



Editorial 2

SCHWERPUNKT

Seminare der HGU: Mehr wissen – aktuell bleiben – Bearbeitungsqualität steigern 3

Neue DGUV-Qualifizierungsangebote zur Ermittlung von Berufskrankheiten 6

Impfschäden als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung 9

Neue Einwirkungstabellen für die BK-Nr. 2301 „Lärmschwerhörigkeit“ 12

Zertifizierte Spezialeinheiten zur Versorgung von Mesotheliomen 17

Gefahrstoffe am Arbeitsplatz und chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD) 20

Handlungsempfehlung Individualprävention Muskel-Skelett-Erkrankungen – IP MSE 23

AGENDA

Gewalt gegen Einsatzkräfte – Ergebnisse der Follow-up-Befragung in Niedersachsen 26

Nachrichten aus Brüssel 29

Aus der Rechtsprechung 30

Personalmeldungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung 32

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Berufskrankheiten (BK) gehören zu den komplexesten Themen, mit denen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sich auseinandersetzen. Das beginnt bei Fragen der Sachbearbeitung: Wann liegt überhaupt eine Berufskrankheit vor? Welche Leistungen benötigt der oder die Versicherte, um die gesundheitliche Situation zu verbessern? Und es reicht bis zu Fragen der Prävention und Forschung: Was kann die gesetzliche Unfallversicherung dazu beitragen, schädliche Einwirkungen am Arbeitsplatz möglichst zu verhindern? Wie können wissenschaftliche Erkenntnisse die Früherkennung, Behandlung und Rehabilitation der Versicherten verbessern?



Foto: Jan Röhl/DGUV

Diese Ausgabe von DGUV Forum gibt einen Einblick in unterschiedliche Aspekte des Themas. Ein übergreifender, wichtiger Faktor ist die Qualitätssicherung. Um eine gleichbleibende Qualität in der BK-Sachbearbeitung zu sichern, ist eine gute Qualifikation der Beschäftigten das A und O. Diese gewährleistet für die BK-Sachbearbeitung vor allem die Hochschule der gesetzlichen Unfallversicherung (HGU). Sie bietet inzwischen 24 unterschiedliche Seminartypen an und vermittelt spezifische medizinische und rechtliche Kenntnisse. Es gibt aber auch für die häufig im Bereich der Prävention angesiedelten Einwirkungsermittlungen neue Qualifikationsangebote. 2023 ist zum Beispiel beim Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) ein trägerübergreifendes „Grundlagenseminar zur Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“ hinzugekommen.

Wenn es um die Qualität von Behandlung und Rehabilitation geht, spielen anerkannte Zertifizierungen eine große Rolle. Ein Beispiel dafür ist das Zertifizierungsprogramm Mesotheliomeinheiten, das die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) 2021 mit Unterstützung der DGUV initiiert hat. Bislang wurden 15 bundesdeutsche Mesotheliomeinheiten zertifiziert. Wichtig sind dabei auch der Austausch der Einheiten untereinander und die fachliche Begleitung durch die Projektgruppe Mesotheliomtherapie.

Ein anderes Mittel der Qualitätssicherung sind gemeinsam von den Unfallversicherungsträgern und den medizinischen Fachgesellschaften erarbeitete Schriften. Neu ist zum Beispiel die Handlungsempfehlung zur Individualprävention (IP) bei arbeitsbezogenen Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE). Sie soll helfen, Programme zur Individualprävention zu vereinheitlichen und weiterzuentwickeln.

Gemeinsames Ziel aller Maßnahmen zur Qualitätssicherung ist es natürlich, die Versorgung unserer Versicherten auf einem gleichbleibend hohen Niveau garantieren zu können.

Ihr



Dr. Stefan Hussy
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Seminare der HGU: Mehr wissen – aktuell bleiben – Bearbeitungsqualität steigern

Key Facts

- Das Seminarangebot der HGU für die Sachbearbeitung bei Berufskrankheiten wird als differenziert und praxisorientiert wahrgenommen
- Die Nachfrage und das Interesse am Seminarangebot sind seit Jahren konstant hoch
- Die Seminare können einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung der BK-Verfahren leisten

Autorin

➔ Edith Kamrad

Wegen ihrer Komplexität gehört die Bearbeitung von Meldungen auf Verdacht einer Berufskrankheit und den daraus resultierenden Leistungsansprüchen zu den anspruchsvollsten Aufgaben in der gesetzlichen Unfallversicherung.

Für die Sachbearbeitung bei Berufskrankheiten sind nicht nur umfangreiche Kenntnisse des Berufskrankheitenrechts einschließlich der sich fortentwickelnden Rechtsprechung erforderlich, sondern auch der medizinischen Grundlagen sowie der betrieblichen Arbeitsweisen und relevanten Einwirkungen schädigender Noxen. Die Hochschule der DGUV (HGU) bietet zum Erwerb dieser Kenntnisse ein umfangreiches und differenziertes Seminarprogramm an. Grundsätzliches Ziel der Seminare ist die Förderung von Handlungskompetenz und Rechtssicherheit bei der Sachbearbeitung in Berufskrankheitenverfahren.

Fallbearbeitung

Die Prüfung und Feststellung der rechtlichen Voraussetzungen einer Berufskrankheit (BK) ist eine der wesentlichen Aufgaben der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter bei den Unfallversicherungsträgern. Sie sind auch dafür verantwortlich, dass versicherte Personen zielführend beraten werden und die benötigten medizinischen, beruflichen und sozialen Leistungen bedarfsgerecht, zügig und umfassend erbracht werden. Liegt ein Versicherungsfall vor, werden die Voraussetzungen

für medizinische und gegebenenfalls berufsfördernde Leistungen zur Rehabilitation sowie Lohnersatz- beziehungsweise monetäre Entschädigungsleistungen (Verletzten- und Übergangsgeld, Verletztenrente, Hinterbliebenenrente) geprüft und die jeweils im Einzelfall den versicherten Personen zustehenden Leistungen erbracht.

Die Komplexität in der Bearbeitung der gemeldeten Fälle und der Leistungserbringung ergibt sich hierbei insbesondere aus

- den oftmals auch lange zurückliegenden schädigenden Einwirkungen während des Erwerbslebens, die zur Berufskrankheit geführt haben können,
- der multifaktoriellen Verursachung zahlreicher Erkrankungen,
- den Lebensumständen der erkrankten Person mit ihren daraus resultierenden Gesundheitsrisiken,
- den jeweils aktuellen diagnostischen und therapeutischen Erfordernissen und Möglichkeiten,
- dem vorliegenden Gesundheitsschaden und der daraus resultierenden Teilhabestörung,
- den individuellen gesetzlichen Leistungsansprüchen.

Eine Berufskrankheit^[1] ist eine Krankheit, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung in einer Berufskrankheitenliste (BK-Liste) als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge ihrer versicherten Tätigkeit erleiden. Derzeit umfasst die BK-Liste (zuletzt geändert durch die 5. BKV-ÄndV vom 29. Juni 2021) 82 BK-Tatbestände.^{[2][3]}

Im Einzelfall kann die zu beurteilende Erkrankung auf vielfältige Einwirkungen, sowohl aus dem Bereich der betrieblichen Gefährdungen als auch aus der privaten Risikosphäre, die gegebenenfalls bereits Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen, zurückzuführen sein. So ist zu ermitteln, ob die spezifischen Einwirkungen, insbesondere in Form von Stoffen, Gasen, Dämpfen, Stäuben, Strahlen oder physikalischen Einflussgrößen (zum Beispiel Kräfte, Vibrationen, repetitive Tätigkeiten, Lärm), eingewirkt haben und in welcher Konzentration oder Größenordnung.

Ein weiterer Bearbeitungsschritt richtet sich darauf, ob das spezifische, vom BK-Tatbestand erfasste Krankheitsbild vorliegt, um anschließend den Ursachenzusammenhang bewerten zu können. Dafür sind Grundkenntnisse zu den jeweiligen

Krankheitsbildern sowie deren Diagnostik und möglichen Ursachen notwendig. Nach Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit können Leistungsansprüche entstehen, zu deren Prüfung ebenfalls medizinische Grundkenntnisse über relevante Therapien Einfluss auf die Qualität der Versorgung versicherter Personen haben.

Sofern gutachterliche Stellungnahmen zur Verursachung der Erkrankung beziehungsweise zu relevanten Gesundheitsstörungen und daraus resultierenden Funktionseinschränkungen vorliegen, prüfen BK-Sachbearbeiterinnen und BK-Sachbearbeiter diese auf Schlüssigkeit und Plausibilität und stellen abhängig vom Ausmaß der Gesundheitsstörungen Leistungen fest. Bei komplexen Fallgestaltungen erfolgt eine Betreuung im Rahmen des Reha-Managements bei Berufskrankheiten, sodass eine zielgerichtete und aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation initiiert werden kann und alle Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage einer individuellen Planung unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten erbracht werden können.

Qualifizierung

Das Verwaltungshandeln und die Leistungsfeststellung müssen entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erfolgen. Die dafür grundlegende Frage, ob die Voraussetzungen für eine BK vorliegen, ist unter Einbeziehung medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten.^[4] Dafür benötigen die Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter fundierte Fachkenntnisse, die ihre Grundlage in der Regel in einer verwaltungsrechtlichen Ausbildung und/oder einem juristisch ausgerichteten Studium haben.

Die HGU^[5] ist die zentrale Bildungseinrichtung der gesetzlichen Unfallversicherung und bietet als staatlich anerkannte Hochschule das duale Bachelor-Studium „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“ an mit dem Ziel der Qualifizierung für Tätigkeiten im gehobenen Dienst der Unfallversicherungsträger und verantwortet die theoretische Qualifizierung im Rahmen der dualen Ausbildung zur/zum Sozialversicherungsfachangestellten mit dem Ziel der Eignung für mittelschwere Tätigkeiten.

Die Spezialisierung auf bestimmte Fallgestaltungen, aber auch der auf Studium oder Ausbildung folgende Ausbau sowie die Aktualisierung vorhandener Kenntnisse sind unerlässlich, weshalb die Unfallversicherungsträger der beruflichen Weiterbildung einen hohen Stellenwert beimessen und ein adäquates Weiterbildungsangebot wünschen.

Die HGU hat dafür in den vergangenen Jahren ein umfangreiches und differenziertes tätigkeitsbezogenes Seminarangebot entwickelt, das sowohl die Absolventen und Absolventinnen der HGU als auch „Quereinsteiger und Quereinsteigerinnen“ anspricht. Grundsätzliches Ziel der Seminare ist die Förderung von Handlungskompetenz und Rechtssicherheit bei der Bearbeitung von Berufskrankheiten und daraus resultierenden Leistungsansprüchen.

BK-Seminare – ein Beitrag zur Qualitätssicherung

Die für die BK-Bearbeitung von der HGU entwickelten und etablierten Seminare umfassen aktuell 24 Seminartypen (Abbildung 1). Das Angebot wurde seit dem Jahr 2008 kontinuierlich bedarfsgerecht ausgebaut und beinhaltet derzeit neben

Quelle: Eigene Darstellung

Grundlagenseminare			
Versicherungsfall Berufskrankheit	Berufsbedingte Krebserkrankungen im Überblick	Erkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII	Leistungen nach § 3 Abs. 2 BKV
BK-Update	Berufsbedingte Atemwegserkrankungen	Berufskrankheiten-Dokumentation	Vereinbarung über die Zuständigkeit – VbgBK
Spezialseminare			
BK-Nrn. 1301, 1302, 1321 Erkrankungen der Harnorgane	BK-Nr. 3101 Infektionskrankheiten	BK-Nrn. 2108–2110 Bandscheibenbedingte Erkrankungen	BK-Nr. 2301 Lärmschwerhörigkeit – Stufenverfahren
BK-Nr. 1318 Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol	BK-Nr. 5101 Der Hautarztbericht: Verstehen – Auswerten – Schlussfolgern	BK-Nrn. 2112 und 2102 Erkrankungen der Knie	BK-Nr. 2301 Lärmschwerhörigkeit – Stufenverfahren für Fortgeschrittene
BK-Nrn. 4103, 4104, 4105 4114 Asbestbedingte Berufskrankheiten	BK-Nr. 5101 Möglichkeiten und Potenzial der Individualprävention	BK-Nr. 2116 Koxarthrose	Hörgeräteversorgung
Die Rolle der Pathologie im BK-Verfahren	BK-Nr. 5103 Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen durch natürliche UV-Strahlung	Berufskrankheiten der oberen Extremität (Hand, Arm, Schulter)	Die rechtlichen Vorgaben und die praktische Umsetzung des SGB IX in der Fassung des BTHG

Abbildung 1: Seminare

”

Teilnehmende können dadurch ihr bestehendes Wissen ausbauen und aktualisieren und so ihre Handlungskompetenz erweitern.“

Grundlagenseminaren auch Spezialseminare zu einzelnen BK-Nummern, zum Beispiel verschiedenen Muskel-Skelett-Erkrankungen, Hauterkrankungen oder Krebserkrankungen.

Zielgruppe der Seminare sind BK-Sachbearbeiterinnen und -Sachbearbeiter, BK-Reha-Manager und -Managerinnen sowie BK-Teamleitungen. Die Seminare zeichnen sich dadurch aus, dass jeweils BK-spezifische medizinische und rechtliche Kenntnisse sowie Informationen zu krankheits-spezifischen Einwirkungen praxisorientiert im Teamteaching vermittelt werden (Abbildung 2). Die Seminare werden von der HGU unter Einbindung von Expertinnen und Experten, die jeweils über detaillierte BK-relevante Fachkenntnisse und eine langjährige Erfahrung verfügen, konzipiert und durchgeführt.

Teilnehmende können dadurch ihr bestehendes Wissen ausbauen und aktualisieren und so ihre Handlungskompetenz erweitern und damit ihre Fähigkeit zur selbstständigen Bearbeitung steigern, die für die praktische Fallbearbeitung und die komplexe Kausalitätsbeurteilung erforderlich ist.

In der Regel findet jeder Seminartyp zweimal im Jahr statt mit jeweils bis zu 20 Teilnehmenden. Neben der Vermittlung notwendiger Fachinformationen liegt ein besonderer Schwerpunkt auf dem Praxisbezug sowie dem Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden untereinander, aber auch mit den durchführenden Expertinnen und Experten.

Die Nachfrage und das Interesse an dem Angebot sind seit Jahren konstant hoch. Die Seminare werden sowohl von „erfahrenen“ Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern als auch von „neu“ mit der BK-Bearbeitung betrauten Mitarbeitenden besucht. Die regelmäßig erfolgenden Evaluationen bestätigen die große Zufriedenheit der Teilnehmenden, insbesondere mit dem fachlich sehr differenzierten Angebot, und spiegeln den hohen Stellenwert der Seminare für die Praxis der Unfallversicherungsträger.

Das Seminarangebot der HGU kann damit einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung der BK-Verfahren leisten.

Ausblick

Sowohl der Qualifizierungsbedarf der Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, die neu mit der BK-Fallbearbeitung betraut werden, als auch das deutliche Interesse an der Aktualisierung und Vertiefung des bestehenden Wissens müssen weiterhin adäquat abgedeckt werden.

Das BK-Geschehen ist nicht statisch. Regelmäßig wird die BK-Liste um neue Berufskrankheiten erweitert. Daneben ent-

wickeln sich die Rechtsprechung sowie der der BK-Begutachtung zugrunde liegende aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand kontinuierlich weiter. Deshalb ist zu erwarten, dass die Nachfrage nach BK-spezifischen Fachseminaren auch künftig hoch sein wird. ↩

Typischer Seminarinhalt
Krankheitsbilder
Diagnostik und Therapie
Rechtliche Grundlagen
Relevante berufliche Einwirkungen
Aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisstand
Konkurrierende Faktoren
Aspekte der Zusammenhangsbeurteilung
Relevante berufliche Einwirkungen
Einschätzung des Grades der Minderung der Erwerbstätigkeit (MdE)
Fallbeispiele
Erfahrungsaustausch zur Bearbeitungspraxis und Fallsteuerung

Abbildung 2: Typischer Seminarinhalt

Quelle: Eigene Darstellung

Fußnoten

- [1] https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_9.html (abgerufen am 05.10.2023)
- [2] https://www.gesetze-im-internet.de/bkv/anlage_1.html (abgerufen am 05.10.2023)
- [3] <https://www.dguv.de/bk-info/allgemein/bk-liste/index.jsp> (abgerufen am 05.10.2023)
- [4] Z. B. BSG, Urteil vom 27.06.2006, Az. B 2 U 20/04 R, Rn. 20, SozR 4-2700 § 9 Nr. 7
- [5] <https://www.dguv.de/hochschule/index.jsp> (abgerufen am 05.10.2023)

Neue DGUV-Qualifizierungsangebote zur Ermittlung von Berufskrankheiten

Key Facts

- Eine Abfrage unter Führungskräften der Unfallversicherungsträger zeigte einen Bedarf zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung der für die Ermittlung von Berufskrankheiten zuständigen Beschäftigten
- Als Folge erarbeitete die DGUV-Arbeitsgruppe „BK-Einwirkung“ ein Konzept für ein trägerübergreifendes „Grundlagenseminar zur Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“, das im Jahr 2023 erstmals angeboten werden konnte
- Im nächsten Schritt werden weiterführende Aufbauseminare zur spezifischen Ermittlung und Bewertung der Einwirkung bei verschiedenen Berufskrankheiten(-Gruppen) entwickelt

Autor

➔ Dr. Dirk Ditchen

Ein neues Seminarkonzept der DGUV soll helfen, die Qualifizierung der mit der Ermittlung von Berufskrankheiten (BK) betrauten Beschäftigten der Unfallversicherungsträger zu verbessern. Das Konzept umfasst ein Grundlagenseminar sowie BK-spezifische Aufbauseminare und gewährleistet somit einen je nach Vorwissen der Teilnehmenden maßgeschneiderten Wissenstransfer.

Auf den 8. BK-Qualitätssicherungstagen 2019 in Dresden konnten im Rahmen eines Workshops mit Führungskräften der Unfallversicherungsträger Themenschwerpunkte für eine Optimierung der Bearbeitung von BK-Feststellungsverfahren identifiziert werden.^[1] Verbesserungspotenzial wurde unter anderem beim trägerübergreifenden Erfahrungsaustausch und in Fragen der Qualitätssicherung bei der Ermittlung und Bewertung der Einwirkung von Berufskrankheiten gesehen. In der DGUV-Arbeitsgruppe „AG BK-Einwirkung“^[2] wurden diese Ansätze aufgenommen und Lösungen für die Praxis entwickelt.

