

Editorial	2	Aktualisierung der Königsteiner Empfehlung: Anpassung der Bewertung der arbeitsbedingten Schwerhörigkeit an die Bedeutung des Gehörs in der Arbeitswelt	32
SCHWERPUNKT			
Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts nach dem 7. SGB-IV-Änderungsgesetz	3	Passivrauchen am Arbeitsplatz – eine neue Berufskrankheit als Herausforderung für die Unfallversicherungsträger	35
COVID-19 als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung	11	Neues zu asbestbedingten Berufskrankheiten: Update der AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“	39
Neues Frühmeldeverfahren für Atemwegs- erkrankungen: Der Weg zur Stärkung der Individualprävention	18	Therapie maligner Mesotheliome – neue Ansätze	43
Teilhabeorientierte, multimodale Rehabilitation beruflich verursachter Atemwegs- und Lungen- erkrankungen in der BG Klinik Bad Reichenhall	22	Nachrichten aus Brüssel	45
Herausforderungen und Lösungsansätze in der Berufskrankheitenpraxis	25	Aus der Rechtsprechung	46
		Personalmeldungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung	47

Liebe Leserin, lieber Leser,

kann eine Covid-19-Erkrankung auch eine Berufskrankheit oder ein Arbeitsunfall sein? Diese Frage beschäftigt viele Menschen, denn dieser Winter 2020/21 steht weiter im Zeichen der Pandemie. Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sind sich ihrer Verantwortung bewusst. Sie unterstützen Beschäftigte und Betriebe mit allen geeigneten Mitteln. Auf welcher rechtlichen Grundlage sie das tun, beschreiben wir noch einmal in diesem Heft.



Foto: Jan Röhl/DGUV

Das neue Jahr bringt aber auch wichtige, lang vorbereitete Neuerungen. Zum 1. Januar 2021 sind weitreichende Änderungen im Berufskrankheitenrecht in Kraft getreten. Der Gesetzgeber hat zahlreiche Vorschläge aufgegriffen, die die Selbstverwaltung der DGUV 2016 in einem „Weißbuch“ veröffentlicht hatte. Zentrale Neuerungen sind zum Beispiel der Wegfall des „Unterlassungszwangs“, der bislang als Anerkennungsvoraussetzung für neun Berufskrankheiten galt, und die damit einhergehende Intensivierung von Maßnahmen der Individualprävention. Ziel ist es, negative Auswirkungen der weiter geführten Beschäftigung auf die Gesundheit zu verhindern.

Das Thema Individualprävention wollen wir deshalb auch mit neuen Forschungsprojekten begleiten. Eines wird sich der Früherkennung von Atemwegserkrankungen widmen. Bislang werden Atemwegserkrankungen der gesetzlichen Unfallversicherung meist erst in fortgeschrittenem Stadium gemeldet. Eine frühzeitigere Meldung und eine darauf folgende Individualprävention könnten der Entwicklung und Verschlimmerung von Berufskrankheiten vorbeugen. 2021 wird in einigen Regionen ein neues Frühmeldeverfahren erprobt und wissenschaftlich evaluiert, das auch im internationalen Vergleich innovativ ist.

Parallel zu allen Weiterentwicklungen gilt unser Hauptaugenmerk beim Thema Berufskrankheiten weiterhin der Qualitätssicherung. Zentral dafür ist der Erfahrungsaustausch aller Unfallversicherungsträger, das Teilen von Informationen und die trägerübergreifenden Aus- und Weiterbildung zu Fragen der Ermittlung und Bearbeitung von Berufskrankheitenfällen. Hier wird die DGUV gerne eine koordinierende Rolle übernehmen.

An dieser Stelle möchte ich auch nicht versäumen, Ihnen ein gutes und vor allem gesundes neues Jahr 2021 zu wünschen. DGUV Forum freut sich auf Ihr Interesse und über Ihre Kritik.

Ihr

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Stefan Hussy'. The signature is fluid and cursive.

Dr. Stefan Hussy
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts nach dem 7. SGB-IV-Änderungsgesetz

Key Facts

- Der sogenannte „Unterlassungszwang“ als Anerkennungsvoraussetzung für bestimmte Berufskrankheiten ist zum Jahreswechsel entfallen
- Die Einführung neuer Pflichten für die Versicherten zur Mitwirkung bei der Individualprävention soll negative Auswirkungen auf ihre Gesundheit verhindern
- Um die Fortschreibung der BK-Liste zu beschleunigen und den Prozess transparenter zu machen, soll der ÄSVB institutionalisiert und durch die BAuA stärker unterstützt werden

Autoren

- ➔ Prof. Dr. Wolfgang Römer
- ➔ Fred-D. Zagrodnik

Zum Jahreswechsel sind einige Änderungen im Berufskrankheitenrecht in Kraft getreten. Dieser Beitrag stellt sie vor.

Zusammenfassung

Infolge des Siebten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 12. Juni 2020 – 7. SGB IV-ÄndG – (BGBl. I Nr. 28 S. 1248) tritt zum 1. Januar 2021 eine Reihe von Gesetzesänderungen in Kraft bezüglich der Definition, der Prävention und der Entschädigung von Berufskrankheiten. Große Bedeutung kommt dabei dem Wegfall des sogenannten „Unterlassungszwangs“ als Anerkennungsvoraussetzung bestimmter Berufskrankheiten zu. Anlass hierfür ist die Streichung der Ermächtigung in § 9 Abs. 1 SGB VII, die Entschädigung von Berufskrankheiten von der Unterlassung aller Tätigkeiten abhängig zu machen, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. Negative Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Versicherten sollen zukünftig durch die Betonung des Präventionsauftrages für die Unfallversicherungsträger und die Einführung neuer Pflichten für die Versicherten zur Mitwirkung bei der Individualprävention verhindert werden. Um die Fortschreibung der Liste der Berufskrankheiten (BK-Liste) zu beschleunigen und den Prozess transparenter zu machen, soll der für die Beratung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) institutionalisiert und durch die Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz (BAuA) stärker unterstützt werden. Durch die Etablierung einer jährlichen Berichtspflicht soll die Transparenz der Forschung zu Berufskrankheiten durch die gesetzliche Unfallversicherung erhöht werden. Schließlich sollen auch die Möglichkeiten für die Unfallversicherungsträger zur Expositionsermittlung gestärkt werden. Mit den neuen Regelungen reagiert der Gesetzgeber auf die von verschiedenen Seiten seit Längerem zu diesen Punkten geäußerte Kritik^[1] und greift Vorschläge^[2] der DGUV auf.

Der Deutsche Bundestag hat am 12. Juni 2020 das „Siebte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ beschlossen. Der Gesetzgeber übernimmt darin zahlreiche Vorschläge, die im Jahr 2016 von den paritätisch durch die Sozialpartner besetzten Selbstverwaltungsorganen der DGUV im sogenannten „Weißbuch“^[3] veröffentlicht wurden. Mit Inkrafttreten

am 1. Januar 2021 gehen insbesondere im Recht der Berufskrankheiten weitreichende Änderungen einher.

1. Einwirkungsermittlung

Ein häufiger Kritikpunkt der bisherigen Berufskrankheitenverfahren betrifft die Ermittlung und Bewertung für die Entscheidung relevanter Einwirkungen bei

der versicherten Tätigkeit (Exposition). Insbesondere bei lange in der Vergangenheit zurückliegenden Zeiten mit erkrankungsrelevanten Einwirkungen kann es zu Nachweisschwierigkeiten kommen.

Mit dem neu eingeführten § 9 Abs. 3a SGB VII werden einzelfallbezogene genauso wie systematische Ermittlungen der relevanten Einwirkungen an vergleichbaren Arbeitsplätzen



Mit dem neu eingeführten § 9 Abs. 3a SGB VII werden einzelfallbezogene genauso wie systematische Ermittlungen der relevanten Einwirkungen an vergleichbaren Arbeitsplätzen rechtlich verankert.“

rechtlich verankert, wie sie auch in der Vergangenheit bereits bei Bedarf zugunsten der versicherten Personen durchgeführt wurden. Danach hat der Unfallversicherungsträger neben den bereits bislang in § 21 Abs. 1 Satz 1 SGB X genannten Beweismitteln auch Erkenntnisse zu berücksichtigen, die er oder ein anderer Unfallversicherungsträger an vergleichbaren Arbeitsplätzen oder zu vergleichbaren Tätigkeiten gewonnen hat. Damit werden diese Verfahrensweisen gesetzlich verankert und Rechtssicherheit mit Blick auf die gesetzlichen Beweis- und vor allem Datenschutzanforderungen sowie auf die Duldungspflicht der Unternehmerinnen und Unternehmer bei systematischen Erhebungen an Arbeitsplätzen geschaffen. Dies gilt insbesondere in Fällen, in denen die Ermittlungen zu den Einwirkungen während der versicherten Tätigkeit dadurch erschwert sind, dass der Arbeitsplatz der Versicherten nicht mehr oder nur in veränderter Gestaltung vorhanden ist. Die Unfallversicherungsträger sollen darüber hinaus dazu einzeln oder gemeinsam tätigkeitsbezogene Expositionskataster erstellen. Grundlage für diese Kataster können Ergebnisse aus systematischen Erhebungen, aus Ermittlungen in Einzelfällen sowie aus Forschungsvorhaben sein. Außerdem können die Unfallversicherungsträger Erhebungen an vergleichbaren Arbeitsplätzen durchführen. Auch damit wird eine bereits bestehende Praxis der Unfallversicherungsträger gesetzlich verankert und die Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern gestärkt.

Bereits vor Inkrafttreten dieser Regelung hat die DGUV zusammen mit den Unfallversicherungsträgern eine „Handlungsempfehlung für die Ermittlung und Bewertung der Einwirkungen in Berufskrankheitenverfahren“ veröffentlicht.^[4] Mit dieser werden Standards der Einwirkungsermittlung und -bewertung formuliert sowie die künftige gemeinsame Nutzung von Expositionskatastern vorbereitet. Zudem werden in einem „besonderen Teil“ zu einzelnen Berufskrankheiten spezifische Hinweise zur Ermittlung der Einwirkung gegeben und das bereits vorhandene Erfahrungswissen der Unfallversicherungsträger zusammenfassend dargestellt.

Außerdem wird eine zentrale Gruppe von Fachleuten übergreifend für alle Unfallversicherungsträger eingerichtet, die perspektivisch sogenannten „Non-liquet-Fällen“ entgegenwirken soll. Damit steht eine besondere Expertise aus verschiedenen Berufszweigen und Branchen zur Verfügung, wenn sich im Hinblick auf besondere, insbesondere weniger häufig anzutreffende Einwirkungen Beweisschwierigkeiten ergeben.

2. Wegfall des Unterlassungszwangs als Anerkennungsvoraussetzung bei Berufskrankheiten

Bislang machte der Ordnungsgeber bei neun von aktuell 80 in der Berufskrankheitenliste aufgeführten Krankheiten von

der Möglichkeit des Unterlassungszwangs Gebrauch. Dies sind die BK-Nrn. 1315, 2101, 2104, 2108 bis 2110, 4301, 4302 und 5101. Unter diesen Berufskrankheiten sind mit den Hauterkrankungen, den obstruktiven Atemwegserkrankungen und den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäulen sehr anzeigenstarke Krankheitsbilder, sodass sie zusammen über ein Drittel (38 Prozent) aller BK-Verdachtsanzeigen ausmachen.^[5] Allerdings zeigt ein Blick auf die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten, dass diese Anzeigen, nicht zuletzt wegen des Unterlassungszwangs, nur in wenigen Fällen zu einer Anerkennung führen. So wurden zum Beispiel 2019 von 30.415 angezeigten Berufskrankheiten mit Aufgabezwang nur 1.184 anerkannt, was einem Anteil von unter vier Prozent entspricht.^[6] Allerdings wurde in 17.108 Fällen eine berufliche Verursachung festgestellt, in denen die Anerkennung aber nicht erfolgte, weil die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen^[7] des BK-Tatbestandes nicht erfüllt waren. In diesen Fällen werden regelmäßig Leistungen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) zur Verhütung der Entstehung einer Berufskrankheit erbracht.

Nach der Gesetzesbegründung handelt es sich bei dem Unterlassungszwang um ein historisch überkommenes Instrument des Berufskrankheitenrechts, das heute nicht mehr erforderlich ist und dessen Auswirkungen zu unangemessenen Nachteilen für die Versicherten führen.^[8] Nach all-



Um Verschlimmerungen zu vermeiden, soll in Zukunft die Individualprävention gestärkt und die aktive Mitwirkung der Betroffenen eingefordert werden.“

gemeiner Ansicht verfolgt der Unterlassungszwang vor allem zwei Ziele:

1. Bagatellerkrankungen, die eine Aufgabe der schädigenden Tätigkeiten nicht rechtfertigen und für deren Schutz durch die gesetzliche Unfallversicherung kein Erfordernis gesehen wird, sind von der Entschädigung durch die gesetzliche Unfallversicherung auszunehmen.
2. Aus Gründen der Prävention ist zu verhindern, dass Versicherte ihre Gesundheit durch ein Verbleiben am Arbeitsplatz weiter schädigen.^[9]

Diese Zwecke können nach Ansicht des Gesetzgebers künftig mit anderen Maßnahmen erreicht werden. Um Verschlimmerungen zu vermeiden, soll in Zukunft die Individualprävention gestärkt und die aktive Mitwirkung der Betroffenen eingefordert werden. Der Ausschluss von Bagatellerkrankungen soll durch eine entsprechende Präzisierung der betroffenen BK-Tatbestände erfolgen.^[10] Der Gesetzgeber reagiert damit auf die vielfach geäußerte Kritik am Unterlassungszwang^[11] und folgt im Wesentlichen einem Vorschlag der DGUV.^[12]

Dementsprechend wurden in § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII die Wörter „oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein

können“ gestrichen. Gleichzeitig wurde dieser Passus bei den BK-Nrn. 1315, 2101, 2104, 2108-2110, 4301, 4302 und 5101 gestrichen.

Dadurch ist bei diesen BK-Nummern künftig eine Anerkennung als Berufskrankheit unabhängig von der Frage möglich, ob ein objektiver Zwang zur Tätigkeitsaufgabe vorliegt und die als schädigend identifizierte Tätigkeit auch tatsächlich aufgegeben wurde.

Gleichzeitig wurden einige dieser BK-Nummern hinsichtlich ihrer Tatbestandsmerkmale angepasst, um weiterhin Bagatellerkrankungen von der Entschädigung auszuschließen. Diese Berufskrankheiten lauten nun:

- Nr. 1315: Erkrankungen durch Isocyanate
- Nr. 2101: Schwere oder wiederholt rückfällige Erkrankungen der Sehenscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze
- Nr. 2104: Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen
- Nr. 2108: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und

Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben

- Nr. 2109: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Halswirbelsäule) geführt haben
- Nr. 2110: Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben
- Nr. 4301: Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie)
- Nr. 4302: Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen
- Nr. 5101: Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen

Keine Anpassung der BK-Tatbestände erfolgt bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen. Dies wird damit begründet, dass nach der aktuellen MdE-Tabelle der für die Begutachtung dieser Erkrankungen einschlägigen „Reichenhaller Empfehlung“^[13] bereits für die Frühstadien der



Der bisher in neun BK-Tatbeständen geforderte Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit wurde gestrichen.“

Erkrankungen eine MdE von zehn Prozent vorgeschlagen wird. Daher sei bei diesen Krankheitsbildern nicht von einer Bagatellerkrankung auszugehen.^[14] Auch bei den Erkrankungen durch Isocyanate (BK-Nr. 1315) wird auf eine Ergänzung des Tatbestandes verzichtet. Bei der BK-Nr. 5101 (Hauterkrankungen) wird darauf verwiesen, dass der Ausschluss von Bagatellerkrankungen bereits durch die bestehenden Tatbestandsvoraussetzungen „schwer oder wiederholt rückfällig“ erreicht werde.^[15]

Bezüglich der BK-Nr. 2101 findet sich in der Gesetzesbegründung^[16] der Hinweis, dass eine Anerkennung auch künftig nur erfolgen solle, wenn die Krankheit für die Versicherten erhebliche Auswirkungen hat. Erforderlich sei daher eine schwere Ausprägung der Erkrankung oder eine wiederholte Rückfälligkeit. Eine schwere Erkrankung in diesem Sinne liege zum Beispiel vor, wenn sie eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten zur Folge habe. Eine wiederholte Rückfälligkeit sei mit dem dritten Auftreten der Erkrankung gegeben. Dies sei der Fall, wenn die Versicherten sich zwischen den einzelnen Erkrankungen deshalb weder in Heilbehandlung befanden noch arbeitsunfähig waren. Der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Erkrankungen sei dabei irrelevant.

Welche Kriterien künftig für das Tatbestandsmerkmal der Schwere bei den Hautkrankheiten heranzuziehen sind,

wird aktuell zwischen der gesetzlichen Unfallversicherung und den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften im Zuge der Aktualisierung der Begutachtungsempfehlung „Bamberger Empfehlung“ beraten. Dabei gehen die Überlegungen in folgende Richtung.

„Beurteilungskriterien für die ‚Schwere‘ der arbeitsbedingten Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 sind:

- die klinische Symptomatik nach Morphe und Beschwerdebild, Ausdehnung, Verlauf und Dauer der Erkrankung unter Therapie- und Präventionsmaßnahmen
- und die Ausprägung einer arbeitsbedingt verursachten Allergie.

Eine schwere Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 zeichnet sich durch ausgedehnte, dauerhaft bestehende oder chronisch rezidivierende Hautveränderungen mit erheblichem Krankheitswert aus, z. B. ein chronisches Ekzem mit Befall der gesamten Haut der Hände mit tiefen Rhagaden und ausgeprägter Infiltration.

Eine schwere Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 liegt im Regelfall dann vor, wenn durch angemessene Therapie- und Präventionsmaßnahmen keine wesentliche Besserung in einem Zeitraum von 6 Monaten zu erreichen ist. Eine angemessene Behandlung ist eine Therapie gemäß den

jeweils aktuell gültigen Standards, z. B. medizinischer Leitlinien.

Eine nicht schwere Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 zeichnet sich z. B. durch einen begrenzten Befall der Haut und durch eine gute Besserbarkeit durch angemessene Therapie- und Präventionsmaßnahmen aus. Eine genau dokumentierte Behandlungsbedürftigkeit bringt Abschluss über die ‚Schwere‘.

Bei einer klinisch nicht schweren Erscheinungsform kann die ‚Schwere‘ gegeben sein, wenn der Hautbefund nur durch einen erheblichen Aufwand (z. B. stationäre Therapie, systemische Therapie, ununterbrochene oder wiederholte aktive pharmakologische Therapie) bzw. andere intensiviertere präventive Anstrengungen erzielt werden kann. Die regelmäßige Anwendung von basistherapeutischen Maßnahmen wird in diesem Zusammenhang nicht als aktive pharmakologische Therapie verstanden.

Die ‚Schwere‘ einer Hauterkrankung aufgrund der Ausprägung einer arbeitsbedingt verursachten Allergie kann auch angenommen werden, sofern das klinisch manifeste Krankheitsgeschehen durch die Sensibilisierung gegenüber einem nicht meidbaren Arbeitsstoff ausgelöst wird.“^[17]

Bei den bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule (BK-Nrn. 2108 bis 2110) wurden die Legaldefinitionen jeweils



Die Bedeutung der Prävention wird künftig durch die Neufassung von § 9 Abs. 4 SGB VII betont.“

um das Tatbestandsmerkmal „die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen der Lenden- beziehungsweise der Halswirbelsäule geführt haben“ ergänzt. Nach der Gesetzesbegründung^[18] soll die Ergänzung verdeutlichen, dass insbesondere Rückenbeschwerden in ihrer allgemeinen Form weiterhin keine Berufskrankheit darstellen. Dies entspricht den geltenden medizinischen Anforderungen, die seit jeher in den Merkblättern zu diesen Berufskrankheiten beschrieben werden, und bedeutet daher keine Verschärfung der bisherigen Anerkennungsvoraussetzungen.

3. Stärkung der Individualprävention

Da der Unterlassungszwang bei einigen Erkrankungen bislang auch die Gesundheit der Versicherten schützen sollte, wird die Bedeutung der Prävention künftig durch die Neufassung von § 9 Abs. 4 SGB VII betont. Dieser Paragraf lautet dann:

„Besteht für Versicherte, bei denen eine Berufskrankheit anerkannt wurde, die Gefahr, dass bei der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit die Krankheit wiederauftaucht oder sich verschlimmert und lässt sich diese Gefahr nicht durch andere geeignete Mittel beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Die Versicherten sind von den Unfallversicherungsträgern über

die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen umfassend aufzuklären. Zur Verhütung einer Gefahr nach Satz 1 sind die Versicherten verpflichtet, an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger teilzunehmen und an Maßnahmen zur Verhaltensprävention mitzuwirken; die §§ 60 bis 65a des Ersten Buches gelten entsprechend. Pflichten der Unternehmer und Versicherten nach dem Zweiten Kapitel und nach arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften bleiben hiervon unberührt. Kommen Versicherte ihrer Teilnahme- oder Mitwirkungspflicht nach Satz 3 nicht nach, können die Unfallversicherungsträger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder die Leistung einer danach erstmals festzusetzenden Rente wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit oder den Anteil einer Rente, der auf eine danach eingetretene wesentliche Änderung im Sinne des § 73 Absatz 3 zurückgeht, bis zur Nachholung der Teilnahme oder Mitwirkung ganz oder teilweise versagen. Dies setzt voraus, dass infolge der fehlenden Teilnahme oder Mitwirkung der Versicherten die Teilhabeleistungen erforderlich geworden sind oder die Erwerbsminderung oder die wesentliche Änderung eingetreten ist. Absatz 3 und § 67 des Ersten Buches gelten entsprechend.“

Nach der Gesetzesbegründung soll mit diesen Regelungen dem Präventionsgedanken des bisherigen Unterlassungszwangs nach dessen Wegfall Rechnung getragen werden.

Zu beachten ist, dass die dort vorgesehenen Regelungen sich erfreulicherweise nicht auf die Berufskrankheiten beschränken, bei denen bisher der Unterlassungszwang vorgesehen war, sondern für alle Berufskrankheiten gelten. Dementsprechend hat der Gesetzgeber auch bewusst keine Anpassungen im Bereich des § 3 BKV vorgenommen. Die für die Durchführung individualpräventiver Maßnahmen sowohl vor als auch nach Anerkennung einer Berufskrankheit einschlägige Rechtsgrundlage des § 3 Abs. 1 und 2 BKV bleibt unverändert anwendbar. Damit besteht bei objektiver Notwendigkeit einer Tätigkeitsaufgabe weiterhin grundsätzlich ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Übergangleistungen.

Durch das vorgesehene Zusammenwirken von Versicherten, Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern sowie Unfallversicherungsträgern soll das Ziel, die Verschlimmerung oder das Wiederauftreten bereits eingetretener Berufskrankheiten so weit wie möglich zu verhindern, künftig noch besser erreicht werden.

Zusätzlich werden die Unfallversicherungsträger ausdrücklich zu einer umfassenden Beratung über die mit der weiteren Ausübung der bisherigen Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen verpflichtet.

Dem steht die Pflicht der versicherten Person nach Anerkennung einer Berufskrank-



Die stärkere Betonung der Präventionsaufgaben über § 3 BKV hinaus wird zur Intensivierung der bestehenden und zu weiteren Aktivitäten der Unfallversicherungsträger führen.“

heit gegenüber, an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger teilzunehmen und an Maßnahmen zur Verhaltensprävention mitzuwirken. Bisher bestanden lediglich die Pflichten aus den §§ 60 ff. SGB I zur Mitwirkung an Untersuchungen und Maßnahmen der Heilbehandlung.

Die nur auf Leistungen zur Teilhabe und Rentenleistungen beschränkten Konsequenzen einer fehlenden Mitwirkung werden damit begründet, dass die eigentliche Ursache des Gesundheitsschadens die schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz seien. Daher wurden die für die Versicherten unmittelbar erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel Heilbehandlung oder Verletztengeld, von den Sanktionsmöglichkeiten ausgenommen. Weiterhin wurde die objektive Beweislast für den Ursachenzusammenhang zwischen der fehlenden Mitwirkung und dem Wiederaufleben oder der Verschlimmerung der Krankheit dem Unfallversicherungsträger auferlegt (vgl. § 9 Abs. 4 Satz 6 SGB VII). Damit bleiben die Sanktionsmöglichkeiten deutlich hinter den allgemeinen Regelungen bei fehlender Mitwirkung nach § 66 SGB I zurück.

Die stärkere Betonung der Präventionsaufgaben über § 3 BKV hinaus wird zur Intensivierung der bestehenden und zu weiteren Aktivitäten der Unfallversicherungsträger führen. Dabei können die langjährigen Erfahrungen aus der Prävention von Hauterkrankungen^[19] genutzt und auf andere Erkrankungen übertragen werden.

Dies geschieht bereits bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Beispielhaft seien das Rücken- und das Kniekolleg genannt.^[20] So bieten die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) für ihre Versicherten mit einschlägigen Belastungen und beginnenden Problemen ein nachhaltiges, individuelles und kostenloses Rückenprogramm in Kooperation mit Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und Einrichtungen an. Die Versicherten erlernen dabei in einem dreiwöchigen Programm für ihre Branche spezifische rückengerechte Arbeitsabläufe. Neben berufsspezifischem Üben sind Sport- und Physiotherapien wichtige Bestandteile. Ein weiteres Beispiel ist das Präventionsprogramm der Berufsgenossenschaft für Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) für an Bäckerasthma erkrankte Versicherte, die im Beruf bleiben wollen.^[21] Diese Programme gilt es zu intensivieren und auf andere für eine Prävention geeignete Krankheitsbilder zu übertragen. Daneben existieren Überlegungen, künftig zusätzliche Angebote wie zum Beispiel die Nutzung naturheilkundlicher Ansätze und Verfahren zur Salutogenese oder die Verwendung digitaler Medien wie Gesundheits-Apps als individualpräventive Maßnahmen anzubieten.

