitgeber ist verantwortlich dafür, dass die arbeitsmedizinische Vorsorge, ausgehend von der Gefährdungsbeurteilung, festgelegt wird. Sie wird als betriebspezifische Tätigkeit vereinbart, nach der DGUV Vorschrift 2. Bei der „alternativen Betreuung“ erteilt der Arbeitgeber einen entsprechenden Untersuchungsauftrag an einen Arbeitsmediziner. Die arbeitsmedizinische Vorsorge (Beratung, Anamnese, Untersuchung) erfolgt betriebsärztlich nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Anhaltspunkte bieten die Berufsgenossenschaftlichen Grundsätze für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen.

Positives Die Beschäftigten werden arbeitsmedizinisch beraten. Abhängig von Gefahren und Gesundheitsrisiken einer Tätigkeit kann arbeitsmedizinische Vorsorge Erkrankungen rechtzeitig für Gegenmaßnahmen aufdecken. Das Arbeitsplatzverlustrisiko kann verringert werden, z. B. durch verstärkte individuelle Schutzmaßnahmen, etwa durch Impfungen. Das ohnehin bestehende Minimierungsgebot im Arbeitsschutz kann mithilfe der Erkenntnisse aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge besser durchgesetzt werden.

Defizite In der Praxis werden Eignungsuntersuchungen und arbeitsmedizinische Vorsorge häufig verwechselt. Die ärztliche Überwachung eines Fahrzeugführers oder Absturzgefährdeten ist keine arbeitsmedizinische Vorsorge, sie bewirkt überwiegend Drittschutz bzw. sondert Personen mit bestimmten Risiken aus, obwohl gute Möglichkeiten der Absturzsicherung bestehen.

Eine systematische Aufarbeitung der Gesundheitsgefahren erfolgt nicht. Die ArbmedVV sieht für 46 der 73 aufgelisteten Berufskrankheiten und nicht für alle gefährlichen Stoffe Pflichtvorsorge vor. Für Muskel- und Skeletterkrankungen ist nur eine Angebotsuntersuchung vorgesehen. Das Biomonitoring, mit dem die individuelle Stoffbelastung ermittelt werden kann, ist jedoch nicht verbindlich vorgeschrieben.

Eine systematische Auswertung der bundesweit durchgeführten AMV und der aufgedeckten gesundheitlichen Risiken, erfolgt nicht. Bei Kontrollen im Betrieb stellt man immer wieder fest, dass vorgeschriebene Vorsorge nicht erfolgt.

Dass die Nachgehende Untersuchung zu einer Verringerung der Sterblichkeit an Berufskrebserkrankungen führt, ist nicht bewiesen. So kann insbesondere die Asbestvorsorge Krebserkrankungen (z. B. den bösartigen Rippenfellkrebs) nicht verhindern oder den Krebstod verzögern, weil Heilungsmöglichkeiten fehlen. Die Nachgehende Untersuchung ist aber dann akzeptabel, wenn z. B. Asbestosen entdeckt und entschädigt werden können.

Behandelbare Krebserkrankungen der Haut (Teer/UV-Licht) oder der Blase werden nur selten durch Vorsorge im Abstand von vielen Jahren aufgedeckt.

Fazit Der Nutzen der arbeitsmedizinischen Vorsorge für das Gemeinwesen ist unklar, für den Einzelnen insbesondere bei den Lungenkrebserkrankungen nicht belegt. Sie bedarf einer strengen, kritischen Überprüfung und es muss ausschließlich solche AMV erfolgen, die für das Individuum und/oder das Gemeinwesen erhebliche Vorteile verspricht. ■

Viele Verdachtsanzeigen – wenige Anerkennungen

Es wurde schon gezeigt, dass in den verschiedenen Stationen des Berufskrankheiten-Verfahrens so viele Hürden errichtet sind, dass nur ein kleiner Teil der Betroffenen zu einer Anerkennung gelangt. Ein genauerer Blick auf die Zahlen belegt das.

Nahezu jede dritte Berufskrankheiten-Anzeige erfolgt im Bereich der Berufsgenossenschaft Holz und Metall sowie der Berufsgenossenschaft Elektro Energie und Medienerzeugnisse, also den beiden Berufsgenossenschaften bei denen der Großteil der IG Metall Mitglieder versichert sind. 2012 waren das insgesamt rund 21.000 Fälle. Davon wurden aber nur rund 6.300 anerkannt. Eine Berufskrankheiten-Rente wurde knapp 1.900 Kolleginnen und Kollegen zugesprochen. Im Bereich beider Berufsgenossenschaften wurde in rund 4.200 Fällen zwar dem „Grunde nach anerkannt“, doch fehlten die zusätzlich geforderten versicherungsrechtlichen Voraussetzungen.

Berufskrankheiten-Geschehen 2011

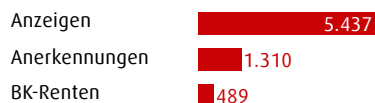
gesetzliche Unfallversicherung



BG Holz Metall



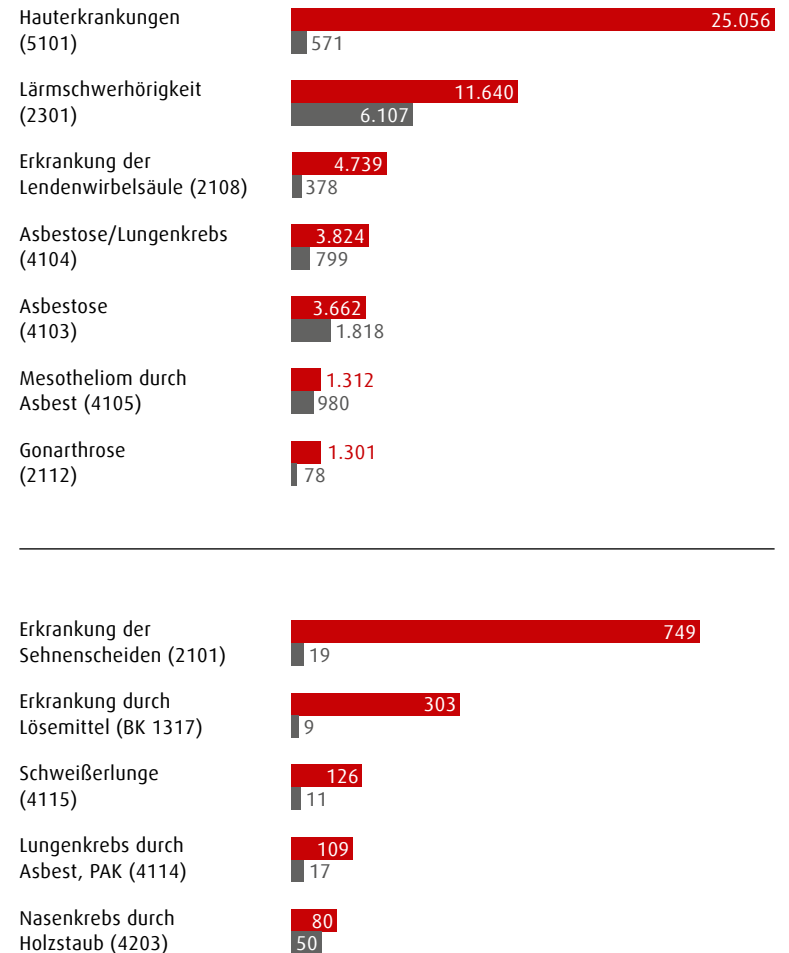
BG ETEM



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Das krasse Missverhältnis zwischen angezeigten und anerkannten Berufskrankheiten wird besonders deutlich am Beispiel von Berufskrankheiten, die auch im Organisationsbereich der IG Metall häufig vorkommen.

Berufskrankheiten-Anzeigen ■ und Anerkennungen ■ nach Krankheitsarten 2011 (Auswahl)



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Die Berufskrankheiten-Liste ist veraltet

Die Kluft zwischen dem schmalen Spektrum der Berufskrankheiten und dem breiten Spektrum der verschiedenen arbeitsbedingten Erkrankungen hängt auch damit zusammen, dass die Berufskrankheiten-Liste mit ihren 73 Krankheiten nicht auf der Höhe der Zeit ist! Viele chemische und physikalische Einwirkungen am Arbeitsplatz, die eine Krankheit hervorrufen können, kommen in der BK-Liste gar nicht vor. Auch wenn es z.B. wissenschaftlich erwiesen ist, dass bestimmte Chemikalien am Arbeitsplatz Krebs erzeugen können, kann es durchaus 15 Jahre oder länger dauern, bis sie in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen werden.

Auch eine auffällige Häufung von Erkrankungen durch bestimmte Expositionen führt durchweg nicht dazu, dass nach den arbeitsbedingten Ursachen dieser Erkrankungen geforscht wird. Forschung zum Beweis neuer Berufskrankheiten-Sachverhalte findet kaum noch statt. Berechtigte Ansprüche der Versicherten werden so verschleppt oder kommen überhaupt nicht zum Tragen. Der wissenschaftliche Vorlauf für Gutachten und Begründungen dauert Jahre oder Jahrzehnte. Es ist zu befürchten, dass das künftig noch langsamer geht, weil es immer weniger arbeitsmedizinische Lehrstühle etwa für Diagnostik gibt. Wissenschaftliche Forschung an den Hochschulen orientiert sich immer mehr an privatwirtschaftlichen Interessen und hängt an Drittmitteln. Der Druck im Kessel ist deswegen gering, durch neue Forschung und arbeitsmedizinische Erkenntnisse die Berufskrankheiten-Liste weiter zu entwickeln, zu ergänzen und auf einen neueren Stand zu bringen. Auch die Unfallversicherungsträger selbst wirken bei der Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Berufskrankheiten zu wenig mit. Obwohl sie nach dem § 9 Abs. 8 Sozialgesetzbuch VII dazu verpflichtet sind. Es hängt aber nicht nur an der Wissenschaft. Auch die politischen Mühlen der Ministerialverwaltung mahlen ebenfalls sehr langsam.

Die 73 Berufskrankheiten der aktuellen Berufskrankheiten-Liste sind nach einer bestimmten Struktur gegliedert. Die Liste unterscheidet in sieben Gruppen zwischen Berufskrankheiten, die verursacht sind durch chemische Einwirkungen, durch physikalische Einwirkungen, durch Infektionserreger oder Parasiten (sowie Tropenkrankheiten). Auch Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells können Berufskrankheiten sind, außerdem Hautkrankheiten und Krankheiten sonstiger Ursache.

Erkrankungen die auf mechanische Arbeitsbelastungen zurückgehen und bisher nicht in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen sind, sind z.B. das so genannte Hammersyndrom bei Berufen, in denen die Hand als Schlagwerkzeug eingesetzt wird. Aber auch Schulter-Sehnen-Erkrankungen durch einseitige Bewegungen im Beruf oder die Hüftgelenksarthrose durch unergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes können bislang nicht als Berufskrankheit anerkannt werden. Ähnliches gilt für Hautkrebs durch künstliche UV-Strahlung. Für diese Erkrankungen liegen Empfehlungen des arbeitsmedizinischen Sachverständigenbeirats für Berufskrankheiten vor. Aber, wie gezeigt: Der Fortschritt ist eine Schnecke!

Viele Krebs erzeugende Stoffe stehen nicht in der Berufskrankheiten-Liste

Die Berufskrankheiten-Liste führt insgesamt nur wenige Stoffe bzw. Stoffgruppen auf, die arbeitsbedingten Krebs erzeugen können. Das sind aber bei weitem nicht alle Stoffe, die Krebs erzeugen. Die Internationale Krebsforschungsagentur (IARC) hat rund 100 Stoffe als eindeutig Krebs erzeugend eingestuft. Für weitere rund 300 Stoffe nimmt sie das als wahrscheinlich an.

Ein ungelöstes Problem: Psychische Erkrankungen

Psychische Belastungen am Arbeitsplatz und ihre gesundheitlichen Folgen verzeichnen in den letzten Jahren eine geradezu explosionsartige Zunahme. Das belegen zahlreiche Befragungen und Untersuchungen (s. Jahrbuch Gute Arbeit 2013, Datenanhang, S. 297ff.). Die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie gibt dem Problem deswegen in ihren Arbeitszielen für die Jahre 2013 bis 2018 einen zentralen Stellenwert. „Schutz und Stärkung der Gesundheit bei psychischer Belastung“ ist einer der drei Arbeitsschwerpunkte der GDA. Dazu heißt es auf der GDA-Internetseite: „Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und des steigenden Renteneintrittsalters wird es immer wichtiger, dass Beschäftigte länger gesund arbeiten können und leistungsfähig bleiben. Neben Muskel-Skelett-Erkrankungen rücken dabei Erkrankungen aufgrund psychischer Belastungen immer mehr in den Fokus. Es

besteht weitgehend Konsens darüber, dass psychische Belastungsfaktoren mit dem Wandel der Arbeitswelt zunehmen.“

Dass das so ist, hat auch der „Stressreport 2012“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin deutlich gemacht. Er fasst Ergebnisse der Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BIBB/BAuA-Befragung) aus den Jahren 2011 / 2012 zusammen. In dem Report wird festgestellt, dass psychische Belastungen bei der Arbeit seit Jahren ein hohes Niveau erreicht haben. Der Report unterstreicht: Es „ist gesichert: ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und Erkrankung besteht“. Eine Studie der BAuA hat insbesondere den Zusammenhang zwischen hoher Arbeitsintensität und dem Entstehen von Depressionen untersucht und hat diesen Zusammenhang klar bestätigt (R. Rau u. a.: Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen, BAuA 2010).

Das alles gilt in besonders hohem Maße für die zunehmende Zahl der prekär Beschäftigten. Sie sind durchgängig höheren psychischen Belastungen ausgesetzt als die regulär Beschäftigten, müssen aber in der Praxis mit einem deutlich schlechteren System des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes auskommen als diese.

Während also Belastungen und Erkrankungen steigen, wird der Bogen zu den Berufskrankheiten nirgendwo geschlagen, obwohl das doch naheläge.

Das Berufskrankheiten-System in seiner jetzigen Form ist offenbar außerstande, diesen Zusammenhang herzustellen. Die Prävention der durch psychische Belastungen erzeugten Gesundheitsgefährdungen bleibt weiter schwach und ungenügend, die Bewältigung der Folgekosten verbleibt fast völlig bei der gesetzlichen Krankenversicherung und bei der gesetzlichen Rentenversicherung – zweifellos eine sozialpolitische Schiefelage, die so nicht hingenommen werden darf.

Eine rein formale Aufnahme dieser Erkrankungen in die Berufskrankheiten-Liste würde allerdings nicht genügen, wenn die extrem restriktiven Anerkennungsvoraussetzungen unverändert bleiben. Das Ergebnis wäre dann voraussichtlich nur eine hohe Zahl von Verdachtsmeldungen und eine sehr geringe Zahl von Anerkennungen. Um dieses Problem auf zu lösen, brauchen wir eine intensive breite Diskussion mit den Fachkreisen wie auch auf politischer Ebene. Unabhängig davon müssen hier, wie bei allen Berufskrankheiten, die Anstrengungen der Prävention deutlich gesteigert werden.

Erkrankungen, deren Aufnahme in die Berufskrankheiten-Liste seit Längerem diskutiert wird

- Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Lederstäube
- Coxarthrose (Hüftgelenksarthrose)
- Durch Dieselmotoremissionen (DME) verursachte Krebserkrankungen (insbes. Lungen-, Harnblasen- und Prostatakrebs)
- Hand-Arthrosen durch manuelle Tätigkeiten, Vibration oder Kälte und Nässe
- Nasen-, Nasennebenhöhlen- und Rachenkarzinome nach der Einwirkung von Aldehyden, insbesondere Formaldehyd und Glutaraldehyd
- Leberkrebs durch Vinylchlorid
- Lungen- und Nierenerkrankungen durch Quarzstaub
- Non-Hodgkin-Lymphome (NHL) durch Asbest
- Parkinson durch Pestizide in der Landwirtschaft
- Passivrauchen (Atemwegserkrankungen, Krebs)

Das Berufskrankheiten-Recht enthält im § 9 (2) SGB VII eine Öffnungsklausel und definiert so genannte „Wie-Berufskrankheiten“. Damit wird grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen, nicht in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommene Erkrankungen wie eine Berufskrankheit zu behandeln und anzuerkennen – wenn alle übrigen Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Möglichkeit besteht insbesondere dann, wenn der Ärztliche Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten dafür eine Empfehlung ausspricht. Gefordert sind dafür neue Erkenntnisse, die seit der jeweils letzten Aktualisierung der Berufskrankheiten-Liste gewonnen wurden. Die Zahl der Anerkennungen über diese Regelung ist allerdings sehr gering. Nimmt der Ordnungsgeber eine Krankheit nicht in die Berufskrankheiten-Liste auf, verlieren die vorliegenden „neuen“ Erkenntnisse ihre Wirkung für die Anerkennung einer „Wie-Berufskrankheit“. In der Praxis führt das zu eklatanten Ungerechtigkeiten. Der Stichtag der amtlichen Veröffentlichung einer neuen Berufskrankheit kann dann darüber entscheiden, ob erkrankte Kollegen eine Chance auf Anerkennung haben oder nicht.

Erfahrungen aus der Beratung



Rolf Spalek Betriebsratsmitglied der Bremer Vulkan Werft.
Langjähriger Berater von Asbesterkranken.

1975 wurde ich in den Betriebsrat des Bremer Vulkan gewählt, das war eine der großen Werften, die damals in Bremen existierten. Seither berate ich Kolleginnen und Kollegen, wenn sie bei der Berufsgenossenschaft eine Erkrankung als Berufskrankheit geltend machen wollen. Den Bremer Vulkan gibt es nicht mehr. Aber die Beratung von Kolleginnen und Kollegen ist auch weiterhin erforderlich.

Nach dem Konkurs der Werft habe ich die Beratung daher in verschiedenen Projekten weiter angeboten: zunächst in einem Projekt der Bremer Universität und später fünf Jahre ehrenamtlich über die Evangelische Kirche auf dem Gelände des ehemaligen Bremer Vulkan. Seit dem 2. Mai 2011 bis Ende 2012 wurde die Beratung über ein Projekt des Landes Bremen mit finanzieller Unterstützung der EU und angesiedelt bei der Arbeitnehmerkammer Bremen sichergestellt.

Das waren 37 Jahre Beratung, in denen die ganze Palette der Berufskrankheiten eine Rolle spielte. Angefangen bei der Lärmschwerhörigkeit über bandscheibenbedingte Erkrankungen bis hin zu den Folgen des Umgangs mit Lösemitteln. Ein besonders ernstes Problem waren die Folgeerkrankungen der Exposition mit Asbest.

Dazu möchte ich ein paar Zahlen nennen: Auf dem Bremer Vulkan wurden während der Jahre meiner Beratungstätigkeit 671 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit Asbestose gestellt. Von Mai 2011 bis Ende 2012 waren es ca. 140 Verdachtsanzeigen. Schon diese beiden Zahlen belegen, wie wichtig das Thema nach wie vor ist. Mediziner und andere Experten gehen davon aus, dass der Höchststand der Meldungen wegen Asbest noch vor uns liegt. Bis zum Jahr 2017 wird von weiter steigenden Erkrankungszahlen ausgegangen – wegen der langen Latenzzeit, bis die Krankheit ausbricht.

Wie sieht nun die Beratung konkret aus? Oft ist die Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit von einem Arzt vorgenommen worden. Danach erhalten die Betroffenen „viel Papier“ von ihrer Berufsgenossenschaft,

mit dem viele einfach nicht zurechtkommen. Sie sollen Formulare ausfüllen und dafür brauchen sie Unterstützung.

Ich kläre sie auf und mache sie auf das Wichtigste aufmerksam. Da ist zunächst die lückenlose Auflistung aller Beschäftigungszeiten, von der Ausbildung bis zum Ausscheiden aus dem Betrieb. Danach geht es um die genaue Beschreibung der Tätigkeiten, die sie in dieser Zeit verrichtet haben. Das ist wichtig, weil der Betroffene alle Informationen darüber vorlegen muss, warum er von seiner Arbeit krank geworden ist. Also setze ich mich mit ihnen hin und wir gehen das ganze Arbeitsleben durch. Wir halten alles schriftlich fest und schicken es mit sämtlichen Unterlagen an die Berufsgenossenschaft. Im Laufe der Jahre habe ich viele Informationen und Erfahrungen gesammelt, so dass wir oft die Arbeitsbeschreibungen gerade hinsichtlich der Exposition mit Asbest gut vorlegen können.

Ich habe in all' diesen Jahren auch die Erfahrung gemacht, dass die Berufsgenossenschaften oft versuchen, die ihnen übermittelten Informationen anzuzweifeln. Da sind Verfahren nicht mehr bekannt, die früher gang und gäbe waren. Da haben sich mittlerweile Arbeitsstoffe verändert. Da gibt es keine Unterlagen mehr, weil die Firmen nicht mehr existieren.