Trägerübergreifende Qualifizierung in der BK-Ermittlung

Nach einem Abgleich mit dem bestehenden Angebot zur trägerübergreifenden Aus-, Fort- und Weiterbildung für BK-Ermittelnde wurde deutlich, dass dieses in der Regel nicht ausreicht, um einen trägerübergreifenden Qualitätsstandard zu gewährleis-

ten. So wird das Thema „BK-Ermittlung“ in der allgemeinen Ausbildung der Aufsichtspersonen nur kurz angerissen. Das bisher zum Thema „Ermittlung von Einwirkungen“ angebotene Seminar im Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) kann als Einzelseminar lediglich Einblicke, aber keine vertiefenden Kenntnisse zur Ermittlungsarbeit bei heute über 80 verschiedenen Berufskrankheiten vermitteln. Die Angebote der Hochschule der DGUV (HGU) richten sich in erster Linie an die Zielgruppe BK-Sachbearbeitende, die Seminare des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) dienen unter anderem der Softwareschulung von bereits ausgebildeten BK-Ermittelnden.

Aus den genannten Gründen wurde Handlungsbedarf abgeleitet und ein modulares Seminarkonzept entwickelt, das den unterschiedlichen Anforderungen der Zielgruppe „BK-Ermittelnde“ gerecht werden soll. Als Ausgangsbasis für neue und wenig erfahrene Personen in der BK-Ermittlung wird nun das „Grundlagenseminar Ermitt-

lung und Bewertung der Einwirkung im BK-Verfahren“ angeboten. Darauf aufbauend können fach- beziehungsweise BK-Gruppen-spezifische Seminare je nach Bedarf besucht werden. Folgende Aufbauseminare sind derzeit in Vorbereitung: „Mechanische Einwirkungen“, „Einwirkungen durch Stäube, Fasern, Quarz, Irritantien und Allergene“ sowie „Einwirkungen durch aromatische Amine, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) und Benzol/Lösemittel, Metalle und Schweißrauch“ (siehe Abbildung 1).

Im Folgenden sollen die einzelnen Seminarmodule kurz vorgestellt werden.

Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im BK-Verfahren

Das neue Grundlagenseminar „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im BK-Verfahren“ richtet sich an Beschäftigte der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die sich vertieft in die Thematik der BK-Ermittlung einarbeiten möchten und

somit an neu ausgebildete Aufsichtspersonen oder speziell mit der BK-Ermittlung betraute Personen aus den Bereichen Prävention, Reha und Entschädigung. Es ist weniger geeignet für erfahrene oder fortgeschrittene BK-Ermittelnde, kann zur Auffrischung des Wissens und insbesondere zum Erfahrungsaustausch aber auch von diesen Personen genutzt werden. In diesem Sinne wird das Seminar auch ausschließlich als Präsenzveranstaltung angeboten, um den Erfahrungsaustausch und die Entwicklung fachlicher Netzwerke unter den Teilnehmenden zu fördern.

Die Inhalte der „DGUV Handlungsempfehlung: Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“^[3] liefern die Richtlinien für das Seminar. Diese werden von erfahrenen Beschäftigten der Unfallversicherungsträger aus den Bereichen BK-Ermittlung und BK-Sachbearbeitung vermittelt, sodass auch die wichtigen Schnittstellen zwischen diesen beiden Bereichen im BK-Verfahren beleuchtet werden.

Im Seminar werden einheitliche Qualitätsstandards und Werkzeuge für die Ermittlung und Bewertung der Einwirkungen in BK-Verfahren vorgestellt. Sie sollen den ermittelnden Personen helfen, alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen und alle vorhandenen relevanten Beweismittel auszuschöpfen. Zu den Themen zählen im Einzelnen rechtliche Grundlagen, Prozesse und Abläufe, allgemeine Verfahrensgrundsätze, Workflows, Grundlagen der BK-Ermittlung, Beweismittel, geeignete Hilfsmittel und Informationsquellen, Bewertung der Einwirkung, Dokumentation der Ermittlungsergebnisse sowie insbesondere Praxisbeispiele zu häufig vorkommenden Berufskrankheiten. Daneben gibt es Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zur Gruppenarbeit.

Das Grundlagenseminar konnte erstmals im Frühjahr 2023 in Dresden angeboten werden und soll regelmäßig zweimal im Jahr – bei Bedarf auch häufiger – stattfinden. Die Buchung des dreitägigen Seminars erfolgt über die IAG-Seminar Datenbank^[4]

(„Grundlagenqualifikation zur Ermittlung und Bewertung von Berufskrankheiten“).

Im modularen Seminarkonzept stellt die Teilnahme am Grundlagenseminar die Voraussetzung für die Zulassung zu den weiterführenden fachspezifischen Aufbauseminaren dar. Als Ausnahme können auch vergleichbare Qualifikationen geltend gemacht werden.

Mechanische Einwirkungen

Im Aufbauseminar „Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen“ werden die im Grundlagenseminar vermittelten Inhalte hinsichtlich der Berufskrankheiten der „21er-Reihe“ der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vertieft. Es handelt sich insbesondere um Erkrankungen der Wirbelsäule (BK-Nrn. 2108 bis 2110), der unteren Extremitäten (BK-Nrn. 2102, 2112 und 2116) sowie der oberen Extremitäten (BK-Nrn. 2101, 2103, 2104, 2113 und Läsion der Rotatorenmanschette^[5]). Dabei wird jeweils ausführlich auf



Quelle: DGUV

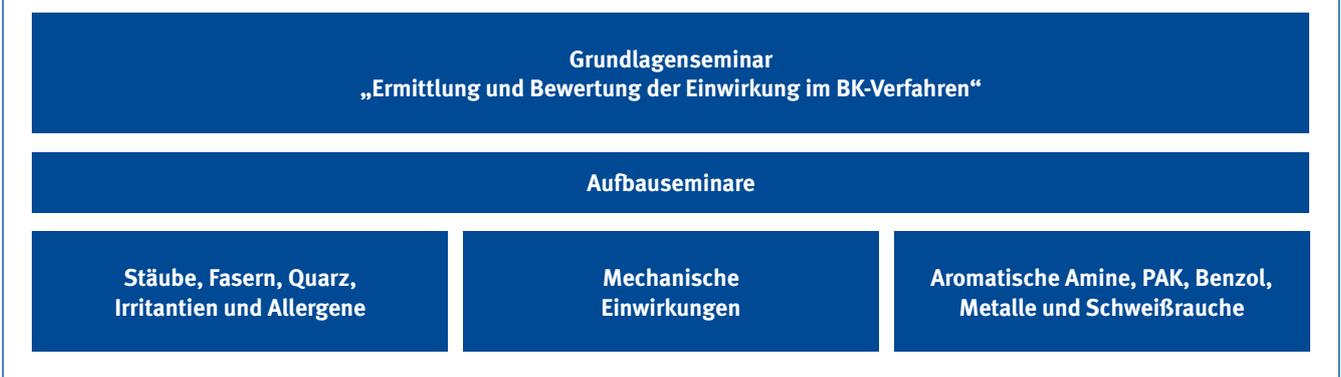


Abbildung 1: Modulares Seminarkonzept für BK-Ermittelnde

Historie, Statistiken, medizinische Hintergründe, Pathomechanismen, Risikofaktoren und typische Einwirkungen der einzelnen Berufskrankheiten eingegangen. Darüber hinaus gehören – soweit vorhanden – Dosismodelle, Katasterdaten sowie bewährte Ermittlungsansätze und -hilfen zu den Seminarinhalten. Die Teilnehmenden lernen geeignete Plausibilitätskriterien anhand von Praxisbeispielen kennen und können diese in Gruppenarbeit anwenden.

Das Seminar wird ab 2024 zweimal pro Jahr als viertägiges Präsenzseminar im IAG angeboten und kann über die Seminardatenbank^[6] des IAG gebucht werden (Aufbauqualifikation „Ermittlung und Bewertung von Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen“). Als Dozierende fungieren erfahrene Beschäftigte des IFA und der Unfallversicherungsträger, sodass sowohl die wissenschaftlichen Hintergründe als auch langjährige Praxiserfahrungen aus der BK-Ermittlung in adäquater Weise in das Seminar einfließen.

Stäube, Fasern, Quarz, Irritantien und Allergene

Im geplanten Aufbau-seminar „Berufskrankheiten mit Einwirkungen durch Stäube, Fasern, Quarz, Irritantien und Allergene“ handelt es sich insbesondere um Berufskrankheiten der Atemwege und der Haut. Im Fokus stehen Erkran-

kungen durch Asbest (BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105) und Quarz (BK-Nrn. 4101, 4102, 4112 und „Chronische obstruktive Bronchitis durch Quarzstaub^[7]“), daneben obstruktive Atemwegserkrankungen durch allergisierende oder chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe (BK-Nrn. 4301, 4302 und 1315) sowie Hauterkrankungen durch Hautkontakt mit chemischen Substanzen mit irritativer beziehungsweise allergener Potenz (BK-Nr. 5101).

Die thematischen Inhalte werden derzeit in der AG „BK-Einwirkung“ ausgearbeitet und konzipiert, wobei die Seminarstruktur sich am zuvor beschriebenen Aufbau-seminar orientiert. Es ist geplant, das Seminar erstmals ab 2025 im IAG anzubieten.

Aromatische Amine, PAK, Benzol, Metalle und Schweißrauch

Das Thema des dritten geplanten Aufbau-seminars „Aromatische Amine, PAK, Benzol, Metalle und Schweißrauch“ sind Berufskrankheiten mit chemischen Einwirkungen durch aromatische Amine (BK-Nr. 1301), PAK (BK-Nrn. 1321, 4113 und 4114), Lösemittel und Benzol (BK-Nrn. 1302, 1317 und 1318), Metalle wie Nickel (BK-Nr. 4109) oder Chrom (BK-Nr. 1103) sowie Schweißrauche (BK-Nr. 4115). Bei den zugrunde liegenden Krankheitsbildern handelt es sich häufig um Krebserkrankungen oder schwerwiegende Atemwegserkrankungen.

Die Planungen zu diesem Seminar wurden zeitlich verschoben, da aktuelle themenbezogene Fachgespräche und Publikationen abgewartet werden sollen, von denen hilfreiche Hinweise für die zukünftige Ermittlung und Bewertung relevanter Berufskrankheiten aus diesem Fachgebiet erwartet werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung hatte bei ihren Vorschlägen zur Reform des BK-Rechts („Weißbuch der DGUV“^[8]) die Frage nach der Sicherung und Verbesserung der Qualität in BK-Verfahren aufgenommen. Zur Beantwortung dieser Frage wurde der Qualitätssicherung nun ein weiterer Mosaikstein hinzugefügt. Durch den Ausbau der trägerübergreifenden Qualifizierung der Beschäftigten der Unfallversicherungsträger in der BK-Ermittlung werden einheitliche Qualitätsstandards stärker verankert und sowohl der träger- als auch generationenübergreifende Erfahrungsaustausch innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung gestärkt. Dies dient unmittelbar der im „Weißbuch“ geforderten „sachlich richtigen, schnellen und kundenorientierten Erreichung der Präventions-, Rehabilitations- und Entschädigungsziele im Sinne von § 1 SGB VII“ und somit den Versicherten. ←

Fußnoten

[1] Ditchen, D.; Nolde, T.; Rehme, G.; Rose, B.; Seibel, J.; Teich, E.: Herausforderungen und Lösungsansätze in der Berufskrankheitenpraxis, DGUV Forum, Ausgabe 1, 2021, ISSN 2699-7304.

[2] Woltjen, M.; Ditchen, D.; Wanka, G.: Ein geordneter „Werkzeugkoffer“ für die Feststellung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren, DGUV Forum, Ausgabe 1, 2020, ISSN 2699-7304.

[3] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.: DGUV Handlungsempfehlung „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“, Mai 2021, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3652> (abgerufen am 04.10.2023).

[4] Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV: Seminardatenbank des IAG, https://asp.veda.net/webgate_dguv_prod/ (abgerufen am 04.10.2023).

[5] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit „Läsion der Rotatorenmanschette der Schulter durch eine langjährige und intensive Belastung

durch Übershulterarbeit, repetitive Bewegungen im Schultergelenk, Kraftanwendungen im Schulterbereich durch Heben von Lasten oder Hand-Arm-Schwingungen“, Bek. es BMAS vom 01.12.2021, GMBL 2021, Ausgabe 64-65, S. 1411.

[6] Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV: Seminardatenbank des IAG, https://asp.veda.net/webgate_dguv_prod/ (abgerufen am 04.10.2023).

[7] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit „Chronische obstruktive Bronchitis einschließlich Emphysem durch Quarzstaubexposition bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis am Arbeitsplatz von mindestens zwei Quarz-Feinstaubjahren [(mg/m³) x Jahre] oberhalb einer Konzentration von 0,1 mg/m³“, Bek. es BMAS vom 24.08.2022, GMBL 2022, Ausgabe 35, S. 803.

[8] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.: Berufskrankheitenrecht 2016, Berlin, <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3171> (abgerufen am 04.10.2023).

Impfschäden als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung

Key Facts

- Impfschäden stehen unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn die Impfung selbst auch unfallversichert war
- Bei der Ermittlung des Kausalzusammenhangs zwischen versicherter Tätigkeit, Impfung und Impfschaden sind komplexe einzelfallbezogene Kausalitätsabwägungen nötig
- Die Zahl der Fälle, in denen Impfschäden medizinisch valide auf eine COVID-19-Impfung zurückzuführen sind, ist im Verhältnis zur Zahl der verabreichten Impfdosen sehr gering

Autor

➔ **Ass. iur. Achim Heissel**

Bei der Bewältigung der COVID-19-Pandemie spielte die breite Immunisierung der Bevölkerung durch Impfungen eine wesentliche Rolle. Zahlen zeigen, dass die verwendeten Impfstoffe als sicher eingestuft werden können. Die gesetzliche Unfallversicherung prüft sorgfältig jeden Fall möglicher Komplikationen einer Impfung, der im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen könnte.

Die Öffentlichkeit verfolgt Spontanmeldungen von Fällen, bei denen teils schwerwiegende Komplikationen in Zusammenhang mit einer COVID-19-Impfung gebracht werden, mit Aufmerksamkeit und Verunsicherung. Denn zahlreiche Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen haben ausdrücklich zur Inanspruchnahme der Impfungen aufgerufen und hierfür teils Arbeitszeitvorteile eingeräumt. Mitunter wurden Impfungen auch von Betriebsärztinnen und Betriebsärzten unmittelbar durchgeführt. Im Gesundheitswesen gab es sogar eine einrichtungsbezogene Impfpflicht.^[1] Zudem wurden die hierfür verwendeten Impfstoffe in sehr kurzer Zeit entwickelt und zugelassen.

Ob Impfschäden von der gesetzlichen Unfallversicherung geschützt sind, lässt sich nur anhand einer Einzelfallprüfung feststellen. Die Zusammenhangsfragen, die für jeden Einzelfall geklärt werden müssen, sind komplex.

Die Inanspruchnahme von Impfungen und ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gehört zur persönlichen Gesundheitsvorsorge. Diese liegt grundsätzlich im privaten Interesse der Betroffenen. Sie steht damit normalerweise nicht unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung. Allerdings können Gesundheitsschäden aus einer Schutzimpfung vom Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung umfasst sein, wenn die Impfung betriebsbezogen war, also in einem inneren Zusammenhang zur versicherten Tätigkeit – zum Beispiel Beruf oder ehrenamtliche Tätigkeit – der Geschädigten stand (haftungsbegründende Kausalität). Impfschäden sind somit in der gesetzlichen Unfallversicherung immer dann versichert, wenn auch die Impfung selbst unfallversichert ist.

Haftungsbegründende Kausalität

So stehen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausnahmsweise

Impfungen unter Versicherungsschutz, die erforderlich sind, um gegenüber der Allgemeinheit erheblich gesteigerte Infektionsrisiken infolge der versicherten Tätigkeit zu verhindern.^[2]

Damit die Impfung und mit ihr verbundene Folgeschäden unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung stehen, muss somit insgesamt erwiesen sein, dass die betroffene Person zum Zeitpunkt der Impfung

- im Rahmen ihrer versicherten Tätigkeit mindestens einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt gewesen war,
- im Rahmen der versicherten Tätigkeit bestimmungsgemäß persönlichen Kontakt zu anderen Personen mit Risikofaktoren für einen schweren Krankheitsverlauf gehabt hat oder
- eine versicherte Tätigkeit ausübte, die zwar mit einem geringen oder moderaten Infektionsrisiko



Impfschäden sind in der gesetzlichen Unfallversicherung immer dann versichert, wenn auch die Impfung selbst unfallversichert ist.“

verbunden, aber erforderlich war, um die Infrastruktur eines Krankenhauses beziehungsweise des öffentlichen Gesundheitsdienstes aufrechtzuerhalten.

Hinweise für das wesentlich gesteigerte Infektionsrisiko und die daraus resultierende Erforderlichkeit der Impfung können sich zum Beispiel aus der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung des konkreten Arbeitsplatzes^[3], aus Arbeits- und Tarifverträgen oder aus der Einstufung bestimmter Berufsgruppen in der Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV)^[4] ergeben.

Deutlich komplexer gestaltet sich die Ermittlung des Bezugs zur betrieblichen Tätigkeit jedoch, wenn Impfschäden aufgetreten sind, nachdem Betroffene einem Impfaufruf ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitgeberin gefolgt waren. Hier wird mitunter argumentiert, die Impfung habe ja auch dem betrieblichen Interesse der Arbeitgebenden an einer Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit der Belegschaft gedient oder dass ein entsprechender moralischer Druck bestanden habe.

