

DGUV **Forum**



Berufskrankheiten – eine Standortbestimmung

Aus der Forschung Werkzeugkasten für mehr Gesundheit im Betrieb
Unfallversicherung Beratung von Existenzgründern

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Arbeit gibt Bestätigung, schafft Kontakte, bringt uns im besten Falle persönlich weiter. Manchmal frustriert sie aber auch, macht uns unzufrieden – oder gar krank.

Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, alles zu tun, damit Arbeit nicht krank macht. Leider erreichen wir dieses Ziel nicht immer. Deshalb ist es ebenso unsere Aufgabe, Menschen, die durch ihre Arbeit eine Berufskrankheit erworben haben, zu unterstützen – medizinisch und auch finanziell. Doch nicht jede körperliche Beeinträchtigung, die mit dem Beruf zusammenhängt, ist im Sinne des Gesetzes eine „Berufskrankheit“. Die im Sozialgesetzbuch VII verankerten Grenzen stimmen nicht immer mit dem allgemeinen Verständnis von „Berufskrankheit“ überein.



Foto: DGUV

„Es ist unsere Aufgabe, Menschen, die durch ihre Arbeit eine Berufskrankheit erworben haben, zu unterstützen.“

Betroffene empfinden deshalb eine Ablehnung ihres Versicherungsfalls oft als mangelnde Unterstützung und Ungerechtigkeit. Die gesetzliche Unfallversicherung kann ihren gesetzlichen Rahmen nicht verändern, aber sie versucht das Anerkennungsverfahren für Berufskrankheiten transparent zu machen und die Qualitätssicherung zu verbessern. Ein Mittel dazu sind die Begutachtungsempfehlungen, die in diesem Heft vorgestellt werden. Sie geben den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft in Bezug auf die jeweilige Berufskrankheit wieder und unterstützen Mediziner, Gutachter und Verantwortliche in der Unfallversicherung mit einem „qualifizierten Erfahrungssatz“. Ziel ist es, damit auch zu einer Gleichbehandlung gleich gelagerter Fälle beizutragen.

73 Positionen hat die Liste der Berufskrankheiten; viele erfordern unterschiedliche Präventions- und Rehabilitationsansätze. Erfolgreich wirken kann die Unfallversicherung vor allem im Bereich der Krankheiten mit kurzer Latenzzeit – zum Beispiel bei den Hauterkrankungen. Anders ist die Lage bei Krebserkrankungen (zum Beispiel nach Asbestexposition), die oft erst nach Jahrzehnten auftreten. Diese Fälle wiegen nicht nur medizinisch und rechtlich schwer, die Leistungen der Unfallversicherung können den Schicksalsschlag auch nicht wirklich entschädigen. Aber sie können helfen, das Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu mildern.

Mit den besten Grüßen
Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Breuer'.

Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›› 2 – 3

› Aktuelles ›› 4 – 9

› Nachrichten aus Brüssel ›› 7

› Titelthema ›› 10 – 36

IX. Potsdamer Berufskrankheiten-Tage 10

Neues zu Berufskrankheiten

Frank Eberth, Ulrich Grolik

Zuständigkeit bei Berufskrankheiten 11

Positive Bilanz der Unfallversicherungsträger

Klaus Münch

5. BK-Qualitätssicherungstage setzen Maßstäbe 12

Zielgenau und zügig kommunizieren

Stefanie Palfner, Ulrike Wolf

BK-Begutachtungsempfehlungen 14

Wissen von Experten für Experten

Melanie Duell, Andreas Kranig, Stefanie Palfner

Neufassung der „Königsteiner Empfehlung“ 18

War es Arbeitslärm?

Ulrike Wolf, Tilman Brusis

Obstruktive Atemwegserkrankungen 21

Die Neuauflage der „Reichenhaller Empfehlung“

Melanie Duell

Berufskrankheiten-Dokumentation 1978 bis 2010 24

Beruflich verursachte Krebserkrankungen

Karin Praefcke, Martin Butz

Ländervergleich 30

Berufskrankheiten in Europa

Andreas Kranig

› Aus der Rechtsprechung ›› 37

› Prävention ›› 38 – 39

Aus der Forschung 38

Werkzeugkasten für mehr Gesundheit im Betrieb

Annekatriin Wetzstein, Iris Wundratsch

› Unfallversicherung ›› 40 – 41

Beratung von Existenzgründern 40

Mehr als nur eine Notwendigkeit

Michael Quabach, Stephanie Weber

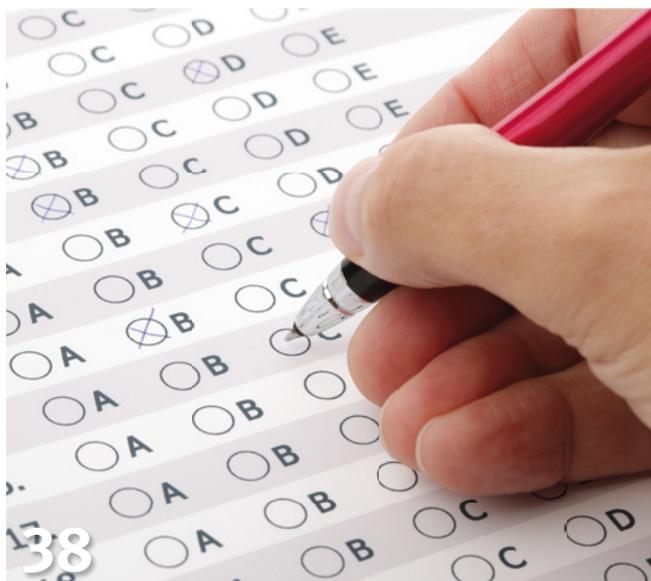
› Medien/Impressum ›› 42



18



30



38

„Bewegung verbindet“ – Start der BG-Kliniktour in Duisburg

Bewegung verbindet – so lautet das Motto der vierten BG-Kliniktour. Sie startete am 24. März 2012 in Duisburg und steht in diesem Jahr unter der Schirmherrschaft von Bundeskanzlerin Angela Merkel. Die Tour wird an insgesamt zwölf Standorten von BG-Kliniken und Behandlungsstellen Station machen. Mit verschiedenen Events und Aktionen stellen die Kliniken ihr ganzheitliches Behandlungskonzept

vor und werben für den Reha- und Behindertensport. Unterstützt werden sie dabei von einem Team paralympischer Sportlerinnen und Sportler.

Die Auftaktveranstaltung richtete in diesem Jahr die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Duisburg aus. Im Rahmen der Gesundheitsmesse VIVARE im City-Palais gab sie einen Einblick in ihre ganz-

heitliche Versorgung und lud zu Vorführungen paralympischer Sportler und zu Mitmachaktionen ein. Zusammen mit der Unfallkasse NRW hatte die Klinik Schüler und Schülerinnen eingeladen, an dem Kreativwettbewerb „krass kaputt + gut geheilt“ teilzunehmen. Die Aufführungen der Jugendlichen, die Risiko, Unfall und Heilung mit den Mitteln von Schauspiel, Gesang und Tanz darstellten, waren das Highlight dieses Tourwochenendes.



Kliniktour 2012 in Duisburg: Die Band „Freifall“ begleitet die BG Kliniktour mit dem von ihr geschriebenen Toursong.

Ihre nächste Station hat die Kliniktour im Süden Deutschlands. Dort lädt die BG Klinik Ludwigshafen ein, unter anderem zu einer Diskussion zum Thema Teilhabe und Inklusion. Das Programm an den einzelnen Tourstationen ist abwechslungsreich gestaltet: Es gibt Gespräche mit Sportlern und Medizinern, dazu Spiel- und Sportevents.

Getragen wird die Kliniktour von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dem Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV) und dem Deutschen Rollstuhl-Sportverband (DRS). Partner der Tour sind die AUDI AG und LoFric.



Weitere Informationen und alle Termine:
www.dguv.de > Webcode: d125859

IVSS und IAO unterzeichnen Vereinbarung zur sozialen Sicherheit

Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) und die Internationale Arbeitsorganisation (IAO) wollen ihre Zusammenarbeit zur Unterstützung der Ausweitung und Förderung der sozialen Sicherheit intensivieren. Das legten sie in einer gemeinsamen Vereinbarung am 22. März in Genf fest.

Diese Absichtserklärung ist die erste ihrer Art. Sie würdigt mögliche Synergien und das Potenzial einer besseren Koordination der Kapazitäten von IVSS und IAO

und verpflichtet die beiden Organisationen zu einer engeren programmatischen und strategischen Zusammenarbeit. Vorausgegangen war ein Beschluss der Internationalen Arbeitskonferenz von 2011, worin sie die IAO dazu aufforderte, die Zusammenarbeit mit anderen internationalen Organisationen im Bereich der sozialen Sicherheit zu vertiefen.

Die Absichtserklärung definiert fünf Schlüsselbereiche für eine zukünftige strategische Zusammenarbeit:

- Angebot technischer Beratungsdienste für den Aufbau institutioneller Kapazitäten
- Entwicklung von Strategien und Lobbyarbeit
- Sammlung und Verbreitung von Wissen und Informationen (Datenbanken)
- Entwicklung fachlicher Richtlinien für die Verwaltung
- Aufbau von Kapazitäten und Kursen in Politik, Verwaltung und weiteren Bereichen der sozialen Sicherheit.

Herausforderungen des Bologna-Prozesses



Die Referenten (v. l.) Dietmar Funk, Wolfgang Kurz (beide UKBW) und Alan Cowen (University of Brighton, UK) vor den Teilnehmern der Tagung.

Experten aus Wirtschaft und Wissenschaft sowie eine Vertreterin der Studierenden diskutierten auf der 2. Hochschultagung der DGUV in Dresden die Chancen und Herausforderungen des Bologna-Prozesses. Folgende Fragen standen im Fokus: Welche Perspektiven ergeben sich für Sicherheit und Gesundheitsschutz an Hochschulen? Wie können die Folgen des Bologna-Prozesses positiv für die Entwicklung

eines integrierten Systems genutzt werden? Welche Ansprüche stellt die Industrie hinsichtlich sicherheitstechnischer Kompetenzen an Hochschulabsolventen?

Im Rahmen einer ganzheitlichen und zeitgemäßen Analyse spannten die Referenten einen Bogen zum europäischen Ausland und stellten Lösungsansätze aus Großbritannien, Lettland und Spanien vor. Auf

europäischer Ebene gibt es Bestrebungen, Sicherheit und Gesundheitsschutz als festen Bestandteil in die Studiengänge zu integrieren und mit Creditpoints zu versehen. Für einige wenige Studiengänge gilt dies bereits auch in Deutschland.

Mit Bedauern wurde festgestellt, dass im Rahmen der nationalen Exzellenzinitiative an Universitäten die Themen Sicherheit und Gesundheitsschutz beim Wissenschaftsrat und bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) als beratenden Gremien der Bundesregierung kein prüfungsrelevantes Qualitätskriterium darstellen.

Im internationalen Vergleich besteht insbesondere gegenüber dem angelsächsischen System erheblicher Nachholbedarf. Dort sind in großem Umfang sicherheitsrelevante Studieninhalte im Bachelor- und Mastersystem ausgewiesen.

BG RCI zeichnet gute Ideen im Arbeitsschutz aus

Im Rahmen eines Festaktes in der Alten Oper Frankfurt zeichnete die Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) am 30. März die diesjährigen Preisträger ihres Förderpreises Arbeit • Sicherheit • Gesundheit aus. Mit einer Gesamtgewinnsumme von 100.000 Euro ist es der höchstdotierte Preis für Arbeitssicherheit in Deutschland. Sein Ziel ist es, die besten Ideen für eine sichere Arbeitsumgebung auszuzeichnen und so gute Lösungen öffentlich zu machen.

Der Förderpreis wurde in diesem Jahr zum 15. Mal verliehen. Um die Preise in verschiedenen Kategorien bewarben sich 2012 insgesamt 913 Frauen und Männer mit 370 Beiträgen. 42 von ihnen erhielten für ihre kreative Arbeit 18 Förder- und Sonderpreise. Damit sei der Förderpreis „gelebte Basisdemokratie“, sagte Festredner Dr. Frank Schirmacher, Journalist und Mitherausgeber der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Die Arbeitswelt werde sich in den nächsten Jahrzehnten grund-



Sie gewannen den Förderpreis „Neu im Betrieb“ (v.l.): Norbert Mülhaupt, Rolf Herzog, Dr. Eberhard Rohbock (Laudator), Sherina Baumgartner, Hermann Becker

legend verändern, so Schirmacher mit Blick auf den demografischen Wandel. „Umso wichtiger ist es, die Arbeitsumgebung altersgerecht zu gestalten.“

„Neu im Betrieb“ lautete das Kernthema der aktuellen Wettbewerbsrunde. Gesucht wurden beispielsweise Konzepte zur Integration von neuen Mitarbeitern oder Auszubildenden. Den entsprechenden Förderpreis dazu erhielt die Firma

Evonik Industries aus Rheinfelden für ihr Sicherheitskonzept „Safety Dance – Sicherheit trifft Discoververanstaltung“. Bei einer betrieblichen Discoververanstaltung werden dabei die Auszubildenden und jungen Erwachsenen spielerisch an das Thema Arbeitsschutz herangeführt.



Weitere Informationen und eine Liste aller Preisträger unter: www.bgrci-foerderpreis.de

Chinesische Delegation im UKB

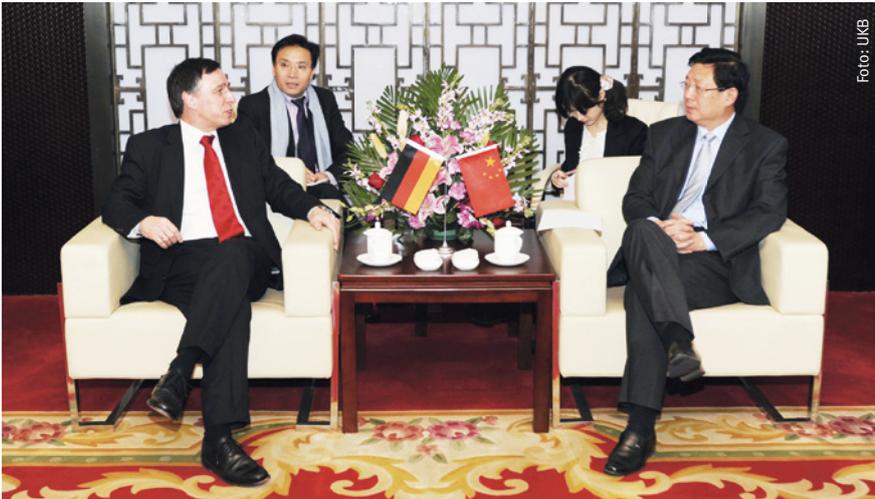


Foto: UKB

Zhenzhong Zhang, Generaldirektor des „China National Health Development Research Center“ (re.) im Gespräch mit Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV

Im Rahmen eines Workshops der Deutsch-Chinesischen Gesellschaft für Medizin (DCGM) in Berlin nahm die chinesische Delegation auch an einer Führung durch das Unfallkrankenhaus Berlin teil. Die Gäste informierten sich über die Verzahnung von ambulanter

und stationärer Rehabilitation und über das Qualitätsmanagement und die Unfallchirurgie im UKB.

Ein weiteres Thema des Workshops war das deutsche DRG-System (Diagnosebezogene Fallgruppen). „Deutschland

hat seit 2006 hervorragende Erfahrungen mit dem DRG-System gemacht“, sagte Zhenzhong Zhang, Generaldirektor des „China National Health Development Research Center“ (CNHDRC). China wolle im Rahmen des Workshops die Philosophie des deutschen Systems kennenlernen, um die chinesische Gesundheitsreform damit zu beschleunigen.

Zhang betonte auch, beide Länder stünden vor gemeinsamen Herausforderungen: „In China beschleunigt sich die Urbanisierung sehr schnell, seit 2011 wohnen mehr Chinesen in Städten als auf dem Land“, sagte Zhang. Dieses Wachstum bringe medizinische Probleme mit sich. Zum Beispiel müsse sowohl in den dicht besiedelten östlichen Landesteilen als auch im ländlichen Westchina die Versorgung alter Menschen gewährleistet werden. Deshalb plane China derzeit ein Projekt, bei dem in den kommenden drei Jahren sechs bis sieben Millionen Menschen im Bereich Altenpflege ausgebildet werden sollen.

Jetzt bewerben für den Jugend-Arbeitsschutz-Preis

Auszubildende können sich noch bis zum 30. Juni 2012 um den Deutschen Jugend-Arbeitsschutz-Preis (JAZ) bewerben. Ausgeschrieben wird der Preis von der Fachvereinigung Arbeitssicherheit (FASI) e.V. Den drei Erstplatzierten winken Preisgelder in Höhe von insgesamt 6.000 Euro. Gesucht und prämiert werden gute Ideen für mehr Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Die FASI möchte mit innovativen Ideen und Wirtschaftlichkeit den Arbeitsschutz in den Unternehmen verbessern und den Nachwuchs für das Thema sensibilisieren.

Jugendliche mit 28 Projekten beteiligt. Der Kreativität sind beim Mitmachen keine Grenzen gesetzt. Beispielsweise holten sich die Azubis der BASF mit dem „Sichermacher-Rap“ und dem „S@fety-Newsletter“ – also musikalisch und mit der Herausgabe eines Online-Mediums – 2010 den zweiten Preis. Den ersten Preis gewann damals ein angehende Industriemechaniker. Er hatte mit der Entwicklung eines technisch verbesserten Rohrschneiders die Gefahr von Schnittverletzungen reduziert.

Die Gewinner des JAZ 2012 werden zur Messe „Arbeitsschutz Aktuell“ vom 16. bis 18. Oktober in die Messe Augsburg eingeladen, wo sie während der Eröffnung des Präventionsforums ihre Auszeichnungen erhalten. Am jüngsten Wettbewerb hatten sich rund 200

! *Unter www.jugendarbeitsschutzpreis.de sind die Teilnahmebedingungen abrufbar. Hier können auch die Berichte über die Gewinnerbeiträge der Vorjahre eingesehen werden.*

The advertisement features the logo of the 'Deutscher Jugend-Arbeitsschutz-Preis 2012' at the top, which includes a stylized yellow and black triangle with the letters 'JAZ'. Below the logo is a photograph of a smiling young man and woman. The text 'CLEVER - SICHER - COOL!' is written across the bottom of the photo. At the very bottom of the advertisement, it says 'Der Wettbewerb für kluge Köpfe' and provides the website 'www.jugendarbeitsschutzpreis.de'. The FASI logo is also present in the bottom right corner.

Quelle: FASI

EU-Kommission plant europäischen Rechtsakt zur Barrierefreiheit

Es lässt sich darüber streiten, ob die Vorschläge der EU-Beamten immer sinnvoll sind. Im Moment ist jedoch ein Gesetzestext in Vorbereitung, der je nach seiner Ausgestaltung auf breite Zustimmung treffen könnte: Ein europäischer Rechtsakt, der den barrierefreien Zugang für Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen sicherstellen soll. Im Vordergrund steht dabei nicht die bauliche Barrierefreiheit, sondern die Zugänglichkeit von Waren und Dienstleistungen.

Über die genaue Ausgestaltung der europäischen Regelungen scheint sich die

Kommission noch nicht ganz im Klaren zu sein, deswegen hat sie zu Beginn des Jahres verschiedene Fragen an die Öffentlichkeit gerichtet. Die bis Ende Februar eingegangenen Antworten will die Kommission bei der Erarbeitung der europäischen Regeln berücksichtigen.

Beim Thema Behindertenpolitik ist auch die gesetzliche Unfallversicherung angesprochen. Seit Jahren setzt sie sich für die größtmögliche Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft ein. Darüber hinaus leistet sie seit Beginn des Jahres mit einem eigenen Aktionsplan zur UN-BRK einen verbind-

lichen Beitrag auf dem Weg zu einer „inklusive Gesellschaft“. Die Unfallversicherung hat deshalb die Konsultation der Europäischen Kommission zum Anlass genommen, um auf die Bedeutung eines barrierefreien Miteinanders hinzuweisen: Gemeinsames Ziel sollte es sein, dass alle Akteure – unabhängig davon, ob sie auf europäischer, nationaler, regionaler oder lokaler Ebene agieren – dazu beitragen, den barrierefreien Zugang und die Beratung für Menschen mit Behinderungen selbstverständlich werden zu lassen. Die Veröffentlichung eines Gesetzesentwurfs ist für den Herbst 2012 geplant.

Brüssel will längere Lebensarbeitszeit fördern

Bürger in der EU sollen länger arbeiten. Darüber wird bereits seit Jahren in den Mitgliedstaaten diskutiert. Auch die EU-Kommission hat das Thema inzwischen aufgegriffen. Keine große Überraschung, denn die EU-Beamten verfolgen auch gern Angelegenheiten, die eigentlich in der Hauptverantwortung der Mitgliedstaaten liegen. Ihre Rolle sieht die Brüsseler Behörde darin, die Mitgliedstaaten bei der Schaffung angemessener und langfristiger finanzierbarer Pensions- und Rentensysteme zu unterstützen. Bereits im vergangenen Jahr hatte sie die Notwendigkeit umfassender Renten- und Pensionsreformen betont.

Mit dem im Februar veröffentlichten Weißbuch zur Reform der Renten- und Pensionssysteme geht die Kommis-

sion einen Schritt weiter: Sie will die Pensions- und Rentensysteme in Europa an die steigende Lebenserwartung koppeln. Den Weg dorthin möchte die Brüsseler Behörde gern selbst steuern.

Doch wie können Beschäftigte bis ins Alter gesund und arbeitsfähig bleiben? Das ist eine Frage, mit der sich die gesetzliche Unfallversicherung angesichts des demografischen Wandels bereits seit vielen Jahren beschäftigt. Diesen Gesichtspunkt hat auch die EU-Kommission in ihrer Strategie nicht vergessen. Sie weist darauf hin, dass bei einer Anhebung des Pensions- und Rentenalters Begleitmaßnahmen im Bereich der Arbeitsplatzgestaltung unumgänglich seien, damit die Menschen länger am Arbeitsmarkt bleiben können. Die Förderung der Sicherheit

und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz sowie des gesunden und aktiven Alterns sei deswegen ein wichtiger Faktor.

Diese Botschaften sind für die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland nicht neu. Sie bietet deswegen schon heute im Präventionsbereich beispielhafte Leistungen an, damit die Beschäftigten gesund länger arbeiten können. Sie sollte daher versuchen, diese so weit wie möglich in den europäischen Diskussionsprozess einzubringen.

Ob und inwieweit sich im Gegenzug die im Weißbuch formulierte Strategie auch direkt auf die gesetzliche Unfallversicherung auswirken wird, bleibt abzuwarten.

„Wir brauchen eine positive Epidemie“

Am 9. März wurde in Dresden der Startschuss für die konkrete Umsetzung des Aktionsplans der gesetzlichen Unfallversicherung zur UN-Behindertenrechtskonvention gegeben. Zum „Kick-off“ unter dem Motto „Gemeinsam handeln“ kamen mehr als 130 Vertreter von Behindertenverbänden, Leistungserbringern und Unfallversicherung in der DGUV Akademie zusammen. Sie sprachen über die fünf Handlungsfelder des Aktionsplans und ihre weitere Ausgestaltung.