Wenn eine Ablehnung erfolgt, bedeutet das für den Einzelnen: Widerspruch einlegen und später klagen. Das kostet viel Arbeit und Zeit. Das könnte oftmals verhindert werden, wenn Betriebsräte, Vertrauensleute und Sicherheitsbeauftragte mehr darauf achten würden, dass in den Betrieben Gefährdungsbeurteilungen erstellt und dokumentiert werden.

Aus den Erfahrungen auf dem Bremer Vulkan weiß ich, dass im Falle eines Konkurses der Konkursverwalter zunächst alle Unterlagen des Einkaufs vernichtet. Da ist es dann kaum noch möglich festzustellen, mit welchen Stoffen im Laufe der Jahre tatsächlich gearbeitet wurde. Erstaunlich finde ich, um ein Beispiel zu nennen, wie dann innerhalb kürzester Zeit vom Technischen Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft die Auffassung vertreten wurde, dass auf dem Bremer Vulkan bestimmte Verfahrensweisen nicht üblich gewesen seien, und mit gefährlichen Stoffen seien die Kolleginnen und Kollegen schon gar nicht in Berührung gekommen. Hätten wir dokumentierte Gefährdungsbeurteilungen gehabt, wäre das so nicht möglich gewesen. Seit Mitte der neunziger Jahre bietet das Arbeitsschutzgesetz dafür gute Voraussetzungen. ■

Dieser Beitrag wurde zuerst vorgetragen bei der Arbeitsschutzkonferenz der Arbeitnehmerkammer Bremen im Oktober 2012

5. Asbest – der vielfache Skandal

Kaum ein anderer Gefahrstoff hat es zu solch trauriger Berühmtheit gebracht wie Asbest. Und an kaum einem anderen Thema lässt sich die Ungerechtigkeit des Berufskrankheitensystems so deutlich aufzeigen wie an Asbest.

Eine geläufige Übersetzung des altgriechischen Wortes Asbest ist „unvergänglich“. Das beschreibt die Gründe für seinen vielfältigen und häufigen Einsatz bereits sehr gut. Die Fasern haben eine hohe Festigkeit, sind sehr hitze- und säurebeständig und dabei außerordentlich leicht. In der Bauindustrie, im Schiffbau, zur Isolation von Kraftwerksteilen und in Fahrzeugen wurden bis in die 1990er Jahre allein in der Bundesrepublik mehrere Millionen Tonnen der vermeintlichen Wunderfaser eingesetzt.

Der Umgang mit den leichten nahezu weißen Fasern war so leichtfertig, dass das Material in einer frühen Hollywood-Verfilmung von „Alice im Wunderland“ als Kunstschnee verwendet wurde. Dabei hatten medizinische Studien bereits 1908 auf das schädigende Potenzial von Asbestfasern aufmerksam gemacht. Ende der 1930er Jahre wurden in Deutschland die ersten Asbest verursachten Berufskrankheiten anerkannt. Seit 1975 ist das Mesotheliom in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführt. Dennoch gibt es erst seit dem Jahre 1995 ein weitgehendes Asbestverbot in Deutschland.

Die Frage nach dem Grund für diese Sorglosigkeit drängt sich förmlich auf. Es waren schlicht wirtschaftliche Interessen, die eine starke Asbestlobby gegen alle Zweifler lange dursetzte. Einen wesentlichen Anteil an der Verschleppung eines Asbestverbots hatte in Deutschland Helmut Valentin. Valentin war ein wesentlicher Gründungsvater der Arbeitsmedizin in Deutschland. Was ihn allerdings nicht davon abhielt, sich der Asbestindustrie als Vorsitzender eines vertraulichen Beraterkreises zur Verfügung zu stellen. Aufgabe dieser Interessensgemeinschaft war es,

Gine Elsner: Konstitution und Krankheit. Der Arbeitsmediziner Helmut Valentin (1919–2008), Hamburg 2011

»... dass von nun an aus diesem Kreis alle emotionalen, eigensüchtigen, überspitzten und wirklichkeitsfremden Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheit und Umweltgefährdung durch Asbest nicht mehr zum Zuge kommen könnten.«

Pikant ist dabei, dass Valentin gleichzeitig als Gutachter die Anerkennung Hunderter Asbesterkrankungen ablehnte.

Das ist umso skandalöser, als das Wissen um die Asbestose weit zurückreicht.

Friedrich Holtzmann,
Gewerbehygiene und
Berufskrankheiten,
1949

»... finden sich eigentümliche, spindelförmige Gebilde, Asbestkörperchen, eingekapselte geradlinige Asbestfasern, die auch massenhaft bei der Obduktion Verstorbener im Lungengewebe anzutreffen sind.«

Heute ist klar, dass die Krankheit durch das Einatmen von Asbestfasern hervorgerufen wird. Zwischen der Exposition und der Erkrankung kann eine Latenzzeit von zehn bis über 20, ja sogar bis zu 40 Jahren liegen. Studien zeigen, dass sie umso kürzer ist, je höher die Asbestfaserexposition war. Die Asbestose führt zu Atemnot, die sich zu Herzinsuffizienz weiter entwickeln kann. Eine Behandlung, die an der Ursache angreift, gibt es nicht, so dass nur die Symptome behandelt werden können. Für Patienten mit Asbestose besteht ein erhöhtes Lungenkrebsrisiko, das durch Rauchen noch drastisch ansteigt.

Die Folgen sind katastrophal. So starben allein in Deutschland im Jahr 2011 1.474 Menschen an anerkannten Asbest verursachten Berufskrankheiten. Die Dunkelziffer dürfte aber erheblich sein, allein schon deshalb, weil die Latenzzeit bei diesen Krankheiten so lange dauert.

Forschungsbericht
Asbest 1 aus der Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften
1989

»Schon eine einzelne Faser kann nach heutiger Erkenntnis den Tumor auslösen. Und da ist der besonders heimtückische Zeitbombeneffekt: zwischen 15 und 40 Jahre lang ruhen die inkorporierten Asbestfasern, um dann in einem schnellen und meist unaufhaltsamen Erkrankungsprozess gleichsam zu explodieren.«

Besonders schrecklich ist dabei der Krankheitsverlauf des so genannten Mesothelioms. Diese bösartige Geschwulst im Bereich des Brustfells oder Rippenfells führt in praktisch allen Fällen innerhalb eines Jahres zum Tod des Patienten. So wurden im Jahr 2010 1.552 Fälle von Mesotheliomen als Berufskrankheiten anerkannt, während im selben Jahr 1.397 Patienten daran verstarben. Diese Krebsform war noch in den 1960er Jahren extrem selten. Seit 1970 treten aber immer mehr Fälle auf, praktisch immer in Verbindung mit einer Asbestexposition (nach Prof. Tannapfel u. a. sind das 90 Prozent der Fälle, s. BG RCI Magazin 11/12 2012). Im Unterschied zum Lungenkrebs kann ein Pleuramesotheliom schon durch verhältnismäßig geringe und kurzzeitige Exposition ausgelöst werden. Es besteht kein Zusammenhang mit dem Tabakkonsum.

Vier Berufskrankheiten durch Asbest

Derzeit befinden sich insgesamt vier Asbest assoziierte Berufskrankheiten auf der Berufskrankheitenliste.

BK 4103 Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura (Lungen- und Rippenfell)

Charakteristisch für diese Erkrankung ist eine fortschreitende Bindegewebsvermehrung in der Lunge. Sie bewirkt auch nach Expositionsbeendigung zunehmende Atemnot, Lungenfunktionsstörungen und in schweren Fällen Ateminvalidität. Diese Vernarbung wird Fibrose genannt und ist irreversibel.

BK 4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs durch Asbest

Diese durch Asbest verursachten Krebsarten unterscheiden sich klinisch nicht von Lungen- oder Kehlkopfkrebserkrankungen, die andere Ursachen haben. Symptome beim Lungenkrebs sind Husten, Auswurf, Fieber, Schmerzen, Gewichtsverlust, beim Kehlkopfkrebs Heiserkeit, Schluckbeschwerden, Fremdkörpergefühl.

BK 4105 Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards (Herzbeutel)

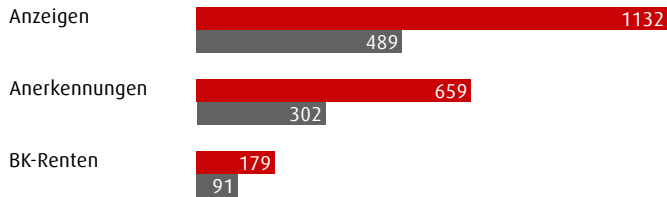
Das ist eine besonders aggressive Krebserkrankung des Rippen- oder Bauchfells. Symptome sind Luftnot, Auswurf, Husten.

BK 4114 Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK)

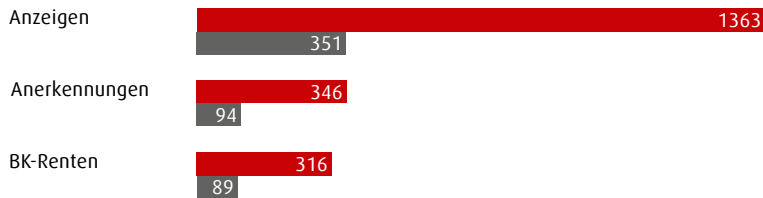
Diese Erkrankung entsteht vor allem dort, wo Belastungen durch Asbeststaub und Belastungen durch PAK (mit der Leitsubstanz Benz[o]apyren) zusammenkamen, etwa in Gießereien, in der Stahlindustrie oder Aluminiumindustrie, z. B. wenn bei Hitzearbeit asbesthaltige Schutzkleidung getragen wurde.

Asbest-Berufskrankheiten im Bereich der BGHM ■ und BG ETEM ■ (2012)

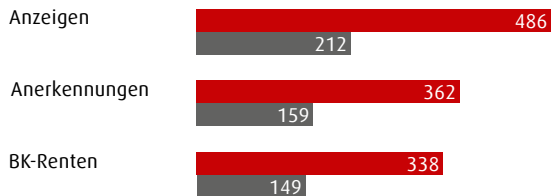
Asbestose BK 4103



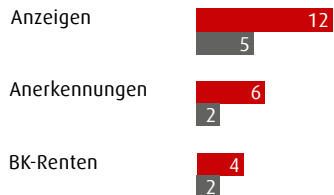
Lungen- oder Kehlkopfkrebs durch Asbest BK 4104



Mesotheliom durch Asbest BK 4105



Lungenkrebs durch Asbest, PAK BK 4114



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Wie viele Menschen bei ihrer Arbeit Asbest ausgesetzt waren, lässt sich nur schätzen. Experten gehen von bis zu einer Million Exponierter in Deutschland aus. In der Kartei (GVS) zu den nachgehenden Untersuchungen waren 2012 565.000 Menschen erfasst.

„Faserjahre“

Um die Asbestbelastung berechnen zu können, wurde die Hilfskonstruktion der so genannten Faserjahre entwickelt. Wenn ein Beschäftigter an seinem Arbeitsplatz täglich ein Jahr lang eine Konzentration von einer Million Fasern pro Kubikmeter Luft eingeatmet hat, hat er ein Faserjahr erreicht. Nach zehn Jahren sind das zehn Faserjahre. Betrug die angenommene Konzentration aber zehn Millionen Fasern pro Kubikmeter Luft, erreicht er die zehn Faserjahre schon in einem Jahr. Die Maßzahl 25 ist allerdings weniger wissenschaftlich, sondern in erster Linie politisch begründet. Zur Anerkennung einer Asbest-Berufskrankheit müssen 25 Faserjahre nachgewiesen werden. Diese 25 Faserjahre können sehr schnell erreicht werden, unter Umständen an einem einzigen Tag!

Die Differenz zwischen Verdachtsanzeigen und Anerkennungen ist bei den Asbesterkrankungen nicht so groß wie bei anderen Krankheiten. Die Anerkennungsquote liegt bei gut 40 Prozent. Asbesterkrankungen sind von anderen Krankheiten zumeist gut zu unterscheiden. Eine gründliche Anamnese der Arbeitsgeschichte muss aber dennoch geleistet werden. Probleme und Ungereimtheiten gibt es hier leider auch. So sind zum einen bei der Erhebung der Arbeitsgeschichte Versuche der BGen bekannt, die Exposition „kleinzurechnen“ – eine Methode, die auch bei anderen Dosismodellen vorkommt. Etwa indem ohne genauere Recherche im Betrieb unterstellt wird, die Arbeitsschutzbestimmungen seien in vollem Umfang eingehalten worden, die Belastung könne also nicht so hoch gewesen sein. Oder indem angenommen wird, der Atemschutz habe mehr Fasern absorbiert als das tatsächlich der Fall war. Bei lange zurück liegenden Fällen sind hier die beweispflichtigen Erkrankten in einer sehr schwierigen Position. Auch das so genannte „Fahrerfluchtphänomen“ kann für Erkrankte Nachteile bringen: Asbestfasern können eine Erkrankung auslösen, sind aber selbst biolöslich und verschwinden wieder aus der Lunge, sind also bei einer Gewebeentnahme nicht (mehr) nachweisbar, obwohl sich die Krankheit weiter entwickelt hat. Das hat beim Bochumer Mesotheliomregister zu einer geradezu skandalösen Nicht-Anerkennungspraxis geführt (siehe S.61).

Anerkennung der Erkrankungen

Im Grunde ist die Situation bei allen Berufskrankheiten gleich: Es muss nachgewiesen werden, dass die Krankheit aufgrund der Arbeitsbelastung entstanden ist und dass andere Ursachen ausscheiden. Andere Ursachen auszuschließen ist bei Mesotheliomen relativ einfach. Deshalb fallen hier auch Anerkennungsquoten deutlich höher aus als sonst üblich. Umso fragwürdiger sind die häufigen Ablehnungsbescheide auf der Basis des Bochumer Mesotheliomregisters. Bei der Asbestose bedeutet die Annahme, dass 25 Faserjahre ausreichen, um die Krankheit auszulösen, eine gewisse Beweiserleichterung. Angesichts der meist Jahrzehnte zurück liegenden Belastung aber dennoch eine oftmals nicht zu überwindende Hürde.

Es ist noch nicht vorbei

Im Frühjahr 2013 verurteilte ein italienisches Gericht den früheren Mit-eigentümer der Firma Eternit zu einer 18-jährigen Haftstrafe und zu Entschädigungszahlungen in Millionenhöhe. Die Firma Eternit stellte auch in der ehemaligen Bundesrepublik Produkte aus asbesthaltigem Faserzement her. Als das in Europa nicht mehr möglich war, verlagerten die Manager die Produktion nach Südafrika, ohne dort auch nur ein Minimum an Schutzausrüstungen zur Verfügung zu stellen.

Maria Roselli,
„Die Asbestlüge“
im Interview mit
der Süddeutschen
Zeitung, 2007

»Laut der Internationalen Organisation für Arbeit (ILO) muss man davon ausgehen, dass jedes Jahr weltweit 100.000 Menschen an Asbest-Erkrankungen sterben. Und es gibt auch Hochrechnungen einer Kommission des Europarates, die besagen, dass allein in Europa bis 2030 noch bis zu einer halben Million Menschen an Asbesterkrankungen sterben werden. Wegen der langen Latenzzeit werden also noch in vielen Jahren Menschen sterben, obwohl der Kontakt mit dem Material schon lange her ist.«

Die internationale Gewerkschaftsbewegung, aber auch Organisationen wie die IVSS kämpfen noch heute für ein weltweites Asbestverbot. 2011 wurden weltweit immer noch rund zwei Millionen Tonnen Asbest gefördert. Das ist nur eine Million weniger als zu Hoch-Zeiten der Asbestverwendung.

Das Bochumer Mesotheliomregister

Das von der DGUV geförderte Mesotheliomregister an der Ruhr-Universität Bochum wird von Prof. Dr. Andrea Tannapfel geleitet. Es ist spezialisiert auf die Untersuchung und Begutachtung von BK-Verdachtsanzeigen zu den Berufskrankheiten 4103, 4104 und 4105 (Asbestose, Lungen-oder Kehlkopfkrebs und durch Asbest verursachtes Mesotheliom). In einer Veröffentlichung in der Fachzeitschrift „Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Umweltmedizin“ (ASU, Heft 10/2011, Beitrag von V. Neumann u. a.) haben Mitarbeiter der Bochumer Einrichtung die lungenschädigende Wirkung von Weißasbest in Frage gestellt. Hintergrund ist die Debatte um das so genannte „Fahrerfluchtphänomen“: Weißasbest (Chrysotil) hat eine geringere Biobeständigkeit als Braun- oder Blauasbest (Amphibol) und löst sich nach Exposition im Lungengewebe mit der Zeit auf. Das typische asbestbedingte Krankheitsbild ist da, aber die Asbestfasern sind nach Jahren im Lungengewebe bei einer Biopsie nicht mehr nachweisbar. Chrysotil ist die Asbestart, die in Deutschland jahrelang hauptsächlich verarbeitet wurde.

Kann nun eine Jahrzehnte zurückliegende Asbestexposition nicht mehr im geforderten Umfang nachgewiesen werden und lassen sich die 25 Faserjahre nicht belegen, wird als so genannter alternativer „Brückenbefund“ auf die Zählung von Asbestkörperchen im Lungengewebe bei Weißasbesteinwirkung zurückgegriffen. Die erwähnte Biolöslichkeit von Weißasbest führt dann aber oftmals dazu, dass solche Asbestkörper kaum noch nachweisbar sind. Die Bochumer Wissenschaftler ziehen daraus häufig den Schluss, Erkrankungen, auch Krebserkrankungen durch Chrysotil seien nicht wahrscheinlich. Das hat in vielen Fällen zu ablehnenden Gutachten bei BK-Verdachtsanzeigen auf Lungenkrebs oder Mesotheliom geführt – obwohl dieser Zählmethode wissenschaftlich widersprochen wird und mehrere Landessozialgerichte sie massiv in Frage gestellt und als fehlerhaft bewertet haben. Kritische Wissenschaftler wie die Arbeitsmediziner Xaver Baur, Hans-Joachim Weitowitz u. a. haben gegen diese Zählmethode starke Einwände geäußert: Sie vertreten die Auffassung, Unterschiede bei Chrysotil im Vergleich zu Amphibol-Asbest seien kaum feststellbar. Dem Weißasbest müsse deshalb ein ebenso hohes Krebspotenzial zugesprochen werden wie anderen Asbestarten.

(Pneumologie, Bd. 66/2012)

Noch heute beauftragen Hersteller von Asbestprodukten fragwürdige Wissenschaftler mit Studien, die belegen sollen, dass insbesondere Chrysotil oder Weißasbest, völlig harmlos sei. Dabei ist sich die Fachwelt einig, dass jede Art von Asbest Krebs hervorrufen kann.

In Europa gilt zwar mittlerweile ein vollständiges Asbestverbot, aber zum einen kommt es immer wieder zu Importen von belasteten Produkten und zum anderen werden heute tausende in den 1970er Jahren mit Spritzasbest isolierte Gebäude abgebrochen, alte Kraftwerke, in denen Asbest als Isolationsmaterial verwendet wurde, zurückgebaut, werden Dächer saniert, die mit Eternitplatten gedeckt sind. Diese Arbeiten werden zu einem erheblichen Teil von Beschäftigten ausgeführt, die nach dem Asbestverbot (1995) ihren Beruf erlernt haben und daher weit weniger sensibilisiert sind als ältere Kollegen. Alle Beteiligten werden erhebliche Anstrengungen unternehmen müssen, um eine neue Facette des Skandals zu verhindern.

Die Asbest-Erkrankungen sind eine Spätfolge der jahrzehntelangen Verarbeitung von Asbest in Deutschland. 74 Tote in Folge einer asbestverursachten Berufskrankheit wurden 1980 verzeichnet, 1999 waren es 1.002, 2011 dann 1.469, rund 58 Prozent aller 2.560 registrierten BK-Todesfälle. Bis zum Jahr 2020 befürchteten die Berufsgenossenschaften bis zu 20.000 Asbesttote in Deutschland.

Asbest – Beratung jenseits der Berufsgenossenschaften



Sönke Bock, von Beruf Chemotechniker, ist seit 1977 auf der Werft in Kiel (Abt. Arbeitssicherheit) beschäftigt. Seit 1992 nimmt er in der Selbstverwaltung verschiedene Funktionen wahr (Widerspruchsausschuss, Vorsitzender des Vorstandes der BG Holz Metall, DGUV BK-Ausschuss). Er ist ehrenamtlicher Leiter der IG Metall Arbeitskreise Arbeits- und Gesundheitsschutz in Kiel und im Bezirk Küste.

Gespräch mit einem langjährigen Mitarbeiter (Schweißer) auf Grund einer Anfrage der Berufsgenossenschaft zur Berufskrankheit:

Hast Du bei Deiner Tätigkeit Umgang mit Asbest gehabt?