Der Aufruf eines Arbeitgebers oder einer Arbeitgeberin zur Impfung allein kann jedoch die Annahme einer Betriebsbezogenheit der Handlung und damit den Unfallversicherungsschutz nicht begründen.^[5]

Die Rechtsprechung lässt hier kaum Spielräume für abweichende Beurteilungen: Unterbreiten Arbeitgebende ein Impfangebot, zu dessen Annahme Beschäftigte in letzter Konsequenz nicht verpflichtet sind, besteht für gesundheitliche Folgen aus der Impfung kein Anspruch gegen die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf Entschädigungsleistungen.^[6] Vielmehr muss eine konkrete, verbindliche Weisung der Arbeitgebenden im Rahmen des Direktionsrechts hinzukommen oder deren Aufforderung zur Impfung gerade damit begründet sein, dass die Ansteckungsgefahr durch die versicherte Tätigkeit nach den eben dargestellten objektiven Gesichtspunkten erheblich über das allgemeine Maß hinausgeht. Zudem muss der Arbeitgeber oder die Arbeitgeberin organisatorische Maßnahmen in Bezug auf die Durchführung der Impfung getroffen haben, zum Beispiel Kostenübernahme, Impfung während der Arbeitszeit, Impfung in eigenen Räumlichkeiten.

Haftungsausfüllende Kausalität

Der unfallversicherungsrechtliche Begriff des Gesundheitsschadens umfasst jeden regelwidrigen, also (negativ) von Normal abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand.^[7] Somit muss neben der haftungsbegründenden Kausalität auch erwiesen sein, dass

die Gesundheitsschäden – sei es als Erst- oder Folgeschaden – gerade durch die betrieblich veranlasste Impfung entstanden sind (haftungsausfüllende Kausalität). Der medizinische Zusammenhang zwischen Impfung und Impfschaden muss bewiesen sein. Diese Systematik gilt bei Impfschäden in Zusammenhang mit einer COVID-19-Impfung genauso wie bei anderen Versicherungsfällen der gesetzlichen Unfallversicherung.

Öffentliches Interesse prägt die Zahl der Verdachtsmeldungen

Die Beurteilung des Zusammenhangs zwischen Impfung und dem eingetretenen Schaden erfolgt maßgeblich anhand komplexer fachärztlicher Gutachten nach aufwendigen Untersuchungen der Betroffenen. In medizinischer Hinsicht wird die Beurteilung dabei zunächst durch die Vielfalt möglicher Reaktionen erschwert. Die Praxis zeigt zudem, dass bei Weitem nicht jeder Gesundheitsschaden, der sich in einem gewissen zeitlichen Zusammenhang nach der Impfung eingestellt hat, auch ursächlich auf die Impfung zurückgeht. Sofern eine feststellbare körperliche Reaktion nicht unmittelbar auf die Impfung folgt, ist es eher schwierig, einen wissenschaftlich gesicherten medizinischen Zusammenhang zwischen Impfung und Gesundheitsschaden herzustellen.



Insbesondere wird festgestellt, dass das hohe öffentliche Interesse die Zahl der Verdachtsfallmeldungen wesentlich beeinflusst.“

Das Paul-Ehrlich-Institut in Langen, das die Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten untersucht, hat bis zum 31. März 2023 insgesamt 340.282 Meldungen zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach erfolgter COVID-19-Schutzimpfung erhalten. Die gemeldeten Erscheinungen reichten dabei von leichteren lokalen Impfreaktionen um die Einstichstelle und Thrombosen bis hin zu lang andauernden Long-/Post-COVID-ähnlichen Beschwerden, Lähmungserscheinungen und potenziell lebensbedrohlichen Atemwegs-, Atmungs- oder Kreislaufproblemen (anaphylaktische Reaktionen). In 0,98 Prozent der berichteten Verdachtsfallmeldungen sei ein tödlicher Verlauf mitgeteilt worden. Dies sorgt in der Bevölkerung für Verunsicherung, ob die verwendeten Impfstoffe tatsächlich sicher sind. Das Institut weist allerdings darauf hin, dass Verdachtsfallmeldungen

meist nicht geeignet sind, die medizinische Kausalität zwischen berichteten Körperschäden und der Impfung herzustellen. Insbesondere wird festgestellt, dass das hohe öffentliche Interesse die Zahl der Verdachtsfallmeldungen wesentlich beeinflusst. So sei bis zum 31. März 2023 bei 127 Fällen in medizinischer Hinsicht ein ursächlicher Zusammenhang mit der jeweiligen COVID-19-Impfung bestätigt worden. Gleichzeitig seien in Deutschland aber 192.208.062 COVID-19-Impfungen verabreicht worden.^[8]

Komplikationen geringer als der Nutzen

Wie die Statistiken des Paul-Ehrlich-Instituts verdeutlichen, ist die Zahl medizinisch gesicherter Impfkomplicationen nach einer COVID-19-Immunsierung sehr gering im Verhältnis zur Zahl der verabreichten Impf-

dosen. Global betrachtet lässt sich daraus ein positives Ergebnis ableiten: Die Zahlen zeigen, dass die verwendeten Impfstoffe als sicher eingestuft werden können und die diesbezügliche Verunsicherung vieler Menschen unbegründet sein dürfte.

Sofern kein Zusammenhang zwischen versicherter Tätigkeit, Impfung und Gesundheitsschaden belegt ist, kommt die Krankenkasse für die Heilbehandlung auf. Zudem können Betroffene einen Antrag auf Versorgung nach dem Impfschadensausgleich gemäß § 60 Abs. 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) stellen. ←

Fußnoten

[1] Vom 16.03.2021 bis 31.12.2022 waren Beschäftigte im Pflegesektor grundsätzlich verpflichtet, eine vollständige Immunsierung gegen COVID-19 durch Impfung oder Genesung nachzuweisen. Anderenfalls konnten Betretungs- oder Tätigkeitsverbote ausgesprochen werden.

[2] BSG, Urteil vom 31.01.1974, Az. 2 RU 277/73.

[3] Gemäß Ziffer 3 der inzwischen aufgehobenen SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel vom 20.08.2020 der Arbeitsschutzausschüsse beim BMAS waren diese in den Betrieben hinsichtlich Infektionsrisiken durch COVID-19 zu überprüfen und zu ergänzen.

[4] Vgl. Naber/Schulte, NZA 2021, 81. CoronImpfV = Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18.12.2020, zuletzt geändert am 25.05.2022.

[5] Vgl. BSG, Urteil vom 26.06.2001, Az. B 2 U 30/00 R.

[6] LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 06.09.2021, Az. L 2 U 159/20.

[7] Vgl. BSG, Urteil vom 18.12.1962, Az. 2 RU 189/59.

[8] Mentzer, Oberle u. a.: Sicherheitsprofil der COVID-19-Impfstoffe – Sachstand 31.03.2023, <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html> (abgerufen am 29.08.2023).

Neue Einwirkungstabellen für die BK-Nr. 2301 „Lärmschwerhörigkeit“

Key Facts

- Neue Tabellen ermöglichen die Feststellung, ob eine ermittelte Einwirkung eine Gefährdung im Sinne der BK-Nr. 2301 darstellt
- Für Männer und Frauen existieren gesonderte Tabellen
- Ein Farbschema (Ampel-Schema) erleichtert die Anwendung der Tabellen

Autorinnen und Autoren

- ➔ Thomas Grap
- ➔ Dr. Martin Liedtke
- ➔ Burkhard Mahler
- ➔ Prof. Dr. med. Olaf Michel
- ➔ Prof. Dr. Wolfgang Römer
- ➔ PD Dr. Gerlind Schneider
- ➔ Frank Weisgerber
- ➔ Dr. Ulrike Wolf
- ➔ Ingo Wolters

Bisher ermöglichte die Effektive Lärmdosis (ELD) eine verbesserte Beurteilung der Krankheitsentwicklung im Verhältnis zur Exposition sowie eine vergleichende Einschätzung bei der Expositionsbeurteilung unterschiedlicher Arbeitsanamnesen. Anhand neuer Tabellen ist es nun möglich, festzustellen, ob eine Einwirkung eine Gefährdung im Sinne der BK-Nr. 2301 darstellt.

Die Berufskrankheit (BK) „Lärmschwerhörigkeit“ (BK-Nr. 2301) ist eine der häufigsten anerkannten Berufskrankheiten in Deutschland. Allein im Jahr 2022 wurden 6.637 (DGUV online) neue Anerkennungen verzeichnet.

Die Ermittlung der arbeitsbedingten Lärmexposition stellt ein notwendiges Element im Berufskrankheitenverfahren dar. Hierbei ist darzulegen, in welcher Art, Dauer und Höhe eine arbeitsbedingte Lärmeinwirkung bestand. Für die Erfassung und Beurteilung der Auswirkungen langfristiger Lärmeinwirkungen auf das menschliche Gehör wurde die ELD entwickelt.^[1] Mit der Veröffentlichung der fünften Auflage der Begutachtungsempfehlung für die Lärmschwerhörigkeit BK-Nr. 2301 (DGUV 2012), die auch als „Königsteiner Empfehlung“^[2] bekannt ist, wurde die ELD neu eingeführt. Grundlage für die ELD bildet die internationale Norm ISO 1999:2013^[3], der Daten von rund 45.000 Individuen zugrunde liegen.^[4]

Das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) hat ein ELD-Berechnungsprogramm entwickelt, das in die IFA-Anamnese-Software „Lärm“ eingeflossen ist. Unfallversicherungsträger können mit diesem Programm entsprechende ELD-Berechnungen durchführen, Expositionsermittlungen um diese Ergebnisse ergänzen und die Ermittlung der beruflichen Lärmeinwirkung als Bericht dokumentieren.

Neuerungen zur Anwendung und Interpretation der ELD

Bisher liegt noch kein antizipierter Schwellen- oder Orientierungswert („Abschneidekriterium“) vor. Nach einer Publikation von Michel (2020)^[5] zeigte sich bei 37 ausgewerteten Fällen, dass unterhalb einer ELD 90 von vier Lärmjahren keine Lärmschwerhörigkeit festgestellt werden konnte.

Das Hessische Landessozialgericht stellte im Urteil vom 24. April 2022 fest (Az. L 3 U 48/21): „Unter Bezugnahme auf die aktuelle Gut-

achterliteratur (Michel und Liedtke, HNO 2021, S. 315) sei die vorliegend gegebene effektive Lärmdosis von 3,7 Jahren nicht geeignet, eine Lärmschwerhörigkeit her vorzurufen.“ Ähnlich auch das Urteil vom 15. August 2022 des LSG Niedersachsen-Bremen (Az. L 14 U 45/18): „[...] ELD-Berechnung vom 20. September 2021, die lediglich eine Lärmbelastung von 1,7 Jahren [...] ergeben hat.“^[6]

Bereits im Jahr 2021 wurde auf Vorschlag des DGUV-Arbeitskreises „Anwendung des BK-Rechts“ eine Expertengruppe eingerichtet, die sich vertiefend mit dem Thema ELD befasste. In dieser „ELD-Expertengruppe“ waren Hals-Nasen-Ohren-(HNO-)Ärztinnen und -Ärzte, die DGUV, das IFA sowie die mit der Berufskrankheit „Lärmschwerhörigkeit“ besonders befassten Unfallversicherungsträger vertreten.

Im Kern sieht der Vorschlag der ELD-Expertengruppe die Einführung von Einwirkungstabellen (Ampel-Schema der

BK-Nr. 2301) vor. Ein solches Ampel-Schema kommt bereits in den entsprechenden Handlungsempfehlungen zur Ermittlung und Bewertung der arbeitsbedingten Einwirkungen bei den BK-Nummern 2101 (Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze) und 2113 (Carpal-Tunnel-Syndrom) zum Einsatz.

Von der ELD-Expertengruppe wurden zwei Tabellen auf Basis der ISO 1999 erarbeitet, die es zukünftig ermöglichen, die Bedeu-

tung einer ermittelten Lärmeinwirkung (entweder als ELD-Wert oder über die Berufsjahre mit definiertem Beurteilungspegel) für die vorliegende Schwerhörigkeit zu beurteilen. Der Arbeitskreis „Anwendung des BK-Rechts“ hat der Anwendung dieser Tabellen im Mai 2023 zugestimmt. Die Einwirkungstabellen (siehe Tabellen 1 und 2) sollen zukünftig den Unfallversicherungsträgern, aber auch den HNO-Gutachterinnen und HNO-Gutachtern sowie den Gerichten als Arbeitsgrundlage dienen.

Um die Anwendung der Tabellen zu erleichtern, sind die einzelnen Werte in den Tabellen farblich unterlegt (Ampel-Schema).

Die Farben haben folgende Bedeutung:

- Grün = Es liegt keine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.
- Gelb = Es liegt eine erhöhte Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.
- Rot = Es liegt eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 bei Männern			
Pegel	Es liegt keine relevante Einwirkung vor	Es liegt eine erhöhte Einwirkung vor	Es liegt eine relevante Einwirkung vor
85 dB	0–3 Jahre	4–15 Jahre	> 15 Jahre
86 dB	0–2 Jahre	3–8 Jahre	> 8 Jahre
87 dB	0–1 Jahr	2–5 Jahre	> 5 Jahre
88 dB	0–1 Jahr	2–3 Jahre	> 3 Jahre
89 dB	0–1 Jahr	2 Jahre	> 2 Jahre
90 dB	0–1 Jahr	1–2 Jahre	> 2 Jahre
ELD-Wert	< 1 ELD	1–2,1 ELD	> 2,1 ELD

Quelle: DGUV

Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 bei Frauen			
Pegel	Es liegt keine relevante Einwirkung vor	Es liegt eine erhöhte Einwirkung vor	Es liegt eine relevante Einwirkung vor
85 dB	0–2 Jahre	3–7 Jahre	> 7 Jahre
86 dB	0–1 Jahr	2–4 Jahre	> 4 Jahre
87 dB	0–1 Jahr	2–3 Jahre	> 3 Jahre
88 dB	< 1 Jahr	1–2 Jahre	> 2 Jahre
89 dB	< 1 Jahr	1 Jahr	> 1 Jahr
90 dB	< 1 Jahr	1 Jahr	> 1 Jahr
ELD-Wert	< 0,7 ELD	0,7–1,4 ELD	> 1,4 ELD

Gesamtbewertung:

Bei der Gesamtbewertung sind die Einwirkung auf der einen Seite und das Ausmaß des eingetretenen Körperschadens auf der anderen Seite gegenüberzustellen. Dies bedeutet, dass bei einem lärmtypischen Hörkurvenverlauf mit geringem Hörverlust schon in der Risikoklasse „gelb“ (erhöhte Einwirkung) eine relevante Einwirkung i.S. der BK-Nr. 2301 gegeben sein kann.

Es wird daher empfohlen, das Vorliegen einer relevanten Einwirkung immer dann anzunehmen, wenn ein lärmtypischer Hörkurvenverlauf vorliegt und die Einwirkung den Risikoklassen „rot“ oder „gelb“ zugeordnet wird.

Soweit einzelne Expositionszeiträume mit unterschiedlichen Pegeln ausschließlich im grünen Bereich liegen, ist die ELD für diese Zeiträume zu berechnen.

Tabellen 1 und 2: Es wurden neue Einwirkungstabellen zur Ermittlung und Bewertung der arbeitsbedingten Einwirkungen bei der BK-Nr. 2301 entwickelt.



Es wird empfohlen, das Vorliegen einer relevanten Einwirkung immer dann anzunehmen, wenn ein lärmtypischer Hörkurvenverlauf vorliegt und die Einwirkung den Risikoklassen ‚rot‘ oder ‚gelb‘ zugeordnet wird.“

Neu ist zudem die vorgesehene Unterscheidung nach Geschlecht, da Frauen im Alter nachweislich besser hören, aber empfindlicher auf Lärm reagieren. Es wurde daher eine Tabelle für Frauen und eine für Männer entwickelt. Gemäß den Tabellen liegt bei < 1 ELD (Männer) beziehungsweise < 0,7 ELD (Frauen) keine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor. Bei 1 bis 2,1 ELD (Männer) beziehungsweise 0,7 bis 1,4 ELD (Frauen) liegt eine erhöhte Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor. Bei Werten > 2,1 ELD (Männer) beziehungsweise > 1,4 ELD (Frauen) liegt eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Auf die Berücksichtigung altersspezifischer Datenwerte wurde bewusst verzichtet und stattdessen die Tabelle am Altersdurchschnitt der Versicherten (57 Jahre) zum Zeitpunkt der BK-Verdachtsmeldung ausgerichtet. Hierdurch wird beispielsweise ein 60jähriger Versicherter geringfügig bessergestellt, während jüngere Personen gegebenenfalls leicht „benachteiligt“ werden. Dies wirkt sich allerdings nur im „grünen Bereich“ des Ampelsystems aus. Es wird empfohlen, in diesen Einzelfällen im Zweifel den genauen Pegel zu ermitteln.

Nähere Ausführungen zum Lebensalter, der Verwendung geschlechtsspezifischer Tabellen sowie zu weiteren den Einwirkungstabellen zugrunde liegenden Entscheidungen sind dem hier aufgeführten „Exkurs“ zu entnehmen.

Auswirkungen auf das Stufenverfahren BK-Nr. 2301

Das Stufenverfahren kommt weiterhin im vollen Umfang zur Anwendung. In Feststellungsverfahren mit medizinischer Begutachtung (Stufe 2) stellt die Prävention ELD-Angaben zur Anwendung der Einwirkungstabellen zur Verfügung. Ist zur Beurteilung einer BK-Nr. 2301 eine medizinische Begutachtung nicht erforderlich (Stufe 1), kann auf eine umfassende Berechnung der ELD, zugunsten einer Kurzstellungnahme Exposition/Beurteilung BK-Nr. 2301 (J 6202-2301), verzichtet werden.

Beim Erstellen der Kurzstellungnahme ist bei der Angabe der Höhe der Einwirkung Folgendes zu beachten:

Liegt die Einwirkung

- im gelben und/oder roten Bereich (ab einer kumulativen Einwirkungsdauer von drei Jahren bei Frauen beziehungsweise vier Jahren bei Männern), reicht die Angabe ≥ 85 dB (=Dezibel (A)) aus;
- ausschließlich im grünen Bereich, ist der genaue Pegel in dB anzugeben; bei unterschiedlichen Pegeln ist zusätzlich der Wert der ELD anzugeben;
- unterhalb von 85 dB (A), ist die Angabe < 85 dB(A) ausreichend.

Bei der abschließenden Bewertung durch die BK-Sachbearbeitung sind die Einwir-

kung auf der einen Seite und das Ausmaß des eingetretenen Körperschadens auf der anderen Seite gegenüberzustellen. Dies bedeutet, dass bei einem lärmtypischen Hörkurvenverlauf mit geringem Hörverlust schon in der Risikoklasse „gelb“ (erhöhte Einwirkung) eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 gegeben sein kann.