Wie hartnäckige Viren sollen sich die Ideen des Aktionsplans der Unfallversicherung verbreiten. Von hoher Ansteckungsgefahr sollen sie sein, damit möglichst viele Menschen innerhalb und außerhalb der Unfallversicherung infiziert werden vom Gedanken der Inklusion. „Wir brauchen eine positive Epidemie“, so Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV: „Denn entscheidend ist, was tatsächlich passiert. Wir brauchen keinen neuen Papertiger, wir wollen etwas bewegen.“

Die gesetzliche Unfallversicherung hat sich mit den insgesamt 73 Maßnahmen in den nächsten drei Jahren ein ehrgeiziges Ziel gesetzt. Das bestätigte auch Marion Rink aus dem Vorstand der BAG Selbsthilfe. Sie bezeichnete das Projekt als einen Meilenstein und lobte die Art und Weise, in der die Betroffenen von Beginn an einbezogen wurden. Sie betonte aber auch: „An der Umsetzung der Maßnahmen wird sich die Unfallversicherung messen

lassen müssen.“ Das kann jedoch nicht bedeuten, dass alle gesetzten Ziele zu einhundert Prozent erreicht werden. „Es wird Erfolge geben, aber auch Scheitern“, sagte Breuer: „Der Aktionsplan ist etwas Dynamisches, worin die Ergebnisse der schon in diesem Jahr geplanten Evaluation einfließen werden.“

Provokanter Ansatz

Mit ihrem Aktionsplan greift die Unfallversicherung die Bemühungen der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention auf. Brigitte Lampersbach, Abteilungsleiterin im Bundesministerium für Arbeit und Soziales, stellte den Nationalen Aktionsplan und die angeschlossene Kampagne „Behindern ist heilbar“ vor. Lampersbach: „Wir haben darüber mit Behindertenverbänden diskutiert und uns bewusst für diesen provokanten Ansatz entschieden.“ Sie habe bei dem Slogan auch erst einmal geschluckt, sagte die paralympische Sportschützin Manuela Schmermund: „Aber nach der ersten Irritation denke ich: Genau so ist es richtig, man muss Aufmerksamkeit erregen und zum Diskutieren anregen.“

„Bewusstseinsbildung“, so Lampersbach, sei ein Schlüsselthema für die Umsetzung der UN-Konvention. In Dresden diskutierten eine von fünf Arbeitsgruppen dieses Handlungsfeld. Eingestimmt wurden die Teilnehmer von Manuela Schmermund, die von ihren alltäglichen Einschränkungen und gut gemeinten, aber schlecht gemachten Hilfsangeboten berichtete. Aber wie kann man tatsächlich einen Wandel im Denken der Menschen anstoßen? Wie lassen sich Emotionen ansprechen? Wie viel Zeit braucht ein Wandel? Das waren

Fragen, die die Runde bewegten. Schnell wurde klar: Verändern kann sich eine Organisation nur, wenn sie auch nach innen unter den Beschäftigten kommuniziert. „Eine Sensibilisierung für das Thema ist auch innerhalb der Unfallversicherung nötig“, fasste Gregor Doepke, Leiter der Kommunikation der DGUV, zusammen.

In der Arbeitsgruppe „Barrierefreiheit“ wurde rasch deutlich, wie vielschichtig das Thema ist. „Viele Menschen glauben immer noch, mit einer Rampe sei es getan“, sagte Elisa Kremerskothen, eine von fünf ehemaligen Redakteurinnen der Paralympics Zeitung, die die Workshops begleiteten. Aber es gehe um viel mehr: Lösungen für verschiedene Formen der Behinderung müssen gefunden werden und Barrieren gibt es nicht nur in Häusern und an Straßenecken, sondern auch auf Websites und an Bildschirmen. Dabei könne Barrierefreiheit – gerade in einer alternden Gesellschaft – allen Menschen nutzen. Klaus Buhmann, Experte der VBG, brachte es auf den Punkt: „Barrierefreiheit muss Mainstream werden.“

Paradigmenwechsel

In Workshop drei zum Thema „Partizipation“ stand der Paradigmenwechsel von der fürsorglichen Unterstützung zur Befähigung von Versicherten nach einem Unfall oder einer Berufskrankheit im Zentrum der Diskussion. Eine große Hilfe in dieser Situation können „Peers“ sein, Menschen, die einen ähnlichen Schicksalsschlag erlebt haben und ihre Erfahrungen weitergeben. Zwar war man sich über den positiven Effekt dieser Begleitung einig, trotzdem bleibt die Einbeziehung von Peers bislang eher dem Zufall überlassen. Soll die Unfallversicherung

Quelle: DGUV





diese Form der Unterstützung also systematisieren? Für welche Versicherten kommt sie überhaupt in Frage? Und welche Voraussetzungen muss ein Peer mitbringen? Paralympics-Redakteurin Anemieke Overweg, die die Diskussion begleitete, fasste zusammen, dass hier innerhalb der Unfallversicherung noch konzeptionelle Verantwortlichkeiten fehlen.

Wie können die Maßnahmen zur Rehabilitation und Teilhabe in der Unfallversicherung noch passender auf Menschen mit verschiedenen Behinderungen zuge-

schnitten werden? Das war eine der Leitfragen im Workshop „Individualität und Vielfalt“. Im Fokus stand die Beratung zum „Persönlichen Budget“, das bislang bei den Unfallversicherten noch auf verhaltene Resonanz stößt. Zwar kann das Persönliche Budget die Eigenverantwortung der Versicherten stärken, aber für wen ist es geeignet? Wer ist mit dem Management seiner Behinderung und der Unternehmerrolle möglicherweise überfordert? Deutlich wurde, dass mitunter sogar Barrieren auf Seiten der Reha-Berater bestehen. Viele Teilnehmer plädierten

dafür, den Versicherten mehr zuzutrauen. Auch Selbstbestimmung sei ein individueller Lernprozess.

Hat Inklusion Grenzen?

Unterstützt von einem Schwerbehindertenvertreter und einem Integrationsberater stellte sich die Arbeitsgruppe „Inklusion“ die Frage: „Was wäre, wenn Betriebe inklusiv wären?“ Schnell kam die Diskussion zum entscheidenden Punkt, wie weit Inklusion tatsächlich gehen könne. Noch kommt sie an ihre Grenzen, sobald zum Beispiel Schulen und Kommunen kein Geld für notwendige Umbauten haben, damit Kinder mit und ohne Behinderung gemeinsam lernen können. Ist Inklusion also nur eine Utopie? Dem widersprachen einige Teilnehmer, die auf andere Länder verwiesen, in denen Inklusion bereits stärker gelebt werde als in Deutschland. Hier schloss sich der Kreis zum Handlungsfeld Bewusstseinsbildung. Um einen nachhaltigen Wandel zu erreichen, müsse inklusives Zusammenleben schon in der Kita beginnen, darin waren sich die Teilnehmer einig. Dazu könnten die Unfallkassen zusammen mit staatlichen Partnern ihren Beitrag leisten. Ungeachtet dieser längerfristigen Perspektive sollten Menschen mit Behinderung aber mehr in UV-Gremien vertreten sein, um ihre Bedürfnisse und Anregungen einzubringen. Diese Forderung entspricht auch den Zielen des Handlungsfelds Partizipation.

Die Tagung in Dresden machte deutlich: Um den Aktionsplan mit Leben zu füllen, werden auf allen Ebenen und in mehreren Handlungsfeldern Anstrengungen notwendig sein. Gleichzeitig versprechen die Maßnahmen der Unfallversicherung aber auch eine spannende Weiterentwicklung und neue Kooperationen. Und deutlich wurde auch: Innerhalb der Unfallversicherung gibt es viele Menschen, die sich engagieren und anderen die Bedeutung von Inklusion näherbringen möchten. „Wir wollen innovativ und in Bewegung bleiben“, sagte Dr. Friedrich Mehrhoff, der Projektleiter des Aktionsplans, zum Abschluss. ●

IX. Potsdamer Berufskrankheiten-Tage

Neues zu Berufskrankheiten

Bereits zum neunten Mal werden am 15. und 16. Juni 2012 im Kongresshotel Potsdam – Am Templiner See – die Potsdamer Berufskrankheiten-Tage stattfinden.

Das bundesweit beachtete medizinisch-juristische Seminar wird vom Landesverband Nordost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) veranstaltet und stand bislang stets unter der Schirmherrschaft des Arbeitsministeriums des Landes Brandenburg. Auch dieses Jahr werden wieder etwa 300 Ärzte, Lehrstuhlinhaber, Sozialrichter, Juristen und Mitarbeiter der Berufsgenossenschaften erwartet, um das Themenfeld Berufskrankheiten umfassend zu beleuchten und aktuelle Fragen der Expositionsermittlung, Kausalitätsbetrachtung und Begutachtung zu diskutieren. Die interessierte Öffentlichkeit ist eingeladen, am offenen fachlichen Austausch teilzunehmen.

Recht und Gerechtigkeit sind Begriffe, die für die Menschen in vielen Lebensbereichen von großer Bedeutung sind, besonders aber wenn „das höchste Gut“, die eigene Gesundheit berührt ist. Dies gilt sowohl für die richtige Einschätzung von Gefährdungen und ihren Auswirkungen auf die einzelnen Menschen als auch für die Frage einer „gerechten Entschädigung“. Dennoch machen viele Betroffene die Erfahrung, dass der Weg dorthin mit vielen unerwarteten Fragen gepflastert ist. Paul Unschuld, Medizinhistoriker an der Charité Berlin, wird in seinem Eröffnungsvortrag „Gesundheitspolitik und Wirtschaftswachstum: Wenn nicht mehr zusammenkommt, was einmal zusammengehörte“ aktuelle Aspekte aus diesem Spannungsfeld beleuchten.



Die Landesärztekammer Brandenburg hat die BK-Tage mit insgesamt elf Fortbildungspunkten zertifiziert.

Der erste der drei Themenblöcke am Freitag (15. Juni 2012) untersucht das Thema „Gefahrstoffe“. Hier sollen vor allem die Darstellung der relevanten Gefährdungen beim Schweißen und die durch die neu erarbeitete S3-Leitlinie zu neuer „Aktualität“ gelangende chronische Berylliose beleuchtet werden. Die Beurteilung der benzolbedingten Krebserkrankungen im Hinblick auf die stattgehabten Expositionen ist für Gutachter und Präventionsdienste oft schwierig. Mit dem Themenblock „Benzol“ sollen Erfahrungen und aktuelle Erkenntnisse ausgetauscht und weitergegeben werden.

Schließlich geht es um die große Frage: Wie gefährlich sind Gefahrstoffe? Diese Frage spielt für die Prävention eine genauso große Rolle wie für die Beurteilung, ob eine entschädigungspflichtige Berufskrankheit vorliegt. Von namhaften Experten werden aktuelle Grenzwertkonzepte vorgestellt sowie Hinweise zur Bewertung der verfügbaren Daten und Messungen gegeben.

Mit dem zweiten großen Themenblock am Samstag (16. Juni 2012) werden aktuell diskutierte neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vorgestellt und auf mögliche zukünftige Berufskrankheiten vorbereitet. Der Blick richtet sich vor allem auf den durch UV-Strahlung ver-

ursachten Hautkrebs. Außerdem soll auf Probleme bei der Früherkennung von Latenzerkrankungen eingegangen und die Frage erörtert werden, ob die dazu angebotenen nachgehenden Untersuchungen ausreichend sind.

Der dritte Hauptblock am Samstag (16. Juni 2012) lenkt den Blick auf einen „Dauerbrenner“ im BK-Geschehen – die degenerativen Muskel-Skelett-Erkrankungen. Dieses Thema wird seit Jahren kontrovers diskutiert. Nach nunmehr sechs Jahren Konsensempfehlungen zur Beurteilung der bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankungen soll eine Zwischenbilanz gezogen und sollen Ansatzpunkte für die Fortentwicklung der Begutachtungsrichtlinien aufgezeigt werden. Ganz im Interesse der orthopädischen Gutachter wird auch der aktuelle Stand zur Entwicklung von Begutachtungsempfehlungen für die arbeitsbedingte Kniegelenksarthrose vorgestellt. ●

!

Ein ausführliches Programm und die Möglichkeit, sich anzumelden, finden Sie unter www.dguv.de/bk-tage

Wissenschaftliche Leitung der Veranstaltung

Dr. med. Frank Eberth, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin, Leitender Gewerbearzt, Landesamt für Arbeitsschutz
E-Mail: frank.eberth@las.brandenburg.de

Dr. jur. Ulrich Grolik, Bezirksdirektor, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie, Bezirksdirektion Gera
E-Mail: ulrich.grolik@bgrci.de

Zuständigkeit bei Berufskrankheiten

Positive Bilanz der Unfallversicherungsträger

Wenn sich Unfallversicherungsträger untereinander streiten würden, gäben sie ein schlechtes Bild ab und könnten das gegliederte System in Frage stellen. Zuständigkeitsfragen sind zügig zu lösen. Im Bereich der Berufskrankheiten ist dies durch Vereinbarung gelungen.

Berufskrankheiten sind oft das Ergebnis jahrelanger und lange zurückliegender Einwirkungen und Gefährdungen. Viele Menschen wechseln im Laufe ihres Berufslebens ihre Arbeitsstelle und damit auch die für Arbeitgeber zuständige Berufsgenossenschaft. Zum Zeitpunkt der Meldung des Verdachts auf Berufskrankheit ist daher nicht immer bekannt, welcher Unfallversicherungsträger zuständig ist. Die Zuständigkeit bei Berufskrankheitsfällen ist mit Aufwendungen für Entschädigungsleistungen verbunden, denen nicht immer ein noch existentes Unternehmen als Beitragszahler gegenübersteht. Klarheit schafft die „Vereinbarung über die Zuständigkeit bei Berufskrankheiten“. Die Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und auch die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften haben sie auf gesetzlicher Grundlage (§ 134 SGB VII) beschlossen.

Reibungslose Umsetzung

Mit der stetigen Aktualisierung und praktischen Umsetzung der Vereinbarung hat der Ausschuss „Berufskrankheiten“ der Geschäftsführerkonferenz der DGUV den Arbeitskreis „Zuständigkeit bei Berufskrankheiten“ (AK ZBK) beauftragt. Bei allen UV-Trägern sind Ansprechpersonen aus den Fachbereichen Leistung und Prävention benannt. Sie werden in schwierigen Fällen bei der Zuständigkeitsklärung eingeschaltet und vermitteln im Konfliktfall. Ziel ist, Zuständigkeitsfragen niederschwellig, zügig und unbürokratisch zu erledigen, ohne das in der Vereinbarung verankerte formelle Schlichtungsverfahren durchführen zu müssen. Der Arbeits-

kreis hat im Herbst 2011 alle Ansprechpersonen der UV-Träger zu zwei Workshops eingeladen.

Nach diesen Tagungen sieht sich der Arbeitskreis in seinem positiven Eindruck bestätigt. Die meisten Fälle der Zuständigkeitsklärung verlaufen problemlos. Wenn die Ansprechpersonen eingeschaltet werden, wird auch in strittigen Fragen meistens eine befriedigende Lösung gefunden. Der Weg des förmlichen Schlichtungsverfahrens musste in den vergangenen Jahren fast gar nicht mehr beschritten werden.

Persönlicher Kontakt ist wichtig

Berichtet wurde aber, dass die Ansprechpersonen – man könnte sie auch als Mediatoren bezeichnen – manchmal zu spät oder gar nicht beteiligt wurden. Das kann daran liegen, dass sie in der eigenen Organisation zu wenig bekannt sind, nicht ohne den Umweg über Hierarchien angesprochen werden können oder ihnen keine hinreichende Entscheidungskompetenz übertragen worden ist.

In den Workshop-Gruppen haben die Teilnehmer Handlungsfelder identifiziert und Lösungen diskutiert. Das Spektrum ging vom Rollenverständnis der Ansprechpersonen über Fragen der Kommunikation bis zu inhaltlich-organisatorischen Fragen. Vonseiten der Prävention wurde zum Beispiel angemahnt, die vorhandenen Berechnungsprogramme des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV besser in die Formtexte zur Ermittlung der Exposition zu integrieren. Sowohl der personale Bezug als auch die übergeordneten Strukturen wurden bearbeitet und Ideen

für Lösungen entwickelt. Der Arbeitskreis „Zuständigkeit bei Berufskrankheiten“ wird die Ergebnisse und Impulse aufnehmen und bewerten sowie die Umsetzung guter Ideen anregen und fördern.

Das persönliche Kennenlernen der „Mediatoren“ untereinander wird die Zusammenarbeit und das gegenseitige Verständnis weiter verbessern. Die geknüpften Kontakte gilt es nun zu intensivieren und verfahrensoptimierend zu nutzen und damit auch im besten Interesse der Versicherten zu handeln. Rückmeldungen aus dem Teilnehmerkreis zeigen, dass die Veranstaltungen den vorhandenen Bedarf nach Informationsaustausch und Diskussion deckten. Sie sollen daher in angemessenen Abständen wiederholt werden. ●

Autor



Foto: BG RCI

Klaus Münch

Vorsitzender des Arbeitskreises „Zuständigkeit bei Berufskrankheiten“, Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie
E-Mail: klaus.muench@bgrci.de

5. BK-Qualitätssicherungstage setzen Maßstäbe

Zielgenau und zügig kommunizieren

Während einer zweitägigen Veranstaltung entwickelten im November 2011 rund 110 Vertreter der Unfallversicherungsträger konkrete Vorschläge, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Berufskrankheiten-Verfahren zu verbessern.

Bereits im Jahr 2001 hatten die gewerblichen Berufsgenossenschaften ein Qualitätssicherungskonzept für die Berufskrankheiten (BK)-Verfahren vereinbart. Es besteht aus zwei Teilen:

- Die Qualität wird mit Messparametern (zum Beispiel „Laufzeit der BK-Verfahren“) erfasst und beurteilt.
- Außerdem werden die BK-Verfahren durch unterstützende Maßnahmen, wie zum Beispiel das Sachbearbeiter-Info-System BIS oder Sachbearbeiter-schulungen, verbessert.

Ebenfalls seit 2001 finden regelmäßig als unterstützende Maßnahmen in Dresden die sogenannten „BK-Qualitätssicherungstage“ statt. Die Veranstaltung bietet eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „Qualitätssicherung“ im BK-Verfahren unter verschiedensten Gesichtspunkten

sowie die Gelegenheit zum Meinungsaustausch über weitere Wege zur Optimierung der BK-Verfahren. Die Veranstaltungsreihe hat wesentlich zur „Beschleunigung“ der BK-Verfahren beigetragen.

Exemplarisch sind hier die Resultate der BK-Qualitätssicherungstage 2009 zu nennen. So wurde beispielsweise im Zeitraum 2009 bis 2011 das BK-Weiterbildungsangebot der DGUV Akademie Bad Hersfeld/Hennef von vier auf insgesamt 17 BK-Seminare erweitert. Auch wurde auf Anregung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Kundenzufriedenheitsindex entwickelt, der aktuell getestet wird.

Eine weitere Errungenschaft stellt der bereits zum zweiten Mal verliehene „Förderpreis BK“ dar, mit dem Bachelor- und Diplom-Abschlussarbeiten zu BK-Themen prämiert werden.

Die BK-Qualitätssicherungstage 2011

Am 14. und 15. November 2011 fanden die BK-Qualitätssicherungstage bereits zum fünften Mal in Dresden statt. Die zweitägige Veranstaltung thematisierte die „Kommunikation“. Das Interesse war – wie auch in den Vorjahren – groß. Insgesamt nahmen rund 110 Führungskräfte von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen teil.

Die Veranstaltung startete mit vier Vorträgen, die Impulse für den weiteren Veranstaltungsverlauf lieferten. Zum Einstieg in die Veranstaltung bot Dr. Wolfgang Römer, BG Holz und Metall, als Leiter des initiierten Arbeitskreises „Anwendung des BK-Rechts“ einen Überblick über die letzten Entwicklungen zur Qualität im BK-Verfahren.

Anschließend standen die aktuellen Herausforderungen im Vordergrund. Das SGB IX und die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zielen nicht nur auf Versicherte nach Arbeitsunfällen. Gerade auch die Rechte chronisch Kranker, zu denen die meisten von einer Berufskrankheit Betroffenen gehören, werden durch diese Regelungen gestärkt. Die Orientierung am Bedarf dieser Menschen war bereits in der Vergangenheit mehrfach Thema bei Diskussionen um Qualitätsindikatoren. Nun standen und stehen die Versicherten gleich mehrfach im Mittelpunkt der Vorträge.

Während Professor Bernd Petri, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, noch einmal vertiefende theoretische Einblicke in das SGB IX und die UN-BRK bot, lag der Fokus der weiteren Vorträge auf dem praktischen Verhalten gegenüber Betroffenen. Anne Gehrke, Institut für



BK-Qualitätssicherungstage 2011: Die vier Workshops

Kommunikation mit Versicherten: Profiling – dem Kunden gerecht werden: Der Einstieg in die Fallsteuerung (Workshop 1)

Das Profiling stellt einen wesentlichen Baustein des „Case Management“ dar. Es dient in diesem Prozess als Erhebungsinstrument der entscheidungsrelevanten Daten/Informationen und ist ein Hilfsmittel bei der handlungsleitenden Auswahl geeigneter Werkzeuge und/oder Produkte. Im Rahmen des Workshops diskutierten die Beteiligten die Kriterien und Herausforderungen eines guten Profilings und die hierfür notwendigen organisatorischen, technischen und personellen Bedingungen.

Kommunikation mit der Prävention – interdisziplinäre BK-Bearbeitung (Workshop 2)

Die Zusammenarbeit zwischen BK-Bearbeitung und Prävention ist bei den UV-Trägern auf unterschiedliche Weise geregelt. Dies betrifft sowohl die Struktur als auch die Ablauforganisation. In dem Workshop wurden Wege diskutiert und erarbeitet, um die Kommunikation zwischen beiden Bereichen zu verbessern und so die Qualität des Ermittlungsauftrages und der Verfahrensabläufe zu optimieren und zu sichern.

Kommunikation mit Gutachtern – interdisziplinäre BK-Bearbeitung (Workshop 3)

Ziel dieses Workshops war es, herauszufinden, wie die Kommunikation zwischen BK-Sachbearbeitung und Gutachtern optimiert werden kann, mit dem Ziel, die Qualität der Gutachtenaufträge und der Gutachten zu erhöhen. Den Einstieg für die Diskussion bildete der Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

Kommunikation mit Sachbearbeitern – Prozesssteuerung/Kennzahlen (Workshop 4)

Der Workshop zielte darauf ab, die Handlungskompetenz auf Seiten der Führungskräfte zu erhöhen, um so die Zielwerte zu erreichen. Hierzu wurden Chancen und Risiken der Arbeit mit Kennzahlen diskutiert und Vorschläge entwickelt, um den Risiken zu begegnen und die Chancen zu nutzen.

Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG), zeigte, dass Kommunikation die Grundlage moderner Verwaltungsarbeit ist, und gab anschauliche Tipps, wie die notwendigen Schreiben an Versicherte trotz ihrer Ausrichtung an Rechtsvorschriften verständlicher verfasst werden können.

Cornelia Schiebe, Städtisches Krankenhaus Dresden-Neustadt, sensibilisierte mit ihrem Vortrag „Am Tor zum Menschen“ die Zuhörerinnen und Zuhörer sehr anschaulich für die Wirkung des Sachbearbeiterhandelns aus der Perspek-

tive der Versicherten. Gleichzeitig zeigte sie auch die Chancen für die Unfallversicherung auf, die aus dem Kontakt zu den Betroffenen entstehen können.

Nach diesen anregenden Impulsen schlossen sich, wie bereits bewährt und von den Teilnehmern gewünscht, vier parallele Workshops an. Jeder dieser Workshops erörterte die Kommunikation zu einer anderen Zielgruppe: der Sachbearbeitung mit Versicherten, mit der Prävention und mit Gutachtern sowie der Führungskräfte mit der Sachbearbeitung

(siehe **Kasten**). In den Workshops entwickelten die Beteiligten konkrete Vorschläge zur Optimierung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Zum Abschluss der Veranstaltung wurden die in den Workshops entwickelten Optimierungsvorschläge dem Plenum vorgestellt und im Hinblick auf weitere Schritte zur Umsetzung gemeinsam diskutiert.