Nein!

Was hast Du denn in Deinem Beruf so gemacht?

Als Schweißer habe ich den letzten fast 40 Jahren so einiges an Neuerungen mitgemacht. Damals gab es die Vorgängergeräte des Unterpulverschweißens, da wurde das Schweißpulver über so ein weißes Transportband zur Schweißstelle transportiert. Durch die Hitzebelastung zerfiel das Transportband schnell und wir mussten es ständig ausbessern. Das hat schon ganz schön gestaubt.

[Anmerkung: Das Transportband war aus Asbest!]

Später haben wir dann rund um die Schweißnähte alles immer mit so weißen Tüchern auslegen müssen, damit Schweißspritzer sich nicht einbrennen konnten. Nach den Arbeiten haben wir die Tücher ausgeschüttelt und wieder zusammengelegt, da wir sie mehrfach benutzen sollten. Irgendwann fielen sie dann auf Grund der Hitzeeinwirkungen einfach auseinander. Die neuen Tücher haben wir gern als Tischdecken in unserem Pausenraum verwendet.

[Anmerkung: Die weißen Tücher waren Asbest-Brandschutzdecken]

Was gibt wohl ein entsprechender Kollege ohne eine Beratung in den Fragebögen der BG zu seinem Asbestumgang an? Z. B. „Keine Asbestbelastung stattgefunden“? Und was macht die BG mit einer solchen Aussage im weiteren Verfahren? Wie soll z. B. eine jüngere Aufsichtsperson der BG ohne eigene Erfahrungen die Angaben bewerten können und die entsprechenden Fragen stellen? Beispiele für nicht alltägliche



Asbesteinwirkungen gibt es genug: Kann der Lungenkrebs eines Feuerwehrmannes auf Asbest zurückzuführen sein?

Ja, der Kollege hat die Hitzeschutzanzüge für die Wache einmal in der Woche auseinander genommen, abgebürstet, ausgeschüttelt und danach wieder zusammen gelegt, am Anfang in der Werkstatt, später im Freien.

Kann ein Transportarbeiter eine Asbestbelastung haben?

Ja, der Kollege hat z. B. ausgebaute asbestisolierte Rohre selbst zu seinem Klein-LKW getragen und dann zur „Entsorgung“ gefahren. Den weißen Staub (Asbest) hat er sich in der Fahrerkabine vom Arbeitsanzug geklopft. Sehr schnell war die ganze Fahrerkabine „weiß“ und der Staub wurde durch die Lüftung auch gut verwirbelt.

Solche Dinge sind nicht im Faserreport erfasst. Dieser ist – in Grenzen – nur ein Hilfsmittel für Standardarbeitsplätze, wenn eine persönliche Befragung nicht mehr möglich ist. Leider wird er häufig auch anders benutzt, wahrscheinlich um sich die Arbeit zu erleichtern.

Auch, dass es sich bei den angegebenen Werten im Faserreport um Worst Case-Werte handelt, muss zumindest in einigen Fällen angezweifelt werden.

Wer Fasermessungen, z. B. nach Asbestsanierungen, Ende der 70 Jahre mitgemacht hat, wird sich erinnern, wie oft die Messungen abgebrochen werden mussten, da die Filter „dicht“ waren und nicht mehr ausgewertet werden konnten. Erst nach Verbesserung im Umfeld (Lüftung) kam man dann zu einer „Filterbelegung“, bei der man die Fasern auswerten konnte.

Im neuesten Faserreport sind dankenswerter Weise auch Zeiten für die entsprechende Asbestbelastung angegeben. Vergleicht man diese allerdings mit den z. T. betrieblich erfassten Daten, kann es zu erheblichen Abweichungen kommen. Auch hier kann von Worst Case keine Rede sein.

Einige Belastungen werden aber auch nicht erfasst. So ist über Jahrzehnte in den Beschichtungsstoffen für Brandschutzbereiche Asbest enthalten gewesen, was sowohl beim Aufbringen, als auch bei der späteren Bearbeitung der Flächen freigesetzt wurde. Dies ist bisher nur in einzelnen Fällen berücksichtigt worden.

Dieses ganze Wissen lief in der Vergangenheit häufig bei den Gewerbeärzten zusammen, wie es auch in der Berufskrankheitenverordnung vorgesehen ist. Leider haben fast alle Bundesländer – trotz Vorgabe einer Verordnung – die Gewerbeärzte von diesen Tätigkeiten abgezogen und viele Stellen einfach gestrichen.

Um die Betroffenen nicht allein zu lassen, muss entsprechender „Ersatz“ geschaffen werden. Eine Stelle die Zeit hat, im Gespräch den tatsächlichen Asbestumgang auch nach mehreren Jahrzehnten noch herauszufinden.

Dass man auch heute die damalige Asbestbelastung noch ermitteln kann, hat die AOK Bremen mit ihrer Hafenkarte ja bewiesen! Warum haben die Unfallversicherungen mit ihrer sehr großen Datensammlung in der GVS und bereits durchgeführten BK-Ermittlungen nicht schon lange ein vergleichbares System entwickelt?

Vorgemacht hat es auch die Beratungsstelle des Landes Bremen. Hier konnte der Kollege Rolf Spalek mit seiner Erfahrung und seinen Unterlagen bezüglich der vor Jahren stattgefundenen Asbestbelastung vielen Betroffenen helfen und sein Wissen jetzt an einen jüngeren Kollegen weitergeben.

Auf solche Beratung sollten aber auch Betroffene in den anderen 15 Bundesländern ein Recht haben. Noch gibt es Zeitzeugen, die ihr Wissen weitergeben können. Es muss „nur“ in entsprechenden Beratungsstellen gesammelt und aufbereitet werden.

Ein Handeln aller Verantwortlichen ist hier kurzfristig gefordert. Man darf die Asbestgeschädigten hiermit nicht länger allein lassen.

Natürlich stellt sich das Problem auch bei anderen Berufskrankheiten entsprechend. ■

6. Das Karpaltunnelsyndrom – Entschädigt wird erst, wenn es nicht zu viel kostet

Regine Weber, 49, arbeitet seit 25 Jahren in der Verwaltung eines großen Automobilzulieferers und verbringt rund 90 Prozent ihrer Arbeitszeit am Computer. Sie ist vorwiegend mit Dateneingabe beschäftigt. Seit mehreren Jahren plagt sie sich mit starken und zunehmenden Beschwerden an den Handgelenken und den Händen und war deswegen schon häufiger krankgeschrieben. Sie hat Taubheitsgefühle in der Hand und Schwierigkeiten mit der Motorik. Inzwischen sind auch Schmerzen hinzugekommen. Die Beschwerden sind seit einiger Zeit chronisch und kommen nach erneuter Arbeitsaufnahme sehr rasch wieder und werden heftiger. Vor etwa einem halben Jahr musste sie erkennen, dass sie ihren Beruf nicht mehr ausüben kann. Die Ärzte haben bei ihr ein so genanntes Karpaltunnelsyndrom (KTS) diagnostiziert. Aber kann ihre Erkrankung auch als Berufskrankheit gelten?

Karpaltunnelsyndrom (BK 2101)

Der Karpaltunnel ist der Raum zwischen den Handwurzelknochen und einem darüber liegenden Bindegewebsband. Durch diesen Kanal oder Tunnel verlaufen Sehnen und ein wichtiger Nerv, der Nervus Medianus. Er sorgt u. a. dafür, dass Daumen, Zeige- und Mittelfinger fühlen können. Bei einem Karpaltunnelsyndrom wird der Nervus Medianus im Kanal eingeengt, weil das Gewebe anschwillt und so auf den Nerv drückt. Erstes Anzeichen der Erkrankung: Die Hände schlafen ein. Taubheit und Kribbeln folgen. Ist der Nerv schwerer geschädigt, verspüren manche elektrisierende Missempfindungen – wie bei einem Stromschlag. Es kommt zu Schmerzen, die von der Hand in den Unterarm ausstrahlen können. Später kommen Probleme bei feinmotorischen Tätigkeiten hinzu. Die Fingerkuppen werden zunehmend taub. Im Spätstadium schwindet die Daumenballenmuskulatur: Erkrankte lassen Gegenstände fallen, weil ihnen die Kraft zum Greifen fehlt.

Das so genannte Karpaltunnelsyndrom ist eine weit verbreitete Erkrankung. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Das Merkblatt zu dieser Berufskrankheit, die die Listenummer 2101 hat, sagt dazu: „Diese Erkrankungen können durch einseitige, langdauernde mechanische Beanspruchung und ungewohnte Arbeiten aller Art bei fehlender oder gestörter Anpassung entstehen.“

Das Karpaltunnelsyndrom hat stolze 12 Jahre gebraucht, bis es nach einschlägigen Studien und hohen Erkrankungszahlen 2009 endlich in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurde. Verweise auf noch fehlende wissenschaftliche Erkenntnisse waren eher vorgeschoben. Die Widerstände waren mehr politisch, weniger wissenschaftlich begründet. Die Aufnahme des Karpaltunnelsyndroms in die Berufskrankheiten-Liste war eine Kostenfrage. In anderen europäischen Ländern war das Syndrom längst als Berufskrankheit anerkannt, in der Europäischen Berufskrankheiten-Liste ist es seit 2003 aufgeführt.

Voraussetzung für die Aufnahme des Karpaltunnelsyndroms in die Liste der Berufskrankheiten war die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirats für Berufskrankheiten, der das Bundesarbeitsministerium berät. In der Begründung des Ausschusses heißt es:

Ärztlicher Sachverständigenbeirat für Berufskrankheiten des Bundesarbeitsministerium

»... repetitive, manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Hände im Handgelenk und/oder mit erhöhtem Kraftaufwand der Hände (also z. B. durch andauerndes kraftvolles Greifen) und/oder Einwirkungen von Hand-Arm-Schwingungen (z. B. durch vibrierende Maschinen) könnten – zumal bei Kombinationswirkungen – das Risiko einer Erkrankung erhöhen.«

Solche Belastungen kommen in ganz unterschiedlichen Berufen vor. Bei der Beurteilung des Zusammenhangs muss der Schwerpunkt deshalb mehr auf der konkret ausgeführten Tätigkeit liegen als auf der Berufsbezeichnung. Je mehr schädigende Einwirkungen bei einer Tätigkeit additiv zusammenkommen, desto höher ist das Erkrankungsrisiko.

Berufskrankheit 2101, Karpaltunnelsyndrom, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Die europäische Berufskrankheiten-Liste

Seit 1990 existiert eine Europäische Liste der Berufskrankheiten, die zuletzt 2003 aktualisiert wurde. Die Liste wurde von der Europäischen Kommission erstellt und richtet sich als Empfehlung an die Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft. Diese werden aufgefordert, die dort aufgeführten Berufskrankheiten in ihre Rechts- oder Verwaltungsvorschriften aufzunehmen. Die Liste gliedert sich in zwei Teile.

Teil I zählt die Krankheiten auf, die nach den Empfehlungen der EU-Kommission in den Mitgliedsstaaten als Berufskrankheiten anerkannt werden sollen. Dazu gehören unter anderem die Silikose, die Asbestose, Hautkrankheiten durch bestimmte Stoffe, Lärmschwerhörigkeit und das Karpaltunnelsyndrom.

In Teil II sind Erkrankungen aufgeführt, bei denen eine berufliche Verursachung vermutet wird und die deshalb möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt in Teil I aufgenommen werden sollen. Genannt werden unter anderem Krankheiten durch Ozon, Erkrankungen durch Hormonstoffe, Tropenkrankheiten sowie Bandscheibenschäden der Lendenwirbelsäule durch wiederholte vertikal wirkende Ganzkörper-Schwingbelastung.

Eine Untersuchung des Statistischen Amtes der Europäischen Gemeinschaften (Eurostat) ergab, dass innerhalb der EG-Mitgliedstaaten Sehnenscheidenentzündungen der Hand und des Handgelenks sowie die Epicondylitis („Tennisarm“) zahlenmäßig zu den häufigsten Berufskrankheiten gehören. Ebenfalls von großer Bedeutung sind Hauterkrankungen und Lärmschwerhörigkeit. Neben diesen häufig auftretenden, jedoch weniger schwer verlaufenden Berufskrankheiten verzeichnet Eurostat mehr als 2.500 Todesfälle durch chronisch obstruktive Lungenerkrankungen und Lungenemphyse bei Bergleuten sowie mehr als 2.400 Todesfälle im Zusammenhang mit Asbest. Für Krankheiten, die nicht im Anhang I dieser Empfehlung enthalten sind, deren berufliche Verursachung und Berufsbezogenheit jedoch nachgewiesen werden können, wird die Aufnahme eines Anspruchs auf Entschädigung wie im Fall einer Berufskrankheit angeregt. Insbesondere wird dies befürwortet, wenn die betreffende Erkrankung im Anhang II genannt ist.

Die europäische Liste der Berufskrankheiten ist nicht gesetzlich bindend.

Die Arbeitsmediziner Klaus Giersiepen und Michael Spallek schätzen, dass die Zahl der von der Erkrankung Betroffenen in die Millionen gehen könnte. Besonders gefährdet sind Beschäftigte im Bausektor und am Fließband sowie Pflege- und Kassenpersonal.

Als das Karpaltunnelsyndrom dann 2009 als Berufskrankheit 2101 endlich in die deutsche Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wurde, war es inzwischen auch möglich geworden, die Erkrankung mit relativ geringem Aufwand operativ wirksam zu behandeln. Nach Giersiepen/Spallek gibt es jährlich ungefähr 300.000 Eingriffe. Die politischen Widerstände gegen eine Aufnahme der Krankheit in die Berufskrankheiten-Liste wurden gerade dann aufgegeben, als es möglich wurde, sie mit relativ geringem Aufwand operativ zu behandeln. Entschädigungen sind dann faktisch befristet, ihr Ausmaß hält sich in Grenzen.

Das Karpaltunnelsyndrom wurde zwar in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen, es wurden aber sehr hohe Hürden zur Anerkennung aufgerichtet. Die Anerkennungsquote ist niedrig. Im Bereich der Metall-Berufsgenossenschaften liegt sie bei gerade 5 Prozent. Das Karpaltunnelsyndrom ist eine Art „Volkskrankheit“. Ob hier eine über das übliche Maß hinaus deutlich höhere berufliche Belastung gegeben war – das will der Gesetzgeber sehr streng geprüft wissen. Um auf Regine Weber zurückzukommen: Jahrelanges Arbeiten am Computer kann zwar zu schmerzhaften Erkrankungen an Hand und Arm führen – aber zur Anerkennung einer Berufskrankheit reicht es meist nicht.

Bezugspunkt Europa



Gehring, Rolf ist Schlosser und Diplompädagoge und bearbeitet als Gewerkschaftssekretär innerhalb der Europäischen Föderation der Bau- und Holzarbeiter (EFBH) die Schwerpunkte Arbeitsschutz, Berufsbildung und Arbeitnehmervertretung. Die EFBH ist ein Gewerkschaftsverband, der die Beschäftigten im Bausektor, der Holzwirtschaft und dem Möbelsektor vertritt.

Im Schnittpunkt von industriellen Arbeitsbeziehungen und Sozialpolitik ist auf der europäischen Ebene mit dem System der durch Richtlinien beschriebenen Mindestbedingungen ein Bestand an Arbeitsschutzrechten ausgebaut worden, der viele positive Effekte hatte. Ein wesentlicher Bezugspunkt für die Praktiker im Bereich des Arbeitsschutzes und auch für die Gewerkschaftsbewegung sind in diesem Zusammenhang neben den Richtlinien auch die seit den siebziger Jahren vorgelegten Arbeitsschutzstrategien.

Die 2007 vorgelegte Strategie (2007 bis 2012), beinhaltete das konkrete Ziel, die Arbeitsunfälle um 25 % zu reduzieren. Auch die weite Problematik der arbeitsbedingten Erkrankungen wurde aufgeführt. Aber konkrete Ziele sucht man vergebens. Auch daher war diese Strategie damals vom EGB als schwächste jemals vorgelegte Strategie bezeichnet worden. Gewissermaßen trotz besseren Wissens hatte sich die Kommission davor gedrückt, sich den Veränderungen im Belastungsgeschehen moderner Arbeitsvollzüge zu stellen. Zwar gibt es viele Fundstellen, in denen die komplexeren Gefährdungssituationen beschrieben werden, in denen die Beschleunigung der Vermarktung von chemischen Produkten und ihre häufig nicht bekannten Wirkungen thematisiert werden, oder in denen die Intensivierung der Arbeit und ihre psychosozialen Effekte erörtert werden. Praktisch hatte die Kommission jedoch keine Schlüsse aus diesen Entwicklungen gezogen.

Dennoch gibt es eine Reihe von Anknüpfungspunkten für politische Initiativen auf der europäischen Ebene. In einer Entschließung zur Halbzeitüberprüfung der Arbeitsschutzstrategie der Gemeinschaft für 2007 bis 2012 hatte das Europäische Parlament (EP) dankenswerterweise auf die riesige Zahl von arbeitsbedingten Todesfällen hingewiesen. Es wird ausgeführt, „dass jährlich 168.000 Menschen infolge von Arbeitsunfällen oder an Berufskrankheiten sterben.“ Weiß man, dass die Zahl der tödlichen



Arbeitsunfälle in den letzten Dekaden tendenziell nach unten gegangen ist und heute in Europa zwischen 5.000 und 6.000 liegt, wird die ganze Dramatik der berufsbedingten Erkrankungen überdeutlich.

Wenn es um Anknüpfungspunkte geht, ist die Empfehlung der Kommission für eine europäische Liste der Berufskrankheiten (2003/670/EG) von Belang. Eine Empfehlung muss von den Mitgliedsstaaten nicht umgesetzt werden. In einer Entschließung des EP zur letzten Strategie wurde daher empfohlen, diese Liste in eine Richtlinie umzuwandeln, die damit Mindeststandards setzen würde. Ferner wurde die Kommission im Punkt 13 der gleichen Entschließung aufgefordert, Zahlen und Daten über Arbeitnehmer mit chronischen Erkrankungen zu sammeln und ihre Arbeitsbedingungen zu untersuchen sowie eine Charta zum Schutz der Rechte von Krebspatienten und Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen am Arbeitsplatz zu erstellen.

Es war im März 2013 erneut das EP, das angeregt durch die Asbest-Kampagne der Europäischen Föderation der Bau- und Holzarbeiter (EFBH), mit übergroßer Mehrheit einen Initiativbericht zu Asbest verabschiedete. Darin findet sich eine Reihe von Anforderungen bezüglich der Anerkennung asbestbedingter Krankheiten. Unter anderem wird die EU aufgefordert, dafür zu sorgen, dass „alle asbestbedingten Krankheiten, einschließlich Pleuraplaques, als Berufskrankheit anerkannt werden“. Und es wird gefordert, „die Beweislast nicht den Asbestopfern aufzuerlegen, sondern weiter gehende Rechte zur Geltendmachung von Entschädigungsleistungen zu begründen“.

Ansatzpunkte für eine europaweit koordinierte Politik zu berufsbedingten Erkrankungen finden sich also, teils konkret, wie bei Asbest, teils grundsätzlicher, wie etwa die europäische Liste der Berufskrankheiten oder die von der Kommission herausgegebenen Anleitungen zur Diagnose von Berufskrankheiten. Der Ball liegt damit in gewisser Weise auch im Feld der Gewerkschaften. Es bedarf einer detaillierten Sichtung der möglichen Anknüpfungspunkte auf der europäischen Ebene und einer Debatte, die das Ganze zu einer handlungsrelevanten politischen Programmatik verdichtet. Die Europawahlen im Mai 2014 könnten hierfür durchaus genutzt werden. ■



Plakat der Europäische Föderation der Bau- und Holzarbeiter (EFBH)

7. Das Kreuz mit dem Kreuz – Erkrankungen der Lenden- wirbelsäule

Nehmen wir einen weiteren Fall: Rolf Martens, 46, Stuckateur, hat bei seiner Arbeit einen Bandscheibenvorfall erlitten. Er beantragt die Anerkennung seiner Lendenwirbelsäulenerkrankung als Berufskrankheit. Denn: Seit 1993 steht diese Erkrankung als Nr. 2108 in der Liste der Berufskrankheiten. Daran knüpften sich damals große Hoffnungen bei vielen, die unter chronischen Rückenschmerzen leiden. An die Anerkennung von Martens Rückenschmerzen als Berufskrankheit der Lendenwirbelsäule hat der Verordnungsgeber allerdings hohe Anforderungen gestellt. Er muss nachweisen, dass er mindestens zehn Jahre Lasten über 25 kg gehoben oder getragen hat und zwar mit „extremer Rumpfbeugung“, damit sind 80 Grad zwischen Oberkörper und Beinen gemeint. Zusätzlich besteht hier ein sogenannter Unterlassungszwang. Mit anderen Worten: Martens Krankheit wird nur anerkannt, wenn er die belastende Tätigkeit aufgibt. Für viele Betroffene die sprichwörtliche Wahl zwischen Not und Elend. Aber wenn jemand diese Anforderung – oft notgedrungen – nicht erfüllt, wird nicht entschädigt.

