

# Zukünftige Entwicklungen und neue Berufskrankheiten

Dr. Andreas Kranig, Sankt Augustin

Vortrag

auf der Jahrestagung der  
Arbeitsgemeinschaft  
Neurologische Begutachtung  
am 3./4. Mai 2002 in Bochum

## 1. Einführung

Entsprechend dem Thema „Zukünftige Entwicklungen und neue Berufskrankheiten“ möchte ich Ihnen in einem ersten Teil meines Vortrages einige Entwicklungsperspektiven im Bereich Berufskrankheiten vorstellen. In einem zweiten Teil möchte ich Ihnen den seit kurzem vorliegenden Entwurf einer Änderungsverordnung zur Berufskrankheitenverordnung vorstellen; sie wird voraussichtlich im Herbst 2002 zwei bestehende Berufskrankheiten erweitern sowie eine neue Berufskrankheit bringen, womit die deutsche Liste der Berufskrankheiten auf 68 Positionen anwachsen wird; darüber hinaus möchte ich kurz auf einige Erkrankungen eingehen, die als neue Berufskrankheiten in der Diskussion stehen.

## 2. Zukünftige Entwicklungen

### 2.1 Überarbeitung der Berufskrankheitenliste

Derzeit ist nicht ersichtlich, dass der Gesetzgeber die *gesetzlichen* Grundlagen des Berufskrankheitenrechts selbst, die Herr Blome vorgestellt hat, revidieren will. Vielmehr möchte ich die Frage nach einem zeitgemäßen Berufskrankheitenrecht ausschließlich auf die Berufskrankheitenliste fokussieren. Allen Kennern der Materie ist bekannt, dass die deutsche Berufskrankheitenliste recht heterogen gestaltet ist.

**Bild 1**

Vor allem solche Berufskrankheitentatbestände, die aus früheren Jahrzehnten stammen, sind überwiegend sehr vage und unpräzise formuliert. Als Beispiel mag die BK-Nr. 1302 „Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe“ dienen.

Für Versicherte wie für die zur Meldung verpflichtete Ärzteschaft sind derartige offene BK-Tatbestände ebenso problematisch wie für die Berufsgenossenschaften, die Gerichte und die Gutachter. Symptomatisch erscheint mir der erste Satz im Merkblatt zur BK-Nr. 1302 unter der Überschrift „Krankheitsbild und Diagnose“: „Der Heterogenität der Halogenkohlenwasserstoffe entsprechen unterschiedliche akute und/oder chronische Krankheitsbilder.“ Es bedarf also umfassenden Fachwissens, um so offen formulierte BK-Tatbestände zu konkretisieren.

Mit solchen offenen BK-Tatbeständen verbinden sich für die Versicherten z. T. unberechtigte Hoffnungen und Erwartungen auf Anerkennung und Entschädigung, für die Rechtsanwender Entscheidungsunsicherheit, zumal dann, wenn verschiedene medizinische Fachdisziplinen oder Gutachterschulen zu diesen Fragen unterschiedliche Auffassungen vertreten.

Die offene Formulierung von BK-Tatbeständen betrifft nicht nur die häufig fehlende Nennung genauer Krankheitsbilder, sondern auch die Noxen, und dies in mehrfacher Hinsicht. In einer Reihe von BK-Tatbeständen findet sich gar keine ausdrückliche Nennung der Noxen, so bei den praktisch besonders bedeutsamen Hautkrank-

heiten und obstruktiven Atemwegserkrankungen. Erfasst sind hier alle Noxen, die die in diesen BK-Tatbeständen genannten Erkrankungen hervorrufen können.

Noch problematischer erscheinen Sammelbezeichnungen wie die erwähnte in BK-Nr. 1302 „Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe“ oder diejenige in BK-Nr. 1310 „Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkyl-Aryloxide“. Besonders gravierend ist in diesem Zusammenhang: Offen formulierte BK-Tatbestände können, wenn sie schon die einzelnen Krankheitsbilder und die zur Schädigung geeigneten Noxen nicht konkretisieren, erst recht keine Aussage zu den für die Kausalitätsbeurteilung bedeutsamen Dosis-Wirkungs-Beziehungen treffen.