Ausblick

Die BK-Qualitätssicherungstage werden wesentlich vom Arbeitskreis „Anwendung des Berufskrankheitenrechts“ gestaltet. Entsprechend befasst sich der Arbeitskreis mit den Veranstaltungsergebnissen und initiiert geeignete Aktivitäten. Ein Beispiel dafür sind die Unterstützungsangebote für BK-Verwaltungsverfahren im Informationssystem für die UV-Träger (BIS). Diese werden sich auch in der Darstellung zukünftig verstärkt am Bedarf der Versicherten orientieren. Ziel dieser „neuen Philosophie“ ist eine schnellere und effizientere Leistungserbringung auch unter Berücksichtigung der Behindertenrechte (SGB IX und UN-BRK). Das Stufenverfahren Haut wird derzeit überarbeitet, die entsprechende Überarbeitung und Neuentwicklung weiterer spezifischer Verfahren ist geplant.

Sowohl aus Sicht des Arbeitskreises als auch aus Sicht der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind die BK-Qualitätssicherungstage 2011 – wie auch in den Vorjahren – gut gelungen – sie waren lebendig und ergebnisreich. Die Veranstaltungsreihe soll daher fortgeführt werden. Die nächsten BK-Qualitätssicherungstage werden voraussichtlich Anfang 2014 stattfinden. ●

Autorinnen

Stefanie Palfner, Leiterin des Referats Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: stefanie.palfner@dguv.de

Dr. Ulrike Wolf, Referentin im Referat Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: ulrike.wolf@dguv.de

BK-Begutachtungsempfehlungen

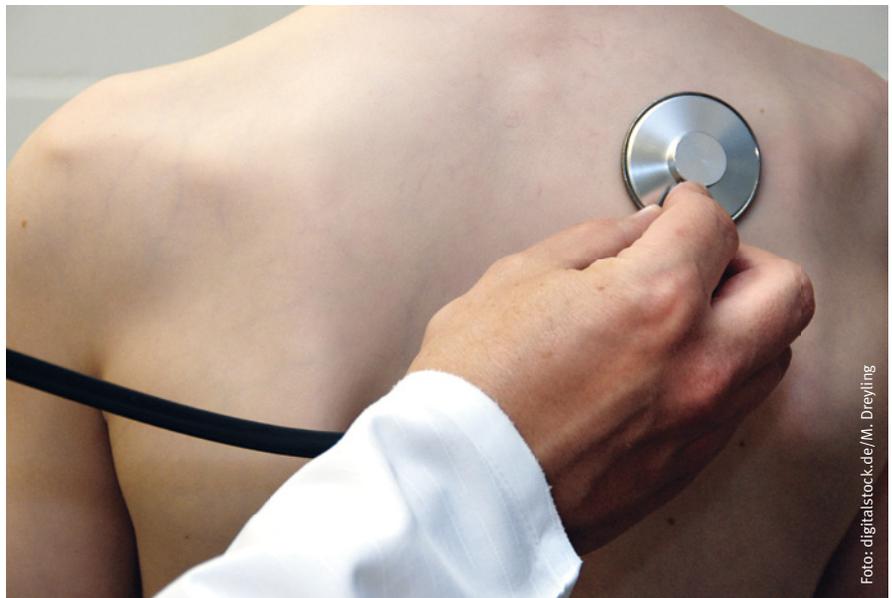
Wissen von Experten für Experten

Medizinische Gutachten sind ein wichtiger Teil der Verfahren bei Berufskrankheiten. In den Gutachten geht es vor allem um den Nachweis der Ursachenzusammenhänge und die Beurteilung der Folgen einer Berufskrankheit. Ihnen muss der jeweils aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand zugrunde liegen. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat deshalb in den vergangenen Jahren einige Begutachtungsempfehlungen zu Berufskrankheiten neu erstellt oder überarbeitet. Wir informieren über deren Entstehung und Hintergründe.

Zu den vielfältigen Aufgaben der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) gehört unter anderem die Entscheidung über die Anerkennung von Berufskrankheiten (BK).¹

Ob eine (entschädigungspflichtige) Berufskrankheit vorliegt, wird im Feststellungsverfahren geprüft. Dieses umfasst die Klärung der Krankheit und der Arbeitsbiografie, dabei insbesondere die Ermittlung schädigender Einwirkungen am Arbeitsplatz. Um den entscheidungserheblichen Sachverhalt zu ermitteln, müssen häufig komplexe Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge analysiert und bewertet werden. Beispielsweise können vielschichtige Einwirkungen sowohl aus dem versicherten als auch aus dem privaten bzw. unversicherten Bereich als Krankheitsursachen in Betracht kommen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) muss dabei der aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand die Grundlage bilden (vgl. BSG vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R). Der Gleichbehandlungsgrundsatz aus Artikel 3 Grundgesetz (GG) ist zu beachten: Vergleichbare Lebenssachverhalte unterschiedlicher Versicherter müssen zu vergleichbaren Ergebnissen in den medizinischen Gutachten und den Feststellungsverfahren der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) führen.

Zur Klärung des Sachverhaltes kann sich der UV-Träger aller legalen Beweismittel und Ermittlungsmöglichkeiten bedienen, die er nach seinem pflichtgemäßen Er-



Zur Begutachtung gehört eine gründliche fachärztliche Untersuchung, die weit über das Abhören mit dem Stethoskop hinausgeht.

messen für erforderlich hält (vgl. §§ 20 ff. SGB VII).² Hierzu gehört bei Berufskrankheiten vor allem das medizinische Sachverständigengutachten.

Entscheidet sich der UV-Träger, ein Gutachten einzuholen, muss die Berücksichtigung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes im Gutachten und in der anschließenden Verwaltungsentscheidung gewährleistet sein. In einer Entscheidung vom 27. Juni 2006 (B 2 U 20/04 R) hat das BSG den Begriff des medizinischen Erkenntnisstandes definiert. Dazu zählen solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse, die von der

großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also – von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen – Konsens besteht.

Als Erkenntnisquellen kommen unter anderem die Amtlichen Merkblätter und Wissenschaftlichen Begründungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) in Betracht.³ Diese sind nicht immer auf dem neuesten Stand und werden nicht aktualisiert. Als Fundstellen sind sie daher nur bedingt geeignet.

Die DGUV als Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, beziehungsweise ihr Vorgänger, der frühere Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), hatte daher bereits in den 1970er Jahren damit begonnen, zu verschiedenen Berufskrankheiten Begutachtungsempfehlungen zu entwickeln, die den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand zusammenfassen und ergänzend sachdienliche Hinweise für die Begutachtung und die Sachbearbeitung der UV-Träger zu unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen beinhalten. Sie wurden früher als „Merkblätter“ bezeichnet (zum Beispiel „Königsteiner Merkblatt“). Um Verwechslungen mit den Amtlichen Merkblättern des BMAS zu vermeiden, werden sie seit 2009 als „Empfehlungen zur Begutachtung“ bezeichnet.

Hintergründe

Im sozialrechtlichen Verfahrensrecht ist der Grundsatz verankert, dass nur Personen, die über die erforderliche Sachkunde und Qualifikation verfügen, als medizinische Sachverständige bestellt werden dürfen.⁴ Das ärztliche Berufsrecht bestimmt in den Weiterbildungsverordnungen zu den verschiedenen Facharzttrichtungen, ob und wie die Begutachtungs-Qualifikation erlangt wird. Es beschreibt aber auch die Eigenverantwortlichkeit der Ärzteschaft bei der Berufsausübung – und damit auch bei der Begutachtung. Die UV-Träger sind gehalten, den grundgesetzlich garantierten Gleichheitsgrundsatz zu beachten, das heißt gleichartige Sachverhalte vergleichbar zu behandeln und zu entscheiden. Daraus ergibt sich, dass die Erstellung von Begutachtungsempfehlungen zwar nicht gesetzlich festgeschrieben ist, sie gleichwohl aber mittelbar den gesetzlichen Zwecken des materiellen Unfallversicherungs- und Sozialverfahrensrechts sowie des ärztlichen Berufsrechts dient.⁵

Das bekannte „Königsteiner Merkblatt“ zur Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301)

aus dem Jahr 1974 war die erste Begutachtungsempfehlung der gesetzlichen Unfallversicherung und ist bis heute in inzwischen vierter Auflage fester Bestandteil der BK-Verfahren. Die 5. Auflage ist in Vorbereitung und wird voraussichtlich im Frühjahr 2012 unter dem Titel „Königsteiner Empfehlung“ publiziert werden.⁶

Weitere Begutachtungsempfehlungen wurden in der Folgezeit – im Schwerpunkt in den letzten zehn Jahren – herausgegeben. Maßgeblicher Impuls war ein im Jahr 2001 vom damaligen HVBG veranstaltetes Kolloquium zu Fragen der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei Berufskrankheiten.⁷ Bei dieser Tagung erfolgte eine umfassende und kritische Bestandsaufnahme durch Sozialpartner, UV-Träger und Sozialgerichte, Anwaltschaft, Arbeitsmarktforschung sowie die medizinische und sozialrechtliche Wissenschaft. Wichtige Aspekte, insbesondere zu den notwendigen Inhalten der Begutachtungsempfehlungen, der umfassenden Einbeziehung von Experten der relevanten Fachrichtungen sowie der verbesserten Transparenz des Erarbeitungsprozesses, wurden beschrieben.⁸

Richtungweisend war ein Vortrag des früheren Vorsitzenden Richters am BSG Wolfgang Wiester, der die nachfolgend dargestellten inhaltlichen und verfahrensmäßigen Anforderungen an Begutachtungsempfehlungen formuliert hatte, die der DGUV heute als Ausgangsbasis für die Entwicklung von Begutachtungsempfehlungen dienen:⁹

- **Sachkunde:** Die Empfehlungen müssen auf wissenschaftlicher Grundlage, insbesondere aufgrund von Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, von einem kompetenten Fachgremium aufgestellt werden.
- **Transparenz und Unabhängigkeit:** Bei den im Fachgremium mitwirkenden Experten müssen die Gesichtspunkte der Transparenz und Unabhängigkeit gewahrt sein.

- **Konkretheit und Anwendbarkeit:** Die Empfehlungen müssen aus Sicht ihrer Adressaten (Gutachter, Entscheider der UV-Träger und der Gerichte) ausreichend konkret sein.
- **Aktualität:** Die Empfehlungen müssen in regelmäßigen Abständen beziehungsweise bei Bedarf auf die Aktualität ihres Inhaltes hin überprüft werden.
- **Organisation und Verfahren:** Durch besondere organisatorische Vorkehrungen und Verfahrensregelungen sind die genannten inhaltlichen Kriterien bei der Erstellung der Empfehlung zu gewährleisten.
- **Akzeptanz:** Durch die Erfüllung dieser Kriterien einschließlich der Publikation der Empfehlung und ihrer Erörterung mit allen betroffenen Organisationen soll ein Höchstmaß an Akzeptanz nicht nur bei den Gutachtern und den UV-Trägern, sondern auch bei den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Behörden der Länder, in der Sozialgerichtsbarkeit, bei den Sozialpartnern und nicht zuletzt auch bei den Versicherten, ihren Verbänden und Rechtsvertretern erreicht werden.

Weitere Grundlage sind die „Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“, die 2004 in der Schriftenreihe des HVBG veröffentlicht wurden und weiterhin Gültigkeit haben.¹⁰ An ihrer Entwicklung waren die Bundesärztekammer und zahlreiche für die Begutachtung von Berufskrankheiten relevante medizinische Fachgesellschaften beteiligt. Die Broschüre fasst die allgemeinen Grundlagen der Begutachtung bei Berufskrankheiten zusammen und gibt Hinweise zu den Rollen von Gutachtern und UV-Trägern im Feststellungsverfahren, vor allem zur Vorbereitung und Auswertung von Gutachten. Ferner enthält sie eine Übersicht über die für die Begutachtung bestimmter Berufskrankheiten erforderlichen Qualifikationen der begutachtenden Ärzte hinsichtlich deren persönlich-fachlicher Eignung und der erforderlichen Praxisausstattung.¹¹ ▶

Quelle: DGUV



Aktuelles Vorgehen

Um die von Wiester beschriebenen Anforderungen zu erfüllen, hat sich die DGUV 2009 in ihren „Grundsätzen der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“¹² zur Einhaltung bestimmter Verfahrensregeln verpflichtet.

Im ersten Schritt wird auf Initiative der DGUV ein interdisziplinär besetzter Arbeitskreis (AK) gegründet. Dazu werden die medizinischen Fachgesellschaften, die einen besonderen Fachbezug zu den im Fokus stehenden Berufskrankheiten haben, die staatlichen Gewerbeärzte sowie die von den jeweiligen Berufskrankheiten hauptsächlich betroffenen UV-Träger, Institute und Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung sowie auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und die Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Teilnahme am AK eingeladen. Diese Institutionen bestimmen, wer für sie am AK teilnimmt. Die DGUV hat kein Vorschlagsrecht.

Liegen zur Thematik medizinisch-wissenschaftliche Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften vor oder werden solche parallel zur Begutachtungsempfehlung erarbeitet, erfolgt grundsätzlich eine enge inhaltliche Abstimmung der Papiere (vgl. die „Empfehlung für die Begutachtung der asbestbedingten Berufskrank-

heiten – Falkensteiner Empfehlung“¹³ und die parallel entwickelte S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“¹⁴).

Um die Gefahr von Doppelarbeit zu vermeiden, entwickelten die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und die DGUV im Jahr 2009 in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) für zukünftige Projekte die „Gemeinsame Empfehlung bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten“¹⁵ (im Folgenden: Gemeinsame Empfehlung).

Nach der Gemeinsamen Empfehlung erfolgt in der ersten Stufe die umfassende Klärung der medizinischen Fragestellungen; sofern geboten, geschieht dies in Form einer wissenschaftlichen Leitlinie nach dem Regelwerk der AWMF unter Verantwortung der federführenden medizinischen Fachgesellschaften mit Beteiligung der DGUV.¹⁶

Exkurs: Wissenschaftliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte und Patienten zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Leitlinien zur Begutachtung von Berufskrankheiten enthalten die Darstellung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse, vor allem zur Diagnostik des Krankheitsbildes, zur Feststellung von Funktionseinschränkungen und zur Beurteilung von Ursachenzusammenhängen zwischen Einwirkung und Erkrankung sowie zwischen Erkrankung und Funktionseinschränkungen.¹⁷

Die Federführung des vergleichbar zusammengesetzten Arbeitskreises zur Erarbeitung der juristischen Begutachtung-

saspekte liegt bei der DGUV. Die Inhalte werden dabei im Konsensprinzip entwickelt. Für den bislang nicht eingetretenen Ausnahmefall, dass zu einzelnen Punkten keine Einigung erzielt werden kann, ist die Möglichkeit vorgesehen, die abweichende Meinung als „dissenting vote“ in die Begutachtungsempfehlung aufzunehmen.

Die Entwurfsfassung der Empfehlung wird anschließend in einem erweiterten Expertenkreis – idealerweise im Rahmen einer Fachveranstaltung – vorgestellt und erörtert. Diesem Kreis gehören neben den Mitgliedern des AK und den UV-Trägern auch Repräsentanten der Sozialpartner, der Sozialgerichtsbarkeit, der Sozialrechtsanwälte und der Selbsthilfegruppen als Betroffenenvertreter an. Ergeben sich aus der Präsentationsveranstaltung Änderungs- oder Ergänzungshinweise, werden diese erforderlichenfalls nochmals vom AK diskutiert und fließen in die Begutachtungsempfehlung ein. Erst danach wird die Empfehlung den beteiligten Fachgesellschaften zur Stellungnahme und Zustimmung übermittelt. Die Publikation folgt nach Abschluss dieses Prozesses.

Für die Überarbeitung der Begutachtungsempfehlungen ist ein Fünf-Jahres-Rhythmus vorgesehen, bei einer wesentlichen Änderung des wissenschaftlich-medizinischen Kenntnisstandes außerhalb dieses Zeitschemas kann die Überarbeitung auch vorgezogen werden. Besteht kein Änderungsbedarf, kann es bei der bestehenden Empfehlung bleiben, die nach Zeitablauf erneut überprüft wird.

Fazit und Ausblick

Begutachtungsempfehlungen sind von ihrer Rechtsnatur her weder Rechtsnormen noch antizipierte Sachverständigengutachten. Letzteres kommt schon deshalb nicht in Betracht, da das konkrete Einzelfallgutachten durch die Begutachtungsempfehlung nicht ersetzt wird. Wohl aber kann man den Empfehlungen das Attribut „qualifizierter Erfahrungssatz“ zusprechen, da sie den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft in Bezug auf die im Einzelfall zu ermittelnden Voraussetzungen der jeweiligen Berufskrankheiten-Tatbestände wiedergeben.

Der hohe Stellenwert, der den Begutachtungsempfehlungen in der gesetzlichen Unfallversicherung zukommt, wird an der Vielzahl von Berufskrankheiten, zu denen bereits Empfehlungen entwickelt wurden, die zum Teil bereits überarbeitet worden sind, deutlich: Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301, „Königsteiner Empfehlung“), obstruktive Atemwegserkrankungen (BK-Nrn. 1315 [ohne Alveolitis], 4301 und 4302, „Reichenhaller Empfehlung“), Hauterkrankungen und Hautkrebs (BK-Nrn. 5101 und 5102, „Bamberger Merkblatt“), Polyneuropathie und Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel (BK-Nr. 1317, BK-Report zur BK-Nr. 1317), bandscheibenbedingte Wirbelsäulenerkrankungen (BK-Nrn. 2108, 2109, „Konsensusempfehlungen zur Begutachtung der bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule“), Silikose (BK-Nr. 4101, „Bochumer Empfehlung“), asbestbedingte Erkrankungen (BK-Nrn. 4103, 4104, 4105 und 4114, „Falkensteiner Empfehlung“).

Die Begutachtungsempfehlungen der DGUV bieten den am Berufskrankheitenverfahren Beteiligten (Ärzte, UV-Träger, Versicherte und ihre Vertreter) eine aktuelle, wissenschaftlich gesicherte Grundlage zu berufskrankheitsspezifischen und unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen, auf deren Basis eine einzelfallgerechte Entscheidung über eine Berufskrankheit getroffen werden kann. Für die Sozialgerichtsbarkeit, die Anwaltschaft und nicht zuletzt die Betroffenen sind sie eine wichtige Informationsquelle, die die Begutachtung im BK-Verfahren transparent macht.

Die Reaktionen aus der Praxis auf neue Empfehlungen sind erfreulich positiv. So wurde beispielsweise die „Falkensteiner Empfehlung“ als wertvolle Hilfe für die sozialrichterliche Arbeit bewertet.¹⁸ Auch finden die Begutachtungsempfehlungen international Beachtung, zur „Falkensteiner Empfehlung“ erreichten die DGUV unter anderem Anfragen aus den Niederlanden, Hongkong und Japan.

Eine Begutachtungsempfehlung kann aber immer nur so gut sein, wie sie in der Praxis angenommen wird.¹⁹ Nur durch die

konsequente Umsetzung der Empfehlung kann ihr Ziel erreicht werden, die Versicherten bei der Begutachtung auf der Grundlage der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse gleich zu behandeln. Um die Umsetzung zeitnah und effektiv zu unterstützen, hatte die DGUV beispielsweise im Anschluss an die Bekanntgabe der „Falkensteiner Empfehlung“ deutschlandweit neun ganztägige Informationsveranstaltungen für die Sachbearbeitung der UV-Träger durchgeführt, bei denen mehr als 700 Teilnehmer umfassend über die Inhalte und Maßgaben der neuen Begutachtungsempfehlung informiert wurden.

Ebenso wichtig ist die Schulung der gutachterlich tätigen Ärzte durch die medizinischen Fachgesellschaften, an denen sich die DGUV beteiligt. Exemplarisch wird hierzu nochmals auf die „Falkensteiner Empfehlung“ verwiesen. Die DGUV hatte bei den Jahrestagungen und -kongressen 2011 der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und den DGAUM-Fachforen zur „Falkensteiner Empfehlung“ und zur Asbest-Leitlinie unterstützt. In Kooperation mit der Deutschen Röntgenesellschaft wurden Fortbildungsveranstaltungen zur radiologischen Diagnostik arbeitsbedingter Erkrankungen von Lunge und Pleura durchgeführt. Weitere Informationsveranstaltungen für Ärzte sind in Vorbereitung.

Für die Neuauflagen der „Königsteiner Empfehlung“ und „Reichenhaller Empfehlung“ sind nach deren Publikation vergleichbare Veranstaltungen für Gutachter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der UV-Träger geplant. ●

Autoren

Melanie Duell, Referentin im Referat Berufskrankheiten der DGUV

Dr. Andreas Kranig, Leiter der Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV

Stefanie Palfner, Leiterin des Referats Berufskrankheiten der DGUV

E-Mail für alle Verfasser:

melanie.duell@dguv.de

*

- 1 Vgl. Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten, HVBG 2004, S. 3.
- 2 Vgl. Becker, P.: „Die anzeigenpflichtigen Berufskrankheiten“, 2010, S. 228.
- 3 Vgl. Jung, H.-P.: „Stellungnahme aus der Sicht des Bundes Deutscher Sozialrichter“ in Falkensteiner Tage 2010 – Kolloquium zur Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten, DGUV 2011, S. 115 ff.
- 4 Vgl. Kranig, A.: Bedeutung von Begutachtungsempfehlungen, antizipierten Sachverständigengutachten und Leitlinien – aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung, MED SACH 2/2010, S. 54 ff.
- 5 Vgl. Kranig a.a.O.
- 6 Vgl. Wolf, U.; Brusis, T.: War es Arbeitslärm?, in diesem Heft.
- 7 Vgl. Kranig, a.a.O.
- 8 Vgl.; Kolloquium zu Fragen der Minderung der Erwerbsfähigkeit – insbesondere bei Berufskrankheiten. Am 10. Januar 2001 in Hennef, HVBG 2002
- 9 Vgl. Wiester, W.: Rechtsgrundlagen und Grundprobleme, in Kolloquium zu Fragen der Minderung der Erwerbsfähigkeit – insbesondere bei Berufskrankheiten. Am 10. Januar 2001 in Hennef, HVBG 2002; Kranig a.a.O.
- 10 Online abrufbar unter: www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/documents/bk_empf.pdf
- 11 vgl. Kranig a.a.O.
- 12 Online abrufbar unter: publikationen.dguv.de/dguv/pdf/10002/gem_empf_bk_2009.pdf (Anhang 2)
- 13 Online abrufbar unter: publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?ID=0
- 14 Online verfügbar unter: www.pneumologie.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Leitlinien/1297174026952.pdf?cntmark
- 15 Vgl. Brandenburg, S.; Kranig, A.; Letzel, S.; v. Mittelstaedt, G.; Palfner, S.; Selbmann, H.-K.: Gemeinsame Empfehlung der AWMF und der DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMF bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU), 12/2009, S. 646 ff.; Palfner, S.: Begutachtung von Berufskrankheiten. In: DGUV Forum 12/09, S. 32 f.
- 16 Vgl. Kranig a.a.O.
- 17 Vgl. Brandenburg, Kranig, Letzel, v. Mittelstaedt, Palfner, Selbmann a.a.O.
- 18 Vgl. Jung a.a.O.
- 19 Vgl. Otten, H.; Duell, M.: „Falkensteiner Empfehlung“. Neues Kapitel in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten. In: DGUV Forum 3/2011, S. 13 ff.



Foto: DGUV/Sepp Spiegl

Neufassung der „Königsteiner Empfehlung“

War es Arbeitslärm?

Die Empfehlung der gesetzlichen Unfallversicherung zur Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit wurde überarbeitet. Der Beitrag stellt die Änderungen der fünften Auflage vor.

Die „Empfehlung für die Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit“ – bisher bekannt als „Königsteiner Merkblatt“ – stellt seit mehr als 30 Jahren eine Grundlage für eine gleiche, gerechte Begutachtung und Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingter Schädigung des Gehörs dar. Im Jahr 1974 erschien die erste Auflage dieser Empfehlung, die seither mehrfach aktualisiert worden ist.

Die letzte, bislang gültige Fassung stammt aus dem Jahr 1996. Seither hat sich der medizinisch-wissenschaftliche Kenntnisstand weiterentwickelt und Neuerungen in der Rechtsprechung haben sich ergeben. Auch eine Abfrage bei Unfallversicherungsträgern und zuständigen Fachgesellschaften zeigte, dass die „Empfehlung für die Begutachtung der beruf-

lichen Lärmschwerhörigkeit“ aktualisiert werden musste.

