

Gewerkschaftliches Selbstverwaltungs-Desaster

Der nach 2016 erneute Anstieg der Zahlen der Berufskrankheiten(BK)-Todesfallopfer in 2017 (N = 2.609 Tote) auf den höchsten Stand seit 2009 war bei der ersten gemeinsamen Tagung des Deutschen Sozialgerichtstags e. V. und des Deutschen Sozialrechtsverbands e. V. am 5.4.2019 im BSG in Kassel kein Thema, obwohl in der Einladung von „Einzelfallgerechtigkeit versus Gemeinwohlinteresse?“ die Rede war.

1 SOZIALPOLITISCHER HINTERGRUND

Nicht nur der für die Gesetzliche (Berufskrankheiten- und Unfallversicherung (SGB VII) und die Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) zuständige Leiter der Abteilung IV (Sozialrecht und Alterssicherung) des BMAS, sondern auch der Präsident des BSG als ehemaliger Leiter der BMAS-Abteilung III (Arbeitsrecht und Arbeitsschutz) mit den Zuständigkeiten für die (Berufskrankheiten-) „Prävention nach dem SGB VII“ sowie für die Arbeits- und Betriebsmedizin (Abtlg. III/III b 1) vermieden es, in ihren Vorträgen das offensichtliche Präventionsversagen der maßgeblichen Sozialversicherungsträger – deren Selbstverwaltung (§ 29 SGB IV) von Gewerkschaftsfunktionären mitgetragen wird – zu kommentieren.

Derzeit liegt die BK-Todesfallrate vierfach höher als bei Arbeitsunfällen (vgl. die Grafik auf S. 349) und es drängt sich die Frage auf, ob das in der Verfassung verankerte Sozialstaatsprinzip bei den Berufskrankheiten-Opfern noch zum Tragen kommt. Gerade die Ausgestaltung der sozialen Gerechtigkeit – als zentrale Zielsetzung des Sozialstaats – hängt allerdings entscheidend vom gesellschaftlichen Bewusstsein ab.

Die ubiquitäre Tabuisierung der BK-Thematik einschließlich Deutschem (Kassen-)Ärztblatt (Sprachrohr vor allem der KBV) und der Ausnahme, z. B. in Form von zwei aktuellen Beiträgen in der SZ (zuletzt Nr. 64, S. 37, 2019), dient offensichtlich der „Dethematisierung“ der Tatsache, dass Gewerkschaftsfunktionäre durch ihre Einflussnahme in den Einrichtungen der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger, in den Mitbestimmungsorganen der Unternehmen sowie auch vor Ort in den Betriebs- und Personalräten das berufsbedingte Versterben der eigenen Kollegen nicht verhindern können.

Erklären lässt sich deren Sonderbehandlung allerdings nur durch die Tatsache, dass ihre legale Stellung als Versicherertenvertreter in den Unfallversicherungs-Selbstverwaltungsorganen gleichzeitig eine fraglich grundgesetzwidrige Mitträgerschaft bezüglich der Unternehmerhaft-

pflcht-Versicherung i. S. d. § 104 SGB VII (Beschränkung der Haftung der Unternehmer) beinhaltet: „Die Unfallversicherung ist insofern eine Haftpflichtversicherung der Unternehmer“ (Freund/Goeke, Sozialgesetzbuch 7. Buch, Unfallversicherung, Bonn 2000,). Hinweis: Die Arbeitgeberhaftpflicht stellt sich als „Randgebiet für Zivilrechtler wie für Arbeitsrechtler“ dar (Münchener Rück, Die Haftung des Arbeitgebers, München 1993 – beide zitiert nach Müsch, Berufskrankheiten, WVG 2006, S. 6).

Diese „Nebenbeschäftigung“ der gewerkschaftlichen Funktionsträger als Selbstverwaltungsvertreter dient also hauptsächlich der zivilrechtlichen Entsorgung der Unternehmerschaft bzgl. ihrer Haftpflicht durch die sog. Berufsgenossenschaften, den Unternehmerhaftpflicht-Versicherungsträgern schlechthin! Für die ehrlichen Gewerkschaftsvertreter besteht also ein ernsthaftes Dilemma darin, sich für die Berufskrankheiten-Prävention (§ 1 SGB VII) bei den eigenen „Kumpels“ stark zu machen, dann jedoch bei den allzu häufigen Fällen des tödlichen Präventionsversagens den Unternehmer als Normadressat aller staatlicher Arbeitsschutzregelungen (!) vor zivilrechtlichen Schadensansprüchen zu bewahren (§ 104 SGB VII): „Gemeinwohl“ geht vor Einzelwohl?