Es wird daher empfohlen, das Vorliegen einer relevanten Einwirkung immer dann anzunehmen, wenn ein lärmtypischer Hörkurvenverlauf vorliegt und die Einwirkung den Risikoklassen „rot“ oder „gelb“ zugeordnet wird.

Anwendung der neuen Tabellen anhand von Praxisbeispielen

Beispiel 1

Ein 58-jähriger Mann hat in den letzten 20 Jahren eine Exposition bei $L_{Ex,8h} = 85$ dB ($L_{Ex,8h}$: = Tages-Lärmexpositionspegel nach LärmVibrationsArbSchV). Die Einwirkung liegt nach der Einwirkungstabelle für Männer im roten Bereich. Es lag daher eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Beispiel 2

Eine 56-jährige Frau hat in den letzten sechs Jahren eine Exposition bei $L_{Ex,8h} = 85$ dB. Die Einwirkung liegt nach der Einwirkungstabelle für Frauen im gelben Bereich. Es lag daher eine erhöhte Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Beispiel 3

Ein 57-jähriger Mann hat lediglich eine Exposition von zwei Jahren bei $L_{Ex,8h} = 85$ dB. Die Einwirkung liegt nach der Einwirkungstabelle für Männer im grünen Bereich. Es lag daher keine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Beispiel 4

Ein 57-jähriger Mann hat eine Exposition

von zwei Jahren bei $L_{Ex,8h} = 85$ dB und sieben Monaten bei 88 dB. Beide Einwirkungen liegen für sich genommen nach der Einwirkungstabelle für Männer im grünen Bereich. Hier ist es notwendig, die ELD zu berechnen. Die ELD beträgt 1,0. Die Einwirkung liegt nach der Einwirkungstabelle für Männer nun im gelben Bereich. Es lag daher eine erhöhte Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor.

Merkblatt zur BK-Nr. 2301 sowie zur VDI 2058 Blatt 2 (2020)

Die ELD-Expertengruppe hat zudem geprüft, ob die erarbeiteten Ergebnisse im Einklang mit dem Merkblatt zur BK-Nr. 2301 (2008)^[7] sowie der VDI 2058 Blatt 2 (2020) stehen, und kam zu folgendem Ergebnis:



Exkurs: Erläuterungen zu den Einwirkungstabellen

Ampelsystem

Die Farben haben folgende Bedeutung:

- Grün = Eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 liegt nicht vor (Hörschwellenverschiebung bis 2,4 dB; Fraktile 0,05. Das Fraktile 0,05 entspricht dem Perzentil P05 = fünf Prozent aller Fälle überschreiten die angegebene Hörschwellenverschiebung).
- Gelb = Es liegt eine erhöhte Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor (Hörschwellenverschiebung von 2,5 bis 4,4 dB; Fraktile 0,05).
- Rot = Es liegt eine relevante Einwirkung im Sinne der BK-Nr. 2301 vor (Hörschwellenverschiebung ab 4,5 dB; Fraktile 0,05).

Im Audiogramm lässt sich die Hörschwellenverschiebung altersbedingt und lärmbedingt nur in 5-dB-Schritten darstellen. Eine relevante Verschiebung kann formal schon ab 2,5 dB vorliegen, diese ist aber audiometrisch nicht darstellbar. Zugunsten der Versicherten ist die ELD-Expertengruppe daher bereits bei einer rechnerischen Hörschwellenverschiebung ab 2,5 dB von einer merklichen Verschiebung ausgegangen.

Wahl der Altersgruppe: 57-jährige Personen

Das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Meldung beträgt sowohl bei Männern als auch bei Frauen 57 Jahre (betrachteter Zeitraum: 2015 bis 2021). Den Tabellen liegt daher das Lebensalter von 57 Jahren zugrunde.

Geschlechtsspezifische Tabellen

Gängige Modelle zur Altershörigkeit namentlich ISO 7029 und zur Lärmschwerhörigkeit (ISO 1999) unterscheiden zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht. Bei Vergleich des jeweiligen Hörverlustes für ein gleiches Lebensalter zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Die epidemiologischen Daten der wenigen vorliegenden Studien, in denen nach Geschlecht unterschieden wird, sind konsistent. Folgende Gründe sprechen für geschlechtsspezifische Tabellen:

- Es zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede beim lärmbedingten Hörverlust.
- Geschlechtsspezifische Differenzierungen entsprechen der zunehmenden Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede zwischen Männern und Frauen in Forschung, Prävention und Behandlung von Krankheiten.

Für Männer und Frauen existieren daher gesonderte Tabellen.

ISO 1999: Fraktile 0,05 bei 4 kHz

In der ISO 1999 werden Fraktile von 0,05 bis 0,95 dargestellt. Die ELD-Expertengruppe hat sich aus nachfolgenden Gründen für das Fraktile 0,05 entschieden:

- Das Fraktile 0,05 berücksichtigt die Gruppe mit den „empfindlichsten Ohren“.
- Bei noch kleineren Perzentilen würde man den Gültigkeitsbereich der ISO 1999 verlassen.

Der tabellarischen Darstellung der Hörschwellenverschiebung wurde der Wert 4 kHz (Kilohertz) zugrunde gelegt, da die ISO 1999 bei 4 kHz am genauesten ist (Frequenz mit den größten lärmbedingten Hörschwellenverschiebungen).

Grundlegendes

Die ELD (Angabe in Jahren, unabhängig von Geschlecht, Alter und Fraktile) darf nicht mit lärmbedingtem Hörverlust (Angabe in dB, abhängig von Geschlecht, Alter und Perzentile) verwechselt werden. Die beiden Größen sind im Allgemeinen nicht streng aneinandergelockt. Nur nach Auswahl eines Fraktils (im vorliegenden Beitrag: 0,05), des Geschlechts und des Alters (im vorliegenden Beitrag: 57 Jahre) ergeben sich feste Entsprechungen zwischen ELD und lärmbedingtem Hörverlust.



Im Merkblatt zur BK-Nr. 2301 finden sich zur erforderlichen Expositionsdauer nur wenig präzise Angaben, wie „langjährig“, „mehrjährig“ und „eine Reihe von Jahren“ bezogen auf Tages-Lärmexpositionspegel von mehr als 90 dB(A) beziehungsweise ab 85 dB(A). Aus Sicht der ELD-Experten-gruppe stehen die nun entwickelten Einwirkungstabellen im Einklang mit dem Merkblatt.

Zweck der VDI-Richtlinie 2058 Blatt 2 (2020)^[8] ist es, Hinweise zur Beurteilung von Lärm am Arbeitsplatz mit dem Ziel der Verhütung von Gehörschäden zu geben und damit die Anwendung der Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (Lärm-VibrationsArbSchV)^[9] zu unterstützen. Die VDI-Richtlinie nimmt auch Bezug auf die Gehörgefährdung durch Lärmexposition. Hier heißt es in Abschnitt 5.2: „Davon ausgehend, dass durch Lärmexpositionspegel von weniger als 85 dB keine Gehörschäden entstehen können, ist bei otologisch normalen Personen anzunehmen, dass sich kein Gehörschaden (siehe Definition in Abschnitt 3) entwickelt, wenn die Dauer der Lärmexposition bei Lärmexpositionspegeln von 85 dB 40 Jahre, von 87 dB 7 Jahre und von 90 dB 3 Jahre nicht überschreitet.“ Die LärmVibrationsArbSchV schreibt Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel Lärmbereichskennzeichnung) bei Überschreitung von $L_{Ex,sh} = 85$ dB vor. Daher wählt die VDI-Richtlinie das Wertepaar $L_{Ex,sh} = 85$ dB über 40 Jahre Expositionsdauer (als „Worst-Case-Betrachtung“) aus. Weder die VDI 2058 Blatt 2 (2020) noch die LärmVibrationsArbSchV enthalten Angaben, die

Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV): Anerkannte Berufskrankheiten UV der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand sowie Schüler-UV, [➔ https://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/bk-geschehen/anerkannte-bken/index.jsp](https://www.dguv.de/de/zahlen-fakten/bk-geschehen/anerkannte-bken/index.jsp) (abgerufen am 30.08.2023).

Liedtke, M.: Die Effektive Lärmdosis (ELD) – Grundlagen und Verwendung. In: Zbl Arbeitsmed 63, 2013, S. 64–77.

Michel, O.; Liedtke, M.: ISO 1999:2013 Teil 1 – Überarbeitetes Wahrscheinlichkeitsmodell zur Berechnung des lärmbedingten Hörverlusts. In: HNO 69, 2021, S. 510–516.

nach Geschlecht oder nach Alter differenzieren. Insofern unterscheiden sich die von der Arbeitsgruppe ausgearbeiteten Werte für einzelne Individuen zur Verwendung in BK-Verfahren von den in der VDI 2058 Blatt 2 (2020) genannten Angaben für Präventionsmaßnahmen für die beruflich lärm-exponierte Bevölkerungsgruppe.

Weitere geplante Schritte

Um die neuen Einwirkungstabellen den Anwendenden (Sachbearbeitung, Prävention sowie HNO-Gutachterinnen und HNO-Gutachter) näherzubringen, sind für diese Zielgruppen in den kommenden Monaten verschiedene Aktivitäten geplant:

Für Gutachterinnen und Gutachter erfolgen Publikationen in HNO-Fachzeitschriften. Zudem sollen die neuen Tabellen im Rahmen des Jenaer Fort- und Weiterbildungs-

kolloquiums „Gutachten in der HNO-Heilkunde“ im Jahr 2024 vorgestellt werden.

Die Unfallversicherungsträger werden über ein Rundschreiben informiert. Speziell zu den neuen Tabellen und deren Anwendung sind ein bis zwei Online-Schulungen für die BK-Sachbearbeitung und die Prävention geplant. Zudem werden die Neuerungen in die bereits bestehenden Seminare zur BK-Nr. 2301 der Hochschule der DGUV (HGU) einfließen. Des Weiteren wird die DGUV Handlungsempfehlung „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“ entsprechend angepasst.

Bei der nächsten Überarbeitung der Begutachtungsempfehlung „Königsteiner Empfehlung“ wird geklärt, ob die neuen Einwirkungstabellen in die Begutachtungsempfehlung aufgenommen werden. ↩

Fußnoten

[1] Liedtke, M.: Effektive Lärmdosis basierend auf Hörminderungsäquivalenzen nach ISO 1999. In: Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed., 2010; 45, S. 612–623.

[2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.): Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung. 2., korrigierte Auflage, Juli 2012.

[3] ISO 1999: Acoustics – Estimation of noise-induced hearing loss. Third edition, 2013-10-01, Reference number: ISO 1999:2013(E).

[4] Einen vertiefenden Einblick in das Thema „ELD“ bieten die Publikationen „Effektive Lärmdosis basierend auf Hörminderungsäquivalenzen nach ISO 1999“ (Liedtke 2010), „Die Effektive Lärmdosis (ELD) – Grundlagen und Verwendung“ (Liedtke 2013) und „ISO 1999:2013

Teil 1: Überarbeitetes Wahrscheinlichkeitsmodell zur Berechnung des lärmbedingten Hörverlusts“ (Michel und Liedtke 2021).

[5] Michel, O.: Das ELD-Risikomaß. In: HNO 68, 2020, S. 955–958.

[6] LSG Hessen, Urteil vom 24.04.2022, Az. L 3 U 48/21; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 15.08.2022, Az. L 14 U 45/18.

[7] Merkblatt zu der Berufskrankheit Nr. 2301 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung: Lärmschwerhörigkeit. Bek. des BMAS vom 01.07.2008 – IVa4-45222-2301, publiziert im GMBI 2008/39, S. 798–800.

[8] VDI 2058 Blatt 2, Beurteilung von Lärm hinsichtlich Gehörgefährdung. Erscheinungsdatum 2020-08, Beuth Verlag, Berlin.

[9] https://www.gesetze-im-internet.de/l_rmvibrationsarbschv/index.html (abgerufen am 27.10.2023).

Zertifizierte Spezialeinheiten zur Versorgung von Mesotheliomen

Key Facts

- Mesotheliome gelten als Signaltumoren für eine häufig Jahrzehnte zurückliegende, meist berufliche Asbestexposition
- Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem als Berufskrankheit anerkannten Mesotheliom in zertifizierten Mesotheliomeinheiten verbessert deren Versorgung
- Mit Unterstützung der DGUV konnten in Deutschland bereits 15 Mesotheliomeinheiten zertifiziert eingerichtet werden

Autoren

- ➔ Dr. med. Ingolf Hosbach
- ➔ Dr. rer. medic. Thorsten Wiethage
- ➔ Prof. Dr. med. Thomas Brüning
- ➔ Dr. rer. nat. Georg Johnen

Auch 30 Jahre nach dem Asbest-Verwendungsverbot in Deutschland ist die Zahl der jährlich neu als Berufskrankheit anerkannten Mesotheliome weiterhin auf einem hohen Niveau. Um die Expertise zur Mesotheliombehandlung zu fördern und betroffene Versicherte zu unterstützen, wurden zielgerichtete Maßnahmen durch die DGUV-Projektgruppe Mesotheliomtherapie initiiert.

Im Zeitraum 1999 bis 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut in Deutschland im Mittel knapp 1.600 Mesotheliome pro Jahr neu gemeldet.^[1] Damit zählt dieser Tumor des „Brust- und Bauchfells“ zu den äußerst seltenen Erkrankungen.^[2] Die Erstdiagnose erfolgt überwiegend erst jenseits des T1-Stadiums der TNM-Tumorklassifikation mit einer entsprechend schlechten Überlebensrate.^[3] Nur acht bis neun Prozent der Betroffenen lebten fünf Jahre nach der Erstdiagnose noch.^[4]

Mesotheliome entwickeln sich bevorzugt im Bereich des Lungen- und Rippenfells (Pleura), können aber auch im Bereich des Bauchfells (Peritoneum) oder in sehr seltenen Fällen im Bereich des Herzbeutels (Perikard) und im Bereich der Hoden (Tunica vaginalis testis) entstehen. Orientierend werden Mesotheliome in der Regel in drei Subtypen eingeteilt, von denen der sogenannte sarkomatoide Subtyp die schlechteste Überlebensrate hat.

Mesotheliome gelten als Signaltumoren für eine häufig Jahrzehnte zurückliegende, meist berufliche Asbestexposition. In den Jahren 2009 bis 2021 wurden jährlich

durchschnittlich mehr als 1.300 der Mesotheliome als Verdachtsfälle für das Vorliegen einer Berufskrankheit gemeldet. Bei knapp 70 Prozent der Verdachtsmeldungen lagen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Anerkennung als Berufskrankheit nach Nummer 4105 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Ver-

ordnung (im Folgenden: BK-Nr. 4105) vor. Somit sind Mesotheliome nach dem Hautkrebs der zweithäufigste als Berufskrankheit anerkannte Tumor. Einen zeitlichen Überblick gibt Diagramm 1.

Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen haben Mesotheliome zusätzlich eine

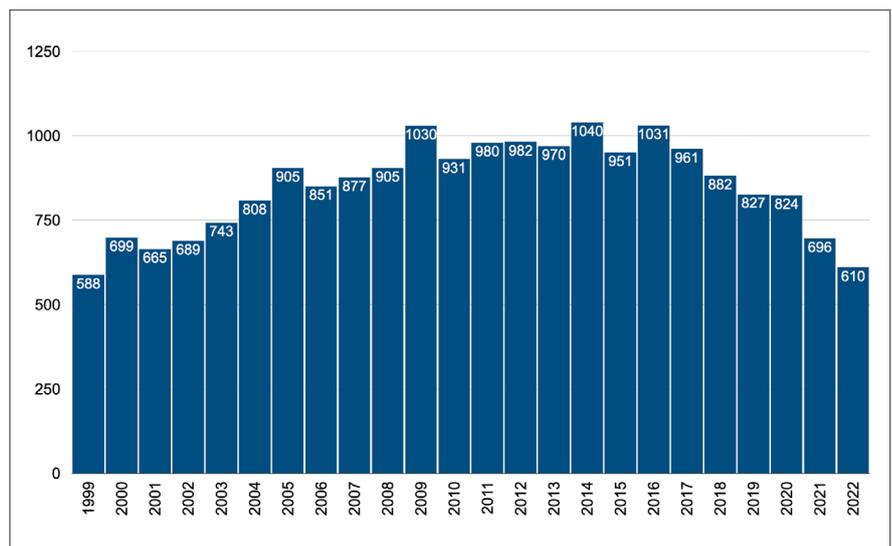


Diagramm 1: Anzahl der jährlich anerkannten Mesotheliome als Berufskrankheit Nr. 4105 nach Berufskrankheitenverordnung.