Der Verordnungsgeber und der zu seiner Beratung berufene Ärztliche Sachverständigenbeirat haben diese Problematik erkannt. Dies zeigt sich an neueren BK-Tatbeständen. Ich nenne als beispielhaft in diesem Zusammenhang die BK-Nr. 4104.

Dieser BK-Tatbestand stellt unmissverständlich klar:

- Im Rahmen der Berufskrankheitenliste sind nur zwei Krebslokalisationen anerkennungsfähig sind – Lungenkrebs und Kehlkopfkrebs –.
- Es muss eine Asbestfaserstaubexposition stattgefunden haben.

- Diese muss entweder zu bestimmten Brückensymptomen geführt haben oder eine bestimmte Intensität – 25 Faserjahre – aufweisen.

Auf Grund dieser moderneren Konzeption von BK-Tatbeständen lässt sich das Ziel der gesetzlichen Unfallversicherung besser erreichen, durch Anerkennung und Entschädigung der Erkrankungsfälle, die dem unternehmerischen Risikobereich zuzuordnen sind, befriedend zu wirken. Denn es wissen alle Beteiligten mit der wünschenswerten Genauigkeit, woran sie sind. Für die zur Meldung verpflichteten Ärzte ist klar, um welche Krankheitsbilder es gehen kann, für die Expositionsermittlung ergibt sich bei diesem BK-Tatbestand ohne Weiteres, was unter „arbeitstechnischen Voraussetzungen“ zu verstehen ist, und bei der Begutachtung reduzieren sich die Meinungsunterschiede im Wesentlichen darauf, was unter einer Minimalasbestose zu verstehen ist und wie diese diagnostisch zu sichern ist.

Nun wäre es eine sehr lohnende Aufgabe, die Berufskrankheitenliste zu durchforsten und nach dem Vorbild der BK-Nr. 4104 neu zu gestalten. Viel wäre schon damit gewonnen, die BK-Tatbestände daraufhin durchzusehen, wo es die angesprochenen Probleme in der Praxis tatsächlich gibt, und eine Reform zunächst auf diese BK-Tatbestände zu konzentrieren.

Ich möchte auch auf einige Gegenargumente eingehen:

- Zum Teil wird die offene Formulierung von BK-Tatbeständen mit dem Argument gestützt, sie ermögliche die Berücksichtigung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dies mag im einen oder anderen Fall zutreffen. Allerdings birgt diese flexible Anpassung an den Stand der Wissenschaft auch erhebliche Gefahren: Wer ist dazu berufen, den jeweiligen aktuellen Stand der Wissenschaft festzustellen? Der einzelne Gutachter, eine wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft oder ein von einer Berufsgenossenschaft oder dem Hauptverband einberufenes Symposium? Was ist, wenn es unterschiedliche Auffassungen gibt? Eine Beurteilung durch den sachkundig beratenen Verordnungsgeber erscheint mir vorzugswürdig.
- Die Festsetzung von Dosis-Grenzwerten wird insbesondere aus der Sicht der Wissenschaft in Frage gestellt. Ein präziser Dosis-Grenzwert, der für alle Erkrankungsfälle richtig im Sinne von wissenschaftlicher Wahrheit ist, kann aus den epidemiologischen Forschungsergebnissen in aller Regel nicht hergeleitet werden. Abgesehen davon, dass es wissenschaftlich nie *eine* Wahrheit, sondern immer nur Näherungen an die Wahrheit geben kann, muss bei der Festsetzung von Dosis-Grenzwerten tatsächlich sehr vieles bedacht werden. Sowohl bei beruflich bedingten Krebserkrankungen als auch beispielsweise bei der chronischen Emphysebronchitis der Steinkohlebergleute wäre von Bedeutung, dass für Nieraucher, Exraucher und unterschiedliche starke Raucher sicherlich unterschiedliche Dosis-Grenzwerte abgeleitet werden müssten. Bei den meisten Erkrankungen z. B. bei den bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankungen, kommen

so viele unterschiedliche Ursachenfaktoren neben der Lastenhandhabung und Körperhaltung in Betracht, insbesondere sind die individuellen Anlagen im Sinne der Suszeptibilität und der im Laufe des Lebens individuell unterschiedliche Trainingszustand der Muskulatur von mitentscheidender Bedeutung. Meine Folgerung lautet: Die aus Sicht der Rechtsanwender dringend zu wünschende Präzisierung der BK-Tatbestände durch Dosis-Grenzwerte muss wissenschaftlich in ausreichendem Maße ableitbar sein, trägt aber immer auch das Gepräge einer auch sozialpolitisch begründeten Konvention.