Gericht kassiert Dosismodell

Die Berufsgenossenschaften lehnen viele Anträge mit dem Argument ab, die nachzuweisende berufliche Belastung sei nicht hoch genug gewesen. Die Belastung durch schweres Heben und Tragen wurde lange Jahre mit dem so genannten Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) ermittelt. Es sollte als einheitliche Vorgehensweise der Berufsgenossenschaften bei der Ermittlung und Beurteilung der arbeitstechnischen Voraussetzungen der Berufskrankheit 2108 genutzt werden. Das Modell setzte bestimmte Werte für Belastungen fest und verglich sie mit der „Normalbelastung“ der Allgemeinbevölkerung. Allerdings gab es auch immer Zweifel und Kritik am MDD, weil es zu hohe Werte ansetze.

Rolf Martens fand sich mit der Ablehnung nicht ab. Er ging bis zum Bundessozialgericht und erhielt dort tatsächlich Recht. Das war 2007. Das wurde vor allem deshalb möglich, weil die Einwände gegen das MDD zu diesem Zeitpunkt wissenschaftlich durch die Deutsche Wirbelsäulen-Studie erhärtet worden waren. Sie war von der DGUV selbst im Jahr 2002 in Auftrag gegeben worden, um offene Fragen im Zusammenhang mit der Berufskrankheit 2108 zu klären. Die Studie deckte die Schwächen des MDD auf und kam zu dem Ergebnis, dass dessen Richtwerte deutlich zu hoch angesetzt waren.

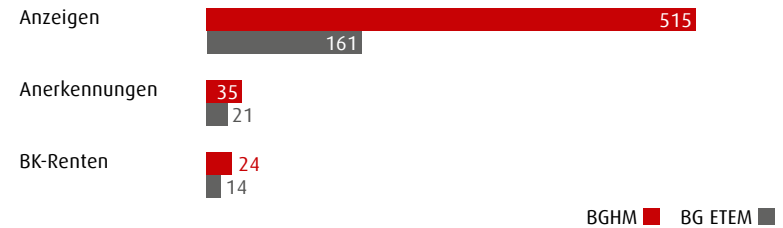
Die Entscheidung des Bundessozialgerichts kam nicht von ungefähr. Die politischen Widerstände gegen die Aufnahme der Erkrankungen der Wirbelsäule in die Berufskrankheiten-Liste waren sehr stark gewesen. Es gibt sie bis heute. In der Berufskrankheiten-Liste der DDR war die Erkrankung der Lendenwirbelsäule schon seit 1950 als Berufskrankheit gelistet. Erst der Beitritt der DDR zur Bundesrepublik hat auch im wiedervereinigten Deutschland zur Aufnahme von Wirbelsäulenerkrankungen in die Liste geführt, obwohl es auch in den Jahrzehnten davor immer wieder ernst zu nehmende wissenschaftliche Hinweise für die Anerkennung dieser Berufskrankheit gegeben hatte.

Wissenschaftliche Kritik

Für den Zusammenhang zwischen Heben und Tragen schwerer Lasten und degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule sprechen Druckmessungen, die im Vergleich zum Liegen und Sitzen einen stark erhöhten Druck auf die Bandscheibe der Lendenwirbelsäule nachweisen. Auf der Basis biomechanischer Modellvorstellungen können beim Heben und Tragen von Lasten mit einem Gewicht von weniger als 50 kg bei ungünstigen Hebelverhältnissen, also bei unhandlichen Lasten, die weit vom Körper abgehalten werden müssen, Druckkräfte auf die Bandscheibe der unteren Lendenwirbelsäule von bis zu 400 kg entstehen. Bei solchen Druckkräften wurden in Experimenten bereits morphologische Veränderungen, wie Rissbildungen im äußeren Faserring der Bandscheibe nachgewiesen. Solche Forschungsergebnisse machen es plausibel, dass langjähriges Heben und Tragen sowie Arbeiten in gebückter Körperhaltung über den Verschleiß der Bandscheiben zu krankhaften Verschleißerscheinungen und Veränderungen im Bewegungssegment führen können.

(nach Rainer Müller, Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Wirbelsäule als Berufskrankheiten, 1993)

Berufskrankheit 2108, Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Als die Erkrankungen der Lendenwirbelsäule 1993 in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommen wurden, stellte der Verordnungsgeber wie üblich hohe Anforderungen an die Anerkennung. Eine Anerkennung ist daher nur in extrem seltenen Fällen zu erreichen. Unmittelbar nach 1993 hatte es zunächst einen wahren Ansturm der Verdachtsanzeigen gegeben. Im ersten Jahr waren es über 27.000. Davon wurden aber nur ganze 19 anerkannt! Die Verwaltungen einzelner Berufsgenossenschaften wollten demonstrieren: „Die Anerkennung einer Berufskrankheit der Lendenwirbelsäule wird die Ausnahme bleiben!“ Alle anderen mögen auch eine kranke Wirbelsäule haben, aber nicht als Berufskrankheit. Es stellte sich Ernüchterung ein, die Zahl der Verdachtsanzeigen nahm danach immer mehr ab, die Anerkennungsquoten blieben weiter niedrig, meist deutlich unter 5 Prozent, fast immer mit der Begründung, die erforderliche Gesamtbelastungsdosis sei nicht erreicht worden.

Werte gesenkt

Dass es auf der Grundlage des MDD nicht mit rechten Dingen zugeht, machte die Wirbelsäulen-Studie nachhaltig klar. Der 2. Senat des Bundessozialgerichts zog daraus Schlussfolgerungen. Indem er die Berufskrankheit von Rolf Martens – anders als die Vorinstanzen – anerkannte, entschied er zugleich: Auch deutlich unterhalb der Richtwerte des MDD kann ein erhöhtes Risiko für berufsbedingte Bandscheibenerkrankungen bestehen. Eine bestimmte Mindesttagesdosis, wie sie das MDD vorschrieb, dürfe nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen nicht mehr verlangt werden. Das Gericht senkte

die Werte für die Mindestdruckkraft, der die Wirbelsäule ausgesetzt sein musste, deutlich. Insgesamt wurde der Orientierungswert für die Gesamtbelastungsdosis praktisch halbiert.

Das Gericht hatte damit auch deutlich gemacht: Die bis dahin üblichen extrem hohen Schwellenwerte, die eine Anerkennung in den meisten Fällen verhindert hatten, waren nicht wissenschaftlich begründet, auch wenn sie mit diesem Anspruch daherkamen. Damit wurde deutlich, dass die alten Werte ein Ergebnis politischer Willkür waren. Und dieser wurde nun zumindest teilweise ein Riegel vorgeschoben. Zugleich gab das oberste Sozialgericht dem Ordnungsgeber die Mahnung auf den Weg, im Interesse des rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgebots die Ausführungsbestimmungen zur Berufskrankheit 2108 zu korrigieren und zu präzisieren.

Der ganze Fall hat auch noch eine sozialpolitische Dimension. Denn wenn Erkrankungen der Lendenwirbelsäule, die ganz offensichtlich mit langjährigen beruflichen Belastungen zusammenhängen, von den Berufsgenossenschaften und ihren Gutachtern massenweise als Volkskrankheit abgetan und nicht als Berufskrankheit anerkannt werden, entstehen zwar weiter Kosten für Behandlung oder auch Berentung – sie werden aber von der Unfallversicherung auf Krankenkassen und Rentenversicherung verschoben. Das Ergebnis ist eine sozialpolitische Schieflage.

Die IG Metall spricht sich eindeutig für eine Nachjustierung dieser Verteilung aus:

Beschluss des
22. ordentlichen
Gewerkschafts-
tages der IG Metall
2011 in Karlsruhe

»Der IG Metall Vorstand wird aufgefordert, gemeinsam mit den anderen Einzelgewerkschaften und dem DGB auf die politisch Verantwortlichen (Bundesregierung, Bundestag, Parteien) einzuwirken, damit zukünftig die Kosten für entstandene arbeitsbedingte Erkrankungen / Gesundheitschäden durch die gesetzliche Unfallversicherung getragen werden.«

Eine sozialpolitische Schieflage

Werden berufsbedingte Erkrankungen von den Berufsgenossenschaften nicht als Berufskrankheiten anerkannt, verbleiben die entstehenden Behandlungs- und Reha-Kosten und auch eventuelle Entschädigungen bei der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Gesetzlichen Rentenversicherung. Da diese aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanziert werden, die gesetzliche Unfallversicherung aber ausschließlich aus Arbeitgeberbeiträgen, führt das zu einer weiteren Umverteilung zu Lasten der Beschäftigten. Diese Schieflage ist zugleich ein Freibrief für die Arbeitgeber, es mit der Prävention nicht so genau zu nehmen. Weil nämlich der Preis dafür nicht nur von ihnen selbst zu bezahlen ist, sondern von anderen Sozialsystemen, die die Beschäftigten anteilig mitfinanzieren.

(DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2011, S. 35)

8. 13.000 Stunden knien – Die Gonarthrose

Heinz Barthel, 51 Jahre, ist Schiffbauer auf einer Werft seit über 25 Jahren. Er arbeitet häufig im Knien und Hocken und spürt schon seit längerer Zeit Schmerzen in den Knien. Es sind die Vorzeichen einer Gonarthrose, einer nichtentzündlichen Verschleißerkrankung des Kniegelenks mit Druckschmerzen. Er war schon mehrmals deswegen krankgeschrieben und macht sich Sorgen, die Beschwerden könnten chronisch werden und sich verschlimmern.

Gonarthrose ist als Berufskrankheit 2112 seit 2009 in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen. Auch bei dieser Krankheitsart hat das sehr lange gedauert. Wissenschaftliche Erkenntnisse, die dafür sprachen, dass Gonarthrose eine Berufskrankheit sein kann, waren schon seit 1993 zugänglich. Die politischen Widerstände – vor allem im Verwaltungsapparat der Berufsgenossenschaften – waren jedoch stark. Es wurde vieles unternommen um die Anerkennung zu verzögern. Wesentlich für die Aufnahme in die Berufskrankheiten-Liste waren schließlich die wissenschaftlichen Studien des Arbeitsmediziners und hessischen Landesgewerbearztes Prof. Dr. Ulrich Bolm-Audorff und der Arbeitsmedizinerin Prof. Dr. Gine Elsner, so dass der ärztliche Sachverständigenbeirat für Berufskrankheiten 2005 die Aufnahme dieser Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten empfahl. Selbst danach endeten die Verzögerungsversuche den Berufsgenossenschaften nicht, u. a. mit dem Argument, es müssten noch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse abgewartet werden.

Gonarthrose (BK 2112)

Als Gonarthrose (auch: Kniegelenksarthrose) bezeichnet man den übermäßigen Verschleiß des Kniegelenks. Das Kniegelenk erfüllt wichtige Funktionen bei der Fortbewegung. Es muss stabil sein, um das Stehen zu ermöglichen, aber gleichzeitig beweglich. Besonders kennzeichnend bei einer Arthrose ist der Schmerz, der zunächst als Anlaufschmerz auftritt, das heißt, nach Ruhephasen gelingt es nur unter Beschwerden, wieder in Bewegung zu kommen. Die Schmerzen können mit Reibegeräuschen oder -gefühlen verbunden sein. Verschlimmert sich die Krankheit, kommen oft Ruheschmerzen oder Gelenkblockaden hinzu. Infolge des chronischen Reizzustands tritt meist eine Gelenkschwellung auf. Im Endstadium sind die Umbauprozesse häufig in Form einer Vergrößerung der Gelenkkontur und/oder einer Gelenkfehlstellung sichtbar.

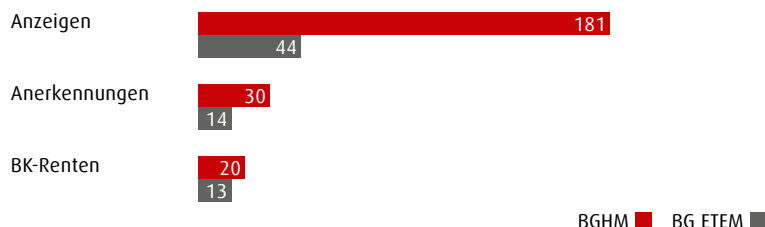
Im Bereich derjenigen Berufskrankheiten, die den Muskel- und Skelettmuskel betreffen, ist die Gonarthrose nach den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule die am zweithäufigsten angezeigte Berufskrankheit.

Arbeitsbedingt oder Volkskrankheit?

Betroffen sind überwiegend Männer die als Fliesen- und Bodenleger, aber auch Installateure, Schiffbauer, Schweißer, Werftschlosser tätig sind. Menschen, die also jahrelang und regelmäßig im Knien oder Hocken arbeiten. Ob eine Gonarthrose beruflich bedingt ist, wird durch ein Dosismodell geprüft. Dosismodelle werden in vielen Berufskrankheiten-Verfahren herangezogen, um das Maß der krankheitsverursachenden Einwirkungen genauer zu bestimmen. Die Faustregel dabei ist: Die Einwirkungskonzentration wird mit der Einwirkungsdauer multipliziert. Aus dem Merkblatt zu dieser Berufskrankheit geht hervor, dass während eines Arbeitslebens mindestens 13.000 Stunden Arbeiten im Knien, Hocken oder Kriechen oder eine vergleichbare Kniebelastung nachgewiesen werden müssen. Dabei zählen nur solche Tage für die mindestens eine Stunde im Knien nachgewiesen werden kann. Wer also vier Stunden an einem Arbeitstag kniet, muss das über 14 Jahre lang durchhalten, bis seine kaputten Knie die Hürde zur Anerkennung als Berufskrankheit bezwungen haben.

Hinzu kommt, dass gerade bei der Gonarthrose der Technische Aufsichtsdienst der Berufsgenossenschaft häufig nur oberflächlich ermittelt und der medizinische Gutachter auffällig oft die Befunde zu Ungunsten der Versicherten bewertet. Die Folge: eine Ablehnung oder eine zu gering angesetzte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Berufskrankheit 2112, Gonarthrose, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Wie bei anderen Muskel-Skelett-Erkrankungen wird bei der Arbeitsanamnese und Begutachtung regelmäßig der Verdacht ausgesprochen, es könne sich um eine Art natürliche Alterserscheinung handeln, die auch ohne Berufstätigkeit aufgetreten wäre. Häufig wird behauptet, die Krankheit sei hauptsächlich durch nichtberufliche Faktoren verursacht worden, etwa durch „Übergewicht“ oder „schwache Gelenke“. Vielfach wird auch nach Vorschädigungen gefragt, die die Gonarthrose ausgelöst haben könnten. Die Standardfrage an Männer: Haben Sie Fußball gespielt? Wer da mit Ja antwortet, hat schon schlechte Karten. Denn Meniskusschädigungen durch Fußball sind an der Tagesordnung, und wenn daraus eine Gonarthrose entsteht, ist das doch logisch und hat nichts mit der Arbeit zu tun, oder? Fazit: Wer an Gonarthrose leidet und eine Berufskrankheiten-Anzeige stellt, braucht eine qualifizierte Beratung, um überhaupt eine Chance zu haben.

Berufskrankheit von Leiharbeitern – ein neues Problem

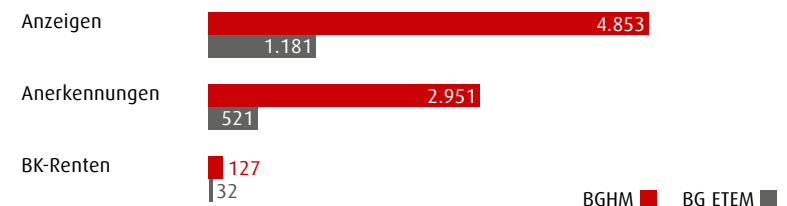
Das Berufskrankheitenrecht ist auf das reguläre Normalarbeitsverhältnis zugeschnitten. Leiharbeit oder Werkverträge sind hier zunächst gar nicht vorgesehen. Mängel im Arbeitsschutz, hohe Belastungen und Erkrankungsrisiken, schließlich große Schwierigkeiten bei der geforderten Beweislast, falls es zum Verdacht einer Berufskrankheit kommt – diese Probleme stellen sich z. B. bei Leiharbeitern oft noch schärfer. Sie arbeiten häufig an wechselnden Arbeitsplätzen, sind oft besonders hohen Gesundheitsrisiken ausgesetzt und haben es im Krankheitsfall schwer, den geforderten lückenlosen Nachweis ihrer krank machenden Belastungen zu erbringen. Bildlich gesprochen: Sie waren ja nicht bei BMW oder bei der Meyer-Werft angestellt, sondern bei Manpower. Wer als Leiharbeiter auf der Werft gearbeitet hat, beispielsweise, und dann an Gonarthrose erkrankte, hat es unter Umständen doppelt schwer, den geforderten detaillierten Belastungsnachweis zu erbringen. In der Statistik der Berufsgenossenschaft Holz Metall wird er auch gar nicht auftauchen. Wer ihn finden will, muss ihn in den Daten der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft suchen!

9. Berufskrank, aber leider ohne Rente: Die Lärmschwerhörigkeit

Martina Ludwig, 52, arbeitet zusammen mit etlichen anderen Kolleginnen am Sortierband in einer Gießerei. Die fertigen Gussstücke fallen vom Hebekran auf ein Transportband und werden dort weiterbewegt. Da sie noch heiß sind, ist das Transportband aus Metall, nicht aus Gummi. Der dabei entstehende Lärm ist beträchtlich. Seit einiger Zeit bemerkt Martina Ludwig, dass sie nicht mehr so gut hört wie früher. Zuerst fiel es in der Familie auf, weil sie zu Hause den Fernseher immer sehr laut stellte. Ihr Arbeitsplatz ist vorschriftsmäßig als Lärmbereich gekennzeichnet. Bei der Arbeit hat sie meistens Gehörschutz getragen. Auf die Dauer hat das aber die Schwerhörigkeit nicht verhindert. Inzwischen muss Martina Ludwig ernsthaft befürchten, dass ihre Erkrankung eine Berufskrankheit ist. Damit steht sie bei Weitem nicht allein.

Lärmschwerhörigkeit (BK 2301) ist eine Massenerscheinung. Weit über 11.000 Verdachtsmeldungen pro Jahr sind wahrlich keine Kleinigkeit. Lärm-Arbeitsplätze finden sich hauptsächlich in der Metallindustrie, bei der Herstellung, der Ver- und Bearbeitung von Metall, aber auch im Handwerk und Baubereich. Es dauert im Allgemeinen sehr lange, bis sich eine Schwerhörigkeit entwickelt hat. Die heute bekannt werdenden Schwerhörigkeiten haben also ihren Anfang schon vor Jahren genommen. Drei Viertel derjenigen, die eine Verdachtsanzeige stellen, sind 60 Jahre und älter. Bei der Lärmschwerhörigkeit fällt auf: Die Anerkennungsquote ist mit rund 53 Prozent hoch. Eine Rente erhalten aber nur sehr wenige, nämlich gerade einmal drei Prozent.

Berufskrankheit 2301, Lärmschwerhörigkeit, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Für die Anerkennung einer Berufskrankheit 2301 muss eine entsprechende Lärmexposition nachgewiesen werden. Hat die Lärmexposition nachweislich immer unter 85 dB(A) gelegen, so ist nach geltender Auffassung eine Lärmschwerhörigkeit weitgehend ausgeschlossen.

Verschlechtert sich die Hörfähigkeit auch nach dem Ausscheiden aus dem Lärmbereich, wird das Bestehen einer Berufskrankheit von den Gutachtern angezweifelt. Das Gleiche gilt, wenn vor Aufnahme der Lärmarbeit schon eine Gehörschädigung vorlag.

Lärmschwerhörigkeit (BK 2301)

Wirkt Lärm hoher Intensität [$> 85 \text{ dB(A)}$] lange Zeit, d. h. über Jahre täglich mehrere Stunden, auf das Ohr ein, so kommt es zu einer bleibenden und irreversiblen Schädigung des Gehörorgans. Lärmschwerhörigkeit entsteht. Ort der Schädigung sind die Haarzellen in der Ohrschnecke. Die Haarzellen werden nicht vollständig zerstört – völlige Taubheit entsteht also nicht –, aber sie werden unumkehrbar beschädigt. Sehr häufig ist die Lärmschwerhörigkeit mit Tinnitus (also mit Ohrgeräuschen) verbunden, der aber nur selten im Vordergrund der Beschwerden steht. Die Entwicklung einer Lärmschwerhörigkeit ist abhängig von der Dauer der Lärmexposition, von Pegel und Frequenzspektrum des einwirkenden Lärms, vom Vorhandensein eventueller Lärmpausen während der täglichen Exposition und ihrer Verteilung und auch von individuellen Faktoren.