An dieser Stelle erlaube ich mir noch eine Anmerkung aus Erfahrung der „68er-Generation“: Redakteure der kommunistischen L'Humanité (Paris) bezeichneten derartige Gewerkschaftsengagements als „Verrat an der Arbeiterklasse“!

Aus heutiger Sicht kann nur empfohlen werden, in der Schweiz nachzufragen, warum die Schweizerische Unfallversicherung Suva das Berufskrankheiten- und Unfallversicherungsgeschäft sauber von den Unternehmerhaftpflicht-Versicherungsaufgaben getrennt hat.

2 AMTLICHE DATENLAGE (BMAS)

Der gem. § 79 Abs. 3 SGB IV von BMAS und Bundesarbeitsminister Heil (SPD) als Herausgeber erstellte aktuelle statistische und finanzielle Bericht über „Die gesetzliche Unfallversicherung in der Bundesrepublik Deutsch-



land im Jahre 2017“ (Bonn, 2019) hat auch diesmal das für Berufskrankheiten zuständige Bundesministerium wiederum nicht zu einer sozialpolitischen „Einschätzung“ der Datenflut verleiten können.

Wie in den Vorjahren erfolgt hier zunächst eine Einordnung der hervorzuhebenden BK-Todesfalldaten in Form einer Grafik über die arbeitsbedingten Todesfälle insgesamt. Neben den o. g. 2.609 BK-Todesfällen starben im aktuellen Berichtsjahr 564 Versicherte durch Arbeitsunfälle und 286 durch Arbeitswegeunfälle, d. h. es gab insgesamt „nur“ 850 Unfalltote (Schaubild 2 des BMAS-Berichts, S. 35). Medial vollkommen ausgespart wird dabei allerdings die Tatsache, dass das Verhältnis BK-Todesfälle/Arbeitsunfall-Todesfälle sich in Zahlen wie folgt ausdrücken lässt: 4,6/1. BK-Todesfälle stellen also mit großem Abstand die weitaus häufigste arbeitsbedingte Todesursache in unserem Land dar.

Warum dieser Sachverhalt ausgerechnet im Deutschen Ärzteblatt nicht problematisiert wird, könnte sich durch die Tatsache erklären lassen, dass als maßgeblicher Mitherausgeber die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fungiert, die die Kassenzulassung von Arbeitsmedizinern erfolgreich unterdrückt – und das trotz der aktuellen Zahl von 42,5 Millionen (!) als „Vollarbeiter“ statistisch geführten Personen. Jedenfalls wird deren Krankenstand (hier: Berufskrankheiten) im Deutschen (Kassen-)Ärzteblatt nicht angemessen reflektiert. Der für die allgemeine arbeitsmedizinische Versorgung der Bevölkerung fehlende kassenärztliche Sicherstellungsauftrag fällt ressorttechnisch in den Bereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Demgegenüber existiert das eigenständige Referat Arbeitsmedizin – in Bestzeiten mit zwei renommierten und ausgesprochen BK-kundigen (!) Fachärzten besetzt – beim BMAS auch nicht mehr, und als Kontrast zu den betrieblichen Polikliniken in der DDR wurde der „Hausarzt im Betrieb“ schon durch das ASiG vom damaligen „Ingenieurbüro“ im BMAS frühzeitig ausgebremst.