Es ist in hohem Maße wünschenswert, dass der Verordnungsgeber bei Schaffung neuer bzw. Überarbeitung bestehender BK-Tatbestände im Interesse der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung der Versicherten wie auch im Sinn der Rechtsklarheit und Handhabbarkeit aus Sicht der Rechtsanwender und Gutachter die Nennung von Dosis-Grenzwerten immer dann sehr ernsthaft prüft und nach Möglichkeit in die BK-Tatbestände aufnimmt, wenn die Abgrenzung Berufskrankheit/Nicht-Berufskrankheit nicht schon auf Grund des Krankheitsbildes, des Krankheitsverlaufs und ähnlicher Gesichtspunkte möglich erscheint. Dies gilt einerseits für die meisten Berufskrebserkrankungen, andererseits in ganz besonderer Weise für die muskulo-skelettalen Erkrankungen, weil zahlreiche arbeitsbedingte und nicht-arbeitsbedingte Faktoren als Ursachen in Betracht kommen.

Die mit einer konkreteren Gestaltung der BK-Tatbestände verbundenen Probleme, die ganz sicher vorhanden sind, lassen sich

durchaus bewältigen. Die Vorteile konkreter Tatbestände liegen auf der Hand. Insbesondere scheint mir der Informationswert für den zur Meldung verpflichteten Arzt bedeutsam, der unmittelbar aus der Liste und nicht aus einer Vielzahl von teilweise veralteten Merkblättern entnehmen könnte, unter welchen Expositionsbedingungen bestimmte Erkrankungen als Berufskrankheiten in Betracht kommen. Auch der Präventionsdienst der Berufsgenossenschaft wäre sehr viel genauer orientiert, nach welchen Noxen bei Vorliegen einer bestimmten Erkrankung zu suchen ist. Soweit Dosis-Grenzwerte festgelegt sind, wäre sein Ermittlungsauftrag auch hinsichtlich Dauer, Häufigkeit und Intensität der Einwirkung von Noxen umrissen, so dass im eigentlichen Sinn von Ermittlungen zu „arbeits-technischen Voraussetzungen“ einer Berufskrankheit gesprochen werden kann.

## 2.2 Kombinationseffekte

Ein weiteres Problem, das im Rahmen der Berufskrankheitenliste gelöst werden sollte, möchte ich an dieser Stelle noch ansprechen. Es geht um die Kombinationseffekte mehrerer arbeitsbedingter Belastungen, bei Krebserkrankungen unter dem Begriff der Synkanzerogenese geläufig. Die Berufskrankheitenliste ist, von Ausnahmen wie der BK-Nr. 1317 abgesehen, auf monokausale Ursache-Wirkungs-Beziehungen abgestellt. Während die Berufsgenossenschaften und medizinischen Gutachter mit diesem Problem *unter der Geltung offener BK-Tatbestände* pragmatisch sinnvoll zurecht kommen, zeigt sich hier ein Pferdefuß der grundsätzlich zu be-

fürwortenden konkreteren Gestaltung der BK-Tatbestände. Bei Zusammentreffen von Asbestfaserstaub- und PAK-Expositionen sind auf Grund der BK-Nr. 4104 bzw. auf Grund der Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats – Sektion Berufskrankheiten – beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (im Folgenden: ÄSVB) - zu Lungenkrebs durch PAK jeweils Dosis-Grenzwerte – 25 Faserjahre bzw. 100 BaP-Jahre – zu beachten. Erreicht ein Versicherter mit beispielsweise 15 Faserjahren und 60 BaP-Jahren den jeweiligen Grenzwert nicht, führt die juristische Auslegung durch die Berufsgenossenschaften zur Ablehnung der Anerkennung als Berufskrankheit. Das Reichenhaller Berufskrankheiten-Symposium im Herbst 2001 und die nachfolgende Sitzung des Verwaltungsausschusses Berufskrankheiten des Hauptverbandes haben bestätigt, dass hier Handlungsbedarf besteht. Der ÄSVB sollte dem Verordnungsgeber die hierzu vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse aufbereiten, damit gegebenenfalls eine auf gesicherten Erkenntnissen basierende Lösung der Problematik auf der Verordnungsebene gefunden werden kann.