Im Frühjahr 2009 initiierte daher die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) einen Prozess, um diese Empfehlung zu überarbeiten. Hierfür setzte sie gemäß den „Grundsätzen der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ (Brandenburg et al. 2009) einen interdisziplinären Arbeitskreis zur Überarbeitung ein, zu dem die medizinischen Fachgesellschaften ihre Vertreter benannten.

Anfang 2011 lag der innerhalb des Arbeitskreises abgestimmte Entwurf der „Empfehlung für die Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit“ vor. Dieser wurde am 4. Mai 2011 in einem eintägigen Kolloquium im Unfallkrankenhaus Berlin einer erweiterten Fachöffent-

lichkeit vorgestellt und mit dieser diskutiert. Im Wesentlichen stieß der Entwurf bei den 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf positive Resonanz. Die Veranstaltung zeigte jedoch, dass teilweise Erläuterungsbedarf bestand und an einigen Stellen noch Ergänzungen oder Änderungen notwendig waren.

Der Arbeitskreis „Königsteiner Empfehlung“ hat sich mit den Ergebnissen der Fachveranstaltung befasst und die Empfehlung an einigen Stellen entsprechend überarbeitet. Inzwischen haben die Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften ihre Zustimmung zur Neufassung der „Königsteiner Empfehlung“ gegeben, so dass sie nun in Druck gehen kann. Mit Erscheinen dieses Artikels steht die Empfehlung nun im Internet unter www.dguv.de zum Download sowie zur Bestellung zur Verfügung.

Wesentliche Punkte der Überarbeitung

Um eine Verwechslung mit den „Amtlichen Merkblättern“ zu vermeiden, wird die Neufassung – wie auch schon andere DGUV-Begutachtungsempfehlungen – als „Empfehlung“ bezeichnet. Aus dem „Königsteiner Merkblatt“ wurde somit die „Königsteiner Empfehlung“.

Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen der völlig neu überarbeiteten fünften Auflage erläutert.

Die neue „Königsteiner Empfehlung“ enthält nun Hinweise, wann eine ärztliche Anzeige erstattet werden soll. Hiernach müssen Betroffene einer ausreichenden Lärmexposition ausgesetzt gewesen sein und das typische Bild einer lärmbedingten Schwerhörigkeit (Innenohrschwerhörigkeit, Symmetrie, c⁵-Senke) aufweisen.

Neu eingeführt wurde zudem die „Effektive Lärmdosis“ (ELD) nach Liedtke (2010). Diese orientiert sich an der ISO-Richtlinie 1999. Sie wird auf der Basis der gesamten Lärmbelastung der Betrof-

fenen ermittelt und nicht nur für den Zeitraum, für den der einzelne Versicherungsträger zuständig ist. Gemäß der neuen „Königsteiner Empfehlung“ erhält der Gutachter eine zeitlich kontinuierliche graphische Darstellung über die entsprechenden „Lärmjahre“ sowie einen ELD-Wert für das gesamte Arbeitsleben. Die ELD ermöglicht dem Gutachter eine vergleichende Einschätzung bei der Beurteilung der Exposition unterschiedlicher Versicherter.

Zur Unterscheidung zwischen Innenohrschwerhörigkeit und Hörnervenschwerhörigkeit werden künftig objektive Messmethoden den subjektiven Messmethoden vorgezogen. In der neuen Empfehlung wurde den otoakustischen Emissionen (OAE) eine besondere Bedeutung beigemessen. Dabei handelt es sich um akustische Antworten des Innenohrs auf akustische Reize von kurzer Dauer (transitorisch evozierte OAE = TEOAE) beziehungsweise um Verzerrungen, die im System der Cochlea durch zwei gleichzeitig einwirkende Sinustöne erzeugt werden (distorsiv produzierte OAE = DPOAE).

Für die Auswertung wurde ein spezieller neuer Befundbogen erarbeitet, der neben dem bisherigen audiologischen Befundbogen auszufüllen ist. In Zweifelsfällen oder bei Versagen der OAE-Messung können gemäß der neuen „Königsteiner Empfehlung“ nach wie vor die bisherigen subjektiven Tests wie beispielsweise SISI-Test, Lüscher-Test oder Langenbeck-Test durchgeführt werden.

Die bereits in der vorherigen Fassung von 1996 dargestellten Verfahren zur Berechnung des Hörverlustes haben sich bewährt und wurden daher in der bisherigen Form beibehalten. Das Gleiche gilt auch für die MdE-Einschätzung nach der Tabelle von Feldmann (1995). Ausdrücklich wird aber in der Neufassung hervorgehoben, dass das gewichtete Gesamtwortverstehen nur bei der geringgradigen Schwerhörigkeit anzuwenden ist, nicht aber bei der mittel- oder gar hochgradigen Schwerhörigkeit. In der aktualisierten Empfehlung wird nun explizit darauf hingewiesen, dass der Gutachter, wenn sich aus dem Tonaudiogramm trotz deutlichem Hochtonabfall und trotz subjektiver Einschränkung des Sprachgehörs bei Nebengeräuschen ein prozentualer Hörverlust von null Prozent ergibt, die Schwerhörigkeit textlich nicht als Normalhörigkeit sondern als beginnende Schwerhörigkeit einstufen soll.

Berichten Versicherte über einen gleichzeitig bestehenden Tinnitus, so soll dieser zukünftig als Begleit-Tinnitus bezeichnet werden. Er ist – wie auch bisher – bei der MdE-Einschätzung integrierend mit einer MdE bis zehn Prozent zu bewerten. Eine neurologisch-psychiatrische Zusatzbegutachtung ist dann erforderlich, wenn ein dekomensierter Tinnitus Grad IV besteht. In den anderen Fällen soll der Gutachter die durch den Tinnitus bedingte MdE selbst einschätzen und berücksichtigen.

Auch akute Gehörschäden werden jetzt in der „Königsteiner Empfehlung“ behandelt. So finden sich nun in der Empfehlung Erläuterungen, bei welchem Lärmpegel ein akuter Gehörschaden auftreten kann, zum Beispiel ein Knalltrauma oder ein sogenanntes akutes Lärmtrauma. ▶

Interdisziplinärer Arbeitskreis zur Entwicklung der „Empfehlung für die Begutachtung der beruflichen Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung“

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Tilman Brusis, Köln, Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNOKHC)

Medizinische Fachgesellschaften und Institutionen

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNOKHC)
- Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V. (BV HNO)
- Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW)
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e.V. (VDSG)

Unfallversicherungsträger und deren Spitzenverbände, Institute und Kliniken

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung
- Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)
- Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Weitere Aktivitäten

Durch die Überarbeitung der „Königsteiner Empfehlung“ haben sich auch Änderungen bei den Untersuchungsstandards ergeben. Zudem wurde die Gebühr für das Formulgutachten zur Lärmschwerhörigkeit (Nummer 155) seit vielen Jahren nicht mehr geändert. Aus diesen Gründen wurde eine Gebührenänderung als notwendig und zweckmäßig erachtet.

Aus der Überarbeitung der „Königsteiner Empfehlung“ ergab sich zudem die Notwendigkeit, den Gutachtenauftrag A 8200-2301 sowie das für die Sachbearbeitung relevante „Stufenverfahren BK 2301 (Lärm)“ zu aktualisieren.

Die Änderung der Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ), der überarbeitete Verfahrensablauf sowie der aktualisierte Gutachtenauftrag sollen zeitnah mit der Publikation der „Königsteiner Empfehlung“ bekannt gegeben werden.

Ausblick

Mit der Veröffentlichung der „Königsteiner Empfehlung“ wird der erste Schritt zur Umsetzung getan sein. Anschließend gilt es, die Inhalte zu vermitteln und die Anwendung zu fördern. Im ersten Halbjahr 2012 sind daher in allen Landesverbänden der DGUV entsprechende Fortbildungen

für die Sachbearbeitung geplant. Hier soll neben der neuen „Königsteiner Empfehlung“ auch das neue Stufenverfahren erläutert werden. Zudem wurde die „Königsteiner Empfehlung“ bereits im Rahmen des Jenaer Fort- und Weiterbildungs-kolloquiums zu Gutachten in der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, das am 3. und 4. Februar 2012 am Universitätsklinikum Jena stattfand, vorgestellt und dort mit den rund 100 Anwesenden diskutiert.

Neben diesem Beitrag sind darüber hinaus weitere Publikationen geplant, in denen die Neuerungen der „Königsteiner Empfehlung“ vorgestellt und erläutert werden.

Die Überarbeitung der „Königsteiner Empfehlung“ hat zudem potentielle Handlungsfelder für die zukünftige Arbeit aufgezeigt. So war sich der mit der Überarbeitung der „Königsteiner Empfehlung“ betraute Arbeitskreis darüber einig, dass

- die Bewertung der arbeitsbedingten Schwerhörigkeit künftig der Bedeutung des Gehörs in der Arbeitswelt weiter angepasst werden muss, dies gilt insbesondere für die beginnende Schwerhörigkeit;
- die Bedeutung der Kombinationswirkung von Lärm mit ototoxischen Arbeitsstoffen auch in Zukunft weiter zu beobachten ist.



Brandenburg, S.; Kranig, A.; Letzel, S.; von Mittelstaedt, G.; Palfner, S.; Selbmann, H.-K.: Gemeinsame Empfehlung der AWMF und der DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMF bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten, Anhang 2: Grundsätze der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten. Gesundheitswesen 2009; 71(12), S. 857 – 863.

Feldmann, H.: Beschluss der neuen Tabelle auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie am 30. Mai 1995 in Karlsruhe. Tabelle auch in Feldmann, H.; Brusis, T.: Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes. 7. Auflage. Thieme, Stuttgart 2012

Liedtke, M.: Effektive Lärmdosis basierend auf Hörminderungsäquivalenzen nach ISO 1999. Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 2010, 11/2010, S. 612 – 623.

Für die Überprüfung und Überarbeitung der „Königsteiner Empfehlung“ ist zukünftig – wie auch bei anderen Empfehlungen – ein Fünf-Jahres-Rhythmus vorgesehen. ●

Autoren

Dr. Ulrike Wolf, Referentin im Referat Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: ulrike.wolf@dguv.de

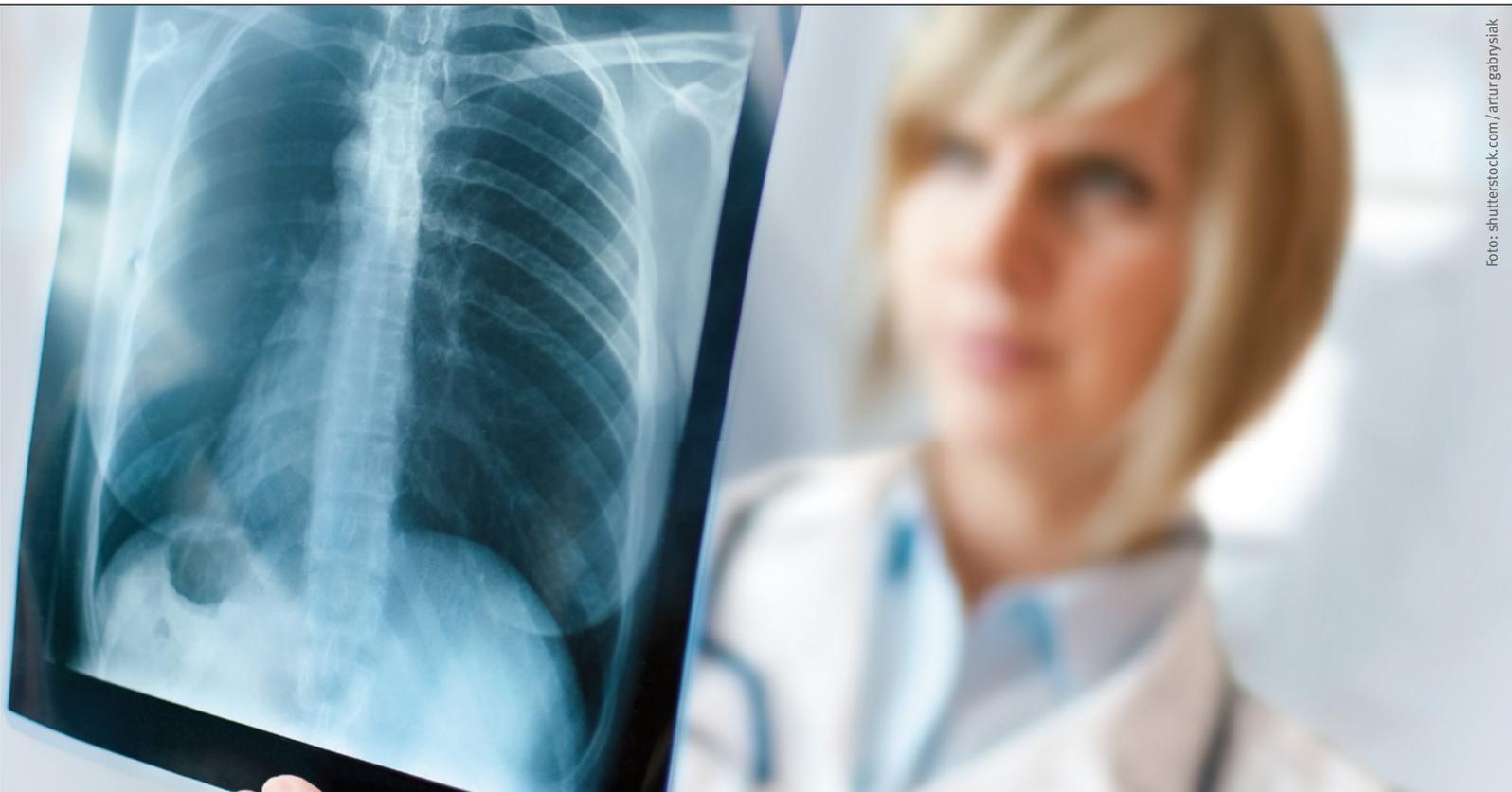
Prof. Dr. med. Tilman Brusis, Institut für Begutachtung
E-Mail: prof-brusis@t-online.de

Lebhafte Diskussionen mit der erweiterten Fachöffentlichkeit am 4. Mai 2011 führten zu einer weiteren Optimierung der „Königsteiner Empfehlung“.

Der Entwurf der „Königsteiner Empfehlung“ stieß auf positive Resonanz.



Fotos: Fredi-Dieter Zagrodnik



Obstruktive Atemwegserkrankungen

Die Neuauflage der „Reichenhaller Empfehlung“

Die Arbeiten an der Neuauflage der bisher als „Reichenhaller Merkblatt“ bekannten Begutachtungsempfehlung zu den obstruktiven Atemwegserkrankungen sind weitestgehend abgeschlossen. Nach Zustimmung der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften soll die wesentlich neu gefasste „Reichenhaller Empfehlung“ demnächst veröffentlicht werden.

Medizinische Fachgutachten sind in den Feststellungsverfahren der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) ein wichtiges und bewährtes Beweismittel zur Klärung der Frage, ob eine Berufskrankheit (BK) anzuerkennen und zu entschädigen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) muss der Beurteilung der aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand zugrunde liegen (vgl. BSG vom 9. Mai 2006, B 2 U 1/05 R). Die Begutachtungsempfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) stellen diesen Erkenntnisstand zusammenfassend dar und enthalten ergänzend sachdienliche Hinweise zu unfallversicherungsrechtlich

relevanten Fragestellungen. Sie sind damit eine wichtige Hilfe für die UV-Praxis, um eine einzelfallgerechte Entscheidung über die Anerkennung einer Berufskrankheit treffen zu können.¹

Im Jahr 2006 gab die DGUV unter dem Titel „Reichenhaller Merkblatt“ erstmals eine Begutachtungsempfehlung zu den obstruktiven Atemwegserkrankungen heraus. Unter den Oberbegriff „obstruktive Atemwegserkrankung“ werden in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) die Krankheitsbilder „allergische Rhinopathie“, „Asthma bronchiale“ und „chronische obstruktive Bronchitis“ (COPD) subsumiert. Da es sich dabei um in der Bevölkerung weit verbreitete Erkrankun-

gen handelt, ist die Abgrenzung der arbeitsbedingten Einwirkung als Erkrankungsursache von anderen, durch nicht versicherte Einwirkungen hervorgerufenen Erkrankungen, zum Beispiel einer außerberuflich erworbenen Allergie auf bestimmte Stoffe, besonders wichtig.

Den obstruktiven Atemwegserkrankungen kommt im Berufskrankheiten-Geschehen schon seit Jahren ein gleichbleibender Stellenwert zu. In den Jahren 2006 bis 2010 bezogen sich beispielsweise durchschnittlich sechs Prozent aller angezeigten Verdachtsfälle auf die BK-Nummern 1315 (Erkrankungen durch Isocyanate [ohne Alveolitis]), 4301 (durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive ▶

Atemwegserkrankungen [einschließlich Rhinopathie] und 4302 (durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen); der Anteil an den neuen BK-Renten betrug knapp zwei Prozent. Rund 17 Prozent aller Fälle mit Übergangsleistungen nach § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) waren diesen Krankheitsbildern zuzuordnen.

Hintergründe

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung des „Reichenhaller Merkblatts“ legten die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) gemeinsam einen Überarbeitungsvorschlag vor.

Die DGUV initiierte daraufhin entsprechend ihren „Grundsätzen der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“² einen interdisziplinär besetzten Arbeitskreis (AK). Dieser setzte sich in zweieinhalb Jahren intensiver Arbeit konstruktiv und dem Konsensprinzip folgend mit den Änderungsvorschlägen der medizinischen Fachgesellschaften, dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand sowie dem Aufbau und der Gliederung des bisherigen „Reichenhaller Merkblatts“ auseinander.

Im AK waren neben der DGUV, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), den UV-

Trägern sowie deren Instituten und Kliniken folgende Fachgesellschaften und Organisationen vertreten:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
- Bundesverband der Pneumologen
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte

Auf der Basis des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, der seit Erscheinen der Erstauflage ergangenen Rechtsprechung sowie der vielfältigen Erfahrungen, die die UV-Träger, die Fachgesellschaften und die DGUV in den vergangenen Jahren gesammelt hatten, erachtete es der AK als unbedingt notwendig, die Neuauflage inhaltlich neu zu strukturieren und zu gliedern sowie die Schwerpunkte neu zu setzen.

Die geänderte Konzeption wurde dabei bereits wesentlich an den Maßgaben der neuen „Gemeinsamen Empfehlung“³ ausgerichtet, die von der DGUV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM) entwickelt wurden, obgleich dieses Papier erst für Begutachtungsemp-

fehlungen verpflichtend anzuwenden ist, die ab 2010 erstellt oder überarbeitet werden.⁴

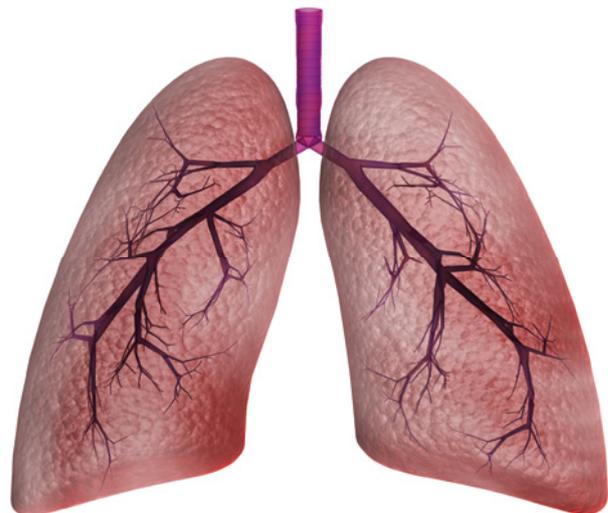
Der vom AK erstellte Überarbeitungsentwurf wurde am 15. Oktober 2011 im Rahmen des Arbeitsmedizinischen Kolloquiums 2011 der Klinik für Berufskrankheiten in Bad Reichenhall einer erweiterten Fachöffentlichkeit vorgestellt und intensiv diskutiert. Die grundlegende Überarbeitung der Inhalte und der Gliederung sowie die neue Schwerpunktsetzung wurden ganz überwiegend begrüßt.⁵

Im Ergebnis der Diskussion wurden Textänderungen und -ergänzungen vereinbart. Die Ergebnisse des Fachgesprächs wurden in den Entwurf eingepflegt, zusätzlich wurde dieser auch nochmals redaktionell überarbeitet. Im nächsten Schritt folgt die Vorlage bei den Vorständen der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen zur abschließenden Stellungnahme, daran schließt sich die Publikation an.

Inhalte

Der Überarbeitungsentwurf enthält eine gegenüber der Voraufgabe erheblich erweiterte Darstellung des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zur Diagnostik und Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen Einwirkungen und Krankheit bei den BK-Nummern 1315, 4301 und 4302 der BKV.

„Der Entwurf der Neuauflage der ‚Reichenhaller Empfehlung‘ entwickelt das in der Praxis bekannte und bewährte ‚Reichenhaller Merkblatt‘ umfassend weiter. Es handelt sich dabei um ein neues, eigenständiges Papier.“



*

- 1 Vgl. allgemein zu Begutachtungsempfehlungen Duell, M.; Kranig, A.; Palfner, S.: In diesem Heft.
- 2 Vgl. Brandenburg, S.; Letzel, S.; Kranig, A.; v. Mittelstaedt, G.; Palfner, S.; Selbmann, H.-K.: „Gemeinsame Empfehlung der AWMF und der DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMP bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (ASU), 12/2009, S. 646 ff.
- 3 Vgl. Brandenburg, Letzel, Kranig, v. Mittelstaedt, Palfner, Selbmann a. a. O.
- 4 vgl. Duell, Kranig, Palfner: Wissen von Experten für Experten. In diesem Heft.
- 5 Über das Arbeitsmedizinische Kolloquium 2011 in Bad Reichenhall wird demnächst eine Dokumentation veröffentlicht werden.

Dabei nimmt er auf die für diese Berufskrankheiten relevanten Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften Bezug.

Die Gliederung folgt dem typischen Begutachtungsablauf, der zunächst die Sicherung der Diagnose, dann die Beurteilung des Zusammenhangs und im Anschluss die Beurteilung der Funktionsausfälle beinhaltet.

Im Folgenden werden exemplarisch einzelne Aspekte des Entwurfs vorgestellt. Dabei wird der Stand der Empfehlung vom März 2012 zugrunde gelegt. Eventuelle Änderungen oder Ergänzungen der Publikationsfassung infolge der noch ausstehenden Stellungnahmen der beteiligten medizinischen Fachgesellschaften und Institutionen bleiben vorbehalten.

1 Medikation

Bei der Erstbegutachtung stehen zunächst die Feststellung und Sicherung der Diagnose der Erkrankung und die Beurteilung der Kausalität im Vordergrund. Um eine Verfälschung der Untersuchungsergebnisse zu vermeiden, sollen alle notwendigen Untersuchungen nach Möglichkeit unter Aussetzung der verordneten Atemwegsmedikation erfolgen. Zum Schutz der Gesundheit der Versicherten unterliegt die Aussetzung strengen Voraussetzungen. Nur wenn der Gutachter schon im

Vorfeld der Begutachtung nach Aktenlage sicher beurteilen kann, dass es sich um einen leichteren Fall handelt, so dass der oder die Versicherte ohne morgendliche Einnahme der Atemwegstherapeutika zur Begutachtung anreisen kann, kommt die Aussetzung überhaupt in Betracht. Liegt ein schweres Krankheitsbild beziehungsweise der Verdacht darauf vor oder hat der Gutachter keine ausreichenden Informationen zum Schweregrad der Erkrankung, muss die Untersuchung entweder stationär oder unter Beibehaltung der verordneten Medikation erfolgen.