Die Gutachter prüfen u. a. ob der Hörverlust auf beiden Ohren gleich groß ist. Unterscheiden sich die Hörkurven um mehr als 10 dB(A) , wird eine Anerkennung unwahrscheinlich.

Für die Anerkennung der Berufskrankheit 2301 ist das amtliche Merkblatt aus dem Jahr 2008 Ausschlag gebend. Das Merkblatt betont, „dass grundsätzlich jede berufsbedingte Schwerhörigkeit eine Berufskrankheit ist.“

Das hört sich gut an. Jedenfalls für Martina Ludwig. Aber ist ihre Lärmschwerhörigkeit denn auch berufsbedingt? Die medizinische Begutachtung ergibt einen erheblichen Unterschied der Schädigung zwischen dem rechten und dem linken Ohr. Da dieser Unterschied größer ist, als im Merkblatt vorgesehen, wird ihre Lärmschwerhörigkeit nicht anerkannt.

Aber auch wenn das Gutachten für eine Anerkennung gesprochen hätte, wäre es eher unwahrscheinlich dass Martina Ludwig eine Berufskrankheiten-Rente zugesprochen bekäme. Um das zu verstehen, muss man folgendes wissen: Mit der Anerkennung einer Berufskrankheit wird zugleich auch die „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ (MdE)

festgestellt und beziffert. Eine Rente wird erst ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 Prozent bewilligt. Das betrifft alle Berufskrankheiten, nicht nur die Lärmschwerhörigkeit. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit unter dieser Schwelle wird die Berufskrankheit „dem Grunde nach“ anerkannt. Immerhin kommt die Unfallversicherung dann für Reha-Leistungen auf (Heilbehandlung, Verletztengeld, Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation oder Übergangsgeld).

Ob und wann die Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Lärmschwerhörigkeit 20 Prozent beträgt – diese Entscheidung bewegt sich in einer Grauzone. Immer wieder verwenden Gutachter nicht vorgesehene Bewertungs-Schemata oder unterstellen einen Gewöhnungseffekt bei den Hörtests. Als Ergebnis fällt auf, dass bei der Berufskrankheit 2301 sehr häufig eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 15 Prozent festgestellt wird: Anerkennung „Ja“, Rente „Nein“. Das erklärt das krasse Missverhältnis zwischen Anerkennungen und Renten gerade bei der Lärmschwerhörigkeit.

Rente erst ab 20

Ob eine Rente ab 20 oder 15 Prozent gezahlt wird, hat nichts mit Wissenschaft zu tun. Die 20-Prozent-Schwelle ist politisch willkürlich gesetzt. Das zeigt ein kleiner geschichtlicher Rückblick: Vor über achtzig Jahren wurden Renten bereits bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 10 Prozent gewährt. 1931 beseitigte die damalige Regierung dann diesen Rentenanspruch. Der Heraufsetzung auf 20 Prozent lagen keine neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Grunde, sondern es ging schlicht darum, soziale Leistungen zu kürzen. In den Geschichtsbüchern kann man nachlesen, diese Heraufsetzung von 10 auf 20 Prozent habe die gesetzliche Unfallversicherung beträchtlich „entlastet“. Die erkrankten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen werden das anders bewertet haben. Jedenfalls ist die 20 Prozent-Regelung des SGB VII (§ 56 Abs. 1 Nr. 1) seit über 80 Jahren in der Welt. Im Verlauf der von der damaligen Regierungskoalition und den Arbeitgebern angeführten Diskussion um die „Reform“ – also den Abbau – des Leistungsrechts der Unfallversicherung in den Jahren 2006 bis 2008 wurde von Seiten der Bundesregierung angestrebt, Rentenzahlungen erst bei einer MdE von 30 Prozent zu gewähren. Auch hier ging es ausschließlich darum, soziale Errungenschaften abzubauen. Die Gewerkschaften konnten das verhindern. Eine solche Verschärfung hätte rund 40 Prozent aller – ohnehin knappen – neuen Berufsgenossenschafts-Renten entfallen lassen!

Minderung der Erwerbsfähigkeit – ein Konfliktthema

Gemäß Sozialgesetzbuch VII und der gängigen Rechtsprechung soll die monatliche Rente sowohl die Erwerbseinbußen als auch die erlittenen Schmerzen der Betroffenen pauschal abgelten. Diese abstrakte Schadensbemessung ist grundsätzlich richtig und muss erhalten bleiben. Allerdings kommt es in der Praxis immer wieder zu Härtefällen, in denen die tatsächlichen Einschränkungen im Erwerbsleben einer gesonderten Betrachtung bedürfen. Zudem besteht für das System der MdE-Bewertung keine eindeutige Festlegung in den Gutachterempfehlungen. Vielmehr finden sich dort, oft beachtlich große, Spannweiten der Minderung der Erwerbsfähigkeit-Bewertung. Die Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird bislang durch ständige Rechtsfortschreibung gefunden.

Tatsächlich ist über die Jahre hinweg eine langsame Senkung der Bewertungen zu beobachten. Eine zu niedrig angesetzte Minderung der Erwerbsfähigkeit geht gewöhnlich aus den medizinischen Gutachten hervor. Diese zu niedrige Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit spiegelt die tatsächlichen gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen für den Arbeitsmarkt oft nicht ausreichend wider. Besondere Härten aus dem Beruf heraus werden zu wenig berücksichtigt. Die Verwaltungen der Berufsgenossenschaft machen sich die zweifelhafte Bewertung zueigen. Im nächsten Fall liegt dann schon ein geringerer Maßstab vor und so setzt sich langsam aber stetig eine Abwärtsspirale in Gang. Eine unabhängige externe Überprüfung findet nur vor den Sozialgerichten statt. Wobei auch das Gericht auf Gutachter zurückgreifen muss. Das Bewertungssystem bestätigt sich nur in sich selbst und unterliegt keiner unabhängigen Kontrolle. Nach Auffassung der IG Metall müsste der Gesetzgeber über die grundsätzlich abstrakte Berechnung des Erwerbsschadens hinaus in Härtefällen eine konkrete Bewertung vorsehen, wenn der Versicherte aufgrund seiner Krankheit den Arbeitsplatz verliert.

Eine berufsbedingte Lärmschwerhörigkeit entsteht üblicherweise nur durch Lärm am Arbeitsplatz. Allerdings gibt es Begleitfaktoren, die das Berufskrankheitenrecht mit seinem Monokausalitätsprinzip (eine Ursache – eine Wirkung) nicht kennt. Gerade am Beispiel der Lärmschwerhörigkeit ist das gut belegt.

Wissenschaftliche Erkenntnisse sprechen z.B. dafür, dass bei einer kombinierten Belastung durch Lärm und Ganzkörper-Vibrationen Hörminderungen größer sein können als es allein nach der Dezibel-Belastung zu erwarten wäre. Hier müsste eine Begutachtung genauer hinsehen, müsste beispielsweise gezielt nach einer Gefahrstoffbelastung gefragt werden. Generell ist anzunehmen, dass bei Kombinationsbelastungen die körperlichen Beanspruchungen der Beschäftigten höher sind.

Seit Längerem ist auch bekannt, dass ototoxische (gehörgiftige) Substanzen das Gehör oder das Gleichgewichtsorgan im Ohr schädigen können. Das gilt für eine ganze Reihe von Chemikalien, die in der Arbeitswelt häufig verwendet werden: Benzol, Lösemittelgemische, Styrol, Toluol, Trichlorethylen, Xylol u. a. Das Risiko von Gehörschäden ist dann besonders groß, wenn die Grenzwerte für diese ototoxischen Arbeitsstoffe überschritten werden. Lärmschwerhörigkeit kann also auch aus einem Ursachenbündel entstehen – auch dann, wenn die Lärmgrenzwerte der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung nachweislich nicht überschritten wurden.

Die gleichbleibend hohe Zahl von Verdachtsmeldungen auf eine Berufskrankheit Lärmschwerhörigkeit verweist aber noch auf ein weiteres Problem: Das Versagen der Prävention. Auch bei Martina Ludwig ist das so. Sie arbeitet nicht als einzige am Transportband in der Gießerei. Ihre Kolleginnen laufen Gefahr ebenfalls eine Lärmschwerhörigkeit zu erleiden, wenn die Arbeitsbedingungen bleiben wie sie sind. Jede Verdachtsanzeige müsste für den Arbeitgeber Anlass sein, den Lärmschutz zu verbessern, wie es das Minimierungsgebot der Verordnung auch verlangt. Und jede Verdachtsanzeige müsste für die Aufsichtsbehörde Anlass sein, die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen zu überprüfen und ggf. Betrieben auf die Finger zu klopfen, die zwar bereitwillig persönlichen Gehörschutz an ihre Beschäftigten verteilen und Lärmbereiche ausweisen, es ansonsten dabei aber belassen. Das Arbeitsschutzgesetz (§ 4) gibt bekanntlich eine Rangfolge der Schutzmaßnahmen vor: Zuerst kommen technische und organisatorische Maßnahmen, erst dann die persönlichen Schutzmaßnahmen. Wenn Lärmschutz und Lärminderung auch nur einigermaßen funktionieren, müsste die jährliche Zahl der Verdachtsanzeigen zurückgehen. Dass sie das nicht tut, ist ein Skandal für sich, an den man sich nicht gewöhnen darf.

Die eigenartige Schätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)



Dr. Heino Slupinski war bis 2013 Landesgewerbeamter in Niedersachsen. Schwerpunkte dabei waren die Bearbeitung von Berufskrankheiten durch Gefahrstoffe, Krebserkrankungen und Lärmschwerhörigkeiten. Als Ländervertreter war er im Unterausschuss „Arbeitsmedizin“ des Ausschusses für Gefahrstoffe (AGS) tätig. Derzeit nimmt er für den DGB ein Mandat im Unterausschuss „Stoffbewertungen“ des AGS wahr.

Als langjähriger Gewerbeamter habe ich an zahlreichen Berufskrankheiten-Verfahren mitgewirkt, bei denen es um beruflich erworbene Krebserkrankungen ging. Dabei musste ich feststellen, dass es häufig zu erheblichen Problemen bei der Festsetzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit gekommen ist.

Ich möchte dies an einem Beispiel deutlich machen:

Seit der Einführung in die Berufskrankheiten-Liste 1988 habe ich die Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz (BK 4203) bearbeitet. Uns wurden in Niedersachsen ganz überwiegend von der damaligen Holz-Berufsgenossenschaft (jetzt Berufsgenossenschaft Holz Metall) durchschnittlich drei Fälle pro Jahr vorgelegt. In den letzten Jahren habe ich in der Mehrzahl der Fälle die aus meiner Sicht zu niedrig geschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit kritisiert. Aus meiner gewerärztlichen Sicht sollte die „Basis-MdE“ bei der Berufskrankheit 4203 bei mindestens 60 % liegen.

Die Gutachter folgen den Hinweisen zur MdE-Einschätzung bei berufsbedingtem Nasenkrebs von Hartung, Walter und Schroeder (Med. Sachverständ. 86 (1990) S. 173). Im Einzelfall wurde auch vom HNO-Gutachter beklagt, dass die Berufsgenossenschaft diese Hinweise zur Begutachtung vorgab.

Die MdE-Schätzung, die nach diesen Hinweisen erfolgt, berücksichtigt den reinen organischen Funktionsausfall. So könnte sich nach einem vorerst erfolgreich operierten Adenokarzinom der Nase ohne Funktionsausfälle eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % ergeben.

Aus meiner Sicht sind die Hinweise für die MdE-Schätzung bei Nasenkrebsen von Hartung, Walter und Schroeder nicht ärztlich geprägt und lassen die besondere Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit durch einen erworbenen Berufskrebs unberücksichtigt. Eine auch in die Rechtsprechung

eingegangene Praxis bei der MdE-Schätzung bei Berufskrebsen (Genesungszeit) wird nicht einbezogen.

Das BSG hatte sich in seinem Urteil vom 22.06.2004 – B 2 U 14/03 R ausführlich mit der MdE-Schätzung bei Berufskrebsen auseinandergesetzt. In diesem Urteil wird – abgegrenzt von der Heilungsbewährung im Sinne des sozialen Entschädigungs- oder Schwerbehindertenrechts – auf die Genesungszeit bei zu Rezidiven (Wiederauftreten einer Krankheit, d. Hrsg.) neigenden Erkrankungen verwiesen. Dieser Aspekt rechtfertigt nach dem BSG-Urteil sehr wohl eine MdE-Erhöhung über die reinen Funktionsausfälle hinaus. Dies ist im Unfallversicherungsrecht auch nicht neu. So verweist das BSG auf eine Entscheidung aus dem Jahre 1966, wonach bei einer Erkrankung eine schon bestehende Rückfallgefahr, die bereits vor Eintritt des eigentlichen Rückfalls die Erwerbsfähigkeit mindert, bei der Bemessung der gegenwärtigen Minderung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist.

Inzwischen wurden von Alberty et al. die Hinweise zur MdE-Schätzung bei der Berufskrankheit 4203 überarbeitet und unter dem Titel „Aktualisierung der Hinweise zur Begutachtung holzstaubassoziiertes sinusalen Adenokarzinome (BK 4203)“ veröffentlicht (Laryngo-Rhino-Otol 2008; 87: 1-6). Es stimmt bedenklich, dass diese Hinweise offensichtlich die Zustimmung der Fachgesellschaft gefunden haben.

Sie basieren nämlich weiter auf den Empfehlungen von Hartung et al. und verschärfen diese eher noch mit einer wahrscheinlich zu optimistischen Bewertung einer Strahlentherapie. Nach der Veröffentlichung von Alberty et al. muss ich annehmen, dass in 31 von 43 Fällen (72 %) der Tumor vollständig entfernt wurde. Diese Annahme einer Heilung ohne Berücksichtigung einer Genesungsphase geht offensichtlich auch in die im Vergleich zu anderen Berufskrebsen erheblich niedriger geschätzte Minderung der Erwerbsfähigkeit ein. Doch hieran sind meines Erachtens erhebliche Zweifel angezeigt. So werden in der vom HVBG herausgegebenen Dokumentation „Beruflich verursachte Krebserkrankungen“, (Verfasser Dr. Butz; 8. Auflage, Juli 2005, Seite 60) bei 513 anerkannten Fällen der Berufskrankheit 4203 im Berichtszeitraum von 1978 bis 2003 256 Sterbefälle aufgrund der Krebserkrankung angegeben (49,9 %). Hier war der Tod Folge der Berufskrankheit BK 4203 oder diese Berufskrankheit führte zu einer wesentlichen Lebensverkürzung. Damit liegt diese Krebserkrankung von der Prognose her zwischen den Krebsen der ableitenden Harnwege nach der Berufskrankheit-Nr. 1301 (Sterbefälle 32,2 %) und den Lungenkrebsen nach Asbestexposition (BK 4104 mit 82,1 % Sterbefällen). ■

10. Schweißen unter extremen Bedingungen – Die Siderofibrose

Gerhard Mosbach, 56 Jahre, arbeitete von 1978 bis 2001 im Behälterbau und ist seit Ende 1999 arbeitsunfähig. Er war als Schweißer tätig und arbeitete vorwiegend als Schutzgasschweißer. Dabei musste er häufig unter beengten Verhältnissen arbeiten – in engen Räumen, in Tanks und unter unzureichenden Be- und Entlüftungsverhältnissen. Atemschutz verwendete er immer dann, wenn dieser nicht hinderlich war. Bei Mosbach war die Siderofibrose, auch Schweißlunge genannt, stark ausgeprägt, er litt an massiver Atemnot und Husten. Er rauchte täglich etwa zehn Zigaretten. Nach der medizinischen Begutachtung kam die Berufsgenossenschaft zur Entscheidung, die Atemwegserkrankung des Versicherten im Sinne einer Berufskrankheit 4115 bzw. auch 4302 (chemisch-irritative oder toxische Atemwegserkrankung) anzuerkennen.

Berufskrankheit 4115, Siderofibrose, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Ein Kennzeichen aller Schweißverfahren ist die durch die erforderlichen hohen Temperaturen ausgelöste Freisetzung so genannter Schweißrauche und Schweißgase, die beim Einatmen die Lunge schädigen. Nach einer langjährigen und täglich vielstündigen Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen unter extremen, arbeitshygienisch unzureichenden Bedingungen kann eine entzündliche Krankheit der Lunge eintreten. Es setzen sich Schweißrauchpartikel in der Lunge fest, die die Bronchien und dann auch die Lungenbläschen schädigen. Siderofibrose ist dann zunächst durch Luftnot bei Belastungen, in fortgeschrittenem Stadium auch im Ruhezustand gekennzeichnet. Typisch für die Erkrankung sind Beschwerden wie Husten, Müdigkeit und Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Die Krankheit ist schwerwiegend und nicht heilbar.

Die Höhe sowohl der Schweißrauch- als auch der Schweißgas-Konzentrationen in der Luft am Arbeitsplatz hängt maßgeblich von den Arbeitsplatzverhältnissen und der Schweißdauer ab. Bei Schweißvorgängen unter beengten Verhältnissen kommt es zu einer besonderen Anreicherung. Extreme Schweißbedingungen treten insbesondere bei mehrstündigen Schweißarbeiten in Kellern, Tunneln, Behältern, Tanks, Waggons, Containern oder in Schiffsräumen auf.

Die Siderofibrose (BK 4115) steht seit 2009 in der Liste der Berufskrankheiten. Eine Anerkennung der Berufskrankheit 4115 zu erreichen ist nicht einfach und gelingt nur wenigen Erkrankten. Denn die Anerkennungsvoraussetzungen sind sehr eng gefasst. Nur wer langjährig unter sehr extremen Bedingungen Schweißarbeiten ausgeführt hat, hat eine Chance. In der Begründung der Berufskrankheit heißt es:

»Insgesamt bedarf es in der Regel einer langjährigen und täglich vielstündigen Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen unter extremen, arbeitshygienisch unzureichenden Bedingungen, ehe mit dem Auftreten einer interstitiellen Siderofibrose zu rechnen ist. Als ‚bestimmte Personengruppe‘, die durch ihre Schweißarbeiten der besonderen Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen in extrem höherem Maße als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind, können Versicherte nach einer mindestens etwa zehnjährigen bzw. ca. 15.000-stündigen Schweißertätigkeit unter extremen Bedingungen, d. h. bei eingeschränkten Belüftungsverhältnissen, z. B. in Kellern, Tunneln, Behältern, Tanks, Containern, engen Schiffsräumen etc. betrachtet werden.«

Zweimal extrem in einem kurzen Zitat. Das macht deutlich, dass es nur eine kleine Gruppe der Beschäftigten in dieser Tätigkeit betrifft.

Die Beweisnot kommt hinzu: Da die Tätigkeiten oftmals Jahrzehnte zurückliegen, die Unternehmen teilweise aber schon lange nicht mehr existieren und die Erinnerung der Versicherten verblasst ist, gestaltet sich die Ermittlung oft sehr schwierig. Da in der Regel keine Messwerte vorliegen, muss aus den Beschreibungen der Versicherten auf das Schweißverfahren zurückgeschlossen werden. Vergleiche mit anderen Arbeitsplätzen ermöglichen dann eine Abschätzung der Expositionshöhe.

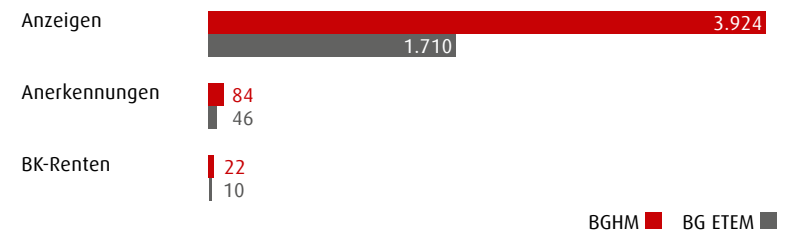
Noch gar nicht berücksichtigt sind bei alledem die möglichen Kombinationsbelastungen, die auch hier auftreten können. Denn nicht immer wird ja blankes Metall geschweißt. Es kann sich auch um Metallteile und Bleche handeln, die ölig oder lackiert oder beschichtet sind. Dann werden – außer Schweißrauch und Schweißgasen – auch weitere Chemikaliendämpfe freigesetzt. Ob und wie dadurch die Lunge geschädigt wird, auch wenn die oben geforderten „extremen“ Bedingungen nicht gegeben waren, das wäre zumindest eine genauere Betrachtung wert.