### **3. Neue Berufskrankheiten, Änderungsverordnung 2002 zur BKV**

Das Bundesarbeitsministerium hat vor wenigen Wochen den Sozialpartnern und den Spitzenverbänden der Unfallversicherungsträger den Referentenentwurf zur Änderung der Berufskrankheitenverordnung zur Stellungnahme übersandt. Wesentlicher Inhalt dieser Verordnung, die für Herbst d.J. erwartet wird, werden drei neue bzw. geänderte Berufskrankheiten sein. Im einzelnen:

### 3.1 Lungenkrebs durch PAK bei Nachweis von mindestens 100 BaP-Jahren

Hierzu liegt seit Anfang 1998 eine Empfehlung des ÄSVB an den Verordnungsgeber vor. Die UVT verfahren derzeit nach dieser Empfehlung im Rahmen des § 9 Abs. 2 SGB VII.

Polzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), insbesondere die Leitsubstanz Benzo-(a)-Pyren, werden bzw. wurden bei der Herstellung von Koks und Teer aus Steinkohle oder der Verwendung von Steinkohleteer (-pech) im Straßenbau und beim Dachdecken frei. Auch Kaminruß kann PAK enthalten. Sie bilden insbesondere einen Bestandteil der Kokereirohgase, deren gesundheitsschädigende Wirkung bereits bisher durch BK-Nr. 41 10 anerkannt war. Insgesamt sind bisher annähernd hundert Fälle im Rahmen von BK-Nr. 41 10 und § 9 Abs. 2 SGB VII anerkannt worden.

Die Situation in diesem Bereich gibt zu folgenden Bemerkungen Anlass:

- Im Rahmen des offenen BK-Tatbestandes Nr. 41 10 wurden auch Fälle von Kehlkopfkrebs anerkannt. Die neue Empfehlung sieht hierfür zwar gewichtige Hinweise, aber keine ausreichende wissenschaftliche Grundlage. Es stellt sich daher die Frage, ob die bisherige Praxis nach BK-Nr. 41 10 aufrechterhalten werden kann und neben der bisherigen BK-Nr. 41 10 eine neue BK-Nr. 41 13 ge-

schaffen wird oder ob die neue BK-Nr. 4110 an die Stelle der alten tritt und damit eine Einschränkung bezüglich Kehlkopfkrebs bringt.

- Besonders problematisch ist die Abgrenzung und Beurteilung des Ursachenzusammenhangs bei Rauchern. PAK entstehen auch beim Tabakrauchen. Der Grenzwert von 100 BAP-Jahren wurde so festgelegt, dass auch beim Durchschnitt der Raucher ein verdoppeltes Risiko angenommen werden kann. Es handelt sich bei dem empfohlenen Dosis-Grenzwert also nicht um eine *für alle Fälle* wissenschaftlich begründete und daher einzelfallgerechte Voraussetzung, sondern um eine wissenschaftlich hergeleitete Konvention, die die Fallbearbeitung erleichtert, aber die wenigen Nichtraucher unter den betroffenen Versicherten benachteiligen dürfte.

### 3.2 Lungenkrebs durch Quarzstaub bei nachgewiesener Silikose oder Silikotuberkulose

Hierzu liegt seit Mai 2001 eine Empfehlung des ÄSVB vor, die ebenfalls in die Liste überführt werden soll.