Grafik: Hosbach, Daten siehe Fußnote [1]

besondere volkswirtschaftliche Dimension: Zwischen 1990 und 2016 haben die Unfallversicherungsträger rund 3,3 Milliarden Euro für die BK-Nr. 4105 überwiegend für Renten und Hinterbliebenenleistungen ausgegeben. Nur 17 Prozent der Ausgaben betreffen die medizinische Rehabilitation.^[5]

Neue Ansätze in der Therapie des Pleuramesothelioms

Nach Diagnosesicherung durch die videoassistierte Thorakoskopie und zyto-beziehungsweise histopathologischer Bestätigung besteht die Behandlung von Pleuramesotheliomen neben der begleitenden psychoonkologischen Betreuung meist aus einer Kombination verschiedener Chemotherapeutika. Auch die Immuntherapie gewinnt zunehmend an Bedeutung bei der Therapie und zeigt hier bereits vielversprechende Erfolge. In fortgeschrittenen Sta-

dien sind Mesotheliome häufig nur schwer chirurgisch zu entfernen und onkologisch zu behandeln. Umso zuversichtlicher stimmen die Fortschritte auf dem Gebiet der immunonkologischen Therapieansätze zur Behandlung von Mesotheliomen. Hierbei sind die sogenannten Checkpoint-Inhibitoren auch beim Mesotheliom fester Bestandteil der Therapieleitlinien. In der Forschung spielen immer mehr molekularbiologische Ansätze zur Diagnose und zur Prognose eine Rolle, um gezieltere Therapien von Mesotheliomen zu ermöglichen. Es besteht somit der dringende Bedarf, Mesotheliome in früheren Tumorstadien erkennen zu können, als das bislang der Fall ist.^[6] Je nach Tumorstadium, Mesotheliom-Subgruppe, Allgemeinzustand und Präferenzen der Betroffenen geht der Chemo-/Immuntherapie eventuell eine Operation voraus, meist in Form einer einfachen oder erweiterten Entfernung der Pleura (Pleurektomie-Dekortikation). Hierzu sind ne-

ben großer chirurgischer Erfahrung auch hohe Anforderungen an die intra- und perioperative Anästhesiologie zu stellen. Es zählt zu den Besonderheiten von Mesotheliomen, dass sie sich operativ in der Regel mikroskopisch nur selten komplett entfernen lassen, da das Mesothel, aus dem sich der Tumor entwickelt, sehr dünn ist und lebenswichtige Strukturen eng benachbart sind. Da eine echte Tumorfreiheit mikroskopisch meist nicht erreichbar ist, kommt einer systemischen Therapie in Form einer immunonkologischen Behandlung eine besondere Bedeutung zu. Bei der Immuntherapie werden Antikörper gegen Rezeptoren (zum Beispiel PD-1, CTLA-4) eingesetzt. Deren Blockade lenkt auf unterschiedlichen Wegen den zellgestützten Teil des Immunsystems, die sogenannten T-Zellen, gegen die Tumorzellen. Die Wirksamkeit der Immuntherapie bei Mesotheliomen zusätzlich zur Chemotherapie konnte in der sogenannten CheckMate-743-Studie

Grafik: DGUV, Daten: [https://oncomap.de/centers?selectedOrgans=\[Mesotheliom\]&showMap=1](https://oncomap.de/centers?selectedOrgans=[Mesotheliom]&showMap=1)

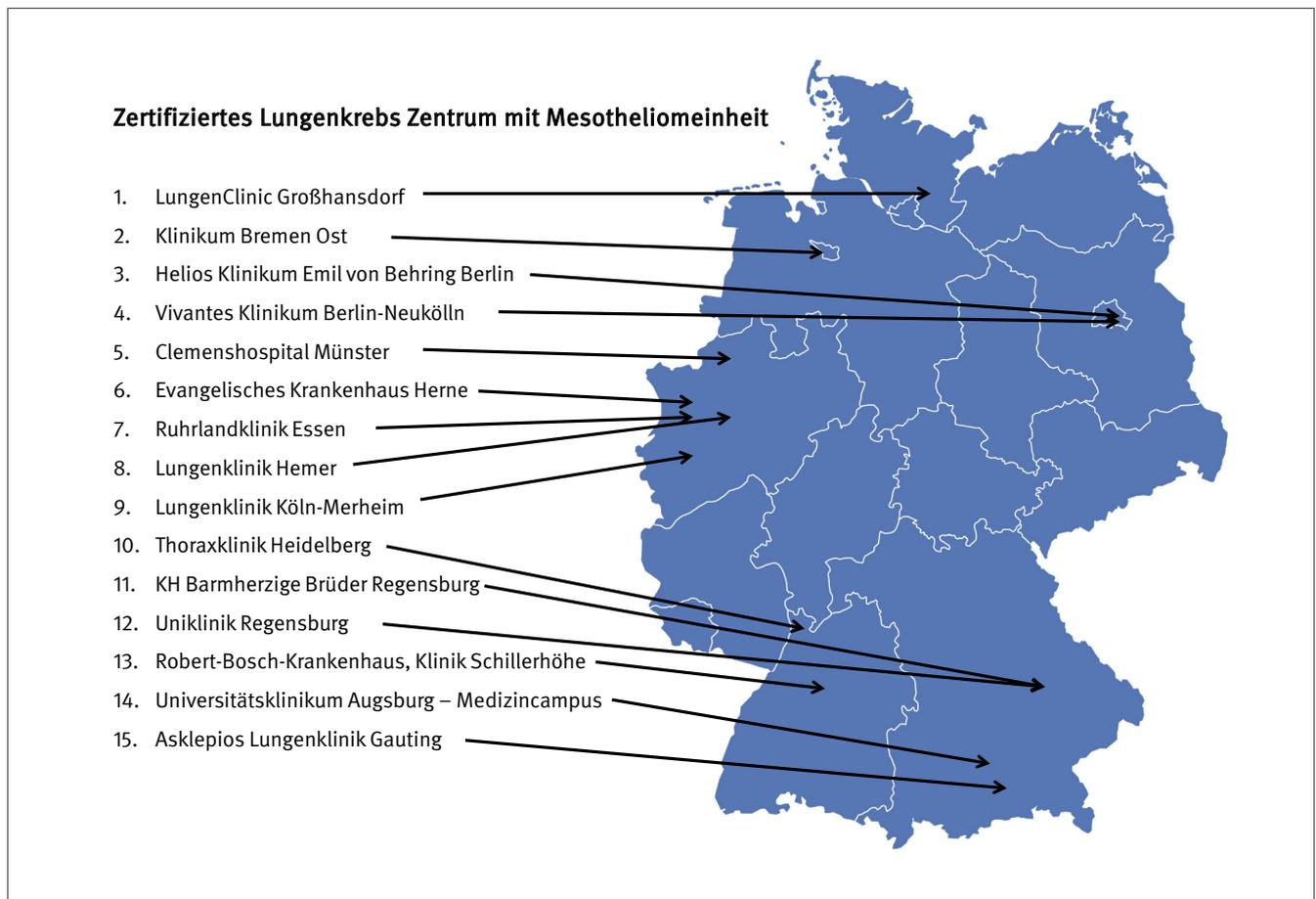


Abbildung 1: In Deutschland durch die DKG zertifizierte Mesotheliomeinheiten (Stand 9/2023)



Zwischen 1990 und 2016 haben die Unfallversicherungsträger rund 3,3 Milliarden Euro für die BK-Nr. 4105 überwiegend für Renten und Hinterbliebenenleistungen ausgegeben.“

nachgewiesen werden: Dabei lebten nach drei Jahren 23 Prozent der Immuntherapie-Behandelten gegenüber 15 Prozent der mit Chemotherapie Behandelten. Besonders interessant ist dabei, dass Patientinnen und Patienten, die besonders intensiv mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen reagierten und zu einem Therapieabbruch gezwungen waren, das beste Langzeitüberleben überhaupt zeigten: Nach drei Jahren lebten 37 Prozent der Betroffenen.^[7] Somit könnten die unerwünschten Arzneimittelwirkungen Ausdruck einer besonders starken Immunreaktion sein, die dann trotz Therapieabbruch zu einer höheren Überlebensrate führt.

Weitere Immuntherapeutika befinden sich in größeren Wirksamkeitsstudien.^[8] Andere Forschungsansätze befassen sich mit der Wirksamkeit von Immuntherapeutika zum Einsatz als Folgetherapien bei Persistenz beziehungsweise Wiederauftreten der Mesotheliome.

Zertifizierung von Mesotheliomeinheiten

Die persönliche Erfahrung aller beteiligten Teams, deren infrastrukturelle Ausstattung und die sichere Expertise zu hochkomplexen systemischen Therapien der Onkologie kann bei einem sehr seltenen Tumor wie dem Mesotheliom nur durch Bündelung der Fälle in hoch spezialisierten Zentren in hoher Qualität und Zuverlässigkeit erreicht werden.

Aus diesem Grund hat die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) mit Unterstützung durch die DGUV im Jahr 2021 ein Zertifizierungsprogramm Mesotheliomeinheiten an be-

reits zertifizierten Lungenkrebszentren initiiert. Bislang wurden 15 bundesdeutsche Mesotheliomeinheiten zertifiziert (Stand 09/2023; siehe Abbildung 1).

Zur Abrechnung der speziellen Ambulanzleistungen für betroffene Versicherte wurde eine eigene Vergütungstabelle geschaffen. Die Mehrzahl der Mesotheliomeinheiten ist in der gemeinsamen Mailingliste MesoTheraNet zusammengeschlossen und trifft sich zum gegenseitigen fachlichen Austausch am 9. Dezember 2023 in Bochum zum 2. DGUV-Fachgespräch Mesotheliomtherapie. Alle Maßnahmen werden koordiniert und begleitet von der Projektgruppe Mesotheliomtherapie, die sich aus Expertinnen und Experten der Unfallversicherungsträger und der DGUV zusammensetzt (siehe Infokasten).

Zusammensetzung der DGUV-Projektgruppe Mesotheliomtherapie

Andreas Altena, BG ETEM
 Michael Büschke, BG BAU
 Melanie Duell, DGUV
 Andreas Goergens, BG HM
 Dr. med. Ingolf Hosbach, IPA, Leiter der Projektgruppe
 Andrea im Sande, BG HM
 Dr. rer. nat. Georg Johnen, IPA
 Judith Kayka, BG RCI
 Ruth Macke, BG RCI
 Dr. med. Sarah-Constanze Steiner, IPA
 Dr. rer. nat. Dirk Taeger, IPA
 Dr. rer. nat. Daniel Weber, IPA
 Dr. rer. medic. Thorsten Wiethage, IPA
 Simone Wouterse, BG HW

Fußnoten

- [1] Berechnung aus aggregierten Daten von: Neumann, V.; Löseke, S.; Nowak, D. et al. In: Dtsch Arztebl Int 2013, 110(18), S. 319–326; DGUV-Statistiken für die Praxis 2009–2022 und <https://www.krebsdaten.de> (Datenbankabfrage für Mesotheliom).
- [2] Nach EU-Verordnung Nr. 536/2014.
- [3] Rusch, V.; Chansky, K.; Kindler, H. L. et al.: The IASLC Mesothelioma Staging Project: Proposals for the M Descriptors and for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification for Mesothelioma. In: J Thorac Oncol, 2016, 11(12), S. 2112–2119.
- [4] Nowak, A. K.; Chansky, K.; Rice, D. C. et al.: The IASLC Mesothelioma Staging Project: Proposals for Revisions of the T Descriptors in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification for Pleural Mesothelioma. In: J Thorac Oncol, 2016, 11(12), S. 2089–2099.
- [5] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Nationales Asbest-Profil Deutschland, 2. überarbeitete Auflage 2020 Dortmund/Berlin/Dresden, S. 70–72.
- [6] Vogelzang, N.; Rusthoven, J. J.; Symanowski, J. et al.: Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. In: J. Clin. Oncol. 2003, 21, S. 2636–2644.
- [7] Peters, S.; Schepereel, A.; Cornelissen, R. et al.: First-line nivolumab plus ipilimumab versus chemotherapy in patients with unresectable malignant pleural mesothelioma: 3-year outcomes from CheckMate 743. In: Annals of Oncology, 2022, 33(5), S. 488–499.
- [8] Shah, R.; Klotz, L. V.; Glade J.: Current Management and Future Perspective in Pleural Mesothelioma. In: Cancers, 2022, 14, S. 1044.



Gefahrstoffe am Arbeitsplatz und chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD)

Key Facts

- 7,4 Prozent der Studienteilnehmenden der Hamburg City Health Study wiesen in der Lungenfunktionsuntersuchung eine COPD auf
- Drei Viertel der Teilnehmenden mit nachgewiesener COPD waren sich ihrer Erkrankung nicht bewusst
- Bei vielen Beschäftigten zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen der selbst wahrgenommenen Exposition gegenüber inhalativen Gefahrstoffen und den anhand einer Job-Exposure-Matrix (JEM) quantifizierten Expositionen

Autoren und Autorinnen

- ➔ Lukas Damerau, M. Sc.
- ➔ Dr. Robert Herold
- ➔ Dr. Hanno Hoven
- ➔ Dr. Claudia Terschüren
- ➔ Dr. Anja Schablon
- ➔ Dr. Peter Koch
- ➔ Prof. Dr. Alexandra Preisser
- ➔ Prof. Dr. Albert Nienhaus
- ➔ Prof. Dr. Volker Harth

In dem von der DGUV geförderten Forschungsprojekt „COPD mindern“ ging es um folgende Fragen: Wie viele Personen sind an einer COPD erkrankt? Wie viele Beschäftigte sind an ihrem Arbeitsplatz einatembaren Gefahrstoffen ausgesetzt? Und in welchen Berufsgruppen ist das Wissen über das Vorliegen einer Exposition am geringsten?

Die chronische obstruktive Lungenkrankheit (COPD) ist weltweit gesehen die dritthäufigste Todesursache.^[1] Bei einer COPD werden durch die Entzündung der Bronchialschleimhaut und den Kollaps der großen und insbesondere der kleinen Bronchien die Luftwege verengt, sodass die Atmung erschwert wird. Die COPD ist nicht heilbar, da der Umbau der Bronchien unumkehrbar ist. Die Lungenbläschen (Alveolen) blähen sich auf und werden ebenfalls zerstört (Emphysem). Zu den Symptomen einer COPD gehören Atemnot bei körperlicher Belastung (bei fortgeschrittener COPD bereits im Ruhezustand) und Husten mit Auswurf über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten.^[2]

Der mit Abstand größte Risikofaktor in Europa ist das Rauchen von Tabakprodukten – circa 80 Prozent aller COPD-Erkrankungen sind darauf zurückzuführen. Weitere Einflussfaktoren sind die Feinstaubbelastung und die Exposition am Arbeitsplatz gegenüber chemischen Dämpfen, Gasen, biologischen und mi-

neralischen Stäuben sowie Rauchgasen.^[3] Tätigkeiten wie Schweißen und Schleifen oder Berufe im Bergbau und im Tiefbau erhöhen das Risiko für die Entstehung einer COPD, was bereits bekannt und gut erforscht ist.^[4] Das Forschungsprojekt „COPD mindern“ hatte daher das Ziel, weitere potenziell belastete Berufsgruppen beziehungsweise belastende Tätigkeiten in der Bevölkerung einer Großstadt zu identifizieren, die bisher in der Wissenschaft und betriebsmedizinischen Praxis nicht detektiert wurden.

Daten von 15.000 Personen einbezogen

Als Datengrundlage des Forschungsprojektes diente die Hamburg City Health Study (HCHS), eine prospektive Kohortenstudie, die Personen im Alter zwischen 45 und 74 Jahren mit Wohnsitz in der Freien und Hansestadt Hamburg einschließt. In die Analyse konnten Daten von 15.000 untersuchten Personen einbezogen werden. Neben soziodemografischen Angaben (unter anderem Alter, Geschlecht, Beruf) wurde

auch die Lungenfunktionsleistung zur Bestimmung einer COPD erfasst. Zusätzlich wurde abgefragt, ob sich die Personen einer Exposition gegenüber inhalativen Gefahrstoffen bewusst sind und wie häufig eine Exposition am Arbeitsplatz nach eigener Einschätzung erfolgt ist. Neben dieser subjektiven Erfassung der Arbeitsplatzexposition wurde das Expositionsrisiko der Befragten auch anhand einer Job-Exposure-Matrix (JEM) bestimmt. Durch eine JEM kann das typische Expositionsrisiko gegenüber einzelnen Stoffen in den verschiedenen Berufen abgeschätzt werden. In der Studie wurde dann anhand der Differenz der subjektiven und der objektiven Expositionsabschätzung bestimmt, wie hoch das Bewusstsein der Personen in der Studie für eine Exposition gegenüber einatembaren Gefahrstoffen war. Das Rauchen von Tabakprodukten, das Alter und die sportliche Aktivität der Studienteilnehmenden wurden als Beziehungsfaktoren bei den statistischen Berechnungen berücksichtigt.

Die Prävalenz für eine COPD lag insgesamt bei 7,4 Prozent; sie war bei Frauen



Nur 24 Prozent der Personen, die eine bestätigte COPD aufwiesen, gaben diese auch im Fragebogen an. Dies bedeutet, dass drei Viertel der Personen sich ihrer schweren Erkrankung nicht bewusst waren.“

höher als bei Männern (7,6 Prozent versus 7,1 Prozent). Dies weicht vom internationalen Forschungsstand ab, der eine deutlich höhere COPD-Prävalenz bei Männern anzeigt – erklärt durch höheren Tabakkonsum und Arbeit in gegenüber inhalativen Gefahrstoffen exponierten Berufen. Der Vergleich der durch die Befragten selbst berichteten ärztlich diagnostizierten COPD mit den Messergebnissen der Lungenfunktionsuntersuchung zeigt eine geringe Übereinstimmung. Nur 24 Prozent der Personen, die eine in der Lungenfunktionsuntersuchung bestätigte COPD aufwiesen, gaben diese auch im Fragebogen an. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass drei Viertel der Personen sich ihrer schweren Erkrankung nicht bewusst waren.

Auf die Frage zur Exposition gegenüber inhalativen Gefahrstoffen am Arbeitsplatz antworteten 22,1 Prozent im Fragebogen mit „Ja“ (Frauen 14,0 Prozent; Männer 30,2 Prozent). Der am häufigsten genannte Gefahrstoff war Staub. Gegenüber chemischen Dämpfen waren eher Frauen exponiert, Männer vermehrt gegenüber Rauchgasen. Die höchste Unsicherheit gab es bei Expositionen gegenüber Gas.

Mithilfe der Job-Exposure-Matrix (JEM) konnten 31,5 Prozent der Beschäftigten

als beruflich exponiert charakterisiert werden (Frauen 23,9 Prozent; Männer 38,8 Prozent). Auf Grundlage der JEM war die häufigste Arbeitsexposition ebenfalls Staub – fast ein Viertel war exponiert. In der Rangfolge folgte die Exposition gegenüber chemischen Dämpfen (17,7 Prozent), gefolgt von Rauchgasen (14,9 Prozent) und Gas (14,3 Prozent). Frauen waren häufiger gegenüber chemischen Dämpfen exponiert, Männer häufiger gegenüber Gas, Staub und Rauchgasen. Diesen gegenüber waren Frauen zu 17,4 Prozent „niedrig“ exponiert, Männer zu 26,4 Prozent. Einer mittelhohen Exposition waren 3,9 Prozent der Frauen und 6,3 Prozent der Männer ausgesetzt. Hohe Expositionen waren mehr als doppelt so häufig bei Männern zu beobachten als bei Frauen (6,1 zu 2,6 Prozent).