11. Wo bleibt die Prävention? – Hauterkrankungen

Sigrid Schulte, 44, arbeitet seit über 20 Jahren in einem Metallbetrieb. Ihre Arbeit besteht hauptsächlich darin, Metallteile zu entfetten. Dazu trägt sie durchgängig Latexhandschuhe – schon seit Langem leidet sie deshalb an einer Dermatose, die chronisch geworden ist. Ihre Hände sind gerötet, rau und fleckig, sie spürt permanent einen Juckreiz. Ihr Hautarzt hat bei ihrer Berufsgenossenschaft eine Verdachtsanzeige auf eine Berufskrankheit gestellt. Seit längerer Zeit informieren die Berufsgenossenschaften die Fachärzte systematisch darüber, dass solche Dermatosen auch eine Berufskrankheit sein können und fordern sie auf, vorsichtshalber eine Verdachtsanzeige zu stellen. Ihr Hautarzt hat das getan, und die Berufsgenossenschaft hat sie daraufhin zu einem Hautseminar eingeladen. Seither nutzt sie die angebotenen Heil- und Präventionsmaßnahmen der Berufsgenossenschaft. Ihre Beschwerden sind ein wenig besser geworden. Ob sich ein dauerhafter Heilungserfolg einstellen wird, ist noch unklar.

Hauterkrankungen sind mit 25.000 Verdachtsmeldungen die am häufigsten angezeigte Berufskrankheit. Die Anerkennungsquote tendiert allerdings geradezu gegen Null. Sie liegt insgesamt bei 2,3 Prozent. Eine Rente bekommen noch sehr viel weniger betroffene Kolleginnen und Kollegen. Bei der Berufsgenossenschaft Holz und Metall, sowie der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse sind es gerade mal 0,6 Prozent.

Berufskrankheit 5101, Hauterkrankungen, Bereich IG Metall



Quelle: DGUV Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2012

Hauterkrankungen können z.B. durch Feuchtarbeit, durch Hautkontakt mit chemischen Substanzen oder auch durch Kontakt mit natürlichen Stoffen und schließlich auch durch Einwirkung von physikalischen Faktoren oder von Keimen, Pilzen usw. entstehen. Nach dem amtlichen Merkblatt fallen unter die Berufskrankheiten-Ziffer 5101

„schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“. Das Merkblatt fügt allerdings eine weitere Bedingung an: Die krank machende Tätigkeit muss erst aufgegeben werden, vorher ist eine Anerkennung als Berufskrankheit ausgeschlossen.

Genau da liegt ein großes Problem: Der so genannte Unterlassungszwang. Er ist die Hauptursache für die geringe Anerkennungsquote. Ein Blick auf die Zahlen zeigt das: Von den rund 20.000 Fällen, in denen der Berufskrankheiten-Verdacht zwar bestätigt wurde, die geforderten „besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen“ aber nicht gegeben waren – hauptsächlich die Aufgabe der krank machenden Tätigkeit – machen die Hauterkrankungen den Löwenanteil aus (rund 56 Prozent der Fälle). Viele Beschäftigte können es sich gar nicht leisten, ihre Arbeit aufzugeben, um sich auf ein Anerkennungsverfahren mit unsicherem Ausgang einzulassen. Die unerwünschte, aber tatsächlich weit verbreitete Folge: Viele Erkrankte arbeiten in ihrem Beruf weiter, setzen sich zu lange der krank machenden Belastung aus und verschlimmern das Problem noch. Sie müssen einen schon erlittenen Schaden weiter erdulden, weil sie aus existenziellen Gründen dazu keine Alternative sehen. Was hier aus medizinischer Sicht vernünftig ist, können sich viele Betroffene, im wahrsten Sinne des Wortes, nicht leisten. Der „Unterlassungszwang“ ist eine überflüssige Zumutung für die Versicherten und dient letztlich nur der Kostensenkung. Nicht nur viele Haut-, auch viele Wirbelsäulenerkrankungen werden aufgrund dieser Regelung nicht anerkannt. Einzig sinnvolle Konsequenz aus dem Dilemma: Der Unterlassungszwang muss ersatzlos entfallen!

„Hautkampagne“

Die hohe Zahl der Verdachtsfälle hat die Berufsgenossenschaften zum Handeln gezwungen, und sie haben auch gehandelt. Gemeint ist damit das Erkennen von Krankheiten in einem frühen Stadium mit dem Ziel, sie erfolgreich auszuheilen. Die angebotenen Heilbehandlungen haben sich vielfach als wirkungsvoll erwiesen, so dass es oftmals zu dauerhafter Erwerbsminderung und Verrentung nicht kommen muss. Die Primärprävention – also ein Gesundheitsschutz, der Krankheiten gar nicht erst entstehen lässt – dagegen zeigt nach wie vor große Defizite: Die krank machenden Belastungen in vielen Branchen sind noch immer da. Auch die hohe Zahl der Verdachtsmeldungen führt bisher nicht dazu, dass in den Betrieben verstärkte Anstrengungen un-

ternommen werden, das Aufkommen der Erkrankung von vornherein zu vermeiden, Vorbeugung zu praktizieren. Stattdessen bleibt die Zahl der Verdachtsmeldungen Jahr für Jahr mit schöner Regelmäßigkeit hoch – zum Schaden der Beschäftigten.

Der Unterlassungszwang

Sind die Anerkennungsbedingungen bei möglichen Berufskrankheiten schon sehr eng gefasst, so hat der Ordnungsgeber bei etlichen Erkrankungen zusätzliche Hürden errichtet. Für einige Krankheiten gilt: Sie müssen „zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“. Das betrifft auch die Erkrankungen durch Isocyanate (Berufskrankheiten-Nr. 1315), vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen der Hände (Berufskrankheiten-Nr. 2104), bandscheibenbedingte Erkrankungen der Hals- oder Lendenwirbelsäule aufgrund bestimmter langjähriger Belastungen (Berufskrankheiten-Nr. 2108 bis 2110), obstruktive Atemwegserkrankungen (Berufskrankheiten-Nr.4301) sowie die besonders häufig auftretenden Hauterkrankungen (Berufskrankheiten-Nr. 5101). Bei Hauterkrankungen muss zusätzlich das Tatbestandsmerkmal „schwere Krankheit oder wiederholte Rückfälligkeit“ erfüllt sein.

12. Schlussfolgerungen

Wird der Verdacht auf eine Berufskrankheit angezeigt, muss die Berufsgenossenschaft „von Amts wegen“ ermitteln, ob eine Berufskrankheit vorliegt und ob sie zu Leistungen verpflichtet ist. Nach der Berufskrankheitenverordnung muss der staatliche Gewerbearzt über die Anzeige informiert werden und Gelegenheit zu einer Stellungnahme erhalten. Dann muss die gesamte Arbeitsgeschichte sorgfältig dokumentiert werden. Dazu braucht die Berufsgenossenschaft auch möglichst vollständige und lückenlose Angaben der Versicherten. Alle verfügbaren Informationsquellen müssen genutzt werden: Dokumentationen von Gefährdungsbeurteilungen, Sicherheitsdatenblätter, Ergebnisse von Messungen, Gefahrstoffverzeichnisse, Unterlagen von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, Aussagen von früheren Kollegen/innen usw.

Schwer nachzuweisen

Da die Anforderungen an die Vollständigkeit des Beweises sehr hoch sind, entsteht hier eine für viele Kolleginnen und Kollegen kaum überwindbare Hürde. Es ist ohnehin oft schon schwierig genug, für ein gesamtes Arbeitsleben den Nachweis zu erbringen, dass man damals einer bestimmten Belastung in erhöhtem Maße ausgesetzt war. Sind die Betroffenen aber auch noch ernsthaft krank, wird ihnen das noch sehr viel schwerer fallen. Sie müssen genau belegen, welche Tätigkeiten sie unter welchen Bedingungen wann und bei wem und mit welcher Einwirkung ausgeübt haben. Genaue und vollständige Daten darüber sind aber oft nur unter großem Aufwand zu erhalten. Und manchmal gar nicht. Außerdem hat das Berufskrankheiten-Recht die Anforderungen an den Nachweis der krank machenden Arbeitsbedingungen bewusst so hoch geschraubt, dass bei der Prüfung und Begutachtung immer Schlupflöcher da sind, auch andere Faktoren (Tabakkonsum, Alkohol, Übergewicht usw.) für die Krankheit verantwortlich zu machen und damit den Antrag abzulehnen. Da genügen manchmal einfach „Anhaltspunkte“. Ohne fachkundige Hilfe können da viele Betroffene überhaupt nicht zurechtkommen.

Das Berufskrankheiten-Recht ist immer noch auf das reguläre Normalarbeitsverhältnis zugeschnitten. Heute arbeiten immer mehr Beschäftigte unter prekären Bedingungen. Häufige Arbeitsplatzwechsel sind normal. Diese Kolleginnen und Kollegen werden noch mehr Schwierigkeiten haben, die geforderten Nachweise zu erbringen. Und

das, obwohl mit dem Arbeitsschutzgesetz, mit seinen Regelungen zur Gefährdungsbeurteilung und zur Dokumentation zumindest theoretisch gute Voraussetzungen bestehen.

Auf anderen Rechtsgebieten gibt es durchaus Hinweise, wie die hohen Hürden für den geforderten Nachweis niedriger angesetzt werden könnten, wenn der politische Wille da wäre. Wenn z. B. nachgewiesen werden soll, dass ein ärztlicher Behandlungsfehler einen Gesundheitsschaden verursacht hat, reicht es aus zu zeigen, dass ein derartiger Behandlungsfehler grundsätzlich geeignet ist, eine solche Schädigung herbeizuführen. Ein anderes Beispiel: Fehlende Unterlagen aus bestimmten Zeiträumen werden in der Kriegsopferversorgung dahingehend Beweis erleichternd „ersetzt“, dass festgelegt ist, dass Antragstellern keine Nachteile erwachsen dürfen, wenn sie Unterlagen nicht beibringen können. Von solchen flexiblen Regelungen ist das Berufskrankheiten-Recht weit entfernt. Es bürdet den Erkrankten eine Last auf, die diese im Grunde nicht tragen können.

Die in diesem Schwarzbuch zusammengetragenen Daten und Fakten zeigen: Das Berufskrankheiten-Recht in seiner jetzigen Form ist veraltet, unfair und dringend reformbedürftig. Und diese Reformen müssen in mehrere Richtungen gehen:

Erstens: Die gesetzlichen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit sind zu streng und können im Grunde willkürlich zu Lasten der Erkrankten ausgelegt werden. Die Hürden, die vor der Anerkennung einer Berufskrankheit errichtet wurden, müssen gesenkt werden. Letztlich brauchen wir die Umkehr der Beweislast.

Zweitens: Die Berufsgenossenschaften müssen ihre Verfahren versichertenfreundlicher gestalten. Die Kriterien, die an die in Auftrag gegebenen Gutachten gestellt werden, müssen offen gelegt werden. Die Verwaltungsverfahren sind einer systematischen Qualitätssicherung zu unterziehen. Damit die Betroffenen ihre Rechte auch wahrnehmen können, sind die Verfahren transparenter und fairer zu gestalten.

Drittens muss die Berufskrankheiten-Liste zügig erweitert und an das heutige, veränderte Belastungsspektrum angepasst werden. Erkenntnisse über arbeitsbedingte Erkrankungen müssen sich schneller als bisher in der Berufskrankheiten-Liste niederschlagen. Das schließt ein,

auch die geradezu explodierende Zahl – auch arbeitsbedingter – psychischer Erkrankungen zum Gegenstand einer ernsthaften Debatte zu machen. Hier sind Lösungen fällig, und die dürfen nicht in der bekannten Art auf die lange Bank geschoben werden.

Viertens muss die Prävention verbessert werden, damit möglichst viele Berufskrankheiten gar nicht erst entstehen. Hier sind auch die Arbeitsschutzbehörden gefordert, wirksamer ihrer Überwachungs- und Beratungsaufgabe nachzukommen. Dort wo aber dennoch Krankheiten entstehen, muss jede angezeigte Berufskrankheit zum Anlass genommen werden, ernsthaft nach den Ursachen und nach den Versäumnissen in der Prävention zu forschen, um daraus zu lernen und Verbesserungen zu erreichen.

Defizite, Handlungs- und Reformbedarf

10 Thesen zum Recht der Berufskrankheiten

I. Anerkennungsvoraussetzungen fair und transparent gestalten

1. Aufgrund gesetzlicher Regelungen ist die Quote der anerkannten und entschädigten Berufskrankheiten erschreckend niedrig.

An die Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) werden durch das Gesetz (§ 9 SGB VII) außerordentlich hohe Anforderungen gestellt. Diese Anforderungen wirken faktisch als Abschneidegrenzen, welche die Zahl der Anerkennungen drastisch reduzieren.

In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wird gefordert, dass die beruflichen Einwirkungen wesentlich für die Entstehung einer Berufskrankheit sein müssen. Es muss der Nachweis durch die Versicherten erbracht werden, dass sie einer bestimmten Belastung in so hohem Maße ausgesetzt waren, dass dadurch die Erkrankung ausgelöst wurde. Eine andere wesentliche Ursache muss ausgeschlossen werden. Auch Stichtags-Regelungen und unverhältnismäßige Dosis-Wirkungsbeziehungen erschweren häufig eine Anerkennung.

Mit wenigen Ausnahmen kennt die Berufskrankheiten-Liste nur die Logik: Ein Einfluss eine Wirkung. Tatsächlich sind viele Erkrankungen aber multikausal verursacht.

Handlungsbedarf:

- Die Hürden für die Anerkennung einer Berufskrankheit müssen gesenkt werden.
- Eine geeignete Einwirkung muss für die Anerkennung ausreichen, § 9 (1) SGB VII muss entsprechend geändert werden.
- Regelungen zur Beweiserleichterung sind zu treffen. Einen möglichen Weg zeigt das Patientenrechtegesetz. Darin ist festgelegt, dass zwar grundsätzlich der Versicherte den Beweis erbringen muss. Für bestimmte Fälle sind aber gesetzlich Beweiserleichterungen zugunsten der Versicherten vorgesehen.

- Ebenfalls zur Beweiserleichterung ist festzulegen, dass Antragsteller nicht dadurch benachteiligt werden dürfen, dass bestimmte Unterlagen nicht mehr vorhanden sind. (s. § 15 Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung – KOVvFG).

2. Die geringen Anerkennungsquoten führen zu einer politisch gewollten sozialpolitischen Fehlsteuerung.

Werden berufsbedingte Erkrankungen von den Berufsgenossenschaften nicht als Berufskrankheit anerkannt, verbleiben die entstehenden Kosten für Behandlung und Rehabilitation bei den Kranken- und Rentenversicherungen. Da diese aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen finanziert werden, die Gesetzliche Unfallversicherung aber ausschließlich aus Arbeitgeberbeiträgen, führt dies zu einer Umverteilung zulasten der Beschäftigten.

Handlungsbedarf:

- Die Kosten für arbeitsbedingte Erkrankungen müssten grundsätzlich von denjenigen getragen werden, die für deren Verursachung verantwortlich sind. Da dies im Einzelfall nicht möglich ist, muss eine übergeordnete Regelung zum finanziellen Ausgleich zwischen den Sozialversicherungen geschaffen werden. Denkbar wäre ein pauschaler Lastenausgleich zwischen den Unfallversicherungsträgern (UVT) und den Kranken- und Rentenversicherungen. Ähnlich dem Altlastenausgleich zwischen den Berufsgenossenschaften sollte der Gesetzgeber eine Beteiligungsquote der Unfallversicherungsträger am Gesundheitsfonds festschreiben. Würde sich diese Quote z.B. nach den 25 häufigsten arbeitsbedingten Gesundheitsschäden berechnen und alle fünf Jahre überprüft, wäre zusätzlich zum sozialpolitischen Umverteilungseffekt ein starker Präventionsanreiz gegeben.

3. Die wissenschaftlichen arbeitsmedizinischen Erkenntnisse fließen nicht schnell genug in die Prozesse der Anzeige und Anerkennung von Berufskrankheiten ein.

Sowohl bei der Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit als auch bei der Begutachtung sind Ärzte der unterschiedlichen Facharzttrich-

tungen beteiligt. Bei der Verdachtsanzeige kommt es ganz wesentlich auf die Kenntnisse der Mediziner/innen hinsichtlich möglicher arbeitsbedingter Ursachen von Erkrankungen an. Hier besteht nach wie vor ein großer Bedarf, die Qualifikationen auf dem Stand der neuesten arbeitsmedizinischen Erkenntnisse aktuell zu halten.

Wichtiges Instrument zur Begutachtung einer Berufskrankheit sind die Begutachtungsempfehlungen. Auch sie müssen kontinuierlich aktualisiert werden, um die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse aufzugreifen und einzuarbeiten. Die Bundesregierung hat sich inzwischen ganz von der Aufgabe verabschiedet, die entsprechenden Empfehlungen zu den Berufskrankheiten zu aktualisieren. Diese Aufgabe wurde vollständig der DGUV übertragen.

Handlungsbedarf:

→ Die Bundesregierung muss die Begleitung und Aktualisierung der Begutachtungsempfehlungen wieder an sich ziehen. Diese Aufgabe könnte durch die BAuA ausgefüllt werden. In ihre Zuständigkeit fielen die Überprüfung der Empfehlungen in regelmäßigen Abständen sowie die beschlussreife Vorbereitung notwendiger Änderungen bis zur nächsten Überprüfung der Liste.

4. Die Aufnahme neuer Krankheiten in die Berufskrankheiten-Liste dauert viel zu lange.

Eine auffällige Häufung von Erkrankungen führt nicht in dem erforderlichen Umfang dazu, dass nach den arbeitsbedingten Ursachen dieser Erkrankungen geforscht wird. Forschung zum Beweis neuer Berufskrankheiten-Sachverhalte findet kaum noch statt. Welche Erkrankungen bzw. Forschungsergebnisse von Seiten des Ärztlichen Sachverständigenbeirats zum Anlass für Beratungen werden, ist zu wenig transparent. Die Aufnahme neuer Krankheitsbilder in die Berufskrankheiten-Liste dauert in der Regel Jahrzehnte. Berechtigte Ansprüche von Versicherten werden so verschleppt oder kommen gar nicht mehr zum Tragen.

Die Möglichkeit, eine Berufskrankheit so zu behandeln als wäre sie bereits in die Liste aufgenommen (so genannte „Wie-Berufskrankheiten“) ist nahezu wirkungslos, denn gefordert sind hier neue Erkenntnisse, die seit der jeweils letzten Änderung der Berufskrankheitenver-

ordnung erzielt wurden. Mit anderen Worten: Wenn der Gesetzgeber eine Erkrankung nicht in die Liste aufnimmt, verlieren dazu vorliegende medizinische Erkenntnisse ihre Wirkung für die Anerkennung einer „Wie-Berufskrankheiten“.

Handlungsbedarf:

- Es ist erforderlich, dass insbesondere der Staat ein Mindestmaß an arbeitswissenschaftlicher Forschung garantiert. Neue Erkenntnisse, wie beispielsweise Hinweise darauf, dass Nacharbeit das Krebsrisiko erhöht, müssen schneller zu Konsequenzen in der Berufskrankheiten-Anerkennung führen.
- Wichtig wären auch zusätzliche arbeitswissenschaftliche – und arbeitsmedizinische Lehrstühle, um Anzahl und Fachkunde der Gutachter zu sichern.
- Eine analoge Anwendung der regelmäßigen Rechtsprechung zum „Systemversagen des SGB V“* würde die Dynamik der Listenergänzung deutlich steigern. Danach müssten die Unfallversicherungsträger Berufskrankheiten-Fälle anerkennen, bis über die Aufnahme oder Nicht-Aufnahme der Krankheit in die Liste entschieden ist. Denkbar wäre auch, dass wissenschaftliche Empfehlungen, wie sie etwa die IARC ausspricht, automatisch dazu beitragen, die Anforderungen einer „Wie-Berufskrankheit“ zu erfüllen.
- Über die Gegenstände der Beratungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats muss mehr Transparenz hergestellt werden.

* BSG Urteil zum Systemversagen bei Krankenkassen B 1 KR 78/11

5. Prekäre Beschäftigung wird für die Versicherten zukünftig zu erheblichen Problemen bei der Arbeitsanamnese führen. Der Nachweis des Zusammenhangs zwischen der schädigenden Einwirkung und der versicherten Tätigkeit ist besonders erschwert.

Durch die Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und die Prekarisierung der Arbeitsverhältnisse wird es zukünftig für die Versicherten noch schwerer werden, die erforderlichen Daten vorzuhalten. Beschäftigte üben oft mehr als einen Job aus. Sie arbeiten in Leiharbeitsunternehmen, zeitlich befristet oder auf Werkvertragsbasis mit häufig wechselnden Einsatzorten. Die Zahl der Betroffenen steigt nach wie vor an:

mittlerweile sind ca. 1 Million Beschäftigte als Leiharbeitende tätig. Fast jedes zehnte Beschäftigungsverhältnis ist zeitlich befristet.