Auch die ausdrücklich im Gesetz festgeschriebene Pflicht der Unfallversicherungsträger zur umfassenden Aufklärung der Erkrankten über die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutz-

maßnahmen wird künftig die Aktivitäten und das Beratungsverständnis der gesetzlichen Unfallversicherung wesentlich beeinflussen. Derzeit werden Überlegungen zu krankheitsspezifischen Beratungsstandards und zur Klärung der Frage, wer in die Durchführung von individualpräventiven Maßnahmen einbezogen wird, angestellt.

So hat beispielsweise die DGUV zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und dem Verband der Betriebs- und Werksärzte (VDBW) bereits im Zuge der Überarbeitung der „Empfehlung der Spitzenverbände der Unfallversicherungsträger, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin über die Zusammenarbeit mit den Betriebsärzten in Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit einschließlich von Maßnahmen nach § 3 BKV“^[22] im Jahr 2013 eine stärkere Einbindung der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte in individualpräventive Maßnahmen der Verhältnisprävention vorbereitet. Aktuell schlagen DGAUM, der Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit (VDSI), der VDBW und der Berufsverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte (BsAfB) in „ASU Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin“, 10/2020 eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Betriebsärztinnen und Betriebsärzten bei allen individualpräventiven Maßnahmen



In Zukunft wird auf Basis der §§ 7 bis 11 BKV zur Unterstützung des Sachverständigenbeirats deshalb bei der BAuA eine Geschäftsstelle eingerichtet.“

vor, also auch bei Maßnahmen der Verhaltensprävention.

4. Rückwirkung

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)^[23] ist eine Neuregelung grundsätzlich, sofern die einschlägige Rechtsvorschrift nichts anderes regelt, nur auf solche Sachverhalte anwendbar, die nach ihrem Inkrafttreten verwirklicht werden. Bisher wurde eine Rückwirkung von neuen oder erweiterten BK-Tatbeständen durch den Ordnungsgeber in § 6 BKV jeweils individuell geregelt. Da es sich hierbei aber um die Grundvoraussetzung für einen Leistungsanspruch handelt, wurde in der Literatur eine gesetzliche Regelung angemahnt.^[24] Dem hat der Gesetzgeber mit dem neuen § 9 Abs. 2a SGB VII entsprochen und eine gesetzliche Rückwirkungsregelung geschaffen. Nach Nr. 1 dieser Vorschrift sind Krankheiten, die bei Versicherten vor der Bezeichnung als Berufskrankheit bereits entstanden waren, rückwirkend frühestens zu dem Zeitpunkt anzuerkennen, in dem die Bezeichnung in Kraft getreten ist. Für Erkrankungen, die noch nicht in der Liste der Berufskrankheiten verzeichnet sind, aber wie Berufskrankheiten nach § 9 Abs. 2 SGB VII anzuerkennen sind (Wieberufskrankheiten), wurde eine vergleichbare Regelung geschaffen. Diese sind nach § 9 Abs. 2a Nr. 2 SGB VII zu dem Zeitpunkt, in dem die notwendigen neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine Entscheidung nach § 9 Abs. 2 SGB VII vorgelegen haben, anzuerkennen; sofern der Ärztliche Sach-

verständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) eine Empfehlung zur Anerkennung einer neuen Berufskrankheit beschlossen hat, ist der Zeitpunkt des Beschlusses maßgebend.

Nach dem neuen § 9 Abs. 2a SGB VII gelten die mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs verbundenen Anerkennungserleichterungen auch für bereits vor dem 1. Januar 2021 Erkrankte. Da Leistungsansprüche frühestens zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles, also dem Inkrafttreten des Wegfalls des Unterlassungszwangs, entstehen können, kommen rückwirkende Leistungen für Zeiten vor dem 1. Januar 2021 auf der Grundlage des neuen Rechts nicht in Betracht.

Zusätzlich hat der Ordnungsgeber in § 12 BKV (neue Fassung) für die Unfallversicherungsträger die Verpflichtung geschaffen, Fälle von Amts wegen zu prüfen, in denen eine Anerkennung in der Vergangenheit, frühestens aber nach dem 1. Januar 1997, aufgrund der fehlenden Aufgabe der schädigenden Tätigkeit nicht erfolgen konnte. Infolge der bis zum 31. Dezember 2020 nach § 9 Abs. 4 SGB VII (alte Fassung) erforderlichen Befunderkennung dürften die betroffenen Versicherten den Unfallversicherungsträgern in der Regel bekannt sein.

5. Ärztlicher Sachverständigenbeirat

Ein weiterer Kritikpunkt an der bisherigen Gesetzeslage war die häufig lange Dauer

bis zur Einführung einer neuen Berufskrankheit und die mangelnde Transparenz des Verfahrens.^[25] Neue Berufskrankheiten werden regelmäßig nach einer entsprechenden Empfehlung durch den dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) zugeordneten ÄSVB vom Ordnungsgeber in die BK-Liste aufgenommen. Beratungen im mit ehrenamtlich tätigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern besetzten ÄSVB zogen sich oft über viele Jahre hin. Zudem war bis vor wenigen Jahren nicht bekannt, welche Personen dieses Gremium bildeten. Auch die Beratungsthemen wurden vertraulich behandelt und erst mit der Veröffentlichung einer Wissenschaftlichen Empfehlung für eine neue Berufskrankheit einer breiten Öffentlichkeit zugänglich. Um dem abzuwehren, wird in § 9 Abs. 1a SGB VII eine gesetzliche Grundlage für dieses Gremium geschaffen und dem Ordnungsgeber die Pflicht aufgegeben, die wesentlichen Grundlagen der Arbeit des ÄSVB in der BKV zu regeln.

In Zukunft wird auf Basis der §§ 7 bis 11 BKV zur Unterstützung des Sachverständigenbeirats deshalb bei der BAuA eine Geschäftsstelle eingerichtet. Neben rein organisatorischen Aufgaben soll die Geschäftsstelle insbesondere wissenschaftliche Vorarbeiten für die Beratungen des Sachverständigenbeirats leisten. Inhalte dieser Unterstützung betreffen vor allem die Durchführung sogenannter systematischer Reviews als Grundlage der eigentlichen Beratung. Darüber hinaus soll die BAuA die Arbeit des Sachverständigen-


beirats durch Literaturrecherchen sowie bei der Erstellung von wissenschaftlichen Empfehlungen und Stellungnahmen unterstützen.

6. Forschung

Bereits in der Vergangenheit war der Auftrag zur Forschung im Bereich der Berufskrankheiten in § 9 Abs. 8 SGB VII verankert. Dieser wird nun durch zwei weitere Sätze ergänzt. Künftig besteht die Verpflichtung, einen jährlichen Report über die Forschungsaktivitäten der DGUV und der einzelnen Unfallversicherungsträger zu erstellen. Zu berichten ist über die Themen der Forschungsvorhaben, die Höhe der aufgewendeten Mittel und wer sie erhält sowie die Forschungsnehmer und Forschungsnehmerinnen externer Projekte. Hierdurch soll der Stellenwert der Forschung über Berufskrankheiten betont sowie die Transparenz der Forschung und

der Forschungsförderung durch die gesetzliche Unfallversicherung erhöht werden. Gleichzeitig erhofft sich der Gesetzgeber dadurch Anreize für Dritte, neue Forschungsthemen vorzuschlagen und im Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung durchzuführen.

7. Pflicht zur Evaluation

Im neuen § 218f SGB VII verpflichtet der Gesetzgeber die Verbände der Unfallversicherungsträger, dem BMAS bis zum 31. Dezember 2026 einen gemeinsamen Bericht vorzulegen. Dieser informiert über die Umsetzung sowie die Wirkungen und die Ergebnisse der neu eingeführten Maßnahmen zum Wegfall des Unterlassungszwangs, zur Stärkung der Individualprävention, zur gesetzlichen Verankerung von Beweiserleichterungen und zur erhöhten Transparenz in der Berufskrankheitenforschung. 

”
Künftig besteht die Verpflichtung, einen jährlichen Report über die Forschungsaktivitäten der DGUV und der einzelnen Unfallversicherungsträger zu erstellen.“

Fußnoten

- [1] IG Metall: Berufskrankheiten – Das Schwarzbuch der IG Metall, 2013, S. 110; Hollo, A.-L.: Das Berufskrankheitenrecht: Grundlagen und Reformbedarfe, Soziale Sicherheit 7/2019, S. 269
- [2] DGUV: Berufskrankheitenrecht 2016, Probleme – Herausforderungen – Lösungen, S. 25 ff.
- [3] DGUV, www.dguv.de/de/mediencenter/hintergrund/berufskrankheiten/weiterentwicklung/index.jsp, Abrufdatum 24.11.2020
- [4] Woltjen, M., Ditchen, D. und Wanka, G.: Ein geordneter „Werkzeugkoffer“ für die Feststellung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren, DGUV Forum, Ausgabe 1, 2020
- [5] DGUV: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2019
- [6] DGUV: Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2019
- [7] Bei einigen BKen werden an die Anerkennung neben den Voraussetzungen, die unter „Anerkannte BK“ beschrieben werden, auch noch besondere zusätzliche Voraussetzungen geknüpft. Dies ist vor allem die Forderung nach Aufgabe sämtlicher gefährdender Tätigkeiten. DGUV: Begriffe aus der DGUV-Statistik, www.dguv.de/de/zahlen-fakten/begriffe-statistik/index.jsp, Abrufdatum 24.11.2020
- [8] BT-Drucks. 19/17586, S. 101
- [9] BSG, 23.3.1999, B 2 U 12/98 R; BSG, 9.12.2003, B 2 U 5/03 R; Pöhl, C.-D.: Unter-

- lassung der gefährdenden Tätigkeit im Berufskrankheitenrecht, BG 2000, S. 475; Becker, P.: Der Unterlassungszwang bei Berufskrankheiten, Diss., Gießen 2003, S. 81 ff.
- [10] BT-Drucks. 19/17586, S. 101
- [11] IG Metall: Berufskrankheiten – Das Schwarzbuch der IG Metall, 2013, S. 110; Axer, P.: Verfassungsrechtliche Fragen des Rechts der Berufskrankheiten, SGB 2016, S. 177; Hollo, A.-L.: Das Berufskrankheitenrecht: Grundlagen und Reformbedarfe, Soziale Sicherheit 7/2019, S. 269
- [12] DGUV: Berufskrankheitenrecht 2016, Probleme – Herausforderungen – Lösungen, S. 47
- [13] DGUV: Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV), Reichenhaller Empfehlung, November 2012, S. 75
- [14] BT-Drucks. 19/17586, S. 134
- [15] BT-Drucks. 19/17586, S. 134
- [16] BT-Drucks. 19/17586, S. 134
- [17] Rechtsbegriff/Auslegung „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung“ ab dem 1. Januar 2021, Skudlik et al., Dermatologie in Beruf und Umwelt, Jahrgang 68, Nr. 4/2020, S. 149-152
- [18] BT-Drucks. 19/17586, S. 134
- [19] Brans, R. und Skudlik, C.: Prävention des Handekzems, Der Hautarzt, published online 2019, <https://doi.org/10.1007/s00105-019-4463-z>, Abrufdatum 24.11.2020; Hansen, A. et al.: Herausforderungen für die sekundäre Individualprävention bei Hauterkrankten in Metallberufen – Bewertung und zentrale Ergebnisse einer interdisziplinären Maßnahme

- nach mehr als 10-jähriger Durchführung, DBU 2019, S. 137; Drechsel-Schlund, C.: Frühintervention bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen, DGUV-Forum 1-2/2016, S. 58
- [20] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Das BGW-Rückenkolleg, Erstveröffentlichung 11/2013, Stand 01/2016; Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU): Das Rückenkolleg, Broschüre/Flyer, Abrufnummer (BG BAU): 711, Stand Juni 2020; Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU): Das Kniekolleg, Broschüre/Flyer, Abrufnummer (BG BAU): 705.4, Stand Juni 2020
- [21] BGN, www.bgn-branchenwissen.de/daten/bgn/praevent/gesundheitschutz/rza_abl.htm, Abrufdatum 24.11.2020
- [22] DGUV, www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/betr_bk.pdf, Abrufdatum 24.11.2020
- [23] BSG, 17.5.2011, B 2 U 19/10 R, Rz 16; BSG, 16.3.2010, B 2 U 8/09 R, SozR 4-2700 § 63 Nr. 5; BSG, 26.11.1991, 1/3 RK 25/90, BSGE 70, S. 37 m. w. N.; Römer in Hauck/Noftz, SGB VII, Stand V/2019, Anhang zu K § 9 – § 6 BKV Rz 7; dem ist auch das BVerfG gefolgt: BVerfG, 30.3.2007, 1 BvR 3144/06, SozR 4-2007 § 9 Nr. 10, NZS 2007, S. 647
- [24] Axer, P.: Verfassungsrechtliche Fragen des Rechts der Berufskrankheiten, SGB 2016, S. 177; DGUV, Berufskrankheitenrecht 2016, Probleme – Herausforderungen – Lösungen, S. 48 f.
- [25] IG Metall: Berufskrankheiten – Das Schwarzbuch der IG Metall, 2013, S. 106; DGUV: Berufskrankheitenrecht 2016, Probleme – Herausforderungen – Lösungen, S. 25

COVID-19 als Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung

Key Facts

- COVID-19 kann unter bestimmten Bedingungen als Arbeitsunfall eingestuft werden
- Daneben können SARS-CoV-2-Infektionen auch eine Berufskrankheit darstellen
- Bisläng gibt es keine wissenschaftlichen Nachweise dafür, dass die BK-Nr. 3101 auf Berufsgruppen außerhalb des Gesundheitsdienstes ausgeweitet werden sollte

Autoren

- ➔ Fred-D. Zagrodnik
- ➔ Michael Quabach

Dieser Beitrag liefert Antworten mit Hintergrundinformationen zu den Fragen, ob eine SARS-CoV-2-Infektion einen Arbeitsunfall darstellt und ob eine COVID-19-Erkrankung auch als Berufskrankheit gewertet werden kann.

Welche Übertragungswege sind nach aktuellem Erkenntnisstand relevant?

Dem Robert Koch-Institut (RKI) zufolge ist der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 die respiratorische Aufnahme virus-haltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen.^[1] „Je nach Partikelgröße bzw. den physika-lischen Eigenschaften unterscheidet man zwischen den größeren Tröpfchen und klei-neren Aerosolen, wobei der Übergang zwi-schen beiden Formen fließend ist. Wäh-rend insbesondere größere respiratorische Partikel schnell zu Boden sinken, können Aerosole auch über längere Zeit in der Luft schweben und sich in geschlossenen Räumen verteilen. Ob und wie schnell die Tröpfchen und Aerosole absinken oder in der Luft schweben bleiben, ist neben der Größe der Partikel von einer Vielzahl wei-terer Faktoren, u. a. der Temperatur und der Luftfeuchtigkeit, abhängig.“

Beim Atmen und Sprechen, aber noch stärker beim Schreien und Singen, wer-den Aerosole ausgeschieden; beim Hus-ten und Niesen entstehen zusätzlich deut-

lich vermehrt größere Partikel. Neben der steigenden Lautstärke können auch indi-viduelle Unterschiede zu einer verstärkten Freisetzung beitragen. Grundsätzlich ist die Wahrscheinlichkeit einer Exposition gegenüber infektiösen Partikeln jeglicher Größe im Umkreis von 1–2 m um eine in-fizierte Person herum erhöht. Eine Maske (Mund-Nasen-Schutz oder Mund-Nasen-Bedeckung) kann das Risiko einer Über-tragung durch Partikel jeglicher Größe im unmittelbaren Umfeld um eine infizierte Person reduzieren.

Bei längerem Aufenthalt in kleinen, schlecht oder nicht belüfteten Räumen kann sich die Wahrscheinlichkeit einer Übertragung durch Aerosole auch über eine größere Distanz als 1,5 m erhöhen, insbesondere dann, wenn eine infektiö-se Person besonders viele kleine Partikel (Aerosole) ausstößt, sich längere Zeit in dem Raum aufhält und exponierte Perso-nen besonders tief oder häufig einatmen. Durch die Anreicherung und Verteilung der Aerosole im Raum ist das Einhalten des Mindestabstandes zur Infektionsprä-vention ggf. nicht mehr ausreichend. Ein Beispiel dafür ist das gemeinsame Singen

in geschlossenen Räumen über einen län-geren Zeitraum, wo es z. T. zu hohen Infek-tionsraten kam, die sonst nur selten beob-achtet werden. Auch schwere körperliche Arbeit bei mangelnder Lüftung hat, bei-spielsweise in fleischverarbeitenden Betrie-ben, zu hohen Infektionsraten geführt. Ein effektiver Luftaustausch kann die Aerosol-konzentration in einem Raum vermindern. Übertragungen im Außenbereich kommen insgesamt selten vor. Bei Wahrung des Min-destabstandes ist die Übertragungswahr-scheinlichkeit im Außenbereich aufgrund der Luftbewegung sehr gering.

Eine Übertragung durch kontaminierte Oberflächen ist insbesondere in der unmittelbaren Umgebung der infektiösen Person nicht auszuschließen, da vermehrungsfä-hige SARS-CoV-2-Viren unter Laborbedin-gungen auf Flächen einige Zeit infektiös bleiben können.“^[2]

Welche Symptome treten bei COVID-19-Erkrankungen auf?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) weist darauf hin, dass erste Symp-tome 1 bis 14 Tage, im Durchschnitt etwa



Die in § 8 Abs. 1 SGB VII vorgenommene Definition des Unfallbegriffs wird durch die oben beschriebene SARS-CoV-2-Infektion, die von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkt, erfüllt, wenn sie auch in der Folge zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt.“

5 bis 6 Tage, nach der Ansteckung auftreten, allerdings nicht alle Infizierten Krankheitsanzeichen zeigen, sondern viele gar keine Beschwerden verspüren. „Häufige Symptome einer COVID-19-Erkrankung sind:

- Husten
- Fieber
- Schnupfen
- Geruchs- und Geschmacksstörungen

Daneben können auch folgende Symptome auf COVID-19 hinweisen: Kurzatmigkeit, Atemnot, Halsschmerzen, Kopf- und Gliederschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Hautausschlag, Augenbindehautentzündung, Lymphknotenschwellungen, Schläfrigkeit, Bewusstseinsstörungen.“^[3]

Ebenfalls nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums verlaufen die meisten Erkrankungen mild, 14 Prozent allerdings schwer und fünf Prozent kritisch. Eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus kann neben den Atemwegen auch andere Organsysteme betreffen.

„Als Komplikationen und Folgeerkrankungen wurden bisher neben Infektionen der Atemwege und Lungenentzündungen, Erkrankungen des Nervensystems, der Haut oder des Herz-Kreislauf-Systems beobachtet. In einzelnen Fällen traten auch entzündliche Erkrankungen des Nervensystems, des Gehirns oder der Hirnhaut

auf, die möglicherweise mit COVID-19 in Zusammenhang standen. Bei einem Teil der Erkrankten ließ sich eine Mitbeteiligung des Herzens nachweisen. Unter den Betroffenen waren auch COVID-19-Fälle mit mildem oder moderatem Verlauf sowie Kinder. Auch Magen-Darm-Beschwerden oder Nierenerkrankungen können als Folgeerkrankung auftreten.“^[4]

In besonders schweren Verläufen mit auftretenden Lungenentzündungen, bei denen ein Aufenthalt in einer Klinik notwendig ist oder sogar ein Beatmungsgerät gebraucht wird, kann eine durch das Virus ausgelöste Krankheit COVID-19 auch tödlich enden. Todesfälle sind bislang vor allem bei Risikopatienten, das heißt älteren Menschen über 60 Jahre oder Menschen mit Vorerkrankungen, aufgetreten.^{[5] [6]}

Welche Erkenntnisse liegen zu Spätfolgen vor?

Aufgrund der erst kurzen Zeitspanne, in der Erfahrungen mit dem Virus und der Krankheit gewonnen werden, lassen sich momentan keine zuverlässigen Aussagen zu den Langzeitauswirkungen und möglichen Folgeschäden einer COVID-19-Erkrankung treffen.^[7]

Versicherungsrechtliche Einordnung für die gesetzliche Unfallversicherung

Arbeitsunfall

Die für das Vorliegen eines Arbeitsunfalls

erforderlichen Voraussetzungen werden in § 8 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII aufgeführt. Danach gilt:

„(1) Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

(2) Versicherte Tätigkeiten sind auch

1. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit,
2. das Zurücklegen des von einem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit abweichenden Weges, um
 - a. Kinder von Versicherten (§ 56 des Ersten Buches), die mit ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben, wegen ihrer, ihrer Ehegatten oder ihrer Lebenspartner beruflichen Tätigkeit fremder Obhut anzuvertrauen oder
 - b. mit anderen Berufstätigen oder Versicherten gemeinsam ein Fahrzeug zu benutzen,
3. das Zurücklegen des von einem unmittelbaren Weg nach und von dem Ort der Tätigkeit abweichenden Weges der Kinder von Personen (§ 56 des Ersten Buches), die mit ihnen in einem gemeinsamen Haushalt leben,



Infektionskrankheiten können eine Berufskrankheit sein, wenn die versicherte Person im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war.“

wenn die Abweichung darauf beruht, dass die Kinder wegen der beruflichen Tätigkeit dieser Personen oder deren Ehegatten oder deren Lebenspartner fremder Obhut anvertraut werden,

4. das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden Weges von und nach der ständigen Familienwohnung, wenn die Versicherten wegen der Entfernung ihrer Familienwohnung von dem Ort der Tätigkeit an diesem oder in dessen Nähe eine Unterkunft haben,
5. das mit einer versicherten Tätigkeit zusammenhängende Verahren, Befördern, Instandhalten und Erneuern eines Arbeitsgeräts oder einer Schutzausrüstung sowie deren Erstbeschaffung, wenn diese auf Veranlassung der Unternehmer erfolgt.“

Die in § 8 Abs. 1 SGB VII vorgenommene Definition des Unfallbegriffs wird durch die oben beschriebene SARS-CoV-2-Infektion, die von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkt, erfüllt, wenn sie auch in der Folge zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führt. Dementsprechend reicht der bloße Nachweis einer Infektion beispielsweise mittels PCR-Test bei symptomfreiem Verlauf nicht aus, um die Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls zu erfüllen.

Ob die Voraussetzungen zur Anerkennung einer COVID-19-Erkrankung als Arbeitsunfall vorliegen, hat der zuständige Träger der

gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall zu prüfen und zu bewerten.

Die Infektion muss auf eine nachweislich mit dem Virus infizierte Person („Indexperson,“) zurückzuführen sein. Dies setzt einen intensiven beruflichen Kontakt mit der Indexperson voraus. Hierbei kommt es vor allem auf die Dauer und die Intensität des Kontaktes an. Lässt sich keine konkrete Indexperson feststellen, kann im Einzelfall auch eine größere Anzahl nachweislich infizierter Personen innerhalb eines Betriebs oder einer Einrichtung ausreichen.

Dies gilt im Übrigen auch, wenn die Infektion auf dem Weg zur oder von der Arbeit eingetreten ist.

Infektionen, die in grundsätzlich unversicherten Lebensbereichen (zum Beispiel beim Kantinenbesuch oder in Gemeinschaftsunterkünften) eintreten, können nur in eng begrenzten Ausnahmefällen als Arbeitsunfälle gelten. Voraussetzung ist, dass dort eine gesteigerte Infektionsgefahr besteht, die ausnahmsweise dem unternehmerischen Verantwortungsbereich zuzurechnen ist und der sich die versicherte Person nicht oder nur unter unzumutbaren Umständen entziehen kann.

Im Einzelfall ist zu prüfen, ob im maßgeblichen Infektionszeitraum Kontakt zu anderen Indexpersonen außerhalb der versicherten Tätigkeit bestand und ob dies einer Anerkennung als Arbeitsunfall entgegensteht.^[8]

Berufskrankheit

Daneben können SARS-CoV-2-Infektionen auch eine Berufskrankheit (BK) darstellen. Bei diesen Erkrankungen kann es sich nach § 9 Abs. 1 SGB VII im Einzelfall um solche handeln, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung wird dabei ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind. Von dieser Ermächtigung macht die Bundesregierung durch die als Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) veröffentlichte Berufskrankheitenliste Gebrauch. Einen vollständigen Überblick über die derzeit als Berufskrankheit anerkanntsfähigen Erkrankungen befindet sich auf der [Webseite der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin \(BAuA\)](#).

COVID-19-Erkrankungen fallen als Infektionskrankheiten unter die BK-Nr. 3101 dieser Liste. Danach können Infektionskrankheiten eine Berufskrankheit sein, wenn die versicherte Person im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch



Für die übrigen im Verlauf der Pandemie in den Fokus gerückten Berufe und Tätigkeiten liegen aber bislang keine belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu vor, dass diese einer gegenüber der Allgemeinbevölkerung wesentlich erhöhten Gefahr einer SARS-CoV-2-Infektion unterliegen.“

eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war. Bei in Betracht kommenden Berufskrankheiten ist zudem zu berücksichtigen, dass die symptomlose Infektion für sich allein die Voraussetzungen für eine Berufskrankheit nicht erfüllt. Vielmehr muss dazu auch mindestens eines der oben aufgeführten nachweisbaren Symptome vorliegen.