Die Untersuchungen zum Ausmaß der Funktionseinschränkungen sollen bei der Erst- und Nachbegutachtung weiterhin unter Beibehaltung der verordneten Atemwegsmedikation erfolgen. Die Auswirkungen der Medikamente auf die Funktion werden gegebenenfalls im Rahmen der Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) berücksichtigt.

2 Spiroergometrie

Als ergänzende Diagnostik bei obstruktiven Atemwegserkrankungen kann eine Spiroergometrie angezeigt sein, da mit dieser Methode auch unter Belastung eine Fluss-Volumen-Kurve registriert werden kann. Damit werden die analytischen Möglichkeiten der Begutachtung erweitert.

3 Kausalitätsbeurteilung

Ein neues Kapitel befasst sich umfassend mit der Kausalitätsbeurteilung bei Belastung mit Allergenen, mit chemisch-irritativen oder toxisch wirkenden Stoffen, bei kombinierter Einwirkung von Allergenen und chemisch-irritativen Agenzien sowie bei Belastung mit komplexen, chemisch eindeutig definierten Schadstoffgemischen.

4 MdE-Beurteilung

Die Tabelle zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) des „Reichenhaller Merkblatts“ war die erste ihrer Art. Die Form der Darstellung und wesentliche Teile ihres Inhaltes bildeten die Grundlage für die Tabellen in den neuen Begutachtungsempfehlungen zu den asbestbedingten Berufskrankheiten („Falkensteiner Empfehlung“) und zur Silikose („Bochumer Empfehlung“).

Gewisse Unterschiede ergeben sich allerdings aus den krankheitsspezifischen Besonderheiten der verschiedenen Atemwegserkrankungen. Die unterschiedlichen Krankheitsbilder „Asthma bronchiale“ und „COPD“ in einer Tabelle gemeinsam darzustellen, war eine Herausforderung. Die gemeinsame Darstellung wurde gewählt, da auch Übergangsformen beider Krankheitsbilder auftreten, die bei einer getrennten Darstellung unberücksichtigt blieben.

Wie bei den übrigen MdE-Tabellen der Begutachtungsempfehlungen ist auch bei der „Reichenhaller Empfehlung“ zu beachten, dass die Tabelle nicht schematisch anzuwenden ist. Sie dient im Rahmen einer gutachterlichen Gesamtschau als Grundlage der MdE-Bewertung.

Fazit und Ausblick

Der Entwurf der Neuauflage der „Reichenhaller Empfehlung“ entwickelt das in der Praxis bekannte und bewährte „Reichenhaller Merkblatt“ umfassend weiter. Es handelt sich nicht um eine lediglich geringfügig modifizierte Überarbeitung, sondern um ein neues, eigenständiges Papier.

Nach der Zustimmung durch die Fachgesellschaften und der Bekanntgabe der Empfehlung müssen die Inhalte und Maßgaben der „Reichenhaller Empfehlung“ den Gutachtern und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei den UV-Trägern schnellstmöglich vermittelt werden, um eine zügige, sachkundige Umsetzung in der Begutachtungs- und Entscheidungspraxis zu gewährleisten. Nach dem bewährten Vorbild der Informationsveranstaltungen für UV-Träger zur „Falkensteiner Empfehlung“ sind deshalb schon ab dem ersten Halbjahr 2012 deutschlandweit entsprechende Veranstaltungen zur „Reichenhaller Empfehlung“ geplant. Die medizinischen Fachgesellschaften werden gemeinsam mit der DGUV über die „Reichenhaller Empfehlung“ in ihren Fachkongressen informieren. ●

Autorin

Melanie Duell, Referentin im Referat Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: melanie.duell@dguv.de



Berufskrankheiten-Dokumentation 1978 bis 2010

Beruflich verursachte Krebserkrankungen

Krebserkrankungen haben in der öffentlichen Wahrnehmung eine ganz besondere Rolle. Jedes Jahr erkranken mehr als 420.000 Menschen an Krebs und über 200.000 Menschen sterben daran.

Die Todesursache Krebs ist damit für ein Viertel der Todesfälle in der Bundesrepublik Deutschland verantwortlich (vgl. Statistisches Bundesamt: dort werden für das Jahr 2009 genau 222.153 Todesfälle durch bösartige Neubildungen nachgewiesen; bei 854.544 Sterbefällen insgesamt ergibt sich ein Anteil der krebsbedingten Todesfälle von 26,0 Prozent). Krebs ist nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in Deutschland.

Auch in der gesetzlichen Unfallversicherung nimmt seit Jahren die Diskussion um beruflich verursachte Krebserkrankungen einen erheblichen Raum ein. Im Jahr 2010 starben 2.486 Versicherte infolge einer Berufskrankheit, davon 1.385 an den Folgen einer beruflich verursachten Krebserkrankung. Dies entspricht einem Anteil von 55,7 Prozent.

Seit 1975 führen die gewerblichen Berufsgenossenschaften aus eigener Initiative heraus die Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK), in der jede Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit erfasst

wird, unabhängig von welcher Stelle diese Meldung erstattet wird. In der BK-DOK wird auch die weitere Entwicklung des Falles festgehalten. Ab dem Berichtsjahr 1978 sind diese Daten mit einer ausreichenden Qualität vorhanden. Neben der Darstellung des versicherungsrechtlich relevanten Verlaufs eines jeden Falles enthält die BK-DOK auch Angaben zu den Tätigkeiten und Einwirkungen hinsichtlich der jeweiligen Berufskrankheit

und zur medizinischen Manifestation der Erkrankung.

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) wertet diese Daten regelmäßig aus. Auch eine gezielte Darstellung der Krebserkrankungen ist so möglich. Die im Folgenden dargestellten Tabellen und Zahlen basieren auf einer Auswahl der statistischen Auswertungen der BK-DOK.²

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als solche bezeichnet. Grundlage dafür ist, dass diese Krankheiten nach gesicherten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen auf Grund der besonderen Einwirkung bei der beruflichen Tätigkeit in erheblich höherem Grad als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (§ 9 Abs. 1 SGB VII). Grundlage für die Prüfung eines solchen ursächlichen Zusammenhangs zwischen der Erkrankung und der beruflichen Einwirkung ist die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV)¹. Die als Berufskrankheiten bezeichneten Erkrankungen sind in der Anlage 1 zur BKV aufgelistet. Auch eine Erkrankung, die nicht in dieser Liste enthalten ist, kann wie eine Berufskrankheit anerkannt werden, wenn nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VII).

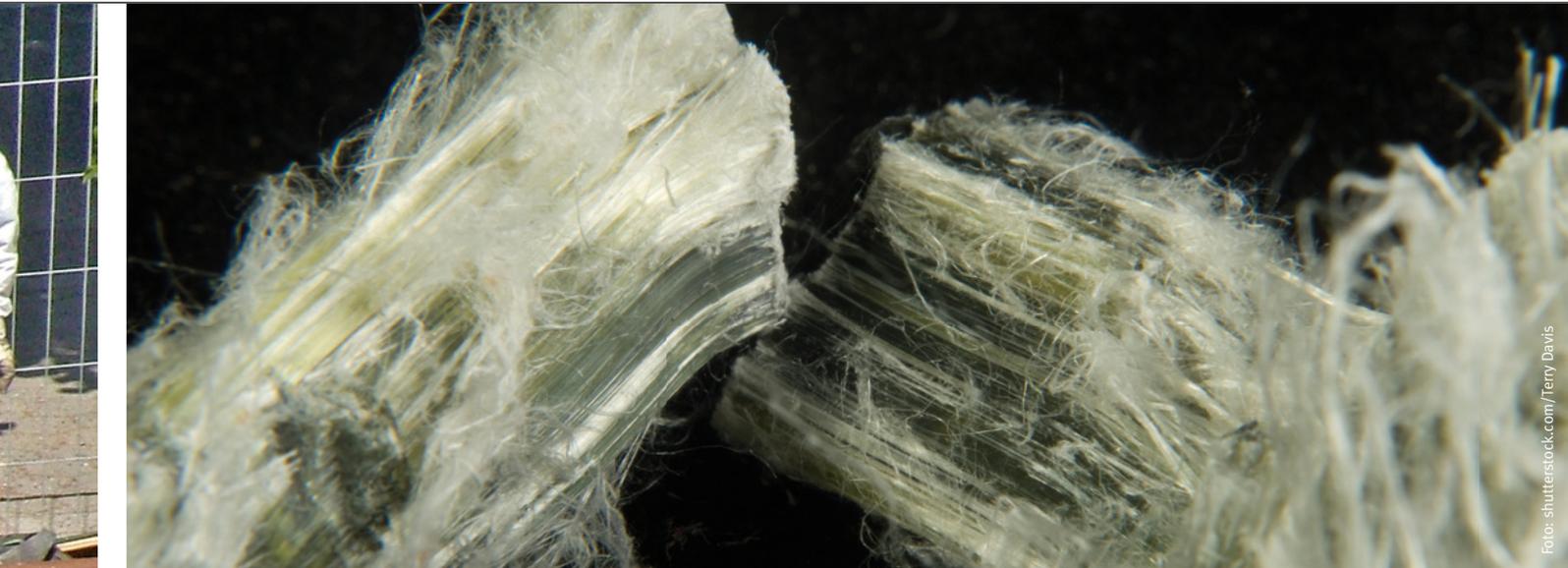


Foto: shutterstock.com/Terry Davis

Hauptergebnisse

Im Berichtszeitraum 1978 bis 2010 wurden insgesamt 452.804 Fälle von den gewerblichen Berufsgenossenschaften als Berufskrankheit (BK) anerkannt, das heißt, sie wurden entweder als neue BK-Rente oder – wenn die Minderung der Erwerbsfähigkeit geringer als 20 Prozent war – als Versicherungsfall ohne Rentenanspruch anerkannt. 40.555 dieser Fälle waren beruflich verursachte Krebserkrankungen; mithin handelt es sich um neun Prozent aller anerkannten Berufskrankheiten in diesem Zeitraum.

Verteilung der Krebserkrankungen nach der Berufskrankheit

Sowohl Erweiterungen der Liste der Berufskrankheiten als auch der durch die deutsche Wiedervereinigung bedingte Anstieg der Versichertenzahl und damit auch der Erkrankungsmeldungen haben die Anzahl der beruflich verursachten Krebserkrankungen hierzulande beeinflusst.

Die Liste der Berufskrankheiten wurde zuletzt mit Wirkung vom 1. Juli 2009 durch die Zweite Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 11. Juni 2009 an neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft angepasst und um fünf Berufskrankheiten von 68 auf 73 Einzelpositionen (BK-Tatbestände) erweitert. Davon sind drei für das Krebsgeschehen von Bedeutung: die BK-Nrn. 1318, 4113, 4114. Somit finden sich bei 19 der 73 BK-Tatbestände, die in der Anlage 1 zur BKV als BK bezeichnet werden, Krebserkrankungen (vgl. hierzu [Abbildung 1](#)). ▶

Abbildung 1: Auszug aus der Liste der Berufskrankheiten

BK-Nummer	Berufskrankheiten
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder Styrol
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxyde
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen
4104	Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs <ul style="list-style-type: none"> • in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) • in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder • bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25×106 ((Fasern/m³) x Jahre))
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgas
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren [(mg/m ³) x Jahre]
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO ₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren [(µg/m ³) x Jahre]
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 % nach der Anlage 2 entspricht
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe

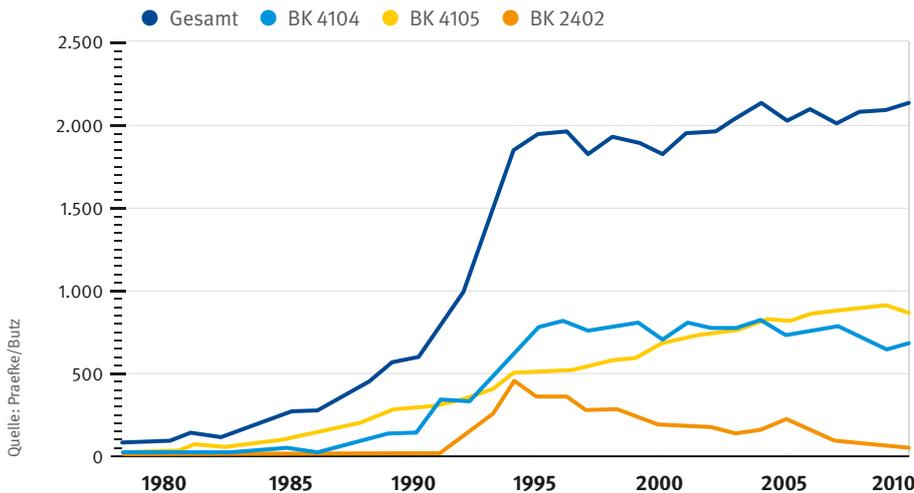


Abbildung 2: Ausgewählte beruflich verursachte Krebserkrankungen im zeitlichen Verlauf

Nimmt man die Bezeichnungen dieser Erkrankungen, so finden sich zwar nur bei zehn Berufskrankheiten in der Definition ausdrückliche Hinweise auf Krebserkrankungen, nämlich bei den BK-Nummern 1301, 4104, 4105, 4109, 4110, 4112, 4113, 4114, 4203 und 5102. Tatsächlich sind Krebserkrankungen aber auch bei neun weiteren Listen-Berufskrankheiten unter den Tatbestand beziehungsweise die Definition zu subsumieren. Hinzu kommen die Erkrankungen, die nach § 9 Abs. 2 SGB VII zu beurteilen sind.

Tabelle 1 weist die Verteilung nach der Berufskrankheit gemäß Anlage 1 zur BKV aus. Dabei werden die BK-Nummern 4101/4102 und 4112 zusammengefasst, weil sie die nach Eintritt einer Silikose auftretenden Lungenkrebs-Erkrankungen umfassen. Ebenfalls zusammengefasst werden die BK-Nummern 1303 und 1318, weil mit der Einführung der BK-Nummer 1318 das benzolbedingte Krebsgeschehen in einer differenzierten Weise aus der bisherigen BK-Nummer 1303 in die neue BK-Nummer 1318 überführt wurde. Die rechtliche Änderung der BK-Definition für BK-Nummer 4104 im Jahr 1993 brachte eine Beweiserleichterung. Denn ein Lungenkrebs kann danach auch dann durch Asbest verursacht sein, wenn die Einwirkung einer kumulativen Asbeststaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren nachgewiesen wird. Außerdem wurde ab Dezember 1997 auch die Anerkennung des asbestverursachten Kehlkopfkrebsses ermöglicht.

Einschließlich der zuvor noch nach § 9 Abs. 2 SGB VII entschädigten Kehlkopfkrebssfälle wurden bis Ende 2010 893 dieser Fälle anerkannt.

Tabelle 1: Beruflich verursachte Krebserkrankungen 1978 bis 2010, bis 1990 nur alte Bundesländer

BK-Nr./Kurzbezeichnung	Deutschland insgesamt
1301 Aromatische Amine	1.945
4104 Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest	15.079
4105 Mesotheliom, Asbest	15.192
4109 Nickel	149
4110 Kokereirohgase	395
4112 Lungenkrebs in Verbindung mit Silikosen	898
4113 Lungenkrebs, PAK	13
4114 Lungenkrebs, Asbest und PAK	19
4203 Holzstaub	785
5102 Hautkrebs	292
1103 Chrom	313
1108 Arsen	142
1302 Halogenkohlenwasserstoffe	119
1303/1318 Benzol	887
1310 Alkyl-, Aryl- und Alkylaryloxide	149
2402 Ionisierende Strahlen	4.178
Gesamt	40.555

Hinweis: Bei jeder Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung werden die zuvor noch nach § 9 Abs. 2 SGB VII anerkannten Fälle den zutreffenden Listen-BK-Nummern zugeordnet.

Krebserkrankungen nach dem Jahr der Anerkennung und im zeitlichen Verlauf

Die Entwicklung der Zahl der Krebserkrankungen nach dem Jahr der Anerkennung zeigen Tabelle 2 und Abbildung 2.

Krebserkrankungen sind in aller Regel schwere Krankheiten, so dass ein Vergleich mit den anerkannten Berufskrankheiten insgesamt sinnvoll ergänzt werden kann um den Vergleich mit den neuen BK-Renten, als den schweren Erkrankungen unter den anerkannten Berufskrankheiten.

Die Ursache für die Entwicklung bis Mitte der 1990er Jahre lässt sich auf die BK-Nrn. 2402 „Erkrankungen durch ionisierende Strahlen“ und 4104 sowie 4105, die durch Asbest verursachten Krebserkrankungen, zurückführen (vgl. hierzu Abbildung 2). Insbesondere die BK-Nummer 2402 charakterisiert das Krebsgeschehen des Uranerzbergbaus auf dem Gebiet der ehemaligen DDR. Erwartungsgemäß wird die Zahl dieser Fälle nach und nach zurückgehen.

Bei der BK-Nummer 4104 kommt zwar auch ein Anteil der Anerkennungen aus den neuen Bundesländern hinzu, im Wesentlichen aber wird die Entwicklung dieser BK in den 1990er Jahren durch die Einführung der oben genannten Beweiserleichterung im Jahr 1993 geprägt. Diese führte zu einem starken Anstieg der anerkannten Fälle bei dieser BK in den folgenden Jahren. Dieser Effekt verliert sich ab der zweiten Hälfte der 1990er Jahre, ein Plateau scheint erkennbar.

Erkrankungsfälle gemäß BK-Nummer 4105, also durch Asbest verursachte Mesotheliome, finden sich in den neuen Bundesländern nur sehr selten, so dass durch die Wiedervereinigung die Fallzahlen fast nicht berührt wurden. Rechtliche Änderungen bei der BK gab es zudem nur bezogen auf die Zunahme der Mesotheliome des Pericards, die aber äußerst selten sind. Das Fehlen solcher Besonderheiten führt dazu, dass diese BK sich sehr gleichförmig entwickelt. Ob die Veränderungen der vergangenen Jahre so zu interpretieren sind, dass nicht nur BK-Nummer 4104, sondern nunmehr

Tabelle 2: Beruflich verursachte Krebserkrankungen nach dem Jahr der Anerkennung (Auswahl)

Jahr	Zahl der anerkannten Krebserkrankungen	Zahl der anerkannten Berufskrankheiten		Anteil der Krebserkrankungen an den anerkannten Fällen	
		Insgesamt	Neue BK-Renten	Insgesamt	Neue BK-Renten
1978 – 1989	2.984	118.463	54.089	2,5 %	5,5 %
1990	612	9.363	4.008	6,5 %	15,3 %
1991	842	10.479	4.570	8,0 %	18,4 %
1992	1.024	12.227	5.201	8,4 %	19,7 %
1993	1.388	17.833	5.668	7,8 %	24,5 %
1994	1.845	19.419	6.432	9,5 %	28,7 %
1995	1.938	21.886	6.705	8,9 %	28,9 %
1996	1.944	21.985	7.076	8,8 %	27,5 %
1997	1.835	21.187	6.983	8,7 %	26,3 %
1998	1.913	18.614	5.691	10,3 %	33,6 %
1999	1.898	17.046	5.309	11,1 %	35,8 %
2000	1.819	16.414	4.901	11,1 %	37,1 %
2001	1.949	16.888	5.189	11,5 %	37,6 %
2002	1.962	16.669	5.138	11,8 %	38,2 %
2003	2.021	15.758	4.799	12,8 %	42,1 %
2004	2.127	15.832	4.748	13,4 %	44,8 %
2005	2.034	14.920	5.206	13,6 %	39,1 %
2006	2.100	13.365	4.549	15,7 %	46,2 %
2007	2.018	12.372	3.954	16,3 %	51,0 %
2008	2.074	12.244	4.154	16,9 %	49,9 %
2009	2.084	15.228	6.428	13,7 %	32,4 %
2010	2.144	14.612	5.944	14,7 %	36,1 %
Zusammen	40.555	45.2804	166.742	9,0 %	24,3 %

Für die Jahre 2009 und 2010 folgt aus rechtlichen Änderungen, vor allem bezogen auf die BK-Nummer 4111, und der deswegen dort erforderlichen Neubewertung von früher abgelehnten Fällen ein starker Anstieg der Zahl der anerkannten BKen außerhalb des Krebsgeschehens und damit ein geringerer Anteil der Krebserkrankungen.

Es wird deutlich, dass seit der Einbeziehung der neuen Bundesländer der Anteil der Krebserkrankungen an den neuen BK-Renten stark gestiegen ist; in den Jahren 2007 und 2008 wurde jede zweite neue BK-Rente für eine Krebserkrankung erbracht. 2009 und 2010 sind diese Anteile zwar wieder zurückgegangen, aber nur deshalb, weil wegen rechtlicher Vorgaben Fälle der BK-Nummer 4111 einen deutlichen Zuwachs aller anerkannten BKen bewirkt haben.

Lokalisation der Krebserkrankungen

Im Rahmen der globalen Darstellung der Krebsfälle interessiert ihre Verteilung auf die betroffenen Organe. Mit der Art und Lokalisation des Krebses verbunden sind unterschiedliche Krankheitsverläufe und Heilungschancen. Dabei wird in **Tabelle 3** die organbezogene Aufschlüsselung ergänzt um die jeweils verursachenden Stoffe, die in der Reihenfolge ihrer Häufigkeit wiedergegeben sind. Die in **Tabelle 3** verwendete Abkürzung PAK steht für „Polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe“.

auch BK-Nummer 4105 ein Plateau erreicht hat, lässt sich derzeit noch nicht sicher beurteilen. Die Zahl der Neuzugänge insgesamt blieb damit ab Mitte der 1990er Jahre relativ stabil, für den Anteil an den anerkannten BKen ergibt sich insgesamt allerdings bis 2008 eine Zunahme. Der Grund dafür: In diesem Zeitraum zeigten sich Präventionserfolge bei anderen BKen, insbesondere bei der Lärmschwerhörigkeit und den schweren Hauterkrankungen. Das hatte zur Folge, dass die Zahl der anerkannten und auch der neu berenteten Fälle seit Mitte der 1990er Jahre insgesamt rückläufig ist. Diese beiden Trends führen dazu, dass bei den neuen BK-Renten nunmehr die Krebserkrankungen die größte Fallgruppe darstellen.

Tabelle 3: Beruflich verursachte Krebserkrankungen 1978 bis 2010 nach dem betroffenen Organ

Organ	Zahl der Fälle	Anteil in %	Verursachende Stoffe in der Rangfolge nach ihrer Häufigkeit		
			Rang 1	Rang 2	Rang 3
Lunge, Bronchien	20.067	49,5	Asbest (14186)	Ionisierende Strahlen (3997)	Quarzstaub (898)
Rippenfell	14.695	36,2	Asbest (14693)	Ionisierende Strahlen (2)	
Harnorgane	1.974	4,9	Aromatische Amine (1945)	Halogenierte Alkyl-, Aryl- und Alkylaryloxide (29)	
Kehlkopf	1.014	2,5	Asbest (893)	Ionisierende Strahlen (73)	Kokereirohrgase (PAK) (17)
Nase	814	2,0	Eichen-/Buchenholzstaub (784)	Nickel (14)	Chrom (13)
Blut	742	1,8	Benzol (710)	Ionisierende Strahlen (32)	
Bauchfell	447	1,1	Asbest (447)		
übrige	802	1,7			
Gesamt	40.555	100,0			

Ursache (Einwirkung) der Krebserkrankungen

Tabelle 4: Beruflich verursachte Krebserkrankungen 1978 bis 2010 nach der Einwirkung

Rangfolge	Arbeitsstoff	Zahl der Fälle	%
1	Asbest	30.271	74,6
2	Ionisierende Strahlen	4.178	10,3
3	Aromatische Amine	1.945	4,8
4	Quarzstaub	898	2,2
5	Benzol	887	2,2
6	Eichen-/Buchenholzstaub	785	1,9
7	Kokereirohgase (PAK)	395	1,0
8	Chrom und seine Verbindungen	313	0,8
9	Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech (PAK)	292	0,7
10	Nickel und seine Verbindungen	149	0,4
11–18	Übrige	442	1,0
	Gesamt	40.555	100,0

Zuordnung der gemeldeten Krebserkrankungen zu den Wirtschaftszweigen und zur ausgeübten Tätigkeit (Beruf)

Die nachfolgende Darstellung gibt Hinweise auf die Verteilung nach dem Wirtschaftszweig (Tabelle 5) und der ausgeübten Tätigkeit (Beruf) (Tabelle 6) der BK-Fälle.