Der Druck auf die Arbeitsstandards ist unter diesen Bedingungen erheblich. Gesundheitliche Belastungen sind weit verbreitet. Festzustellen ist eine Belastungskumulation durch hohe körperliche Belastungen sowie psychische Belastungen durch unsichere Erwerbsperspektiven. Der Anteil „schlechter Arbeit“ ist überproportional hoch. Dies führt zu erheblichen Gesundheitsgefährdungen.

Handlungsbedarf:

- Die besonderen Beschäftigungsbedingungen prekär Beschäftigter erfordern hinsichtlich des Nachweises in Berufskrankheiten-Verfahren Regelungen zur Beweiserleichterung.
- Zudem sind vielfältige Maßnahmen zur Dokumentation von Einwirkungen erforderlich. Erste Schritte sind hier bereits unternommen: Die Berufsgenossenschaften arbeiten an der Errichtung einer Zentralen Expositionsdatenbank für krebserzeugende Arbeitsstoffe. Bisher allerdings nur unter freiwilliger Beteiligung der Arbeitgeber. Weitere Schritte sind dringend erforderlich.

II. Die Anerkennungspraxis muss nachvollziehbar und gerecht sein.

6. Die Gutachten stellen eine große Hürde für die grundsätzliche Anerkennung einer Berufskrankheit wie auch für die Höhe der Entschädigung dar.

Bei der Prüfung, ob eine Berufskrankheit vorliegt, treten häufig Mängel hinsichtlich der Erhebung der Arbeitsanamnese als auch der Begutachtung auf. Oft wird die Qualität der technischen und medizinischen Gutachten der Tragweite der auf ihrer Basis getroffenen Entscheidung nicht gerecht.

Der technische Aufsichtsdienst gibt sich allzu oft und zu schnell mit Aussagen des Arbeitgebers zur Arbeitssituation zufrieden statt explizit weitere Anhaltspunkte zu ermitteln.

Bei der medizinischen Begutachtung drängt sich der Eindruck auf, dass einzelne Gutachter auffällig oft Befunde zu Ungunsten des Ver-

sicherten bewerten. Dieser Eindruck verstärkt sich bei solchen Gutachtern, die wirtschaftlich in einem besonders hohen Maße von den Unfallversicherungsträgern abhängig sind.

Handlungsbedarf:

- In einem ersten Schritt muss sich die Selbstverwaltung über das Wirken der beauftragten Gutachter informieren lassen. Dazu sollen die Verwaltungen in regelmäßigen Abständen Übersichten mit den beauftragten Gutachtern und deren Anerkennungs- bzw. Ablehnungsquoten erstellen. So könnten besonders auffällige Gutachter ermittelt werden.

7. Die MdE-Bewertung ist intransparent und spiegelt besondere Härten von Einzelfällen nicht ausreichend wider.

Gemäß SGB VII und der gängigen Rechtsprechung soll die monatliche Rente sowohl die Erwerbseinbußen als auch die erlittenen Schmerzen der Betroffenen abgelten. Diese abstrakte Schadensbemessung ist grundsätzlich richtig und muss erhalten bleiben. Allerdings kommt es immer wieder zu Härtefällen, in denen die tatsächlichen Einschränkungen im Erwerbsleben einer gesonderten Betrachtung bedürften.

Zudem besteht für das System der MdE-Bewertung keine objektiv nachvollziehbare Begründung. Die Einschätzung über den Umfang der Minderung der Erwerbsfähigkeit wird bislang durch ständige Rechtsfortschreibung gefunden. Tatsächlich ist über die Jahre hinweg eine langsame Senkung der Bewertungen zu beobachten. Das Bewertungssystem bestätigt sich nur in sich selbst und unterliegt keiner unabhängigen Kontrolle. Die Festlegung des Anspruchs auf eine Teilrente ab einer MdE von 20 Prozent ist nicht aus objektiven Erwägungen abgeleitet.

Handlungsbedarf:

- Die Bewertung der Schädigung muss sich am oberen Drittel des Zivilrechtlichen Schmerzensgeldes orientieren. Der grundsätzlich abstrakten Berechnung des Erwerbsschadens muss in Härtefällen eine konkrete Bewertung folgen, wenn der Versicherte aufgrund seiner Krankheit seinen Arbeitsplatz verliert.

8. Der „Unterlassungszwang“ ist eine überflüssige Zumutung für die Versicherten, der letztlich nur der Kostensenkung dient.

Bei bestimmten Berufskrankheiten, wie etwa den obstruktiven Atemwegserkrankungen, kann eine Berufskrankheit nur anerkannt werden, wenn der Versicherte alle Tätigkeiten unterlässt, die mit der Entstehung, Verschlimmerung oder dem Wiederaufleben der Erkrankung verbundenen sein können. Diese Einschränkung ist in der Berufskrankheiten-Liste jeweils aufgeführt und wird daher häufig als „Listenvorbehalt“ bezeichnet.

Der Versicherte muss demnach zuerst die schädigende Tätigkeit aufgeben, um eine Rente zu erhalten. Gemäß § 9 (3) SGB VII muss die Berufsgenossenschaft darüber entscheiden ob die übrigen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind. Wie hoch die künftige Rente ausfallen würde ist dabei nicht Teil des Bescheides. Die Versicherten können also ihre zukünftigen die Einkommenseinbußen nicht abschätzen. Daher schrecken viele Beschäftigte davor zurück, ihre bisherige Tätigkeit aufzugeben. Sie setzen sich damit unter Umständen noch länger den schädigenden Einflüssen aus. Daran ändern auch die Regelungen des § 3 Berufskrankheitenverordnung nichts, da auch sie erst nach gefällter Entscheidung Einkommenseinbußen kompensieren.

Handlungsbedarf:

→ Die Einschränkung muss ersatzlos entfallen. Der „Unterlassungszwang“ schafft keine Präventionsanreize sondern bewirkt vielmehr, dass sich die Betroffenen noch länger der Belastung aussetzen.

9. Die Versicherten stehen der Berufsgenossenschaft weitgehend alleine gegenüber und sind ihr strukturell unterlegen.

Gewerkschaftliche Beratung und Rechtsschutz stellen eine wichtige Unterstützung und Hilfe für Betroffene in den Anerkennungsverfahren dar.

Ansonsten fehlt es an neutraler Beratung für die Versicherten. Die Länder verfügen, mit Ausnahme von Bremen und Hamburg nicht über Beratungsstellen. Schlimmer noch: Sie bauen weiterhin Stellen bei den Landesgewerbeärzten ab, obwohl diese eigentlich jede Berufskrankheiten-Anzeige prüfen müssten.

Handlungsbedarf:

→ Die Länder dürfen sich nicht aus der Verantwortung verabschieden. Nur eine Mindestausstattung mit Landesgewerbeärzten kann die fachliche Überwachung der Berufskrankheiten-Verfahren gewährleisten. Darüber hinaus sind unabhängige staatliche Beratungsstellen erforderlich, da sie eine große Hilfe für die Betroffenen darstellen.

III. Prävention verbessern

10. Die gesetzliche Unfallversicherung nutzt die Erkenntnisse, die sie aus den Berufskrankheitenverfahren gewinnt nicht, um die Präventionsansätze zu verbessern.

Für die betriebliche Prävention sind Erkenntnisse sowohl aus den anerkannten als auch aus den abgelehnten Berufskrankheiten-Anzeigen von Interesse. Sie können wertvolle Hinweise zu den Belastungsschwerpunkten in den Betrieben geben.

Die strikte Trennung der Zuständigkeiten in den Berufsgenossenschaften zwischen Verwaltung und Prävention verhindert, Konsequenzen aus den Berufskrankheiten-Verfahren für die Arbeit der Präventionsabteilungen zu ziehen.

Die Auswertung des Berufskrankheiten-Geschehens kann darüber hinaus auch für andere Sozialversicherungsträger wie die Gesetzlichen Krankenversicherungen Anhaltspunkte für Maßnahmen etwa der betrieblichen Gesundheitsförderung bieten. Auch wenn die Kriterien zur Anerkennung einer Berufskrankheit nicht erfüllt sind zeigen die Verdachtsanzeigen auf, wo gesundheitliche Störungen vorliegen.

Handlungsbedarf:

→ Angezeigte Berufskrankheiten müssen, unabhängig von ihrer Anerkennung, Einfluss auf die Präventionsarbeit haben. In den Unfallversicherungen müssen dafür konkrete Maßnahmenpläne festgelegt werden. Selbstverwaltung aber auch die Betriebsräte müssen hier aktiv werden.

§ 9 SGB VII Berufskrankheit

(1) Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, daß die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. In der Rechtsverordnung kann ferner bestimmt werden, inwieweit Versicherte in Unternehmen der Seefahrt auch in der Zeit gegen Berufskrankheiten versichert sind, in der sie an Land beurlaubt sind.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben eine Krankheit, die 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 nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.

(3) Erkrankten Versicherte, die infolge der besonderen Bedingungen ihrer versicherten Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an einer in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 genannten Berufskrankheit ausgesetzt waren, an einer solchen Krankheit und können Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht festgestellt werden, wird vermutet, daß diese infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist.

(4) Setzt die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit die Unterlassung aller Tätigkeiten voraus, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, haben die Unfallversicherungsträger vor Unterlassung einer noch verrichteten gefährdenden Tätigkeit darüber zu entscheiden, ob die übrigen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllt sind.

(5) Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalls abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen.

(6) Die Bundesregierung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistungen zur Verhütung des Entstehens, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens von Berufskrankheiten,
2. die Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen bei der Feststellung von Berufskrankheiten sowie von Krankheiten, die nach Absatz 2 wie Berufskrankheiten zu entschädigen sind; dabei kann bestimmt werden, daß die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen berechtigt sind, Zusammenhangsgutachten zu erstellen sowie zur Vorbereitung ihrer Gutachten Versicherte zu untersuchen oder auf Kosten der Unfallversicherungsträger andere Ärzte mit der Vornahme der Untersuchungen zu beauftragen,
3. die von den Unfallversicherungsträgern für die Tätigkeit der Stellen nach Nummer 2 zu entrichtenden Gebühren; diese Gebühren richten sich nach dem für die Begutachtung erforderlichen Aufwand und den dadurch entstehenden Kosten.

(7) Die Unfallversicherungsträger haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle über den Ausgang des Berufskrankheitenverfahrens zu unterrichten, soweit ihre Entscheidung von der gutachterlichen Stellungnahme der zuständigen Stelle abweicht.

(8) Die Unfallversicherungsträger wirken bei der Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts mit; sie sollen durch eigene Forschung oder durch Beteiligung an fremden Forschungsvorhaben dazu beitragen, den Ursachenzusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeiten in einer bestimmten Personengruppe und gesundheitsschädlichen Einwirkungen im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit aufzuklären.

(9) Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen dürfen zur Feststellung von Berufskrankheiten sowie von Krankheiten, die nach Absatz 2 wie Berufskrankheiten zu entschädigen sind, Daten erheben, verarbeiten oder nutzen sowie zur Vorbereitung von Gutachten Versicherte untersuchen, soweit dies im Rahmen ihrer Mitwirkung nach Absatz 6 Nr. 2 erforderlich ist; sie dürfen diese Daten insbesondere an den zuständigen Unfallversicherungsträger übermitteln. Die erhobenen Daten dürfen auch zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren verarbeitet oder genutzt werden. Soweit die in Satz 1 genannten Stellen andere Ärzte mit der Vornahme von Untersuchungen beauftragen, ist die Übermittlung von Daten zwischen diesen Stellen und den beauftragten Ärzten zulässig, soweit dies im Rahmen des Untersuchungsauftrages erforderlich ist.

§ 56 SGB VII Voraussetzungen und Höhe des Rentenanspruchs

(1) Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalls über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 vom Hundert gemindert ist, haben Anspruch auf eine Rente. Ist die Erwerbsfähigkeit infolge mehrerer Versicherungsfälle gemindert und erreichen die Vomhundertsätze zusammen wenigstens die Zahl 20, besteht für jeden, auch für einen früheren Versicherungsfall, Anspruch auf Rente. Die Folgen eines Versicherungsfalls sind nur zu berücksichtigen, wenn sie die Erwerbsfähigkeit um wenigstens 10 vom Hundert mindern. Den Versicherungsfällen stehen gleich Unfälle oder Entschädigungsfälle nach den Beamten-gesetzen, dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Gesetz über den zivilen Ersatzdienst, dem Gesetz über

die Abgeltung von Besatzungsschäden, dem Häftlingshilfegesetz und den entsprechenden Gesetzen, die Entschädigung für Unfälle oder Beschädigungen gewähren.

(2) Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei jugendlichen Versicherten wird die Minderung der Erwerbsfähigkeit nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden. Bei der Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, daß sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen infolge des Versicherungsfalls nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden.

(3) Bei Verlust der Erwerbsfähigkeit wird Vollrente geleistet; sie beträgt zwei Drittel des Jahresarbeitsverdienstes. Bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit wird Teilrente geleistet; sie wird in der Höhe des Vomhundertsatzes der Vollrente festgesetzt, der dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit entspricht.

§ 82 SGB VII Regelberechnung

(1) Der Jahresarbeitsverdienst ist der Gesamtbetrag der Arbeitsentgelte (§ 14 des Vierten Buches) und Arbeitseinkommen (§ 15 des Vierten Buches) des Versicherten in den zwölf Kalendermonaten vor dem Monat, in dem der Versicherungsfall eingetreten ist. Zum Arbeitsentgelt nach Satz 1 gehört auch das Arbeitsentgelt, auf das ein nach den zwölf Kalendermonaten abgeschlossener Tarifvertrag dem Versicherten rückwirkend einen Anspruch einräumt.

(2) Für Zeiten, in denen der Versicherte in dem in Absatz 1 Satz 1 genannten Zeitraum kein Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen bezogen hat, wird das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt, das seinem durchschnittlichen Arbeitsentgelt oder Arbeitsein-

kommen in den mit Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen belegten Zeiten dieses Zeitraums entspricht. Erleidet jemand, der als Soldat auf Zeit, als Wehr- oder Zivildienstleistender oder als Entwicklungshelfer, beim besonderen Einsatz des Zivilschutzes oder bei einem Dienst nach dem Jugendfreiwilligendienstgesetz oder dem Bundesfreiwilligendienstgesetz tätig wird, einen Versicherungsfall, wird als Jahresarbeitsverdienst das Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen zugrunde gelegt, das er durch eine Tätigkeit erzielt hätte, die der letzten Tätigkeit vor den genannten Zeiten entspricht, wenn es für ihn günstiger ist. Ereignet sich der Versicherungsfall innerhalb eines Jahres seit Beendigung einer Berufsausbildung, bleibt das während der Berufsausbildung erzielte Arbeitsentgelt außer Betracht, wenn es für den Versicherten günstiger ist.

(3) Arbeitsentgelt und Ausbildungsbeihilfe nach den §§ 43 und 44 des Strafvollzugsgesetzes gelten nicht als Arbeitsentgelt im Sinne der Absätze 1 und 2.

(4) Erleidet jemand, dem sonst Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet ist, einen Versicherungsfall, für den ihm Unfallfürsorge nicht zusteht, gilt als Jahresarbeitsverdienst der Jahresbetrag der ruhegehaltsfähigen Dienstbezüge, die der Berechnung eines Unfallruhegehalts zugrunde zu legen wären. Für Berufssoldaten gilt dies entsprechend.

§ 200 SGB VII Einschränkung der Übermittlungsbefugnis

(1) § 76 Abs. 2 Nr. 1 des Zehnten Buches gilt mit der Maßgabe, daß der Unfallversicherungsträger auch auf ein gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger bestehendes Widerspruchsrecht hinzuweisen hat, wenn dieser nicht selbst zu einem Hinweis nach § 76 Abs. 2 Nr. 1 des Zehnten Buches verpflichtet ist.

(2) Vor Erteilung eines Gutachtenauftrages soll der Unfallversicherungsträger dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen; der Betroffene ist außerdem auf sein Widerspruchsrecht nach § 6 Abs. 2 des Zehnten Buches hinzuweisen und über den Zweck des Gutachtens zu informieren.

Andere Rechtsvorschriften

Gesetz über das Verwaltungsverfahren der Kriegsopferversorgung § 15 KVVOFG

Die Angaben des Antragstellers, die sich auf die mit der Schädigung im Zusammenhang stehenden Tatsachen beziehen, sind, wenn Unterlagen nicht vorhanden oder nicht zu beschaffen oder ohne Verschulden des Antragstellers oder seiner Hinterbliebenen verlorengegangen sind, der Entscheidung zugrunde zu legen, soweit sie nach den Umständen des Falles glaubhaft erscheinen. Die Verwaltungsbehörde kann in besonderen Fällen von dem Antragsteller die eidesstattliche Versicherung verlangen, daß er bei seinen Angaben nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)

§ 1 Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind die in der Anlage 1 bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleiden.

§ 2 Erweiterter Versicherungsschutz in Unternehmen der Seefahrt

Für Versicherte in Unternehmen der Seefahrt erstreckt sich die Versicherung gegen Tropenkrankheiten und Fleckfieber auch auf die Zeit, in der sie an Land beurlaubt sind.

§ 3 Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung

(1) Besteht für Versicherte die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, daß die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

(2) Versicherte, die die gefährdende Tätigkeit unterlassen, weil die Gefahr fortbesteht, haben zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderungen des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegen den Unfallversicherungsträger Anspruch auf Übergangsleistungen. Als Übergangsleistung wird

1. ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Vollrente oder
2. eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente längstens für die Dauer von fünf Jahren gezahlt. Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit sind nicht zu berücksichtigen.

§ 4 Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen

(1) Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen wirken bei der Feststellung von Berufskrankheiten und von Krankheiten, die nach § 9 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch wie Berufskrankheiten anzuerkennen sind, nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 mit.

(2) Die Unfallversicherungsträger haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Einleitung eines Feststellungsverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten; als Unterrichtung gilt auch die Übersendung der Anzeige nach § 193 Abs. 2 und 7 oder § 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch. Die Unfallversicherungsträger beteiligen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen an dem weiteren Feststellungsverfahren; das nähere Verfahren können die Unfallversicherungsträger mit den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen durch Vereinbarung regeln.

(3) In den Fällen der weiteren Beteiligung nach Absatz 2 Satz 2 haben die Unfallversicherungsträger vor der abschließenden Entscheidung die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Ergebnisse ihrer Ermittlungen zu unterrichten. Soweit die Ermittlungsergebnisse aus Sicht der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nicht vollständig sind, können sie den Unfallversicherungsträgern ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen; diesen Vorschlägen haben die Unfallversicherungsträger zu folgen.

(4) Nach Vorliegen aller Ermittlungsergebnisse können die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten erstellen. Zur Vorbereitung dieser Gutachten können sie die Versicherten untersuchen oder andere Ärzte auf Kosten der Unfallversicherungsträger mit Untersuchungen beauftragen.

§ 5 Gebühren

(1) Erstellen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten nach § 4 Abs. 4, erhalten sie von den Unfallversicherungsträgern jeweils eine Gebühr in Höhe von 200 Euro. Mit dieser Gebühr sind alle Personal- und Sachkosten, die bei der Erstellung des Gutachtens entstehen, einschließlich der Kosten für die ärztliche Untersuchung von Versicherten durch die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen abgegolten.

(2) Ein Gutachten im Sinne des Absatzes 1 setzt voraus, daß der Gutachter unter Würdigung

1. der Arbeitsanamnese des Versicherten und der festgestellten Einwirkungen am Arbeitsplatz,
2. der Beschwerden, der vorliegenden Befunde und der Diagnose eine eigenständig begründete schriftliche Bewertung des Ursachenzu-

sammenhangs zwischen der Erkrankung und den tätigkeitsbezogenen Gefährdungen unter Berücksichtigung der besonderen für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Bestimmungen vornimmt.

§ 6 Rückwirkung

(1) Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 2112, 4114 oder 4115 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. September 2002 eingetreten ist. Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 4113 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. November 1997 eingetreten ist. Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 1318 der Anlage 1, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall vor diesem Tag eingetreten ist.

(2) Leidet ein Versicherter am 1. Oktober 2002 an einer Krankheit nach Nummer 4112 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. November 1997 eingetreten ist. Satz 1 gilt auch für eine Krankheit nach Nummer 2106 der Anlage 1, wenn diese nicht bereits nach der Nummer 2106 der Anlage 1 in der am 1. Dezember 1997 in Kraft getretenen Fassung als Berufskrankheit anerkannt werden kann.

(3) Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1997 an einer Krankheit nach Nummer 1316, 1317, 4104 (Kehlkopfkrebs) oder 4111 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten ist. Abweichend von Satz 1 ist eine Erkrankung nach Nummer 4111 der Anlage 1 auch dann als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn die Erkrankung bereits vor dem 1. Januar 1993 eingetreten und einem Unfallversicherungsträger bis zum 31. Dezember 2009 bekannt geworden ist.

(4) Hat ein Versicherter am 1. Januar 1993 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2343) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. März 1988 eingetreten ist.