Das zu dieser Berufskrankheit vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) herausgegebene Merkblatt enthält folgende ergänzende Erläuterungen:

„Unter der Nr. 3101 der Anlage zur BKV sind Krankheiten erfasst, die von Mensch zu Mensch übertragbar sind. Diese Krankheiten fallen grundsätzlich dann unter die Nr. 3101 der Anlage zur BKV, wenn sie bei Versicherten auftreten, die infolge der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in bestimmten Bereichen einer gegenüber der allgemeinen Bevölkerung wesentlich erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt sind. Dies trifft hauptsächlich auf das Personal in stationären oder ambulanten medizinischen Einrichtungen der Human- und Zahnmedizin, in wohlfahrtspflegerischen Einrichtungen und Laboratorien zu. Außerdem können in diesen Bereichen kurzfristig mit Arbeiten wie Warten, Instandsetzen oder Entsorgen tätige Personen betroffen sein. Ein Risiko in ähnlichem Maße kann auch bei Tätigkeiten in der Gentechnik, Biotechnologie, in Abwasser- und Kläranlagen bestehen.“

Hintergrund der Beschränkungen von Anerkennungsmöglichkeiten auf bestimmte, explizit bezeichnete Tätigkeitsbereiche ist das Vorliegen entsprechender wissenschaftlich-medizinischer Erkenntnisse. Diese wurden seinerzeit vom Ärztlichen Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) der Bundesregierung^[9] bewertet. Danach besteht in den genannten Tätigkeitsbereichen im Vergleich zur übrigen Bevölkerung ein derart erhöhtes Risiko einer Infektion, dass die besonderen, vom Gesetzgeber an das Vorliegen einer Berufskrankheit geknüpften Voraussetzungen bestätigt werden konnten.

Im bisherigen Verlauf der Pandemie in Deutschland stellte sich zwischenzeitlich die Frage, ob die in der BK-Nr. 3101 erfolgte Beschränkung der Anerkennungsmöglichkeiten einer Berufskrankheit insbesondere in Bezug auf die SARS-CoV-2-Infektionen gegebenenfalls auch auf andere Tätigkeitsbereiche auszuweiten sei. Hier kamen zunächst während des sogenannten Shutdowns im Frühjahr 2020 Busfahrerinnen und Busfahrer, Mitarbeitende an den Kassen der Supermärkte sowie Polizistinnen und Polizisten in den Fokus der Überlegungen. Im weiteren Verlauf richtete sich das Augenmerk auf Beschäftigte in Schlacht- und Fleischverarbeitungsbetrieben sowie Erntehelferinnen und Erntehelfer. Im Herbst 2020 stellte sich dann die Frage einer möglichen Erweiterung der BK-Nr. 3101 bei Erzieherinnen und Erziehern von Kinderbetreuungseinrichtungen sowie Lehrerinnen und Lehrern in Schulen.

Kindertagesstätten zählen als Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe im Sinne des SGB VIII zu den Einrichtungen der Wohlfahrtspflege. Erzieherinnen und Erzieher werden in diesen Einrichtungen somit unmittelbar von der BK-Nr. 3101 erfasst, ohne dass es einer entsprechenden Erweiterung bedarf. Schulen zählen dagegen nicht zu den im SGB VIII genannten Einrichtungen, so dass hier infektionsbedingte Erkrankungen nicht als Berufskrankheit sondern ausschließlich als Arbeitsunfall in Betracht kommen können.^[10]

Bei diesen Überlegungen die BK 3101 auch auf andere Tätigkeitsbereiche auszuweiten, ist zunächst der Umfang des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung insgesamt zu berücksichtigen. So sind nach § 4 Abs. 1 SGB VII insbesondere Personen, soweit für sie beamtenrechtliche Unfallfürsorgevorschriften oder entsprechende Grundsätze gelten, in der gesetzlichen Unfallversicherung versicherungsfrei. Diese Personen können also bereits mangels Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung weder einen Arbeitsunfall noch eine Berufskrankheit erleiden. Dementsprechend gelten für Polizistinnen und Polizisten sowie für verbeamtete Lehrkräfte versorgungsrechtliche Regelungen außerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung.

Für die übrigen im Verlauf der Pandemie in den Fokus gerückten Berufe und Tätigkeiten liegen aber bislang keine belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse dazu vor,



Stellt eine COVID-19-Erkrankung einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit dar, so ergeben sich daraus Leistungsansprüche der betroffenen Erkrankten im gleichen Umfang wie bei allen anderen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.“

dass diese einer gegenüber der Allgemeinbevölkerung wesentlich erhöhten Gefahr einer SARS-CoV-2-Infektion unterliegen.^[11] Möglicherweise ist dies auf die neuartige Erkrankung und die seit ihrem erstmaligen Auftreten erst kurze Zeitspanne zurückzuführen. Ob sich im weiteren Verlauf durch entsprechende Untersuchungen oder Erfahrungen neue Erkenntnisse zu anderen Tätigkeitsbereichen ergeben werden, ist momentan nicht absehbar.

Auch die in der gesetzlichen Unfallversicherung bekannt gewordenen Meldungen über Infektionen und Erkrankungen im Zusammenhang mit dem SARS-CoV-2-Virus bei Beschäftigten in Supermärkten, dem öffentlichen Personenverkehr sowie in Schulen geben bislang keine Anzeichen für eine grundsätzlich besondere Gefährdungslage bei diesen Tätigkeiten.

Selbst bei der in der Öffentlichkeit starken Wahrnehmung zeitweise gehäufte Infektionszahlen in Schlacht- und Fleischverarbeitungsbetrieben lässt die Erfahrung der vergangenen Wochen und Monate nicht den Schluss zu, dass Tätigkeiten in dieser Branche ganz allgemein als besonders gefährdet anzusehen sind. Infektionsausbrüche im Sinne sogenannter Hotspots in der Fleischindustrie sind in einer kleinen zweistelligen Anzahl von Betrieben bekannt geworden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamts existieren deutschlandweit allein über 560 solcher Unternehmen mit jeweils mehr als 50 Beschäftigten.^[12] Rein empirisch lässt sich daraus keine grund-

sätzlich erhöhte Gefährdung dieser Tätigkeitsbereiche ableiten.

Es ist somit davon auszugehen, dass sich das BMAS in enger Abstimmung mit dem beratenden Gremium des ÄSVB fortlaufend mit der Frage befassen wird, ob und für welche weiteren Tätigkeitsbereiche neue medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse gewonnen werden, die eine entsprechende Erweiterung der BK-Nr. 3101 rechtfertigen.

Bislang bleibt für die nicht in der BK-Nr. 3101 aufgeführten Tätigkeiten der Weg zu einem Versicherungsfall in der gesetzlichen Unfallversicherung und gegebenenfalls daraus resultierenden Leistungsansprüchen über den Arbeitsunfall. Leistungsrechtliche Nachteile im Falle einer COVID-19-Erkrankung sind dabei nicht zu erwarten.

So greift die Günstigkeitsabwägung des § 84 SGB VII bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nur bei Berufskrankheiten, deren Verursachung durch weit in der Vergangenheit liegende arbeitsbedingte Einwirkungen erfolgte. Individualpräventive Maßnahmen im Sinne von § 3 BKV kommen nur in Betracht, wenn sich bei einzelnen versicherten Personen im Vergleich zu anderen ein konkret individuell erhöhtes Krankheitsrisiko belegen lässt. Nach den bisherigen Erkenntnissen zu SARS-CoV-2-Infektionen können zwar individuelle Faktoren wie Alter oder bestimmte Vorerkrankungen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Ausprägung der Erkrankung nehmen; Hinwei-

se darauf, dass bestimmte individuelle Faktoren das jeweilige Infektionsrisiko selbst wesentlich erhöhen, sind bislang aber nicht bekannt.

Anzeige von Erkrankungen bei der gesetzlichen Unfallversicherung

Die Anzeige möglicher Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ist rechtlich geregelt. Ärztinnen und Ärzte sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sind verpflichtet, den Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit an den Unfallversicherungsträger zu melden. Auch die Krankenkassen sollen entsprechende Hinweise an den Unfallversicherungsträger geben. Natürlich können Betroffene ihre Erkrankung auch selbst bei ihrer Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse melden.

Zur Klärung der Frage, ob ein entsprechender Verdacht auf eine Berufskrankheit begründet ist und eine Anzeigepflicht nach sich zieht, steht das Portal BK-Info der DGUV unter ➔ www.dguv.de/bk-info zur Verfügung. Hier können sich Ärztinnen und Ärzte nach Eingabe der festgestellten Diagnose mit ICD-10-Code darüber informieren, unter welchen Voraussetzungen eine Berufskrankheitenanzeige zu stellen ist.

Unabhängig von den insbesondere von Ärztinnen und Ärzten sowie Unternehmerinnen und Unternehmern gewählten Formularen für die jeweilige Meldung werden die Träger der gesetzlichen Unfallversiche-

rung aufgrund des für sie geltenden Amtsermittlungsprinzips selbst die Meldungen entsprechend umdeuten, sofern dies für eine sachgerechte Prüfung aller Ansprüche der versicherten Personen gegenüber der gesetzlichen Unfallversicherung notwendig ist.

Kostenübernahme für Testungen durch die gesetzliche Unfallversicherung

In der Praxis wurde in der Vergangenheit mehrfach die Frage gestellt, ob und unter welchen Voraussetzungen die Kosten für die oben erwähnten Tests zum Nachweis einer SARS-CoV-2-Infektion von der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen werden.

PCR-Tests erfolgen grundsätzlich nicht aus Gründen der BK-Feststellung, sondern aus Infektionsschutzgründen zum Nachweis einer Infektion und nachfolgend zur Beantwortung der Frage, ob und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen getestete Personen ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen können. Damit sind die Kosten grundsätzlich nicht von der gesetzlichen Unfallversicherung zu tragen. Dienen aber

diese PCR-Tests auch der Feststellung, ob der Verdacht auf eine BK-Nr. 3101 besteht, können die Kosten der PCR-Tests von der gesetzlichen Unfallversicherung übernommen werden, sofern die übrigen Voraussetzungen der BK-Nr. 3101 vorliegen, insbesondere wenn die Tätigkeit in einem nach dieser BK-Nummer privilegierten Beschäftigungsbereich erfolgte und Krankheitserscheinungen im Einzelfall nachgewiesen sind. In diesen Fällen können sowohl positive als auch negative PCR-Testergebnisse zusätzlich der Klärung dienen, ob eine Berufskrankheit vorliegt.

Antikörpertests (Nachweis der Serokonversion) eignen sich dagegen nicht zur Diagnose in der Phase der Frühinfektion oder zum Nachweis der Infektiosität. Es wird aktuell noch davon abgeraten, das Ergebnis eines alleinigen Antikörpertests als Kriterium für eine Diagnosestellung einzusetzen. Der positive Befund einer Serokonversion (IgG beziehungsweise Gesamt-AK) kann einen positiven PCR-Test aus Abstrichmaterial bestätigen. Bei einem negativen oder nicht eindeutigen Ergebnis eines PCR-Tests bei noch bestehender COVID-19-kompatibler Symptomatik sollte der positive Befund beziehungsweise das

Ergebnis einer Serokonversion Anlass für eine zweite PCR-Untersuchung sein.^[13] Eine Kostenübernahme von Antikörpertests durch die gesetzliche Unfallversicherung erfolgt derzeit nicht.

Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung nach einer COVID-19-Erkrankung

Stellt eine COVID-19-Erkrankung einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit dar, so ergeben sich daraus Leistungsansprüche der betroffenen Erkrankten im gleichen Umfang wie bei allen anderen Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten aus dem SGB VII sowie dem SGB IX. Diese Ansprüche umfassen je nach Ausprägung, Verlauf und Folgen der Erkrankung Leistungen der medizinischen Heilbehandlung und Rehabilitation, bei Bedarf auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen zur sozialen Rehabilitation sowie die sich aus dem SGB VII ergebenden Ansprüche auf Entgeltersatzleistungen und auch Renten bei schweren Verläufen. Tritt bei einem besonders schweren Verlauf ein Todesfall ein, kommen auch entsprechende Hinterbliebenenleistungen wie insbesondere Witwen- und Waisenrenten in Betracht. ◀

Fußnoten

[1] Zu Fragen der Einordnung des Coronavirus und Verbreitung siehe: Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.zusammengegenercorona.de/informieren/basiswissen-coronavirus/#faqitem=a4bee452-d365-593b-bd04-9f8f9a4e0c1f, Abrufdatum 12.11.2020
 [2] Robert Koch-Institut (RKI), www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=71A7C0CA6D-87768F97CF8D83A0C21C29.internet091#doc-13776792bodyText2, Abrufdatum 12.11.2020
 [3] Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Referat 524 „Nationales Gesundheitsportal“: https://gesund.bund.de/covid-19?pk_campaign=ghp#symptome, Abrufdatum 12.11.2020
 [4] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.zusammengegenercorona.de/informieren/basiswissen-coronavirus/#faqitem=c3790997-6543-5ea2-9801-5a0a-00a8dd5d, Abrufdatum 12.11.2020
 [5] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.zusammengegenercorona.de/informieren/aeltere-menschen/aeltere-menschen-sowie-menschen-mit-vorerkrankungen-muessen-sich-besonders/, Abrufdatum 12.11.2020

[6] www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Diagnostik.html;jsessionid=9E92537C3BA0C6EEE3941D0268A780E6.internet072#FAQId14968662, Abrufdatum 12.11.2020
 [7] Bundesministerium für Gesundheit (BMG): www.zusammengegenercorona.de/informieren/basiswissen-coronavirus/#faqitem=ac1251b6-36cb-5449-a864-1a135f12d2f4, Abrufdatum 12.11.2020
 [8] DGUV: www.dguv.de/de/mediencenter/hintergrund/corona_arbeitsunfall/index.jsp, Abrufdatum 12.11.2020
 [9] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/der-aerztliche-sachverstaendigenbeirat-berufskrankheiten.html, Abrufdatum 12.11.2020
 [10] Nachträglich eingefügte Ergänzung.
 [11] BMAS: www.bmas.de/DE/Soziales/Gesetzliche-Unfallversicherung/Aktuelles-aus-dem-Berufskrankheitenrecht/anererkennung-von-covid-19-als-berufskrankheit.html, Abrufdatum 07.01.2021
 [12] Statistisches Bundesamt: www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/07/PD20_N032_42.html, Abrufdatum 12.11.2020
 [13] Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html, Abrufdatum 12.11.2020

[14] Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html;jsessionid=9E92537C3BA0C6EEE3941D0268A780E6.internet072, Abrufdatum 12.11.2020
 [15] Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html;jsessionid=9E92537C3BA0C6EEE3941D0268A780E6.internet072, Abrufdatum 12.11.2020
 [16] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html, Abrufdatum 12.11.2020
 [17] Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Diagnostik.html;jsessionid=9E92537C3BA0C6EEE3941D0268A780E6.internet072#FAQId14968662, Abrufdatum 12.11.2020
 [18] Robert Koch-Institut (RKI): www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html;jsessionid=D564E0467BBC13A-0D261A22B936D0F05.internet051, Abrufdatum 12.11.2020

Wie wird eine Infektion labortechnisch nachgewiesen und welche für die gesetzliche Unfallversicherung relevanten Tests gibt es?

Die Feststellung einer akuten Infektion mit dem SARS-CoV-2 erfolgt nach den Ausführungen des Robert Koch-Instituts (RKI) mittels direkten Erregernachweises (zum Beispiel Genomnachweis durch PCR [Polymerase Chain Reaction = Polymerasekettenreaktion], Antigennachweise, Virusisolierung):

„**PCR-Test:** Das Virusgenom wird über hoch-sensitive, molekulare Testsysteme nachgewiesen (real-time PCR). Die reine Testzeit beträgt etwa vier bis fünf Stunden. Die Zeit zwischen Probenentnahme und Ergebnismitteilung kann ein bis zwei Tage betragen, je nach Probenaufkommen kann die Ergebnismitteilung länger dauern.

In der frühen Phase sind Abstriche aus den oberen Atemwegen als Probenmaterial besonders geeignet (Rachen- oder Nasopharyngealabstriche). In späteren Phasen können außerdem Sekrete aus den unteren Atemwegen (zum Beispiel Sputumproben) zur Untersuchung genutzt werden. In Einzelfällen konnte virales Erbmateriale bis zum Tag 42 nach Symptombeginn nachgewiesen werden. Der Nachweis von SARS-CoV-2 ist auch im Stuhl und seltener im Blut möglich; zur Wertung der Aussagekraft beziehungsweise der Bedeutung dieser Nachweise für die Beantwortung klinischer Fragestellungen fehlen umfassende Untersuchungen.

Antigen-Test: Antigen-Tests basieren auf dem Nachweis von viralem Protein in respiratorischen Probenmaterialien. Kommerziell verfügbare Antigen-Tests sind je nach Aufbau für den Einsatz vor Ort (Antigen-Schnelltest, sogenannter point of care test (POCT), Einzeltest) oder als Labortest für die Untersuchung größerer Probenmengen geeignet. Antigen-tests können bei Erfüllung definierter Anforderungen dort eine sinnvolle Ergänzung der (PCR-)Testkapazitäten darstellen, wo in der frühen Phase der Infektion schnell (vor Ort, POCT) eine erste (Vor-)Entscheidung über das mögliche Vorliegen einer übertragungsrelevanten Infektion bei einer Person gefällt werden soll. Aufgrund der geringeren Sensitivität und Spezifität von Antigen-Tests ist der Einsatz dieser Tests nur unter bestimmten Voraussetzungen eine sinnvolle Ergänzung zu anderen Maßnahmen [siehe dazu die ➔ [Nationale Teststrategie](#)^[14]]. Informationen zur Bewertung der Ergebnisse aus Antigen-Tests sind zu finden in den ➔ [Hinweisen zur Testung von Patienten auf Infektion mit SARS-CoV-2](#)^[15]. Eine ➔ [Liste von Antigen-Tests](#)^[16] stellt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereit. Alle zurzeit auf dem Markt befindlichen Antigen-Schnelltests müssen von geschultem, medizinischem Personal durchgeführt werden, und entsprechende Arbeitsschutzmaßnahmen müssen dabei berücksichtigt werden (siehe dazu auch ➔ [Welche Anforderungen werden an geeignete Antigen-Tests gestellt?](#)^[17]).

Antikörper-Test: Ein Test auf SARS-CoV-2-spezifische Antikörper im Blut/Serum ist derzeit insbesondere für epidemiologische Fragestellungen zur Klärung der Verbreitung des Virus sinnvoll. Zwischen Beginn der Symptomatik und der Nachweisbarkeit spezifischer Antikörper vergehen ein bis zwei Wochen (in Einzelfällen auch mehr). SARS-CoV-2 spezifische Antikörper können sowohl während der akuten Infektionsphase als auch nach Abklingen von Symptomen beziehungsweise Eliminierung des Virus aus dem Körper nachgewiesen werden. Antikörpertests sind daher zur Feststellung einer aktuellen Infektion nicht geeignet, können aber die Diagnostik ergänzen, insbesondere, wenn zwei aufeinanderfolgende Blutproben untersucht werden und Antikörperversläufe [Anmerkung: Immunglobulin M, Immunglobulin A, Immunglobulin G] analysiert werden. Die vorliegenden Validierungsdaten von Antikörpernachweisen reichen noch nicht aus, um einen einmaligen IgM-Nachweis zur Feststellung einer aktuellen Infektion als ausreichend betrachten zu können. Bei negativer PCR und fortbestehendem klinischem Verdacht kann der Nachweis einer Serokonversion für die Feststellung einer stattgefundenen Infektion hilfreich sein.

Bildgebende Diagnostik: Zur Ergänzung der molekularen Diagnostik sollte bei schweren Krankheitsverläufen auch eine radiologische/bildgebende Diagnostik der Atemwege erfolgen. Tests zur Detektion einer Infektion mit SARS-CoV-2 sowie zum Nachweis von Antikörpern gehören zu den sogenannte In-vitro-Diagnostika (IVD).^[18]

Neues Frühmeldeverfahren für Atemwegserkrankungen: Der Weg zur Stärkung der Individualprävention

Key Facts

- Atemwegserkrankungen werden der gesetzlichen Unfallversicherung bislang meist erst in fortgeschrittenem Stadium gemeldet
- Eine frühzeitigere Meldung und Individualprävention könnten der Entwicklung und Verschlimmerung von Berufskrankheiten vorbeugen
- Das Frühmeldeverfahren, das nun erprobt und wissenschaftlich evaluiert wird, ist auch im internationalen Vergleich innovativ

Autor und Autorin

- ➔ Eckhard Bode
- ➔ Univ.-Prof. Dr. med. Astrid Heutelbeck

Die Arbeitsgruppe (AG) „Frühmeldeverfahren Atemwege“ der DGUV hat ein Frühmeldeverfahren zur Betreuung von Versicherten mit Atemwegserkrankungen entwickelt. Es soll die Individualprävention im Hinblick auf Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 fördern. In Kürze startet die Pilotphase.

Ausgangssituation

Chronische Atemwegserkrankungen wie das Asthma bronchiale und die chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD) sind häufige Erkrankungen von hoher sozioökonomischer Relevanz.^[1] Das Berufsasthma ist die häufigste berufsbedingte Lungenerkrankung in der klinischen Praxis. Dabei fallen nicht nur die direkt entstehenden Kosten infolge ärztlicher Leistungen, Arzneimittelausgaben und Rehabilitation ins Gewicht. Auch die indirekten Kosten durch Produktionsausfälle während der Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie die aus der Erkrankung resultierenden Einschränkungen in der Lebensqualität der Betroffenen sind erheblich.

Arbeitsbedingte Atemwegserkrankungen treten in vielen Branchen auf. Besonders betroffen sind zum Beispiel der Gesundheitsdienst und das Friseurgewerbe, aber auch Metallbetriebe, Reinigungsunternehmen und die Nahrungsmittel herstellende Branche. Meist leiden die Betroffenen an Schnupfen, Husten oder Luftnot.

Allergien werden wegen der Häufigkeit ihres Auftretens und ihrer hohen sozioökonomischen Bedeutung für die Betroffenen und das Gesundheitssystem zu Recht als „Volkskrankheit“ bezeichnet, die Lebenszeitprävalenz (LZP) für Asthma bronchiale wird mit 8,6 Prozent und für Heuschnupfen mit 14,8 Prozent beschrieben.^[2] Die erste ärztliche Diagnose und Behandlung erfolgen meist in der hausärztlichen Praxis, fachärztlich behandelt wird häufig erst in einem fortgeschrittenen Stadium, bedingt auch durch die zum Teil regional unterschiedliche Fachärztedichte. In vielen Fällen spielen Allergien gegen Stoffe aus der allgemeinen Umwelt wie Pollen, Tierhaare oder Milben eine Rolle bei der Entstehung oder dem Unterhalt der Symptomatik. Eine Abgrenzung zu möglichen Auslösern aus dem beruflichen Bereich ist dabei häufig schwierig, wenn die Symptome nicht nur auf die Zeiten am Arbeitsplatz beschränkt sind. Auch anfangs eher mildere Symptome an den oberen Atemwegen können zu einer möglichen Unterschätzung der Erkrankung führen, insbesondere wenn Zeichen einer Obstruktion der tiefen Atemwege noch fehlen.

Die Erkrankungen werden den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bei begründetem Verdacht auf berufliche Verursachung meist durch die ärztliche Anzeige einer Berufskrankheit nach § 202 Siebtes Sozialgesetzbuch (SGB VII) bekannt gegeben. Bis dahin haben viele Betroffene bislang einen langen Weg hinter sich, da Verzögerungen bei der zutreffenden Diagnose immer wieder zu beobachten sind.

Epidemiologische Erkenntnisse, beispielsweise aus der Landwirtschaft – einer bezüglich der Entwicklung einer tätigkeitsbezogenen Atemwegserkrankung relevanten Branche –, belegen, dass die Symptome einer Rinderallergie zum Zeitpunkt der Anzeige als Berufskrankheit im Durchschnitt bereits mehr als neun Jahre bestanden hatten.^[3] Dabei eröffnet gerade die frühzeitige Diagnosestellung Möglichkeiten, durch geeignete Präventionsstrategien die Erkrankungsfolgen einer Berufskrankheit gering zu halten beziehungsweise deren drohende Manifestation sogar gänzlich zu vermeiden und dadurch einen Verbleib im Arbeitsleben zu ermöglichen.^[4]



Der Nutzen von Primär- und Sekundärprävention bei Berufsasthma ist unstrittig, doch systematische Früherkennungsstrategien fehlen bislang.“

Die frühe Diagnose von Asthma ist somit der erste und wesentliche Schritt zur Behandlung auch von beruflich bedingtem Asthma. Longitudinaluntersuchungen an Patienten und Patientinnen mit chronischem Asthma bronchiale zeigen eindrücklich, dass ein günstiger Verlauf der Symptomatik und weniger Funktionseinschränkungen zu beobachten waren bei Erkrankten mit einem Symptombeginn in jungen Jahren, weniger schwerer Atemwegsobstruktion bei der ersten Lungenfunktionstestung sowie mit dem zeitnahen Beginn einer angemessenen Therapie nach dem Auftreten erster Symptome.^[5] Die Auswertung von kompensierten Ansprüchen für arbeitsbedingtes Asthma und klinische Reviews haben in den letzten Jahren eine Verringerung der Raten von anerkanntem berufsbedingtem Asthma in einigen Ländern wie zum Beispiel in Kanada, Frankreich und England beschrieben^[6]; möglicherweise ist dies auf Präventivmaßnahmen zurückzuführen.