Außer in den Wirtschaftszweigen „Bergbau“ und „Holz“ wird das Krebsgeschehen durch die asbestverursachten Krebserkrankungen dominiert. So finden sich auch im Bereich der „Chemie“ vor allem durch Asbest verursachte Krebserkrankungen. Krebserkrankungen durch chemische Stoffe nehmen einen vergleichsweise geringeren Umfang ein. Zudem ist darauf zu verweisen, dass die Bezeichnung Chemiarbeiter ein breites Spektrum an Tätigkeiten mit sehr unterschiedlichen Einwirkungen umfasst.

Einwirkungsdauer und Latenzzeit

Um das Berufskrankheitengeschehen sachgerecht beurteilen zu können, ist – wie die obigen Ausführungen zeigen – eine Reihe von Faktoren zu berücksichtigen, die mit dem eigentlichen Krankheitsgeschehen nicht im unmittelbaren Zusammenhang stehen. Neben dem Nachvollziehen der rechtlichen Entwicklung und der Änderung der Anerkennungspraxis können die statistischen Angaben auch hinsichtlich Einwirkungsdauer und Latenzzeit (Tabelle 7) ausgewertet werden.

So wird deutlich, dass die Krebserkrankungen vor allem auf Arbeitsplatzverhältnisse zurückzuführen sind, die überwiegend vor mehr als 25 bis hin zu 50 Jahren bestanden.

Besonders ist darauf hinzuweisen, dass der Mittelwert des Beginns der Einwirkung bei allen BKen in den 1950er und 1960er Jahren liegt, das mittlere Ende der Einwirkung variiert stärker, es reicht vom Beginn der 1970er Jahre bis zum Jahr 1990.

Eine ausführlichere Darstellung beruflich verursachter Krebserkrankungen bietet die Broschüre „Beruflich verursachte Krebserkrankungen – Eine Darstellung der im Zeitraum 1978 bis 2010 anerkannten Berufskrankheiten“.²

Autoren

Karin Praefke, Referentin im Referat Berufskrankheiten der DGUV
E-Mail: karin.praefke@dguv.de

Dr. Martin Butz, Leiter des Referats Berufskrankheiten – Statistik der DGUV
E-Mail: martin.butz@dguv.de



- 1 *Gemeinsames Ministerialblatt (GMBI) I, S. 1273.*
- 2 *Butz, M: Beruflich verursachte Krebserkrankungen – Eine Darstellung der im Zeitraum 1978 bis 2010 anerkannten Berufskrankheiten, 10. überarbeitete und ergänzte Auflage in Vorbereitung, DGUV, Sankt Augustin 2012.*

Tabelle 5: Auswahl beruflich verursachter Krebserkrankungen 1978 bis 2010 nach dem Wirtschaftszweig

BK-Nr.	Wirtschaftszweig														Zusammen
	Bergbau	Steine und Erden	Gas, Fernwärme und Wasser	Metall	Feinmechanik, Elektrotechnik, Textil	Chemie	Holz	Papier und Druck	Leder	Nahrungs- und Genussmittel	Bau	Handel und Verwaltung	Verkehr	Gesundheitsdienst	
1301	71	3	18	96	102	999	29	6	31	7	321	59	20	183	1.945
2402	3.801	5	8	121	78	40	2	3	0	2	26	48	9	35	4.178
4101/4102/4112	437	87	1	184	12	24	1	1	0	4	78	67	2	0	898
4104	311	83	179	5.773	1.497	2.292	178	77	28	92	2.609	1.566	345	49	15.079
4105	519	77	257	5.208	2.754	1.954	291	131	36	154	2.147	1.222	348	94	15.192
Übrige															3.263
Gesamt	5.445	272	531	11.941	4.611	6.250	1.068	237	112	277	5.552	3.113	768	378	40.555

Tabelle 6: Auswahl beruflich verursachter Krebserkrankungen 1978 bis 2010 nach dem Beruf

Berufsbereiche	1103 Chrom	1108 Arsen	1301 Aromatische Amine	1302 Halogenkohlenwasserstoffe	1303 / 1318 Benzol	1310 Alkyl-Aryl-Oxide	2402 Ionisierende Strahlen	4101 / 4102 / 4112 Lungenkrebs in Verbindung mit Silikosen	4104 Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest	4105 Mesotheliom, Asbest	4109 Nickel	4110 Kokereiohgase	4113 Lungenkrebs, PAK	4114 Lungenkrebs, Asbest und PAK	4203 Holzstaub	5102 Hautkrebs	Zusammen
Bergleute, Mineralgewinner	0	6	27	0	6	0	3.054	491	238	306	2	72	0	2	0	12	4.216
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	79	90	761	68	231	105	17	14	1.163	965	25	117	1	0	3	84	3.723
Metallerzeuger, -bearbeiter	97	15	52	4	28	0	50	157	1.781	1.301	72	35	3	5	1	8	3.609
Schlosser, Mechaniker	41	11	160	17	180	14	210	19	4.305	4.240	26	50	0	2	7	37	9.319
Elektriker	0	0	23	3	21	1	70	2	585	889	0	7	0	0	2	3	1.606
Bauberufe	4	0	102	0	25	0	86	34	1.761	1.230	1	14	5	8	32	81	3.383
Bau-, Raumausstatter, Polsterer	1	0	20	0	13	0	2	7	878	749	0	2	0	2	42	3	1.719
Tischler, Modellbauer	4	0	32	1	18	0	2	2	416	599	0	0	0	0	593	3	1.670
Maschinisten	0	3	30	1	12	0	34	10	529	763	2	54	1	0	1	6	1.446
Verkehrsberufe	0	1	37	2	41	1	196	9	973	733	2	2	1	0	3	12	2.013
Übrige und keine Angabe	7	2	57	3	37	9	116	20	556	583	9	11	1	0	15	9	7.405
Gesamt	313	142	1.945	119	887	149	4.178	898	15.079	15.192	149	395	13	19	785	292	40.555

Tabelle 7: Beruflich verursachte Krebserkrankungen 1978 bis 2010 nach Einwirkungsdauer und Latenzzeit

BK-Nr.	Mittelwerte				Zahl der Fälle
	Beginn der Einwirkung im Jahr...	Einwirkungsdauer (Jahre)	Ende der Einwirkung im Jahr...	Latenzzeit (Jahre)	
1103	1964	20,6	1986	30,6	313
1108	1950	20,3	1972	37,6	142
1301	1957	21,0	1980	39,0	1.945
1302	1961	20,8	1984	32,0	119
1303/1318	1962	22,1	1986	36,0	887
1310	1959	14,2	1973	31,3	149
2402	1951	14,1	1965	44,5	4.178
4101/4102/4112	1954	20,9	1976	43,0	898
4104	1959	21,0	1983	38,5	15.079
4105	1958	18,6	1979	39,9	15.192
4109	1963	23,2	1988	31,7	149
4110	1962	18,6	1981	34,8	395
4113	1961	24,8	1988	45,5	13
4114	1957	25,4	1990	50,4	19
4203	1954	26,1	1983	43,1	785
5102	1956	24,1	1983	36,1	292
Gesamt	1958	19,5	1979	39,6	40.555

Hinweis: Wegen der Angabe von Mittelwerten ergibt die Addition des Jahres des Einwirkungsbeginns und der Latenzzeit nicht das Jahr des Einwirkungsendes.

Ländervergleich

Berufskrankheiten in Europa

Europa wächst wirtschaftlich weiter zusammen. Seit 2011 können EU-Bürger fast uneingeschränkt in allen Mitgliedsländern der EU eine Beschäftigung aufnehmen. Sind Beschäftigte in allen Staaten Europas gleichmäßig dagegen geschützt, durch arbeitsbedingte Einwirkungen zu erkranken? Und werden Berufskrankheiten in allen europäischen Staaten in vergleichbarer Weise anerkannt und entschädigt?

1 Einführung und Überblick

Das steigende Interesse in Europa am Thema „Berufskrankheiten“ zeigen folgende Beispiele:

- Die EU-Kommission hat 2010 eine breit angelegte Studie in Auftrag gegeben, um den aktuellen Status in diesem Feld EU-weit und über die EU hinaus auch für Island, Norwegen und die Schweiz zu erheben und Optionen für eine Weiterentwicklung zu diskutieren. Thematisiert werden insbesondere Fragen der Entstehung und Anwendung der nationalen Berufskrankheitenlisten (BK-Listen), Schwerpunkte der Prävention und Forschung zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, Meldung von Verdachtsfällen, statistische Erfassung der BKen, aktuelle Entwicklungen sowie Beurteilung durch die nationalen „Stakeholder“. Die Studie wird derzeit erarbeitet und voraussichtlich Mitte 2012 publiziert. An der Studie arbeiten Experten aus sieben Staaten sowie nationale Berichterstatter aus 29 Staaten unter der Gesamtverantwortung der „Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung“¹ mit.
- Erst kürzlich – am 15. März 2012 – trafen sich in Paris auf Einladung von EUROGIP² Experten aus Frankreich und anderen europäischen Staaten zu einem Fachgespräch – „Débats d' EUROGIP“. Dort wurden Grundprobleme der Berufskrankheiten erörtert: Wie kann die Verursachung von Krankheiten durch arbeitsbedingte Einwirkungen nachgewiesen werden? Wie kann die Meldung von BK-Verdachtsfällen zuverlässig gewährleistet werden (Vermeidung von „underreporting“)? Können multifak-

toriell verursachte „Volkskrankheiten“ („plurifactorial widespread diseases“) als BK anerkannt werden?

- Das Europäische Forum Unfallversicherung hat 2011 seine Arbeitsgruppe „Berufskrankheiten“ beauftragt, einen Bericht darüber vorzulegen, ob und wie die nationalen Unfallversicherungen in Europa arbeitsbedingte psychisch verursachte Erkrankungen einbeziehen. Daran wird aktuell gearbeitet, der Bericht wird 2012 vorliegen.³
 - Und last but not least wurden auf der A+A 2011 exemplarisch Gemeinsamkeiten und markante Unterschiede zwischen den BK-Systemen von vier europäischen Staaten – Dänemark, Deutschland, Frankreich und der Schweiz – vorgestellt und diskutiert. Die meisten Präsentationen dieser von Puran Falaturi, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), und dem Autor dieses Berichts vorbereiteten und moderierten Veranstaltung sind auf einer CD erhältlich.⁴ Hierüber wird im Folgenden zusammenfassend berichtet.
- ## 2 Fragestellungen
- In den meisten europäischen Ländern wird in einer BK-Liste festgelegt und definiert, welche Erkrankungen als BK anzuerkennen und zu entschädigen sind, und welche Voraussetzungen hierfür im Einzelfall zu erfüllen sind. Welche Kriterien und welche Verfahren gelten in den Staaten Europas für die Aufnahme von Erkrankungen in die BK-Liste?
 - In einem Teil der Staaten Europas wird die BK-Liste durch eine gesetzliche Be-

stimmung ergänzt („Ergänzungsklausel“, oder „Öffnungsklausel“), wonach auch solche Erkrankungen „als“ oder „wie“ eine BK anerkannt werden können, die einer BK in der Sache gleichzustellen sind, aber (noch) nicht in die BK-Liste aufgenommen sind. Welche Bedeutung haben diese Ergänzungsklauseln in den Staaten Europas, wie wirken sie sich aus?

- In manchen europäischen Staaten wurden in den letzten Jahren vermehrt auch solche Muskel-Skelett-Erkrankungen in die nationalen BK-Listen aufgenommen, die in der Bevölkerung weit verbreitet sind und durch mehrere – nicht nur arbeitsbedingte – Faktoren verursacht werden. Hier stellen sich schwierige Abgrenzungs- und Beweisfragen. Wie gehen die Staaten Europas, die solche Erkrankungen in ihre BK-Listen aufgenommen haben, mit diesen Fragen um?

3 Die BK-Reife einer Erkrankung in Deutschland aus arbeitsmedizinischer Sicht

In seinem grundlegenden Beitrag beleuchtete Andreas Seidler, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Technischen Universität Dresden, die Frage der „BK-Reife“ einer Erkrankung unter arbeitsmedizinischer und epidemiologischer Perspektive.

Seidler ging von der grundsätzlichen arbeitsmedizinischen Aussage aus, dass eine Krankheit dann eine Berufskrankheit sei, wenn sie bei einem an der Krankheit Erkrankten durch die konkrete Berufstätigkeit verursacht wurde.



Aus dieser Aussage – die zunächst einmal unabhängig von gesellschaftlichen Konventionen, Sozialsystemen und Rechtssystemen Geltung beanspruche – ergebe sich zunächst, dass die Kenntnis der Ursachen eine wichtige Voraussetzung für die Differenzialdiagnose zwischen einer Berufskrankheit und einer Nicht-Berufskrankheit sei.

Die Verfeinerung der Methoden der Evidenzbasierten Medizin (EBM) zusammen mit der verstärkten internationalen Publikation und Diskussion der Ergebnisse evidenzbasierter Ursachenforschung habe die Kenntnis der Ursachen von Krankheiten in den letzten Jahren erheblich verbessert.

Eigentlich sei daher zu erwarten, dass die Inzidenz einzelner Berufskrankheiten international konvergiere. Tatsächlich sei eine derartige Konvergenz bei Betrachtung ausgewählter EU-Länder (sortiert nach absteigender Inzidenz: Schweden, Finnland, Frankreich, Spanien, Dänemark, Belgien, Niederlande, Deutschland, Italien, Tschechien) nicht zu erkennen.

Dies liege eher nicht an einem unterschiedlichen Kausalitätsverständnis in

den EU-Ländern: Tatsächlich werde die „Verdopplungsdosis“ beziehungsweise das „Verdopplungsrisiko“ (grundsätzlich gleichbedeutend mit einer Verursachungswahrscheinlichkeit von 50 Prozent) als Voraussetzung zur Anerkennung eines Kausalzusammenhangs in der internationalen Literatur mehrfach genannt.

Seidler zeigte, dass die Berufskrankheiten-Inzidenzen sich im europäischen Vergleich besonders bei den multifaktoriell verursachten Muskel-Skelett-Erkrankungen unterscheiden. Hier habe die Einführung einer europäischen Berufskrankheitenliste zu keiner erkennbaren Annäherung der Berufskrankheiten-Inzidenzen geführt.

Seidler vertrat die Auffassung, auch bei Erkrankungen mit multifaktorieller Genese sei eine Konvergenz der Berufskrankheiten-Inzidenzen anzustreben. Hierzu sei nicht zuletzt eine verstärkte länderübergreifende Diskussion berufsbezogener Krankheitsverursachung erforderlich. Einen Weg zur Zielerreichung könne die evidenzbasierte Arbeitsmedizin darstellen.

Die bevölkerungsbezogen höchste Zahl beruflich verursachter Erkrankungen

stellten nach aktuellen Erkenntnissen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen dar. Dennoch gelte: Bei Krankheiten mit multifaktorieller Genese muss ein hoher Anteil der tatsächlich arbeitsbedingten Erkrankungen aus prinzipiellen Gründen ohne Berufskrankheiten-Anerkennung bleiben – soweit die „einfache Wahrscheinlichkeit“ im Einzelfall Grundlage der Anerkennung ist.

Bei Zunahme multifaktorieller „Volkskrankheiten“ könne unter diesen Voraussetzungen das Berufskrankheitenrecht seinem (ursprünglichen und berechtigten) Anspruch auf Kompensation arbeitsbedingter Erkrankungen prinzipiell immer schlechter gerecht werden.

Alternativen zum „Alles-oder-nichts-Prinzip“ der Berufskrankheiten-Kompensation erschienen daher diskutabel. Seidler schloss mit einem Plädoyer dafür, Aspekten der präventiven Wirksamkeit des Berufskrankheitenrechts auf der einen Seite, klaren und nachvollziehbaren Anerkennungskriterien auf der anderen sowie europaweit „gleichen“ Anerkennungschancen einen größeren Stellenwert einzuräumen. ▶

4 Die BK-Liste der EU und das deutsche BK-System

Um den Boden für die folgenden Vorträge aus drei Nachbarstaaten Deutschlands zu bereiten, gab der Autor dieses Berichts einen Überblick über die Intentionen, die die EU-Kommission mit ihrer Empfehlung zu Berufskrankheiten und der darin enthaltenen BK-Liste der EU vom 19. September 2003⁷ verfolgt und charakterisierte das deutsche BK-System vor dem Hintergrund dieser Empfehlung der EU-Kommission. Wesentliche Aussagen waren:

- Die BK-Liste der EU gliedert sich in zwei Annexe der Empfehlung. Annex 1 enthält die Erkrankungen, für die auf EU-Ebene ein wissenschaftlich begründeter Konsens für die arbeitsbedingte Verursachung besteht. Die enthaltenen Erkrankungen sollen in die Listen der EU-Mitgliedstaaten aufgenommen werden und so EU-weit Grundlage für Prävention, BK-Anerkennung und Entschädigung sein. Die deutsche BK-Liste setzt dies – von minimalen Ausnahmen abgesehen – um.
- Annex 2 der EU-Liste enthält eine größere Zahl weiterer Erkrankungen, für die 2003 – zum Zeitpunkt der Empfehlung der EU-Kommission – Hinweise auf eine arbeitsbedingte Verursachung, aber noch keine ausreichenden Nachweise vorlagen. Die EU-Mitgliedstaaten sollen sie, sofern dieser Nachweis möglich wird, ebenfalls in ihre nationalen Listen aufnehmen und als BK anerkennen. In die deutsche BK-Liste wurden viele, aber noch nicht alle der in Annex 2 aufgeführten Erkrankungen aufgenommen.
- Entsprechend den grundsätzlichen Empfehlungen der EU-Kommission hat der deutsche Verordnungsgeber über Annex 1 und 2 der EU-Liste hinaus bei weiteren Erkrankungen die BK-Reife geprüft und die deutsche BK-Liste bei entsprechendem Nachweis um einige Positionen erweitert. Ein Beispiel ist die BK-Nr. 2112 – die Kniearthrose durch kniebelastende Tätigkeiten.
- Die EU-Kommission will, dass die Mitgliedstaaten die Prävention arbeitsbe-

dingter Gesundheitsgefahren wirksam gestalten und verbessern sowie alle Akteure aktiv daran beteiligen.

Dem entspricht Deutschland in vielfältiger Weise: durch Präventionsaktivitäten der Unternehmen und Versicherten – angeleitet und motiviert durch Maßnahmen der UV-Träger, der Bundesländer (insbesondere auch in der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie – GDA) und weiterer Stellen.

- Die Meldung von BKen wird entsprechend der EU-Empfehlung in Deutschland erleichtert, insbesondere dadurch, dass Ärzte, Krankenkassen und auch Unternehmer BK-Verdachtsfälle anzeigen müssen und die Betroffenen, gegebenenfalls ihre Hinterbliebenen, sowie weitere Stellen einen Verdachtsfall melden können.

Dennoch können auch in Deutschland Dunkelziffern („underreporting“) nicht ausgeschlossen werden; die DGUV arbeitet vor allem daran, die Information der Ärzteschaft und der Versicherten selbst zu verbessern, damit mögliche Zusammenhänge zwischen einer im Alter auftretenden Erkrankung und einer Jahrzehnte früher erfolgten Einwirkung arbeitsbedingter Noxen noch besser aufgeklärt werden können.

- Die EU-Kommission hält aussagefähige BK-Statistiken auf nationaler Ebene, ihre Harmonisierung sowie die Sammlung und Auswertung von Gefährdungsdaten auf EU-Ebene für wichtig.

Die deutsche BK-Statistik entspricht diesen Anforderungen und lässt differenzierte Auswertungen zu.⁸ Von deutscher Seite wird allerdings kritisiert, dass die Versuche einer Harmonisierung auf EU-Ebene nicht zu befriedigenden Ergebnissen geführt haben.

Ohne Verständigung auf gemeinsame Strukturen und Begriffe bleibt die europäische BK-Statistik⁹ Stückwerk, sie lässt nach wie vor sozusagen nur den Vergleich von Äpfeln und Birnen zu.

- Zu weiteren Intentionen der EU-Kommission gibt es in Deutschland zahlreiche Umsetzungsaktivitäten und positive Beispiele, so zur systematischen Erfassung von Informationen und epidemiologischen Daten über die arbeitsbedingte Verursachung von Erkrankungen, zur Förderung arbeitsmedizinischer Forschung, zur Ausarbeitung von Hilfen zur Diagnose und Begutachtung von BKen oder zur Ausrichtung des Gesundheitssystems auf die Verhütung und Bekämpfung von BKen.

- In einem Punkt kann Deutschland den Hinweisen der EU-Kommission nicht in vollem Umfang beipflichten: Es ist praktisch nicht sinnvoll und durchführbar, bestimmte quantitative Ziele zur Senkung der BK-Fälle zu setzen und innerhalb eines festen Zeitraums (zum Beispiel zwei Jahre) erreichen zu wollen.

Denn BKen entwickeln sich in den meisten Fällen über Zeiträume von Jahren und Jahrzehnten. Prävention greift hier nur langfristig. Aber auch bei Hautkrankheiten, die in kürzeren Zeiträumen entstehen, können kurzfristige quantitative Ziele wenig bewirken.

So hat die Hautkampagne der DGUV und anderer Partnerorganisationen gezeigt: BK-Prävention hat sehr viel damit zu tun, Informationen zu verbreiten, Gefahren bewusst zu machen und sie besser beherrschen zu lernen, Prozesse und Gewohnheiten zu verändern. Solche Entwicklungen führen kurzfristig zu Verbesserungen im individuellen Verhalten und in den betrieblichen Verhältnissen, die sich aber erst mittel- bis langfristig in einer Senkung der eintretenden Zahl von BKen niederschlagen.

Der Autor dieses Artikels charakterisierte das deutsche BK-System vor diesem Hintergrund stichwortartig wie folgt:

- Es verlangt klare Kausalitätsnachweise, insbesondere bei multifaktoriell verursachten Erkrankungen, um die Krankheiten dem betrieblichen Verantwortungsbereich der Unternehmer zu ordnen zu können.



„Das Entschädigungssystem in Dänemark hat in der Regel weniger hohe Voraussetzungen für die Anerkennung, limitiert aber die finanzielle Entschädigung.“

- Die Aufnahme und möglichst präzise Bezeichnung von Erkrankungen in der BK-Liste ist für das deutsche BK-System von grundlegender Bedeutung.
- Demgegenüber hat die Ergänzungsklausel des § 9 Abs. 2 SGB VII quantitativ nur untergeordnete Bedeutung, vor allem im Übergang vom Abschluss der Beratungen des Ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) bis zur Umsetzung einer neuen Wissenschaftlichen Begründung und Empfehlung in eine neue Listen-BK.
- Der Beratungsgang auf dem Weg zu neuen BKen ist sehr intensiv und dauert lange, was den Kern der arbeitsmedizinisch-epidemiologischen Prüfung angeht. Daher sollten die Ressourcen des ÄSVB gestärkt, weitere medizinisch-wissenschaftliche Disziplinen umfassender als bisher einbezogen und die Transparenz des Verfahrens verbessert werden.

5 Dänemark: sehr weite BK-Anerkennung – limitierte finanzielle Entschädigung

Seit 2007 kann in Dänemark – als bislang einzigem Staat in Europa – Brustkrebs im Zusammenhang mit nächtlicher Schichtarbeit als BK anerkannt und entschädigt werden. Grund genug, Näheres sowohl über diese neue BK im dänischen BK-System als auch über dessen grundsätzliche Philosophie zu erfahren.