Im Fragebogen gaben 22,1 Prozent mindestens eine Exposition am Arbeitsplatz an. Auf Basis der JEM sind 31,5 Prozent der Teilnehmenden beruflich exponiert. Die Differenz von 9,4 Prozentpunkten spricht dafür, dass in der HCHS die Arbeitsplatzexposition von den teilnehmenden Beschäftigten eher unterschätzt wird. Am höchsten ist diese Differenz in den Berufshauptgruppen „Textil- und Lederberufe“ (66,0 Prozentpunkte Differenz zwischen JEM und Selbsteinschätzung), „Lebens-

mittelherstellung und -verarbeitung“ (60,8 Prozentpunkte), „Reinigungsberufe“ (59,6 Prozentpunkte), „Führer/-innen von Fahrzeug- und Transportgeräten“ (57,7 Prozentpunkte), „Gartenbauberufe und Floristik“ (52,4 Prozentpunkte) und „Nichtmedizinische Gesundheits-, Körperpflege- und Wellnessberufe, Medizintechnik“ (52,2 Prozentpunkte). In diesen Berufshauptgruppen könnte ein höheres Expositionsrisiko bestehen als von vielen Beschäftigten angenommen. Es besteht hier also möglicherweise ein erhöhter Aufklärungs- und Arbeitsschutzbedarf.

Zur Methodik

Bekanntermaßen hat die Verwendung einer JEM zur Bestimmung der Arbeitsplatzexposition im Vergleich zur Selbstangabe im Fragebogen Vor- und Nachteile. Die Bestimmung des Expositionsrisikos durch eine JEM ist zwangsläufig sehr unspezifisch. Es wird beispielsweise nicht zwischen einem Bäcker in einer traditionellen Bäckerei oder einer Nahrungsmittelfabrik unterschieden. Zudem gibt es in verschiedenen Unternehmen unterschiedliche Standards bei der Arbeitssicherheit und Arbeitshygiene. Auch könnte der eine Bäcker in der Produktion und ein anderer in der Qualitätskontrolle tätig gewesen sein.



Es konnten zwei zusätzliche neue Berufsgruppen identifiziert werden, die in den statistischen Analysen ein erhöhtes Risiko für eine COPD aufwiesen.“

Diese Unterschiede in der Expositionsin-
tensität gehen durch die JEM verloren, es
bleiben geschätzte Durchschnittswerte der
Exposition in einem Beruf. Vorteile der JEM
sind hingegen die schnelle Anwendbarkeit,
der geringe Aufwand und die niedrigen
Kosten. Zudem müssen sich Beschäftigte
nicht mehr an vergangene Expositionen
erinnern, da deren Bewertung mit fortlau-
fender Zeit immer ungenauer wird. Alter-
nativ müsste bei jeder einzelnen Person
am Arbeitsplatz eine Gefährdungsanaly-
se gegenüber einatembaren Gefahrstoffen
über den zeitlichen Verlauf durchgeführt
werden, die jedoch ebenfalls große Unge-
nauigkeiten aufweisen könnte.

Lehrtätigkeit und Software- entwicklung

In der Analyse des Zusammenhangs zwi-
schen der Arbeitsplatzexposition und der
Erkrankung an einer COPD wurden statisti-
sche Methoden genutzt, um den Effekt von
Alter, Geschlecht und der sportlichen Akti-
vität und des Raucherstatus herauszurech-

nen. Dabei konnten zwei zusätzliche Be-
rufsgruppen identifiziert werden, die bisher
nicht im Fokus der beruflichen COPD-Prä-
vention stehen: die Berufsgruppen „Soft-
wareentwicklung und Programmierung“
und „Lehrtätigkeit an allgemeinbildenden
Schulen“. Verglichen mit der Referenzgrup-
pe „Unternehmensverwaltung“ zeigte sich
für beide Berufsgruppen jeweils ein mehr
als doppelt so hohes Risiko für das Vorlie-
gen einer COPD. Die biologische Plausibili-
tät dahinter ist noch unklar, hierzu bedarf
es sicherlich weiterer Studien. Lehrkräfte
sind womöglich über mehrere Jahre vie-
len verschiedenen Atemwegsinfektionen
am Arbeitsplatz ausgesetzt. Die Kumula-
tion der Infektionserkrankungen könnte
zu Entzündungsreaktionen in der Lunge
führen, die über die Jahre eine COPD ver-
ursachen könnten. Hypothetisch könnten
bei Programmierern und Programmie-
rern vermehrte Ansammlungen von Staub
in PC-Gehäusen und Servergestellen vor-
liegen, die durch die Ventilatoren in der
Raumluft verteilt werden und eine chro-
nische inhalative Belastung darstellen, die

die Entstehung von chronischen obstruk-
tiven Atemwegserkrankungen begünstigt.

Fazit

Zusammengefasst konnten zwei zusätzli-
che neue Berufsgruppen („Lehrkräfte an
allgemeinbildenden Schulen“ und „Be-
schäftigte in der Softwareentwicklung
und Programmierung“) identifiziert wer-
den, die in den statistischen Analysen ein
erhöhtes Risiko für eine COPD aufwiesen.
Außerdem zeigten sich bei vielen Berufen
deutliche Unterschiede zwischen der selbst
wahrgenommenen Exposition gegenüber
einatembaren Gefahrstoffen am Arbeits-
platz und den anhand der JEM quanti-
fizierten Expositionen. In den betroffenen
Berufsgruppen besteht daher ein erhöhter
Schulungsbedarf zur Verbesserung der Ar-
beitshygiene und Gesundheitskompetenz
der Arbeitnehmenden.

Das Projekt wurde finanziell unterstützt
durch die Forschungsförderung der DGUV
(FP 0391). 

Fußnoten

- [1] World Health Organization (WHO): Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability, Genf 2023, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates> (abgerufen am 25.07.2023).
[2] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale Versorgungsleitlinie COPD – Teilpublikation der Langfassung, 2. Auflage, Version 1, Berlin 2021.
[3] Eisner, M. D.; Anthonisen, N.; Coultas, D. et al.: An official American Thoracic Society public policy statement: Novel risk factors and the global burden of chronic obstructive pulmonary disease. In: American journal of respiratory and critical care medicine, Ausgabe 182(5), S. 693–718, New York City 2010.
[4] Nowak, D.; Ochmann, U.; Mueller-Lisse, U. G.: Berufskrankheiten der Atemwege und der Lunge. In: Der Internist, Ausgabe 62(9), S. 906–920, Berlin 2021.

Handlungsempfehlung Individualprävention Muskel-Skelett-Erkrankungen – IP MSE

Key Facts

- Mit der im Januar 2021 in Kraft getretenen Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts wurde die Individualprävention (IP) stärker in den Fokus zur Verhütung von Berufskrankheiten gerückt
- Vor diesem Hintergrund wurde das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) gebeten, bestehende IP-Programme der Unfallversicherungsträger im Bereich Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) zu sichten und ein Konzept zur Standardisierung und möglichen Erweiterung zu erarbeiten
- Das Konzept besteht aus zehn Grundbausteinen von IP-MSE-Maßnahmen und wurde nun als IFA-Report veröffentlicht

Autoren

- ➔ Prof. Dr. Rolf Ellegast
- ➔ Dr. Dirk Ditchen

Eine neue Handlungsempfehlung zur Individualprävention bei arbeitsbezogenen Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) wurde von Fachleuten der Unfallversicherungsträger, DGUV, BG Kliniken und Wissenschaft erarbeitet, um bestehende IP-MSE-Programme zu vereinheitlichen, weiterzuentwickeln und weiteren betroffenen Berufs- und Tätigkeitsgruppen zugänglich zu machen.

Individualpräventive Maßnahmen (IP-Maßnahmen) im Sinne des gesetzlichen Auftrags der Unfallversicherung sind sekundäre Präventionsmaßnahmen, die vor einem individuellen gesundheitlichen Risiko am Arbeitsplatz in geeigneter Weise schützen sollen. Maßnahmen der Individualprävention, die im Zusammenhang mit einer Berufskrankheit (BK) stehen, haben das Ziel, den versicherten Personen eine Fortsetzung ihrer bisherigen Tätigkeiten am Arbeitsplatz zu ermöglichen, ohne dass diese zu einer weiteren Verschlimmerung des Gesundheitsschadens führen. Weiterhin gehören dazu arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren infolge einer Erkrankung im Sinne von § 9 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) oder eines Arbeitsunfalls. Für diese wird aufgrund eines individuell erhöhten Gesundheitsrisikos ein sinnvoller Ansatz für individuelle Maßnahmen der Verhaltens- oder Verhältnisprävention gesehen.

Die Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts im Jahr 2021 beinhaltet den Wegfall des Unterlassungszwangs bei ins-

gesamt neun Berufskrankheiten. Im Zuge dieses Wegfalls ist für gefährdete versicherte Personen in § 9 Abs. 4 SGB VII die Pflicht zur Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Verhaltensprävention der Unfallver-

sicherungsträger eingeführt worden. Somit können betroffene versicherte Personen in der Berufstätigkeit verbleiben und die Unfallversicherungsträger sind aufgefordert, vermehrt IP-Maßnahmen zur Prävention anzubieten.



Foto: DGUV, Scheurleßen

Abbildung 1: Begleitung eines Teilnehmers in einem Programm zur Individualprävention bei arbeitsbezogenen Muskel-Skelett-Beschwerden

“Die ‚DGUV-Handlungsempfehlung IP MSE‘ gibt generelle Empfehlungen zum Aufbau von IP-Programmen bei arbeitsbezogenen MSE und bietet eine Grundlage für deren Weiterentwicklungen.“

Dies lässt eine erhöhte Nachfrage und einen steigenden Bedarf an IP-Programmen erwarten. Davon sind auch vier Berufskrankheiten mit MSE-Bezug betroffen (BK-Nrn. 2101, 2108, 2109 und 2110). Dieser erwartete Anstieg des Bedarfs an IP-Programmen im Bereich MSE wird zusätzlich durch die Aufnahme weiterer Muskel-Skelett-Erkrankungen in die Berufskrankheitenliste verstärkt. Hierzu gehören die 2021 aufgenommene BK-Nr. 2116 „Koxarthrose durch Lastenhandhabung“ und auch die Ende 2021 als Berufskrankheit empfohlene „Läsion der Rotatorenmanschette der Schulter (...)“^[1].

Aktuell bieten folgende Unfallversicherungsträger in Deutschland IP-Programme im MSE-Bereich vorrangig für den unteren Rücken, das sogenannte „Rückenkolleg“, an: die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN). Die BG BAU bietet außerdem das „Kniekolleg“ und seit Sommer 2022 auch das „Hüftkolleg“ an. Die IP-Programme sind vorwiegend für Tätigkeiten in der Pflege, der Bauwirtschaft sowie im Nahrungsmittel- und Gastgewerbe gedacht. Dagegen sind aktuell etwa für das Schultergelenk

keine umfassenden IP-Programme bekannt. Zudem beinhalten die bestehenden MSE-IP-Programme nicht alle bekannten Belastungsarten, die als Risiko für die Entwicklung von MSE gelten.^{[2][3][4]}

Folgende Ziele wurden daher bei der Entwicklung der „Handlungsempfehlung zur Individualprävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen (IP MSE)“ angestrebt:

- eine transparente Darstellung der inhaltlichen Anforderungen an die anzubietenden IP-Programme im Bereich MSE
- die Erweiterung der bestehenden IP-Programme um weitere betroffene Berufsgruppen und Tätigkeiten oder Belastungsarten
- die Entwicklung von IP-Programmen für weitere MSE in anderen Körperregionen (aktuell: Schulter)
- die Entwicklung einheitlicher Qualitätskriterien für IP-MSE-Maßnahmen
- die Verbesserung des Zugangs zu den IP-Programmen (bei BK-Verdacht und zur Frühintervention)
- das Anstreben einer Kompatibilität zu den Instrumenten und Begrifflichkeiten in den Gefährdungsbeurteilungen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) und der arbeitsmedizinischen Vorsorge (AMV)
- ein einheitliches und gezieltes Vorgehen als Reaktion der Unfallversicherungsträger auf die Änderung des SGB VII („Wegfall des Unterlassungszwangs“)

Inhalte der Handlungsempfehlung IP MSE

Das vorgestellte IP-Konzept zeichnet sich durch einen modularen Aufbau mit fest vorgegebenen Qualitätsstandards („Grundbausteine“) für die vier Lokalisationen unterer Rücken, Knie, Hüfte und Schulter aus. Während für die Bereiche Rücken und Knie bereits auf langjährige Erfahrungen und bestehende Strukturen (Rückenkollegs von BGW, BG BAU und BGN sowie Kniekolleg der BG BAU) zurückgegriffen werden konnte, waren für die Lokalisationen Hüfte

und Schulter Neuentwicklungen notwendig. Zusätzlich wurden strukturqualitative und prozessqualitative Grundvoraussetzungen für die Maßnahmen definiert.

Die Handlungsempfehlung umfasst insgesamt vier Kapitel:

In Kapitel 1 werden die aktuellen IP-MSE-Programme der Unfallversicherungsträger inklusive der angestrebten Zielgruppen, Zugangsvoraussetzungen, Zugangswege, Qualitätskriterien und überschlägigen Kosten vorgestellt und die Strukturen am Beispiel der bestehenden Rückenkollegs skizziert.

Kapitel 2 fasst die Methoden der medizinischen Befundung sowie der Voruntersuchungen durch Eigenanamnese, ärztliche Anamnese und ärztliche Untersuchung zusammen und gibt einen Überblick zu den derzeit eingesetzten Erhebungsbögen.

In Kapitel 3 wird eine einheitliche Struktur prinzipieller IP-MSE-Programme mit zehn festgelegten Grundbausteinen dargestellt. Dazu zählen: Feststellung der Präventionsfähigkeit, Sporttherapie, Ergonomie, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Psychologisches Gesundheitstraining, Ernährungsberatung, Assessment und Evaluation, Sicherung der Nachhaltigkeit sowie die Beratung der Unfallversicherungsträger (siehe Abbildung 2). Wo notwendig, wurden lokalisationspezifische Inhalte (Rücken, Knie, Hüfte, Schulter) beschrieben. In die lokalisationspezifischen Grundbausteine (zum Beispiel Sporttherapie, Ergonomie) sind zudem berufs- beziehungsweise branchenspezifische Inhalte eingeflossen. Andere Grundbausteine enthalten branchen- und lokalisationsübergreifende Inhalte (zum Beispiel Ernährungsberatung, Psychologisches Gesundheitstraining) und sind daher gelenkunspezifisch.

Alle Grundbausteine sind ausführlich beschrieben: Es werden jeweils Gründe für die Durchführung, Anforderungen an die Therapierenden/Dozierenden und die Infrastruktur, Vernetzungsmöglichkeiten mit anderen Grundbausteinen, Ziele sowie ge-

gebenenfalls spezifische Therapieinhalte je Lokalisation dargestellt.

In Kapitel 4 sind Empfehlungen zur Umsetzung der IP-MSE-Programme in die Praxis mit den jeweils zu berücksichtigenden Rahmenbedingungen, möglichen Anknüpfungspunkten an bestehende Angebote sowie Kommunikationsmöglichkeiten der Angebote bei Betrieben und Versicherten zusammengefasst. Dazu werden auch die unterschiedlichen Anforderungen aus Sicht der Versicherten und der Arbeitgebenden dargestellt.

Abschließend werden Empfehlungen zu möglichen Weiterentwicklungen und einer kontinuierlichen Optimierung aus-

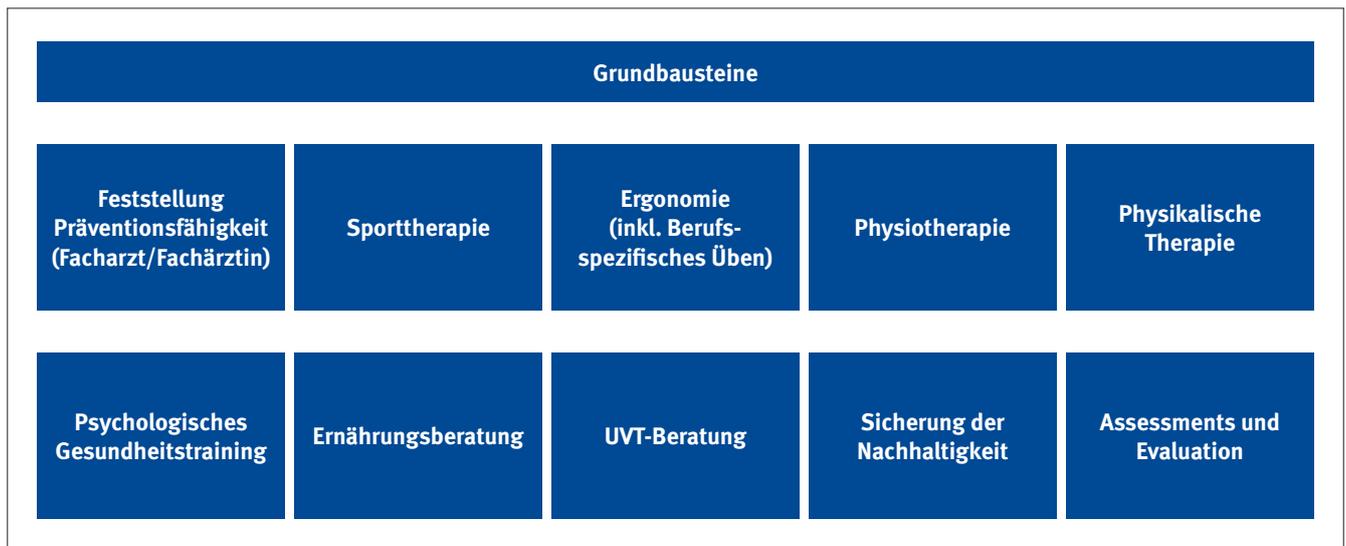
gesprochen, zum Beispiel durch Vereinheitlichung der Erhebungsinstrumente, Ausbau übergreifender Evaluationsmöglichkeiten, Angebotsergänzungen und Ansätze für mögliche Digitalisierungen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die „DGUV-Handlungsempfehlung IP MSE“ gibt generelle Empfehlungen zum Aufbau von IP-Programmen bei arbeitsbezogenen MSE und bietet eine Grundlage für deren Weiterentwicklungen. Sie wurde in den DGUV-Gremien als grundlegende Struktur und Basis möglicher Weiterentwicklungen für IP-MSE-Programme der Unfallversicherungsträger und ihrer Umsetzung in die Praxis bestätigt und kann

als IFA-Report im Internet heruntergeladen werden^[6].