(5) Hat ein Versicherter am 1. April 1988 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 22. März 1988 (BGBl. I S. 400) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1976 eingetreten ist.

(6) Bindende Bescheide und rechtskräftige Entscheidungen stehen der Anerkennung als Berufskrankheit nach den Absätzen 1 bis 5 nicht entgegen. Leistungen werden rückwirkend längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren erbracht; der Zeitraum ist vom Beginn des Jahres an zu rechnen, in dem der Antrag gestellt worden ist.

§ 7

(weggefallen)

§ 8 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Dezember 1997 in Kraft.

Schlußformel

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Anlage 1

1 Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten

11 Metalle und Metalloide

- 1101 Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen
- 1102 Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen
- 1103 Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen
- 1104 Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen
- 1105 Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen
- 1106 Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen
- 1107 Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen
- 1108 Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
- 1109 Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen
- 1110 Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen

12 Erstickungsgase

- 1201 Erkrankungen durch Kohlenmonoxid
- 1202 Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff

13 Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe

- 1301 Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine
- 1302 Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe
- 1303 Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol
- 1304 Erkrankungen durch Nitro- oder Aminverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge
- 1305 Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff
- 1306 Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)
- 1307 Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen
- 1308 Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen
- 1309 Erkrankungen durch Salpetersäureester
- 1310 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide
- 1311 Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide
- 1312 Erkrankungen der Zähne durch Säuren
- 1313 Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon
- 1314 Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol
- 1315 Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 1316 Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid
- 1317 Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische
- 1318 Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol

Zu den Nummern 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 1303 bis 1309 und 1315: Ausgenommen sind Hauterkrankungen. Diese gelten als Krankheiten im Sinne dieser Anlage nur insoweit, als sie Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung sind, die durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper verursacht werden, oder gemäß Nummer 5101 zu entschädigen sind.

2 Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten

21 Mechanische Einwirkungen

- 2101 Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 2102 Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten
- 2103 Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen
- 2104 Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
- 2105 Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck
- 2106 Druckschädigung der Nerven
- 2107 Abrißbrüche der Wirbelfortsätze
- 2108 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugenhaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

2109 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

2110 Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

2111 Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit

2112 Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht

22 Druckluft

2201 Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft

23 Lärm

2301 Lärmschwerhörigkeit

24 Strahlen

2401 Grauer Star durch Wärmestrahlung

2402 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen

3 Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten

3101 Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war

3102 Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten

3103 Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis

3104 Tropenkrankheiten, Fleckfieber

4 Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells

41 Erkrankungendurchanorganische Stäube

4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)

4102 Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)

4103 Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura

4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs

– in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose)

– in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder – bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ($25 \times 10(\text{hoch})6 ((\text{Fasern}/\text{cbm}) \times \text{Jahre})$)

4105 Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards

4106 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen

4107 Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen

4108 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)

4109 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen

4110 Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereiohrgase

4111 Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren ($(\text{mg}/\text{cbm}) \times \text{Jahre}$)

4112 Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid ($\text{SiO}(\text{tief})2$) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)

4113 Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren $[(\mu\text{g}/\text{m}3) \times \text{Jahre}]$

4114 Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 Prozent nach der Anlage 2 entspricht

4115 Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauchen und Schweißgasen (Siderofibrose)

42 Erkrankungendurchorganische Stäube

4201 Exogen – allergische Alveolitis

4202 Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)

4203 Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz

43 Obstruktive Atemwegserkrankungen

4301 Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

4302 Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

5 Hautkrankheiten

5101 Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

5102 Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe

6 Krankheiten sonstiger Ursache

6101 Augenzittern der Bergleute

Europäische Berufskrankheiten-Liste

Empfehlung der Kommission vom 19. September 2003 über die Europäische Liste der Berufskrankheiten

Artikel 1 Den Mitgliedstaaten wird, unbeschadet günstigerer einzelstaatlicher Rechts- oder Verwaltungsvorschriften, empfohlen,

1. die Europäische Liste in Anhang I möglichst unverzüglich in ihre Rechts- oder Verwaltungsvorschriften über die Erkrankungen zu übernehmen, deren berufliche Verursachung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse anerkannt wird und die zur Entschädigung berechtigten und Präventivmaßnahmen erforderlich machen;
2. sich zu bemühen, zugunsten von Arbeitnehmern, die an einer Krankheit leiden, die nicht in Anhang I aufgeführt ist, deren berufliche Verursachung und Berufsbezogenheit jedoch nachgewiesen werden können, einen Anspruch auf Entschädigung wie im Fall der Berufskrankheiten in ihre Rechts- oder Verwaltungsvorschriften aufzunehmen, insbesondere wenn die betreffende Erkrankung in Anhang II genannt ist;
3. unter aktiver Beteiligung aller betroffenen Akteure wirksame Präventivmaßnahmen zu den in der Liste im Anhang I aufgeführten Krankheiten zu entwickeln und zu verbessern, wobei sie sich gegebenenfalls den Austausch von Informationen, Erfahrungen und Beispielen guter Praxis über die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zunutze machen;
4. quantifizierte nationale Ziele zu beschließen, um die Rate der anerkannten Berufskrankheiten zu senken, vorrangig derjenigen, die in der Europäischen Liste im Anhang I aufgeführt sind;
5. für die Meldung aller Fälle von Berufskrankheiten zu sorgen und ihre Statistiken über Berufskrankheiten schrittweise, entsprechend den laufenden Arbeiten am System zur Harmonisierung der europäischen Statistiken über Berufskrankheiten, mit der europäischen Liste im Anhang I in Übereinstimmung zu bringen, sodass für jeden Berufskrankheitsfall Angaben über den auslösenden Schadstoff oder Kausalfaktor, über die ärztliche Diagnose und über das Geschlecht des Patienten vorliegen;
6. ein System zur Erfassung von Informationen und Daten über die Epidemiologie der in Anhang II aufgeführten oder sonstiger berufsbezogener Krankheiten einzuführen;
7. die Forschung im Bereich der berufsbedingten Erkrankungen zu fördern, insbesondere der in Anhang II genannten sowie der berufsbedingten Gesundheitsstörungen psychosozialer Art;
8. für eine umfassende Verbreitung der in ihren innerstaatlichen Listen enthaltenen Diagnosehilfen für Berufskrankheiten zu sorgen und dabei insbesondere die von der Kommission herausgegebenen „Information notices on diagnosis of occupational diseases“ zu berücksichtigen;
9. die statistischen und epidemiologischen Daten über die auf einzelstaatlicher Ebene anerkannten Berufskrankheiten der Kommission mitzuteilen und den interessierten Kreisen insbesondere über das Informationsnetz der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zugänglich zu machen;
10. die aktive Beteiligung der einzelstaatlichen Gesundheitssysteme an der Prävention von Berufskrankheiten zu fördern, insbesondere durch eine stärkere Sensibilisierung des medizinischen Personals, um die Kenntnisse über diese Krankheiten und ihre Diagnose zu verbessern.

Artikel 2 Die Mitgliedstaaten legen selbst die Kriterien für die Anerkennung jeder einzelnen Berufskrankheit gemäß ihren Rechtsvorschriften oder den nationalen Gepflogenheiten fest.

Artikel 3 Die vorliegende Empfehlung ersetzt die Empfehlung 90/326/EWG.

Artikel 4 Die Mitgliedstaaten werden aufgefordert, die Kommission bis spätestens 31. Dezember 2006 über die Maßnahmen zu unterrichten, die sie zur Durchführung dieser Empfehlung getroffen haben.

Brüssel, den 19. September 2003

Für die Kommission / Anna Diamantopoulou / Mitglied der Kommission

(1) ABl. L 160 vom 26.6.1990, S. 39.

(2) KOM(96) 454 endg.

(3) KOM(2002) 118 endg.

(4) KOM(2001) 428 endg.

(5) ABl. C 161 vom 5.7.2002, S. 1.

(6) ABl. L 216 vom 20.8.1994, S. 1.

ANHANG I

Europäische Liste der Berufskrankheiten

Die in dieser Liste aufgeführten Krankheiten müssen in unmittelbarem Zusammenhang mit der ausgeübten Berufstätigkeit stehen. Die Kommission wird zu jeder der unten genannten Berufskrankheiten Kriterien für die Anerkennung festlegen.

1 Durch folgende chemische Arbeitsstoffe ausgelöste Berufskrankheiten

100 Acrylnitril

101 Arsen oder seine Verbindungen

102 Beryllium (Glucinium) oder seine Verbindungen

103.01 Kohlenoxid

103.02 Kohlenoxidchlorid

104.01 Blausäure

104.02 Cyanide und ihre Verbindungen

104.03 Isocyanate

105 Cadmium oder seine Verbindungen

106 Chrom oder seine Verbindungen

107 Quecksilber oder seine Verbindungen

108 Mangan oder seine Verbindungen

109.01 Salpetersäure

109.02 Stickstoffoxide

109.03 Ammoniak

110 Nickel oder seine Verbindungen

111 Phosphor oder seine Verbindungen

112 Blei oder seine Verbindungen

113.01 Schwefeloxide

113.02 Schwefelsäure

113.03 Schwefelkohlenstoff

114 Vanadium oder seine Verbindungen

115.01 Chlor

115.02 Brom

115.04 Iod

115.05 Fluor oder seine Verbindungen

116 Aliphatische oder alicyclische Kohlenwasserstoffe als Bestandteile von Petrolether und von Benzin

117 Halogenierte Derivate der aliphatischen oder alicyclischen Kohlenwasserstoffe

118 Butyl-, Methyl- und Isopropylalkohol

119 Ethylenglykol, Diethylenglykol, 1,4-Butandiol sowie nitrierte Glykol- und Glycerinderivate

120 Methylether, Ethylether, Isopropylether, Vinylether, Dichlorisopropylether, Guajakol, Ethylenglykol-Methylether und -Ethylether
 121 Aceton, Chloraceton, Bromaceton, Hexafluoraceton, Methylethylketon, Methyl-n-Butylketon, Methylisobutylketon, Diacetonalkohol, Mesityloxid, 2-Methylcyclohexanon
 122 Phosphororganische Ester
 123 Organische Säuren
 124 Formaldehyd
 125 Aliphatische Nitroderivate
 126.01 Benzol oder seine Homologe (die Benzolhomologe sind durch die Formel C_nH_{2n-6} definiert)
 126.02 Naphthalin oder seine Homologe (das Naphthalin homolog ist durch die Formel C_nH_{2n-12} definiert)
 126.03 Vinylbenzol und Divinylbenzol
 127 Halogenierte Derivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe
 128.01 Phenole oder ihre Homologe oder ihre halogenierten Derivate
 128.02 Naphthole oder ihre Homologe oder ihre halogenierten Derivate
 128.03 Halogenierte Derivate der Alkylaryloxide
 128.04 Halogenierte Derivate der Alkylarylsulfide
 128.05 Benzochinone
 129.01 Aromatische Amine oder aromatische Hydrazine oder ihre halogenierten, phenolischen, nitrosierten, nitrierten oder sulfonierten Derivate
 129.02 Aliphatische Amine und ihre halogenierten Derivate
 130.01 Nitroderivate der aromatischen Kohlenwasserstoffe
 130.02 Nitroderivate der Phenole oder ihrer Homologe
 131 Antimon und seine Derivate
 132 Ester der Salpetersäure
 133 Schwefelwasserstoff
 135 Anderweitig nicht erfasste, durch organische Lösungsmittel ausgelöste Enzephalopathien
 136 Anderweitig nicht erfasste, durch organische Lösungsmittel ausgelöste Polyneuropathien

2 Hautkrankheiten durch anderweitig nicht erfasste Substanzen und Arbeitsstoffe

201 Hautkrankheiten und Hautkarzinome durch:
 201.01 Ruß
 201.03 Teer
 201.02 Asphalt
 201.04 Teerpech
 201.05 Anthrazen oder seine Verbindungen
 201.06 Mineralöle und -fette
 201.07 Rohparaffin
 201.08 Karbazol oder seine Verbindungen
 201.09 Nebenprodukte der Steinkohlendestillation
 202 Hauterkrankungen durch berufliche Exposition gegenüber nach wissenschaftlichen Erkenntnissen allergisierenden oder irritativ wirkenden Stoffen, die anderweitig nicht erfasst sind

3 Durch Einatmen von anderweitig nicht erfassten Substanzen und Arbeitsstoffen verursachte Krankheiten

301 Krankheiten des Atemapparats und Karzinome
 301.11 Silikose
 301.12 Silikose in Verbindung mit Lungentuberkulose
 301.21 Asbestose
 301.22 Durch Einatmen von Asbeststäuben verursachtes Mesotheliom
 301.31 Durch Silikatstäube verursachte Pneumokoniosen

302 Komplikation der Asbestose durch Bronchialkarzinom
 303 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Sintermetallstäube
 304.01 Durch äußere Einwirkungen verursachte allergische Alveolitiden
 304.02 Lungenerkrankungen durch Einatmen von Baumwoll-, Leinen-, Hanf-, Jute-, Sisal- und Bagassestäuben und -fasern
 304.04 Erkrankungen der Atemwege durch Einatmen von Kobalt-, Zinn-, Barium- und Graphitstäuben
 304.05 Siderose
 305.01 Durch Holzstäube verursachte Krebserkrankungen der oberen Atemwege
 304.06 Durch Einatmen allergener Stoffe ausgelöstes allergisches Asthma, sofern die Stoffe jeweils als Allergen anerkannt sind und mit der Art der Arbeit zusammenhängen
 304.07 Durch Einatmen allergener Stoffe ausgelöste allergische Rhinitis, sofern die Stoffe jeweils als Allergen anerkannt sind und mit der Art der Arbeit zusammenhängen
 306 Durch Asbest ausgelöste fibrosierende Erkrankungen der Pleura mit Einschränkung der Atemfunktion
 307 Chronisch-obstruktive Bronchitis oder Emphysem der Steinkohlenbergleute
 308 Durch Einatmen von Asbeststäuben verursachtes Bronchialkarzinom
 309 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Stäube oder Rauche, die Aluminium oder seine Verbindungen enthalten
 310 Bronchopulmonale Erkrankungen durch Thomasmehl

4 Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten

401 Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten, die von Tieren oder tierischem Material auf den Menschen übertragen werden
 402 Tetanus
 403 Brucellose
 404 Virushepatitis
 405 Tuberkulose
 406 Amöbiasis
 407 Sonstige Infektionskrankheiten bei Beschäftigten der Bereiche Gesundheitsvorsorge, Krankenpflege, häusliche Betreuung, Labortätigkeit oder vergleichbarer Bereiche, in denen nachweislich Infektionsgefahr besteht

5 Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten

502.01 Grauer Star durch Wärmestrahlung
 502.02 Erkrankungen der Bindehaut aufgrund der Exposition gegenüber ultravioletten Strahlen
 503 Durch schädigenden Lärm verursachte Schwerhörigkeit oder Taubheit
 504 Erkrankungen durch Zu- oder Abnahme des Luftdrucks
 505.01 Durch mechanische Schwingungen verursachte osteoartikuläre Erkrankungen der Hand einschließlich des Handgelenks
 505.02 Durch mechanische Schwingungen verursachte Angioneurosen
 506.10 Durch Druck verursachte Erkrankungen der Schleimbeutel
 506.11 Bursitis im Kniebereich
 506.12 Bursitis im Ellenbogenbereich
 506.13 Bursitis im Schulterbereich
 506.21 Erkrankungen durch Überlastung der Sehnenansätze
 506.22 Erkrankungen durch Überlastung des Sehnenleitgewebes
 506.23 Erkrankungen durch Überlastung der Sehnen- und Muskelansätze
 506.30 Meniskusschäden nach länger andauernder Tätigkeit in kniender oder hockender Stellung
 506.40 Drucklähmungen der Nerven
 506.45 Karpaltunnelsyndrom
 507 Augenzittern der Bergleute
 508 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen

ANHANG II

Ergänzende Liste von Krankheiten, deren berufliche Verursachung vermutet wird, die gemeldet werden sollten und deren spätere Aufnahme in Anhang I der Europäischen Liste ins Auge gefasst werden könnte

2.1 Krankheiten, die durch folgende chemische Arbeitsstoffe verursacht sind

- 2.101 Ozon
 - 2.102 Aliphatische Kohlenwasserstoffe, sofern nicht unter Anhang I Position 1.116 erfasst
 - 2.103 Diphenyl
 - 2.104 Dekalin
 - 2.105 Aromatische Säuren - aromatische Anhydride und ihre halogenierten Derivate
 - 2.106 Diphenyloxid
 - 2.107 Tetrahydrofuran
 - 2.108 Thiophen
 - 2.109 Methacrylnitril Acetonitril
 - 2.111 Thioalkohole
 - 2.112 Mercaptane und Thioether
 - 2.113 Thallium oder seine Verbindungen
 - 2.114 Alkohole oder ihre halogenierten Derivate, sofern nicht unter Anhang I Position 1.118 erfasst
 - 2.115 Glykole oder ihre halogenierten Derivate, sofern nicht unter Anhang I Position 1.119 erfasst
 - 2.116 Ether oder ihre halogenierten Derivate, sofern nicht unter Anhang I Position 1.120 erfasst
 - 2.117 Ketone oder ihre halogenierten Derivate, sofern nicht unter Anhang I Position 1.121 erfasst
 - 2.118 Ester oder ihre halogenierten Derivate, sofern nicht unter Anhang I Position 1.122 erfasst
 - 2.119 Furfurol
 - 2.120 Thiophenole oder Homologe oder ihre halogenierten Derivate
 - 2.121 Silber
 - 2.122 Selen
 - 2.123 Kupfer
 - 2.124 Zink
 - 2.125 Magnesium
 - 2.126 Platin
 - 2.127 Tantal
 - 2.128 Titan
 - 2.129 Terpene
 - 2.130 Borane
 - 2.140 Erkrankungen durch Einatmen von Perlmutterstaub
 - 2.141 Erkrankungen durch Hormonstoffe
 - 2.150 Zahnkaries bei Beschäftigten der Schokoladen-, Süßwaren- und Mehlindustrie
 - 2.160 Siliciumoxid
 - 2.170 Anderweitig nicht erfasste polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe
 - 2.190 Dimethylformamid
- ### *2.2 Hautkrankheiten durch anderweitig nicht erfasste Substanzen und Arbeitsstoffe*
- 2.201 Allergische und normegische Hauterkrankungen, die nicht in Anhang I genannt sind
- ### *2.3 Krankheiten durch Einatmen von anderweitig nicht erfassten Stoffen*
- 2.301 Lungenfibrosen durch in der Europäischen Liste nicht erfasste Metalle

2.303 Bronchopulmonale Erkrankungen und Bronchialkarzinome nach Exposition gegenüber:

- Ruß
- Teer
- Asphalt
- Teerpech
- Anthrazen oder seinen Verbindungen
- Mineralölen und -fetten

2.304 Bronchopulmonale Erkrankungen durch künstliche Mineralfasern

2.305 Bronchopulmonale Erkrankungen durch synthetische Fasern

2.307 Erkrankungen der Atemwege, ausgelöst durch nicht im Anhang I erfasste Reizstoffe

2.308 Larynxkarzinom nach Einatmen von Asbeststaub

2.4 Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten, die in Anhang I nicht erfasst sind

2.401 Durch Parasiten verursachte Krankheiten

2.402 Tropenkrankheiten

2.5 Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten

2.501 Abrissbrüche der Wirbeldornfortsätze durch Überlastung

2.502 Bandscheibenschäden der Lendenwirbelsäule durch wiederholte vertikal wirkende Ganzkörper-Schwingungsbelastung

2.503 Stimmbandknötchen durch anhaltende berufsbedingte Beanspruchung der Stimme

Lesetipps

BECKER, PETER

Die anzeigepflichtigen Berufskrankheiten, Stuttgart 2010

ELSNER, GINE

Konstitution und Krankheit. Der Arbeitsmediziner Helmut Valentin (1919 bis 2008) und die Erlanger Schule, Hamburg 2011

HIEN, WOLFGANG / KÖNIG, CHRISTINA / MILLES, DIETRICH / SPALEK, ROLF

Am Ende ein neuer Anfang? Arbeit, Gesundheit und Leben der Werftarbeiter des Bremer Vulkan, Hamburg 2002

NIENHAUS, ALBERT / VOLANTE, GABRIELE / SEIDLER, ANDREAS (Hg.)

Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung. Festschrift für Prof. Dr. Gine Elsner, Hamburg 2011

NOWAK, DENNIS

Verdacht auf Berufskrankheit? Von der Diagnose zum Gutachten – darauf kommt es im Berufskrankheiten-Verfahren an!
Hamburg 2012

REUHL, BARBARA

Bremer Berufskrankheiten-Buch

BUNDESREGIERUNG

Lage der Asbesterkranken in Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Valerie Wilms u. a. und der Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen, 31.7.2013, Bundestagsdrucksache 17/14465 (www.bundestag.de > Dokumente)