Hierzu berichtete Johnni Hansen vom Dänischen Institut für Krebs-Epidemiologie und von der Dänischen Krebsgesellschaft. Er hatte 2001 die bislang größte Studie zum Zusammenhang von Schichtarbeit und Brustkrebs veröffentlicht, sie liegt zusammen mit sieben weiteren Studien der gepoolten Studie der Internationalen Agentur für Krebsforschung¹⁰ in Lyon zugrunde, die 2007 aus den bis dahin vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen den Schluss zog: „Schichtarbeit, die den Biorhythmus unterbricht, verursacht wahrscheinlich Krebs bei Menschen (Karzinogen der Kategorie 2 A).“ Etwa jeder sechste Arbeitsplatz in Europa oder den USA ist mit Schichtarbeit verbunden. Die Relevanz ist mithin groß.

In Dänemark können trotz der offenen Fragen, die noch keine Einstufung in Kategorie 1 zuließen, seit 2007 Brustkrebserkrankungen unter bestimmten Voraussetzungen als BK anerkannt werden. Hierzu gehören insbesondere 20 Jahre Tätigkeit mit wöchentlich mindestens einmal nächtlicher Schichtarbeit und ein zeitlicher Abstand von mindestens fünf Jahren zwischen letzter Schichtarbeit und Auftreten der Erkrankung.

Von den bis September 2011 gemeldeten Verdachtsfällen (626) wurden 110 als Berufskrankheit anerkannt. Das entspricht einer Quote von 18 Prozent. Mittlerweile ist die anfangs hohe Zahl von Verdachts-

meldungen (über 200) stark gesunken (in den ersten neun Monaten 2011 nur noch 22), die absolute Zahl der Anerkennungen ebenfalls, wenn auch weniger stark (von 39 im Jahr 2008 auf elf in den ersten neun Monaten 2011).

Hansen charakterisierte das dänische BK-System in seiner historischen Entwicklung vom Entschädigungssystem zu einer wohlfahrtsstaatlichen Einrichtung, die es erlaubt, Zweifel und offene Fragen beiseitezuschieben und letzte Probleme des wissenschaftlichen Nachweises nicht zu Lasten der Betroffenen gehen zu lassen. Die Frage, wer die Last des wissenschaftlichen Zweifels tragen soll, stellte er als Abwägung zwischen wissenschaftlicher Evidenz und rechtlicher Präzision einerseits sowie wissenschaftlichem Zweifel und sozialer Verantwortung andererseits dar.

Das dänische BK-System habe sich grundlegend gewandelt und beantworte diese Grundsatzfragen, anders als noch vor einigen Jahren und anders als in Deutschland und in vielen anderen Staaten Europas, wie folgt:

- Tiefgreifende Änderungen haben in den letzten 100 Jahren stattgefunden. Sie betreffen die Technologie, die Arbeitsumgebung, das Wissen um die Verursachung von Erkrankungen durch die Arbeitsbedingungen, aber auch die Gesetzgebung und Rechtspraxis der Entschädigung. ▶

- Dänemark hat mittlerweile ein sehr „liberales“ Entschädigungssystem, das heißt, die Voraussetzungen sind nicht übermäßig streng. So können Krebserkrankungen der Kategorie 2 A oder durch psychische Einwirkungen verursachte Erkrankungen als BK anerkannt werden, was in Deutschland nicht der Fall ist.
- Das dänische System der Entschädigung von BKen basiere auf einem Mix aus wissenschaftlicher Evidenz und wohlfahrtsstaatlicher Sozialpolitik nach dem Motto „Lass den Schwächeren Nutznießer der wissenschaftlichen Unsicherheit sein!“
- Damit dies ökonomisch tragbar bleibt, muss die Entschädigung der Berufserkrankten ökonomisch begrenzt bleiben. So fällt die hohe Zahl von BK-Anerkennungen aufgrund psychischer Einwirkungen – sie sind sogar Spitzenreiter der dänischen BK-Statistik – ökonomisch kaum ins Gewicht, weil die gezahlten Renten gering sind.

Trotz der umfassenden, sehr weit gehenden BK-Anerkennung in Dänemark bleiben die jährlichen Aufwendungen mit etwa 70 Millionen Euro in einem – bezogen auf die Einwohnerzahl – durchaus mit den Verhältnissen in Deutschland vergleichbaren Rahmen. Hierzu trägt bei, dass das dänische BK-System nur für Anerkennung und Entschädigung durch Rente verantwortlich ist. Dagegen unterscheidet sich die medizinische Versorgung nicht von den anderen Erkrankungen und wird vom staatlichen Gesundheitssystem übernommen.

6 Die Bedeutung der Ergänzungsklausel im BK-System der Schweiz

Bereits in früheren vergleichenden Studien zu BKen in Europa war aufgefallen, dass die Ergänzungs- oder Öffnungsklauseln im BK-Recht der einzelnen europäischen Staaten sich sehr unterschiedlich auswirken.¹¹ So hält sich der Anteil der nach dem deutschen § 9 Abs. 2 SGB VII anerkannten Erkrankungen in den meisten Jahren im Promille-Bereich, während er in der Schweiz aufgrund des dortigen

§ 9 Abs. 2 UVG bis zu einem Viertel erreicht hat. Zuletzt – im Jahr 2010 – waren es 19 Prozent. Dies machte natürlich neugierig, den Gründen für diesen frappierenden Befund nachzugehen.

Thomas Mäder, Leiter der Abteilung Versicherungsleistungen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), klärte die Hintergründe mit seinem Beitrag auf. Ähnlich wie die gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland erbringt auch die Suva alle Leistungen für ihre Versicherten – Prävention, Rehabilitation und Entschädigung – „aus einer Hand“.

Die BK-Liste der Schweiz unterscheidet sich allerdings wesentlich von der deutschen. Sie enthält zwar mit 100 Einzelpositionen wesentlich mehr als die deutsche (derzeit 73). Dennoch umfasst sie deutlich weniger Erkrankungen als die deutsche. Dies kommt daher, dass in der Liste der Schweiz jede einzelne Position nach verursachendem Agens und Art der Erkrankung relativ konkret umrissen ist, während die deutsche Liste viele Positionen abstrakter fasst, so zum Beispiel BK-Nr. 5101 („Hauterkrankungen“ – ohne Nennung der vielfältigen Noxen) oder BK-Nr. 4302 (obstruktive Atemwegserkrankungen durch chemisch-irritative oder toxische Einwirkungen – ohne Aufführung der vielfältigen chemisch-irritativen und toxischen Substanzen).

Wenn man so will, enthalten die abstrakt zusammenfassend und offen formulierten Tatbestände der deutschen BK-Liste in sich inhaltlich begrenzte Öffnungsklauseln; sie beschränken die Anwendung des § 9 Abs. 2 SGB VII auf die Fälle, in denen eine Subsumtion unter einen der offenen BK-Tatbestände nicht möglich ist.

Auch die Anerkennungsvoraussetzungen in beiden Systemen unterscheiden sich etwas voneinander: In Deutschland muss die arbeitsbedingte Einwirkung lediglich einen wesentlichen – quantitativ

aber nicht näher definierten – Beitrag zur Verursachung der Erkrankung geleistet haben.

In der Schweiz erfordert die Anerkennung einer BK aufgrund eines Tatbestandes der BK-Liste hingegen, dass die Erkrankung „überwiegend“, das heißt mehr als zur

„Die Ergänzungsklausel der Schweiz gleicht im Wesentlichen aus, dass die dortige Liste konkreter und damit weniger flexibel gehalten ist als die deutsche.“

Hälfte, durch die verursachende Tätigkeit verursacht wurde. Bei Anwendung der Ergänzungsklausel gibt es einen noch strengeren Maßstab: Hier muss nachgewiesen werden, dass die Erkrankung „ausschließlich oder stark überwiegend“, das heißt zu mehr als 75 Prozent, durch die berufliche Tätigkeit verursacht wurde.

Bei multifaktoriell bedingten Krankheiten wird dies aufgrund epidemiologischer Erkenntnisse beurteilt. Für die Anwendung der schweizerischen Ergänzungsklausel wird mithin ein relatives Risiko der exponierten gegenüber nicht exponierten Beschäftigten von über 4 gefordert. Die von Mäder gegebene Übersicht über Erkrankungen, die in der Schweiz im Rahmen der Ergänzungsklausel anerkannt beziehungsweise abgelehnt werden, bestätigt dies.

Die Ergänzungsklausel der Schweiz gleicht im Wesentlichen aus, dass die dortige Liste konkreter und damit weniger flexibel gehalten ist als die deutsche, und dass in der Schweiz die Liste wesentlich seltener neuen Erkenntnissen angepasst und um neue Positionen ergänzt wird. Denn: Etwa die Hälfte der Erkrankungen, die nach der Ergänzungsklausel der Schweiz anerkannt wurden, betrafen die Haut, ein weiteres Viertel die Atemwege, und ein Achtel den Bewegungsapparat – weitestgehend Erkrankungen, die von der deutschen Liste erfasst sind.

Entgegen dem ersten Anschein erweist sich somit, dass der weite Anwendungsbereich der Ergänzungsklausel der Schweiz nicht zu einem im Vergleich zu Deutschland weiteren Entschädigungsumfang führt.

7 Berufskrankheiten des Muskel-Skelett-Systems in Frankreich

Intensive akute wie auch lang dauernde Belastungen des Muskel-Skelett-Systems können zur Entstehung von Muskel-Skelett-Erkrankungen beitragen.

Vor allem bei den lang dauernden beziehungsweise repetitiven Belastungen stellen sich schwierige Abgrenzungs- und Zuordnungsfragen: Sie können in der richtigen Dosis, die individuell und altersabhängig unterschiedlich sein kann, sogar nützlich sein und den Muskel-Skelett-Apparat trainieren.

Sind die Belastungen zu intensiv, häufig und andauernd, sind sie mit ungünstigen Begleitumständen wie zum Beispiel ungünstigen Körperhaltungen verbunden und treffen sie auf untrainierte oder für die entsprechenden Erkrankungen anfällige Beschäftigte, so steigt das Erkrankungsrisiko.

Die meisten Muskel-Skelett-Erkrankungen kommen in der gesamten Bevölkerung – auch ohne arbeitsbedingte Belastungen – vor. Sie nehmen allgemein mit dem Alter zu. Anlagebedingte und (zum Beispiel durch Unfälle, Sportausübung etc.) erworbene Faktoren können ihre Entstehung verursachen oder begünstigen.

Diese Eigenschaft – als weit verbreitete, multifaktorielle Erkrankungen – macht ihre Aufnahme in die BK-Listen, die generelle Definition von Abgrenzungskriterien und die Abgrenzung im Einzelfall schwierig und sozialpolitisch umstritten. In Europa haben daher bislang nur wenige Staaten beispielsweise die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Lenden- und Halswirbelsäule (in Deutschland BK-Nr. 2108, 2109, 2110) oder die Kniearthrose (BK-Nr. 2112) in ihre BK-Listen aufgenommen.

Die europäische BK-Liste von 2003 führt die Lendenwirbelsäulenerkrankungen nur in Annex 2 der wahrscheinlich durch arbeitsbedingte Belastungen verursachten Erkrankungen auf, die Halswirbelsäulenerkrankungen und die Kniearthrose gar nicht.

In der französischen BK-Liste betreffen zwar nur fünf der Listentatbestände (sogenannte Tableaus) Muskel-Skelett-Erkrankungen; sie führen aber zu weit mehr BK-Anerkennungen und weit höheren Leistungsaufwendungen als in Deutschland.

Über die Charakteristika des französischen BK-Systems und die Hintergründe für diesen Befund referierte Ursula Descamps, Ärztin in der Abteilung „Europäische und Internationale Beziehungen“ der Nationalkasse der Krankenversicherung (CNAMTS), die in Frankreich auch für die operative Durchführung der gesetzlichen Unfallversicherung zuständig ist.

Descamps' Vortrag machte einerseits deutlich, dass es zwischen Frankreich und Deutschland einige wichtige Gemeinsamkeiten gibt:

- die sehr weitgehende Ablösung der Unternehmerhaftpflicht,
- den umfassenden gesetzlichen Auftrag, Prävention, Rehabilitation und Entschädigung aus einer Hand zu erbringen,
- das BK-Listensystem, das durch eine Ergänzungsklausel für nicht von der Liste erfasste Erkrankungen ergänzt wird.

Neben diesen gemeinsamen Grundlagen weist das französische BK-System jedoch einige gravierende Unterschiede auf:

- Die Aufnahme von Erkrankungen in die BK-Liste ist stärker sozialpolitisch geprägt als in Deutschland. Die Tableaus in der französischen BK-Liste sind das Ergebnis von Verhandlungen zwischen Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer beziehungsweise Gewerkschaften sowie von CNAMTS und des Ministeriums für Arbeit und Sozialversicherung.
- Die einzelnen Tableaus sind durchgängig in mehrfacher Hinsicht konkret gefasst, was in Deutschland nur für einige neuere BK-Tatbestände gilt. Die Tableaus enthalten Angaben
 - zur Krankheit (klinische Symptome/pathologische Bezeichnung, gegebenenfalls notwendige Untersuchungen),
 - zur Höchstdauer zwischen Ende der Exposition und Feststellung der Erkrankung,
 - (in einigen Fällen) zur Mindestdauer der Exposition und
 - zu den Tätigkeiten, die die Erkrankung verursachen können (zum Teil abschließende, zum Teil offene Aufzählung).

Ein Beispiel hierzu zeigt **Abbildung 1**. ▶

Modalitäten der Anerkennung

1 Listensystem

N° 57-Periartikuläre Erkrankungen hervorgerufen durch bestimmte Arbeits-Gesten und Haltungen

Symptome	Zeitspanne	Arbeitsumstände
Tendinitis der Rotatoren-Manschette	7 Tage	Wiederholte oder mit Kraft ausgeführte Bewegungen der Schulter
Frozen Shoulder	90 Tage	
Epicondylitis radialis		Wiederholte Greif- und Streck-Bewegungen Hand/Unterarm
Epicondylitis ulnaris	7 Tage	Wiederholte Adduktion/Flexion/Pronation, Supination der Hand
Akutes Ellenbogen-Hygroma		
Chronisches Ellenbogen-Hygroma	90 Tage	Aufstützen auf den Ellenbogen

Auszug aus der Tafel

Quelle: Dr. U Descamps, CNAMTS/MREIC

Abbildung 1: Beispiel-Tableau der französischen BK-Liste



„In Frankreich werden auch MdE-(Minderung der Erwerbsfähigkeits-)Grade ab zehn Prozent mit einer laufenden Rente und sogar MdE-Grade unter zehn Prozent mit einer Einmalzahlung entschädigt.“

• Im Listensystem Frankreichs gilt das Prinzip der Vermutung der arbeitsbedingten Verursachung der Krankheit, wenn sie in einem der Tableaus aufgeführt ist und alle dort genannten medizinischen, beruflichen und administrativen Bedingungen erfüllt sind.

In Deutschland ist dies ähnlich, soweit BK-Tatbestände vergleichbar konkret formuliert sind (zum Beispiel BK-Nr. 4104 „Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs durch Asbeststaub“). Anders verhält es sich bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, soweit sie auf einer Vielzahl von Ursachen beruhen können. Hier muss nach der Rechtsprechung des BSG in jedem Einzelfall mit dem Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, dass die arbeitsbedingten Faktoren einen wesentlichen Ursachenbeitrag geleistet haben.

Vor allem die letztgenannte Besonderheit dürfte dazu führen, dass in Frankreich die Muskel-Skelett-Erkrankungen einen weitaus größeren Anteil am Berufskrankheitengeschehen haben als in Deutschland – zuletzt mehr als 80 Prozent aller BKen mit Zahlung von Geldleistungen. Davon waren 90 Prozent periartikuläre Erkrankungen (siehe [Abbildung 1](#)) und acht Prozent Erkrankungen der Lendenwirbelsäule. Dementsprechend wurden 2008 insgesamt fast 18.000 Muskel-Skelett-Erkrankungen mit Geldleistungen neu entschädigt.

Die hohe Zahl beruht aber wesentlich darauf, dass in Frankreich auch MdE-(Minderung der Erwerbsfähigkeits-)Grade ab zehn Prozent mit einer laufenden

Rente und sogar MdE-Grade unter zehn Prozent mit einer Einmalzahlung entschädigt werden. Die Verteilung stellt sich für 2008 wie folgt dar:

- 10.880 Einmalzahlungen, MdE < 10 Prozent
- 5.767 Renten, MdE ≥ 10 Prozent < 20 Prozent
- 1.181 Renten, MdE ≥ 20 Prozent.

Die Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachen in Frankreich damit auch wesentlich höhere Aufwendungen (2008: 875 Millionen Euro) und tragen maßgeblich dazu bei, dass BKen einen vergleichsweise hohen Anteil (33 Prozent) an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Unfallversicherung ausmachen.

Auf viele weitere interessante Einzelheiten der Vorträge kann hier nicht eingegangen werden.

8 Fazit

Schon die Zusammenschau der vier BK-Systeme auf der A+A 2011 hat viele interessante Aspekte zutage gefördert, die für die Weiterentwicklung der BK-Systeme in Europa relevant sein können. Als wichtig hat sich erwiesen, nicht nur einzelne Aspekte herauszugreifen, sondern das jeweilige nationale BK-System als Ganzes – im Zusammenspiel seiner verschiedenen Komponenten und Funktionsweisen – zu betrachten und zu verstehen.

Einen umfassenden Überblick über die BK-Systeme von 29 Staaten Europas wird die eingangs erwähnte Studie bringen. Hierzu wird DGUV Forum weiter berichten. ●



- 1 www.gvg.de
- 2 www.eurogip.fr
- 3 Zu früheren Arbeiten dieser Arbeitsgruppe vgl. Kranig, Die BG 2002, S. 236 und Die BG 2005, S. 760, sowie www.eurogip.fr
- 4 Die CD kann über basi@dguv.de bestellt werden.
- 5 Vgl. § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII.
- 6 BSG vom 4.6.2002, B2U 20/01.
- 7 Az: K(2003) 3297.
- 8 Vgl. BK-DOK 2008, DGUV 2010.
- 9 Vgl. Hagemeyer, O.; Butz, M.; Otten, H.: Die Statistik der Europäischen Berufskrankheiten im Jahr 2001. In: *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin* 40 (2005) Nr. 9, S. 501–504.
- 10 IARC, www.iarc.fr
- 11 Vgl. schon Kranig, Die BG 2005, S. 760.

Autor



Foto: DGUV

Dr. Andreas Kranig

Leiter der Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV
E-Mail: andreas.kranig@dguv.de

Berufskrankheiten

Zur Ablehnung der Anerkennung und Entschädigung einer bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS als BK 2108 bei Hebe- und Tragebelastungen eines in einem Betonverarbeitungsbetrieb Tätigen von insgesamt 29,4 MNh.

§ (Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 13.9.2011 – L 15 U 132/09 –, UV-Recht Aktuell 005/2012, S. 323 – 338)

Das LSG hat vorliegend einen Anspruch auf Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit Nr. 2108 verneint. Der Kläger sei unstreitig im Laufe seines Berufslebens Belastungen (Einwirkungen) in einem Maße ausgesetzt gewesen, wie es die BK 2108 fordere. Die Hebe- und Tragebelastungen hätten eine Gesamtbelastungsdosis von 29,4 MNh erreicht.

Beim Kläger liege auch eine bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule (LWS) vor, und zwar in Form eines deutlichen Bandscheibenprolapses L5/S1, welche auch ein korrespondierendes klinisches Beschwerdebild mit Funk-

tionseinschränkungen zeige. Jedoch könne ein wesentlicher Zusammenhang der beruflichen Belastung mit den beim Kläger vorliegenden Veränderungen im Bereich der LWS nicht angenommen werden.

Das LSG hat sich unter Zugrundelegung der Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung eingehend mit den Voraussetzungen der in den Konsensempfehlungen niedergelegten Konstellationen – hier „B“ – auseinandergesetzt. Besonders beleuchtet hat es dabei den Begriff der „black disc“, der als objektives Kriterium zur Feststellung einer stark degenerierten Bandscheibe benutzt werden soll. Im Ergebnis vermochte das LSG auch nach individueller Beurteilung und Würdigung des Einzelfalls eine Entscheidung zugunsten des Klägers nicht zu treffen.

Prävention

Ein Kranführer, der – trotz mehrfacher Aufforderung seines Arbeitgebers – die körperliche Eignung zum selbstständigen Führen von Kränen nicht nachweist und vom Arbeitgeber auch nicht anderweitig eingesetzt werden kann, bietet seine Arbeitskraft nicht ordnungsgemäß an.

§ (Urteil des Arbeitsgerichts Frankfurt am Main vom 12.10.2011 – 7 Ca 1552/11 –)

Das Arbeitsgericht Frankfurt am Main hat im vorliegenden Fall den Anspruch eines Kranführers auf Zahlung von (Annahmeverzugs-)Lohn nach einer arbeitgeberseitigen Freistellung ohne Fortzahlung der Vergütung verneint.

Nach § 29 der Unfallverhütungsvorschrift „Krane“ bedürfe das selbstständige Führen von Kränen unter anderem des Nachweises der körperlichen Eignung. Hierfür habe die Berufsgenossenschaft angeordnet, dass dieser Nachweis durch eine arbeitsmedizinische Untersuchung, die dem G25-Standard entspreche, erbracht werden könne. Der Nachweis kön-

ne auch anderweitig erbracht werden. Bis zur Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Attestes habe die beklagte Arbeitgeberin vorliegend den Kläger nicht mehr mit dem Führen von Kränen beauftragen dürfen, wodurch eine Weiterbeschäftigung des Klägers auf seinem bisherigen Arbeitsplatz entfallen sei.

Mangels Nachweises der körperlichen Eignung habe der Kläger im maßgeblichen Zeitraum seine Arbeitsleistung nicht erbringen können, so dass er nicht leistungsfähig gewesen sei (§ 297 BGB). Daher habe sich die Beklagte auch nicht im Annahmeverzug befunden, so dass der Kläger auch keinen Anspruch auf Fortzahlung seiner Vergütung nach § 615 Satz 1 BGB habe.

Aus der Forschung

Werkzeugkasten für mehr Gesundheit im Betrieb

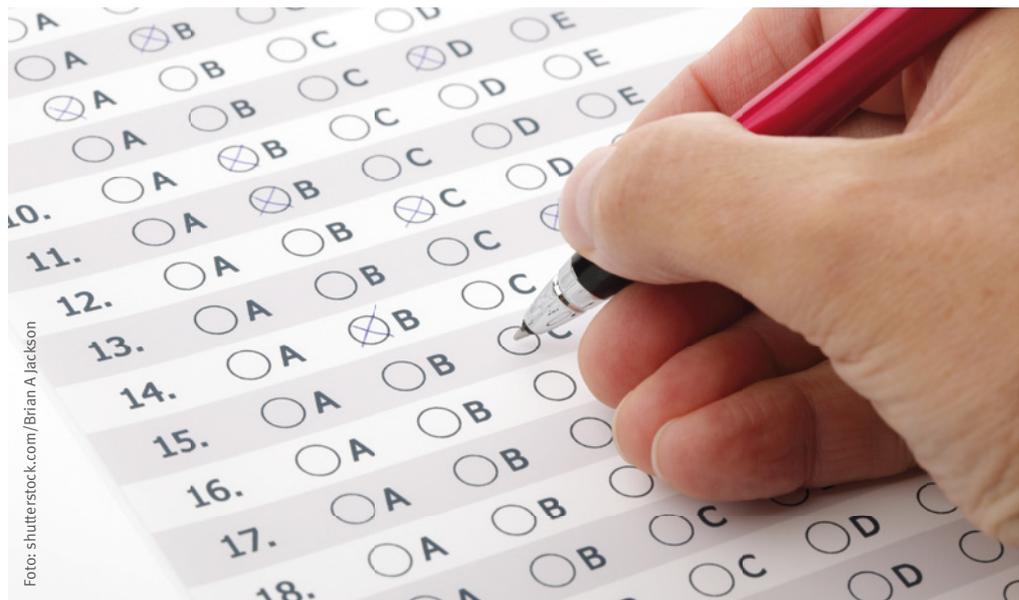
Die Analyse und Evaluation eines betrieblichen Managements für Sicherheit und Gesundheit braucht die richtigen Instrumente. Insgesamt 60 hat das Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) im Rahmen eines Forschungsprojekts dafür recherchiert.