In einem nächsten Schritt soll eine systematische Bedarfsanalyse zu IP-MSE-Maßnahmen innerhalb der Unfallversicherungsträger erfolgen. Hierfür wurde eine Arbeitsgruppe mit Beauftragten aus Prävention und Rehabilitation, insbesondere der Unfallversicherungsträger, die bislang über keine eigenen IP-Angebote bei MSE verfügen, eingerichtet. Perspektivisch sollen zudem Optionen zur Etablierung von IP-Maßnahmen, die über die bisherigen IP-Maßnahmen hinausgehen, erarbeitet werden. ←



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Grundbausteine von IP-MSE-Maßnahmen in der Handlungsempfehlung IP MSE^[5]

Fußnote

- [1] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): Wissenschaftliche Begründung für die Berufskrankheit „Läsion der Rotatorenmanschette der Schulter durch eine langjährige und intensive Belastung durch Überschulterarbeit, repetitive Bewegungen im Schultergelenk, Kraftanwendungen im Schulterbereich durch Heben von Lasten oder Hand-Arm-Schwingungen“, Bek. d. BMAS vom 01.12.2021, GMBI. 2021, Ausgabe 64-65, S. 1411.
- [2] Gemeinsame Deutsche Arbeitsstrategie (GDA): Arbeitsprogramm: Muskel-Skelett-Erkrankungen, https://www.gda-portal.de/DE/Betriebe/Muskel-Skelett-Erkrankungen/Muskel-Skelett-Erkrankungen_node.html (abgerufen am 01.09.2023).
- [3] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (Hrsg.): Arbeits-

- medizinische Regel (AMR) Nr. 13.2 „Tätigkeiten mit wesentlich erhöhten körperlichen Belastungen mit Gesundheitsgefährdungen für das Muskel-Skelett-System“, GMBI, Nr. 7, S. 154, 25.02.2022.
- [4] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): DGUV Information 208-033 „Muskel-Skelett-Belastungen – erkennen und beurteilen, Berlin, 2023.
- [5] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): IFA-Report „Handlungsempfehlung zur Individualprävention bei Muskel-Skelett Erkrankungen (MSE)“, Berlin, 2023, www.dguv.de/publikationen, Webcode: p022438 (ab Dezember 2023).
- [6] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): IFA-Report „Handlungsempfehlung zur Individualprävention bei Muskel-Skelett Erkrankungen (MSE)“, Berlin, 2023, www.dguv.de/publikationen, Webcode: p022438 (ab Dezember 2023).

Gewalt gegen Einsatzkräfte – Ergebnisse der Follow-up-Befragung in Niedersachsen

Key Facts

- Mehr als 1.300 Feuerwehrmitglieder haben an der mit Unterstützung des IAG konzipierten Follow-up-Befragung in den Freiwilligen Feuerwehren in Niedersachsen teilgenommen
- 34 Prozent der Befragten haben in den vergangenen zwei Jahren Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen oder tätliche Angriffe während ihrer Tätigkeit als aktives Feuerwehrmitglied erlebt
- Die sozialen Medien spielen dabei eine immer größer werdende Rolle

Autorin und Autor

- ➔ Anne Gehrke
- ➔ Thomas Wittschurky

Einsatzkräfte der Feuerwehr sind im Rahmen ihrer freiwilligen Tätigkeit viel zu häufig psychischen Belastungen durch Beleidigungen, Beschimpfungen und Bedrohungen ausgesetzt. Es ist Aufgabe der Prävention, passgenaue Angebote zu machen.

Gewalt gegen Einsatzkräfte ist ein bedeutendes Problem, das sich auch in den Medien stark widerspiegelt. Bereits im Jahr 2020 hat die Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen Einsatzkräfte der Freiwilligen Feuerwehren zu ihren Erfahrungen mit Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen und tätlichen Angriffen befragt. Seinerzeit gaben mehr als ein Drittel der Umfrageteilnehmenden an, bereits Erfahrungen mit Gewalt im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit gemacht zu haben. Im Jahr 2023 wurde eine Follow-up-Befragung umgesetzt, um zu erfahren, ob und inwieweit sich die Situation der Einsatzkräfte verändert hat. Die Zahl der Befragten, die angegeben haben, in den vergangenen zwei Jahren Gewaltvorfälle erlebt zu haben, entspricht nahezu dem Ergebnis der Befragung aus dem Jahr 2020. Es bleibt dabei, dass etwa ein Drittel der befragten Einsatzkräfte Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen oder sogar tätlichen Angriffen ausgesetzt ist. Schaut man genauer hin, so sind jedoch bei einzelnen Formen von Gewalt Veränderungen erkennbar – leider keine positiven. So hat zum Beispiel die Häufigkeit verbaler Angriffe erkennbar zugenommen.^[1]

Große Stichprobe lässt eindeutige Trends erkennen

Die Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen hat bereits im Jahr 2020 eine erste Umfrage zur Thematik Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen oder tätlicher Angriffe unter den aktiven Mitgliedern der Freiwilligen Feuerwehren durchgeführt. Durch die Follow-up-Befragung im Jahr 2023 sollte herausgefunden werden,

- wie stark und in welcher Form die Freiwilligen Feuerwehren in Niedersachsen aktuell von dieser Problematik betroffen sind,
- welche Veränderungen in Bezug auf die Umfrageergebnisse aus 2020 festzustellen sind und
- welche Angebote sich die Freiwilligen Feuerwehren wünschen (etwa Unterstützung, Fortbildungen).

Betrachtet man die beiden Befragtengruppen aus den Jahren 2020 sowie 2023, lässt sich feststellen, dass die Stichproben hinsichtlich der Geschlechter- und Altersverteilung sowie der aktiven Zeit in der Freiwilligen Feuerwehr vergleichbar und nah



Der Begriff „Gewalt und Belästigung“ in der Arbeitswelt im Sinne des ILO-Übereinkommens Nummer 190 wird definiert als „eine Bandbreite von inakzeptablen Verhaltensweisen und Praktiken oder deren Androhung, gleich ob es sich um ein einmaliges oder ein wiederholtes Vorkommnis handelt, die auf physischen, psychischen, sexuellen oder wirtschaftlichen Schaden abzielen, diesen zur Folge haben oder wahrscheinlich zur Folge haben, und umfasst auch geschlechtsspezifische Gewalt und Belästigung“.

an der tatsächlichen Verteilung in den Feuerwehren sind. Die Häufigkeit, mit denen die Kameradinnen und Kameraden in den vergangenen zwei Jahren an Einsätzen teilgenommen haben, unterscheidet sich ebenfalls nicht wesentlich zwischen den beiden Befragungen. Mit einer Gesamtzahl von fast 4.000 Befragten über beide Umfragen hinweg ist die Stichprobe sehr groß.

Ein massives Alltagsproblem

Das Ergebnis der Befragung zeigt: Wie bereits im Jahr 2020 war auch in der Follow-



Schaut man genauer hin, so sind jedoch bei einzelnen Formen von Gewalt Veränderungen erkennbar – leider keine positiven. So hat zum Beispiel die Häufigkeit verbaler Angriffe erkennbar zugenommen.“

up-Befragung 2023 circa ein Drittel der befragten Einsatzkräfte in den vergangenen zwei Jahren von Gewalt betroffen. Es handelt sich demnach um ein massives Problem, das – leider – zum Einsatzalltag der Feuerwehrrkräfte dazugehört. Dabei hat vor allem die verbale Gewalt zugenommen: Beleidigungen und Beschimpfungen sind von rund 70 auf 88 Prozent angestiegen. Einschüchterung und Bedrohung mit Worten sowie Gesten haben im Vergleich 2020 zu

2023 um fast 10 Prozent zugenommen (von 20 Prozent auf 29,5 Prozent). Ebenso sind Beleidigungen und Beschimpfungen über die sozialen Medien häufiger erlebt worden. Die Zahlen zeigen einen Anstieg von drei auf 17 Prozent, jeweils bezogen auf die vergangenen zwei Jahre.

Anders als die Ereignisse vermuten lassen, die sich unter anderem zur Silvesternacht in Berlin und in anderen Großstädten ab-

gespielt haben und in den medialen Fokus gerückt sind, zeigt sich jedoch in beiden Befragungen, dass die typischen Gewaltvorfälle kein Gruppenphänomen sind, sondern in der Mehrzahl von Einzeltätern und -täterinnen begangen werden. Ein weiterer überraschender Aspekt ist das Ergebnis, dass Alkoholkonsum nicht als bedeutsamer Auslöser von gewalttätigen Situationen zu werten ist. Dies hat sich bereits in der Befragung im Jahr 2020 gezeigt und wurde

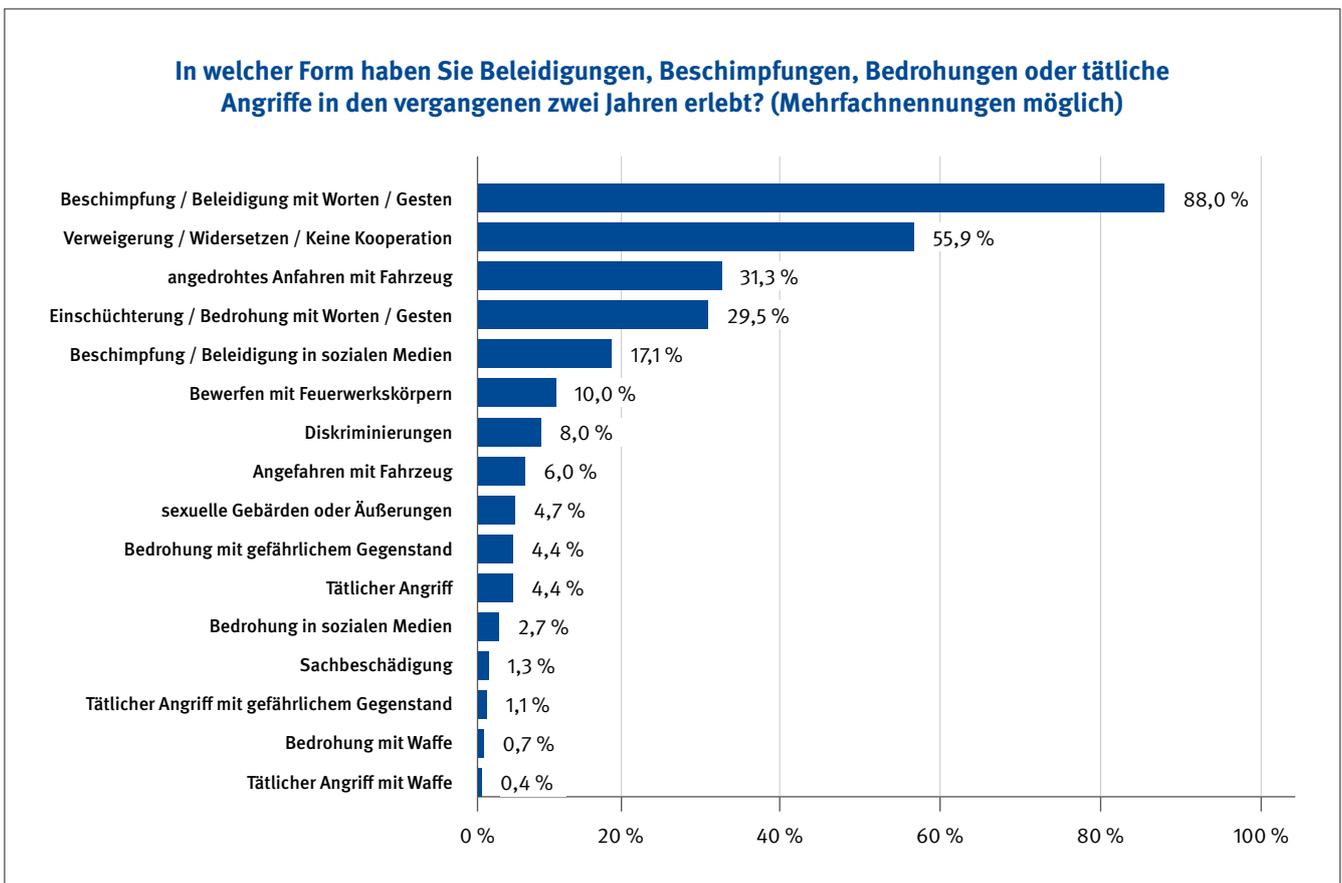


Abbildung 1: Erlebte Formen der Gewalt – Darstellung der Zahlen der Follow-up-Befragung aus dem Jahr 2023

in der Follow-up-Befragung bestätigt. Nur knapp 15 Prozent der befragten Einsatzkräfte gaben an, dass der Täter oder die Täterin erkennbar unter Alkoholeinfluss stand.

Nach den Rückmeldungen der ersten Befragung wurde der Fragenkatalog erweitert. So wurde eine Frage hinzugefügt, die vor allem mit Absperungen im Straßenverkehr zusammenhängt. In diesem Zusammenhang haben 31,3 Prozent der befragten Personen angegeben, dass ihnen schon einmal angedroht wurde, sie anzufahren. Immerhin sechs Prozent der Einsatzkräfte haben es erlebt, tatsächlich auch angefahren worden zu sein. Eine ebenfalls neue Kategorie erfasst Verweigerungen, das Sichwidersetzen oder fehlende Kooperation im Rahmen von Einsätzen. Diese Erfahrungen, die das Arbeiten deutlich erschweren, geben immerhin fast 56 Prozent der Einsatzkräfte bezogen auf die vergangenen zwei Jahre an. Aufgrund der Kommentare im Jahr 2020 wurde die Umfrage auch um die Kategorie „Bewerfen mit Feuerwerkskörpern“ ergänzt. Rund zehn Prozent der Befragten im Jahr 2023 haben rückgemeldet, diese Situation bereits erlebt zu haben – und zwar nicht nur zu Silvester.

Doch es gibt auch positive Veränderungen. Diese zeigen sich zum Beispiel im Meldeverhalten der Einsatzkräfte. Gaben im Jahr 2020 noch 51,5 Prozent der Befragten an, den am schlimmsten empfundenen Vorfall ihrer Führungskraft gemeldet zu haben, so sind es im Jahr 2023 immerhin schon 78,4 Prozent. Und die Quote derer, die solche Vorfälle der Polizei oder ihrer Gemeinde melden, hat sich verdoppelt. Das zeigt, dass das Bewusstsein wächst, solche belastenden Ereignisse nicht einfach hinnehmen zu müssen.

Resümee

Die Zahl erlebter Gewaltvorfälle gegen Einsatzkräfte bleibt zu hoch. Feuerwehrmitglieder sind im Rahmen ihrer freiwilligen Tätigkeit viel zu häufig psychischen Belastungen durch Beleidigungen, Beschimpfungen und Bedrohungen ausgesetzt. Die Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen sieht es als einen Teil ihres Präventionsauftrags, diesen Belastungen entgegenzuwirken, und unterbreitet daher passgenaue Angebote wie zum Beispiel praxisnahe und zielgruppenspezifische Deeskalationsseminare.

Die thematischen Kampagnen „#schlussdamit“ des Landesfeuerwehrverbandes Niedersachsen und der Polizei Niedersachsen, „#GewaltAngehen“ der DGUV sowie „Zusammen für mehr-respekt.de“ des Bundesministeriums des Innern und für Heimat (BMI) sind zudem wichtige Signale, um auch öffentlichkeitswirksam auf die Problematik aufmerksam zu machen und den Stellenwert der Einsatzkräfte in der Gesellschaft zu stärken. ↩



Literatur

ILO (2019). Internationale Arbeitskonferenz (Hrsg.): Übereinkommen 190, Übereinkommen über die Beseitigung von Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt, Genf: ILO.

Fußnote

[1] Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen: Keine Gewalt gegen Einsatzkräfte!, <https://www.fuk.de/praevention/keine-gewalt-gegen-einsatzkraefte> (abgerufen am 19.10.2023).

Quelle: Feuerwehr-Unfallkasse Niedersachsen / Grafik: kleonstudio.com

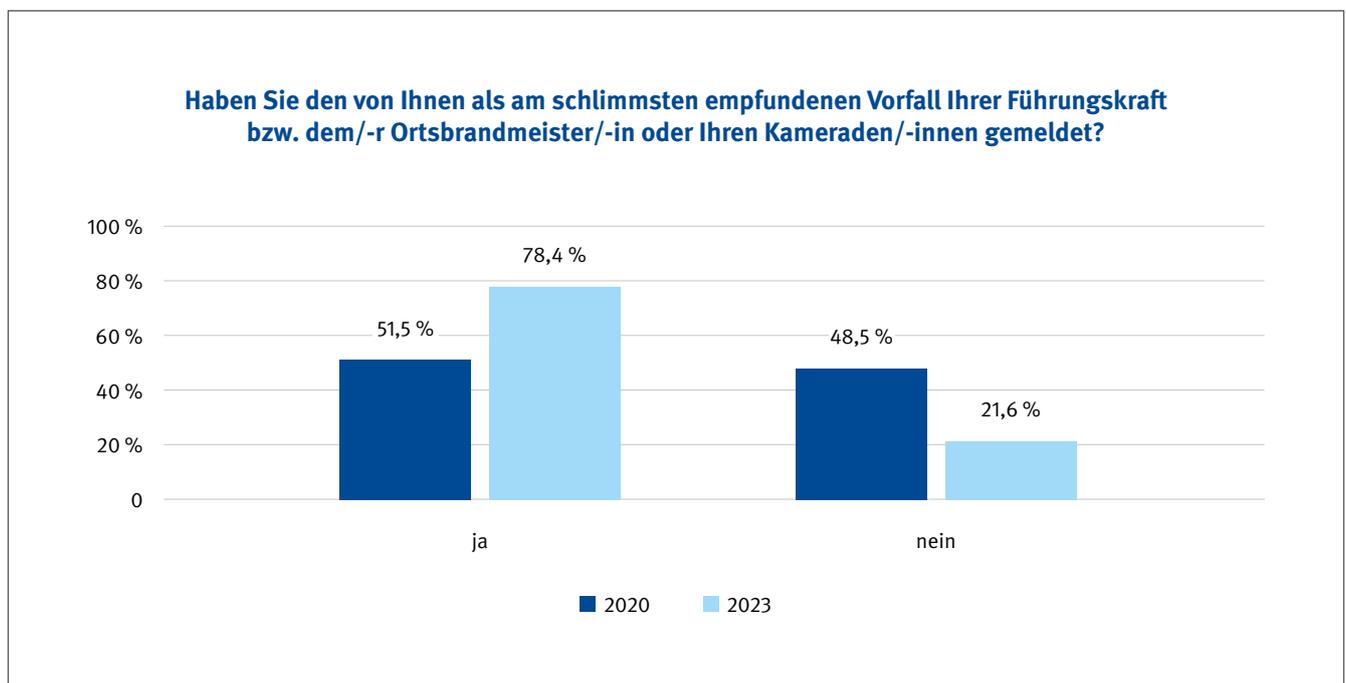


Abbildung 2: Meldeverhalten an Führungskräfte oder Kameradinnen und Kameraden – Vergleich der Befragungen aus den Jahren 2020 und 2023

Arbeitsprogramm der Kommission für 2024 veröffentlicht

Autorin

→ Ilka Wölfle

Foto: Adobe Stock/somartin



Es ist keine große Überraschung: Im Vergleich zur vorherigen Ausgabe mit 43 Initiativen und einem sehr ambitionierten Ton fällt das am 17. Oktober 2023 vorgestellte Arbeitsprogramm der Europäischen Kommission für das Jahr 2024 eher bescheiden aus.