Die Empfehlung bezieht sich nicht auf den Steinkohlebergbau, da die epidemiologischen Erkenntnisse zu diesem Bereich noch widersprüchlich sind. Damit bleiben derzeit die meisten der an Silikose Erkrankten vom Anwendungsbereich ausgeschlossen. Eine Klärung durch derzeit laufende Studien könnte in den nächsten 2 bis 3 Jahren zu erwarten sein. Diese Einschränkung wird erkennbar zu er-

heblichen Problemen in der Praxis führen, insbesondere bei Versicherten mit Tätigkeiten im Steinkohlebergbau und in anderen Gewerbebezweigen mit Quarzstaubgefährdung.

Wie bei Lungenkrebs durch PAK oder Asbest werden die meisten Erkrankten gleichzeitig Raucher gewesen sein. Die maßgebenden Studien haben sowohl für die Gruppe der Raucher wie für die der Nichtraucher eine Risikoverdoppelung ergeben. Daher wird bei den praktischen BK-Ermittlungen der Raucherstatus für die Frage der Anerkennung keine entscheidende Rolle spielen. Er ist aber bei an Silikose Erkrankten schon im Vorfeld aus therapeutischen Gründen bzw. zur Vermeidung des Eintritts einer Lungenkrebserkrankung zu erheben.

Die neue BK wird in der Praxis voraussichtlich eine Reihe weiterer Probleme aufwerfen, für die in der nächsten Zeit Lösungen zu entwickeln sind, so z.B. die Frage der histologischen Diagnose einer Silikose.

### **3.3 Druckschädigungen der Nerven (BK-Nr. 2106)**

Ebenfalls seit Mai 2001 liegt die Empfehlung des ÄSVB vor, die BK-Nr. 2106 zu ändern: Der Begriff ‚Drucklähmung‘ soll durch ‚Druckschädigung‘ der Nerven ersetzt werden. Dies entspricht den schon länger vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Anzumerken ist allerdings Folgendes:

- Der Verordnungsgeber stützt sich bei dieser BK praktisch ausschließlich auf unmittelbar nachvollziehbare, evidente Erkenntnisse zum Pathomechanismus. Epidemiologische Studien zu diesem Bereich sind Mangelware. In der wissenschaftlichen Begründung werden einzelne Erkrankungsbilder genannt, für die eine berufliche Verursachung möglich erscheint, aber nach meiner Kenntnis nicht belegt ist. Als Beispiel nenne ich die so genannte Krückenlähmung.
- Das eigentlich begrifflich unter den BK-Tatbestand subsumierbare Carpal-tunnelsyndrom (CTS) ist von der Empfehlung ausgenommen. Die BK-Reife des CTS wird derzeit vom ÄSVB gesondert geprüft.

#### 4. Aktuell hinsichtlich der BK-Reife diskutierte Erkrankungen

Hierzu möchte ich auf folgende Erkrankungen hinweisen:

- Carpal-tunnelsyndrom (CTS)
- Knie- und Hüftgelenksarthrosen
- Hautkrebs durch UV-Licht (starke Sonneneinstrahlung)
- Blutkrebs durch Asbeststaub
- Non-Hodgkin-Lymphome durch Benzol
- Lungenkrebs (und andere Erkrankungen der Atemwege) durch Passivrauchen
- Lungenfibrose bei Schweißern
- progressive systemische Sklerodermie durch Quarzstaub.

Zu diesen Erkrankungen möchte ich abschließend einige Hinweise geben:

- Für die Lungenfibrose bei Schweißern, die unter sehr ungünstigen Bedingungen gearbeitet haben, dürften in näherer Zukunft Anerkennungschancen bestehen, wenn die Krankheitsverursachung histologisch und radiologisch unmittelbar nachvollziehbar gemacht werden kann; dass es hierzu lediglich Cluster-Analysen gibt, beruht auf der relativ geringen Zahl der betroffenen besonders belasteten Versicherten. Weitergehende epidemiologische Forschungsergebnisse sind wohl nicht erzielbar und dürften, wenn sich die vorliegenden Erkenntnisse zur Pathogenese erhärten lassen, nicht zwingend erforderlich sein. Dies bedarf aber noch vertiefter weiterer Beratungen. Urteile von Landessozialgerichten, die auf dem bislang noch nicht abschließend geklärten Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft beruhen, sprechen derzeit noch gegen eine Anerkennung.
- Mit der möglichen Verursachung der progressiven systemischen Sklerodermie durch Quarz(staub) hat sich der Ärztliche Sachverständigenbeirat befasst und ist nicht zu einer positiven Empfehlung gekommen. Hierzu liegen – ebenfalls auf der Grundlage relativ geringer absoluter Erkrankungszahlen – gewisse, aber fragliche epidemiologische Erkenntnisse vor. Diese werden jedoch im Unterschied zur vorgenannten Erkrankung nicht durch aus-