Angebote und Unterstützung im Handlungsfeld „Gesundheit im Betrieb“ werden bei Berufsgenossenschaften und Unfallkassen derzeit verstärkt nachgefragt (Bindzius & Knoll, 2011). Viele Betriebe möchten ihre Aktivitäten zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung der Beschäftigten bündeln und unter das Dach des betrieblichen Managements für Sicherheit und Gesundheit stellen. Im Rahmen eines solchen Managementprozesses sind Phasen der Analyse und Evaluation unerlässlich. Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG) wurde eine umfangreiche Literaturrecherche (Print- und Onlinebereich) durchgeführt, um vorhandene Instrumente, Fragebögen oder Checklisten mit dem Schwerpunkt betriebliches Gesundheitsmanagement zu identifizieren. Die gesammelten Instrumente sollten zudem nach verschiedenen Kriterien kategorisiert und anwenderorientiert aufbereitet werden.

Ziel war es,

1. dem Nutzerkreis einen schnellen Überblick über Instrumente für die Analyse und Evaluation geben zu können;
2. dem Nutzerkreis eine schnelle Suche nach bedarfsgerechten Instrumenten zu ermöglichen.

Instrumente wurden dann einbezogen, wenn sie in den Schwerpunkt betriebliches Gesundheitsmanagement fielen, eine inhaltliche Eignung zur Evaluation aufwiesen, praxisnah und kostenfrei waren und entweder ganzheitlich das Thema oder mindestens ein mögliches Themenfeld von „Gesundheit im Betrieb“ ansprachen.



Im Ergebnis entstand eine systematische Instrumentensammlung, in der zum Abschluss des Projekts 60 Instrumente (Stand: 10. November 2011) enthalten sind.

Kategorisierung der Instrumente

Im Folgenden wird die Kategorisierung der Instrumente beschrieben. Die Kategorisierungsmerkmale entstanden ebenfalls aus Recherchen zu Evaluationsansätzen:

1. Allgemeine Merkmale, dabei wurden näher betrachtet:

- a. Nummerierung in der Tabelle
- b. Autor/Herausgeber
- c. Bezeichnung
- d. Erscheinungsjahr
- e. Instrumentenart.

2. Gliederung

Instrumente sind in der Regel inhaltlich untergliedert, um das Instrument im Allgemeinen zu strukturieren und dem Anwender die Orientierung zu erleichtern.

3. Zielgruppe

Hierbei wurde erfasst, ob sich das Instrument auf eine bestimmte Branche bezieht, und wenn ja, auf welche, ob das Instrument eher zur Umsetzung einer Mitarbeiter- oder einer Unternehmensbefragung konzipiert wurde und für welchen Unternehmenstyp, in Bezug auf die Unternehmensgröße, es primär geeignet ist.

4. Datenqualität

Es wurde geprüft, welche Qualität die mit Hilfe der Instrumente erhobenen Daten haben. Unter subjektiven oder auch weichen Daten werden beispielsweise Gefühle oder Meinungen verstanden. Kennzahlen zählen dagegen zu den objektiven Daten.

5. Evaluationsansatz (Pfaff & Slesina, 2001)

Gemäß Pfaff handelt es sich bei der Evaluation um eine „systematische, datengestützte Bewertung von Interventionen“ (Pfaff, 2001; S. 27). Hinsichtlich der Inter-

ventionen unterscheidet Pfaff in Maßnahmen, Programme und Managementsysteme. Eine Maßnahmenevaluation liegt vor, wenn die Elemente einer Intervention der Gegenstand einer systematischen Bewertung sind, die nicht mehr weiter differenzierbar sind. Im Falle einer Programmevaluation sind alle durchgeführten Maßnahmen in ihrer Gesamtheit, einschließlich ihrer Koordination und des Zusammenspiels, Gegenstand der Evaluation. Es handelt sich im Vergleich zu einzelnen Maßnahmen um komplexere Interventionsprogramme. Managementsysteme beschreibt Pfaff als zusammenhängende Sets von Managementprinzipien und -regeln, welche der Steuerung eines Unternehmens und der Erreichung von Sachzielen dienen. In der Analyse der Instrumente wurden jene, die Managementthematiken oder Variablen, welche das ganze Unternehmen betreffen (zum Beispiel Leitbild, Betriebsvereinbarungen, Führungskräfte, Personalmanagement, Betriebsklima beinhalteten), als Instrumente für die Evaluation von Managementsystemen eingestuft.

6. Auswahl nach der Daten-Zeit-Methodologie-Evaluator (DZME)-Klassifikation (Uhl, 2007)

a. Datendimension: Struktur vs. Prozess vs. Ergebnis vs. Impact vs. Kontext

Mit Strukturdaten werden (einrichtungs-/interventionsbezogene) Rahmenbedingungen erfasst. Es handelt sich zum Beispiel um Daten zu Aufbau und Ressourcen in Bezug auf Managementsysteme. Prozessdaten thematisieren die Projektschritte – welche fanden statt und wie wurden diese geplant oder umgesetzt? Es werden hierbei Daten zu Ablauf und Umsetzung von Interventionen angesprochen. Ergebnisdaten sprechen gesetzte oder erklärte Ziele und deren Erreichung an. Hierbei kann auch der Zielerreichungsgrad thematisiert werden. Impactdaten sprechen unerwartete positive und negative Resultate und/oder Nebenwirkungen von Interventionen an. Kontextdaten beschäftigen sich mit (übergeordneten) Rahmenbedingungen, die Einfluss haben könnten, beispielsweise das soziale und räumliche Umfeld einer Organisation.

b. Zeitdimension: konzeptuell vs. formativ vs. summativ vs. Qualitätskontrolle

Die Entwicklung von Maßnahmen lässt sich als Prozess betrachten. Am Anfang steht der Entwurf einer Maßnahme. Zu diesem Zeitpunkt kann eine Konzeptevaluation durchgeführt werden. Aufbauend auf dem Entwurf wird durch praktische Erprobung ein konkreter Vorschlag geformt, mit dem Ziel, ein Produkt ohne offensichtliche Schwachstellen zu generieren (Entwicklungsphase). An diesem Produkt setzt die formative Evaluation an. Im Prozess folgt die (erste) summative Evaluation, welche zur Beurteilung eines fertigen Produkts geeignet ist. Hierbei handelt es sich um die Erprobungsphase. In der letzten Prozessphase einer Intervention besteht das Ziel, die Qualität eines Produkts unter Routinebedingungen zu erhalten. Dies stellt eine Qualitätskontrolle und zugleich, aus Sicht der Evaluation, die zweite summative Phase dar.

c. Evaluationsdimension: interne vs. externe Evaluation

In diesem Punkt wurden die gesammelten Instrumente dahingehend analysiert, wer sie primär anwenden kann. Sie können zum Beispiel für die Benutzung durch ein Unternehmen, im Rahmen der Selbstevaluation, ausgelegt oder für die Fremdevaluation entwickelt sein. Letztere Instrumente finden sich meist im Kontext von Beratungen.

7. Quelle

Für jedes Instrument wurde die konkrete Quelle als Bezugsmöglichkeit angegeben.

Ausblick

Mit der Sammlung an Instrumenten besteht im nächsten Schritt die Möglichkeit, zu prüfen, welcher Bedarf an weiteren Instrumenten für die Evaluation von betrieblichem Gesundheitsmanagement besteht und welche Inhalte ein ganzheitliches Evaluationsinstrument haben muss.

Die Autorinnen haben die einzelnen Kategorisierungsmerkmale in einer Tabelle zusammengefasst. Diese kann bei ihnen angefordert werden. ●



- 1 Bindzius, F.; Knoll, A.: Das Präventionsfeld „Gesundheit im Betrieb“. In: DGUV Forum 12/2011, S. 26–31.
- 2 Paff, H.: Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff, H.; Slesina, W.: Effektive Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung, Weinheim 2001.
- 3 Uhl, A.: Kriterien der Evaluation in der Suchtprävention. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 04/2007, S. 120–124.

Autorinnen



Foto: DGUV

Dr. Annetrin Wetzstein

Leiterin des Bereichs Evaluation und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: annetrin.wetzstein@dguv.de



Foto: Jörg B. Schubert

Iris Wundratsch

Cand. Master of Science, Westsächsische Hochschule Zwickau
E-Mail: iris.wundratsch@fh-zwickau.de



Beratung von Existenzgründern

Mehr als nur eine Notwendigkeit

Existenzgründer sind die Arbeitgeber von morgen, doch der Weg zum erfolgreichen Unternehmer ist steinig. Auch die gesetzliche Unfallversicherung erklärt sich nicht von selbst. Daher kooperiert die DGUV mit den Handwerkskammern und IHKs, um den Neu-Selbstständigen frühzeitig Informationen anzubieten – so knapp wie möglich und so inhaltsreich wie nötig.

Die wirtschaftliche Landschaft in Deutschland ist bunt, vielfältig und in stetem Wandel begriffen. In den Jahren 2009 und 2010 haben jeweils mehr als 860.000 Menschen ein Gewerbe neu angemeldet. Freiberufliche Tätigkeiten sind dabei noch gar nicht erfasst. Eine große Zahl Menschen wagt damit alljährlich den Schritt in die Selbstständigkeit. Dies erfordert jede Menge Einsatz und Wissen. Deshalb bedarf dieser Personenkreis in besonderem Maße der Unterstützung.

Am Anfang steht das Wissen

Welche Geschäftsidee verspricht Erfolg? An welchem Standort finde ich meine Kunden? Wie finanziere ich den Start in die Selbstständigkeit? Benötige ich Ge-

nehmigungen? Wen muss ich informieren? Eine scheinbar nicht enden wollende Kette von Fragezeichen. Bleibt nur ein Trost: Jedes Unternehmen hat einmal klein angefangen und die meisten Fragen lassen sich beantworten.

Wer aber hilft? Das dichteste Netz an Beratungs- und Unterstützungsangeboten für Existenzgründer bieten die Handwerkskammern sowie die Industrie- und Handelskammern (IHKs). Sie sind Wegweiser und Unterstützer in einem. Die Kammern sind gut vernetzt. Sie nennen Ansprechpartner und stellen bei Bedarf unmittelbare Kontakte her. Hiervon profitiert auch die gesetzli-

che Unfallversicherung. Ihr fehlt der Bekanntheitsgrad anderer Sozialversicherungsbereiche wie der Renten- oder der Krankenversicherung. Oftmals erfahren Existenzgründer erst durch die Beratung der Kammern etwas von der gesetzlichen

„Kooperation ist kein Notbehelf, sondern bündelt Ressourcen und steigert die Beratungseffektivität.“

Unfallversicherung und ihrer Bedeutung für Unternehmer und Unternehmen. Dass dieses Thema gerade bei Selbstständigen ohne fremde Arbeitskräfte eher randständig wahrgenommen wird, liegt daher auf der Hand – zumal der Fokus der Kammern naturgemäß auf vorgreiflichen Fragen nach Geschäftsmodellen, Finanzierungskonzepten oder gewerbe- und steuerrechtlichen Aspekten liegt.

Was kann die Unfallversicherung an Beratung leisten?

Eines vorweg: Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung leisten bereits vieles bei der Beratung ihrer Neumitglieder. Manche kooperieren schon mit Kammern und Wirtschaftsverbänden. Oftmals werden spezielle Veranstaltungen für die Wirtschaftsbereiche angeboten, für die die Berufsgenossenschaft zuständig ist. Aber nichts ist so gut, dass es nicht verbessert werden könnte. Die Mitglieder der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) haben sich deshalb entschlossen, den Kammern eine verstärkte und umfassende Kooperation bei der Beratung von Existenzgründern anzubieten. Die bestehenden und bewährten Beratungsstrukturen der Kammern sollen genutzt werden, damit die gesetzliche Unfallversicherung prä-senter wird.

Das Projekt „Existenzgründerberatung“

Nachdem die DGUV vermehrt Anfragen zu einer Beteiligung an regionalen Beratungsveranstaltungen für Existenzgründer erhalten hatte, sprach sich die Geschäftsführerkonferenz im November 2010 für eine Beteiligung der Mitglieder an der Beratung von Existenzgründern zu Fragen der gesetzlichen Unfallversicherung aus. Zu diesem Zweck sollten geeignete Beschäftigte aus den Verwaltungen und regionalen Gliederungen benannt werden. Der Verband selbst sollte die Koordination, Unterstützung und Begleitung des aufzubauenden „Beraterpools“ sicherstellen.

Dieser Aufbau wurde zwischenzeitlich abgeschlossen. Es konnten rund 70 Mitarbeiter aus sämtlichen gewerblichen Berufsgenossenschaften für eine Beteiligung gewonnen werden. In drei regionalen Auftaktveranstaltungen wurden sie über das Projekt, die daran geknüpften Erwartungen und die bevorstehenden Aufgaben informiert. Zum überwiegenden Teil weisen die Beraterinnen und Berater bereits einschlägige Beratungserfahrungen auf. Hoch motiviert geben sie der gesetzlichen Unfallversicherung damit ein Gesicht und treten zugleich als deren Botschafter auf.

Zur Unterstützung der Beratung wurde ein spezieller Flyer entwickelt. „Von Anfang an dabei – Die gesetzliche Unfallversicherung bei Existenzgründungen“ erklärt kurz und knapp die wichtigsten Dinge, die Existenzgründer über die gesetzliche Unfallversicherung wissen sollten.

Die Resonanz auf das Angebot zur Beratungsunterstützung ist bisher sehr positiv ausgefallen. So war die Erstaufgabe des Flyers innerhalb kürzester Zeit vergriffen. Die zweite Auflage folgte deshalb in einer deutlich höheren Stückzahl.

Im Kontakt mit Existenzgründern, aber auch mit unseren Kooperationspartnern wurde wiederholt deutlich, dass die gesetzliche Unfallversicherung im Vergleich mit den anderen Zweigen der Sozialversicherung eher als exotisch wahrgenommen wird. Bereits die Beitragszahlung allein durch die Arbeitgeber hebt sich von der weitgehend paritätischen Finanzierung der Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung ab. Eine zunehmende Zahl von IHKs sowie Handwerkskammern begrüßt daher das Angebot, die gesetzliche Unfallversicherung in ihren Grundzügen und mit ihren Besonderheiten im Rahmen von Gründertagen, Einzel- und Gruppenberatungen sowie Informationsveranstaltungen durch „Insider“ darzustellen.

Die Kooperationspartner beschränken sich aber nicht auf die Unterstützung durch die Beraterinnen und Berater. Vielfach nachgefragt werden auch spezielle Informationsangebote für die Existenzgründerberatung der Kammern selbst. Zu diesem Zweck wurde ein gleichermaßen umfassender wie kompakter Überblick über die gesetzliche Unfallversicherung zusammengestellt. Weiterhin sind thematische Veranstaltungen für Berater bei den IHKs sowie den Handwerkskammern in Vorbereitung. Erste „Inhouse-Seminare“ beginnen im Frühjahr dieses Jahres.

Das mehrstufige Angebot für Existenzgründer richtet sich einerseits mit Publikationen und Beratungsangeboten direkt an diese, zum anderen aber auch an die Berater bei den Kammern.

Einen wichtigen Beitrag zur schnellen und unkomplizierten Unterstützung leistet in diesem Zusammenhang auch die kostenfreie Infoline der DGUV. Unter 0800 60 50 40 4 werden allgemeine Fragen zur gesetzlichen Unfallversicherung beantwortet, zum Beispiel die nach der für ein neues Unternehmen zuständigen Berufsgenossenschaft und den dortigen Ansprechpartnern für Existenzgründungen.

Resümee und Ausblick

Die DGUV und ihre Mitglieder unternehmen den Versuch, Existenzgründer möglichst flächendeckend, frühzeitig und konkret über die gesetzliche Unfallversicherung und deren Bedeutung für Unternehmen wie Beschäftigte zu informieren. Dies funktioniert nicht ohne eine Kooperation mit den Institutionen, die bundesweit Ansprechpartner bei Existenzgründungen sind. Die Zusammenarbeit mit den Handwerkskammern sowie den IHKs ist aber kein Notbehelf, sondern aus verschiedenen Gründen vorteilhaft. Sie bündelt Ressourcen und steigert die beiderseitige Beratungseffektivität. So erfolgt Öffentlichkeitsarbeit im besten Sinne. Diese kann dazu beitragen, das Entstehen von Irrtümern und Fehlvorstellungen in Sachen Unfallversicherung zu vermeiden. Und das ist allemal einfacher, als bestehende Vorurteile auszuräumen.

Die gesetzliche Unfallversicherung funktioniert nur mit den Versicherten und den Unternehmen. Und sie dient allen Betroffenen umso besser, je früher Klarheit über Sinn und Funktion des Systems Unfallversicherung besteht. Dies kommt nicht von selbst, sondern erfordert Investitionen. Aber kann es nachhaltigere Investitionen geben als die frühzeitige Einbindung neuer Unternehmer? Die Autoren halten dies für eine rhetorische Frage. ●

Autoren

Michael Quabach, Leiter des Referats
Zuständigkeit/Organisation der DGUV
E-Mail: michael.quabach@dguv.de

Stephanie Weber, Koordinatorin
der Infoline der DGUV
E-Mail: stephanie.weber@dguv.de

„Bausteine“-Apps – das Smartphone wird zum Nachschlagewerk für Arbeitssicherheit

Smartphones sind der letzte Schrei. Nichts hat sich in der jüngeren Vergangenheit so rasend schnell verbreitet wie diese Miniaturcomputer, mit denen auch telefoniert werden kann. Moderne Handys eignen sich aber auch als mobile Nachschlagewerke für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Die BG BAU hat daher ihre bekannten und bei Anwendern beliebten „Bausteine“ für die Anzeige auf Ihrem Smartphone angepasst.

Die „Bausteine“-App kann kostenfrei im jeweiligen App-Store des eigenen Betriebssystem-Betreibers heruntergeladen werden. Danach stehen alle „Bausteine“ der BG BAU als umfangreiches Nachschlagewerk, auch ohne Verbindung zum Internet, zur Verfügung. Über eine Suchfunktion und eine Kapitelauswahl kann der gewünschte „Baustein“ schnell angezeigt und dann alles Notwendige nachgelesen werden.

Wer den Speicherplatz auf seinem Smartphone für andere Anwendungen reserviert hat, kann, eine Internetverbindung vorausgesetzt, die Anwendung ganz einfach online aufrufen.



www.bgbau-medien.de/app/index.html



Quelle: Screenshot/BG BAU

Arbeiten im 21. Jahrhundert – Unterrichtsmaterialien für die Sekundarstufe II

Der Arbeitsmarkt der Zukunft wird sich strukturell von dem der Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden. Gerade für die Schülerinnen und Schüler in der Oberstufe, die ihre Bildungskarriere durch ein Studium fortsetzen wollen, sind die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt jedoch noch in weiter Ferne. Dies zeigt sich nicht zuletzt in einer – naiv-optimistischen – Grundhaltung, die viele Jugendliche davon ausgehen lässt, sie würden allein aufgrund ihres Bildungsabschlusses ein zufriedenstellendes Beschäftigungsverhältnis eingehen können. Unsicherer gewordene Berufsverläufe und Perspektiven haben die heutige junge Generation dabei von diesem Optimismus nicht abbringen können, wie die Shell-Studie des Jahres 2010 konstatiert. Die vorliegende Unterrichtseinheit „Arbeiten im 21. Jahrhundert“ der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung hat das wachsende Streben nach privat-familiärem Glück sowie ein ansteigendes Gesundheitsbewusstsein im Kontext (möglicher) zukünftiger Arbeitsbedingungen zum Gegenstand. Sie thematisiert damit eine der zentralen gesellschaftlichen Herausforderungen, zu der es unterschiedliche Erklärungs- und Lösungsansätze gibt.

Foto: fotolia/MonkeyBusiness



www.dguv-lug.de > Webcode: lug930013

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de

4. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

Herausgeber • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Mittelstraße 51, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion • Gregor Doepke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, Manfred Rentrop, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Natalie Peine, Franz Roiederer (stv. Chefredakteur), Wiesbaden

Redaktionsassistentz • Andrea Hütten, redaktion@dguv-forum.de

Verlag und Vertrieb • Universum Verlag GmbH, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer • Siegfried Pabst und Frank-Ivo Lube, Telefon: 0611/9030-0, Telefax: -281, info@universum.de, www.universum.de

Die Verlagsanschrift ist zugleich ladungsfähige Anschrift für die im Impressum genannten Verantwortlichen und Vertretungsberechtigten.

Anzeigen • Anne Prautsch, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246, Telefax: -247

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

Druck • ColorDruck Leimen, Gutenbergstraße 4, 69181 Leimen

Grafische Konzeption und Gestaltung • Liebchen+Liebchen GmbH, Frankfurt am Main

Titelbild • shutterstock.com/artur gabrysiak

Typoskripte • Informationen zur Abfassung von Beiträgen (Textmengen, Info-Grafiken, Abbildungen) können heruntergeladen werden unter: www.dguv-forum.de

Rechtliche Hinweise • Die mit Autorennamen versehenen Beiträge in dieser Zeitschrift geben ausschließlich die Meinungen der jeweiligen Verfasser wieder.

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

Preise • Im Internet unter: www.dguv-forum.de

In dieser Zeitschrift beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Frauen und Männer, auch wenn dies in der Schreibweise nicht immer zum Ausdruck kommt.

© DGUV, Berlin; Universum Verlag GmbH, Wiesbaden. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers und des Verlags.

Über 35 x in Deutschland:



Viele neue Möglichkeiten?

Kennen Sie die neuen Möglichkeiten, die Ihnen Arbeitsbühnen heute bieten? Möglichkeiten die Ihnen Zeit, Geld und Nerven sparen? Fragen Sie doch einfach einmal einen unserer Spezialisten.

Bei Gardemann haben Sie die Wahl unter 4.000 Arbeitsbühnen. Eine unserer über 35 Mietstationen ist auch in Ihrer Nähe. Und kompetente Beratung sowie zuvorkommender Service werden bei uns groß geschrieben.

Möchten Sie über die neuen Einsatzmöglichkeiten informiert werden?
Dann schicken Sie eine Mail oder rufen Sie uns einfach an.

Und schon können Sie sagen:
Gardemann gefragt. Erledigt. Haken dran.

 **Gardemann**
Der bundesweite Mietservice
HochProfessionell

Gardemann Arbeitsbühnen GmbH
Weseler Straße 3a • 46519 Alpen
freecall 0800 3 227 227
info@gardemann.de • www.gardemann.de



WO ENTLASTET MAN FUßGELENK, KNIE, HÜFTE UND RÜCKEN? UNTER DEM FUß NATÜRLICH.



**1. GELENKSTÜTZE MIT
DÄMPFUNGSELEMENT**



2. PU-ZWISCHENSOHLE



3. TUNNELSYSTEM®



SAXA ESD S2



YORA ESD S2

Mit mehr als 85 Jahren Erfahrung ist Bata Industrials einer der führenden Spezialisten für bequeme Sicherheitsschuhe. Nun verfügen unsere Modelle über eine innovative 3-stufige Dämpfungskonstruktion. Nach offizieller Testmethode (EN ISO 20344) erreichen wir eine doppelt so hohe Energieaufnahme im Fersenbereich als gefordert. Dadurch neutralisieren bzw. reduzieren wir weitestgehend die Stöße und Kräfte, die auf den gesamten biomechanischen Bewegungsapparat vom Fußgelenk bis zum Halswirbel wirken. Das Ergebnis: geringere Ermüdung, weniger Beschwerden und Ausfallzeiten. Bata. The Energy Footwear.



Bata Industrials®
THE ENERGY FOOTWEAR

Mehr Informationen: www.bataindustrials.com/broschuere