Der Nutzen von Primär- und Sekundärprävention bei Berufsasthma ist unstrittig („Medical surveillance programs along with primary prevention (reducing exposure) may help to reduce the burden of OA.“^[7]). Geeignete systematische Früherkennungsstrategien fehlen jedoch bislang („An accurate diagnosis made in a timely fashion can positively impact the health and socioeconomic burden associated with occupational asthma. Newer diagnostic tools are promising, but much work needs to be done to standardize and validate these testing methods.“^[8]). Die möglichen Rahmenbedingungen einer Früherkennungsstrategie von Berufsasthma im Bereich der deutschen Sozialversicherung wurden seit

geraumer Zeit auch in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften diskutiert.^[9]

Neuerung im Berufskrankheitenrecht

Zum 1. Januar 2021 ist mit den jüngsten gesetzlichen Neuregelungen im Berufskrankheitenrecht der bis dahin für einige Berufskrankheiten geltende sogenannte Unterlassungszwang weggefallen. Somit können diese Erkrankungen nun auch als Berufskrankheit anerkannt werden, ohne dass die auslösende Tätigkeit aufgegeben wird.

Der bis dahin geltende Unterlassungszwang sollte sicherstellen, dass eine weitere Schädigung durch die Fortsetzung der auslösenden Tätigkeit verhindert wird. Das kann heutzutage auch durch Individualprävention erreicht werden. Diese wird somit durch die Gesetzesnovelle gestärkt. Die Unfallversicherungsträger haben künftig noch stärker die Aufgabe, für die Betroffenen, die unter gefährdenden Bedingungen weiterarbeiten, präventive Maßnahmen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit anzubieten.

Das gilt auch für die Berufskrankheiten der Nummern 4301 und 4302 sowie 1315 ohne Alveolitis (siehe Infokasten). Sie betreffen folgende Krankheitsbilder:

- die allergische Rhinopathie, unter der circa 20 Prozent der Erwachsenen in Deutschland leiden
- das Asthma bronchiale, das sich durch eine chronische Entzündung des Bronchialsystems darstellt und
- die chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD)



Obstruktive Atemwegserkrankungen nach Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV):

- BK-Nr. 4301: Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie)
- BK-Nr. 4302: Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen
- BK-Nr. 1315 (ohne Alveolitis): Erkrankungen durch Isocyanate

Das neue Frühmeldeverfahren

Hier setzt das von der AG „Frühmeldeverfahren Atemwege“ der DGUV konzipierte Frühmeldeverfahren an. Dieses zielt darauf, Versicherte mit Gesundheitsstörungen der Atemwege, bei denen ausreichende Anhaltspunkte für eine individuelle Gefährdung am Arbeitsplatz vorliegen, zu identifizieren, um durch geeignete individualpräventive Maßnahmen entgegenzuwirken, bevor ein klinisches Krankheitsstadium vorliegt, das die klinischen Voraussetzungen einer der oben genannten Berufskrankheiten erfüllt.

Derart identifizierten Versicherten sollen seitens der jeweiligen Unfallversicherungsträger gegebenenfalls frühzeitig Maßnahmen der individuellen Prävention angeboten werden, um die Gefahren am Arbeitsplatz zu reduzieren. Ein Gegensteuern im Frühstadium der Erkrankung



Das jetzt zu erprobende Konzept des Frühmeldeverfahrens zielt darauf, Versicherte mit Gesundheitsstörungen der Atemwege, bei denen ausreichende Anhaltspunkte für eine individuelle Gefährdung am Arbeitsplatz vorliegen, zu identifizieren, um durch Individualprävention entgegenzuwirken.“

kann das Risiko schwerer oder lebensbedrohlicher Gesundheitsschäden senken. Es besteht die echte Chance einer dauerhaften Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit und des Verbleibs im Berufsleben. Dadurch werden für die Versicherten soziale und wirtschaftliche Nachteile abgewendet. Zudem werden die Unfallversicherungsträger durch eine versichertenorientierte und schnelle individualpräventive Betreuung in die Lage versetzt, zeitnah über eine mögliche Berufskrankheit und entsprechende Leistungen zu entscheiden.

Das auch international innovative Konzept umfasst auf dem Weg zur Identifizierung der zur Individualprävention geeigneten Fälle folgende Schritte:

- haus-, fach- oder betriebsärztliche Frühmeldung an den zuständigen Unfallversicherungsträger bei Einverständnis der betreffenden Person
- Prüfung durch den Unfallversicherungsträger im Hinblick auf eine mögliche Gefährdung: Profiling zur individuellen Bedarfsklärung, Verifizierung der atemwegsschädigenden Einwirkung
- weiterführende klinische Abklärung

Wissenschaftlich begleitete Erprobung

In Kürze startet die DGUV unter Beteiligung der Berufsgenossenschaften Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN), Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) sowie Holz und Metall (BGHM) eine Erprobung des neu entwickelten Verfahrens. Diese erstreckt sich auf die Pilotregionen Südniedersachsen/Thüringen, Mittelfranken und die Metropolregion München. Sie beginnt Anfang März 2021 und ist – inklusive der wissenschaftlichen Evaluation – vorerst auf 30 Monate begrenzt.

Für die Erprobung des neuen Verfahrens wurden gezielt Regionen unterschiedlicher industrieller Prägung ausgewählt, um Erkenntnisse zu diesbezüglichen Besonderheiten für die Implementierung des Frühmeldeverfahrens zu gewinnen, insbesondere im Hinblick darauf, Beschäftigte in unterschiedlich geprägten Betrieben – von Kleinbetrieben in ländlicher Region bis zu industriellen Großbetrieben in einer Metropolregion – zu berücksichtigen:

- Charakteristisch für die Thüringer Industrie sind kleine Betriebsgrößen

und eine breite Streuung in der Fläche, besonders im Westen und Süden des Landes.

- Typisch für den Westen von Mittelfranken sind kleine Betriebsgrößen, größere Industrie konzentriert sich auf die Städte des Ostteils von Mittelfranken.
- Der Großraum München ist das Wirtschaftszentrum Bayerns und gilt aufgrund der Branchenvielfalt und der hohen Dichte großer Unternehmen als einer der führenden europäischen Wirtschaftsräume.

In der Pilotphase sollen in den Pilotregionen – bei Einverständnis der Betroffenen – Atemwegserkrankungen dem zuständigen Unfallversicherungsträger gemeldet werden, sobald Hinweise auf eine mögliche arbeitsplatzbedingte Erkrankung vorliegen, auch wenn die Hinweise noch nicht für einen anzeigepflichtigen, begründeten BK-Verdacht im Sinne von § 202 SGB VII ausreichen. Zusätzlich sollen für eine solche Meldung folgende Kriterien erfüllt sein:

- Es bestehen Symptome einer Atemwegserkrankung, aber die Lungenfunktion zeigt keine Obstruktion auf.

Fußnoten

[1] Vgl. Rabe & Watz, 2017
 [2] Vgl. Langen et al., 2013
 [3] Vgl. Heutelbeck et al., 2007

[4] Vgl. Review: Fishwick et al., 2015
 [5] Vgl. Panhuysen et al., 1997; Tarlo & Liss, 2003; Aasen et al., 2013
 [6] Vgl. Paris et al., 2021; Ribeiro et al., 2014; Walters et al., 2015

[7] Vgl. Pralong & Cartier, 2017
 [8] Vgl. Trivedi et al., 2017
 [9] Vgl. Heutelbeck & Drexler, 2010; Heutelbeck et al., 2013

- Es wird ein Arbeitsplatzbezug der Beschwerden geschildert.
 - Es entstanden durch die Beschwerden Arbeitsunfähigkeitszeiten von mindestens vier Wochen innerhalb der letzten zwölf Monate oder es fanden, im Falle kürzerer AU-Zeiten, mindestens drei Behandlungen innerhalb der letzten zwölf Monate statt.
 - In der Anamnese werden atemwegsbelastende Einwirkungen am Arbeitsplatz angegeben.
- Die in den Pilotregionen tätigen Haus-, Fach- und Betriebsärztinnen und -ärzte werden gezielt über das neue Verfahren informiert, damit sie aktiv daran mitwirken können. Zudem wird die Erprobungsphase wissenschaftlich begleitet, um Erkenntnisse zu gewinnen, ob sich das seitens der DGUV-AG vorgeschlagene Modell des Frühmeldeverfahrens in der Praxis bewährt und geeignet ist, die Frühmanifestation von Erkrankungen zu identifizieren, bei denen die Gefahr der Entwicklung einer Berufskrankheit der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 besteht. ↩



Literatur

- Aasen, T. B.; Burge, P. S.; Henneberger, P. K.; Schlünssen, V.; Baur, X.; on behalf of the ERS Task: Management of Work-related Asthma and EOM Society (2013): Diagnostic approach in cases with suspected work-related asthma. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2013, 8:17
- Fishwick, D.; Sen, D.; Barber, C., Bradshaw, L.; Robinson, E.; Sumner, J. and The COPD Standard Collaboration Group (2015): Occupational chronic obstructive pulmonary disease: a standard of care. *Occupational Medicine* 65:270–282
- Heutelbeck, A. R. R.; Janicke, N.; Hilgers, R.; Kütting, B.; Drexler, H.; Hallier, E.; Bickeböller, H. (2007): German Cattle Allergy Study (CAS): Public health relevance of cattle-allergic farmers. *Int Arch Occup Environ Health* 81: 201–208
- Heutelbeck, A. R. R.; Drexler, H. (2010): Auf dem Weg zum Arztverfahren Atemwege und Lunge – ein interdisziplinär erarbeitetes Eckpunktepapier. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 45:79–83
- Heutelbeck, A.; Drexler, H.; Hallier, E.; Korn, M.; Lotz, G.; Nowak, D.; Schneider, J.; Letzel, S. (2013): Arztverfahren Atemwege und Lunge: Empfehlungen einer ad hoc-Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Klinische Umweltmedizin (DGAUM) zu Früherkennungskriterien für eine Zuweisung. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 48 (1)
- Langen, U.; Schmitz, R.; Steppuhn, H.: Häufigkeit allergischer Erkrankungen in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 2013 ·56:698–706
- Panhuysen, C. I.; Vonk, J. M.; Koëter, G. H.; Schouten, J. P.; van Altena, R.; Bleecker, E. R.; Postma, D. S. (1997): Adult patients may outgrow their asthma: a 25-year follow-up study. *Am J Respir Crit Care Med* 155(4):1267–72
- Paris, C.; Ngatchou-Wandji, J.; Luc, A.; McNamee, R.; Bensefa-Colas, L.; Larabi, L. et al. (2012): Work-related asthma in France: recent trends for the period 2001–2009. *Occup Environ Med.* 69:391–397
- Pralong, J. A.; Cartier, A. (2017): Review of Diagnostic Challenges in Occupational Asthma. *Curr Allergy Asthma Rep* 17(1):1. doi: 10.1007/s11882-017-0676-3
- Rabe, K. F.; Watz, H. (2017): Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 389:1931–40
- Ribeiro, M.; Tarlo, S. M.; Czyrka, A.; Vernich, L.; Luce, C. E.; Liss, G. M. (2014): Diisocyanate and non-diisocyanate sensitizer-induced occupational asthma frequency during 2003 to 2007 in Ontario, Canada. *J Occup Environ Med.* 56:1001–1007
- Tarlo, S. M.; Liss, G. M. (2003): Occupational asthma: an Approach to diagnosis and management. *CMAJ* 168(7):867–871
- Trivedi, V.; Apala, D. R.; Iyer, V. N. (2017): Occupational asthma: diagnostic challenges and management dilemmas. *Curr Opin Pulm Med* 23(2):177-183. doi: 10.1097/MCP.0000000000000352
- Walters, G. I.; Kirkham, A.; McGrath, E. E.; Moore, V. C.; Robertson, A. S.; Burge, P. S. (2015): Twenty years of SHIELD: decreasing incidence of occupational asthma in the West Midlands, UK? *Occup Environ Med.* 72:304–310

Teilhabeorientierte, multimodale Rehabilitation beruflich verursachter Atemwegs- und Lungenerkrankungen in der BG Klinik Bad Reichenhall

Key Facts

- Die medizinische Rehabilitation berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen erfordert ein multidisziplinäres Behandlungsangebot
- Bei Festlegung der Rehabilitationsziele sind die Bedürfnisse und das Rehabilitationspotenzial der Betroffenen zu berücksichtigen
- Erfolg versprechende Rehabilitationskonzepte basieren auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz

Autor

➔ Dr. Michael Stegbauer

Atemwegs- und Lungenerkrankungen zählen zu den häufigsten Berufskrankheiten und können Alltagskompetenzen permanent beeinträchtigen. In der medizinischen Rehabilitation versprechen insbesondere individuell erstellte Konzepte Erfolg, die verschiedene Therapieansätze kombinieren.

Seit vielen Jahren zählen berufsbedingte Atemwegs- und Lungenerkrankungen zu den am häufigsten anerkannten und entschädigten Berufskrankheiten.^[1] Diese chronischen Erkrankungen können zu dauerhaften körperlichen, psychischen und sozialen Funktionseinschränkungen mit Auswirkung auf die Alltagskompetenz und die soziale Teilhabe führen. Liegen Berufskrankheiten mit Symptomen und bestehender oder drohender Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten oder der Teilhabe am beruflichen oder sozialen Leben vor, besteht grundsätzlich die Indikation zu rehabilitativen Maßnahmen.^[2]

Ziele der Rehabilitation sind Symptomreduzierung und Beseitigung oder Kompensation der somatischen, funktionalen oder psychosozialen Krankheitsfolgen sowie Steigerung der Lebensqualität.

Medizinische Rehabilitation erfordert somit ein umfassendes, multidisziplinäres

Behandlungsangebot. Erforderlich ist die Feststellung von Rehabilitationsfähigkeit sowie einer positiven Rehabilitationsprognose.^[3] Zumindest sollte nach geeigneter therapeutischer Intervention eine für die Durchführung und Mitwirkung bei den Rehabilitationsleistungen zur Erreichung der Therapieziele ausreichende Belastbarkeit, Motivation und Motivierbarkeit zeitnah mit großer Wahrscheinlichkeit zu erzielen sein.

Ein individuell erstelltes Rehabilitationskonzept basiert auf dem bio-psycho-sozialen Ansatz der ICF (Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) und berücksichtigt bei Festlegung der Rehabilitationsziele die individuellen Bedürfnisse und das Rehabilitationspotenzial. Die Voraussetzungen für eine möglichst selbstständige und unabhängige Lebensführung sollen geschaffen werden.

Grundsätzlich sollte aktiv hinterfragt werden^[4], ob nicht bei allen berufsbedingten

Atemwegs- und Lungenerkrankungen ein potenzieller Rehabilitationsbedarf besteht. Zu diesen Erkrankungen zählen zum Beispiel obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenfibrosen/interstitielle Lungenerkrankungen, Pneumokoniosen, maligne Erkrankungen und Folgezustände nach Arbeitsunfällen.

Ziele der Rehabilitation berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Übergeordnetes Rehabilitationsziel für die gesetzliche Unfallversicherung (Sozialgesetzbuch VII) ist die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit nach Eintritt einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalles mit allen geeigneten Mitteln.^[5]

Die konkrete Zielsetzung rehabilitativer Leistungen basiert auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der ICF. Angestrebt werden folgende Therapieziele:

- somatische Therapieziele: Das sind zum Beispiel die Reduktion von Husten, Auswurf und Atemnot, die Besserung von Ventilationsstörungen, die Besserung einer respiratorischen Insuffizienz, die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- funktionsbezogene Therapieziele: Das sind zum Beispiel die Sicherung beziehungsweise Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, das Erlernen von Selbsthilfetechniken zum selbstständigen Krankheitsmanagement oder die Verbesserung der Mobilität
- psychosoziale Therapieziele: Das sind zum Beispiel die Verminderung von Ängstlichkeit und Depressivität, die Optimierung der Krankheitsbewältigung, die Verbesserung der beruflichen und sozialen Kontaktmöglichkeiten.^[6]

Wesentliche Elemente der Rehabilitation berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen

Grundlage für die Rehabilitationsbehandlung und die Festlegung der Therapieziele ist eine umfangreiche Rehabilitationsdiagnostik. Diese steht am Anfang des Heilverfahrens mit besonderer Berücksichtigung von Berufs- und Arbeitsplatzanamnese, Überprüfung und Spezifizierung der vorbestehenden Diagnosen und Begleiterkrankungen.

Vor Vereinbarung der Therapieziele erfolgt eine umfangreiche klinische und apparative Diagnostik zur Erfassung der bestehenden Funktionseinschränkungen und Beurteilung des Leistungsvermögens sowie des psychosozialen Status (Lungenfunktionsdiagnostik, Sechs-Minuten-Gehtest, EKG in Ruhe und unter Belastung, Spiroergometrie, Blutgasanalyse, Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität).

Das interdisziplinäre ganzheitlich und am individuellen Rehabilitationsbedarf ausgerichtete Rehabilitationsprogramm wird durch das Zusammenwirken von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Physio- und Sporttherapie,

Gesundheitspädagogik, Ernährungstherapie/-beratung, Kunsttherapie und Reha-Management im Rehabilitationsteam konzipiert und umgesetzt. Ist es aus psychosozialen Gründen erforderlich, werden Bezugspersonen in die Rehabilitationsleistungen einbezogen.

Pharmakotherapie

Auf Basis der Vorbefunde und der Ergebnisse der Eingangsdiagnostik erfolgt eine optimale medikamentöse Therapie in Form einer Fortschreibung eines geeigneten vorbestehenden Therapieplans beziehungsweise einer gegebenenfalls erforderlichen Abstimmung mit den aktuell erhobenen Befunden. Hierbei werden eine suffiziente Basistherapie sowie eine bedarfsorientierte Therapieintensivierung bei Exazerbationen angestrebt.

Physiotherapie

Dem Krankheitsbild angepasste Physiotherapie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Rehabilitation berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Erreicht werden sollen eine Stärkung der Atemmuskulatur, eine verbesserte Thoraxbeweglichkeit, das Erlernen spezieller Husten- und Atemtechniken sowie eine verbesserte Sekret Drainage durch spezielle Atemphysiotherapie. Krankheitsfolgen und Begleiterkrankungen zum Beispiel des internistischen oder orthopädischen Formenkreises werden im Sinne der ganzheitlichen Rehabilitation ebenso qualifiziert therapiert.

Sport- und Bewegungstherapie

Durch eine differenzierte Sport- und Bewegungstherapie beziehungsweise medizinische Trainingstherapie wird die körperliche Belastbarkeit gefördert, die Körperwahrnehmung und das Bewegungsverhalten verbessert, Freude an der Bewegung vermittelt, das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl gesteigert sowie Unsicherheit und Angst vor körperlicher Belastung abgebaut. Die Bewegungstherapie soll für ein langfristig angelegtes, regelmäßiges Trainingsprogramm motivieren. Hierzu erfolgt eine enge Abstimmung mit

der medizinischen Diagnostik. Ziel ist die Verbesserung von Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination. Bei bestehendem altersmedizinischem Versorgungsbedarf wird die Fähigkeit zur Ausübung von Alltagsaktivitäten durch gezielt hierauf ausgerichtete medizinische Trainingstherapie gefördert.

Patientenschulung/ Verhaltenstraining

Zur erfolgreichen Therapie berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen ist eine aktive Beteiligung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unverzichtbar. Schulungen und Verhaltenstraining führen hierbei zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung und zu einem günstigeren Erkrankungsverlauf. Eine verbesserte Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und ausreichendes Wissen zum Krankheitsmanagement steigern die Lebensqualität. Neben theoretischen Kenntnissen werden praktische Fähigkeiten unter anderem zum Gebrauch von inhalativen Medikamenten vermittelt („Device-Schulungen“). Spezielle Programme schulen zur Sauerstofflangzeittherapie und zu (allergologisch) empfohlenen Karenzmaßnahmen.

Psychosoziale Betreuung

Die auch bei berufsbedingten Atemwegs- und Lungenerkrankungen häufig bestehenden psychosozialen Belastungen wie zum Beispiel Angst, Depression, Anpassungsstörungen oder posttraumatische Belastungsstörungen haben großen Einfluss auf die Krankheitsfolgen. Ein dementsprechendes Screening wird bereits bei der Aufnahmediagnostik durchgeführt. Bei festgestelltem Bedarf erfolgt eine psychologische (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Krisenintervention) Mitbetreuung ergänzt durch Kunsttherapie und Ergotherapie.

Ernährungstherapie/-beratung

Der Ernährungszustand steht in enger wechselhafter Beziehung zum Krankheitsverlauf bei Patientinnen und Patienten mit chronisch obstruktiver Atemwegserkrankung. Ergibt die Einschätzung des Ernäh-

rungszustandes entsprechenden Bedarf, erfolgt ein ernährungstherapeutisches Konsil mit praxisbezogener Umsetzung in der Lehrküche.

Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnung ist ein unverzichtbares Element in der Rehabilitation berufsbedingter Atemwegs- und Lungenerkrankungen. Multimodale Raucherentwöhnung erfolgt durch Kurzintervention, das Angebot einer pharmakologischen Unterstützung wie der Nikotinersatztherapie und verhaltenstherapeutischer Begleitung.

Rehabilitations- und Hilfsmittelberatung

Geeignete Maßnahmen und konkrete Hilfen zur beruflichen und sozialen Rehabilitation beziehungsweise die Bereitstellung von erforderlichen Hilfsmitteln werden in interdisziplinären Reha-Gesprächen unter Einbeziehung des Reha-Managements der Unfallversicherungsträger festgelegt. Empfehlungen hinsichtlich Leistungen zur Teilhabe orientieren sich am bio-psycho-sozialen Modell beziehungsweise der Fallstrukturierung nach ICF-Komponenten für die Rehabilitationsplanung.

Prüfung der Therapieziel-Erreichung

Zur Evaluierung des Rehabilitationserfolges werden die zu Beginn der Reha-Maßnahmen dokumentierten Befunde und Funktionseinschränkungen im Verlauf und vor Abschluss der Rehabilitation überprüft und hinsichtlich der angestrebten Therapieziele beurteilt. Soweit erforderlich wird der Therapieprozess am Rehabilitationsverlauf orientiert modifi-

Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: DGUV-Statistiken für die Praxis. DGUV, Berlin 2020, S. 66–74

Kotschy-Lang, N.; Raab, W.; Butz, M.; Drexel, G.; Eigenthaler, J.: Gemeinsamer Erfahrungsbericht der Kliniken für Berufskrankheiten Bad Reichenhall und Falkenstein (Teil 1). die BG, S. 290–296. Erich Schmidt Verlag, Berlin 2004

Kotschy-Lang, N.; Raab, W.; Butz, M.; Drexel, G.; Eigenthaler, J.: Gemeinsamer Erfahrungsbericht der Kliniken für Berufskrankheiten Bad Reichenhall und Falkenstein (Teil 2). die BG, S. 346–347. Erich Schmidt Verlag, Berlin 2004

Kotschy-Lang, N.: Arbeitsmedizinische und BG-liche Aspekte der pneumologischen Rehabilitation. In: Schultz, K.; Buhr-Schinner, H.; Vonbank, K.; Zwick, R. H.; Puhan, M.; Frey, M.: Pneumologische Rehabilitation. S. 541–548. Duster-Verlag Dr. Karl Feistle, München-Deisenhofen 2019

Ochmann, U.; Kotschy-Lang, N.; Raab, W.; Kellberger, J.; Nowak, D.; Joerres, R. A.: Long-term efficacy of pulmonary rehabilitation in patients with occupational respiratory diseases. *Respiration* 84 (396–405) 2012

Raab, W.: Asbestoserehabilitation. *Trauma und Berufskrankheit* 1:419–421. Springer, Berlin, Heidelberg 1999

Viehmeier, S.; Schubert, M.; Thimmel, R.: Vor der Rehabilitation. In: Rehabilitation, hrsg. von Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V., S. 181–195. Springer, Berlin 2018

ziert. Die Umsetzung des Therapieplans ist grundsätzlich für den Zeitraum der vom jeweiligen Kostenträger genehmigten Reha-Dauer (üblicherweise drei bis vier Wochen) zu planen. Wird aus dem Reha-Verlauf ersichtlich, dass zur Therapieziel-Erreichung - zum Beispiel durch eingetretene Komplikationen - eine Verlängerung erforderlich ist, wird ein entsprechender Antrag gestellt.

Rehabilitationsnachsorge/ Nachsorgekonzept

In Abstimmung mit der Rehabilitandin beziehungsweise dem Rehabilitanden und dem zuständigen Reha-Management der Unfallversicherungsträger werden erforderliche Maßnahmen zur Rehabilitationsnachsorge festgelegt. Das kann beispielsweise die Weiterführung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen oder einer medizinischen Trainingstherapie sein,

die Teilnahme am ambulanten Lungensport oder die Anbindung an Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus werden auch Empfehlungen zur sozialen und beruflichen Teilhabe gegeben.