Die anstehende Europawahl im Juni nächsten Jahres und das Auslaufen des Mandats des aktuellen Kommissionsteams machen deutlich, dass die EU-Kommission sich prioritär darauf konzentriert, die verbleibenden Dossiers zügig abzuarbeiten. Dazu zählt unter anderem auch der Abschluss der Gesetzesverfahren zur Absenkung der Expositionsgrenzwerte von Asbest und Blei und der erstmaligen Einführung von Grenzwerten für Diisocyanate. Diese Verfahren befinden sich derzeit in den interinstitutionellen Verhandlungen zwischen der EU-Kommission, dem EU-Parlament und dem Rat und sollen möglichst bis zum Ende des Jahres abgeschlossen werden. Um möglichst schnell das volle Potenzial von Daten für die Gesundheit zu nutzen, sollen auch die Verhandlungen zum Abschluss einer Verordnung zur Schaffung eines europäischen Raums für Gesundheitsdaten vorangebracht werden.

Es wurden aber auch schon fast 90 Prozent der von Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen zu Beginn ihrer Amtszeit zugesagten europäischen Initiativen in

den letzten vier Jahren umgesetzt. Die EU-Kommission hat deswegen auch nur ihren Planungshorizont bis zur Jahresmitte 2024 vorgelegt und konzentriert sich überwiegend darauf, ihre Zusage einzuhalten, die aus verschiedenen europäischen Gesetzen resultierenden Berichtspflichten für Unternehmen um 25 Prozent zu verringern. Durch den damit einhergehenden Bürokratieabbau sollen die Unternehmen entlastet werden.

REACH hat eine ungewisse Zukunft

Einige – und von zahlreichen Interessenvertretungen erwartete – zum Teil umstrittene Gesetzesvorschläge sind dabei auf der Strecke geblieben. Vor allem die Reform der Chemikalienverordnung REACH scheint eine ungewisse Zukunft zu haben. Mit der Überarbeitung von REACH wollte die EU-Kommission das im Rahmen des Green Deals verfolgte Ziel umsetzen, zu verhindern, dass gefährliche Schadstoffe in die Umwelt gelangen. So waren grundlegende Änderungen in der Chemikalienregulierung geplant. Diskutiert wurde hier auch eine mögliche Abkehr vom risikobasierten Ansatz der Chemikalienregulierung. Dies wäre auch für den Arbeitsschutz von Relevanz. Die ursprünglich für 2022 erwartete Überarbeitung wurde zunächst auf Ende 2023 verschoben. Jetzt ist sie endgültig von der Vorhabenliste der aktuellen EU-Kommission gestrichen worden. Ob die Pläne von der nächsten EU-Kommission aufgegriffen werden, bleibt abzuwarten. Mit der neuen Zusammensetzung nach den Europawahlen können sich auch die Prioritäten verändern.

Die Europäische Kommission möchte sich während ihrer verbleibenden Amtszeit auch weiterhin für die Förderung von

Arbeitsplätzen und Investitionen in Europa engagieren. Die beschleunigte Einführung erneuerbarer Energien bei gleichzeitiger Kontrolle der Energiepreise ist für die Europäische Kommission dabei von großer Bedeutung, um nicht nur die Versorgung mit wichtigen strategischen Rohstoffen wie zum Beispiel sauberem Wasserstoff zu gewährleisten, sondern auch um zukunftsichere Arbeitsplätze zu schaffen und die Wettbewerbsfähigkeit der EU zu stärken. Mit neuen zukunftssicheren Arbeitsplätzen gehen nicht nur neue Arbeitsbedingungen, sondern zum Teil auch neue Risiken einher, zum Beispiel durch die Arbeit mit Wasserstoff. Ob dies in Zukunft eine größere Diskussion auch auf europäischer Ebene auslösen wird, bleibt abzuwarten.

Die nach wie vor stockenden Beratungen hinsichtlich der Überarbeitung der europäischen Regelungen zur Koordinierung der sozialen Sicherheit möchte die Europäische Kommission nach wie vor voranbringen und den Rat und das Europäische Parlament dabei unterstützen, praktikable Lösungen zu finden, die die Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen schützen und grenzüberschreitende Tätigkeiten im Binnenmarkt erleichtern.

Viele neue Gesetzesinitiativen wird es in den nächsten Wochen nicht mehr geben, zumal laufende Gesetzesverfahren bis spätestens März 2024 abgeschlossen sein müssen, um noch in der aktuellen Legislaturperiode zu Ende gebracht zu werden. Welche Prioritäten die nachfolgende Kommission setzen wird, hängt sicherlich auch von der Besetzung der Spitze der EU-Kommission ab. Gehandelt wird derzeit die noch amtierende Präsidentin, Ursula von der Leyen, auch wenn sie sich noch nicht öffentlich erklärt hat.



Dürfen ungünstige Änderungen der Rechtsprechung zum Nachteil der Betroffenen werden?



BSG, Urteil vom 30.03.2023 – B 2 U 5/21 R

Autorin

➔ Susanne Peters-Lange

Ein nach dem Recht der Reichsversicherungsordnung (RVO) noch anzuerkennender Wegeunfall, wonach Versicherte auch während der polizeilichen Schadensaufnahme an der Unfallstelle noch unter dem Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung standen, führt im Falle einer Verschlimmerung der Unfallfolgen auch unter der nunmehr geänderten Rechtsprechung zu einem Anspruch auf eine höhere Verletztenrente.

Es geht um die Erhöhung der Verletztenrente aufgrund eines im Dezember 1983 von der Klägerin erlittenen Arbeitsunfalls auf dem Heimweg von ihrem Arbeitsort. Nach einem Auffahrunfall an einer Ampel fuhr ein weiteres Fahrzeug auf die Unfallstelle auf, als die Versicherte gerade im Gespräch mit hinzugerufenen Polizeibeamten war. Dabei wurde die Versicherte am linken Sprunggelenk verletzt. Die beklagte Berufsgenossenschaft erkannte mit Bescheid vom 20. September 1984 einen Arbeitsunfall an und bewilligte eine Verletztenrente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von zuletzt 20 vom Hundert.

Ab November 2015 betrug die MdE 30 vom Hundert aufgrund der Verschlimmerung der Unfallfolgen durch eine Verminderung der Bewegungsfähigkeit des linken oberen Sprunggelenks wegen einer hinzugetretenen Einsteifung des unteren Sprunggelenks. Den entsprechenden Antrag der Klägerin auf Erhöhung der Verletztenrente lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23. November 2016 (Widerspruchsbescheid vom 3. März 2017) ab und stellte fest, dass die Bescheide vom 20. September 1984 und 19. September 1985 rechtswidrig gewesen seien, weil die Anerkennung eines Arbeitsunfalls hätte abgelehnt werden müssen. Da diese Bescheide wegen Zeitablaufs nicht zurückgenommen werden könnten, verbleibe es jedoch bei der Verletztenrente in der zuletzt festgestellten Höhe. Eine Erhöhung sei auch künftig ausgeschlossen. Während das Sozialgericht (SG) die Bescheide aufhob und der Klage auf Gewährung einer Rente nach einer MdE von 30 vom Hundert stattgab, da das Warten am Unfallort im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit gestanden habe und damit als Arbeitsunfall anzuerkennen sei, gab das Landessozialgericht (LSG) der beklagten Berufsgenossenschaft recht und wies die Klage ab. Es habe sich um eine mehr als ge-

ringfügige Unterbrechung des versicherten Weges gehandelt, weshalb auch nach damaligem Recht eine versicherte Tätigkeit nach Warten auf die Polizei und bei dem Gespräch mit den eingetroffenen Beamten nicht mehr gegeben war. Deshalb dürfe nach § 48 Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) keine höhere Leistung auch bei einer Änderung zugunsten der Betroffenen zuerkannt werden.

Die wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassene Revision führte zur Aufhebung des klageabweisenden Urteils des LSG und zur Zurückweisung der Berufung gegen das stattgebende Urteil des SG. Zwar hält auch das Bundessozialgericht (BSG) an seiner früheren Entscheidung fest, dass während einer polizeilichen Unfallaufnahme kein Schutz durch die gesetzliche Unfallversicherung besteht (Urteil des BSG vom 17. Februar 2009 – B 2 U 26/07 R), da hier die Handlungstendenz der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt nicht auf die Fortsetzung des versicherten Weges, sondern auf die Wahrung eigener Schadensersatzinteressen gerichtet sei. Daran ändere auch die nach § 142 Strafgesetzbuch (StGB) – „Unerlaubtes Entfernen vom Unfallort“ – strafbewährte Verpflichtung zum Abwarten an der Unfallstelle nichts, da auch diese Verpflichtungen allein der Sicherung begründeter und der Abwehr unberechtigter zivilrechtlicher Ansprüche dienen. Diese Rechtsprechung sei aber erst unter Geltung des § 8 Abs. 2 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) entstanden, während unter Geltung des § 550 RVO das Warten nach dem ersten Auffahrunfall hinter dem Fahrzeug der Versicherten noch in einem sachlichen Zusammenhang mit dem versicherten Zurücklegen dieses Weges vom Ort ihrer versicherten Tätigkeit gestanden habe. Nach dem Wortlaut des § 550 RVO standen Versicherte unter Versicherungsschutz, solange sie sich mit ihrem Fahrzeug von ihrer Arbeitsstätte



Nach Auffassung des BSG ist § 48 Abs. 2 SGB X zu entnehmen, dass sich eine nachträglich ungünstigere Rechtsprechung nicht zum Nachteil der Betroffenen auswirken dürfe.“

aus auf ihre Wohnung zubewegten. Dieser Versicherungsschutz bestand auch nach dem Aussteigen am Unfallort und während des Wartens hinter dem Pkw fort. Die Klägerin sei durch die Aufahrunfälle zwar gehindert gewesen, sich weiter in Richtung auf ihr Zuhause fortzubewegen, habe jedoch die zurückzulegende Wegstrecke nicht verlassen. Anhaltspunkte für eine Änderung ihrer Handlungstendenz, sodass sie nicht mehr auf das Erreichen dieses Zieles gerichtet gewesen sei, haben nicht bestanden. Das dem widersprechende Urteil des BSG vom 17. Februar 2009, wonach die Regulierungsgespräche nach einem Unfall nicht mehr im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit stünden, sei vor dem Hintergrund des enger gefassten Wortlauts des § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII ergangen, wonach nunmehr nur noch der „unmittelbare Weg“ vom und zum Ort der versicherten Tätigkeit unter Versicherungsschutz steht. Auch stehe einer Übertragung einer geänderten, für die Betroffenen nachteiligen Rechtsprechung auf Altfälle bei der Anwendung des § 48 Abs. 3 SGB X der Rechtsgedanke des § 48 Abs. 2 SGB X entgegen.

Im Kern ist das BSG zwei Argumentationslinien für die Zuerkennung der höheren Verletztenrente gefolgt: Entweder waren die damaligen Bescheide vor dem Hintergrund eines vom damaligen Gesetzeswortlaut weiteren Anwendungsbereichs des Wegeunfallversicherungsschutzes rechtmäßig. Dann ergibt sich kein Raum für die Anwendung des § 48 Abs. 3 SGB X, der einen rechtswidrigen begünstigenden Verwaltungsakt voraussetzt, der wegen der zeitlichen Beschränkungen des § 45 Abs. 2 SGB X nicht mehr aufgehoben werden kann. Wenn man aber wie der Gesetzgeber davon ausgeht, dass mit § 8 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII keine Änderung (und schon gar nicht eine Einschränkung) des Wegeunfallversicherungsschutzes bezweckt gewesen ist (vgl. amtliche Begründung

zum Regierungsentwurf des Unfallversicherungs-Einordnungsgesetzes – UVEG, BT-Drs. 13/2204, S. 77: „[...] entsprechend dem geltenden Recht [...]“; die Rechtsprechung zum direkten Weg wird übernommen [...]“), so stellt sich die Frage, inwieweit sich eine für Betroffene nachträgliche nachteilige Änderung der Rechtsprechung zu deren Ungunsten auswirken darf.

Nach Auffassung des BSG ist § 48 Abs. 2 SGB X zu entnehmen, dass sich eine nachträglich ungünstigere Rechtsprechung nicht zu ihrem Nachteil auswirken dürfe. Aus § 48 Abs. 2 SGB X ergibt sich aber, dass ein Verwaltungsakt im Einzelfall mit Wirkung für die Zukunft (auch dann) aufzuheben ist, wenn der zuständige oberste Gerichtshof des Bundes in ständiger Rechtsprechung nachträglich das Recht anders auslegt als die Behörde bei Erlass des Verwaltungsaktes und sich dieses zugunsten der oder des Berechtigten auswirkt. Hier jedoch möchte das BSG den ehemals – unter Berücksichtigung damaliger Rechtsprechung – als rechtmäßig erkannten Verwaltungsakt für immer als rechtmäßig behandeln und in der Folge eine tatsächliche Änderung dann zugunsten der betroffenen Person nach § 48 Abs. 1 Nr. 1 SGB X berücksichtigen, weshalb es der Klage auf die (höhere) Verletztenrente stattgab. Ob dies mit § 48 Abs. 3 SGB X im Einklang steht, der wohl auf den Zeitpunkt des Erlasses der (Ursprungs-) Entscheidung – aber im Sinne der heutigen Rechtsauffassung – abhebt, erscheint durchaus fragwürdig. Man wird in anderen Fällen einer für Bürgerinnen und Bürger nachteiligen Änderung der Auslegung durch die Gerichte abwarten, ob auch hier dieser Linie gefolgt werden wird. 

Die Inhalte dieser Rechtskolumne stellen allein die Einschätzungen des Autors/der Autorin dar.

Neuer Direktor bei EU-OSHA

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) hat eine neue Führung: Der bisherige Interims-Exekutivdirektor **William Cockburn Salazar** wurde durch Beschluss des Verwaltungsrates zum neuen Direktor ernannt. Er tritt die Nachfolge von Dr. Christa Sedlatschek an, die von

2011 bis 2021 die Geschichte der Agentur lenkte. William Cockburn Salazar arbeitet seit 1998 bei der EU-OSHA und ist seit 2012 für das Referat Prävention und Forschung zuständig, das die Inhalte zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz entwickelt. Seit September 2021 hatte er die Funktion des Interims-Exekutivdirektors inne.



Foto: EU-OSHA

William Cockburn Salazar

Lehnhardt wird Präsident der Fachgesellschaft DGPRÄC

Prof. Dr. Marcus Lehnhardt ist zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie (DGPRÄC) ernannt worden. Der Direktor der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Schwerbrandverletzentzentrum am Bergmannsheil in Bochum übernimmt damit das Spitzenamt der Fachgesellschaft, die rund 2.000 Mitglieder umfasst. „Die Wahl ist zugleich eine Anerkennung für das gesamte Team unserer Klinik, die aufgrund ihrer langen Tradition und hohen Expertise einen hervorragenden Ruf genießt“, sagte Lehnhardt. Die 1968 gegründete Klinik für Plastische Chirurgie am Bergmannsheil in Bochum stellt international eine der ältesten und renommiertesten Fachabteilungen ihrer Art dar.

Foto: Bergmannsheil



Prof. Dr. Marcus Lehnhardt

Wechsel im Vorstand der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Matthias Schmolz wird Nachfolger von Erich Steinsdörfer im Vorstand der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung. Steinsdörfer verabschiedet sich nach über zehn Jahren im Amt in den Ruhestand. Schmolz ist seit Januar 2021 als Geschäftsführer und stellvertretender Vorsitzender der Geschäftsleitung des Deutschen Stiftungszentrums (DSZ) sowie zugleich als Geschäftsführer und kaufmännischer Leiter des Stifterverbandes tätig. Der studierte Volkswirt war Leiter des SPIEGEL-Verlags und Geschäftsführer von SPIEGEL online und SPIEGEL TV sowie Kanzler und Geschäftsführer der Zeppelin Universität Friedrichshafen, bevor er 2021 zum Stifterverband und DSZ wechselte. Schmolz: „Die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung hat sich als

Sprachrohr für Menschen mit Hirnverletzungen und ihre Angehörigen etabliert und setzt sich für die Forschungsförderung auf dem Gebiet der Neurowissenschaften ein. Ich freue mich sehr, künftig diese wichtige Arbeit als Mitglied des Vorstands unterstützen zu dürfen.“



Foto: ZNS

Matthias Schmolz

Neuer Vorsitzender des A+A-Beirates

Der Beirat der A+A in Düsseldorf steht unter neuer Führung. **Stefan Brück**, CEO und Vorsitzender der Geschäftsleitung der UVEX SAFETY GROUP GmbH & Co. KG, der seit sieben Jahren dem Beirat der A+A angehört, wird neuer Vorsitzender. Er folgt in dieser Position Klaus Bornack, Geschäftsführer der Bornack GmbH & Co. KG.

Brück sagte: „Mein Ziel ist es, Themen wie Nachhaltigkeit, aber auch neue Technologien und Innovationen zukünftig noch stärker in den Fokus des Arbeitsschutzes zu rücken.“



Foto: A+A

Stefan Brück