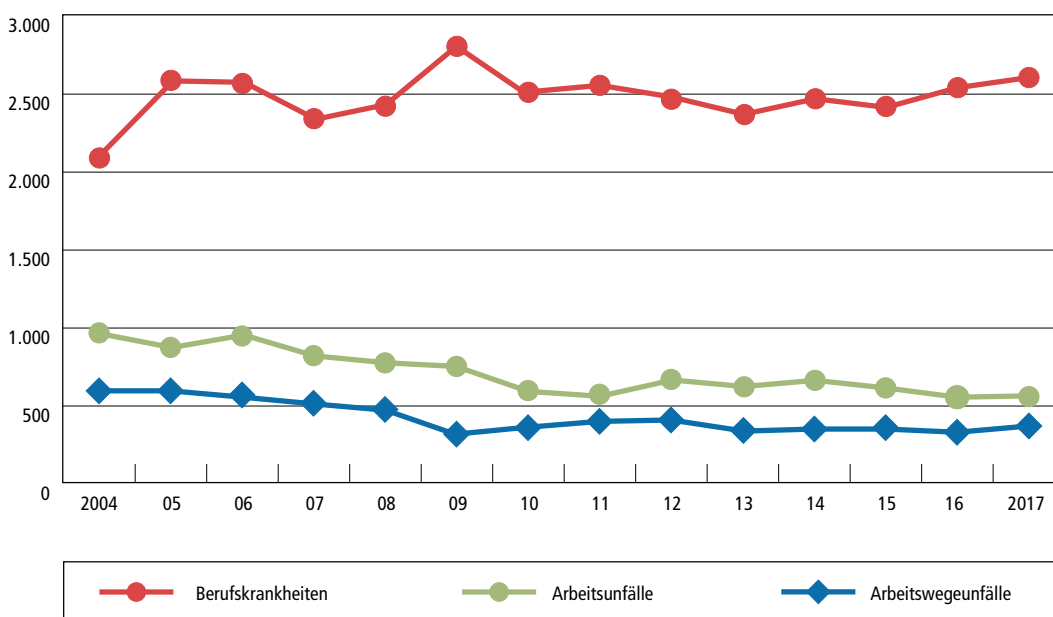
Honi soit qui mal y pense: Da es sich bei Berufskrankheiten grundsätzlich um präventable Krankheitsbilder handelt, könnte deren Unterdrückung den Kassenärzten erhebliche finanzielle Sorgen bereiten ...

Die „Tabelle 5 – Berufskrankheiten nach Krankheitsarten“ (S. 46 – 47 des BMAS-Berichts) liefert i. S. d. sog. Berufskrankheiten-Liste (Anlage 1 BKV) die Daten der tabellarischen Übersicht, die sich dem geneigten Leser weitestgehend zwanglos erschließen sollten. Weitergehende Hinweise, bspw. zum Kausalnexus zwischen den Tatbestandsmerkmalen „Einwirkung“ und „Krankheit“, sucht man leider auch im diesjährigen Jahresbericht des „Berufskrankheiten“-Bundesministeriums (BMAS) wieder vergeblich. Und das obwohl Berufskrebs weiterhin arbeitsbedingte Todesursache Nr. 1 ist und Todesfälle durch Berufsalergien langjährige Höchststände erreichen.

3 BEDENKLICHE ENTWICKLUNGEN

Die im vorjährigen Beitrag angekündigte exemplarische Beschäftigung mit den durch Asbest verursachten Berufskrankheiten ist erfreulicherweise bereits von den schon im letzten Jahr zitierten Autoren Christina Berndt und Johannes Ludwig teilweise vorweggenommen worden. Unter dem Titel „Tückisch“ (Süddeutsche Zeitung Nr. 64, S. 37, 2019) stellen sie im Untertitel fest: „Bis heute helfen manche Wissenschaftler die Probleme mit Asbest kleinzurechnen“. Dazu sind allerdings noch einige pneumologisch-arbeitsmedizinische Ergänzungen erforderlich: Ein im Asbest-BK-Verfahren entscheidendes Problem besteht darin, dass beim Tatbestandsmerkmal „Einwirkung“ Grenzwerte für Asbest-Feinstaub-Faserjahre bemüht werden, der Kehlkopf, die Luftröhre und die Bronchien aber den inhalierten asbesthaltigen Gesamtstaub ertragen müssen. Die künstlich ermittelte Fraktion mikroskopisch

GRAFIK – ARBEITSBEDINGTE TODESFÄLLE IM VERGLEICH



ÜBERSICHT – BERUFSKRANKHEITEN-TODESFÄLLE IN DEN JAHREN 2011 BIS 2017

BK-Nr.	BK-Kurzfassung	Anzahl der BK-Todesfälle pro Jahr						
		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	Chemische Einwirkungen	115	126	117	134	164	174	186
11	Metalle und Metalloide							
11 01	Erkrankungen durch Blei	1	0	0	2	1	0	0
11 03	Erkrankungen durch Chrom	11	5	4	9	8	6	12
11 04	Erkrankungen durch Cadmium	0	0	0	0	0	1	1
11 07	Erkrankungen durch Vanadium	1	0	0	0	0	0	0
11 08	Erkrankungen durch Arsen	1	2	3	3	1	0	1
11 10	Erkrankungen durch Beryllium	1	1	0	1	4	1	1
12	Erstickungsgase							
12 01	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	0	0	0	0	1	0	0
12 02	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff	0	1	0	1	0	1	0
13	Lösemittel, Pestizide u. Sonstige							
13 01	Harnwegsneubildung/aromatische Amine	33	27	22	33	26	30	48
13 02	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	6	2	4	6	6	7	1
13 03	Erkrankungen durch Benzol/-homologe, Styrol	7	16	15	6	7	9	5
13 06	Erkrankungen durch Methylalkohol	0	0	0	0	1	0	0
13 09	Erkrankungen durch Salpetersäureester	0	1	0	0	0	0	0
13 10	Erkrankungen durch halog. Alkyl-, Aryl-, Alkylaryloxide	3	2	2	2	1	1	0
13 15	Erkrankungen durch Isocyanate	0	1	2	3	3	0	0
13 17	Polyneuropathie/Enzephalopathie durch organische Lösemittel-/Gemische	0	0	0	0	0	1	0
13 18	Erkrankungen des Blutes/Lymph. Systems durch Benzol	51	68	65	68	105	117	117
2	Physikalische Einwirkungen	78	61	43	47	42	28	34
21 02	Meniskusschäden/mechanische Überbelastung	1	0	0	1	0	0	0
21 08	Lumbalsyndrom/Bewegung von Lasten	0	1	0	1	0	0	2
21 10	Lumbalsyndrom/Erschütterungen	0	0	0	1	0	0	0
24 02	Erkrankungen durch ionisier. Strahlen/„Wismut“	77	60	43	45	42	28	32
3	Infektions-/Tropenkrankheiten	18	13	16	16	14	17	22
31 01	Infektionskrankheiten im Gesundheitsdienst	14	11	13	13	13	16	18
31 02	Zoonosen	1	1	1	2	1	0	2
31 04	Tropenkrankheiten	3	1	2	1	0	1	2
4	Atemwegs-, Lungen-, Rippen- und Bauchfellerkrankungen	2.221	2.189	2.078	2.186	2.124	2.288	2.284
41	Anorganische Stäube							
41 01	Silikose	382	343	324	324	305	287	281
41 02	Siliko-Tuberkulose	12	4	8	5	7	2	3
41 03	Lungen-/Pleura-Asbestose	130	114	159	153	165	168	174
41 04	Lungen- oder Kehlkopfkrebs/Asbest	582	589	559	595	593	622	605
41 05	Mesotheliome/Asbest	762	833	734	817	812	872	843
41 06	Erkrankungen durch Aluminium	0	2	1	0	0	1	0
41 07	Lungenfibrose/Metallstäube	1	1	3	0	0	0	1
41 08	Atemwegs- und Lungenerkrankungen/Thomasphosphat	0	0	0	0	0	1	1
41 09	Bösartige Neubildungen/Nickel	3	0	1	3	4	4	3
41 10	Bösartige Neubildungen/Kokereirohrgase	7	11	6	8	6	9	8
41 11	Bergleute-Bronchitis/-Emphysem	212	165	151	144	115	141	149
41 12	Lungenkrebs durch kristallines Siliziumdioxid	63	42	40	50	37	83	91
41 13	Lungenkrebs durch PAK (Benzo[a]pyren)	8	9	4	7	10	4	11
41 14	Lungenkrebs durch Asbestfaserstaub und PAK	9	13	17	18	11	15	17
41 15	„Schweißerlunge“	1	1	4	0	1	2	4
42	Organische Stäube							
42 01	Allergische Alveolitis	5	11	9	7	6	8	16
42 02	Byssinose	0	0	1	0	0	1	0
42 03	Nasen-Adenokarzinome durch Eichen- oder Buchenholz	9	16	21	13	16	27	23
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen („COPD“)							
43 01	Atemwegserkrankungen (allergisch)	15	15	9	13	12	12	16
43 02	Atemwegserkrankungen (chem.-irritativ/toxisch)	20	20	27	29	24	30	38
5	Hautkrankheiten	3	1	1	1	2	3	12
51 01	Schwere Hauterkrankungen	2	1	0	1	0	0	0
51 02	Hautkrebs/Teer, Pech etc.	1	0	1	0	2	0	0
51 03	Plattenepithelkarzinome/Hyperkeratosen der Haut/UV-Strahlung	–	–	–	–	1	3	12
BK lt. DDR-BKVO	(vgl. Tabelle 5 in den Jahresberichten)	51	38	61	35	38	29	26
„Quasi-BK“ lt. § 9 Abs. 2 SGB VII	(keine detaillierten Angaben in den amtlichen Jahresberichten!)	74	40	41	50	31	37	45
Summe		2.560	2.468	2.357	2.469	2.415	2.576	2.609

kleinster Asbestfasern kann jedoch ihre toxische Einwirkung hauptsächlich erst tiefer in den winzigen zentralen Lungenbläschen entfalten.

Nun wird vor allem die „Asbestarbeiterbronchitis“ durch normalen Asbest-Gesamtstaub (als „so called COPD“ eine klassische BK-Nr. 4302) noch nicht einmal in den entsprechenden Leitlinien der Fachgesellschaften angemessen behandelt und daher gutachterlich sehr gern mit Hinweis auf einen Raucherstatus abgelehnt.

Auch das Bronchialkarzinom kommt als BK-Nr. 41 04 nicht korrekt behandelt daher: Selbst in der BK-Verordnung wird es fälschlicherweise als Lungenkrebs mit der Unterstellung gelistet, dass für die Verursachung eine Mindestdosis von Asbest-Feinstaub erforderlich sein muss, deren Nachweis im Lungen(!)gewebe aber pathologischerseits leicht „kleinzurechnen“ (s. o.) ist. Die schlichte Tatsache, dass für die Bronchialkarzinom-Genese die einfach zu ermittelnde Asbest-Gesamtstaubdosis am Arbeitsplatz wie bei der Bronchitis als entscheidender inhalativer Faktor herangezogen werden könnte, wird durch die BKV-Vorgabe leider unterdrückt. Wo nun endlich die Asbestfeinstaub-Qualität (in Faserjahren gemessen) zum Tragen kommen sollte – nämlich in den sehr kleinen Lungenbläschen –, wird die resultierende Lungenfibrose („Asbestose“) – auch ohne den o. g. Grenzwert in der Legaldefinition vorauszusetzen – als BK-Nr. 41 03 „bezeichnet“. Deren anhaltender Anstieg bzgl. der Todesfallzahlen verrät die Tatsache, dass es sich hier zum großen Teil um eine in Fachkreisen sog. Alibi-Anerkennung handeln muss. Die Lungenasbestose ist nämlich nicht das Problem, sondern die vom Verordnungsgeber pathologisch-anatomisch irreführende gleichzeitige Hinzufügung von „durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen (?) der Pleura“ zur BK-Nr. 41 03!

Bei der Pleura handelt es sich um das „zweiblättrige“ Rippen- bzw. Lungenfell, von dem niemand wissenschaftlich belegen kann, wie „Asbeststaub“ vom Zentrum der Lunge ausgehend als mikroskopisch feinste Faser dorthin – in die weit entfernte – Peripherie gelangen kann: Das Zauberwort heißt Pleurotropie! Daneben wird vom Verordnungsgeber auch noch das Tatbestandsmerkmal „Krankheit“ unbestimmt gelassen. Die vage Formulierung „Erkrankungen“ liefert allerdings folgenden entscheidenden Hinweis: Unter der BK-Nr. 41 05 gibt es nämlich für dasselbe Organsystem mit identischer inhalativer Belastungsvoraussetzung gleichzeitig die häufigste tödliche Berufskrankheiten-Entität überhaupt: „Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells (...)“ – als Asbest-Signaltumor auf jeden Fall meldebzw. anzeigepflichtig!

Gutachterlich werden nun Pleuraaffektionen bei Asbest-Risikopatienten nur aufgrund „bildgebender“ Röntgenbefunde als benigne („keine Rente“) beschrieben, ohne differenzialdiagnostisch das höchst maligne Pleuramesotheliom („viel Rente“) im Sinne einer ethisch erforderlichen minimalinvasiven Früherkennungsmaßnahme ausgeschlossen zu haben (cave: unglückliche Konkurrenzkonstellation zwischen internistisch-radiologischen und thoraxchirurgischen Pneumologen – die ehemaligen „Lungenärzte“ waren beides in einer Person!).

Wenn also eine „Erkrankung“ nach BK-Nr. 41 03 klinisch wie selbstverständlich „undiagnosed“ und terminologisch unklar als „asbestassoziierte Erkrankung der Pleura“ – selbst von Gerichten – anerkannt wird, erhofft man sich damit eigentlich, dass der Versicherte aufgrund der langjährigen Mesotheliom-Latenzzeiten sein tödliches Sozialgeheimnis mit ins Grab nimmt, ohne dass kostenträchtige Witwen- und Waisenrenten fällig werden könnten ...

Preisfrage: Können die gewerkschaftlichen Versicherungsvertreter quasi als „Laien“ das alles in den berufsgenossenschaftlichen Rentenausschüssen bei BK-Entscheidungen angemessen berücksichtigen?

4 FAZIT

Da nun die Selbstverwaltungsstruktur der Gesetzlichen (Unternehmerhaftpflicht-, Berufskrankheiten- und Unfallversicherungsträger dazu führt, dass die Berufskrankheitensparte augenscheinlich zugunsten der durchaus erfolgreichen Haftpflicht- und Unfallversicherungsaufgaben vernachlässigt wird, müssten die Gewerkschaften ihre paritätische Beteiligung an dieser einmaligen „Spezialversicherung“ endlich einmal konsequent korrigieren. Die Glaubwürdigkeit ihrer Funktionsträger im Berufskrankheiten-Verfahren – vor allem vor den (Landes-)Sozialgerichten – leidet erheblich unter den derzeitigen Voraussetzungen.

Die Tatsache, dass Gewerkschaftsfunktionäre also bei arbeitsbedingten Todesfällen der eigenen Kollegen dabei helfen, die eigentlich hauptverantwortliche Unternehmenschaft praktisch und juristisch zu entlasten, könnte vielleicht den BSG-Präsidenten aufgrund seiner einschlägigen BMAS-Erfahrungen veranlassen, die fragliche Verfassungskonformität dieser sozialpolitischen Fehlkonstruktion einmal zu überprüfen.

Mit abschließendem Blick auf das große Problem der nicht zuletzt zulasten der Gesetzlichen Krankversicherungen (SGB V/Bundesgesundheitsminister: Jens Spahn, CDU) gehenden leidigen Berufskrankheiten-Dunkelziffersituation wegen

- verbreiteter Missachtung der ärztlichen bzw. der Unternehmer-BK-Anzeigepflicht (§ 202 bzw. § 193 SGB VII),
 - i. d. R. fehlender BK-Vermerke bei ärztlichen Krankmeldungen (Kreuzchen auf dem „gelben Schein“ im BK-Kästchen!) oder
 - aufgrund fachlich falscher BK-Verwaltungsbescheide, die bei den Berufsgenossenschaften immer von einem (gewerkschaftlichen) Versicherungsvertreter mit unterschrieben sind,
- lässt sich inzwischen feststellen, dass die Gesetzlichen Krankenversicherungsträger zunehmend ihre Aufgaben nach § 20 SGB V ernst nehmen und folgerichtig die BK-Kostenrückerstattung durch die Berufsgenossenschaften vorantreiben (Regressforderungen).

Zum Schluss noch eine persönliche Anregung: Themenvorschläge (z. B. „so called Burn-out“ bei Berufskrebs) für den nächstjährigen Schwerpunkt werden erbeten unter: dr.muesch@uni-bonn.de. ■

UNSER AUTOR



Dr. Franz H. Muesch
MedDir/OGMR a. D.
 Arbeitsmediziner/Pneumologe,
 (Landes-)Sozialgerichtsgutachter und Mitglied
 Deutscher Sozialgerichtstag/
 rechtsverband sowie
 Vereinigung Deutscher
 Staatlicher Gewerbeärzte,
 Düsseldorf/Köln