Fazit

ICF-bezogene, multimodale, stationäre Rehabilitation ist eine Erfolg versprechende Maßnahme, um für Versicherte mit beruflich verursachten Atemwegs- und Lungenerkrankungen eine Verbesserung der Teilhabe und der Lebensqualität zu erreichen. Rehabilitationsnachsorgeprogramme zur langfristigen Aufrechterhaltung der erreichten Reha-Ziele sind wünschenswert.^[7]

Fußnoten

[1] Vgl. DGUV-Statistiken für die Praxis, 2020

[2] Vgl. Kotschy-Lang, 2019

[3] Vgl. Viehmeier, Schubert & Thimmel, 2018

[4] Vgl. Kotschy-Lang et al., 2004 (Teil 2)

[5] Vgl. Kotschy-Lang et al., 2004 (Teil 1)

[6] Vgl. Raab, 1999

[7] Vgl. Ochmann et al., 2012

Herausforderungen und Lösungsansätze in der Berufskrankheitenpraxis

Key Facts

- In einem Workshop identifizierten Führungskräfte häufige Probleme bei der Bearbeitung von Berufskrankheiten (BK) sowohl aus Sicht der BK-Sachbearbeitung als auch der BK-Ermittlung
- Bestehende Lösungsansätze der verschiedenen Unfallversicherungsträger wurden vorgestellt und ein zukünftig verstärkter gegenseitiger Austausch geplant
- Die am häufigsten genannten Problemkonstellationen griff die DGUV-Arbeitsgruppe „BK-Einwirkung“ für die trägerübergreifende Entwicklung zukünftiger Arbeitshilfen auf

Autorin und Autoren

- ➔ Dr. Dirk Ditschen
- ➔ Thomas Nolde
- ➔ Gerald Rehme
- ➔ Dr. Bernd Rose
- ➔ Dr. Jens Seibel
- ➔ Elfi Teich

Im Rahmen der 8. BK-Qualitätssicherungstage widmeten sich Führungskräfte der Unfallversicherungsträger in einem Workshop häufig auftretenden Problemkonstellationen in der Berufskrankheitenpraxis. Die identifizierten Lösungsansätze sowie der konkrete Bedarf an Handlungshilfen für bestimmte Berufskrankheiten fließen nun in die zukünftige Arbeit der AG „BK-Einwirkung“ ein.

Am 21. und 22. November 2019 fanden in Dresden die 8. BK-Qualitätssicherungstage statt. Seit 2001 richtet die DGUV diese Veranstaltung insbesondere für Führungskräfte der Unfallversicherungsträger aus und bietet somit regelmäßig die Möglichkeit zum trägerübergreifenden Erfahrungsaustausch rund um Fragen der Qualitätssicherung im Berufskrankheitenverfahren. 2019 stand unter anderem das Thema ➔ „**DGUV-Handlungsempfehlung: Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren**“ im Fokus. Diesem Thema widmete sich ein eigener Workshop, der von Mitgliedern der DGUV-Arbeitsgruppe (AG) „BK-Einwirkung“ organisiert und moderiert wurde.

Diese trägerübergreifende AG hat die Aufgabe, Aktivitäten im Zusammenhang mit der „DGUV-Handlungsempfehlung“ zur Harmonisierung der Einwirkungsermittlung und -bewertung fortzuführen (sogenannte Projektstufe 2^[1]). Die AG orientiert sich hierzu an den Vorschlägen, die die

Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber sowie Versicherern in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Unfallversicherung erarbeitet haben (➔ „**Weißbuch der DGUV**“) und die in weiten Teilen vom Gesetzgeber bei der aktuellen Reform des BK-Rechts^[2] berücksichtigt worden sind. Zu den Aktivitäten zählen unter anderem die Identifizierung von regelmäßig auftretenden Problemen bei der Ermittlung oder Bewertung von Expositionsbedingungen, die Entwicklung von einheitlichen Ermittlungs- und Bewertungsstandards (zum Beispiel zur BK-Nr. 2113 „Carpaltunnelsyndrom“) sowie die Erstellung wichtiger Arbeitshilfen wie Expositionskataster (zum Beispiel zur BK-Nr. 2301 „Lärmschwerhörigkeit“) oder Handlungsanleitungen (zum Beispiel zur BK-Nr. 2101 „Sehnenscheiden“ und „Koxarthrose“).

Der von der AG gestaltete Workshop sollte genutzt werden, um direkt mit den handelnden Akteurinnen und Akteuren aus der Praxis relevante Probleme zu identifizieren, mögliche Lösungsansätze zu dis-

kutieren und Impulse für die zukünftige Arbeit der AG mitzunehmen – und dies sowohl aus Sicht der BK-Sachbearbeitung als auch der BK-Ermittlung. Ferner sollte der Status quo der Nutzung von BK-Hilfen und BK-Informationen durch die Workshop-Teilnehmenden erfasst und daraus Konsequenzen für die Neu- und Weiterentwicklung von BK-Informationen abgeleitet werden.

Workshop „Ermittlung und Bewertung der schädigenden Einwirkung“

Insgesamt besuchten circa 90 berufserfahrene Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Bereichen „Verwaltung“ (64 Prozent) und „Prävention“ (36 Prozent) den Workshop und diskutierten – verteilt auf vier Durchgänge à 45 Minuten – über die teils vorgegebenen, teils selbst gewählten Themen.

Die Bearbeitung der einzelnen Themen und die Abfrage von Meinungen aus dem



Die trägerübergreifende Arbeitsgruppe ‚BK-Einwirkung‘ hat die Aufgabe, Aktivitäten im Zusammenhang mit der ‚DGUV-Handlungsempfehlung‘ zur Harmonisierung der Einwirkungsermittlung und -bewertung fortzuführen.“

Kreis der Teilnehmenden erfolgte über eine vom Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) zur Verfügung gestellte, smartphone-gestützte Televoting-Technik, die die Ergebnisse jeweils unmittelbar für die Abstimmenden visualisierte. Nach Identifizierung der wichtigsten Themen pro Workshop-Runde wurden diese anschließend in der Gruppe diskutiert und die Ergebnisse auf Charts festgehalten. Die Moderationsteams in den einzelnen Workshop-Runden waren so zusammengestellt, dass die Moderierenden jeweils über Erfahrungen aus den Bereichen physikalischer Einwirkungen und Gefahrstoff-

fe verfügten und flexibel auf die jeweiligen Rückmeldungen der Teilnehmenden reagieren konnten.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Workshop-Ergebnisse vorgestellt werden.

Bei welchen Berufskrankheiten treten in der Praxis häufig Probleme auf?

Für die Abfrage „Haben Sie bei einer oder mehreren der folgenden Berufskrankheiten Probleme bei der Bearbeitung?“ konnten die Teilnehmenden unter insgesamt 18 vor-

geschlagenen Alternativen – einzelne BK-Nummern oder BK-Gruppen – mehrfach auswählen. Die Frage diente jeweils der Identifizierung von drei bis vier Schwerpunktthemen je Workshop-Runde, die in der anschließenden moderierten Diskussion aufgegriffen wurden. In den vier Durchgängen gab es insgesamt etwa 300 Rückmeldungen, die in Abbildung 1 zusammenfassend dargestellt sind.

Aus den Rückmeldungen der Teilnehmenden ist ersichtlich, dass die BK-Komplexe „Aromatische Amine“, „Atemwegserkrankungen“, „Carpaltunnelsyndrom (CTS)“,

Grafik: DGUV

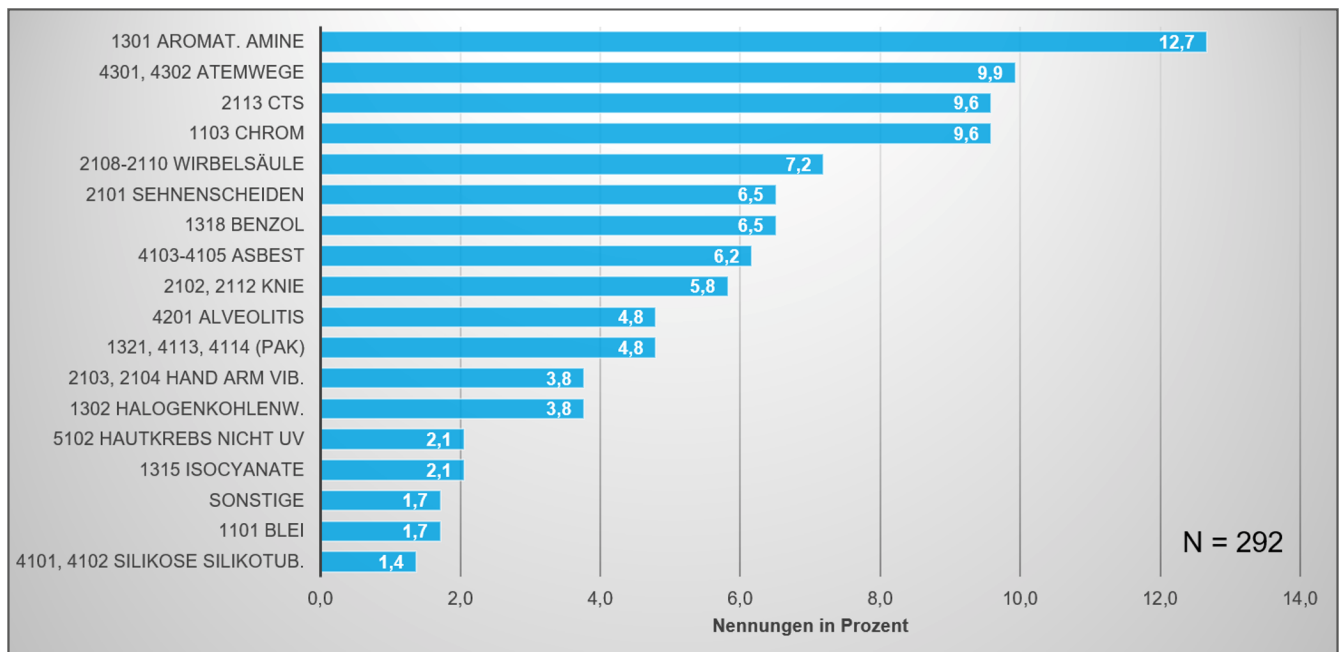


Abbildung 1: Zusammengefasste Rückmeldungen der Workshop-Teilnehmenden zur Frage „Haben Sie bei einer oder mehreren der folgenden Berufskrankheiten Probleme bei der Bearbeitung?“

„Chrom“, „Wirbelsäule“, „Sehnenscheiden“ und „Benzol“ zu den am häufigsten genannten Problemkonstellationen in der BK-Bearbeitung gehören.

Konkrete Probleme und Lösungsvorschläge

Im Anschluss an die Abfrage konnten aus den unmittelbar zur Verfügung stehenden Ergebnissen die drei bis vier am häufigsten genannten Berufskrankheiten beziehungsweise Berufskrankheitengruppen von den Moderierenden aufgegriffen und zur Diskussion gestellt werden. Einleitend standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Welche konkreten Probleme treten in den genannten Fällen in der Praxis auf?
- Gibt es gegebenenfalls passende Lösungsvorschläge, die trägerübergreifend aufgegriffen werden können?

Die Ergebnisse der anschließenden Diskussionen und die Konsequenzen, die die AG „BK-Einwirkung“ daraus gezogen hat, sollen hier exemplarisch vorgestellt werden.

BK-Nr. 1301 (Aromatische Amine)

Die BK-Nr. 1301 „Aromatische Amine“ war die in allen vier Workshop-Runden am häufigsten genannte Berufskrankheit mit Schwierigkeiten in der BK-Ermittlung und der BK-Sachbearbeitung (vgl. Abbildung 1). Da in der Praxis häufig eine kombinierte Ermittlung der BK-Nrn. 1301 und 1321 („Harnblasenkrebs durch PAK“) durchzuführen ist, wurde letztere in die Diskussion mit aufgenommen.

Aus Sicht der BK-Ermittlung bestehen konkrete Probleme bei der Frage, ob geringe und geringste Einwirkungen im Sinne der BK-Nr. 1301 relevant sind, da zum einen keine Kriterien für anerkannte Mindestwerte vorliegen und zum anderen die Datenlage – auch wegen der teilweise lange zurückliegenden Einwirkungen – häufig unklar ist. In vielen Fällen sind die Arbeitsstoffe nicht die krebserzeugenden aromatischen Amine selbst, sondern vielfältige

Farbssysteme und eingefärbte Zubereitungen, zu denen keine oder kaum wissenschaftliche Informationen zur Hautgängigkeit und Verstoffwechselung vorliegen. Erschwerend kommt hinzu, dass im Einzelfall kaum aufgeklärt werden kann, mit welchen Materialien gearbeitet wurde, ob diese zur Zeit des Umgangs die infrage kommenden Stoffe enthielten beziehungsweise ob Hautkontakt mit diesen Stoffen bestand. Als eine Lösung für diese Fragen kann die zur Zeit der Veranstaltung gerade aktualisierte Auflage des BK-Reports ➔ „Aromatische Amine“ (BK-Report 1/2019) genannt werden. Der Report unterstützt bei der BK-Ermittlung unter anderem hinsichtlich der Identifizierung relevanter Produkte und Materialien in verschiedenen Branchen über die letzten Jahrzehnte. Bezüglich einer bisher fehlenden „Mindesteinwirkung“ wäre dagegen eine Konsensfindung unter Einbindung fachwissenschaftlicher Expertise ein geeigneter Weg.

Für die BK-Sachbearbeitung ist neben den bereits beschriebenen Schwierigkeiten bei der Quantifizierung und Einordnung der Einwirkung auch der offene BK-Tatbestand auf medizinischer Seite ein Grund, der die Durchführung des Feststellungsverfahrens erschwert. Neben Problemen bei der Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und möglichen Einwirkungen im Ausland wurde mehrfach die schwierige Ursachenabwägung zu konkurrierenden Faktoren, insbesondere dem Nikotinabusus, genannt. Da bisher keine Mindestdosis für die BK-Nr. 1301 zu verlangen ist, sollte zumindest trägerübergreifend eine einheitliche qualitative Beschreibung der Tätigkeiten mit zugehörigen Zeitanteilen Standard bei der Einwirkungsermittlung sein. Auf diese Weise wären auch Entscheidungen zur Zuständigkeit gemäß Vereinbarung über die Zuständigkeit bei Berufskrankheiten (VbgBK) leichter zu treffen. Hinsichtlich einer Verbesserung der Situation bei der MdE-Einschätzung wurde der Vorschlag unterbreitet, Fachleute aus Urologie oder Arbeitsmedizin hinzuzuziehen.

Die AG „BK-Einwirkung“ hat sich inzwischen dieser Thematik angenommen mit

dem Ziel, unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse aus Forschung und Praxis einen trägerübergreifenden Standard zur Ermittlung bei der BK-Nr. 1301 zu entwickeln und in Form einer Handlungsempfehlung zur Verfügung zu stellen.

Atemwegserkrankungen BK-Nr. 4301 (allergisch) und BK-Nr. 4302 (toxisch)

Sowohl vonseiten der Prävention als auch der Verwaltung wurden die besonderen Herausforderungen in der Bearbeitung der Atemwegserkrankungen BK-Nr. 4301 („Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen ...“) und BK-Nr. 4302 („Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen ...“) berichtet. Dies wurde teilweise mit dem zum Zeitpunkt der BK-Verdachtsanzeige oftmals noch nicht klar umrissenen Krankheitsbild begründet.

Bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen zeigen sich Schwierigkeiten bei der Ermittlung selbst, die viel Erfahrungswissen und teilweise auch chemisch-physikalische Kenntnisse erfordert, um eine zielgerichtete Einwirkungsbeschreibung zu erstellen. Für die irritativ-toxischen Einwirkungen ist es wichtig, ein ganzheitliches Verständnis des Ermittlungsumfangs und des Vorgehens während der Ermittlung sowie der Bewertung der Einwirkung zu entwickeln. Um hierzu weitere Lösungsansätze zu finden, wurde eine Unterarbeitsgruppe „Obstruktive Atemwegserkrankungen BK 4301/4302“ gegründet, um entsprechende Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Dabei sind je nach Zeitpunkt des Auftretens der Erkrankung auch Fragestellungen nach lange zurückliegenden Beschäftigungszeiten und Einwirkungen zu betrachten.

Weiterhin sollen immer wiederkehrende Fragen wie die Aussagekraft und Verwendung von Messergebnissen, das Bewerten von Stoffgemischen sowie die mögliche Relevanz von Arbeitsplatzgrenzwerten als Best-Practice-Empfehlungen miteinbezogen werden, um etwa den speziellen Anforderungen medizinischer Gutachten

sachgerecht, aber auch einheitlich begegnen zu können.

Nicht zuletzt werfen die besonderen Herausforderungen, die durch die Reform des BK-Rechts und den Wegfall des Unterlassungszwangs für die zukünftige Prävention am Arbeitsplatz erforderlich sein werden, vielfältige neue Fragestellungen auf, für die aktuell in unterschiedlichen Arbeitsgruppen der DGUV nach konkreten Lösungen gesucht wird. Hier bietet sich insbesondere eine verstärkte Information über die bislang schon vorhandenen Angebote an Maßnahmen der Individualprävention (IP) wie den Atemwegssprechstunden sowie eine stärkere Vernetzung dieser Angebote an.

BK-Nr. 2113 (Carpaltunnelsyndrom, CTS)

Auch die Bearbeitung der BK-Nr. 2113 wurde von beiden Gruppen der Teilnehmenden als problematisch beschrieben. Aus Sicht der BK-Ermittlung wurden die sehr

aufwendige Tätigkeitsanamnese und die komplexe Bewertung der Einwirkung mittels verschiedener Verfahren gemäß Handlungsanleitung und Anamnese-Software als Gründe für diese Einschätzung genannt. Darüber hinaus zählten auch Unklarheiten bei der Wahl des Ermittlungszeitraums sowie ein Mangel an geeigneten Katasterdaten und Branchenbeispielen zu Problemen in der Praxis. Als geeignete Lösungsansätze wurden der Ausbau an Katasterdaten sowie branchenbezogene Beispiele gefährdender Tätigkeiten angesehen.

Von der BK-Sachbearbeitung wurde zusätzlich die ungenaue Definition des geforderten engen zeitlichen Zusammenhangs zwischen gefährdender Tätigkeit und Beginn der Erkrankung als Problem ergänzt. Die Festlegung von Konventionen und die Entwicklung eines verkürzten Ermittlungsverfahrens wären nach Meinung der Teilnehmenden wichtige Schritte, um die Situation deutlich zu verbessern.

Im Falle der BK-Nr. 2113 bestätigte der Workshop die Überlegungen der AG „BK-Einwirkung“, die sich bereits zuvor mit dieser Berufskrankheit intensiv beschäftigt hatte. Als Ergebnis werden den Unfallversicherungsträgern eine auf aktuellen Forschungsergebnissen beruhende Handlungsempfehlung zum Carpal-tunnelsyndrom (CTS) und eine neu konzipierte Anamnese-Software des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) zur Verfügung gestellt.

Berufskrankheiten-Wissen: Informationsquellen und Erfahrungsaustausch

Zum Abschluss jeder Workshop-Runde wurden die Teilnehmenden gebeten, die aus ihrer Sicht wichtigsten Informationsquellen für ihre tägliche Arbeit im BK-Verfahren anzugeben. Zur Auswahl standen 27 Alternativvorschläge, aus denen mehrfach per Smartphone-Voting ausgewählt werden konnte – von BK-Merkblättern und BK-Re-

Grafik: DGUV

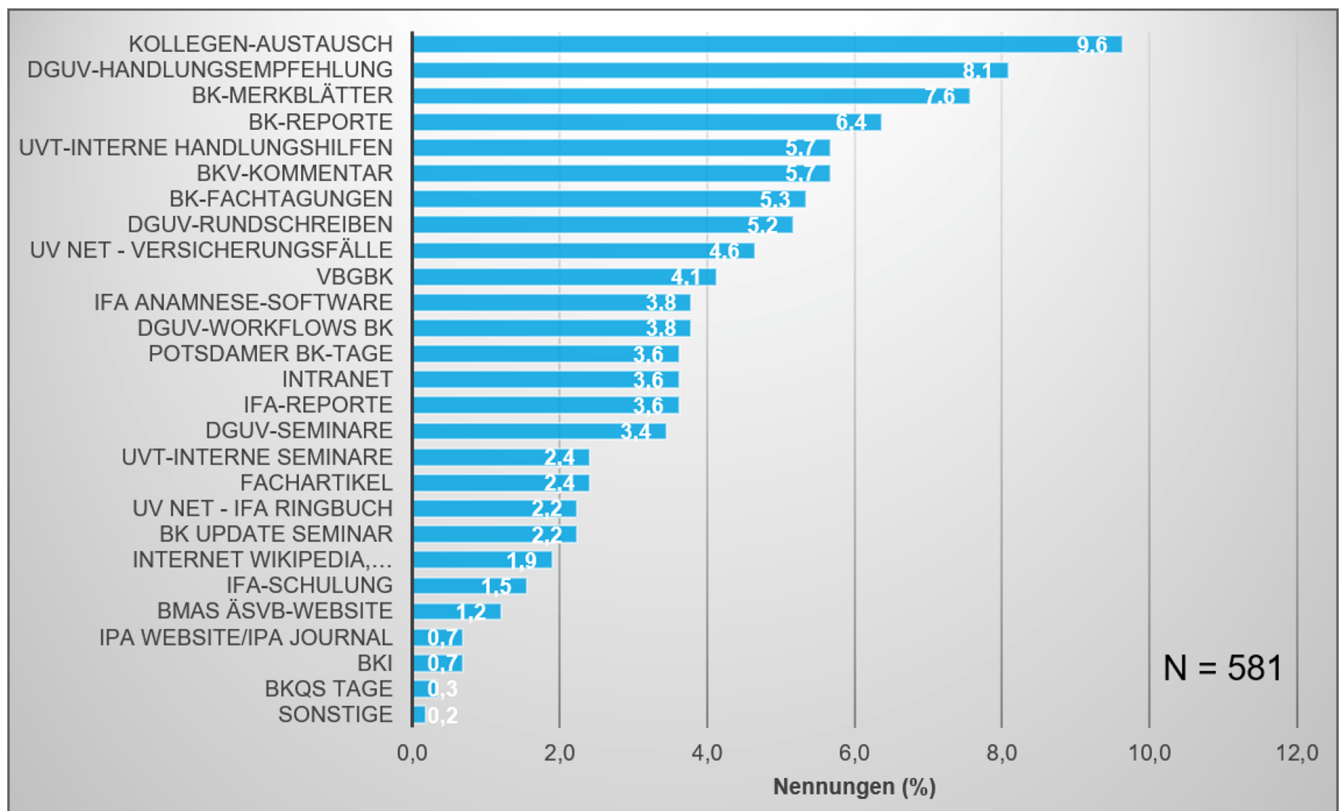


Abbildung 2: Rückmeldungen der Workshop-Teilnehmenden zur Frage „Welche dieser Quellen zu BK-Informationen halten Sie für besonders wichtig?“; Mehrfachnennungen waren möglich.

porten über Fachtagungen und Seminare bis hin zum direkten Austausch mit Kolleginnen und Kollegen (siehe Abbildung 2). Im Ergebnis zeigt sich, dass der direkte Erfahrungsaustausch mit Kolleginnen und Kollegen als häufigste Informationsquelle angesehen wird – noch vor „offiziellen“ Dokumenten wie der DGUV-Handlungsempfehlung, den BK-Merkblättern oder BK-Reporten. Auch trägerinterne Handlungshilfen wurden häufig genannt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Workshop-Teilnehmenden zu etwa zwei Dritteln der BK-Sachbearbeitung und etwa einem Drittel der BK-Ermittlung zuzuordnen waren und diese Gruppen durchaus unterschiedliche Informationsquellen nutzen. Weiterhin sind die vorgeschlagenen Alternativen nicht als gleichberechtigte Angebote zu verstehen, da sie unterschiedliche Zielgruppen ansprechen.

Da die Abfrage vorhandener Angebote nicht ausreicht, um eventuelle Informationsdefizite zu erkennen, wurden die Workshop-Teilnehmenden auch gefragt, welche zusätzlichen Informationsangebote sie sich wünschten. Die Abfrage erfolgte wiederum per Smartphone, Mehrfachnennungen wa-

ren möglich. Die Ergebnisse wurden unmittelbar visualisiert, wobei die Schriftgröße jeweils durch die Häufigkeit der Meldungen bestimmt wurde (siehe Abbildung 3).

Nach Auswertung der Rückmeldungen aus allen Workshop-Durchläufen und dem Clustern ähnlicher Forderungen ließen sich verschiedene Schwerpunkte identifizieren, die zur gezielten Ausweitung des BK-Informationsangebots beachtet werden sollten: Stärkung des trägerübergreifenden Erfahrungsaustauschs, Ausbau einer zentralen Informationsplattform, Stärkung des Austauschs zwischen BK-Sachbearbeitung und BK-Ermittlung sowie ein verbessertes Angebot zu BK-spezifischen Themen in der trägerübergreifenden Aus- und Weiterbildung.

Einzelne Rückmeldungen sowie Anregungen zu diesen vier Themenkomplexen sollen im Folgenden dargestellt werden.

Trägerübergreifender Erfahrungsaustausch

Die Rückmeldungen der Teilnehmenden sprechen eindeutig dafür, Möglichkeiten

des trägerübergreifenden Austauschs verstärkt anzubieten. Der auf diese Weise geförderte Erfahrungsaustausch bietet viele Möglichkeiten, die tägliche BK-Praxis zu erleichtern, indem beispielsweise bewährte Verfahrensabläufe übernommen oder Erfahrungen zu selten vorkommenden Berufskrankheiten weitergegeben werden können. Die Teilnehmenden fanden es auch wichtig, diesen Austausch nicht nur auf der Ebene der Führungskräfte zu fördern, sondern direkt auf der Ebene der BK-Bearbeitenden entsprechende Netzwerke zu bilden. Um den dabei anfallenden Reiseaufwand zu minimieren, könnte dieser Austausch zum Beispiel in Form regionaler „Stammtische“ oder moderierter Chatangebote im UV-Net oder anderen geeigneten Plattformen organisiert werden. Mögliche Schwerpunktthemen sind einzelne BK-Nummern, Verfahrensabläufe, Einwirkungen an branchenfremden, aber gleichartigen Arbeitsplätzen oder die Anwendung der IFA-Anamnese-Software. Auf diese Weise könnte eine trägerübergreifende Plattform zum Erfahrungsaustausch entstehen, die sich durch das „Schwarmwissen“ der einzelnen Teilnehmenden auszeichnet.



Grafik: DGUV

Abbildung 3: Rückmeldungen der Workshop-Teilnehmenden zur Frage „Welche zusätzlichen Informationsangebote wünschen Sie sich?“; Beispiel aus einem Workshop-Durchlauf



Die BK-Sachbearbeitung und die BK-Ermittlung wünschten sich einen verstärkten gegenseitigen Austausch. Weiterhin gilt es, das Verständnis füreinander zu fördern: Beide Bereiche sprechen zum Teil eine ‚unterschiedliche Sprache‘, die BK-Sachbearbeitung eher vorschriftenorientiert, die BK-Ermittlung eher wissenschafts- und technikorientiert.“

Zentrale Informationsquelle(n) und Expositionskataster

Wie oben gezeigt, wurde die Frage, welche Informationsquellen von den Teilnehmenden als besonders wichtig erachtet werden, sehr vielfältig beantwortet. Einigkeit bestand hingegen bei den Vorstellungen und Wünschen für die zukünftige Arbeit.

Neben der bereits genannten Plattform für einen trägerübergreifenden Erfahrungsaustausch sollte das Angebot einer zentralen Informationsplattform mit dem gebündelten Wissen zu BK-Themen – ähnlich einer Wissenslandkarte – weiter ausgebaut werden. Auf diese Weise sollten zu einzelnen BK-Nummern beziehungsweise -Gruppen aktuelle Informationen und Verlinkungen abgerufen werden können. Insbesondere auf eine Zusammenführung der verschiedenen Informationsquellen sowie die Möglichkeit des Austauschs von technischen Erkenntnissen wurde großer Wert gelegt.

Darüber hinaus wurde im Workshop insbesondere die Wichtigkeit trägerübergreifender Expositionskataster betont. Die bisher existierenden Kataster werden als wertvolle Hilfe angesehen, sollten aber weiter ausgebaut und verbessert werden, so beispielsweise im Hinblick auf geeignete Recherchemöglichkeiten. Auch sollten alle

Unfallversicherungsträger freien Zugriff auf diese Kataster haben.

Die AG „BK-Einwirkung“ hat diese beiden Aspekte bereits aufgegriffen: In Zusammenarbeit mit dem IFA werden aktuell in der AG entwickelte oder überarbeitete Empfehlungen, Best-Practice-Beispiele oder Katastersammlungen im IFA-Ringbuch (UV-Net) trägerübergreifend zur Verfügung gestellt. Dazu wurde das IFA-Ringbuch überarbeitet und aktuelle Informationen lassen sich einfach unter der jeweiligen BK-Nummer abrufen.

Eine von den Teilnehmenden gewünschte trägerübergreifende Expertengruppe für Berufskrankheiten ist mit der AG „BK-Einwirkung“ bereits heute eingerichtet. Hintergrund der AG-Bildung war der Wunsch nach einer über alle Unfallversicherungsträger hinweg einheitlichen Vorgehensweise sowohl in der Ermittlung als auch in der Bewertung der verschiedenen Einwirkungen im BK-Verfahren. Somit ist auch die Forderung nach Ansprechpersonen zu bei einzelnen Unfallversicherungsträgern selten vorkommenden Berufskrankheiten oder nach einer Anlaufstelle für schwierige Sachverhalte heute schon teilweise erfüllt. Es ist derzeit geplant, dies in Zukunft zu verstärken und im Rahmen eines standardisierten Erfahrungs- und Wissensaustauschs eine derartige Anlaufstelle zentral anzubieten.

Schließlich bestand auch der Wunsch nach einer (anonymisierten) Fallsammlung für einzelne BK-Nummern. Dies könnte in Kombination mit der oben genannten Plattform für den Erfahrungsaustausch verwirklicht werden.

Verstärkter Austausch zwischen BK-Sachbearbeitung und BK-Ermittlung

Sowohl vonseiten der BK-Sachbearbeitung als auch der BK-Ermittlung wurde auch bei diesen BK-Qualitätssicherungstagen ein verstärkter gegenseitiger Austausch gewünscht. Weiterhin gilt es, das Verständnis füreinander zu fördern: Beide Bereiche sprechen zum Teil eine durchaus „unterschiedliche Sprache“, die BK-Sachbearbeitung eher vorschriftenorientiert, die BK-Ermittlung eher wissenschafts- und technikorientiert.

Sicherlich gibt es verschiedene Ansätze, wie man die Zusammenarbeit von BK-Ermittlung und BK-Sachbearbeitung fördern und beide Bereiche stärker verzahnen kann. So wurden von den Teilnehmenden verschiedene Beispiele der Zusammenarbeit genannt, unter anderem:

- regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen beiden Bereichen, zum Beispiel in monatlich oder quartalsweise stattfindenden regionalen „Stammtisch“-Gesprächen

- gemeinsame Schulungen beider Bereiche zu den einzelnen BK-Nummern, unter anderem mit Klärung von Problemen bei der abschließenden technischen Beurteilung
- gemeinsame Fallbesprechungen zwischen beiden Bereichen
- regelmäßige gemeinsame (Fach-)Veranstaltungen beider Bereiche sowie
- mehr direkter Austausch unter den Kolleginnen und Kollegen
- Die Teilnehmenden waren sich einig, dass der kontinuierliche Austausch zwischen BK-Sachbearbeitung und BK-Ermittlung das Verfahren effizienter und freier von Missverständnissen werden lässt und somit zur Qualitätsverbesserung sowie Verkürzung von Laufzeiten beiträgt.
- Darüber hinaus wurde auch ein verstärkter Austausch innerhalb der BK-Ermittlung beziehungsweise BK-Sachbearbeitung gefordert, sowohl trägerintern als auch trägerübergreifend. Dieser könnte beispielsweise über Chatangebote im Intranet oder UV-Net sowie über moderierte Internetforen erfolgen.

Verbesserte Aus- und Weiterbildung in BK-Themen


Es wurde übereinstimmend festgestellt, dass sich die Ausbildung von BK-Ermittelnden bei den einzelnen Unfallversicherungsträgern sehr unterschiedlich gestaltet. Auch in der Ausbildung der Aufsichtspersonen kommt der Themenschwerpunkt Berufskrankheiten, insbesondere die Ermittlungspraxis, aufgrund der Fülle der Ausbildungsinhalte häufig zu kurz. Dieser Aspekt wird noch dadurch verstärkt, dass stetig neue Berufskrankheiten in die Berufskrankheitenverordnung (BKV) aufgenommen werden. Neben der trägerübergreifenden Ausbildung findet die weitere BK-spezifische Ausbildung im Regelfall trägerintern statt, was im Hinblick auf die Spezifika bei einzelnen Unfallversicherungsträgern sinnvoll ist. Jedoch fehlen für die vertiefende trägerübergreifende Weiterbildung der BK-Ermittelnden derzeit adäquate und ausreichende Fortbildungsangebote. Zwar

werden die Seminarangebote des IAG und die Anamneseschulungen des IFA häufig in Anspruch genommen, der Grundtenor im Workshop war jedoch, dass diese Angebote bei Weitem nicht ausreichen, insbesondere vor dem Hintergrund der Forderung nach einer trägerübergreifenden einheitlichen Ermittlung und Bewertung der Einwirkung.

Zur Verbesserung der Situation wurde vorgeschlagen, die trägerübergreifende Aus- und Weiterbildung der BK-Ermittelnden – analog zur Ausbildung von BK-Sachbearbeitenden – zu verstärken. Parallel dazu sollte der kontinuierliche Erfahrungsaustausch der BK-Ermittelnden trägerintern und übergreifend auf eine breitere Basis gestellt werden.

Zusammenfassung und Ausblick

Aus dem von der AG „BK-Einwirkung“ organisierten Workshop auf den BK-Qualitätssicherungstagen 2019 ließen sich konkrete Anforderungen für zukünftige AG-Aktivitäten ableiten. Aufgrund der gesammelten Rückmeldungen wurden in einem ersten Schritt die Arbeitspakete „Aromatische Amine“ und „Atemwegserkrankungen“ initiiert. Gleichzeitig konnten sich die Mitglieder der AG in der Wahl ihrer bisherigen Schwerpunkte wie der Entwicklung von Handlungshilfen für die BK-Nrn. 2101 („Sehnenscheiden“) und 2113 („CTS“) bestätigt sehen.

Neben spezifischen Problemen bei einzelnen Berufskrankheiten wurden auch Handlungsbedarfe bei allgemeinen BK-Themen im Workshop genannt, insbesondere zu den vier Themenkomplexen trägerübergreifender Erfahrungsaustausch, zentrale Informationsquellen und Expositions-kataster, Erfahrungsaustausch zwischen BK-Sachbearbeitung und BK-Ermittlung sowie der trägerübergreifenden Aus- und Weiterbildung in BK-Themen. Aus diesen Hinweisen lassen sich weitere Anregungen für die Arbeit der AG „BK-Einwirkung“, aber auch weiterer zuständiger Institutionen und Gremien aufnehmen. 



Aus dem von der AG ‚BK-Einwirkung‘ organisierten Workshop auf den BK-Qualitätssicherungstagen 2019 ließen sich konkrete Anforderungen für zukünftige AG-Aktivitäten ableiten. In einem ersten Schritt wurden die Arbeitspakete ‚Aromatische Amine‘ und ‚Atemwegserkrankungen‘ initiiert.“

Fußnoten

[1] Vgl. Woltjen, M.; Ditchen, D.; Wanka, G.: Ein geordneter „Werkzeugkoffer“ für die Feststellung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren. In: DGUV-Forum 1/2020; S. 18–22

[2] Siehe: <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/gesetz-zur-entwicklung-des-berufskrankheitenrechts-verkuendet.html> (abgerufen am 14.12.2020)

Aktualisierung der Königsteiner Empfehlung: Anpassung der Bewertung der arbeitsbedingten Schwerhörigkeit an die Bedeutung des Gehörs in der Arbeitswelt

Key Facts

- Begutachtungsempfehlungen richten sich in erster Linie an ärztliche Sachverständige und bieten diesen eine aktuelle, wissenschaftlich gesicherte Grundlage zu berufskrankheitsspezifischen und unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen
- Die wesentlichsten Änderungen in der aktualisierten Königsteiner Empfehlung stellen die überarbeiteten Tabellen zur Berechnung des prozentualen Hörverlustes aus Ton- und Sprachaudiogramm dar, durch die die Bewertung des prozentualen Hörverlustes bei der beginnenden bis geringgradigen Lärmschwerhörigkeit künftig in den meisten Fällen etwas höher ausfällt
- In Zukunft ist die Bedeutung der Kombinationswirkung von Lärm mit ototoxischen Arbeitsstoffen weiter zu beobachten und – wenn für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit validierte Forschungsergebnisse vorliegen – auch darüber zu diskutieren, wie Audiometrieverfahren mit Störgeräuschen eingesetzt werden können

Autorin und Autor

- ➔ Dr. Ulrike Wolf
- ➔ Prof. Dr. Tilman Brusis

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

Die DGUV hat in den vergangenen Jahren verschiedene Begutachtungsempfehlungen zu Berufskrankheiten neu erstellt oder überarbeitet. Diese Begutachtungsempfehlungen richten sich in erster Linie an ärztliche Sachverständige und bieten diesen eine aktuelle, wissenschaftlich gesicherte Grundlage zu berufskrankheitsspezifischen und unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen, auf deren Basis eine einzelfallgerechte Entscheidung über eine Berufskrankheit getroffen werden kann. Zudem stellen sie für die Unfallversicherungsträger, die Sozialgerichtsbarkeit und nicht zuletzt die Betroffenen eine wichtige Informationsquelle dar, die auch die Begutachtung im Berufs-krankheitenverfahren transparent macht.

Die „Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit“ – auch Königsteiner Empfehlung genannt – war die erste Begutachtungsempfehlung der gesetzlichen Unfallversicherung. Sie gilt seit mehr als 40 Jahren als Grundlage für eine gleiche, gerechte Begutachtung und Bewertung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingter Schädigung des Gehörs. Im Jahr 1974 erschien die erste Auflage dieser Empfehlung, die seither mehrfach aktualisiert wurde.

Die letzte Fassung der Königsteiner Empfehlung stammte aus dem Jahr 2012. Seither hat sich der medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand weiterentwickelt und es haben sich Neuerungen in der

Rechtsprechung ergeben. Eine Abfrage bei Unfallversicherungsträgern und zuständigen Fachgesellschaften zeigte ebenfalls, dass diese Empfehlung aktualisiert werden musste.

Auch bei der jetzt fünften Überarbeitung wurden die „Grundsätze der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ zugrunde gelegt (Brandenburg et al. 2009), die eine Selbstverpflichtung zur Erstellung von Begutachtungsempfehlungen darstellen. Mitte 2016 initiierte daher die DGUV einen Prozess, um die Königsteiner Empfehlung zu überarbeiten. Hierfür setzte die DGUV einen interdisziplinären Arbeitskreis ein, an dem medizinische Fachgesellschaften



Bereits bei der vorherigen Überarbeitung war sich der Arbeitskreis 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.“

und Berufsverbände sowie Unfallversicherungsträger und deren Spitzenverbände, Institute und Kliniken sowie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) beteiligt waren (siehe Infokasten).

Am 26. Juni 2019 wurde der innerhalb des Arbeitskreises abgestimmte Entwurf im Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) einer erweiterten Fachöffentlichkeit vorgestellt und mit dieser diskutiert. Im Wesentlichen stieß der Entwurf bei den rund 110 Teilnehmenden auf positive Resonanz. Die Veranstaltung zeigte jedoch, dass 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. Die Vorstände und Gremien der beteiligten Fachgesellschaften und Institutionen haben ihre Zustimmung zur Neufassung der Königsteiner Empfehlung gegeben.

Seit Oktober 2020 steht die Empfehlung zum [Download](#) zur Verfügung. Die gedruckte Version kann ebenfalls über diese Internetseite bezogen werden. Die Ände-

rungen und deren Anwendung treten mit Veröffentlichung der neuen Königsteiner Empfehlung in Kraft.

Wesentliche Punkte der Überarbeitung

Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen der nun vorliegenden sechsten Auflage erläutert.

Bereits bei der vorherigen Überarbeitung war sich der Arbeitskreis 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. Daher wurden nun die modifizierten Hörverlusttabellen von Boenninghaus und Röser 1973 (Tabelle 1 der Königsteiner Empfehlung) und Röser 1980 (Tabelle 2 der Königsteiner Empfehlung) übernommen (Feldmann und Brusis 2019). Durch die Modifikation der Tabelle 1 ist die Berechnung des gewichteten Gesamtwortverstehens nicht mehr erforderlich, da der Vorteil des gewichteten Gesamtwortverstehens durch eine teilweise Erhöhung der prozentualen Hörverluste in der geänderten Tabelle berücksichtigt wurde. Für die Ermittlung des prozentua-

len Hörverlustes aus dem Tonaudiogramm (Hörverlusttabelle von Röser 1980) werden in Tabelle 2 nunmehr neben den Hörwerten bei 1 und 2 kHz die Befunde bei 3 oder 4 kHz berücksichtigt. Ist der Hörverlust bei 4 kHz größer als bei 3 kHz ist dieser der Hörverlustberechnung zugrunde zu legen, anderenfalls der Wert bei 3 kHz. Zudem wurden die Hörverlustwerte im unteren Bereich etwas angehoben.

Nach Abschnitt 2.3 der Königsteiner Empfehlung wird die Lärmexposition für das gesamte Arbeitsleben durch die Berechnung der Effektiven Lärmdosis (ELD) dargestellt. Da der Ermittlungsaufwand vor allem für lange zurückliegende Beschäftigungszeiten erheblich ist, wurde vereinbart, die Beschäftigungsabschnitte und Tageslärmmexpositionspegel regelmäßig (nur) für die vergangenen drei Jahrzehnte, frühestens ab dem Jahr 1990 zu ermitteln (siehe Abschnitt 2.6 der Königsteiner Empfehlung). Im Einzelfall sind auf Anforderung Feststellungen zu Zeiten davor zu treffen.

Eine Reihe anderer in der Begutachtungspraxis relevanter Punkte blieb gegenüber der vorherigen Auflage der Königsteiner Empfehlung aus dem Jahr 2012 unverändert. So ist beispielsweise beim Vorliegen

von Ohrgeräuschen – wie bisher – eine gezielte Tinnitusdiagnostik mit Frequenzanalyse und Verdeckungsmessungen erforderlich. Der Begleit-Tinnitus einer Lärmschwerhörigkeit kann unter bestimmten Voraussetzungen unverändert mit einer MdE von bis zu zehn Prozent integrierend bewertet werden. Eine neurologisch-psychiatrische Zusatzbegutachtung sollte nur beim Vorliegen schwerster Beeinträchtigungen (Grad 4 der Tinnitus-Leitlinie) erfolgen.

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)“ geringfügig zu aktualisieren.

Ausblick

Die Überarbeitung der Königsteiner Empfehlung hat potenzielle Handlungsfelder für die zukünftige Arbeit aufgezeigt. So war sich der mit der Überarbeitung betraute Arbeitskreis einig, dass

- die Bedeutung der Kombinationswirkung von Lärm mit ototoxischen Arbeitsstoffen auch in Zukunft weiter zu beobachten ist und
- zukünftig fundiert darüber diskutiert werden sollte, wie Audiometrieverfahren mit Störgeräuschen eingesetzt werden können, wenn für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit validierte Forschungsergebnisse vorliegen.

Um die Umsetzung effektiv zu unterstützen, müssen die in der Königsteiner Empfehlung enthaltenen Neuerungen auch in die Praxis getragen werden. So werden die neuen Inhalte beispielsweise in Seminaren der Hochschule der DGUV (HGU) der Sachbearbeitung der Unfallversicherungsträger vermittelt. Ebenso wichtig ist die Schulung der gutachterlich tätigen Ärztinnen und Ärzte. Geplant ist daher auch, die Neuerungen in entsprechenden Veranstaltungen bekannt zu geben.

Neben diesem Beitrag sind weitere Publikationen geplant, in denen die Neuerungen

der Königsteiner Empfehlung vorgestellt und erläutert werden. So soll beispielsweise eine Publikation in der Rubrik „Aus der Gutachtenpraxis“ der deutschsprachigen Fachzeitschrift „Laryngo-Rhino-Otologie“ erfolgen.

Für die Überprüfung und gegebenenfalls anschließend notwendige Überarbeitung der Königsteiner Empfehlung ist – wie auch bei anderen Begutachtungsempfehlungen – ein Fünfjahresrhythmus vorgesehen. Sollte sich bereits vorher eine wesentliche Änderung des wissenschaftlich-medizinischen Kenntnisstandes ergeben, kann die Überarbeitung auch vorgezogen werden. Bis dahin ist jedoch die derzeitige sechste Auflage der Königsteiner Empfehlung gültig. ↩

Literatur

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 DGSMP bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten, Anhang 2: Grundsätze der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten. In: Gesundheitswesen 2009, 71 (12), S. 857–863

Feldmann, H.; Brusis, T. (2019): Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arztes. 8. überarbeitete Auflage 2019, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart

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

Wissenschaftliche Leitung

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

Medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände

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

Unfallversicherungsträger und deren Spitzenverbände, Institute und Kliniken

- Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
- Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)
- Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM)
- Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
- Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation (BG Verkehr)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (SVLFG)
- Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
- Unfallkrankenhaus Berlin (ukb), Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Weitere Institutionen

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Passivrauchen am Arbeitsplatz – eine neue Berufskrankheit als Herausforderung für die Unfallversicherungsträger

Key Facts

- Tabakrauch ist schädlich für den Menschen und kann Krebs erzeugen
- Nicht rauchende Personen waren auch an Arbeitsplätzen über viele Jahre dem Tabakrauch ungeschützt ausgesetzt
- Passivrauchen gilt als dritthäufigste Ursache für Lungenkrebs

Autor und Autorin

➔ Prof. Dr. Dietmar Breuer

➔ Franziska Nürnberger

Über viele Jahre war Tabakrauch in vielen Lebensbereichen allgegenwärtig – auch an Arbeitsplätzen. Die Berufskrankheit „Passivrauchen am Arbeitsplatz“ stellt die Unfallversicherungsträger vor die Aufgabe, eine einheitliche und objektive Bewertung der berufsbedingten Belastung zu sichern.

Einleitung

Die gesellschaftliche Stellung des Rauchens hat sich in den vergangenen Jahrzehnten grundlegend gewandelt. In den Fünfziger- und Sechzigerjahren des letzten Jahrhunderts wurde das Rauchen nicht selten in Verbindung mit Erfolg vermarktet. Mann war „cool, lässig, ein echter Mann“, wenn man rauchte, die Zigarette für die Frau war schlank, lang und ein modisches Accessoire. Viele werden sich noch an den Cowboy als Werbefigur erinnern, der rauchend über die Prärie in den Sonnenuntergang ritt oder sich die Zigarette mit einem Holzsplitter aus dem Lagerfeuer anzündete.

Und heute? Niemand wird bestreiten, dass Tabakrauch gesundheitsschädlich ist. Beim Verbrennen beziehungsweise Verglimmen von Tabak in Zigaretten, Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen entsteht ein hochkomplexes Gemisch aus mehr als 4.000 Verbindungen, von denen viele nachgewiesenermaßen krebserregend sind, was letztendlich zu dem hohen Risiko einer Lungenkrebserkrankung führt. Wissenschaftliche Untersuchungen führen circa 90 Prozent der Lungenkrebserkrankungen

bei Männern und 65 Prozent bei Frauen auf aktives Rauchen zurück.^[1]

Während aktives Rauchen eine persönliche Entscheidung ist, stellt sich die Situation bei nicht rauchenden Personen anders dar. Sie sind den beim Rauchen frei werdenden Gefahrstoffen in der Regel unfreiwillig ausgesetzt. Auch nicht rauchende Personen haben ein erhöhtes Krebsrisiko, wenn sie Tabakrauch regelmäßig und in erhöhtem Maße ausgesetzt sind. Dieses passive Rauchen gilt als dritthäufigste Ursache für eine Lungenkrebserkrankung.^[1]

Weltweit wurden im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts weitgehende Rauchverbote mit der Maßgabe erlassen, nicht rauchende Personen vor den krebserzeugenden Inhaltsstoffen des Tabakrauches zu schützen. In zahlreichen Bereichen wie zum Beispiel in Gaststätten, Bürobereichen oder auch öffentlichen Gebäuden wurden Rauchverbote durchgesetzt. Heute ist das Rauchen praktisch nur noch in Außenbereichen möglich und auch hier zeichnen sich weitergehende Verbote ab beziehungsweise sind erste Einschränkungen längst durchgesetzt.

Nichtsdestotrotz können nicht rauchende Personen über viele Jahrzehnte unfreiwillig Tabakrauch ausgesetzt gewesen sein. Dies trifft auch auf den beruflichen Sektor zu, wo es je nach Situation zu erheblichen Belastungen gekommen sein kann. Wer erinnert sich nicht an völlig verrauchte Gaststätten und Diskotheken oder das stark rauchende Teammitglied am Schreibtisch gegenüber, um nur einmal die bekanntesten Beispiele zu nennen.

Nikotin als Leitsubstanz für die Tabakrauchkonzentration

Bei komplexen Substanzgemischen wie Tabakrauch ist es praktisch unmöglich, mit vertretbarem Aufwand alle enthaltenen Komponenten zu erfassen und deren Einzelgehalte zu bestimmen. In solchen Fällen werden bestimmte Substanzen als Leitkomponenten ausgewählt, die charakteristische Bestandteile des Gemisches sind und deren Gehalt in einer direkten Beziehung mit der Emission des Gemisches steht. Es ist dabei nicht notwendig, dass diese Substanz diejenige mit dem größten Gefährdungspotenzial ist. Im Vordergrund stehen analytische Aspekte: Die Substanz sollte möglichst re-

präsentativ sein, gut erfasst und analytisch robust nachgewiesen werden können.

Die Eignung von Nikotin als Leitkomponente für die Tabakrauchexposition hat Hammond^[2] sehr klar dargestellt. Für Nikotin gibt es in der Raumluft keine weiteren Emissionsquellen als Tabakprodukte. Nikotin ist, obwohl selbst nicht krebserregend, daher eine nahezu ideale spezifische Leitkomponente. Andere potenzielle Leitkomponenten sind entweder nicht spezifisch wie zum Beispiel Feinstaub (alle Verbrennungsprozesse setzen Feinstaub frei) oder analytisch deutlich schwieriger nachzuweisen wie Acrylnitril, das ebenfalls beim Rauchen freigesetzt wird.

Wichtig ist vor allem die Korrelation von Nikotin im Tabakrauch zu den krebserzeugenden Inhaltsstoffen. Das konnte in zahlreichen Studien zu polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, aromatischen Aminen, tabakspezifischen Nitrosaminen oder Benzol gut belegt werden.^{[3][4]} Auch zu leichter flüchtigen Substanzen wie Acrylnitril oder Formaldehyd wurden sehr gute Korrelationen nachgewiesen.^{[5][6]}

Die Berufskrankheit Lungenkrebs durch Passivrauchen am Arbeitsplatz

In Deutschland wurde eine lange und intensive Diskussion darüber geführt, inwieweit die berufliche Exposition gegenüber Tabakrauch als Ursache für eine Berufskrankheit angesehen werden kann. Letztendlich hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“^[7] (ÄSVB) beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) am 29. März 2019 eine wissenschaftliche Begründung vorgelegt und empfohlen, „Lungenkrebs nach langjähriger und intensiver Passivrauchexposition am Arbeitsplatz bei Versicherten, die selbst nie oder maximal bis zu 400 Zigarettenäquivalente aktiv geraucht haben“ als neue Berufskrankheit in die Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) aufzunehmen^{[8][9]}:

- Die Berufskrankheit (BK) gilt für Personen, die an einem Lungen-

krebs erkranken und in ihrem Leben niemals geraucht haben, also als sogenannte „Nieraucher“ anzusehen sind. Da schon eine kleinere Zahl aktiv gerauchter Zigaretten das Risiko einer Krebserkrankung deutlich erhöht, hat der ÄSVB die Obergrenze für aktiv gerauchte Zigaretten auf maximal 400 festgelegt.

- Die Exposition gegenüber Tabakrauch muss über viele Jahre vorgelegen haben und intensiv gewesen sein. Hier hat die wissenschaftliche Ableitung ergeben, dass eine langjährige Passivrauchexposition anzunehmen ist, wenn eine intensive Einwirkung durch Tabakrauch von mindestens 40 Jahren nachgewiesen werden kann. „Intensiv“ ist die Einwirkung, wenn eine Nikotinkonzentration in der Raumluft von mindestens 50 [µg Nikotin/m³] nachgewiesen werden kann. Rein rechnerisch muss also eine Gesamtkonzentration von 2.000 [µg Nikotin/m³ × Jahre] vorliegen.

Expositionsabschätzung

Für die Anerkennung von Berufskrankheiten ist es notwendig, die Dosis der jeweiligen Person abzuschätzen. Die Nikotinkonzentration [CN] in der Raumluft errechnet sich dabei aus der Nikotinemission [EN] einer Zigarette, der Anzahl der gerauchten Zigaretten pro rauchender Person und Stunde [Nz], dem sogenannten Depositionsfaktor für Nikotin [DN], der Raucherichte [DR] sowie dem Luftwechsel [n] und kann über folgende Gleichung (1) bestimmt werden^{[8][9]}:

$$C_N = \frac{E_N \cdot N_z \cdot D_N \cdot D_R}{n} \quad [\mu\text{g}/\text{m}^3] \quad (1)$$

In die Raucherichte gehen die Anzahl der rauchenden Personen in einem Raum und die Raumgröße ein. Der ÄSVB hat in seiner Begründung für die Berechnung einige Eckpunkte festgelegt: So ist von einer Nikotinemission von 1,4 mg (1.400 µg) pro Zigarette und einem Depositionsfaktor für Nikotin auf Oberflächen von 0,8 auszugehen. Auch für die Rauchintensität wird davon ausgegangen, dass eine rauchende Person pro Stun-

”
Der Ärztliche Sachverständigenbeirat ‚Berufskrankheiten‘ hat empfohlen, ‚Lungenkrebs nach langjähriger und intensiver Passivrauchexposition am Arbeitsplatz bei Versicherten, die selbst nie oder maximal bis zu 400 Zigarettenäquivalente aktiv geraucht haben‘ in die Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung aufzunehmen.“

de zwei Zigaretten raucht. Dies entspräche nach dem Bundes-Gesundheitssurvey über das Rauchverhalten in Deutschland bereits einer stark rauchenden Person mit mehr als 20 gerauchten Zigaretten pro Tag^[10]; wobei von diesem Wert bei genauerer Kenntnis im individuellen Fall abgewichen werden kann. Eine sehr stark rauchende Person kann durchaus drei oder vier Zigaretten pro Stunde geraucht haben, eine weniger stark rauchende Person auch nur eine Zigarette pro Stunde.

Mit dieser Formel kann die Nikotindosis an einem individuellen Arbeitsplatz abgeschätzt werden, im abschließenden Schritt muss dann noch die langfristige Dosis [$\bar{x}_{i,ges} \cdot \Delta t_{Expos.}$] berechnet werden, indem die Einzelbeiträge der verschiedenen Tätigkeitszeiträume nach Gleichung (2) ad-



Für die Höhe der Tabakrauchkonzentration in der Raumluft am Arbeitsplatz ist neben der Anzahl der vor Ort tätigen aktiv rauchenden Personen (Raucherquote) auch die Art der ausgeübten Tätigkeit(en) von Belang.“

diert werden, wobei der jeweilige Schichtanteil am Arbeitsplatz [SchAAP] und der Zeitraum der Beschäftigung [tAP] zu berücksichtigen sind.

$$\bar{x}_{i,ges} \cdot \Delta t_{Expos.} = \sum_{AP=1}^j C_N \cdot SchA_{AP} \cdot \Delta t_{AP} \quad (2)$$

Im Grunde handelt es sich um eine recht einfache Berechnung, vorausgesetzt, die für die Berechnung notwendigen Daten sind bekannt. In den vergangenen Jahren hat sich eine Arbeitsgruppe der DGUV unter Beteiligung zahlreicher Unfallversicherungsträger, mit Fachleuten des Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin (IPA), der Abteilungen Sicherheit und Gesundheit (SIGE), Versicherung und Leistungen (VL) unter Federführung des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) intensiv mit der möglichen Exposition gegenüber Tabakrauch in Arbeitsbereichen befasst. Die Arbeitsgruppe hat nun eine Handlungsempfehlung mit zahlreichen unterstützenden Hinweisen erstellt, wie bei einer BK-Sachbearbeitung vorgegangen werden sollte.^[11]

Expositionsabschätzungen in verschiedenen Arbeitsbereichen

Für die Höhe der Tabakrauchkonzentration in der Raumluft am Arbeitsplatz ist neben der Anzahl der vor Ort tätigen aktiv rauchenden Personen (Raucherquote) auch die Art der ausgeübten Tätigkeit(en) von Belang.

Klassifizierung von Arbeitsplätzen

Bereits vor der Einführung der Nichtraucherchutzgesetze gab es Tätigkeiten, bei denen die Exposition gegenüber Tabakrauch gänzlich oder weitgehend ausgeschlossen war.

- Im untertägigen Steinkohlenbergbau oder Reinräumen war das Rauchen streng untersagt und eine berufsbedingte Exposition kann von vornherein ausgeschlossen werden.
- In explosionsgeschützten Bereichen, an Arbeitsplätzen mit hohen Hygieneanforderungen oder bei streng getakteten Arbeiten wie zum Beispiel Fließbandarbeiten war das Rauchen nur in speziellen Räumen oder ausgewiesenen Zeiten (Pausen) möglich. Hier konnten die Beschäftigten nur in Aufenthaltsräumen, Messwarten, Meisterbüros oder Lehrerzimmern Tabakrauch zeitlich begrenzt ausgesetzt sein.

Demgegenüber stehen Arbeitsplätze, bei denen eine täglich mehrstündige Exposition bestehen kann oder konnte, wobei

- zum Beispiel an Außenarbeitsplätzen oder Arbeitsplätzen in Werkhallen mit technischer Lüftung aufgrund der Verdünnung des Tabakrauches in den großen Bilanzräumen nur eine geringe Belastung vorlag. Auch hier waren intensive Expositionen nur zeitlich begrenzt in speziellen Räumen wie zum Beispiel Aufenthaltsräumen, Messwarten, Meisterbüros oder Bauwagen möglich.

Es verbleiben aber immer noch zahlreiche Bereiche, in denen eine berufsbedingte

Exposition vorhanden sein konnte beziehungsweise teilweise noch vorliegen kann. Diese Arbeitsbereiche müssen genau betrachtet werden, dazu zählen

- zum Beispiel kleinere Büros oder Großraumbüros, Callcenter, die gesamte Innengastronomie, Fahrerkabinen bei Berufskraftfahrern und -fahrerinnen, kleinere Werkstätten oder auch Messwarten mit Blick auf das Bedienpersonal.

Einige dieser Beispiele sind zum Zeitpunkt der Ersterstellung dieser Handlungsempfehlung durchaus noch aktuell, so ist in einigen Bundesländern in speziellen Gaststätten, in Nebenräumen von Gaststätten oder auch in Spielcasinos das Rauchen noch erlaubt. Andere Berufe, bei denen früher am Arbeitsplatz geraucht werden durfte, fallen heute möglicherweise in die Gruppe mit Exposition gegenüber Tabakrauch in speziellen Räumen.

Es ist auch nicht auszuschließen, dass zum Beispiel das Bedienpersonal in Spezialräumen wie Messwarten über eine Arbeitsschicht länger einer Einwirkung gegenüber Tabakrauch ausgesetzt war beziehungsweise noch ist, weil diese Räume als Raucherraum zweckentfremdet wurden oder immer noch werden.

Beispiele

In der Handlungsempfehlung sind 25 Beispiele zur Expositionsabschätzung ausführlich dargestellt. Vor allem wurden für die wohl am häufigsten betroffenen Arbeitsplätze im Büro- und Gastronomiebereich die wichtigsten Szenarien unter Anwendung der Vorgaben des ÄSVB exemplarisch berechnet. Der kritische Wert der intensiven Exposition von 50 µg/m³ wird nur in Einzelfällen bei Diskotheken überschritten.^[12]

Für andere Bereiche erhält man aber durchaus Ergebnisse in einer Größenordnung, dass schon bei kleineren Änderungen in den Grundannahmen, wie zum Beispiel einer geringeren Raumgröße, einer schlechteren Belüftung oder einer größeren Anzahl

von gerauchten Zigaretten, diese Grenze durchaus überschritten werden kann.

Neben den oben genannten Arbeitsplätzen wurden auch Sonderfälle wie zum Beispiel Pausenräume betrachtet. In Pausenräumen kann es zwar kurzzeitig zu sehr hohen Nikotinkonzentrationen kommen, letztendlich führt aber die kurze Aufenthaltsdauer dazu, dass bezogen auf die Schicht keinesfalls eine intensive Exposition resultiert.

Etwas anders stellt sich die Situation zum Beispiel in Messwarten oder Meisterbüros dar, hier können, falls eine höhere Grundlast vorliegt, die „Zigaretten zwischen-durch“ von Kolleginnen und Kollegen die Gesamtlast für das nicht rauchende Bedienpersonal in den Bereich der intensiven Exposition verschieben.

Im Verkehrswesen sind die Raumvolumina etwa im Vergleich zu Büroräumen in der Regel sehr klein. Eine Fahrerkabine in Lastkraftwagen oder Transportern oder die Brücke eines Schiffes haben nur wenige Kubikmeter Volumen, damit ist der Bilanzraum sehr klein und trotz in der Regel recht hoher Luftwechselzahlen

in diesen Fahrzeugen können durchaus beachtenswerte Nikotinkonzentrationen resultieren.

BK-Software

Im Fall der Exposition gegenüber Tabakrauch in der Raumluft werden einerseits Informationen aus der Arbeitshistorie der Versicherten benötigt, die gegebenenfalls nur eingeschränkt ermittelbar sein können. Dazu gehören zum Beispiel die Anzahl der rauchenden Personen im Arbeitsbereich, die Lüftungssituationen vor Ort, die Größe der mit Tabakrauch exponierten Arbeitsräume, die Expositionszeit je Schicht. Andererseits fließen rauchspezifische Parameter aus der Wissenschaftlichen Begründung der Berufskrankheit „Lungenkrebs durch Passivrauchen“ ein. Dazu gehören die Nikotinemission je Zigarette, der Depositionsfaktor und die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro rauchender Person und Stunde. Wenn möglich sollte die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro rauchender Person und Stunde für den Einzelfall angepasst werden, schließlich handelt es sich dabei um die Zahl, die das Endergebnis der Berechnung bei Weitem am stärksten beein-

flusst. Der ÄSVB ist zwar von einer stark rauchenden Person als „Quelle“ ausgegangen, aber da ist die reale Bandbreite viel größer.

Um die Unfallversicherungsträger bei der Abschätzung der Einwirkung durch Tabakrauch in jedem individuellen Fall zu unterstützen, hat das IFA in der BK-Anamnese-Software im Programmteil Gefahrstoffe ein Modul zur Berechnung der kumulativen Nikotinexposition bei einer Exposition gegenüber Tabakrauch am Arbeitsplatz (Passivrauchen) erarbeitet. Dieses Modul wird mit dem nächsten Softwareupdate verfügbar sein. ↩

Fußnoten

- [1] <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/lungenkrebs/risikofaktoren.php> (abgerufen am 14.12.2020)
- [2] Hammond, S. K.: Evaluating Exposure to Environmental Tobacco Smoke, in: Sampling and Analysis of Airborne Pollutants, Hrsg.: Winegar, E. D., Keith, L. H., Lewis Publishers, Boca Raton, 1993
- [3] Schutz der Familie vor Tabakrauch. In: Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 14, DKFZ 2010
- [4] Hüner, H. et al.: Längsschnittstudie der BGN zur Tabakrauchbelastung in der Gastronomie – Ergebnisse des Biomonitorings von Nikotin und Cotinin. 17. Erfurter Tage 2010
- [5] Breuer et al.: Passivrauchbelastung in der Gastronomie – Messungen von Nikotin und Acrylnitril in der Luft in gastronomischen Betrieben. Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft 69 (2009), S. 411–416
- [6] Bolte, G., Heitmann, D., Kiranoglu, M.,

- Schierl, R., Diemer, J., Koerner, W., Fromme, H.: Exposure to environmental tobacco smoke in German restaurants, pubs and discotheques. J. Expo. Sci. Environm. Epidemiol. 18 (2007) Nr. 3, S. 262–271
- [7] Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) ist ein internes, weisungsunabhängiges Beratungsgremium, das das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in medizinisch-wissenschaftlichen Fragen bei seiner Entscheidungsfindung unterstützt (weitere Informationen unter: <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/der-aerztliche-sachverstaendigenbeirat-berufskrankheiten.html>; abgerufen am 14.12.2020)
- [8] Wissenschaftliche Begründung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“, Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 23.03.2019, GMBL. 11.07.2019, S. 399–411
- [9] Redaktionelle Berichtigung der Empfehlung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates

- „Berufskrankheiten“ – Lungenkrebs durch Passivrauchen bei Nierauchern, Bekanntmachung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 01.11.2019, GMBL. 04.12.2019, 64, S. 1294
- [10] Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2006, ISBN 3-89606-161-5
- [11] Handlungsempfehlung „Passivrauchen“ – Zur Ermittlung und Beurteilung von arbeitsbedingten Einwirkungen im Sinne einer Erkrankung nach § 9 Absatz 2 SGB VII Lungenkrebs durch Passivrauchen bei Nierauchenden, <https://publikationen.dguv.de/DgUVWebcode?query=p021588> (abgerufen am 14.12.2020)
- [12] Vgl. Tabelle 1 in: Bundes-Gesundheitssurvey: Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Herausgeber: Robert Koch-Institut, Berlin 2006, ISBN 3-89606-161-5

Neues zu asbestbedingten Berufskrankheiten: Update der AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“

Key Facts

- Die überarbeitete AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten“ wurde im November 2020 veröffentlicht
- Daran soll sich im ersten Quartal 2021 die Überarbeitung der „Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung“ anschließen
- Das Update der Leitlinie gibt unter anderem Hinweise zur sogenannten Asbestos Airways Disease, zur Anwendung der neuen GLI-Sollwerte, zu Aspekten der akuten medizinischen Versorgung und zur Rehabilitation, zur neuen Berufskrankheit „Eierstockkrebs“ (BK-Nr. 4104) und zu den erweiterten Vorsorgeangeboten der DGUV zur Früherkennung von Lungenkrebs und malignen Mesotheliomen

Autorin und Autoren

- ➔ **Melanie Duell**
- ➔ **Prof. Dr. Thomas Kraus**
- ➔ **Prof. Dr. Helmut Teschler**

Begutachtungsempfehlungen der DGUV und wissenschaftliche Leitlinien nach AWMF-Schema zu Berufskrankheiten werden in einem gemeinsamen Prozess entwickelt und überarbeitet. Der Beitrag gibt einen Überblick über die wesentlichen Neuerungen und Änderungen der aktualisierten Asbest-Leitlinie.

Einführung

Um eine sach- und fachgerechte ärztliche Begutachtung von Berufskrankheiten auf der Basis des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes zu gewährleisten, erstellt und überarbeitet die DGUV in regelmäßigen Abständen Begutachtungsempfehlungen.

Zur Erarbeitung von Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen hatte die DGUV 2009 in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) und der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) die „Gemeinsame Empfehlung bei der Ent-

wicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten“^[1] veröffentlicht. Danach sind in einem ersten Schritt die relevanten medizinischen Aspekte der Berufskrankheit zu klären. Dies erfolgt, soweit geboten, in Form einer medizinischen Leitlinie nach AWMF-Standard^[2]. Verantwortlich für die Erstellung der Leitlinie sind die organbezugsweise krankheitsspezifischen Fachgesellschaften unter Beteiligung der DGUV. Die unfallversicherungsrechtlichen Belange werden in einem zweiten Schritt in einer Begutachtungsempfehlung bearbeitet, die unter der Federführung der DGUV steht.

Ein bekanntes Beispiel für diese bewährte Vorgehensweise sind die AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung

asbestbedingter Berufskrankheiten“ und die „Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung“ (im Folgenden: Falkensteiner Empfehlung), die 2011 erstmals publiziert wurden.

Wegen der in der praktischen Anwendung von Leitlinie und Falkensteiner Empfehlung gewonnenen Erfahrungen in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten und des aktuellen medizinischen Erkenntnisstandes war es geboten, die Publikationen entsprechend anzupassen.

Wissenschaftliche Leitlinien

Wissenschaftliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten



Aufgrund der gewonnenen Erfahrungen in der Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten und des aktuellen medizinischen Erkenntnisstandes war es geboten, diese Publikationen auf den neuesten Stand zu bringen.“

zur Entscheidungsfindung bei bestimmten Krankheiten. Sie beruhen auf aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Diagnostik und Therapie sowie in der Praxis bewährten Verfahren und sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, aber auch ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigen.

Medizinische Leitlinien zur Begutachtung von Berufskrankheiten spiegeln den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Diagnostik, zur Feststellung von Funktionseinschränkungen und zur Beurteilung von Ursachenzusammenhängen zwischen Einwirkung und Erkrankung sowie zwischen Erkrankung und Funktionseinschränkungen.^[3] Der Grad der Wissenschaftlichkeit hängt vom gewählten Evidenzgrad beziehungsweise der Stufenklassifikation der Leitlinie ab.^[4] Leitlinien unterscheiden sich von anderen Quellen aufbereiteten Wissens (zum Beispiel Systematic Reviews) durch die Formulierung von klaren Handlungsempfehlungen, in die auch eine klinische Wertung der Aussagekraft und Anwendbarkeit von Studienergebnissen eingeht.^[5]

AWMF-S2k-Leitlinie „Diagnostik und Begutachtung asbestbedingter Erkrankungen“

Eine S2k-Leitlinie ist eine konsensbasierte Leitlinie („k“), die einen strukturierten, von der AWMF definierten Prozess der Konsensfindung durchlaufen hat.^[6]

Die Arbeiten am Update der Asbest-S2k-Leitlinie begannen 2016 unter Federfüh-

rung von DGAUM (Prof. Dr. med. Thomas Kraus, Aachen) und DGP (Prof. Dr. med. Helmut Teschler, Essen) und wurden im November 2020 abgeschlossen. Das Leitlinien-Update ist auf der AWMF-Homepage verfügbar^[7]. Anfang 2021 wurden die wesentlichen neuen Aspekte zudem unter Bezugnahme auf die Online-Publikation der Leitlinie in den medizinischen Fachzeitschriften „Pneumologie“ und „Arbeits- Sozial- und Umweltmedizin“ veröffentlicht.

Update 2020

Im Folgenden werden die wesentlichen Neuerungen und Anpassungen des Leitlinien-Updates zusammenfassend dargestellt.

Arbeitsanamnese

Der Verein Deutscher Ingenieure (VDI) hatte 2015 eine Publikation zu asbesthaltigen Putzen, Spachtelmassen und Fliesenklebern veröffentlicht.^[8] Obwohl die Asbestgehalte in Spachtelmassen und Klebern in der Regel gering sind, können bei ihrer Verarbeitung sowohl beim Erstgewerk als auch bei Abbruch und Sanierung erhöhte Faserkonzentrationen freigesetzt werden. Diese möglichen Expositionen sollen bei Personen aus entsprechenden Berufen beziehungsweise Tätigkeiten und Gewerbebezügen nunmehr im Rahmen einer qualifizierten Arbeitsanamnese Berücksichtigung finden.

Schnittstelle zum erweiterten Vorsorgeangebot der DGUV

Der National Lung Screening Trial (NLST, USA 2011) hatte gezeigt, dass Personen mit

einem bestimmten Risikoprofil (Raucherstatus, Alter) für das Auftreten von Lungenkrebs von jährlichen Untersuchungen mittels hochauflösender Niedrigdosis-Volumen-Computertomographie (LD-HRCT) profitieren können. Die Ergebnisse des NLST veranlassten die DGUV 2012, ein entsprechendes Angebot zur erweiterten Vorsorge für Personen in der nachgehenden Vorsorge und solche mit einer bereits anerkannten BK-Nr. 4103 (Asbestose) nach Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) zu entwickeln.

Nach Etablierung des erweiterten Vorsorgeangebots in einem Pilotverfahren, das ab 2014 durchgeführt wurde, bietet die DGUV versicherten Personen mit einem bestimmten Risikoprofil über die GVS (nachgehende Vorsorge) beziehungsweise die Unfallversicherungsträger (Versicherte mit anerkannter BK-Nr. 4103) seit 2017 LD-HRCT-Untersuchungen zur Früherkennung von Lungenkrebskrankungen an (EVA-Lunge). Das Angebot erfolgt auf Grundlage von § 5 Abs. 3 Satz 2 der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) oder § 26 Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch VII (SGB). Details zu dem Angebot wurden zuletzt im „DGUV Forum“, Ausgabe 1/2020 vorgestellt.^[9] Auch weil der Auftrag zur Durchführung des erweiterten Vorsorgeangebots mit einer (Nach-) Begutachtung zeitlich gekoppelt sein kann, wurde das erweiterte Vorsorgeangebot jetzt in das Leitlinien-Update aufgenommen. Durch die Koppelung sollen insbesondere im Hinblick auf den Strahlenschutz Doppeluntersuchungen und unkoordinierte Untersuchungsangebote vermieden wer-



Eine weitere Neuerung in der Leitlinie ist die Berücksichtigung des Einsatzes von Biomarkern zur Früherkennung des malignen Mesothelioms (BK-Nr. 4105).“

den. Das erweiterte Vorsorgeangebot ersetzt keine (Nach-)Begutachtung.

Biomarker zur Früherkennung von Mesotheliomen

Eine weitere Neuerung in der Leitlinie ist die Berücksichtigung des Einsatzes von Biomarkern zur Früherkennung des malignen Mesothelioms (BK-Nr. 4105). Wissenschaftlich konnte gezeigt werden, dass die Biomarker Mesothelin und Calretinin etwa ein Jahr vor der klinischen Diagnose eines malignen Mesothelioms in prädiagnostischen Plasmaproben ansteigen.^[10] Diese Befunde wurden in einem Kollektiv mit anerkannter BK-Nr. 4103 erhoben. Unklar ist derzeit noch, inwieweit Versicherte von einer möglichen Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts profitieren können. Die Leitlinie empfiehlt daher den Einsatz von Biomarkern möglichst nur in Studien, in denen innerhalb von Hochrisikogruppen die Diagnosestadien und die Prognose von Personen mit Screening mit denjenigen von Personen ohne Screening verglichen werden.

Pathologie – Asbestos Airways Disease

Das Leitlinien-Update enthält weiterhin die ursprüngliche Definition der Asbestose nach CAP-NIOSH (College of American Pathologists-National Institute of Occupational Safety and Health). Gleichwohl wurde ein Aspekt einer neuen Definition, die auf der letzten Helsinki-Konferenz 2014 (Wolff et al., 2015)^[11] vorgestellt wurde und

von Roggli et al. stammt, übernommen: die sogenannte Asbestos Airways Disease, eine mit Asbestkörpern assoziierte, auf die Bronchioluswand beschränkte Fibrose ohne Beteiligung der Alveolarsepten. Eine histologisch gesicherte Asbestos Airways Disease kann lungenfunktionsanalytisch diagnostizierte asbestbedingte obstruktive Funktionseinschränkungen erklären. Nach den Maßgaben des Leitlinien-Updates stellt die Asbestos Airways Disease eine Form der frühen Asbestose dar.

Radiologie

Das Leitlinien-Update erläutert, dass nach einer walisischen Studie ein sogenanntes UIP-Muster (Usual-Interstitial-Pneumonia-Muster) im hochauflösenden Computertomogramm (HRCT) bei Personen mit gesicherter Asbestexposition eher selten zu beobachten ist und dass keine Dosisabhängigkeit zwischen UIP-Muster und Asbestbelastung ableitbar ist. Ein UIP-Muster kann daher nicht als charakteristisch für eine Asbestose angesehen werden. Dies hat zur Konsequenz, dass allein aus der Bildgebung keine eindeutige Asbestose abgeleitet werden kann. Computertomographisch eindeutige Fälle fibrosierender Lungenerkrankungen ohne den gleichzeitigen Nachweis einer asbestbedingten Erkrankung der Pleura können deshalb nicht eindeutig einer Asbestose zugeordnet werden. Sind gleichzeitig Pleuraplaques vorhanden, kann die Diagnose asbestbedingter Veränderungen des Lungengewebes aber hinreichend wahrscheinlich werden.

Klinische Beurteilung und Funktionsdiagnostik

Das Leitlinien-Update enthält eine ausführliche Darstellung zur Methodik der Lungenfunktion, insbesondere zur Bedeutung der Spirometrie inklusive Flussvolumenkurve, der Bodyplethysmographie, der Messung der Diffusionskapazität sowie der Ergometrie beziehungsweise Spiroergometrie. Spirometrische Untersuchungen sind zwar essentieller Bestandteil der Lungenfunktionsdiagnostik im Rahmen der Begutachtung, reichen im Regelfall aber nicht aus, da sie stark mit arbeitsabhängig und weniger sensitiv als die Ganzkörperplethysmographie (GKP) sind. Insbesondere bei der sogenannten Asbestos Airways Disease kommt der Flussvolumenkurve als sensitivem Indikator einer Flusslimitierung in den kleinen Atemwegen und der Ganzkörperplethysmographie als weitgehend mit arbeitsunabhängiger Methode ein hoher Stellenwert zu.

Des Weiteren wurden die neuen Referenzwerte der Global-Lung-Initiative (GLI), die die Grenzwerte der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl (EGKS) ersetzen, aus der Spirometrie-Leitlinie übernommen. Dabei sollen nicht nur isolierte Lungenfunktionsparameter für die Beurteilung herangezogen, sondern alle Lungenfunktionsuntersuchungen und -verfahren integrativ betrachtet werden.

Eine zentrale Rolle spielt die Bewertung aller Lungenfunktionsdaten (Spirometrie, Ganzkörperplethysmographie) im Verlauf.

Therapie maligner Mesotheliome – neue Ansätze

Key Facts

- Neue Therapieansätze und Biomarker zur Früherkennung haben die Optionen erweitert, maligne Mesotheliome zu diagnostizieren und zu behandeln
- Gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft hat die DGUV die Etablierung von zertifizierten Mesotheliomzentren konzipiert
- In den Mesotheliomzentren sollen Sprechstunden etabliert werden, in denen betroffene Versicherte eine interdisziplinär ausgerichtete Beratung rund um Fragen der Diagnostik und Therapie maligner Mesotheliome erhalten

Autorin und Autoren

- ➔ **Melanie Duell**
- ➔ **Dr. Georg Johnen**
- ➔ **Dr. Thorsten Wiethage**

In den vergangenen Jahren wurden für Mesotheliome medizinische Behandlungen neu entwickelt oder optimiert, die im Zusammenspiel mit neuen Biomarkern wichtige Bausteine für die Früherkennung und moderne Behandlungskonzepte sein können. Der Beitrag beleuchtet den Status quo der Diagnostik und Therapie dieser Tumoren, die häufig Folge einer beruflichen Asbestexposition sind, und gibt einen Ausblick.

Einführung

Maligne Mesotheliome des Rippenfells, des Bauchfells, des Perikards und der Tunica vaginalis testis sind, gemessen an ihrem Auftreten in der Allgemeinbevölkerung, seltene Tumorerkrankungen. Trotz hoch entwickelter moderner Therapieansätze ist die Prognose bislang meist infaust.

Bei Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen können maligne Mesotheliome als Berufskrankheit nach Nummer 4105 (im Folgenden: BK-Nr. 4105) der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) anerkannt werden. Im Jahr 2019 wurden 827 Erkrankungen als BK-Nr. 4105 neu anerkannt. Fast 30 Jahre nach dem Asbestverwendungsverbot aus dem Jahr 1993 kommt der BK-Nr. 4105 damit weiterhin eine große Bedeutung innerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung zu.

DGUV-Fachgespräch „Mesotheliomtherapie“

Neue diagnostische Methoden, insbesondere die Verfügbarkeit von Biomarkern für

die Früherkennung maligner Mesotheliome, neue medikamentöse Therapieansätze, aber auch das Fehlen einer aktuellen deutschsprachigen Mesotheliom-Leitlinie waren für die DGUV Anlass, den Status quo der Therapie maligner Mesotheliome in einem Kreis von Fachleuten zu erörtern. Dazu veranstaltete sie in Zusammenarbeit mit der Universitätsmedizin Essen – Ruhrlandklinik am 16. November 2019 in Bochum das DGUV-Fachgespräch „Mesotheliomtherapie“.

Ziel war, den Status quo bei Therapien des malignen Mesothelioms herauszuarbeiten sowie den medizinisch-wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch zum Thema anzustoßen und zu fördern. Entsprechend richtete sich die Veranstaltung vorrangig an Ärztinnen und Ärzte, die mit der Therapie des malignen Mesothelioms befasst sind, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger der Unfallversicherungsträger sowie an beratende Ärztinnen und Ärzte. Rund 90 Expertinnen und Experten, je etwa zur Hälfte aus den Bereichen Medizin und Unfallversicherung, nahmen an der Veranstaltung teil.

Bedeutung von Biomarkern

Sowohl für die Diagnostik als auch die Therapie von Mesotheliomen ist zukünftig von grundlegender Bedeutung, dass sich durch die vielversprechenden neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Früherkennung von Mesotheliomen mittels Biomarkern neue Ansätze ergeben. Die Kombination der Biomarker Calretinin und Mesothelin ermöglicht, Tumoren bis zu einem Jahr vor ihrer klinischen Manifestation zu detektieren. In der „MoMar“-Studie konnte das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA) damit erstmals die Möglichkeit der Früherkennung maligner Mesotheliome durch Biomarker in einer Hochrisikogruppe aufzeigen. Dies bedeutet in der Konsequenz auch, dass infolge des vorverlegten Diagnosezeitpunkts mutmaßlich früher als bisher mit der Therapie begonnen werden kann. Zugleich könnten Tumoren in noch frühen Entwicklungsstadien entdeckt werden, was die Behandlungsoptionen erweitert und die Langzeitprognose günstig beeinflussen kann.

Die Kombination aus Früherkennung, einem optimierten, vereinheitlichten Therapieangebot und der Berücksichtigung neuester Therapieansätze könnte die Basis bilden, um die Prognosen für die Erkrankten zukünftig zu verbessern.

Mesotheliomtherapie – State of the Art

Mesotheliome werden bisher meist erst entdeckt, wenn die Tumorentwicklung schon weit fortgeschritten ist und sich die betroffene Person in einem entsprechend schlechten Allgemeinzustand befindet. Dadurch können nur relativ wenige Patientinnen und Patienten einer kurativen Operation zugeführt werden. In der Regel kommen Chemo- und Strahlentherapie entweder in Kombination mit einer Operation zur Anwendung (multimodaler Ansatz) oder vorwiegend palliativ, wenn eine Operation nicht möglich ist.

Seit sich im Jahr 2003 die Kombination der Chemotherapeutika Pemetrexed/Cisplatin erstmals als wirksam erwiesen und sich daraufhin als Standard der Chemotherapie beim Mesotheliom entwickelt hat, schien es trotz zahlreicher Anstrengungen für lange Zeit keine neuen Durchbrüche in der Behandlung maligner Mesotheliome zu geben. Erst in den vergangenen Jahren konnten moderate Verbesserungen durch den zusätzlichen Einsatz von sogenannten Tyrosinkinase-Inhibitoren oder Hemmern der Blutgefäßneubildung wie Bevacizumab erreicht werden.

Radikale chirurgische Eingriffe wie die extrapleurale Pneumonektomie (EPP) werden heutzutage nur noch selten durchgeführt, da hier der betroffene Lungenflügel und die betroffenen Pleuraanteile, meist auch Herzbeutel und Zwerchfell, komplett entfernt werden. Meist erfolgt eine besser verträgliche Pleurektomie-Dekortikation (P/D) oder die erweiterte P/D (EPD). In Kombination mit einer lokalen Chemotherapie (HITHOC, Hyperthermie intrathorakale Chemotherapie) konnten in den vergangenen Jahren einige Erfolge erzielt werden.

Die vielversprechendsten neuen Ansätze ergeben sich bei der Immuntherapie, die sowohl in späten Stadien beziehungsweise vorbehandelten Tumoren eingesetzt wird als auch vor Kurzem als Erstlinientherapie zugelassen wurde. Neben den zahlreichen Ansätzen, die sich hinter dem Begriff Immuntherapie verbergen, sind vor allem die sogenannten Immun-Checkpoint-Inhibitoren (ICI) am weitesten entwickelt. Diese können auch mit anderen Therapien wie zum Beispiel der Chemotherapie kombiniert werden.

Da oft nur bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten von den diversen neuen Behandlungsmethoden profitieren, sind auch hier Biomarker wichtig. Biomarker werden in diesen Fällen als Verlaufskontrollen und als prädiktive Marker eingesetzt, um Erkrankte zielgerichteter zu behandeln und ihnen weniger zielführende oder unnötige Behandlungen zu ersparen.

Erwartungen aus der Praxis

Sowohl vonseiten der Unfallversicherungsträger als auch aus Sicht der betroffenen Versicherten besteht die Erwartung, dass die neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zeitnah qualitätsgesichert in die Praxis umgesetzt werden. Dies betrifft insbesondere die Therapieoptionen, die sich aus der infolge der Biomarkerdiagnostik nun frühzeitiger möglichen Diagnose in früheren Entwicklungsstadien der Tumoren ergeben können.

Im Fokus steht dabei auch die Beratung Betroffener zu geeigneten Therapieoptionen. Von der Diagnose „Mesotheliom“ Betroffene erwarten eine umfassende und qualifizierte Beratung und die bestmögliche Therapie. Entsprechende Angebote sollten durch spezialisierte klinische Zentren mit besonderer Expertise in der Behandlung maligner Mesotheliome erfolgen; idealerweise bereits ab dem Anfangsverdacht auf eine mögliche Mesotheliomerkrankung.


In diesem Zusammenhang wird von den Unfallversicherungsträgern in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krebsgesellschaft

(DKG) geprüft, ob sogenannte Mesotheliomzentren etabliert werden können, die von Betroffenen und Unfallversicherungsträgern gleichermaßen als fachkompetente Beratungsstellen in allen Belangen der Mesotheliomtherapie genutzt werden könnten. Darüber hinaus besteht die Notwendigkeit der verbesserten und zielgerichteten Erfassung relevanter Daten als Grundlage für die wissenschaftliche Forschung zur Therapie maligner Mesotheliome.

Ausblick

Auch als ein Ergebnis des DGUV-Fachgesprächs „Mesotheliomtherapie“ wurde von den Unfallversicherungsträgern die Projektgruppe „Mesotheliomtherapie“ eingerichtet. Ihre Aufgabe: die Möglichkeiten der praktischen Umsetzung der neuen Erkenntnisse im Bereich der Diagnostik und Therapie in die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherung zu prüfen.

Die Gruppe erarbeitet in Zusammenarbeit mit der DKG Kriterien für die weitergehende Zertifizierung geeigneter Lungenkrebszentren als zertifizierte Mesotheliomzentren. In den Zentren sollen unter anderem sogenannte Mesotheliomsprechstunden etabliert werden, die betroffenen Versicherten eine interdisziplinär ausgerichtete Beratung rund um Fragen der Diagnostik und Therapie maligner Mesotheliome bieten. Nach aktuellem Stand können die Zertifizierungen der Zentren voraussichtlich bereits 2021 beginnen.

Ein weiterer Schwerpunkt der Projektgruppe ist die zeitnahe praktische Umsetzung des Biomarkerangebots zur Früherkennung von Mesotheliomerkrankungen durch die Unfallversicherungsträger mit entsprechender wissenschaftlicher Begleitung durch das IPA. 

Hoffnung auf 2021 – Zurück zur Normalität?

Autorin

→ Ilka Wölfle

Foto: Adobe Stock/somartin



Portugal hat am 1. Januar 2021 von Deutschland die Ratspräsidentschaft der Europäischen Union (EU) für die kommenden sechs Monate übernommen – und damit auch die großen Herausforderungen, vor denen die EU steht. Corona bleibt ein zentrales Thema auf europäischer Ebene und wird auch die Arbeit der Portugiesinnen und Portugiesen im Rat prägen.

Wird dieses Jahr wieder alles wie früher? Diese Hoffnung haben zahlreiche Bürgerinnen und Bürger in der EU. Klar dürfte aber sein, dass bis dahin noch Monate vergehen werden. Solange in der EU keine umfassende Immunisierung gegen COVID-19 besteht, ist an eine Normalität nicht zu denken. Portugal möchte deswegen auch die europäische Impfkampagne weiter vorantreiben. Sie beruht auf zwei Säulen: einer ausreichenden Versorgung der Mitgliedstaaten durch die Sicherstellung der Produktion von Impfstoffen in der EU sowie einer Anpassung des Rechtsrahmens, wenn es um die Zulassung der Impfstoffe geht. Um der Dringlichkeit Rechnung zu tragen, soll das beschleunigte Zulassungsverfahren genutzt sowie Kennzeichnungs- und Verpackungsvorschriften flexibel gehandhabt werden.

Mittlerweile sind drei Impfstoffe in Europa auf dem Markt. Weitere werden folgen. So

wird das Ende der Gefahren und der Einschränkungen durch COVID-19 – trotz aller Unwägbarkeiten – etwas greifbarer.

Die anhaltende Pandemie ist aber nicht das einzige Thema, das Portugal in den nächsten sechs Monaten begleiten wird. Neben der wirtschaftlichen Erholung Europas, dem Klimaschutz und der Digitalisierung wird auch die Sozialpolitik ein Schwerpunkt sein. Die Pandemie mit ihren sozialen und wirtschaftlichen Folgen hat die Bedeutung der sozialen Sicherung hervorgehoben. Das Ende 2020 beschlossene Corona-Hilfspaket mit einem Gesamtvolumen von 1,8 Billionen Euro muss zügig verteilt werden, um die Mitgliedstaaten beim wirtschaftlichen und sozialen Aufbau zu unterstützen. Portugal wird hier die Umsetzung beaufsichtigen müssen, damit die Gelder nur für den Wiederaufbau und nicht für länderspezifische Projekte, die nicht durch die Krise ausgelöst wurden, verwendet werden.

Wie schnell es gehen kann, arbeitslos zu werden, kein oder nur ein geringes Einkommen zu haben oder gar lange krank zu sein und nicht mehr aktiv am Alltags- und Berufsleben teilnehmen zu können, hat diese Pandemie klar gezeigt. Unabhängig von Geschlecht, Ausbildung oder Alter hat die Pandemie bei vielen Menschen in ganz Europa Existenzängste hervorgeufen. Daher braucht es rasch Lösungen der Politik, um die Sozialsysteme weiter zu stärken, damit niemand zurückgelassen wird. Die Europäische Kommission wird Mitte Februar einen Aktionsplan zur Umsetzung der Säule sozialer Rechte veröffentlichen. Dieser soll unter anderem die Lehren aus der COVID-19-Pandemie ziehen und darauf abzielen, den sozialen

”

Solange in der EU keine umfassende Immunisierung gegen COVID-19 besteht, ist an eine Normalität nicht zu denken.“

Schutz zu verbessern. Er soll im Mai auf dem Sozialgipfel in Porto von den Staats- und Regierungschefs und -chefinnen verabschiedet werden. Wesentliche Themen aus den Bereichen Beschäftigung, Qualifikation und Sozialschutz, Zukunft der Arbeit, menschenwürdige Arbeit und angemessene Mindestlöhne sollen auch mit Blick auf einen Ausgleich zwischen den Generationen diskutiert werden.

Darüber hinaus möchte Portugal weitere Akzente setzen. So zum Beispiel der Kampf gegen den Krebs. Der bereits für das vergangene Jahr angekündigte europäische Plan zur Krebsbekämpfung ist jetzt für 2021 geplant und bleibt ein wichtiges Unterfangen – auch für die deutsche Sozialversicherung.

Auch die Digitalisierung soll vorangetrieben werden, so zum Beispiel im Bereich der Verwaltung. Hier soll die Kommunikation zwischen Bürgerschaft und Behörden einfacher werden. Gerade in der Corona-Krise hat sich gezeigt, wie wichtig das ist. ☞

Arbeitsschutz als Unternehmerpflicht trotz Unterstützung und Beratung durch die Prävention der Unfallversicherungsträger



Urteil des OLG Oldenburg vom 18.11.2020, Az. 4 U 31/19

Autor

➔ Dr. Jerom Konradi

Grob fahrlässige Verursachung eines Unfalls an einer Maschine mit der Folge eines Regresses gemäß §§ 110, 111 SGB VII.

Die Präventionsabteilungen der Unfallversicherer beraten und unterstützen die Unternehmen beim Arbeitsschutz. Dazu werden die Betriebe besucht und es werden Tipps und Anregungen zum Arbeitsschutz gegeben. Ereignet sich gleichwohl ein Arbeitsunfall wegen Nichtbeachtung von Arbeitssicherheitsbestimmungen und begehrt der Unfallversicherungsträger sodann von den Unternehmen gemäß den §§ 110, 111 Sozialgesetzbuch (SGB) VII Aufwendungsersatz, wenden diese sich immer häufiger mit folgenden Argumenten gegen ihre Inanspruchnahme: Die Präventionsmitarbeitenden der Unfallversicherungsträger hätten die später unfallursächliche Maschine vor dem Arbeitsunfall tatsächlich gesehen und nicht beanstandet oder sie hätten diese Maschine bei ihrem Betriebsrundgang sehen müssen. Wenn dann keine Beratung seitens der Präventionsmitarbeitenden dahingehend erfolgt sei, die Arbeitssicherheitsmängel zu beheben, sei ein Regress gemäß den §§ 110, 111 SGB VII nach Eintritt eines Unfalls ausgeschlossen.

Zunächst das Landgericht und sodann das Oberlandesgericht Oldenburg hatten sich mit einer solchen Argumentation der Arbeitgeberin, des Geschäftsführers und des Betriebsleiters auseinanderzusetzen.

Worum ging es genau? Das in Anspruch genommene Unternehmen hatte eine Walze selbst hergestellt und komplett ohne Sicherheitseinrichtungen betrieben. Ein Tätiger geriet bei dem Betrieb der Walze mit dem linken Arm zwischen die noch nicht mit Schutzvorrichtungen versehenen Walzen, wodurch er eine Amputation erlitt. Er ist zu 40 Prozent erwerbsgemindert.

Sowohl das Landgericht als auch das Oberlandesgericht haben dem klagenden Unfallversicherer einen Aufwendungsersatzanspruch gemäß den §§ 110, 111 SGB VII zugesprochen. Das Oberlandesgericht führte zur Thematik der vermeintlichen Mitverursachung durch die Prävention des Unfallversicherers aus: „Ebenfalls zu Recht ist das Landgericht davon ausgegangen, dass die Beklagten im Hinblick auf die eklatanten Verstöße gegen grundlegenden elementare Sicherheitsvorschriften der Vorwurf grober Fahr-

lässigkeit auch in subjektiver Hinsicht trifft. Die Beklagten dringen nicht mit ihrem Einwand durch, ihnen sei jedenfalls deshalb keine subjektive grobe Fahrlässigkeit vorzuwerfen, weil die von ihnen vorgenommenen Absicherungen bei früheren Untersuchungen durch Mitarbeiter der BG für ausreichend erachtet worden seien. Denn den Beklagten ist schon nicht der Beweis ihrer Behauptung gelungen, dass die Profilwalze vor dem Unfallgeschehen teilweise mehrmals jährlich von Mitarbeitern der BG besichtigt worden sei, ohne dass deren Sicherheit bemängelt worden sei.

Zur Überzeugung des Senats wäre zudem selbst dann von einem groben subjektiven Verstoß der Beklagten gegen ihre Sorgfaltspflichten auszugehen, wenn anlässlich früherer Besichtigungen durch Mitarbeiter der BG keine Beanstandungen gegen die Sicherheit der Profilwalze erhoben worden wären. Denn der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat ausdrücklich erläutert, dass die von den Beklagten vollständig außer Acht gelassenen Unfallverhütungsvorschriften elementare Sicherungspflichten zum Gegenstand hatten und die von den Beklagten vorgetragene Absicherungsmaßnahmen so wirkungslos gewesen seien, dass faktisch überhaupt kein Gefahrenschutz bestanden habe. In einem solchen Falle können sich die nach §§ 110, 104 ff. SGB VII haftungsprivilegierten Personen indes nicht mit Erfolg zu ihrer Entlastung darauf berufen, sie seien davon ausgegangen, dass ein etwaiger Regelverstoß nicht besonders schwer sei, weil er bei früheren Begehungen durch die Berufsgenossenschaft nicht gerügt worden sei (so auch OLG Düsseldorf, Urteil vom 24.09.2003, I-15 U 188/02, Versicherungsrecht 2004, 65–68).“

Dieser Argumentation ist voll zuzustimmen. Unternehmerinnen und Unternehmer haben sich die Kenntnisse der erforderlichen Arbeitssicherheitsbestimmungen zu verschaffen, wenn sie sie nicht ohnehin besitzen (BGH, Urteil vom 18.02.2014, VI ZR 51/13). Ignorieren oder umgehen sie diese Pflicht und ereignet sich deswegen ein Arbeitsunfall, kann ein Regress gemäß den §§ 110, 111 SGB VII nicht dadurch abgewendet werden, dass die eigene Verantwortung auf die Prävention der Unfallversicherer überwältigt wird. ↩

Wechsel der Geschäftsführung an der BG Klinik Hamburg

Dr. Harald Müller hat zum 1. Februar die Nachfolge von Dr. Hubert Erhard innerhalb der Geschäftsführung der BG Klinikum Hamburg gGmbH übernommen.

Foto: Privat



Dr. Harald Müller ist seit Anfang Februar Geschäftsführer der BG Klinikum Hamburg gGmbH

Müller verfügt über eine langjährige Erfahrung in Führungspositionen im Krankenhausbereich. Er ist seit fast zehn Jahren für das Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg tätig, zuletzt als kaufmännischer Zentrumsleiter. Das BG Klinikum Hamburg wird er gemeinsam mit Christian Dreißigacker leiten, der mit Ende des vergangenen Jahres nach zwei Jahren den Vorsitz der Geschäftsführung der BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH abgegeben und diese Funktion zum Jahreswechsel am Standort Hamburg übernommen hat. Daneben wird Dreißigacker weiterhin als Vorsitzender der Geschäftsführung der BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH und der Unfallbehandlungsstelle (UBS) Berlin gGmbH fungieren. Dr. Erhard wird in die Holding des Konzerns nach Berlin wechseln.

Marcus Fritz ist neuer Pflegedirektor im Bergmannsheil

Marcus Fritz ist neuer Pflegedirektor des BG Universitätsklinikums Bergmannsheil. Der 51-jährige hatte bereits seit Mai 2019 die kommissarische Leitung des Pflegedienstes im Bergmannsheil inne. Jetzt wurde

Foto: M. Katwey/Bergmannsheil



Marcus Fritz ist neuer Pflegedirektor des BG Universitätsklinikums Bergmannsheil

seine kommissarische Funktion in einen dauerhaften Status überführt. Marcus Fritz verantwortet somit ein Team von rund 600 Beschäftigten, die den Pflege- und Funktionsdienst im Bergmannsheil sicherstellen.

Begonnen hatte die berufliche Laufbahn von Marcus Fritz zunächst als Energieanlagenelektroniker. Später wechselte er in den Pflegeberuf, absolvierte die Ausbildung und arbeitete viele Jahre auf einer interdisziplinären Intensivstation. Berufsbegleitend absolvierte er ein Studium im Pflegemanagement an der Hochschule Osnabrück. Danach wurde er Standortleiter des Pflegedienstes in einem Krankenhaus in Hattingen. Im Februar 2017 wechselte er zum Bergmannsheil nach Bochum und wurde Stellvertreter des damaligen Pflegedirektors, Peter Fels. Nach seiner zunächst kommissarischen Berufung zum Pflegedirektor wurde Marcus Fritz im Dezember 2020 dauerhaft zum Pflegedirektor bestellt.

Anke Steinmetz ist neue Stiftungsprofessorin

Anke Steinmetz ist neue Professorin für Physikalische und Rehabilitative Medizin der Unimedizin Greifswald. Sie hat eine neugeschaffene Stiftungsprofessur inne und arbeitet in der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Wiederherstellungschirurgie und Rehabilitative Medizin. Vorher war sie fünf Jahre Chefärztin der Konservativen Orthopädie und des Muskuloskeletalen Zentrums der Loreley-Kliniken in St. Goar-Oberwesel. Die Stiftungsprofessur wurde von der DGUV eingerichtet.

Anke Steinmetz ist Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Diesen Bereich wird sie an der Unimedizin stärken, zumal es bundesweit nur zwei weitere Professuren in diesem Feld gibt. Das Fachgebiet umfasst neben der Rehabilitation die Diagnostik und Behandlung von Struktur- und Funktionsstörungen insbesondere des Bewegungssystems. Entsprechend verfügt Anke Steinmetz über zahlreiche Zusatzqualifikationen, die von Manueller Medizin über Osteopathie und Akupunktur bis zur Speziellen Schmerztherapie reichen.

Die Stiftungsprofessur ist nach dem Rehabilitationsmediziner Kurt-Alphons Jochheim benannt, der als Begründer der integrierten medizinisch-beruflich-sozialen Rehabilitation gilt.

Foto: Unimedizin Greifswald



Anke Steinmetz ist neue Professorin für Physikalische und Rehabilitative Medizin der Unimedizin Greifswald