reichend gesicherte Erkenntnisse zur Pathogenese gestützt. Die insofern bestehenden Hypothesen und Anhaltspunkte gehen über Möglichkeiten und Mutmaßungen nicht hinaus, vermitteln jedoch nicht die hinreichende Sicherheit für eine Anwendung der Ergänzungsklausel.

- Bei der Diskussion um Lungenkrebs durch Passivrauchen und Hautkrebs durch UV-Licht stellen sich die Probleme in vergleichbarer Weise: Beide Noxen sind bekanntermaßen geeignet, die genannten Krebserkrankungen zu verursachen. Es handelt sich um Noxen, die auch im privaten Bereich sehr verbreitet sind. Es käme daher darauf an, Genaueres über die Dosis-Wirkungsbeziehungen zu wissen. Bei erhöhter Gefährdung auch im privaten Bereich dürfte eine Abgrenzung unmöglich und damit eine Anerkennung als Berufskrankheit ausgeschlossen sein.
- Bei den Erkrankungen aus dem muskulo-skelettalen Bereich - Karpaltunnelsyndrom, Gonarthrose und Coxarthrose – handelt es sich um weit in der Bevölkerung verbreitete Krankheitsbilder, die von verschiedenen außerberuflichen Faktoren verursacht bzw. in ihrer Entstehung begünstigt werden können. Es liegen allerdings epidemiologische Erkenntnisse vor, die auch auf die Möglichkeit einer beruflichen Verursachung hinweisen; beim Karpaltunnelsyndrom insbesondere repetitive Bewegungen unter Kraftaufwendung bzw. Beugung im Handgelenk, bei den Arthrosen der großen Gelenke die Handhabung schwerer Las-

ten, bei der Gonarthrose darüber hinaus auch kniende Tätigkeiten. Die Abgrenzungsprobleme ähneln denjenigen bei den Bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankungen. Die epidemiologischen Forschungsergebnisse geben Hinweise auf Dosis-Wirkungs-Beziehungen, aber keine ausreichend sicheren Erkenntnisse für die Festlegung von Dosis-Grenzwerten. Wenn es nicht gelingt, wissenschaftlich ausreichend sicher abgeleitete und in der Praxis handhabbare Abgrenzungskriterien festzulegen, sollte sehr kritisch geprüft werden, ob eine Aufnahme in die Berufskrankheitenliste erfolgen kann.

- Bei Blutkrebs durch Asbeststaub liegen seit längerem Hinweise in Form von Clustern vor, die wissenschaftlich beschrieben sind. Ebenso liegen gewisse Anhaltspunkte für einen pathogenetischen Zusammenhang vor. Der Ärztliche Sachverständigenbeirat hat sich vor mehreren Jahren hiermit befasst und ist zu dem Ergebnis gekommen: Berufskrankheitenreife war auf Grund der damals vorliegenden Erkenntnisse nicht begründet. Nunmehr liegen neue Veröffentlichungen zu diesem Thema vor. Ob diese wirklich neue Erkenntnisse beinhalten, wird derzeit vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat geprüft.
- Zu Benzol besteht ein offen formulierter BK-Tatbestand in BK-Nr. 1303 – „Erkrankungen durch Benzol“ -. Ob unter diesem BK-Tatbestand auch Non-Hodgkin-Lymphome anerkannt werden können, wird überwiegend bejaht, doch bestehen erhebliche Unsicherheiten darüber, welche einzelnen Arten von Non-

Hodgkin-Lymphome darunter fallen und welche Dauer und Intensität der Exposition zur Verursachung geeignet ist. Dies wird unterschiedlich beurteilt und ist durch Forschungsergebnisse nur schwer zu belegen.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit.