

Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in Deutschland

Daten und Fakten zu Berufskrankheiten:

- Erkrankungen durch anorganische Stäube
- Obstruktive Atemwegserkrankungen
- Hautkrankheiten



HVBG

Hauptverband der
gewerblichen
Berufsgenossenschaften

Verfasser: Werner Plinske
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,
Würzburg

Bärbel Haupt
Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Mannheim

Claudia Drechsel-Schlund
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege,
Würzburg

Dr. Martin Butz
Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Sankt Augustin

Herausgeber: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)
Alte Heerstraße 111, 53754 Sankt Augustin
Telefon: 0 22 41 / 2 31 -01
Telefax: 0 22 41 / 2 31 - 13 33
Internet: www.hvbg.de
– Mai 2006 –

Satz und Layout: HVBG, Kommunikation

Druck: Druckerei Plump OHG, Rheinbreitbach

ISBN 3-88383-703-2

Kurzfassung

Die UV-Träger haben bisher vorwiegend bezogen auf einzelne Geschäftsjahre über das Berufskrankheiten-Geschehen berichtet. Ausgewählte Basiszahlen sind in den jährlich herausgegebenen Übersichten über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der UV-Träger enthalten. In dreijährlichem Abstand erscheint in der Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ein erweiterter Bericht zum Berufskrankheiten-Geschehen insgesamt, der die aktuellen Zahlen des jeweiligen Geschäftsjahres in einen größeren Zusammenhang stellt, bewertet und erläutert. Die erste Ausgabe der Schrift erschien 1978, die mittlerweile neunte Ausgabe betraf das Zahlenmaterial des Jahres 2002. Daneben werden in unregelmäßigen Abständen Untersuchungen zu besonderen Themen des BK-Rechts durchgeführt und die Ergebnisse veröffentlicht.

Grundlage der Auswertungen waren dabei stets die Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation, die seit 1975 bei den UV-Trägern geführt wird.

Die bisher erschienenen Schriften sind so konzipiert, dass an die Zahlen des jeweils zurückliegenden

Geschäftsjahres angeknüpft wird. Die statistischen Übersichten, Schaubilder und Tabellen sind als „Momentaufnahme“ zu verstehen, auch wenn an einzelnen Stellen Vergleiche zu früheren Geschäftsjahren gezogen werden.

Diese Form der Darstellung mit der gebotenen Kürze und Dichte von Informationen hat zwangsläufig Lücken dort entstehen lassen, wo erst die Betrachtung und Erläuterung längerer Zeitabschnitte tiefergreifende Erkenntnisse vermittelt.

Anliegen dieser Schrift und ihrer einzelner Abschnitte ist deshalb, über die Darstellung von Basisdaten und deren Veränderung im Laufe längerer Zeiträume eine Standortbestimmung für eine einzelne Berufskrankheit aus heutiger Sicht zu ermöglichen und dort, wo es die Datenlage erlaubt, einen prognostischen Blick auf zukünftige Entwicklungen zu werfen. Zum besseren Verständnis der Inhalte der dargestellten Zeiträume sind Änderungen in den Anerkennungsvoraussetzungen, die sich statistisch erkennbar ausgewirkt haben, in den einleitenden Bemerkungen zu den einzelnen Berufskrankheiten erläutert.

Abstract

The accident insurers have previously mainly reported on incidences of occupational diseases in respect of individual financial years. The annually published overviews of the business and accounting results of the accident insurers contain selected basic figures. An extended report on the incidences of occupational diseases overall appears at three yearly intervals in the series of publications by the Central Association of Commercial Employers' Liability Insurance Associations (HVBG); it puts the current figures for the financial year in question in a broader context, evaluates and explains them. The first edition of the document was published in 1978, the current ninth edition referred to figures from 2002. In addition, investigations on specific themes of occupational diseases are conducted at irregular intervals and the results are published.

The data of occupation disease documentation, kept by the accident insurers since 1975, have always been the foundation of the evaluations.

The documents that have appeared to date are designed so that they link in to the figures of the

immediately preceding financial year. The statistical overviews, diagrams and tables should be understood as "snapshots", even if comparisons with previous financial years are made in individual places.

This form of presentation with the required brevity and density of information has necessarily led to gaps where only consideration and explanation of longer periods would convey more meaningful findings.

The concern of this document and its individual sections is therefore to use the representation of basic data and their changes over longer periods enable a location to be determined for a particular occupations disease from a current point of view and, where the data situation allows it, to take a predictive view of future developments. For a better understanding of the contents of the periods portrayed, changes to the conditions of recognition that have had a noticeable effect on the statistics are explained in the introductory comments for the individual occupations diseases.

Résumé

Les organismes d'assurance accident ont présenté, jusqu'ici, l'évolution des maladies professionnelles, essentiellement dans des rapports annuels. Dans ces comptes rendus annuels sur les résultats de l'exercice et des comptes des organismes d'assurance accident, on trouve des chiffres de référence sélectionnés. Un rapport détaillé concernant l'évolution des maladies professionnelles paraît tous les trois ans dans les séries de publications éditées par la Fédération des Organismes d'assurance et de prévention des risques professionnels (HVBG). Ce rapport présente, évalue et explique, dans un contexte élargi, les chiffres actuels pour l'année d'activité en cours.

Cette publication est parue, pour la première fois, en 1978. La dernière publication, la neuvième, concernait les chiffres statistiques de l'année 2002. En plus, des études sont effectuées, à intervalles irréguliers, sur des thèmes spécifiques en matière de législation des maladies professionnelles et leurs résultats sont publiés.

Les évaluations se basent toujours sur les données contenues dans la documentation sur les maladies professionnelles qui est tenue depuis 1975 par les organismes d'assurance accident.

Les publications jusqu'ici éditées se réfèrent, à chaque fois, aux chiffres de l'année d'activité précédente

Les relevés statistiques, graphiques et tableaux sont à considérer comme des « instantanés », même si, dans certains cas, des comparaisons sont faites avec les années d'activité précédentes.

Dans les cas où seulement l'analyse et explication de périodes plus longues peuvent fournir des conclusions plus approfondies, cette forme de présentation des informations, courte et dense, présente inévitablement des lacunes.

L'objectif de ces publications et de leurs différents paragraphes est, de ce fait, de permettre de faire un état des lieux pour une maladie professionnelle particulière, d'un point de vue actuel, grâce à la présentation de données de base et de leur évolution au cours de périodes plus longues. L'objectif est aussi, quand les données le permettent, de faire un pronostic concernant les évolutions futures. Pour une meilleure compréhension des contenus des périodes présentées, les changements concernant la reconnaissance des maladies professionnelles, significatifs au niveau statistique, sont expliqués dans les remarques d'introduction concernant les différentes maladies professionnelles.

Resumen

Hasta ahora, las mutuas de accidentes solían informar sobre la situación de las enfermedades profesionales haciendo principalmente referencia a ejercicios individuales. Los resúmenes de los resultados comerciales y económicos de las mutuas de accidentes, que se publican anualmente, presentan unas cifras básicas seleccionadas. En la serie de publicaciones de la HVBG (Federación de las asociaciones profesionales), sale cada tres años un informe más extenso sobre la situación de las enfermedades profesionales en su conjunto. Dicho informe recoge las cifras actuales del ejercicio en cuestión analizando e interpretándolas dentro de un contexto más amplio. La primera edición de esta publicación apareció en 1978; mientras tanto, ha salido la novena edición que aporta material numérico del año 2002. Aparte de ello, se llevan a cabo, a intervalos irregulares, estudios sobre temas específicos relacionados con la legislación sobre enfermedades profesionales, cuyos resultados son publicados posteriormente.

Como base para estos análisis siempre han servido los datos que se desprenden de la documentación sobre enfermedades profesionales gestionada, desde 1975, por las mutuas de accidentes.

Las publicaciones aparecidas hasta la fecha están concebidas estableciendo un vínculo entre los números

actuales y las cifras correspondientes del ejercicio anterior. Los resúmenes estadísticos, diagramas y cuadros deben entenderse como "imágenes instantáneas", si bien en algunos puntos determinados se realizan comparaciones con ejercicios anteriores.

Esta forma de representación, con la debida brevedad y densidad de información, ha producido inevitablemente unos vacíos en todos aquellos aspectos que sólo pueden comprenderse de forma más profunda mediante una contemplación e interpretación de períodos más prolongados.

El objetivo de la presente publicación y de sus diferentes apartados es, por lo tanto, permitir la localización individual de cada enfermedad profesional desde el punto de vista actual, a través de la presentación de los datos básicos y sus modificaciones a lo largo de períodos prolongados, además de echar una mirada pronóstica a las evoluciones futuras, siempre que los datos recogidos así lo permitan. Para una mejor comprensión de los contenidos de los períodos presentados, las notas introductorias a las diferentes enfermedades profesionales ofrecen explicaciones detalladas sobre las modificaciones que se han producido en las condiciones de reconocimiento y que han repercutido de forma perceptible en las estadísticas.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	11
Zielsetzung der Schrift – Betrachtung einzelner Berufskrankheiten in größerem zeitlichem Zusammenhang	11
Inhalt des jetzt veröffentlichten Teils der Schrift	12
I. Erkrankungen durch anorganische Stäube	13
1 Erkrankungen durch Quarzstaub	13
1.1 Bezeichnung in der Berufskrankheiten-Verordnung	13
1.2 Anerkennungsvoraussetzungen	14
1.3 Unternehmen/Arbeitsbereiche mit gefährdender Einwirkung	15
1.4 Statistische Nachweise	15
1.5 Wirtschaftliche Bedeutung der Quarzstaublenerkrankungen	16
2 Erkrankungen durch Asbeststaub	17
2.1 Bezeichnung in der Berufskrankheiten-Verordnung	17
2.2 Anerkennungsvoraussetzungen	19
2.3 Unternehmen/Arbeitsbereiche mit gefährdender Einwirkung	20
2.4 Statistische Nachweise	21
2.5 Wirtschaftliche Bedeutung der Asbeststauberkrankungen	22
3 Statistische Ergebnisse	23
3.1 Eckwerte des BK-Geschehens	23
3.2 Wandel im BK-Geschehen	25
3.3 Übersichten zu den Erkrankungen durch die Einwirkung von Quarzstaub	26
3.4 Erkrankungen durch die Einwirkung von Asbeststaub	40
4 Zusammenfassung und Ausblick	71

Inhaltsverzeichnis

	Seite
II. Obstruktive Atemwegserkrankungen	75
1 Bezeichnung als Berufskrankheit	75
2 Anerkennungsvoraussetzung	75
3 Begutachtungsstandards	75
4 Entwicklung der statistischen Daten	75
4.1 Verdachtsanzeigen	75
4.1.1 Verdachtsanzeigen nach Wirtschaftszweigen	76
4.1.2 Verdachtsanzeigen nach meldender Stelle	78
4.2 BK-Verdacht bestätigt	78
4.2.1 Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten einschließlich der neuen BK-Renten	81
4.2.2 Entwicklung der bestätigten Verdachtsfälle	84
4.2.3 Bestätigte Verdachtsfälle nach Wirtschaftszweigen 2004	85
4.2.4 Bestätigte Verdachtsfälle nach Berufsbereichen 2004	86
4.2.5 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach Arbeitsbereichen 2004	86
4.2.6 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach auslösendem Gegenstand	86
4.2.7 Bestätigte Verdachtsfälle nach Einwirkungsdauer und Latenzzeit	90
4.3 Nicht bestätigter BK-Verdacht	93
4.3.1 Versicherungsrechtliche Fallkonstellationen abgelehnter Verdachtsfälle	93
4.3.2 Abgelehnte Fälle nach Wirtschaftszweigen 2004	94
4.4 Leistungsfälle bei den BKen 4301 und 4302	95
4.4.1 Leistungsfälle – medizinische Rehabilitation	95
4.4.2 Leistungsfälle – Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben	98
4.4.3 Entschädigungsleistungen (Rentenbestand)	98
4.4.4 Leistungsfälle nach Wirtschaftszweigen	101
5 Zusammenfassung und Prognose für die BKen 4301 und 4302	102
III. Hautkrankheiten	105
1 Entwicklung berufsbedingter Hauterkrankungen	105
2 Anerkennungsvoraussetzungen – Leistungen bei beruflich verursachten Hauterkrankungen	105

3	„Meilensteine“ bei der BK 5101	105
3.1	Hautarztverfahren	105
3.2	Begutachtungsstandards	106
4	Entwicklung der statistischen Daten	106
4.1	Verdachtsanzeigen	106
4.1.1	Verdachtsanzeigen nach Wirtschaftszweigen	106
4.1.2	Verdachtsanzeigen nach meldender Stelle.....	108
4.2	BK-Verdacht bestätigt	109
4.2.1	Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten und neuen BK-Renten.....	109
4.2.2	Versicherungsrechtliche Konstellation bestätigter Verdachtsfälle	111
4.2.3	Bestätigte Verdachtsfälle nach Wirtschaftszweigen.....	112
4.2.4	Bestätigte Verdachtsfälle nach Berufsbereichen	112
4.2.5	Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach Arbeitsbereichen	113
4.2.6	Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach auslösendem Gegenstand.....	113
4.2.7	Bestätigte Verdachtsfälle nach Einwirkungsdauer	116
4.2.8	Bestätigte Verdachtsfälle nach Latenzzeit.....	116
4.3	Nicht bestätigter BK-Verdacht.....	122
4.3.1	Versicherungsrechtliche Fallkonstellationen abgelehnter Verdachtsfälle.....	122
4.3.2	Abgelehnte Fälle nach Wirtschaftszweig.....	122
4.4	Leistungsfälle bei der BK 5101	123
4.4.1	Leistungsfälle – medizinische Rehabilitation.....	123
4.4.2	Leistungsfälle – Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben	126
4.4.3	Entschädigungsleistungen (Rentenbestand)	127
4.4.4	Leistungsfälle nach Wirtschaftszweig	127
4.4.5	Leistungsfälle ausgewählter Wirtschaftszweige und Leistungsarten (1993 bis 2004).....	128
5	Zusammenfassung und Prognosen für die BK 5101	129

Inhaltsverzeichnis

Anhang

Anlage 1: Liste der Berufskrankheiten.....	133
Anlage 2: Verordnungen über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten.....	139
Anlage 3: Liste der Berufskrankheiten gemäß Anlage zur BK-Verordnung der ehemaligen DDR vom 6. Mai 1981	141
Anlage 4: Beschreibung der Datensatz-Inhalte der BK-DOK	145
Anlage 5: Glossar	147

Zielsetzung der Schrift – Betrachtung einzelner Berufskrankheiten in größerem zeitlichem Zusammenhang

Ein wesentlicher Teil des Aufgabenspektrums der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Entschädigung von Berufskrankheiten. Für das Verwaltungsverfahren der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Träger) gelten bei Berufskrankheiten besondere Regelungen. Anders als der Arbeitsunfall oder Wegeunfall, der durch ein plötzlich auftretendes Unfallereignis verursacht wird, ist zur Entstehung einer Berufskrankheit in aller Regel die längerfristige Einwirkung eines gefährdenden Arbeitsstoffes erforderlich. Um dies feststellen zu können, ist oft das gesamte Arbeitsleben des betroffenen Versicherten zu ermitteln und zu bewerten. Als Folge der Einwirkung muss dann eine Krankheit vorliegen, die in einer speziellen Liste als Berufskrankheit bezeichnet ist. Neben den Kausalitätsfragen sind bei einigen Erkrankungsarten vor Anerkennung des Versicherungsfalles besondere Voraussetzungen zu prüfen.

Insgesamt ist deshalb das Verwaltungsverfahren bei Berufskrankheiten mit den abschließenden versicherungsrechtlichen Entscheidungen wesentlich vielschichtiger als bei Arbeitsunfällen. Entsprechend größer ist der Informationsbedarf über die schließlich anerkannten oder abgelehnten Fälle.

Die UV-Träger haben bisher vorwiegend bezogen auf einzelne Geschäftsjahre über das Berufskrankheiten-Geschehen berichtet. Ausgewählte Basiszahlen sind in den jährlich herausgegebenen Übersichten über die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der UV-Träger enthalten. In dreijährlichem Abstand erscheint in der Schriftenreihe des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) ein erweiterter Bericht zum Berufskrankheiten-Geschehen insgesamt, der die aktuellen Zahlen des jeweiligen Geschäftsjahres in einen größeren Zusammenhang stellt, bewertet und erläutert. Die erste Ausgabe der Schrift erschien 1978, die mittlerweile neunte Ausgabe betraf das Zahlenmaterial

des Jahres 2002¹⁾. Daneben werden in unregelmäßigen Abständen Untersuchungen zu besonderen Themen des BK-Rechts durchgeführt und die Ergebnisse veröffentlicht.

Grundlage der Auswertungen waren dabei stets die Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation, die seit 1975 bei den UV-Trägern geführt wird.

Die bisher erschienenen Schriften sind grundsätzlich so konzipiert, dass an die Zahlen des jeweils zurückliegenden Geschäftsjahres angeknüpft wird. Die statistischen Übersichten, Schaubilder und Tabellen sind als „Momentaufnahme“ zu verstehen, auch wenn an einzelnen Stellen Vergleiche zu früheren Geschäftsjahren gezogen werden.

Diese Form der Darstellung mit der gebotenen Kürze und Dichte von Informationen hat zwangsläufig Lücken dort entstehen lassen, wo erst die Betrachtung und Erläuterung längerer Zeitabschnitte tiefergreifende Erkenntnisse vermittelt.

Anliegen dieser Schrift und ihrer einzelnen Abschnitte ist deshalb, über die Darstellung von Basisdaten und deren Veränderung im Laufe längerer Zeiträume eine Standortbestimmung für eine einzelne Berufskrankheit aus heutiger Sicht zu ermöglichen und dort, wo es die Datenlage erlaubt, einen prognostischen Blick auf zukünftige Entwicklungen zu werfen. Zum besseren Verständnis der Inhalte der dargestellten Zeiträume sind Änderungen in den Anerkennungsvoraussetzungen, die sich statistisch erkennbar ausgewirkt haben, in den einleitenden Bemerkungen zu den einzelnen Berufskrankheiten erläutert.

Dem Leser sollen Anregungen gegeben werden, seinen besonderen Fragestellungen zu einzelnen Erkrankungs-

¹⁾ BK-DOK 2002, Dokumentation des Berufskrankheiten-Geschehens in Deutschland, herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin

arten oder Berufskrankheiten in Gruppen über ergänzende oder vertiefende Auswertungen nachzugehen. Eine Beschreibung der in der Berufskrankheiten-Dokumentation erfassten Daten mit ihren jeweiligen Merkmalsausprägungen, die auch dieser Schrift zugrunde liegen, findet sich im Anhang dieser Schrift.

Inhalt des jetzt veröffentlichten Teils der Schrift

Für eine gezielte Betrachtung kamen nach Auffassung der Autoren folgende Berufskrankheiten in Betracht:

- ❑ Erkrankungen durch Quarzstaub (BKen 4101, 4102, 4112)
- ❑ Erkrankungen durch Asbeststaub (BKen 4103, 4104, 4105)

- ❑ Obstruktive Atemwegserkrankungen (BKen 4301, 4302)
- ❑ Hautkrankheiten (BK 5101)

Soweit dies bei der Art der zu untersuchenden Berufskrankheit oder der BK-Gruppe möglich ist, werden in den folgenden Teilen einheitlich verfasste Tabellen, Übersichten und Schaubilder gezeigt und erläutert. Anhand dieser Grunddaten sollen – bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Berufskrankheiten hinsichtlich ihrer Entstehung und des medizinischen Bildes – Vergleiche auch über längere Zeitintervalle gezogen werden können. Daneben gehen die Verfasser auf spezifische Fragestellungen, die für die jeweils betroffene Berufskrankheit von besonderer Bedeutung sind, vertieft ein.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

In diesem Teil der Schrift sollen Informationen zu den in Gruppe 41 der BK-Liste (Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung – BKV) genannten Berufskrankheiten der Atemwege, der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells, verursacht durch anorganische Stäube, gegeben werden. Ausgewählt wurden die Berufskrankheiten, die in Folge der Einwirkung von Quarz- oder Asbeststaub entstehen, nämlich:

4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura
4104	Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose), in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura, bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ($25 \cdot 10^6$ [(Fasern/m ³) · Jahre])
4105	durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO ₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)

Bei der Auswahl ist zum einem das besondere Interesse an der aktuellen Entwicklung asbestbedingter Erkrankungen berücksichtigt worden, zum anderen aber auch die nach wie vor große Bedeutung der Erkrankungen als Folge einer Quarzstaubeinwirkung. Die Diskussion um die erst im Jahre 2002 in die BK-Liste aufgenommene quarzstaubbedingte Krebserkrankung der Lungen (BK 4112) zeigt, dass immer wieder neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Gefahrenpotenzial bekanntermaßen schädigender Arbeitsstoffe gewonnen werden, die das BK-Entschädigungsrecht ergänzen und fortentwickeln. Hier interessieren erste statistische Ergebnisse aus den Geschäftsjahren 2002, 2003 und 2004.

Die übrigen in Gruppe 41 als Berufskrankheit bezeichneten Erkrankungen haben in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd die Bedeutung erreicht wie die Erkrankungsformen infolge der Einwirkung von Quarz- oder Asbeststaub.

1 Erkrankungen durch Quarzstaub

1.1 Bezeichnung in der Berufskrankheiten-Verordnung

Obwohl schon sehr weit in der Vergangenheit Erkenntnisse über das Auftreten von Staublungenerkrankungen als Folge einer Einwirkung von (Stein-)Staub insbesondere bei den Bergleuten, später auch bei den Porzellanarbeitern vorlagen, war diese Erkrankung nicht in der ersten BK-Liste bei Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Berufskrankheiten durch die Verordnung vom 12. Mai 1925 enthalten. Erst die Zweite BKV vom 11. Februar 1929 beseitigte diesen Mangel und bezeichnet unter der Zeile Nr. 16

„Schwere Staublungenerkrankungen (Silikose)“

als Berufskrankheit. Zusätzlich wurde unter der gleichen Nr. 16 verordnet:

„Trifft eine schwere Staublungenerkrankung mit Lungentuberkulose zusammen, so gilt für die Entschädigung die Tuberkulose als Staublungenerkrankung“

Unter einer „schweren“ Erkrankung waren nur solche Verlaufsformen zu verstehen, die eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50 % und mehr verursachten. Silikose und Silikotuberkulose waren Inhalt einer einheitlichen BK-Nummer. Die ggf. hinzutretende Lungentuberkulose galt als Komplikation der Grunderkrankung „Silikose“.

Eine wesentliche Änderung der BK-Bezeichnung trat durch die Fünfte BKV vom 26. Juli 1952 ein. In der Bezeichnung der Staublungenerkrankungen wurde das Tatbestandsmerkmal „schwer“ gestrichen. Der Wegfall dieser einschränkenden Voraussetzung ermöglichte die

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Entschädigung durch Rente bereits ab einer MdE von 20 %. Damit wurde der Kreis der anspruchsberechtigten Versicherten erheblich ausgeweitet, was sich in den nachfolgenden Jahren an Hand der gestiegenen Zahlen nachvollziehen lässt.

Die Neuordnung der BK-Liste in Anlage 1 zur BKV vom 8. Dezember 1976 – in Kraft getreten am 1. Januar 1977 –, die die einzelnen BK-Arten in einer nach Entstehungswegen geordneten systematischen Gliederung zusammenfasste, brachte keine grundlegende Änderung bei den Quarzstauberkrankungen. Die BK-Nummern lauten seither 4101 für Silikosen und 4102 für Silikotuberkulosen. In der Bezeichnung der Silikotuberkulose fiel der Begriff „Fortschreiten“ weg, gefordert wird jetzt lediglich das Vorliegen einer aktiven Tuberkulose.

Die nachlaufenden Änderungsverordnungen vom 22. März 1988, 18. Dezember 1992 und vom 31. Oktober 1997 hatten keine Auswirkungen auf die unter den Nrn. 4101 und 4102 genannten Quarzstauberkrankungen. Zusätzlich wurde durch die am 1. Oktober 2002 in Kraft getretene Verordnung vom 5. September 2002 zur Änderung der BKV die Berufskrankheit

„4112 – Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliciumdioxid (SiO_2) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Silikotuberkulose)“

in die BK-Liste (Anlage zur BKV) aufgenommen.

In der „Verordnung über die Verhütung, Meldung und Begutachtung von Berufskrankheiten“ der ehemaligen DDR vom 26. Februar 1981, ergänzt durch die Durchführungsverordnung vom 21. April 1981, war die Entschädigung von Silikosen und Siliko-Tuberkulosen infolge der Einwirkung von Quarzstaub in vergleichbarer Weise vorgesehen. Die Fallzahlen konnten deshalb bei Herstellung der Rechtseinheit zwischen beiden deutschen Staaten in die BK-Dokumentation übernommen werden. Ab dem Geschäftsjahr 1991 wurden die

Bestände zusammengefasst und als einheitliche Statistik geführt.

1.2 Anerkennungsvoraussetzungen

In formaler Hinsicht haben sich in Bezug auf die Silikosen (BK 4101) durch die verschiedenen Änderungsverordnungen Erleichterungen dadurch ergeben, dass zum einen die Beschränkung auf bestimmte Betriebsarten zugunsten einer umfassenden Anerkennung aller denkbaren Entstehungswege weggefallen ist. Zum anderen haben sich erweiterte Entschädigungsmöglichkeiten bei den Silikosen durch den Verzicht auf das einschränkende Tatbestandsmerkmal einer schweren Erkrankung erreichen lassen.

Eine Änderung der Anerkennungsvoraussetzungen insbesondere für die reinen Silikosen ist aus der Rechtsprechung zum Versicherungsfall bei Berufskrankheiten entwickelt worden. Die Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 11. Januar 1989 (*Breithaupt*, 1989, 638) hat den Krankheitsbegriff des BK-Entschädigungsrechts in der gesetzlichen Unfallversicherung so definiert, dass zum Eintritt des Versicherungsfalles einer Berufskrankheit gesundheitliche Funktionsstörungen nicht erforderlich seien. Aus der Gleichstellung mit dem Arbeitsunfall und dem Feststellungsinteresse des Versicherten folge, dass der Versicherungsfall auch schon vor dem Eintritt des an eine Minderung der Erwerbsfähigkeit geknüpften Leistungsfalles verwirklicht sein könne. Voraussetzung seien lediglich – bezogen auf den Fall der Silikose – röntgenologisch beginnende, eindeutig klassifizierbare silikotische Veränderungen in den Lungen.

Zu den schon Anfang 1929 entschädigungspflichtig gewordenen quarzstaubbedingten Erkrankungen ist mit Wirkung vom 1. Oktober 2002 unter der Ordnungsnummer 4112 der mit einer Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Silikotuberkulose) assoziierte Lungenkrebs als weitere Berufskrankheit hinzugekommen. Nach dem Wortlaut der Bezeichnung ist Voraussetzung für die Anerkennung einer BK 4112 der Nachweis einer Quarzstaublungenerkrankung in Form

einer Silikose oder mit dem Krankheitsbild einer Silikotuberkulose. Es ist deshalb für den Versicherten von Vorteil, wenn bei ihm bereits der Versicherungsfall einer Silikose über den nachgewiesenen Röntgenbefund festgestellt wurde, auch wenn keine Rente zu zahlen war. Nach dem vom BMGS herausgegebenen Merkblatt zur BK 4112 ist als arbeitstechnische Voraussetzung die Einwirkung von Quarz, Cristobalit und Tridymit zu verstehen. Quarzhaltige Stäube in Kohlengruben (des Bergbaus) sind nicht Gegenstand dieser Berufskrankheit.

1.3 Unternehmen/Arbeitsbereiche mit gefährdender Einwirkung

Die ursprünglich auf bestimmte Betriebsarten oder Tätigkeiten beschränkte Entschädigung von Quarzstauberkrankungen besteht in dieser Form seit Inkrafttreten der Dritten BKV nicht mehr. Zu beachten ist jedoch der Hinweis auf den Ausschluss des Kohlebergbaus bei quarzbedingten Lungenkrebskrankungen (BK 4112).

Es kommt ausschließlich darauf an, ob eine versicherte Person bei ihrer geschützten Tätigkeit der Einwirkung von Staubpartikeln (früher: Feinstaub) ausgesetzt ist, die Quarz, Cristobalit oder Tridymit enthalten. Mit der Zunahme der Staubkonzentration in der Atemluft, mit der Zunahme der alveolengängigen Staubfraktion sowie mit dem Gehalt an kristallinem Siliciumdioxid im Gesamtstaub steigt das Ausmaß der Gefährdung. Ein weiteres Kriterium ist die Dauer der Expositionszeit gegenüber dem Quarzstaub.

Neben den Mitarbeitern des Untertagebergbaus sind vor allem Versicherte in Steingewinnungs- und -verarbeitungsbetrieben, in der grob- und feinkeramischen Industrie, in Metallberufen (Former, Sandstrahler, Gussputzer) sowie in Dentallabors gefährdet. Die arbeitsmedizinischen Erkenntnisse zeigen, dass die genannten Materialien in einer Reihe weiterer Gewerbszweige – wenn auch nicht in gehäufte Form – quarzbedingte Berufskrankheiten verursachen können. Die Palette reicht von Betrieben der Glasindustrie bis hin zur Herstellung von Schleif-, Polier- und Scheuermitteln.

Durch die mittlerweile jahrzehntelange Erfahrung im Umgang mit kristallinem Siliciumdioxid haben sich sicherheitstechnische Standards herangebildet, die das Risiko des Erwerbs einer Berufskrankheit nach den Nrn. 4101/4102 und 4112 wesentlich herabgesetzt haben. Ein Verwendungsverbot von quarzhaltigen Arbeitsstoffen – vergleichbar dem Asbest – ist deshalb zu keiner Zeit diskutiert worden.

Bei den heute anlaufenden BK-Verfahren wegen des Verdachtes auf eine Quarzstaublungenenerkrankung liegt die relevante Expositionszeit oft weit in der Vergangenheit.

1.4 Statistische Nachweise

Das Berufskrankheitengeschehen in Deutschland wird in seinen wesentlichen Daten von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erfasst und dokumentiert. Die bereitgestellten Daten fließen zum einen in die jährlich von den Spitzenverbänden der UV-Träger veröffentlichten Geschäftsberichte¹⁾, zum anderen in die Gemeinschaftsdokumentation aller UV-Träger mit der Bezeichnung

„Berufskrankheiten-Dokumentation – BK-DOK“.

Ein vorrangiges Erfassungs- und Auswertungsmerkmal ist dabei die BK-Nummer, unter der das Verwaltungsverfahren nach Eingang einer Verdachtsanzeige durchgeführt wird und deren in der BK-Liste genannte Anerkennungsvoraussetzungen im Einzelfall zu prüfen sind.

Die Entscheidung des Ordnungsgebers, für die drei Quarzstauberkrankungen trotz der im Kern einheitlichen Grundvoraussetzung in Form der notwendigen Einwirkung kristalliner Kieselsäure am Arbeitsplatz des

¹⁾ vgl. z.B. „Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften“, jährlich herausgegeben vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 53754 Sankt Augustin

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Versicherten und der dadurch verursachten, eindeutig feststellbaren Silikose drei eigenständige BK-Nrn. in die BK-Liste aufzunehmen, führt zu entsprechend getrennten Nachweisen in den unterschiedlichen statistischen Auswertungen. Soweit von der Verdachtsanzeige bis zur (ersten) versicherungsrechtlichen Entscheidung und darüber hinaus bis zum (endgültigen) Abschluss des Verwaltungsverfahrens stets nur eine der Berufskrankheiten Gegenstand des Anspruches ist, können die einzelnen Schritte und Ergebnisse der Bearbeitungsmaßnahmen den üblichen Kriterien entsprechend dargestellt werden. Probleme können systembedingt aber dort auftreten, wo nach schon anerkannter Silikose (BK 4101) nachträglich über einen Änderungsstatbestand durch Hinzutritt einer aktiven Lungentuberkulose (dann BK 4102) oder eines Lungenkrebses (dann BK 4112) zu entscheiden ist. Das gleiche gilt für den zusätzlichen Lungenkrebs bei Vorliegen einer Silikotuberkulose (auch hier dann BK 4112).

1.5 Wirtschaftliche Bedeutung der Quarzstaublungenenerkrankungen

Von den drei betroffenen Berufskrankheiten hatte und hat die reine Staublungenenerkrankung (BK 4101) stets die überragende wirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung. Auch wenn die absoluten Zahlen in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten erheblich zurückgegangen sind, werden für das Jahr 2004 noch 314 neue Rentenfälle registriert. Der Anteil am Gesamtaufkommen der „Neuen Renten“ im Geschäftsjahr 2004 (5 138 Fälle) beträgt noch 6,1 %. 1950 entfielen von 9 622 neuen BK-Renten 6 618 auf die Silikosen; dies war ein Anteil von 68,8 %. Während sich die Gesamtzahl der insgesamt registrierten Rentenfälle in dem Zeitraum von mehr als 50 Jahren noch nicht einmal halbiert hat, ist die Zahl der neuen Silikose-Renten im gleichen Zeitraum auf 4,7 % des Ausgangswertes abgesunken.

Schon diese Zahlen machen deutlich, welche beschäftigungspolitischen Veränderungen in den hauptsächlich betroffenen Gewerbezweigen (Bergbau, Steine und Erden, keramische Industrie) in den zurückliegenden

Jahren und Jahrzehnten eingetreten sind. Sichtbar wird aber auch, welche Erfolge die Präventionsarbeit der UV-Träger, unterstützt durch Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge, in diesem Bereich des Arbeitslebens gebracht hat. Abzutragen als Altlast aus z.T. weit zurückliegenden Jahren ist die Zahl der jährlich registrierten Todesfälle wegen der Folgen einer Silikose. Hier kann nicht auf einen so erheblichen Rückgang wie bei den Rentenfällen hingewiesen werden, auch wenn eine deutliche Abnahme registriert werden kann. Nimmt man die letzten 20 Jahre als Beobachtungszeitraum, hat sich die Anzahl der verstorbenen Silikose-Rentner von 939 im Jahre 1985 auf 412 im Jahr 2004 verringert. Bezogen auf die Zahl der insgesamt im Jahr 2004 registrierten Todesfälle in Folge einer Berufskrankheit (insgesamt 2 000) erreichen die Silikosefälle noch rund 20 %. Dies ist ein Rückgang um mehr als die Hälfte des Ausgangswertes.

In dem genannten Beobachtungszeitraum von 20 Jahren sind jeweils mehr Todesfälle als Rentenzugänge bei den Silikosen zu verzeichnen. Der Rentenbestand ist von 21 241 Fällen im Jahr 1985 auf 10 164 Fälle zum 31. Dezember 2004 abgesunken; das sind noch 47,8 % des Ausgangswertes.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Quarzstaublungenenerkrankung zwar nach wie vor eine beachtliche Rolle im BK-Geschehen insgesamt spielt, ihre überragende Bedeutung hat sie jedoch sicher verloren. Die weitere Entwicklung wird diesen Trend bestätigen bzw. noch verstärken. Die Veränderungen bei der Zahl der Arbeitsplätze aber auch die Ergebnisse arbeitstechnischer und arbeitsmedizinischer Verbesserung in quarzstaubgefährdeten Arbeitsbereichen stützen diese Beurteilung.

Quarzstaublungenenerkrankungen in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose

Die Silikotuberkulose (BK 4102) hat zu keinem Zeitpunkt das BK-Geschehen in ähnlicher Weise geprägt wie die (reine) Silikose. 1950 wurden zwar noch 924 neue Rentenfälle gezählt (rund 10 % der Gesamt-

menge). Im Jahre 2004 betrug der Rentenzugang gerade noch 31 Fälle; das sind noch 3,3 % des Ausgangswertes bzw. 0,6 % der Gesamtmenge des Jahres 2004. Der Rentenbestand hat – nimmt man wiederum die letzten 20 Jahre als Beobachtungszeitraum – von 2 025 Fällen im Jahr 1985 auf 228 Fälle zum 31. Dezember 2004 abgenommen. Die Zahl der Todesfälle in Folge einer Silikotuberkulose ist von 117 im Jahre 1985 auf 16 Fälle im Jahr 2004 zurückgegangen. Der Rentenbestand zum 31. Dezember 2004 ist auf 11,3 % des Ausgangswertes abgesunken, die Todesfälle 2004 erreichen noch einen Anteil von 13,7 % der 1985 registrierten Zahlen.

Für die künftige Entwicklung können grundsätzlich die gleichen Voraussagen wie für die Silikosen gemacht werden. Die Verbesserung der Arbeitsplatzverhältnisse aber auch die allgemein verbesserten Lebensumstände werden tendenziell zu einem weiteren Rückgang der Fallzahlen führen, wenngleich die deutlichen Abnahmequoten aus den 80er- und 90er-Jahren nicht mehr erreicht werden. Als Ursache hierfür wird angenommen, dass ein „Sockel“ von Infektionskrankheiten wie die Lungentuberkulose nie gänzlich auszuräumen sein wird.

Lungenkrebs bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung

Für die erst zum 1. Oktober 2002 unter der Nr. 4112 in die BK-Liste aufgenommene Erkrankung liegen mittlerweile neben den Zahlen für das 2002 auch die entsprechenden Werte für die Geschäftsjahre 2003 und 2004 vor. Registriert wurden bisher insgesamt 336 Verdachtsanzeigen, 158 als Berufskrankheit anerkannte Fälle (eingetretener Versicherungsfall) und 123 neue Renten. In 95 Fällen ist der Tod eines Versicherten als Folge der Berufskrankheit dokumentiert worden. Die unter 1.4 beschriebenen Probleme bei der Erfassung exakter Falldaten könnten zumindest für eine Übergangszeit zu einer Untererfassung insbesondere bei den BK-Anzeigen führen, da möglicherweise zum Auswertungstichtag eine Umschlüsselung auf die neue BK-Nr. nicht in allen Fällen stattgefunden hatte.

Die weitere Entwicklung wird aufmerksam zu beobachten sein. Grundsätzlich wird aber davon ausgegangen werden können, dass die deutliche Abnahme der als BK anerkannten Silikosen und Silikotuberkulosen die Zahl der Fälle mit einem zusätzlich auftretenden Bronchialkarzinom von vorn herein limitiert. Die sozialpolitische und wirtschaftliche Bedeutung der Berufskrankheit Nr. 4112 wird sich deshalb aller Voraussicht nach in engen Grenzen halten.

2 Erkrankungen durch Asbeststaub

2.1 Bezeichnung in der Berufskrankheiten-Verordnung

Die durch die Einwirkung von Asbeststaub verursachten Lungenerkrankungen waren – ebenso wie die Quarzstauberkrankungen – nicht in der ersten BK-Liste der Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 15. Mai 1925 enthalten. Während Quarz als Arbeitsstoff mit schädigender Potenz schon lange bekannt war, ist fundiertes Wissen um die Wirkung von Asbest auf den menschlichen Organismus wesentlich später entstanden. Der Grund hierfür liegt darin, dass Asbest in nennenswertem Umfang erst zum Ende der Industrialisierungsphase Verwendung fand.

Erst bei Formulierung der Dritten Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 19. Dezember 1936 hatte der Wissensstand einen Reifegrad erreicht, der die Grundlage für die Aufnahme einer Berufskrankheit in die Anlage zur BKV bildete. Mit Wirkung vom 1. Januar 1937 war unter der lfd. Nummer 18 die

„Schwere Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose)“

als Berufskrankheit genannt. Im Hinblick auf die Vielseitigkeit des Arbeitsstoffes Asbest und die damit einhergehende weite Verbreitung in der verarbeitenden Industrie war von Anfang an darauf verzichtet worden, die Anerkennung als Berufskrankheit vom Entstehen

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

in bestimmten Betriebsarten oder bei definierten Tätigkeiten abhängig zu machen.

Das Tatbestandsmerkmal „schwer“ war – wie bei den Quarzstaublungenerkrankungen – Anerkennungsvoraussetzung und Entschädigungsgrundlage. Erst ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50 % und mehr bestand Anspruch auf Leistungen, in aller Regel in Form der Entschädigung durch Rente. Die Fortschreibung des Berufskrankheiten-Rechts durch die Vierte BKV vom 9. März 1942 teilte die lfd. Nummer 18 der BK-Liste auf. Die schweren Asbestosen erhielten die Ordnungsnummer 18 a). Unter der Nr. 18 b) wurde zusätzlich die

„Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) in Verbindung mit Lungenkrebs“

als Berufskrankheit bezeichnet. Diese Verordnung trat rückwirkend zum 1. Januar 1942 in Kraft. Von vornherein war davon abgesehen worden, zur Anerkennung eines asbeststaubinduzierten Lungenkrebses das Vorliegen einer schweren Asbestose zu fordern. Insofern bestand Gleichklang mit den der Silikose zugeordneten Lungentuberkulosen.

Die Fünfte Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 26. Juli 1952 ließ auch bei den reinen Asbestosen das Erfordernis einer schweren Erkrankungsform wegfallen. Wie bei den Silikosen konnte ab dem Inkraft-Treten dieser Verordnung Rente bereits ab einer MdE von 20 % gezahlt werden. Damit ergab sich eine wesentlich größere Anzahl von Versicherten mit Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Unfallversicherung.

Durch die Neuordnung des Systems der BK-Liste ab dem 1. Januar 1977 (Verordnung vom 8. Dezember 1976) erhielten die Asbeststauberkrankungen die Ordnungsziffer 4103, die mit einem Lungenkrebs verbundenen Asbeststauberkrankungen die Ordnungsziffer 4104. Zusätzlich und unabhängig von diesen beiden Asbeststaublungenerkrankungen wurde ab 1. Januar 1977 eine weitere, durch den Arbeitsstoff

Asbest verursachte Berufskrankheit in die Liste aufgenommen mit der Bezeichnung

„BK 4105 – Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells und des Bauchfells“.

Die folgende Änderungsverordnung zur BKV vom 22. März 1988 erweiterte die BK-Bezeichnung der Asbeststaublungenerkrankungen den Erkenntnissen der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung folgend auf asbestverursachte Erkrankungen der Pleura. Die Neufassungen lauteten

„BK 4103 – Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura“

und

„BK 4104 – Lungenkrebs in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura“.

Die darauf folgende Zweite Änderungsverordnung zur BKV vom 18. Dezember 1992, in Kraft getreten zum 1. Januar 1993, enthielt weitere Änderungen in der Bezeichnung der asbestbedingten Erkrankungen. Betroffen hiervon waren die Asbestkrebserkrankungen. Bei der Lungenkrebserkrankung (BK-Nr. 4104) wurde den arbeitsmedizinischen Forschungsergebnissen, die auch eine entsprechend hoch dosierte Asbestfaserbelastung ohne daraus entwickelter Asbestose oder Erkrankung der Pleura als Ursache des Krebsleidens bewerteten, Rechnung getragen. Die Bezeichnung der Berufskrankheit enthielt deshalb ab 1. Januar 1993 folgenden Wortlaut:

„BK 4104 Lungenkrebs
– in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose),
– in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder
– bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mind. 25 Faserjahren $\{25 \cdot 10^6 [(Fasern/m^3) \cdot \text{Jahre}]\}$ “

Bei den 1977 in die BK-Liste aufgenommenen Mesotheliomerkrankungen wurde als weiteres Zielorgan des Krebsleidens neben dem Rippen- oder Bauchfell auch das Pericard genannt. Die geänderte Bezeichnung lautete damit

„BK 4105 – Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards“.

Neben dem seit Aufnahme in die BK-Liste als Entschädigungstatbestand genannten Lungenkrebs ist durch die Änderungsverordnung zur BKV vom 31. Oktober 1977 auch der Kehlkopfkrebs genannt. Diese Neuregelung ist am 1. Dezember 1997 in Kraft getreten. Die in der BK-Bezeichnung selbst aufgeführten Anerkennungsvoraussetzungen sind die gleichen wie bei dem Lungenkrebs.

Die vom 1. Dezember 1997 an maßgebliche Bezeichnung dieser Berufskrankheit lautet:

„BK 4104 Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs
– in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose),
– in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder
– bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mind. 25 Faserjahren $\{25 \cdot 10^6 [(Fasern/m^3) \cdot Jahre]\}$ “

Der seit dem 1. Dezember 1997 geltende Rechtszustand hat sich seither nicht verändert. Die zum 1. Oktober 2002 in Kraft getretene (letzte) Änderungsverordnung zur BKV vom 5. September 2002 hat die asbestbedingten Berufskrankheiten nicht betroffen.

2.2 Anerkennungsvoraussetzungen

Die erst zum 1. Januar 1937 in die Berufskrankheiten-Liste aufgenommene Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) wurde zunächst nur bei Vorliegen eines schweren Krankheitsbildes entschädigt. Die dazu erforderliche MdE musste mindestens 50 % betragen. Es galt somit die gleiche Regelung wie bei den Quarz-

staublungenerkrankungen, nachdem auch insoweit Beeinträchtigungen der Atmungs- und Kreislauf-funktionen Gegenstand der Entschädigung waren.

Die mit Wirkung vom 1. Januar 1942 hinzugekommene Asbest-Lungenkrebs-Erkrankung bildete von vornherein eine eigenständige BK-Nr. Ihre Anerkennung als Berufskrankheit war nach der Bezeichnung in der Liste von Anfang an nicht an das Erfordernis einer schweren Asbestose gebunden. Das Vorliegen einer eindeutigen Asbestose, nachgewiesen durch einen radiologischen Befund, reichte aus, den Gesamtbefund als Berufskrankheit zu entschädigen.

Als Maßnahme der Gleichstellung des Berufskrankheiten-Rechts mit den Entschädigungs-Grundsätzen für Arbeitsunfälle wurde durch die 5. Änderungsverordnung zur BKV vom 26. Juli 1952 das Tatbestandsmerkmal „schwer“ bei den reinen Asbestosen gestrichen. Wie bei allen sonstigen Versicherungsfällen der gesetzlichen UV konnte damit Rente bereits bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 % gezahlt werden.

Bei den asbestbedingten Mesotheliomen war von Anfang an die Anerkennung dieser spezifischen Krebserkrankung nicht vom nachgewiesenen Vorliegen einer Asbestose abhängig gemacht. Nach den der Berufskrankheiten-Bezeichnung zugrunde liegenden medizinischen-wissenschaftlichen Erkenntnissen können Asbestfasern bestimmter Formen und Abmessungen schon nach wenigen Wochen entsprechender Einwirkung Mesotheliomerkrankungen verursachen. Diese für sich betrachtet eher geringfügigen Asbeststaubbelastungen sind nicht imstande, die üblichen Asbeststaublungenerkrankungen, ggf. in Verbindung mit einem Lungenkrebs, zu verursachen. Die Anerkennung eines Mesothelioms des Rippen- oder Bauchfells hängt damit ausschließlich vom Nachweis einer ggf. auch nur kurzfristigen Asbeststaubeinwirkung bei der versicherten Tätigkeit ab.

Eine wesentliche Änderung der Anerkennungsvoraussetzungen bei den asbestinduzierten Lungenkrebs-erkrankungen brachte die zum 1. Januar 1993 in Kraft

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

getretene 2. Änderungsverordnung zur BKV. Die Bezeichnung der Berufskrankheiten-Nr. 4104 wurde ein weiteres Mal überarbeitet. Auch ohne das Vorliegen von „Brückensymptomen“ im Sinne einer röntgenologisch – im Einzelfall auch histologisch – feststellbaren Asbeststaublungen- oder Pleura-Erkrankung ist danach ein Lungenkrebs als Berufskrankheit auch dann anzuerkennen, wenn die aus den einzelnen Einwirkungszeiten errechnete Faserstaubbelastung den durch die Verordnung festgelegten kumulativen Dosiswert von 25 Einwirkungsjahren erreicht. Die als „Faserjahr-Modell“ bezeichnete zusätzliche Anerkennungsvoraussetzung hat den Kreis der angezeigten und als Berufskrankheit entschädigten Fälle wesentlich ausgeweitet.

In medizinischer Hinsicht wurden die Entschädigungsmöglichkeiten der BK 4105 mit Wirkung vom 1. Januar 1993 durch die Aufnahme auch des Pericards als weiterer denkbarer Schädigungsort verbessert. Asbeststaubfasern können in Einzelfällen neben dem Rippen- oder Bauchfell auch das Herzbeutel-Gewebe erreichen und dort die Ursache eines Pericardmesothelioms sein.

Medizinisch-wissenschaftliche Forschungsergebnisse über bösartige Tumoren des Atemwegstraktes, verbesserte diagnostische Möglichkeiten und epidemiologische Erkenntnisse führten auch in der Folgezeit zu neuen Bewertungen des Krebsrisikos nach Asbesteinwirkung. Seit dem 1. Dezember 1997 ist nicht nur der Lungenkrebs, sondern auch der Kehlkopfkrebs als Entschädigungstatbestand unter der BK-Nr. 4104 genannt. Die allgemeinen Anerkennungsvoraussetzungen sind für beide Krebsarten gleichlautend. Neben nachgewiesenen Asbestveränderungen in Lunge oder Pleura kann – wie oben beschrieben – hilfsweise auch auf der Grundlage des Faserjahrmodells der Versicherungsfall anerkannt werden.

Seit diesem Zeitpunkt sind keine Änderungen im Berufskrankheiten-Recht eingetreten, die sich auf die Krankheitsbilder der Asbesterkrankungen auswirken. Die am 1. Oktober 2002 in Kraft getretene (letzte) Verordnung zur Änderung der BKV hat die BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105 in ihrem Wortlaut unberührt gelassen.

2.3 Unternehmen/Arbeitsbereiche mit gefährdender Einwirkung

Eine Beschränkung von versicherungsrechtlich geschützten Tätigkeiten hat es bei den asbeststaubbedingten Erkrankungen zu keiner Zeit gegeben. Die vielseitige Verwendbarkeit von Asbest bei der industriellen Verarbeitung hat zur Verbreitung über fast alle Wirtschafts- und Gewerbebereiche geführt. Entsprechend breitgefächert ist die Palette der Berufe, bei denen in der Vergangenheit Asbesterkrankungen aufgrund vorauslaufender Staubeinwirkung anerkannt wurden.

In den vom BMGS herausgegebenen Merkblättern zu den drei betroffenen Berufskrankheiten wird darauf hingewiesen, dass das Chrysotil (Weißasbest) aus der Gruppe der Serpentin-asbeste der am häufigsten vorkommende Asbestfaserstaub in lungengängiger und damit schädigender Form ist. Hinzukommt das Krokydolyth (Blauasbest) aus der Gruppe der Amphibol-asbeste. Schwerpunkte der Herstellung, Verwendung, bzw. der Verarbeitung von Asbest waren neben der eigentlichen Asbestzementindustrie Bereiche der Reibbelag-Industrie (z.B. Bremsen), der Gummi-, Papier- und Pappen-Industrie, das Bau- und Isoliergewerbe, sowie der Lüftungs-, Heizungs- und Klimabau.

Die hohe Widerstandskraft von Asbest gegenüber thermischen Belastungen hat zu seinem Einsatz überall dort geführt, wo bei Arbeitsabläufen bzw. -verfahren Prozesswärme entsteht, die nicht ausreichend isoliertes Material schädigen würde.

Nachdem die schädigende Wirkung von Asbest auf den menschlichen Organismus auch bei z.T. nur kurzfristiger Exposition umfassend erforscht war, brachte die Neufassung der Gefahrstoffverordnung ab 1993 ein generelles Asbestverbot in Deutschland sowohl hinsichtlich des Inverkehrbringens als auch der Verarbeitung. Damit ist die Gefahr des Entstehens weiterer Schadensfälle insoweit gebannt. Für die Asbestent-sorgung und die Sanierung asbestbelasteter Gebäude-teile gelten besondere Schutzvorschriften, die ein Erkrankungsrisiko nach menschlichem Ermessen aus-

schließen. Zu einem zeitnahen Rückgang der asbestbedingten Erkrankungsfälle wird das Verwendungsverbot von Asbest für sich allein nicht führen können. Bei den bekannt langen Latenzzeiten muss noch mit einer längeren Nachwirkungszeit gerechnet werden. Dabei werden sicher die im Vorfeld des Verwendungsverbotes durchgeführten Arbeitsschutzmaßnahmen sowie die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen ihre Wirkung zeigen.

Nähere Hinweise zu diesem Thema finden sich in einer im August 2003 vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin, herausgegebenen Schrift

„Asbestverursachte Berufskrankheiten in Deutschland – Entstehung und Prognose“,

in der aus der Berufskrankheiten-Dokumentation verfügbare Daten insbesondere unter dem Aspekt typischer Entstehungsschwerpunkte und -zeiträume bewertet worden sind, um daraus Erkenntnisse für künftige Verläufe zu gewinnen.

2.4 Statistische Nachweise

Wie bei den Quarzstauberkrankungen enthält die Berufskrankheiten-Liste auch für die Asbeststauberkrankungen drei eigenständige Nummern. Die bei den UV-Trägern ablaufenden Verwaltungsverfahren bei Eingang einer Verdachtsanzeige können deshalb je nach Art des Anfangsbefundes in differenzierter Form durchgeführt und auch entsprechend dokumentiert werden.

Nachdem die Anerkennungsvoraussetzungen der Krebserkrankungen nach BK-Nr. 4104 z.T. auf die Tatbestandsmerkmale der reinen Asbeststauberkrankungen der BK-Nr. 4103 abstellen, kann in der Praxis vorkommen, dass zu einer anerkannten Asbestoseerkrankung ein Krebsleiden hinzutritt. Vom Zeitpunkt der Verschlimmerung an gilt dann die BK-Nr. 4104 als Grundlage der Entschädigung und weiterer statistischer Nachweise sowohl in den Geschäfts- und Rechnungs-

ergebnissen der UV-Träger als auch in der Berufskrankheiten-Dokumentation. An dieser Vorgehensweise orientieren sich auch Verlaufsdocumentationen. Die „Umanerkennung“ kann deshalb bei spezifischen Langzeitauswertungen dazu führen, dass im konkreten Einzelfall Zuordnungsprobleme bei der Verknüpfung von Daten auftreten, die allein mit den Mitteln der Dokumentation nicht behebbar sind; ggf. hilft dann ein Blick in die Entschädigungsakte des UV-Trägers (vgl. auch Hinweise bei 1.4 zu den Quarzstauberkrankungen).

Für die Anerkennung von asbestinduzierten Krebserkrankungen auf der Grundlage des Faserjahrmodells ist typisch, dass im Vorfeld der Nachweis asbestotischer Veränderungen in Lunge, Pleura oder Kehlkopf nicht gelungen ist. Eine Berufskrankheit nach Nr. 4103 im Sinne einer Befunderkennung kann in diesen Fällen nicht bestätigt worden sein; Verwaltungsverfahren laufen in diesen Fällen von Anfang an unter der BK-Nr. 4104. Für die gesonderte Erfassung dieser Fallgestaltung ist in der Berufskrankheiten-Dokumentation eine Kennzeichnung vorgesehen, um zu einem späteren Zeitpunkt über die Anzahl der auf diesem Weg entschiedenen Fälle auskunftsfähig zu sein.

Die Entstehung eines Mesothelioms (BK-Nr. 4105) setzt zwar auch die Einwirkung von Asbeststaub voraus, es fehlen aber in der Bezeichnung der Berufskrankheit Hinweise oder Verbindungen zu den BK-Nrn. 4103 oder 4104 im Sinne einer notwendigen, vorab zu erfüllenden Anerkennungsvoraussetzung. Es wird weder das Vorliegen einer Asbestose noch eine qualifizierte Asbeststaubeinwirkung, vergleichbar mit dem Faserjahr-Modell, gefordert. Die Praxis bestätigt diese versicherungsrechtliche Eigenständigkeit des asbestverursachten Mesothelioms. Eine Umanerkennung der für die Entschädigung maßgeblichen BK-Nr. von 4103 oder 4104 auf 4105 ist bisher nicht dokumentiert worden.

In den statistischen Nachweisen der Asbestererkrankungen finden sich seit 1993 auch die Zahlen der Fälle aus der ehemaligen DDR. Die nach dortigem Recht unter einer einheitlichen Ordnungsnummer (Nr. 93 der BK-Liste) erfassten Krebserkrankungen sind bei

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Überleitung der Entschädigungsleistungen entsprechend der festgestellten Art des Krebses auf die BK-Nrn. 4104 und 4105 aufgeteilt worden. Für Auswertungen aus dem Bestand der Berufskrankheiten-Dokumentation sind deshalb keine systembedingten Unterscheidungen mehr erforderlich.

2.5 Wirtschaftliche Bedeutung der Asbeststauberkrankungen

Die Asbeststauberkrankungen haben, obwohl bereits seit 1937 bzw. seit 1942 als Berufskrankheit bezeichnet, erst in jüngerer Zeit das BK-Geschehen entscheidend geprägt. Die dominierenden Zahlen der Quarzstauberkrankungen ließen die Entwicklung der Asbest-Berufskrankheiten lange Zeit in den Hintergrund treten. Geht man rund 40 Jahre in die Vergangenheit zurück, so standen im Jahr 1965 fast 100 000 Rentenbeziehern wegen einer Quarzstauberkrankung nur 290 Asbest-Rentenfälle gegenüber. Im Geschäftsjahr 2004 betrug die Zahl der aus Quarzstauberkrankungen resultierenden und noch laufenden Rentenfälle (BK-Nrn. 4101, 4102, 4112) 10 449; das sind nur noch rund 10,5 % des Ausgangswertes aus dem Jahr 1965. Bei den Asbesterkkrankungen (BK-Nrn. 4103, 4104 und BK-Nr. 4105) sind im Geschäftsjahr 2004 6 566 Fälle als Rentenbestand ausgewiesen, eine Steigerung um den Faktor 22,6.

Der Rentenzuwachs (neue BK-Renten) betrug bei den Quarzstauberkrankungen 1965 rund 2 800 Fälle, 2004 waren es nur noch 414 Fälle, was einem Rückgang auf rund 1/7 des Ausgangswertes aus dem Jahr 1965 entspricht. Anders dagegen wiederum die Asbesterkkrankungen mit 50 neuen Renten im Jahr 1965 und 1 988 Zugängen im Jahr 2004. Insoweit ist eine Steigerungsrate auf fast das 20-fache des Wertes aus dem Jahr 1965 festzustellen.

Schon diese Zahlen machen den Wandel des BK-Geschehens in Deutschland und die daraus abgeleiteten wirtschaftlichen Auswirkungen in aller Deutlichkeit sichtbar. Bestätigt wird die außerordentlich hohe relative aber auch absolute Zunahme der

Asbesterkkrankungen bei Betrachtung auch der BK-bedingten Todesfälle. Vollständiges Zahlenmaterial steht insoweit für die jetzt 20 zurückliegenden Jahre zur Verfügung. Rund 1 056 Todesfällen nach anerkannter Quarzstauberkrankung standen im Jahr 1985 gerade 172 Todesfälle asbesterkkrankter Versicherter gegenüber. Im Jahr 2004 lag die Zahl der an einer Quarzstauberkrankung Verstorbenen bei 477 Fällen, 1 130 Versicherte verstarben an den Folgen einer asbestverursachten Berufskrankheit.

Die künftige Entwicklung lässt sich bis zu einem gewissen Grad aus den neu bei den UV-Trägern eingehenden BK-Verdachtsanzeigen ablesen. Bei den Quarzstauberkrankungen wurden im Jahr 2004 noch insgesamt 1 623 Verdachtsanzeigen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften registriert (einschl. 133 Fälle der BK-Nr. 4112). Für die drei Asbesterkkrankungen gingen insgesamt 7 082 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit ein. Sowohl bei den Quarzstauberkrankungen als auch bei den Asbeststauberkrankungen liegt die Quote der neu anerkannten Rentenfälle im Verhältnis zu den Verdachtsanzeigen im Mittelwert der zurückliegenden Jahre bei etwa einem Viertel.

Anhand der Entwicklung der Verdachtsanzeigen kann deshalb mit aller Zurückhaltung auf die künftig anzuerkennenden Berufskrankheiten und die daraus resultierende wirtschaftliche Bedeutung geschlossen werden.

Auch in den Kosten für die Entschädigung von Berufskrankheiten wird die inzwischen überragende Bedeutung der Asbesterkkrankungen sichtbar. Betrachtet man den jetzt zurückliegenden Zeitraum von 1999 bis 2004 sind die Heilbehandlungskosten für die BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105 von 40,3 Mio. € auf 56,7 Mio. € gestiegen. Der Anteil am BK-Geschehen insgesamt hat sich in dieser Zeit von knapp 30 % auf 32,5 % erhöht. Rund 1/3 aller Heilbehandlungskosten entfallen mittlerweile auf die Asbesterkkrankungen. Die Rentenleistungen des Jahres 2004 für asbestbedingte Erkrankungen in Höhe von Mio. 280,3 € entsprechen einem Anteil von 24,2 % an den Berufskrankheiten insgesamt. Davon entfallen 90,6 Mio. € auf Versicherten-

renten und 189,7 Mio. € auf Hinterbliebenenrenten. Die Leistungen nach dem Tod eines Versicherten sind damit mehr als doppelt so hoch wie die Versichertenrenten.

Hier wird die Bedeutung der Asbesterkrankungen für die gesetzliche UV in besonderer Weise deutlich. Vor allem die asbestinduzierten Krebserkrankungen stellen für die betroffenen Versicherten eine schwere Erkrankungsform dar, die in einer hohen Zahl von Fällen zum Tod führt. Eine Ausnahme bilden hier lediglich die in frühen Stadien diagnostizierten und therapierten Kehlkopfkarzinome mit Sterblichkeitsraten von 40 bis 50 % der Erkrankten.

Eine detaillierte Darstellung der Entstehung und Prognose zu den Asbesterkrankungen findet sich in der oben schon erwähnten Schrift „Asbestverursachte Berufskrankheiten in Deutschland – Entstehung und Prognose“ (Seite 72 ff.).

3 Statistische Ergebnisse

3.1 Eckwerte des BK-Geschehens

Tabelle 1 (siehe Seite 24) zeigt auf einen Blick eine Gesamtübersicht zu den wichtigsten Zahlen der durch Quarz- und Asbeststaub verursachten Berufskrankheiten. Die Zeitreihe beginnt mit dem Jahr 1950, nachdem für dieses Geschäftsjahr erstmals zuverlässige Zahlen zumindest für die Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit und die damals festgestellten neuen Renten („erstmalig entschädigte Fälle“) zur Verfügung stehen. Diese Zahlen sind seit jeher Bestandteil der jährlich veröffentlichten Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der UV-Träger; sie werden auch an das BMAS für die Erstellung des Unfallverhütungsberichtes gemeldet. Das Geschäftsjahr 2004 schließt die Reihe ab.

Ab dem Geschäftsjahr 1980 sind für die zu diesem Zeitpunkt bereits in der Liste enthaltenen Berufskrankheiten statistische Angaben zu weiteren Parametern des BK-Geschehens möglich. Die Voraussetzung hier-

für lieferte die 1975 eingeführte Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK), die – nach einer Phase der Übernahme auch der Altdaten und der Konsolidierung des Gesamtbestandes – ab 1978 das Material für eine Reihe statistischer Auswertungen liefert. Die wichtigsten Ergebnisse aus der Bearbeitung von Berufskrankheiten sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Zusätzlich könnten noch die nicht als Berufskrankheit bestätigten Verdachtsanzeigen ausgewiesen werden mit den jeweils maßgeblichen Gründen für die Ablehnung. Daneben könnten Zahlen zu den zum Jahresende noch laufenden Renten ausgewiesen werden, unterschieden nach Versicherten- und Hinterbliebenenrenten. Schließlich stehen auch Angaben zu den Kosten der einzelnen BK-Arten pro Geschäftsjahr und die Kontenart zur Verfügung. Ein Teil dieser Daten findet sich in den folgenden Tabellen zu einzelnen Berufskrankheiten.

Im langjährigen Durchschnitt sind zu den jeweils ausgewiesenen Zahlen der Verdachtsanzeigen entsprechend viele „entschiedene Fälle“ registriert worden, nachdem grundsätzlich über jeden Verdachtsfall nach Prüfung des Sachverhalts eine Verwaltungsentscheidung zu treffen ist. Zu berücksichtigen ist dabei die Dauer des Verwaltungsverfahrens, das bei komplexen Sachverhalten durchaus mehr als ein Jahr beanspruchen kann. Die Differenz zwischen den entschiedenen Fällen eines Geschäftsjahres und den im gleichen Beobachtungszeitraum anerkannten Berufskrankheiten ist als Gesamtzahl der nicht bestätigten Fälle zu werten. Die Zahl der „Neuen Renten“ ist eine Teilmenge aus den „anerkannten BKen“.

Zu den „anerkannten BKen“ ist anzumerken, dass es bei den Silikosen (BK 4101) und den Asbestosen (BK 4103) zur Anerkennung des Versicherungsfalles bei röntgenologisch eindeutigen Befunden kommt. Diese am Krankheitsbegriff des BK-Rechts orientierte Verfahrensweise wird in den statistischen Nachweisen, beginnend ab 1993, dadurch sichtbar (in der Tabelle ab 2000), dass wesentlich mehr anerkannte BKen als neue Renten ausgewiesen sind. Auf die übrigen vier in Tabelle 1 beschriebenen Berufskrankheiten trifft dies nicht zu.

**Berufskrankheiten durch Quarz (BK 4101, 4102, 4112)
und Asbest (BK 4103, 4104, 4105)
Gesamtübersicht 1950 bis 2004**

Tabelle 1

BKen/Basiszahlen ¹⁾	Geschäftsjahre	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2004
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4101 Silikosen	Anzeigen	21 005	6 667	5 236	3 805	2 483	1 999	1 453
	Entschiedene Fälle	–	–	–	4 227	2 526	2 702	2 028
	Anerkannte BKen	–	–	–	1 099	471	1 641	1 189
	Neue Renten	6 618	3 791	1 295	1 001	453	376	314
	Todesfälle	–	–	–	1 507	821	450	412
4102 Siliko-Tuberkulosen	Anzeigen	2 911	651	444	244	103	61	37
	Entschiedene Fälle	–	–	–	199	110	64	56
	Anerkannte BKen	–	–	–	134	70	27	35
	Neue Renten	924	454	227	129	66	24	31
	Todesfälle	–	–	–	244	83	23	16
4112 ²⁾ Silikose-Lungenkrebs	Anzeigen	–	–	–	–	–	–	133
	Entschiedene Fälle	–	–	–	–	–	–	188
	Anerkannte BKen	–	–	–	–	–	–	78
	Neue Renten	–	–	–	–	–	–	69
	Todesfälle	–	–	–	–	–	–	49
4103 Asbestosen	Anzeigen	17	35	121	385	2 075	3 545	3 440
	Entschiedene Fälle	–	–	–	260	1 323	3 170	3 607
	Anerkannte BKen	–	–	–	118	379	1 765	2 056
	Neue Renten	5	23	63	96	304	376	390
	Todesfälle	–	–	–	20	30	55	73
4104 Asbestose-Lungen-/ Kehlkopfkrebs	Anzeigen	3	1	5	52	602	2 632	2 523
	Entschiedene Fälle	–	–	–	34	377	2 096	2 560
	Anerkannte BKen	–	–	–	20	132	707	842
	Neue Renten	0	0	2	19	128	670	790
	Todesfälle	–	–	–	18	101	437	511
4105 ³⁾ Mesotheliom	Anzeigen	–	–	–	48	441	920	1 119
	Entschiedene Fälle	–	–	–	44	374	837	1 122
	Anerkannte BKen	–	–	–	36	291	652	880
	Neue Renten	–	–	–	36	286	627	808
	Todesfälle	–	–	–	27	212	465	546

¹⁾ soweit statistisches Zahlenmaterial zur Verfügung steht

²⁾ ab 1. Oktober 2002 als Berufskrankheit bezeichnet

³⁾ ab 1. Januar 1977 als Berufskrankheit bezeichnet

Bei den Todesfällen sind sowohl die BK-Fälle erfasst, die wegen ihres schweren medizinischen Bildes (Krebs-erkrankung) noch während des laufenden Verwaltungsverfahrens zum Tod des Versicherten führen, als auch Todesfälle infolge der BK nach langjährigem Bezug von Versichertenrente. Soweit erst der Tod des Versicherten die Meldung und Anerkennung der Berufs-krankheit auslöst, wird der Fall entsprechend der amtlichen Anleitung für die Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der UV-Träger auch als „Neuer Renten-Fall“ gezählt. Ein Teil der Todesfälle ist demnach zusätzlich in dieser Gruppe ausgewiesen.

3.2 Wandel im BK-Geschehen

Die nähere Betrachtung der in Tabelle 1 enthaltenen Basiszahlen zeigt den im einleitenden Teil unter 2.5 beschriebenen grundlegenden Wandel in den Zahlen der durch die anorganischen Stäube Quarz und Asbest verursachten Berufskrankheiten. Während bei den Quarzstauberkrankungen als Folge konsequenter Maßnahmen des Arbeitsschutzes, der arbeitsmedizinischen Vorsorge und der sekundären Individualprävention vom Trend her ein Rückgang sämtlicher statistischer Eckwerte zu verzeichnen ist, sind bei den Asbeststauberkrankungen die Zahlenkontingente bis in die jüngste Vergangenheit stetig angestiegen. Allerdings deutet sich bei den Asbestosen und den asbestbedingten Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura und des Kehlkopfes im Vergleich der Zahlen aus den Jahren 2000 und 2004 aufgrund des Rückgangs der BK-Anzeigen eine Abflachung des Anstiegs an. Die noch höheren Zahlen bei den entschiedenen und den anerkannten Fällen stammen zum Teil aus Meldungen für vorauslaufende Geschäftsjahre oder aus wiederaufgegriffenen Fällen zurückliegender Geschäftsjahre.

Die Mesotheliomerkrankungen dagegen weisen nach wie vor bei allen dargestellten Werten deutliche Steigerungs-raten auf.

Für die auch im Jahr 2004 noch ansteigenden Zahlen des asbestinduzierten Mesothelioms (BK 4105) muss bedacht werden, dass auch relativ kurze Einwirkungszeiten die Ursache der Krebserkrankung sein können. Hierüber fehlen häufig Aufzeichnungen in den Betrie-

ben, die Grundlage einer regelmäßigen arbeitsmedizinischen Betreuung sein könnten. Außerdem können ausreichende Einwirkungs-dosen noch aus Zeiten stammen, in denen eine längerfristige Asbeststaubeinwirkung im Sinne der Entstehung einer BK 4103 oder 4104 durch Maßnahmen des technischen Arbeitsschutzes bereits ausgeschlossen war. Die bekanntermaßen langen Latenzzeiten für Asbestkrebserkrankungen führen dann zu der statistisch bereits feststellbaren zeitlichen Verschiebung.

Die folgenden Geschäftsjahre sollten deshalb sehr sorgfältig unter diesem Aspekt beobachtet und in ihren Einzelfallgestaltungen analysiert werden, um zuverlässige Anhaltspunkte für die künftige Entwicklung zu erhalten.

Die in früheren Jahren und Jahrzehnten dominierende Stellung der Quarzstauberkrankung ist nicht mehr zu beobachten. Besonders beeindruckend war der Rückgang der Verdachtsanzeigen, aber auch der neuen Renten bei den Silikosen (BK 4101) zwischen 1950 und 1960. Von 1950 bis ins Jahr 2004 sind die Eckwerte auf unter 7 % bzw. unter 5 % des jeweiligen Ausgangswertes gesunken. Noch erfreulicher verlief die Entwicklung bei den Siliko-Tuberkulosen (BK 4102). In den 2 911 Anzeigen und 924 neuen Renten des Jahres 1950 spiegeln sich noch die ungünstigen Verhältnisse aus der Nachkriegszeit wider. 2004 sind gerade noch 37 Verdachtsanzeigen, 31 neue Renten und 16 Todesfälle bei dieser Berufskrankheit registriert worden.

Bei den Asbestosen und den asbestinduzierten Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen sind zu keinem Zeitpunkt derart hohe Fallzahlen wie bei den Quarzstauberkrankungen aufgetreten. Erst in den letzten Jahren haben die statistischen Eckwerte der Asbestererkrankungen die Quarzstauberkrankungen überholt. Betroffen macht nach wie vor die hohe Zahl von Todesfällen bei krebserkrankten Versicherten. Zusammen mit den durch reine Asbestosen verursachten Sterbefällen wurde im Jahr 2002 erstmals die Grenze von jährlich 1 000 Toten durch den Arbeitsstoff Asbest überschritten, 2004 wurde eine Zahl von 1 130 asbeststaubbedingten Todesfällen dokumentiert. Es sollten deshalb

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

alle geeigneten Mittel einer Früherkennung von Krebs-erkrankungen und deren wirksamer Therapie im Anfangsstadium erforscht und eingesetzt werden.

Ausgewiesen sind – ausschließlich mit Zahlen für das Geschäftsjahr 2004 – die statistisch erfassten Werte der ab dem 1. Oktober 2002 in die BK-Liste aufgenommenen Silikose-Lungenkrebs-erkrankungen (BK 4112). Zahlen für die Jahre 2002 bis 2004 finden sich in der Übersicht von Tabelle 3 a auf Seite 30. Die nächsten Jahre werden zeigen, ob sich noch wesentliche Veränderungen in den statistischen Eckwerten ergeben.

3.3 Übersichten zu den Erkrankungen durch die Einwirkung von Quarzstaub

Die folgenden Tabellen zeigen jeweils die Entwicklung der in Tabelle 1 zusammengefassten Quarzstaub- und Asbeststauberkrankungen auf. Tabelle 2 enthält die Zahlen der Quarzstaublungen-erkrankung (Silikose – BK 4101). Für die Verdachtsanzeigen und die neuen Renten (früher: „Erstmals entschädigte Fälle“) reichen die Aufzeichnungen bis zum Jahr 1950 zurück. Die übrigen Spalten beginnen mit dem Jahr 1980. Mithilfe der BK-Dokumentation können insoweit erste Zahlen ab 1978 dargestellt werden. Die Zeile mit den Gesamtzahlen verwendet entweder sämtliche Einzelwerte aus der Zeitreihe von 1950 bis 2004 oder aus der verkürzten Zeitreihe von 1978 bis 2004. Für den Rentenbestand, der jeweils zum Stichtag 31. Dezember des betroffenen Geschäftsjahres gezählt wurde, wird eine Gesamtsumme nicht ausgewiesen.

Tabelle 3 (siehe Seite 29) enthält die entsprechenden Werte für die Siliko-Tuberkulose (BK 4102), bezogen auf die gleichen Beobachtungszeiträume. Die Tabellen 4 bis 14 (siehe Seiten 31 ff.) dieses Teils fassen die Zahlen der Silikosen und die der Siliko-Tuberkulosen jeweils zusammen. Nachdem die Siliko-Tuberkulose nur auf dem Boden einer Quarzstaubeinwirkung mit nachgewiesener Quarzstaubeinlagerung in den Lungen entstehen kann, liegen hinsichtlich der Verursachung einheitlich zu bewertende Verhältnisse vor.

Die Entwicklung der Quarzstaublungen-erkrankung hat in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten das Berufs-erkrankungen-Geschehen in Deutschland wesentlich geprägt. An den Zahlen der 50er-Jahre lässt sich zunächst die Änderung der Anerkennungs-voraussetzungen bei dieser Berufs-erkrankung nachvollziehen. 1952 wurde in der BK-Bezeichnung das Erfordernis der „Schwere der Erkrankung“ gestrichen. Dies führte in den Folgejahren zu einem sprunghaften Anstieg sowohl der Verdachtsanzeigen als auch der neuen Renten. Von 1951 bis zum Spitzenwert in 1954 nahm die Zahl der Meldungen von 19 299 auf 29 426, also um rund 50 % zu. Die neuen Rentenfälle stiegen von 4 987 im Jahr 1952 auf 10 344 im Jahr 1953; der Ausgangswert hatte sich mehr als verdoppelt.

Für die Folgezeit ab Mitte der 50er-Jahre ist fast durchgängig ein steter Rückgang der Fallzahlen zu registrieren. Die Sanierung/Verbesserung staubgefährdeter Arbeitsplätze, aber auch die lückenlose arbeitsmedizinische Betreuung gefährdeter Arbeitnehmer zeigen in dieser Entwicklung ihre Wirkung. 2004 wurden noch 1 453 Verdachtsanzeigen und 314 neue Renten bei den Silikosen gezählt. Diese dem Grunde nach erfreuliche Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach in den nächsten Jahren fortsetzen.

Ausgewiesen sind in Spalte 4 der Tabelle 2 sämtliche der mit Versicherungsfall anerkannten Silikosen. Hier fällt der sprunghafte Anstieg der Zahlen ab dem Geschäftsjahr 1995 auf. Die Ursache liegt darin, dass, beginnend mit den 90er-Jahren, bei Silikosen der Versicherungsfall bereits bei Vorliegen eindeutiger Staubeinlagerungen in der Lunge anerkannt werden kann (vgl. einleitender Teil, 2.2), auch wenn eine zur Rentenzahlung berechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit (noch) nicht vorliegt. Mit dieser „Befundaner-ennung“ wird dem Feststellungsinteresse des Versicherten entsprochen und die Grundlage für eine vereinfachte Überprüfung ggf. veränderter BK-Folgen geschaffen. Mittlerweile liegt bei etwa der Hälfte der neuen Rentenfälle bereits eine im Vorfeld als Berufs-erkrankung anerkannte Röntgenbild-Silikose vor.

BK 4101 – Quarzstaublungenenerkrankungen (Silikose) Entwicklung von 1950 bis 2004¹⁾

Tabelle 2

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle ²⁾	Anerkannte BKen ²⁾	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Todesfälle ²⁾	Rentenbestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
1950	21 005	-	-	6 618	-	-	-
1951	19 299	-	-	5 224	-	-	-
1952	25 418	-	-	4 987	-	-	-
1953	27 957	-	-	10 344	-	-	-
1954	29 426	-	-	6 410	-	-	-
1955	22 467	-	-	5 670	-	-	-
1956	16 826	-	-	4 234	-	-	-
1957	8 788	-	-	4 447	-	-	-
1958	7 770	-	-	4 614	-	-	-
1959	6 573	-	-	4 058	-	-	-
1960	6 667	-	-	3 791	-	-	-
1961	6 335	-	-	3 349	-	-	-
1962	6 191	-	-	3 265	-	-	-
1963	5 224	-	-	2 809	-	-	-
1964	5 319	-	-	2 338	-	-	-
1965	5 272	-	-	2 416	-	-	-
1966	5 321	-	-	2 066	-	-	-
1967	5 201	-	-	1 869	-	-	-
1968	4 972	-	-	1 508	-	-	-
1969	5 800	-	-	1 369	-	-	-
1970	5 236	-	-	1 295	-	-	-
1971	4 947	-	-	1 309	-	-	-
1972	5 471	-	-	1 272	-	-	-
1973	5 234	-	-	1 335	-	-	-
1974	5 717	-	-	1 207	-	-	-
1975	6 461	-	-	1 088	-	-	-
1976	5 010	-	-	976	-	-	-
1977	4 412	-	-	1 052	-	-	33 520
1978	4 061	4 015	1 120	1 000	2 895	1 638	31 109
1979	3 732	4 097	1 104	939	2 993	1 441	29 439
1980	3 805	4 227	1 099	1 001	3 128	1 507	27 760
1981	3 480	4 375	1 049	930	3 326	1 392	26 517
1982	3 217	3 938	1 137	1 007	2 801	1 409	25 207
1983	3 188	3 937	981	841	2 956	1 211	23 961
1984	3 258	3 556	856	781	2 700	1 135	22 446
1985	3 140	3 341	685	630	2 656	939	21 241
1986	3 105	3 188	701	652	2 487	1 127	20 109
1987	2 879	2 956	649	606	2 307	960	19 042
1988	2 695	2 972	640	598	2 332	825	17 900
1989	2 742	2 745	571	545	2 174	709	16 694
1990	2 483	2 526	471	453	2 055	821	16 178
1991	3 805	2 644	548	503	2 096	753	17 509
1992	3 477	2 660	680	583	1 980	770	18 547
1993	3 766	2 911	2 038	589	873	853	18 398
1994	3 354	3 597	2 026	624	1 571	753	17 894
1995	3 324	4 254	2 771	636	1 483	786	17 082
1996	3 450	4 297	2 732	558	1 565	653	16 658
1997	2 946	3 916	2 498	401	1 418	560	15 426
1998	2 774	3 530	2 136	420	1 394	525	14 599
1999	2 323	3 233	1 928	403	1 305	507	13 737
2000	1 999	2 702	1 641	376	1 061	450	12 958
2001	1 704	2 518	1 564	411	954	482	12 207
2002	1 726	2 252	1 346	375	906	442	11 579
2003	1 494	2 078	1 168	293	910	460	10 831
2004	1 453	2 028	1 189	314	839	412	10 164
Jeweils verfügbarer Zeitraum zusammen	363 699	88 493	35 328	107 416	53 165	23 520	-

1) soweit Zahlen verfügbar
2) ab 1978 statistisch erfasst

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Die in Sp. 6 ausgewiesenen Fälle, in denen sich der BK-Verdacht nicht bestätigt hat, ergeben im langjährigen Mittel zusammen mit den anerkannten BKs wiederum die Zahl der entschiedenen Fälle und – mit der zu berücksichtigenden zeitlichen Verschiebung – auch die Zahl der Verdachtsanzeigen.

Die Gründe dafür, dass sich der mit der Anzeige geäußerte BK-Verdacht nicht bestätigt hat, liegen zumeist in der haftungsbegründenden Kausalität, d.h., es konnte keine qualifizierte Form einer Quarzstaubeinwirkung in der Arbeitsanamnese gefunden werden. In einer Reihe von Fällen ergaben die ärztlichen Untersuchungen (insbesondere radiologische Befunderhebung), dass es trotz adäquater Staubbelastung nicht zur Aufnahme von Feinstaubpartikeln in die Lunge gekommen ist, sodass auch nicht das Anfangsstadium einer Silikose vorliegen kann.

Für die in Folge der Silikose eingetretenen Todesfälle stehen nach einheitlichen Kriterien erfasste Fallzahlen ebenfalls seit 1978 (BK-DOK) zur Verfügung. Seit 1978 ist die Zahl der Sterbefälle von 1 638 auf 412 im Jahr 2004 gesunken; das sind noch rund 27 % des Ausgangswertes. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nach anerkannter Silikose mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50 % und mehr vom Hundert der Tod stets als Folge der BK gewertet wird, wenn eine andere Todesursache nicht offenkundig feststellbar ist. Auf der Grundlage dieser gesetzlichen Vermutung ist in der Vergangenheit ein Großteil der Todesfälle als BK-Folge zu behandeln gewesen. Die Anzahl solcher Fallgestaltungen hat in den letzten Jahren deutlich abgenommen. Dies liegt darin begründet, dass – als Folge der eingangs beschriebenen Maßnahmen der Prävention – nicht nur die Anzahl der neu entstandenen Silikosen stark rückläufig ist, sondern dass auch die Krankheitsbilder bei weitem nicht mehr den Schweregrad wie in den zurückliegenden Beobachtungszeiten aufweisen. Auch die Progredienz der Rückwirkungen auf die Atmungs- und Kreislauffunktionen erreicht in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle nicht mehr die aus früheren Zeiten bekannten Ausmaße.

All dies führt dazu, dass die Quarzstaublungenenerkrankung in ihrer heutigen Erscheinungsform nicht mehr die

ausgeprägt infauste Prognose für den Versicherten bedeutet, wie dies ursprünglich der Fall gewesen ist.

Statistische Auswertungen zeigen, dass leichte bis mittelschwere Silikosen in aller Regel nicht mehr zu einer Lebensverkürzung bei den Betroffenen führen. Der Rentenbestand (vgl. Sp. 8 der Tabelle 2) nimmt deshalb in größeren Raten ab, als dies aus der Differenz zwischen neuen Renten und den BK-Todesfällen zu erwarten wäre.

Ein weiteres Merkmal für die deutlich verbesserte Arbeitsplatzsituation in quarzstaubgefährdeten Arbeitsbereichen ist der durchgehend zu beobachtende Rückgang der Übergangsleistungen nach § 3 Abs. BKV. Danach besteht im Einzelfall Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich durch den UV-Träger, wenn ein Versicherter wegen der Gefahr des Entstehens einer Silikose oder deren Verschlimmerung nach arbeitsmedizinischer Beurteilung seinen Arbeitsplatz aufgeben muss.

Seit 1986 werden diese Fallgestaltungen von der BK-DOK erfasst. In diesem Jahr waren noch 134 Übergangsleistungen aus Anlass eines Arbeitsplatzwechsels neu festgestellt worden. Im Durchschnitt der letzten fünf Jahre von 2002 bis 2004 wurden noch insgesamt 68 solcher Fälle dokumentiert. Man kann auch diese Entwicklung als Indikator dafür verwenden, dass die Berufskrankheit „Silikose“ (BK 4101) künftig nur deshalb noch eine bemerkenswerte Rolle spielen wird, weil zum einen noch sog. Altlastfälle aus z.T. weit zurückliegenden Jahren der Exposition auftreten werden und zum anderen eine einmal festgestellte Beeinträchtigung der Atmungs- und/oder Kreislauffunktionen mit rentenpflichtigem Ausmaß nicht reversibel ist.

Die Zahlen der Silikotuberkulose haben zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd die der „Haupt-Berufskrankheit“ Silikose erreicht. In ihrem statistischen Verlauf teilt die Silikotuberkulose das Schicksal der Quarzstaublungenenerkrankung. Die in den 50er-Jahren registrierten relativ hohen Fallzahlen sind – dem Verlauf der Silikosen folgend – in dem zurückliegenden Beobachtungszeitraum ganz erheblich zurückgegangen. Die Abnahme der Fallzahlen bei den Fällen der BK 4102 war – wegen der besonderen Ausgestaltung der Aner-

**Quarzstaublungenenerkrankung in Verbindung
mit aktiver Lungentuberkulose BK 4102 – Siliko-TBC
Entwicklung von 1950 bis 2004¹⁾**

Tabelle 3

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle ²⁾	Anerkannte Bkem ²⁾	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Todesfälle ²⁾	Renten- bestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
1950	2 911	–	–	924	–	–	–
1951	1 172	–	–	801	–	–	–
1952	1 330	–	–	706	–	–	–
1953	1 297	–	–	830	–	–	–
1954	1 364	–	–	701	–	–	–
1955	1 147	–	–	942	–	–	–
1956	670	–	–	504	–	–	–
1957	608	–	–	567	–	–	–
1958	654	–	–	695	–	–	–
1959	672	–	–	518	–	–	–
1960	651	–	–	454	–	–	–
1961	524	–	–	427	–	–	–
1962	496	–	–	386	–	–	–
1963	460	–	–	392	–	–	–
1964	495	–	–	478	–	–	–
1965	454	–	–	393	–	–	–
1966	502	–	–	352	–	–	–
1967	540	–	–	343	–	–	–
1968	506	–	–	319	–	–	–
1969	415	–	–	292	–	–	–
1970	444	–	–	227	–	–	–
1971	356	–	–	281	–	–	–
1972	463	–	–	256	–	–	–
1973	424	–	–	214	–	–	–
1974	462	–	–	232	–	–	–
1975	429	–	–	221	–	–	–
1976	393	–	–	184	–	–	–
1977	331	–	–	155	–	–	3 092
1978	310	258	173	157	85	215	2 774
1979	265	261	188	166	73	232	2 647
1980	244	199	134	129	65	244	2 599
1981	205	233	168	153	65	196	2 495
1982	164	207	146	135	61	202	2 362
1983	143	199	120	106	79	155	2 283
1984	130	177	119	109	58	164	2 112
1985	105	153	94	83	59	117	2 025
1986	117	150	102	98	48	111	1 808
1987	109	125	86	77	39	116	1 700
1988	110	144	83	81	61	111	1 526
1989	105	121	76	68	45	64	1 320
1990	103	110	70	66	40	83	1 196
1991	92	97	66	59	31	73	1 095
1992	102	119	74	69	45	66	981
1993	103	105	61	55	44	58	874
1994	110	96	55	44	41	54	807
1995	101	89	59	49	30	40	724
1996	77	99	55	45	44	45	731
1997	58	72	38	32	34	29	563
1998	87	76	38	35	38	29	485
1999	73	78	37	33	41	28	391
2000	61	64	27	24	37	23	329
2001	43	75	40	37	35	25	297
2002	44	54	31	29	23	20	257
2003	52	58	29	27	29	15	241
2004	37	56	35	31	21	16	228
Jeweils verfügbarer Zeitraum zusammen	23 320	3 475	2 204	14 791	1 271	2 531	–

¹⁾ soweit Zahlen verfügbar
²⁾ ab 1978 statistisch erfasst

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

kennungsvoraussetzungen in der BK-Liste – noch stärker ausgeprägt als bei den reinen Silikosen. Dies hängt mit der allgemeinen Abnahme der Infektionskrankheiten, zu denen die Tuberkulose zählt, zusammen. Die Bekämpfung dieser früheren Volksseuche durch flächendeckende Röntgen-Reihenuntersuchungen, die Ausheilung von potenziellen Infektionsherden, die Verbesserung der Ernährungsverhältnisse und der hygienischen Lebensumstände hat diesen Effekt entscheidend gestaltet.

Den 2 911 angezeigten Verdachtsfällen aus dem Jahre 1950, das noch zur Nachkriegszeit gerechnet werden muss, stehen 37 Anzeigen im Jahr 2004 gegenüber; das sind 1,3 % des Ausgangswertes. Bei den neuen Renten wurden 1950 924 Fälle, 2004 noch 21 Fälle gezählt, was einem Rückgang auf 2,3 % entspricht.

Ob eine völlige Beseitigung der Silikotuberkulose als Berufskrankheit gelingt, hängt von der künftigen Entwicklung der Infektionskrankheiten ab. Experten sind der Meinung, dass mit den erreichten Erfolgen der Krankheitsverhütung eine gewisse Sorglosigkeit im Umgang mit den Schutzmaßnahmen einhergeht, sodass ein Bodensockel von Erkrankungsfällen statistisch wohl einkalkuliert werden muss.

Bei den Fällen der Silikotuberkulose (BK 4102) kann es, anders als bei den reinen Silikosen, keine voraus-

laufenden Anerkennungen eines Röntgenbefundes als BK geben. Es liegt aber häufig schon eine anerkannte BK in Form einer Röntgenbild-Silikose vor. Dies erklärt die relativ geringe Zahl von Verdachtsanzeigen im Vergleich zu den anerkannten Fällen (Sp. 2/Sp. 4). Bei Hinzutritt einer aktiven (ansteckungsfähigen) Tuberkulose ist in aller Regel eine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festzustellen. Die Zahlen der neuen Renten (Sp. 5) liegen deshalb nur geringfügig unter denen der anerkannten BKen (Sp. 4).

Grundsätzlich kann nach Ausheilung einer Begleit-Tuberkulose wieder der ursprüngliche Zustand einer reinen Silikose vorliegen. Ob dann Rente zu beanspruchen ist, hängt von den Rückwirkungen der Staubeinlagerungen auf die Funktionen von Atmung und Kreislauf ab. In der BK-DOK werden sowohl die „Umanerkennungen“ von BK 4101 (Silikose) auf BK 4102 (Silikotuberkulose) erfasst als auch die umgekehrte Fallgestaltung bei nachgewiesener Inaktivität der TBC-Infektion.

Die durch Quarzstaub verursachten Lungenkrebserkrankungen sind ab 1. Oktober 2002 in die BK-Liste aufgenommen worden. Es lassen sich deshalb noch keine endgültigen Aussagen zur weiteren statistischen Entwicklung ableiten. Die Anerkennungsquote beträgt

BK 4112 – Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose) **BK 4112 – Lungenkrebs, Quarz** **Entwicklung von 2002 bis 2004**

Tabelle 3 a

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle	Anerkannte BKen	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Todesfälle	Rentenbestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
2002	76	37	20	9	17	5	9
2003	127	149	60	45	89	41	43
2004	133	188	78	69	110	49	57
zusammen	336	374	158	123	216	95	-

42,2 %, bezogen auf die entschiedenen Fälle. Dass die Zahl der registrierten BK-Anzeigen unter der der entschiedenen Fälle liegt, ist darin begründet, dass bei einem Teil der Versicherten im Vorfeld der Krebserkrankung bereits ein Verwaltungsverfahren wegen des Verdachts auf eine Silikose (BK 4101) durchgeführt und eine Berufskrankheit anerkannt worden war. Bei Hinzutritt eines Lungenkrebses ist dann im Rahmen der BK-Dokumentation eine Umanerkennung auf die BK-Nr. 4112 vorzunehmen, eine weitere BK-Anzeige wird nicht dokumentiert.

Soweit im Einzelfall von auseinanderlaufenden Entwicklungen ausgegangen werden kann, ist dies im Erläuterungstext vermerkt. Die durch Quarzstaub verursachten Lungenkrebserkrankungen (BK 4112) sind in den folgenden Tabellen nicht berücksichtigt, nachdem der Beobachtungszeitraum (1. Oktober 2002 bis 31. Dezember 2004) für tiefergreifende Untersuchungen noch zu kurz ist. Da für die Anerkennung einer BK 4112 stets der Grundtatbestand einer zumindest Röntgenbild-Silikose vorliegen muss, sind zudem keine wesentlich gegenüber den Tabellen 4 bis 14 abweichenden Zahlen zu erwarten.

Zu Tabellen 4 bis 14:

Die enge Anbindung der Silikotuberkulose (BK 4102) an den Grundtatbestand der Silikose (BK 4101) erlaubt eine gemeinsame Betrachtung zusammengefasster Zahlen bei einer Reihe von statistischen Merkmalen. Die nachfolgenden Tabellen/Übersichten weisen deshalb stets Zahlen für beide BK-Nummern aus.

Beteiligte Wirtschaftszweige

Silikosen/Silikotuberkulosen kommen im Wesentlichen nur in den vier Wirtschaftszweigen

- Bergbau,
- Steine und Erden,

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen Anzeigen auf Verdacht einer BK 1980 bis 2004 Anerkannte Fälle 2004 Verteilung auf Wirtschaftszweige

Tabelle 4

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Anzeigen						Anerkannte Fälle	
		1980		1990		2004		2004	
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Bergbau	2 264	68,5	1 682	59,9	878	58,0	887	73,2
2	Steine und Erden	330	10,0	229	8,2	172	11,4	93	7,7
3	Metall	432	13,1	427	15,2	227	15,0	118	9,7
4	Feinmechanik und Elektrotechnik	30	0,9	59	2,1	39	2,6	15	1,2
5	Chemie	48	1,5	21	0,7	15	1,0	9	0,7
6	Holz	6	0,2	5	0,2	4	0,3	1	0,1
7	Bau	171	5,2	283	10,1	142	9,4	74	6,1
8	Handel und Verwaltung	7	0,2	48	1,7	16	1,1	2	0,2
9	Verkehr	12	0,4	41	1,5	5	0,3	1	0,1
10	Gesundheitsdienst	1	0,0	4	0,1	6	0,4	11	0,9
11	übrige	2	0,1	9	0,3	10	0,7	1	0,1
	Gesamt	3 303	100,0	2 808	100,0	1 514	100,0	1 212	100,0

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

- Metall,
- Bau

vor. In all den zurückliegenden Jahren haben die Verdachtsanzeigen und die anerkannten Bken dieser Gewerbebranche über 95 % der Gesamtzahlen erreicht. Für den Bergbau waren und sind die Quarzstaublungenenerkrankungen die klassische Berufskrankheit schlechthin. Die Quote der bestätigten Bken liegt hier noch über den Prozentanteilen der Verdachtsanzeigen.

Ergebnisse von Verwaltungsverfahren

Tabelle 5 fasst für die letzten 10 Jahre die Ergebnisse der Sachbearbeitung bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften zusammen, soweit dies die Silikosen/Silikotuberkulosen betrifft. Die Übersicht zeigt eine Reihe von Facetten aus den Verwaltungsverfahren auf, die ansonsten weniger beleuchtet werden. Insbesondere die in der Praxis vorkommenden Ablehnungsgründe werden im Detail dargestellt.

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen Entschiedene Fälle 1995 bis 2004

Tabelle 5

Zeile Nr.	Art der Entscheidung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Zusammen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Neue BK-Rente	724	602	434	473	430	396	444	394	320	345	4 562
2	Anerkannt ohne Rente	65	68	66	53	40	80	175	74	53	65	739
3	Anerkannt ohne Rente, dauernde und völlige EU	15	13	13	3	3	3	3	5	2	3	63
4	Anerkannt ohne Rente, Befundanerkennung	2 220	2 050	2 009	1 663	1 418	1 148	934	863	801	799	13 905
5	Ablehnung: keine Einwirkung	290	269	240	188	215	185	191	172	150	173	2 073
6	Ablehnung: Beratungsfall	20	11	68	57	87	72	137	73	99	68	692
7	Ablehnung: fehlende Mitwirkung	45	46	58	84	86	66	49	44	45	54	577
8	Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	163	141	120	116	79	76	65	50	46	42	898
9	Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	0	2	3	0	0	0	5	1	11
10	Ablehnung: Verfristung	0	0	1	3	1	1	3	0	2	0	11
11	Ablehnung: Einwirkung liegt vor	964	1 132	1 023	1 006	908	717	633	578	541	512	8 014
	Insgesamt	4 506	4 332	4 032	3 648	3 270	2 744	2 634	2 253	2 064	2 062	31 545

Insgesamt sind in dem Zeitraum von 1995 bis 2004 31 545 erstmalige Verwaltungsentscheidungen zu den beiden Berufskrankheiten getroffen worden. Beteiligt waren stets die bei den Berufsgenossenschaften eingerichteten Rentenausschüsse aus den ehrenamtlich tätigen Organen. In 61,1% der Fälle (Zeilen Nr. 1-4 der Tabelle, 19 269 Fälle) hat sich der Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigt; davon waren wiederum ein knappes Viertel neue Rentenfälle, in gut drei Viertel der Fälle wurde eine Befundanererkennung ausgesprochen.

Bei 38,9 % der entschiedenen Fälle (Zeilen Nr. 5-11 der Tabelle = 12 276 Fälle) konnte eine Berufskrankheit nicht anerkannt werden. In 2 073 dieser Fälle (Zeile Nr. 5) war eine BK-spezifische Quarzstaubeinwirkung im Arbeitsleben des Versicherten nicht festzustellen. 692 Fälle (Zeile Nr. 6 der Tabelle) konnten auf dem Beratungsweg erledigt werden. Die Verdachtsanzeige war offenkundig irrtümlich an die Berufsgenossenschaft gerichtet worden. 577 Ablehnungsentscheidungen (Zeile Nr. 7 der Tabelle) hatten ihre Ursache in der fehlenden Mitwirkung des Versicherten, ohne die eine Sachaufklärung im Einzelfall nicht möglich war.

In 898 Fällen (Zeile Nr. 8 der Tabelle) hatte zwar eine Staubgefährdung vorgelegen, die vom Arzt attestierten Atem-/Kreislaufbeschwerden waren aber nicht auf die Quarzexposition und eine daraus resultierende Staubeinlagerung in den Lungen zurückzuführen; es lagen nachweislich anderweitig entstandene Gesundheitsstörungen bei den Versicherten vor.

Ein Großteil ablehnender Entscheidungen war damit zu begründen, dass zwar eine relevante Quarzstaubeinlagerung im Arbeitsleben bestanden hat, dass aber kein Krankheitsbild entsprechend der BK-Bezeichnung, das sich in Funktionsstörungen des Atemwegs- oder Kreislaufsystems gezeigt hätte, diagnostiziert werden konnte. Die ausgewiesenen insgesamt 8 014 Fälle (Zeile Nr. 11 der Tabelle) stellen rund ein Viertel aller Verwaltungsentscheidungen und rund zwei Drittel aller Ablehnungsfälle dar.

Gelegentlich kommt es vor, dass der in der Verdachtsanzeige genannte Erkrankte nicht zum Kreis der in der

gesetzlichen UV versicherten Personen zählt (Zeile Nr. 9 der Tabelle) oder dass etwaige Ansprüche bei Anmeldung verjährt waren (Zeile Nr. 10 der Tabelle).

Wandel in den Krankheitsbildern

Die verschiedentlich getroffene Feststellung, dass die Krankheitsbilder neu hinzukommender Rentenfälle bei Silikosen in jüngerer Zeit bei weitem nicht mehr so gravierend sind wie in vergangenen Jahren, lässt sich aus Tabelle 6 nachvollziehen. Der Anteil der Fälle mit MdE-Sätzen von 50 % und mehr (ab Zeile 7) ist durchgehend rückläufig. Die vereinzelt noch in diesem Bereich registrierten Fälle betreffen ausschließlich die Silikotuberkulose, deren Entschädigung den bei Rentenbeginn zunächst bestehenden aktiven (fortschreitenden) und damit infausten Befund berücksichtigt. Selbst bei Zusammenfassung beider Berufskrankheiten hat der Anteil der Rentenfälle mit einer MdE von 50 % und mehr von 8,1 % im Jahr 1990 auf 4,6 % im Jahre 2004 abgenommen. Diese Entwicklung wird sich in den Folgejahren sicher fortsetzen.

Dass für einen Teil der Fälle keine MdE-Werte in der BK-DOK erfasst sind, liegt z.T. an der noch offenen Zusammenführung von Verlaufsdaten zur Rentenzahlung und den Inhalten der BK-DOK zum gleichen Fall. Bei einem weiteren Teil – überwiegend Siliko-Tuberkulosefälle – wird ein MdE-Satz deshalb nicht mehr festgestellt, weil das Verfahren erst nach dem Tod des Versicherten eingeleitet werden konnte.

Von besonderem Interesse ist die steigende Zahl der Rentenfälle mit einem MdE-Satz von unter 20 %. Offenkundig zeigt sich hier eine Entwicklung, die – abweichend von der bisherigen medizinischen Lehrmeinung – Funktionsausfälle bei Atmung oder Kreislauf auch unterhalb des Schwellenwertes von 20 % als messbar betrachtet. Zur Rentenzahlung kommt es bei den betroffenen Fällen (2004 = 42 Fälle), weil aus anderem Anlass bereits eine (stützende) Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 10 % vorgelegen hat.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen Neue BK-Renten 1990 bis 2004 Verteilung auf MdE-Sätze

Tabelle 6

Zeile Nr.	MdE	1990	1993	1996	1999	2002	2004	zusammen
1	2	3	4	5	6	7		8
1	keine Angabe/keine MdE wegen Tod	29	186	90	44	102	83	534
2	unter 20%	1	1	45	22	42	42	153
3	20	350	397	343	263	169	145	1667
4	25	0	3	0	0	0	0	3
5	30	60	75	64	60	54	41	354
6	40	41	30	26	26	12	18	153
7	50	17	16	17	4	6	6	66
8	55	0	0	0	0	1	0	1
9	60	7	8	3	4	1	4	27
10	65	0	1	0	0	0	0	1
11	70	7	12	4	4	4	0	31
12	75	0	0	0	1	0	0	1
13	80	2	10	3	2	1	1	19
14	85	0	1	1	0	0	0	2
15	90	0	0	1	0	0	0	1
16	100	18	27	4	1	6	5	61
Insgesamt		532	767	601	431	398	345	3074

Trotz Staubeinwirkung keine Silikose

Dass die Einwirkung von Quarzstaub am Arbeitsplatz eines Versicherten nicht obligatorisch das Entstehen einer Silikose ggf. auch einer Silikotuberkulose zur Folge hat, ist eine in der Arbeitsmedizin bekannte empirische Erfahrung. Sie wird durch die Ergebnisse der BK-DOK bezogen auf die nicht bestätigten Verdachtsfälle erhärtet.

Tabelle 7 zeigt zunächst für das Jahr 2004 die Verteilung solcher Fälle auf die betroffenen Berufe, aus denen sich dann wiederum die Wirtschaftszweige erkennen lassen. Fasst man die typischen Berufsbereiche zusammen, ergibt sich auch hier ein Anteil von über 90 % des Gesamtbestandes (vgl. Zeilen Nr. 1, 2+3, 5+6, 9). Die Verteilung entspricht damit den anerkannten Berufskrankheiten.

Auch bei den registrierten Einwirkungszeiten besteht kein wesentlicher Unterschied zwischen den als Berufskrankheit anerkannten (Tabelle 8) und den nicht bestätigten Fällen (Tabelle 9). Bei immerhin 85,8 % der ausgewiesenen, nicht bestätigten Fälle hat eine Einwirkung von 5 bis unter 45 Jahren vorgelegen, ohne dass sich Quarzstaubeinlagerungen in der Lunge angesammelt hätten. Bei den anerkannten Berufskrankheiten liegt die Quote, bezogen auf den gleichen Einwirkungszeitraum mit 91,2 % nur unerheblich höher.

Diese Zahlen machen den hohen Stellenwert einer ständigen Verbesserung staubgefährdeter Arbeitsplätze sowie einer früh einsetzenden, umfassenden arbeitsmedizinischen Betreuung betroffener Versicherter deutlich. Die jeweiligen Zahlenwerte sind den Tabellen 8 und 9 zu entnehmen.

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Nicht bestätigte Fälle mit vorausgehender Quarzstaubeinwirkung 2004
Verteilung auf Berufe

Tabelle 7

Zeile Nr.	Berufsbereiche	Anzahl 2004	%Anteil
1	2	3	4
1	Bergleute, Mineralgewinner	391	68,6
2	Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	4	0,7
3	Keramiker, Glasmacher	25	4,4
4	Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeitung	7	1,2
5	Metallerzeuger, -bearbeiter	28	4,9
6	Schlosser, Mechaniker u.z.B.	24	4,2
7	Elektriker	4	0,7
8	Montierer, Metallberufe, a.n.g.	1	0,2
9	Bauberufe	23	4,0
10	Bau-, Raumausstatter, Polsterer	7	1,2
11	Tischler, Modellbauer	1	0,2
12	Maler, Lackierer u.ä.	5	0,9
13	Hilfsarbeiter o. Ang.	9	1,6
14	Maschinisten u.a.	8	1,4
15	Ingenieure, Chemiker, Physiker, Mathematiker	16	2,8
16	Techniker, Technische Sonderfachleute	3	0,5
17	Verkehrsberufe	12	2,1
18	Org.-, Verw.-, Büroberufe	0	0,0
19	Ordnungs-, Sicherheitsberufe	1	0,2
20	Dienstleistungsberufe	1	0,2
	Insgesamt	570	100,0

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Anerkannte BKen 2004 nach Einwirkung von Quarzstaub
Verteilung nach Einwirkungsdauer

Tabelle 8

Zeile Nr.	Einwirkungsdauer	Anzahl	%Anteil
1	2	3	4
1	< 1/2 Jahr	7	0,6
2	1/2 bis unter 1 Jahr	7	0,6
3	1 bis unter 2 Jahre	16	1,3
4	2 bis unter 5 Jahre	58	4,8
5	5 bis unter 10 Jahre	127	10,5
6	10 bis unter 15 Jahre	100	8,3
7	15 bis unter 20 Jahre	133	11,0
8	20 bis unter 25 Jahre	146	12,0
9	25 bis unter 30 Jahre	159	13,1
10	30 bis unter 35 Jahre	246	20,3
11	35 bis unter 40 Jahre	166	13,7
12	40 bis unter 45 Jahre	28	2,3
13	45 bis unter 50 Jahre	10	0,8
14	50 Jahre und länger	1	0,1
15	keine Angabe	8	0,7
	Insgesamt	1212	100,0

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen Nicht bestätigte BKen nach Einwirkung von Quarzstaub 2004 Verteilung nach Einwirkungsdauer

Tabelle 9

Zeile Nr.	Einwirkungsdauer	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4
1	< 1/2 Jahr	10	1,8
2	1/2 bis unter 1 Jahr	11	1,9
3	1 bis unter 2 Jahre	13	2,3
4	2 bis unter 5 Jahre	44	7,7
5	5 bis unter 10 Jahre	75	13,2
6	10 bis unter 15 Jahre	72	12,6
7	15 bis unter 20 Jahre	69	12,1
8	20 bis unter 25 Jahre	74	13,0
9	25 bis unter 30 Jahre	65	11,4
10	30 bis unter 35 Jahre	79	13,9
11	35 bis unter 40 Jahre	42	7,4
12	40 bis unter 45 Jahre	13	2,3
13	45 bis unter 50 Jahre	3	0,5
	Insgesamt	570	100,0

Latenzzeiten

Für die weitere zahlenmäßige Entwicklung der Silikosen/Silikotuberkulosen ist von Bedeutung, welche Latenzzeiten bei den als BK anerkannten Fällen dokumentiert worden sind. Hier gibt Tabelle 10 näheren Aufschluss. Bei den Gruppen mit den Latenzzeiten von 30 und mehr bis zu länger als 55 Jahren werden insgesamt 90,0 % der Fälle ausgewiesen; 54,2 %, also mehr als die Hälfte der bestätigten Silikosen/Silikotuberkulosen, treten erst nach einer Latenzzeit von 50 und mehr Jahren nach Beginn der Staubeinwirkung auf.

In Verbindung mit den Daten der wegen einer Quarzstaubexposition arbeitsmedizinisch durch Vorsorgeuntersuchungen betreuten Versicherten ließen sich Anhaltspunkte für die künftigen Zahlen dieser beiden Berufskrankheiten gewinnen.

Leistungen

Eine Betrachtung der für die Silikosen/Silikotuberkulosen in den letzten 12 Jahren von 1993 bis 2004 angefallenen Leistungen soll das Bild abrunden. Die gesunkenen Fallzahlen lassen sich eindeutig in Tabelle 11 an den Beträgen der einzelnen Geschäftsjahre ablesen. Trotz einer allgemeinen Kostensteigerung (vgl. Sp. 4) sind die Leistungen insgesamt (einschl. Hinterbliebenenrenten) in dem genannten Zeitraum von 353,3 Mio. € auf 230,8 Mio. € zurückgegangen. Damit werden nur noch 65,3 % des Ausgangswertes erreicht. Die Zahl der Leistungsfälle ist von 44 974 im Jahre 1993 auf 25 259 im Jahr 2004 abgesunken (= 56,2 % des Ausgangswertes).

Tabelle 12 fasst die Leistungen der Medizinischen und der Beruflichen Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) zusammen.

**BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Anerkannte BKen nach Einwirkung von Quarzstaub 2004
Verteilung nach Latenzzeiten**

Tabelle 10

Zeile Nr.	Latenzzeit	Anzahl	%Anteil
1	2	3	4
1	< 5 Jahre	1	0,1
2	5 bis unter 10 Jahre	6	0,5
3	10 bis unter 15 Jahre	12	1,0
4	15 bis unter 20 Jahre	9	0,7
5	20 bis unter 25 Jahre	30	2,5
6	25 bis unter 30 Jahre	55	4,5
7	30 bis unter 35 Jahre	104	8,6
8	35 bis unter 40 Jahre	65	5,4
9	40 bis unter 45 Jahre	96	7,9
10	45 bis unter 50 Jahre	169	13,9
11	50 bis unter 55 Jahre	324	26,7
12	55 Jahre und länger	333	27,5
13	keine Angabe	8	0,7
	Insgesamt	1 212	100,0

**BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Leistungen (einschließlich Hinterbliebenenrenten) 1993 bis 2004**

Tabelle 11

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	44 974	353 341 005	7 857
1994	44 221	360 317 392	8 148
1995	42 318	354 147 730	8 369
1996	40 151	334 837 120	8 339
1997	37 296	316 025 649	8 473
1998	36 172	309 867 960	8 567
1999	34 051	291 288 409	8 554
2000	31 972	275 087 659	8 604
2001	30 231	266 910 743	8 829
2002	28 544	257 278 206	9 013
2003	26 576	242 593 472	9 128
2004	25 259	230 779 671	9 137
Gesamt	421 765	3 592 475 016	8 518

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation 1993 bis 2004

Tabelle 12

Jahr	Medizinische Rehabilitation (EUR)			Berufliche Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5	6	7
1993	10734	18 702 421	1 742	44	206 135	4 685
1994	11 296	21 478 567	1 901	56	295 281	5 273
1995	10743	22 864 137	2 128	62	371 701	5 995
1996	10 581	22 491 290	2 126	54	397 159	7 355
1997	9 955	20 289 842	2 038	46	185 604	4 035
1998	9 670	20 395 448	2 109	42	233 693	5 564
1999	9 389	19 951 557	2 125	32	91 700	2 866
2000	8 917	18 402 199	2 064	19	52 153	2 745
2001	8 647	18 700 543	2 163	22	63 068	2 867
2002	8 389	19 231 697	2 292	24	68 850	2 869
2003	7 922	18 427 210	2 326	16	90 524	5 658
2004	6 668	16 816 908	2 522	19	116 793	6 147
Gesamt	112 911	237 751 819	2 106	436	2 172 661	4 983

Bei insgesamt rückläufigen Leistungsfällen (Sp. 2) haben sich die Heilbehandlungskosten um den Wert von deutlich unter 20 Mio. € pro Jahr eingependelt (Sp. 3), die Zahlen der beruflichen Rehabilitation (Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sind dagegen seit Ende der 90er-Jahre erheblich zurückgegangen (Sp. 5). Während die durchschnittlichen Kosten des Einzelfalles bei der medizinischen Rehabilitation dem allgemeinen Preisgefüge folgend in den 12 zurückliegenden Jahren noch um rund 44,8 % angestiegen sind (Sp. 4), zeigt sich der an anderer Stelle beschriebene Rückgang vor allem der wegen einer drohenden Berufskrankheit veranlassten Arbeitsplatzwechsel. In den ausgewiesenen Durchschnittswerten finden sich vorwiegend die Übergangsleistungen nach § 3 Abs. 2 BKV, die nach Unterlassung einer staubgefährdenden Tätigkeit vom UV-Träger gezahlt werden. Ob die wiederum gestiegenen Zahlen der beiden aktuellen Geschäftsjahre 2003 und 2004 (vgl. Tabelle 12, Sp. 6) eine Trendwende bedeuten oder ob einige wenige Einzelfälle das Bild beeinflussen, müssen die nächsten Jahre zeigen.

Rentenzahlungen an Erkrankte

Ein deutlicher Rückgang ist auch bei den Renten (auch Abfindungen) an Erkrankte festzustellen, wie sich aus Tabelle 13 ergibt. Die Anzahl der Rentenbezieher ist in den 12 Jahren von 1993 bis 2004 um 42,6 % gesunken (Sp. 2). Trotz gestiegener Kosten im Einzelfall, bedingt durch regelmäßige Anpassung der Bestandsrenten (Sp. 4), ist der absolute Betrag von 1 11,7 Mio. € im Jahr 1993 auf 75,8 Mio. € im Jahre 2004 gesunken; die Abnahme beträgt 32,2 % des Ursprungsbetrages. Nach aller Voraussicht wird sich dieser Trend in den nächsten Jahren fortsetzen.

Anteile der Wirtschaftszweige

Wie sich die insgesamt angefallenen Leistungen des Jahres 2002 für Silikosen und Silikotuberkulosen auf die Wirtschaftszweige verteilen, zeigt Tabelle 14. Fasst man die wiederholt beschriebenen Branchen Bergbau, Stein und Erden, Metall sowie Bau zusam-

**BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Rentenleistungen an Erkrankte 1993 bis 2004**

Tabelle 13

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	18 620	1 11 694 215	5 999
1994	18 513	1 16 282 198	6 281
1995	17 952	1 14 649 188	6 386
1996	16 975	1 09 146 527	6 430
1997	15 934	1 04 184 192	6 538
1998	15 616	1 02 289 975	6 550
1999	14 568	95 437 597	6 551
2000	13 669	90 378 285	6 612
2001	13 058	88 830 255	6 803
2002	12 181	85 264 850	7 000
2003	11 258	78 888 916	7 007
2004	10 680	75 767 850	7 094
Gesamt	179 024	1 172 814 049	6 551

**BK-Nrn. 4101/4102 – Silikosen/Silikotuberkulosen
Verteilung der Leistungen auf Wirtschaftszweige 2004**

Tabelle 14

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
		Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1	Bergbau	15 246	1 53 325 519	10 057
2	Steine und Erden	2 241	18 376 180	8 200
3	Gas, Fernwärme und Wasser	21	138 929	6 616
4	Metall	2 662	21 350 077	8 020
5	Feinmechanik und Elektrotechnik	567	4 324 919	7 628
6	Chemie	591	4 502 777	7 628
7	Holz	161	1 250 453	7 767
8	Papier und Druck	132	895 923	6 787
9	Textil und Leder	132	997 676	7 558
10	Nahrungs- und Genussmittel	295	1 919 969	6 508
11	Bau	1 630	12 098 837	7 423
12	Handel und Verwaltung	1 013	7 493 581	7 397
13	Verkehr	289	2 013 734	6 968
14	Gesundheitsdienst	279	2 091 097	7 495
Gesamt		25 259	230 779 671	9 137

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

men, werden mit den errechneten 205,2 Mio. € rund 88,9 % der Gesamtaufwendungen von 230,8 Mio. € erreicht. Die Belastung der genannten Wirtschaftszweige wird in dem Maße zurückgehen, in dem die Zahlen der neu anerkannten Silikosen/Silikotuberkulosen, insbesondere der neuen Rentenfälle abnehmen.

3.4 Erkrankungen durch die Einwirkung von Asbeststaub

Die folgenden Tabellen zeigen jeweils die Entwicklung der in Tabelle 1 enthaltenen Berufskrankheiten, verursacht durch Asbeststaub. Tabelle 15 enthält die (reinen) Asbeststaublungenerkrankungen (BK 4103), Tabelle 16 die Asbeststaublungenerkrankung in Verbindung mit Lungen-, Pleura- und Kehlkopfkrebserkrankungen (BK 4104) und Tabelle 17 das asbeststaubbedingte Mesotheliom (BK 4105).

Die daran anschließenden Tabellen 18 bis 39 fassen die Einzelwerte dann zusammen, wenn bei dem dargestellten statistischen Merkmal von einheitlichen Voraussetzungen für die Zuordnung der Berufskrankheiten ausgegangen werden kann.

Für die ausgewiesenen Beobachtungszeiträume in den Tabellen 18 ff. gelten die Hinweise zu den Quarzstauberkrankungen.

Grundübersichten

Die Asbeststaublungenerkrankung (BK 4103) hat noch in den 50er-, 60er- und 70er-Jahren keine dominierende Rolle im BK-Geschehen gespielt. Im Gegensatz zum Quarz ist der Arbeitsstoff Asbest in nennenswertem Umfang erst in der Nachkriegszeit verwendet worden. Die relativ langen Einwirkungs- bzw. Latenzzeiten bis zur Entstehung einer Asbestose haben bis in die 70er-Jahre hinein die Fallzahlen begrenzt. Erst in den Jahren ab 1980 ist eine deutliche Zunahme der Erkrankungsfälle zu registrieren. 1990 hat die Zahl der angezeigten Verdachtsfälle erstmals die Grenze von 2000 Meldungen pro Jahr überschritten; in den Folgejahren

wurden jeweils fast 4 000 Anzeigen pro Jahr dokumentiert. Die jetzt zurückliegenden Jahre lassen im Trend einen Rückgang der Verdachtsanzeigen erkennen.

Durch die Einführung der BK-Dokumentation im Jahre 1975 stehen ab 1978 Daten auch für weitere Fallgruppen zur Verfügung.

In Sp. 3 der Tabelle 15 sind die durch förmlichen Verwaltungsakt abgeschlossenen Verwaltungsverfahren („Entschiedene Fälle“) ausgewiesen. Die Zahlen zeigen, dass etwa ab Mitte der 90er-Jahre – mit den üblichen Jahrgangsschwankungen – in allen angezeigten Verdachtsfällen ein vom Rentenausschuss erlassener Bescheid ergeht. Die Addition der Werte aus Sp. 4 „anerkannte Fälle“ und aus Sp. 6 „BK-Verdacht nicht bestätigt“ ergibt die Gesamtzahl der in Sp. 3 genannten Entscheidungen.

Bei Betrachtung von Sp. 4 der Tabelle 15 fällt die erhebliche Steigerung der Fallzahlen ab dem Geschäftsjahr 1995 auf. Die Ursache hierfür liegt darin, dass – wie auch bei den Silikosen – durch eine geänderte Auslegung des Krankheitsbegriffs im BK-Recht bereits reine Röntgenbild-Asbestosen ohne Krankheitswert als Berufskrankheit nach Nr. 4103 anerkannt werden können. Voraussetzung ist der eindeutige Nachweis asbestotischer Einlagerungen in den Lungen des Versicherten. Die Anerkennungsquote liegt – bezogen auf die Geschäftsjahre 2000 bis 2004 – bei 57,1 % (Sp. 3/Sp. 4). In deutlich mehr als der Hälfte der Fälle hat sich der mit der BK-Anzeige geäußerte Verdacht bestätigt.

Die Zahl der neuen Rentenfälle (früher: „erstmalig geschädigt“) aufgrund einer Asbestose kann für die Geschäftsjahre ab 1950 Sp. 5 der Tabelle entnommen werden. Insgesamt sind in dem Zeitraum bis 2004 8 827 Rentenfälle dokumentiert worden. Dem Anstieg der Verdachtsanzeigen folgend, haben sich die Zuwachsraten in den 80er- und 90er-Jahren deutlich verstärkt. Im Mittel der jetzt zurückliegenden 10 Jahre sind rund 400 neue Rentenfälle pro Geschäftsjahr eingetreten. Auch hier deutet der Trend seit Mitte/Ende der 90er-Jahre auf eine rückläufige

**BK 4103 – Asbeststaublungenenerkrankungen (Asbestose)
Entwicklung von 1950 bis 2004¹⁾**
Tabelle 15

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle ²⁾	Anerkannte Bken ²⁾	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Todesfälle ²⁾	Rentenbestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
1950	17	-	-	5	-	-	-
1951	20	-	-	5	-	-	-
1952	25	-	-	10	-	-	-
1953	33	-	-	15	-	-	-
1954	25	-	-	25	-	-	-
1955	38	-	-	19	-	-	-
1956	67	-	-	27	-	-	-
1957	39	-	-	24	-	-	-
1958	43	-	-	22	-	-	-
1959	39	-	-	27	-	-	-
1960	35	-	-	23	-	-	-
1961	31	-	-	17	-	-	-
1962	38	-	-	1	-	-	-
1963	51	-	-	31	-	-	-
1964	59	-	-	36	-	-	-
1965	83	-	-	47	-	-	-
1966	82	-	-	26	-	-	-
1967	102	-	-	49	-	-	-
1968	106	-	-	49	-	-	-
1969	104	-	-	45	-	-	-
1970	121	-	-	63	-	-	-
1971	164	-	-	72	-	-	-
1972	174	-	-	77	-	-	-
1973	157	-	-	70	-	-	-
1974	162	-	-	82	-	-	-
1975	216	-	-	75	-	-	-
1976	211	-	-	87	-	-	-
1977	264	-	-	62	-	-	627
1978	321	220	96	83	124	12	652
1979	317	273	120	94	153	17	696
1980	385	260	118	96	142	20	750
1981	488	361	141	112	220	25	796
1982	580	348	139	105	209	25	846
1983	569	482	178	130	304	28	908
1984	527	520	167	143	353	32	949
1985	628	499	173	152	326	23	1 036
1986	892	586	192	163	394	31	1 120
1987	1 087	703	208	173	495	30	1 207
1988	1 392	886	260	232	626	30	1 312
1989	1 731	1 080	280	261	800	30	1 277
1990	2 075	1 323	379	304	944	30	1 599
1991	2 494	1 892	502	373	1 390	43	1 972
1992	2 905	1 929	663	357	1 266	40	2 293
1993	3 143	2 278	1 295	380	983	50	2 599
1994	3 716	2 626	1 606	405	1 020	82	2 809
1995	3 527	3 612	2 185	402	1 427	79	2 922
1996	3 791	3 477	2 078	470	1 399	56	3 162
1997	3 853	3 668	2 079	467	1 589	42	3 415
1998	3 836	3 773	2 170	453	1 603	66	3 586
1999	3 643	3 663	2 120	405	1 543	53	3 730
2000	3 545	3 170	1 765	376	1 405	55	3 875
2001	3 618	3 241	1 946	399	1 295	47	4 007
2002	3 300	3 354	1 929	421	1 425	58	4 141
2003	3 541	3 557	1 978	390	1 579	56	4 279
2004	3 440	3 607	2 056	390	1 551	73	4 359
Jeweils verfügbarer Zeitraum zusammen	61 904	51 388	26 823	8 827	24 565	1 133	-

¹⁾ soweit Zahlen verfügbar
²⁾ ab 1978 statistisch erfasst

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Entwicklung. Einer der Gründe hierfür ist sicher die seit Anfang der 70er-Jahre ausgeweitete arbeitsmedizinische Betreuung asbeststaubexponierter Arbeitnehmer in Verbindung mit den technischen Verbesserungen in den gefährdenden Arbeitsbereichen. Die 1972 eingeführte zentrale Erfassung aller unter der Einwirkung von Asbeststaub arbeitenden Versicherten ermöglicht zudem, auch nach Beendigung der Exposition arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Für die erfassten Arbeitnehmer können alle geeigneten Mittel einer individuellen Prävention eingesetzt werden.

Ebenfalls seit 1978 stehen die Zahlen der nicht als Berufskrankheit bestätigten Verdachtsfälle zur Verfügung (vgl. Sp. 6). Zusammen mit den Anerkennungen (Sp. 4) ergibt sich wiederum die Zahl der entschiedenen Fälle (Sp. 3).

Die Gründe für die Ablehnung eines Falles als Berufskrankheit nach Nr. 4103 liegen zu einem wesentlichen Teil in der fehlenden Einwirkung des Arbeitsstoffes Asbest. Die Verdachtsanzeigen beruhen häufig auf der letztlich unzutreffenden Annahme, der Versicherte habe bei seiner beruflichen Tätigkeit Umgang mit Asbest gehabt. Für den behandelnden Arzt ist es verständlicherweise sehr schwer, die Arbeitsplatzverhältnisse für lange zurückliegende Zeiträume zu beurteilen. So erklärt sich die Quote der oft vorsorglich erstatteten BK-Anzeigen.

Eine zweite Gruppe der nicht bestätigten Fälle ist dadurch gekennzeichnet, dass zwar die arbeitstechnischen Voraussetzungen für den Erwerb einer Asbestose in Form der Asbeststaubeinwirkung bestanden haben, dass es aber nicht zur Aufnahme von Asbestfasern in das Lungengewebe gekommen ist. Im Röntgenbild können deshalb keine asbestbedingten Veränderungen nachgewiesen werden. Nähere Aufschlüsse ergeben sich aus Tabelle 20 a (vgl. Seite 50).

Die in Sp. 7 der Tabelle 15 insgesamt ausgewiesenen 1 133 Todesfälle (Zählung ab 1978) haben Mitte der 90er-Jahre die höchsten Jahreswerte erreicht. 1994 sind 82 Versicherte an den Folgen einer Asbestose verstorben. Seither sind die Zahlen vom Trend her rück-

läufig, auch wenn, wie z.B. im Jahr 2004, einzelne Geschäftsjahre Steigerungsraten gegenüber dem Vorjahr ausweisen. Die Verringerung der Basiszahlen wird, mit der üblichen Verzögerung, auch bei den Todesfällen zu einem weiteren Rückgang führen.

Für die weitere Entwicklung der BK-Nr. 4103 ist schließlich auch der Bestand an Rentenfällen von Bedeutung. Bei den in Sp. 8 der Tabelle 15 für das Jahr 2004 ausgewiesenen 4 359 Fällen handelt es sich um den höchsten Wert seit Beginn der Aufzeichnungen. Der Zugang an neuen Rentenfällen war demnach in den zurückliegenden Jahren gegenüber der Zahl der verstorbenen Asbestoseerkrankten erhöht. Bei rund einem Fünftel der verstorbenen Rentenbezieher war die Asbestose Todesursache. Dies deutet darauf hin, dass die Verlaufsformen und damit die MdE-Sätze von Asbestosen nicht mehr den ausgeprägten Schweregrad wie noch in früheren Jahren erreichen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bei einer MdE von 50 % von Gesetzes wegen vermutet wird, die Berufskrankheit habe den Tod verursacht.

Die durch Asbesteinwirkung entstandenen Lungenkrebserkrankungen waren bereits 1942 in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen worden. Gleichwohl sind nennenswerte Fallzahlen erst ab Mitte der 70er-Jahre bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften registriert worden. Durch die Anbindung der Anerkennungsvoraussetzungen an das Vorliegen einer Asbeststaublungerkrankung war vorgegeben, dass die Verlaufsdaten der reinen Asbestose lange Zeit die Entwicklung der Lungenkrebserkrankungen prägten.

Die Erweiterung der Entschädigungsmöglichkeiten um auch durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura ab 1. April 1988 betraf wiederum einheitlich die Berufskrankheiten-Nrn. 4103 und 4104. Ein Teil des erheblichen Anstiegs der gesamten Fallzahlen, wie sich dies ab dem Geschäftsjahr 1990 ablesen lässt, ist sicher auf diese Ergänzung der BK-Bezeichnung zurückzuführen, auch wenn hauptsächlich Zielorgan der Krebserkrankung weiterhin die Lunge war und ist.

BK 4104 – Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs
Tabelle 16

- in Verbindung mit Asbeststaublungerkrankung (Asbestose)
- in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachten Erkrankungen der Pleura oder
- bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mind. 25 Faserjahren $\{25 \cdot 10^6 [(Fasern/m^3) \cdot Jahre]\}$
- Entwicklung von 1950-2004¹⁾

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle ²⁾	Anerkannte Bken ²⁾	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt	Todesfälle ²⁾	Rentenbestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
1950	3	-	-	0	-	-	-
1951	0	-	-	0	-	-	-
1952	3	-	-	0	-	-	-
1953	0	-	-	0	-	-	-
1954	3	-	-	4	-	-	-
1955	1	-	-	3	-	-	-
1956	5	-	-	2	-	-	-
1957	1	-	-	8	-	-	-
1958	1	-	-	4	-	-	-
1959	1	-	-	3	-	-	-
1960	1	-	-	0	-	-	-
1961	1	-	-	4	-	-	-
1962	3	-	-	13	-	-	-
1963	4	-	-	2	-	-	-
1964	5	-	-	1	-	-	-
1965	1	-	-	3	-	-	-
1966	7	-	-	0	-	-	-
1967	6	-	-	3	-	-	-
1968	9	-	-	8	-	-	-
1969	1	-	-	3	-	-	-
1970	5	-	-	2	-	-	-
1971	10	-	-	8	-	-	-
1972	15	-	-	7	-	-	-
1973	14	-	-	5	-	-	-
1974	15	-	-	20	-	-	-
1975	22	-	-	15	-	-	-
1976	29	-	-	20	-	-	-
1977	26	-	-	17	-	-	25
1978	21	19	12	12	7	16	28
1979	27	25	21	21	4	18	22
1980	52	34	20	19	14	18	27
1981	59	36	25	24	11	18	33
1982	67	51	30	28	21	21	38
1983	63	68	35	33	33	17	49
1984	103	93	39	38	54	43	63
1985	100	86	43	43	43	41	76
1986	148	95	38	38	57	36	87
1987	222	129	53	52	76	46	97
1988	374	191	104	100	87	87	119
1989	489	286	125	124	161	97	105
1990	602	377	132	128	245	101	135
1991	757	518	200	197	318	115	306
1992	831	503	266	264	237	164	487
1993	1 073	712	436	428	276	321	535
1994	1 331	1 032	597	581	435	403	780
1995	1 476	1 320	696	685	624	462	648
1996	1 683	1 475	743	724	732	544	869
1997	1 874	1 555	693	662	862	511	900
1998	2 365	1 879	745	715	1 134	494	889
1999	2 420	2 125	786	750	1 339	535	1 024
2000	2 632	2 096	707	670	1 389	437	1 107
2001	2 505	2 318	768	736	1 550	438	1 349
2002	2 540	2 331	755	718	1 576	483	1 391
2003	2 610	2 582	785	732	1 797	487	1 460
2004	2 523	2 560	842	790	1 718	511	1 559
Jeweils verfügbarer Zeitraum zusammen	29 139	24 496	9 696	9 467	14 800	6 464	-

1) soweit Zahlen verfügbar
2) ab 1978 statistisch erfasst

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Eine zusätzliche, ungleich bedeutsamere Erweiterung der BK-Nr. 4104 hatte die zum 1. Januar 1993 in Kraft getretene Änderung der Listen-Bezeichnung zur Folge. Seit diesem Zeitpunkt konnten Krebserkrankungen der Lunge auch dann als Berufskrankheit anerkannt werden, wenn eine qualifizierte Asbeststaubeinwirkung nachgewiesen war, eine Asbestose dadurch aber nicht entstanden ist. Die Auswirkungen können an den ab Mitte der 90er-Jahre deutlich gestiegenen Fallzahlen nachvollzogen werden.

Die Einbeziehung von Kehlkopfkrebserkrankungen in die Entschädigungstatbestände der BK-Nr. 4104 ab dem 1. Dezember 1997 hat erkennbar zu einem weiteren Anstieg der gesamten Fallzahlen geführt. In den Folgejahren wurden jeweils insgesamt rund 2 500 Verdachtsanzeigen registriert.

Bei den anerkannten Berufskrankheiten und den neuen Rentenfällen (Sp. 4, 5) ist in den aktuell zurückliegenden Jahren wiederum ein Anstieg der Zahlen erkennbar. Ob es sich hierbei um einen dauerhaften Trend handelt, werden die Ergebnisse der nächsten Jahre zeigen müssen.

Auch am Beispiel der Asbestkrebserkrankungen wird erkennbar, dass ab Anfang/Mitte der 90er-Jahre Verwaltungsverfahren wegen des angezeigten Verdachtes auf eine Berufskrankheit in aller Regel mit einem förmlichen Verwaltungsakt abgeschlossen werden, auch wenn sich dieser Verdacht letztlich nicht bestätigt hat (Sp. 3). Die als Berufskrankheit anerkannten Fälle (Sp. 4) sind weitgehend mit den Zahlen der neuen Rentenfälle (Sp. 5) identisch. Nur in wenigen Fällen kommt es nicht zur Zahlung von Versichertenrente. Anspruch auf Heilbehandlung und ggf. Hinterbliebenenrente besteht aber unvermindert. Mit den Verdachtsanzeigen und den entschiedenen Fällen steigt auch die Zahl der nicht als Berufskrankheit bestätigten Fälle (Sp. 6). Rund 60 % der Verwaltungsentscheidungen sind als Ablehnungen dokumentiert. Auch hier gilt, dass es für die meldende Stelle (zumeist behandelnder Arzt) sehr schwierig ist, die Arbeitsvorgeschichte eines an Lungen-, Pleura- oder Kehlkopfkrebs erkrankten

Patienten für in die Vergangenheit reichende Zeiträume zutreffend zu beurteilen.

Betroffen macht die hohe Zahl von 6 464 Todesfällen in Folge der asbestverursachten Krebserkrankung (Sp. 7), die im Wesentlichen erst in den zurückliegenden 10 Jahren eingetreten sind. Die Zahl der jährlich registrierten Todesfälle war in der Vergangenheit weitgehend mit den neuen Rentenfällen deckungsgleich. Die infauste Prognose bei Lungen- oder Pleurakrebserkrankungen bedeutete für den Betroffenen nur in wenigen Fällen längere Überlebenszeiten oder gar Ausheilung. Die bei frühzeitiger Diagnose besseren Heilungsaussichten insbesondere von Kehlkopfkrebserkrankungen lassen sich an dem Absinken des Anteils der Todesfälle, bezogen auf die neuen Rentenfälle, ablesen. Im Jahre 2004 liegt der Anteil der verstorbenen Versicherten mit knapp zwei Drittel der im gleichen Geschäftsjahr neu festgestellten Renten deutlich niedriger als in Vorjahren.

Der Rentenbestand (Sp. 8), ausgewiesen per 31. Dezember des jeweiligen Geschäftsjahres, spiegelt die hohen Zuwachsraten an neuen Renten in den zurückliegenden Jahren wider. Wie bei den anerkannten BKen und den Todesfällen ist hier ein tendenzieller Rückgang der Zahlen noch nicht festzustellen. Erst bei nachhaltiger Verringerung der anerkannten Berufskrankheiten nach BK-Nr. 4104 kann auch bei den Sterbefällen und den Bestandsrenten ein Absinken der Jahreswerte erwartet werden.

Das durch Asbest verursachte Mesotheliom des Rippen- und Bauchfells ist zum 1. Januar 1977 als BK 4105 in die Anlage zur BKV (BK-Liste) aufgenommen worden. Erst Anfang/Mitte der 80er-Jahre hat sich das Meldevolumen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften deutlich erhöht. Die letzten 15 Jahre waren von einer ständigen Zunahme der Verdachtsanzeigen geprägt. Im Jahr 2002 wurde erstmals die Grenze von 1 000 Verdachtsanzeigen überschritten.

Entsprechend angestiegen sind die Zahlen der von den UV-Trägern durch Verwaltungsakt entschiedenen Fälle, die anerkannten Berufskrankheiten und die in den

**BK 4105 – durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells,
des Bauchfells oder des Pericards
Entwicklung von 1977 bis 2004¹⁾**

Tabelle 17

Geschäftsjahre	Anzeigen auf Verdacht	Entschiedene Fälle ²⁾	Anerkannte BKen ²⁾	Neue Renten	BK-Verdacht nicht bestätigt ²⁾	Todesfälle ²⁾	Rentenbestand am 31.12.
1	2	3	4	5	6	7	8
1977	19	-	-	9	-	-	2
1978	29	27	21	20	6	18	6
1979	45	38	34	34	4	21	16
1980	48	44	36	36	8	27	27
1981	80	86	70	68	16	54	40
1982	100	80	59	56	21	46	55
1983	125	106	74	74	32	69	79
1984	160	147	119	117	28	98	95
1985	272	157	125	124	32	108	137
1986	247	217	168	168	49	152	172
1987	316	253	194	193	59	168	247
1988	421	282	222	221	60	175	281
1989	387	352	265	265	87	218	159
1990	441	374	291	286	83	212	212
1991	504	403	301	299	102	207	265
1992	514	418	334	330	84	248	242
1993	575	482	406	400	76	293	293
1994	657	570	486	480	84	361	376
1995	668	613	498	489	115	358	302
1996	709	626	519	510	107	402	401
1997	735	709	554	502	155	422	402
1998	837	703	582	543	121	401	341
1999	866	773	620	588	153	426	394
2000	920	837	652	627	185	465	382
2001	976	848	683	665	165	446	519
2002	1 023	956	735	689	221	468	565
2003	1 034	1 049	788	734	261	525	608
2004	1 119	1 122	880	808	242	546	648
Jeweils verfügbarer Zeitraum zusammen	13 827	12 272	9 716	9 335	2 556	6 934	-

¹⁾ soweit Zahlen verfügbar
²⁾ ab 1978 statistisch erfasst

anerkannten Fällen enthaltenen neuen Renten. Bemerkenswert ist die hohe Quote der begründet erstatteten Anzeigen. Von den bei den UV-Trägern registrierten Meldungen wurde in rund 70 % der Fälle das Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 4105 anerkannt. Dieser Anteil, der bei einzelnen Geschäftsjahren bis auf drei Viertel der Anzeigen ansteigt, wird bei keiner anderen Berufskrankheit erreicht. Einer der Gründe hier-

für liegt sicher darin, dass Mesotheliome zu hohen Teilen nur als Folge einer Asbesteinwirkung auftreten. Bei gesicherter Diagnose dieses spezifischen Krebses soll deshalb stets eine Meldung an den UV-Träger gerichtet werden. Zur Anerkennung als Berufskrankheit reicht dann der Nachweis einer wenn auch kurzfristigen Einwirkung von Asbest auf den betreffenden Versicherten aus.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Ob es in den Anfangsjahren nach Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf diese besondere Form eines asbestinduzierten Krebsleidens eine Dunkelziffer gegeben hat, oder ob – als Folge langer Latenzzeiten – die Erkrankungsfälle erst jetzt in größerer Zahl auftreten, lässt sich anhand der Daten der BK-DOK nicht beantworten.

Der Anteil der neuen Renten an den anerkannten Berufskrankheiten ist, wie bei der Art der Berufskrankheit zu erwarten, mit rund 96,1 % sehr hoch (Sp. 5/Sp. 4). Nur in wenigen Fällen war, wegen bereits bestehender Vorerkrankungen, kein Rentenanspruch gegeben. Bei einem weiteren Teil der anerkannten Fälle konnte das Verwaltungsverfahren mit einem „Grundbescheid“ noch während des Bezuges von Verletztengeld beendet werden. Ein MdE-Satz für die Rentenzahlung wird dann mit einem nachlaufenden Ausführungsbescheid festgestellt. Die Quote der Anerkennungen im Verhältnis zu den BK-Anzeigen der einzelnen Wirtschaftszweige ergibt sich – bezogen auf das Geschäftsjahr 2004 – aus Tabelle 19, Sp. 11.

Die Einbeziehung des Pericards als zusätzlicher Zielort des Asbest-Mesothelioms in die BK-Bezeichnung zum 1. Januar 1993 diente eher der Klarstellung, dass es sich hierbei um einen (anatomischen) Bestandteil der Pleura handle. Einen wesentlichen Einfluss auf das BK-Geschehen der Nr. 4105 hat diese Änderung nicht gehabt.

Von besonderer sozialpolitischer Bedeutung ist auch bei den asbestverursachten Mesotheliomerkrankungen die hohe Zahl der Todesfälle als Folge der Berufskrankheit. Insgesamt sind seit Einführung der Berufskrankheit im Jahr 1977 6 934 Versicherte an den Folgen ihres besonderen Krebsleidens verstorben, mehr noch als im gleichen Zeitraum Todesfälle durch Lungen-, Pleura- und Kehlkopfkrebs aufgetreten sind.

Geht man von den Basiswerten der BK-Nr. 4105 aus, wird sich der nach oben weisende Trend kurzfristig nicht umkehren lassen.

Bei Betrachtung des Rentenbestandes (Sp. 8) ist zu bedenken, dass die ausgewiesenen Werte nur eine auf das Jahresende bezogene „Momentaufnahme“ darstellen. Rückschlüsse auf die Bezugsdauer von Rentenrenten bei Mesotheliomerkrankungen lassen sich daraus nicht herleiten. Bemerkenswert ist der gegenüber den neuen Renten überproportionale Anstieg in den jetzt zurückliegenden Zeiten. Die darin zum Ausdruck kommenden längeren Laufzeiten einer Rentenzahlung haben ihre Ursache z.T. in dem Bemühen der UV-Träger, das Verwaltungsverfahren nach Meldung einer BK-Nr. 4105 binnen kürzester Zeit durch Anerkennungs- bzw. Rentenbescheid abzuschließen. Hinzu kommen erste Erfolge einer die Lebenszeit im Einzelfall verlängernden spezifischen Therapie.

Die UV-Träger werden deshalb alle geeigneten Maßnahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge einsetzen, um zum frühestmöglichen Zeitpunkt das Entstehen einer asbestverursachten Mesotheliomerkrankung zu erkennen. Die Wirksamkeit spezieller Therapieformen soll erforscht und weiterentwickelt werden mit dem Ziel, verbesserte Heilungsmöglichkeiten auch bei dieser Krebsart zu erhalten.

Wer meldet den UV-Trägern Verdachtsfälle?

Die Prüfung, ob im Einzelfall eine Berufskrankheit vorliegt, setzt die Unterrichtung des UV-Trägers über einen darauf gerichteten „Anfangsverdacht“ voraus. Tabelle 18 zeigt, auf welchem Wege diese Meldungen die UV-Träger erreichen.

Zunächst fällt auf, dass der Anteil der Unternehmer-Anzeigen seit 1990 rapide abgenommen hat. Dies liegt zum großen Teil daran, dass die betroffenen Versicherten im Zeitpunkt der Anzeige keinen betriebsbedingten Umgang mehr mit Asbest hatten und eine Verbindung zum früheren Beschäftigungsbetrieb oft nicht mehr besteht.

Gering zugenommen hat der Anteil der von den Versicherten selbst initiierten Verwaltungsverfahren mit 6,8 % im Jahre 2004. Fast drei Viertel der Anzeigen

BK 4103 – Asbeststaublungenenerkrankung
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs durch Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Anzeigen auf Verdacht einer BK – meldende Stelle 1980, 1990, 2004

Tabelle 18

Meldende Stelle	1980		1990		2004	
	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7
Unternehmer	37	7,9	256	8,6	115	1,6
Arzt	239	50,9	1 487	50,1	5 085	71,7
Versicherter	21	4,5	138	4,6	483	6,8
Krankenkasse	–	–	–	–	830	11,7
Arbeitsamt	–	–	–	–	14	0,2
RV-Träger	–	–	–	–	301	4,2
Sonstige	172	36,6	1 086	36,6	263	3,7
Gesamt	469	100,0	2 967	100,0	7 091	100,0

kommen mittlerweile von Ärzten; in dieser Gruppe ist die stärkste Zunahme zu verzeichnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die früher getrennte Erfassung von Meldungen aus der arbeitsmedizinischen Vorsorge in die Arztanzeigen einbezogen wurde. Die ursprünglich dafür verwendete Rubrik „sonstige Anzeigen“ ist entsprechend kleiner geworden.

Bemerkenswert ist der Anteil der Erstinformation der UV-Träger aus der Kranken- und Rentenversicherung. Zusammengefasst sind dies im Jahr 2004 15,9 % des Meldevolumens bei den Asbeststauberkrankungen. Hier zeigt der ständige Informationsaustausch zwischen den Sozialversicherungsträgern auf dem Gebiet des Berufskrankheitengeschehens seine Wirkung.

Die UV-Träger gehen davon aus, dass – insbesondere durch die zentrale Erfassung aller in der Vergangenheit asbestexponierter Arbeitnehmer und deren arbeitsmedizinische Betreuung auch nach Ende der Beschäftigung – der weitaus überwiegende Teil von Asbest-erkrankungen erkannt und als Berufskrankheit entschädigt werden kann. Die umfassende Information aller beteiligten Stellen über aktuelle Erkenntnisse und Entwicklungen zu den Asbest-Berufskrankheiten muss

gleichwohl ständiges Anliegen der UV-Träger und ihrer Verbände bleiben, um etwaige „Dunkelziffern“ von vornherein zu vermeiden.

Wirtschaftsbereiche mit Asbeststauberkrankungen

Die Entwicklung der Verdachtsanzeigen von 1980 bis 2004 bei Aufteilung auf Wirtschaftszweige zeigt Tabelle 19 (Sp. 3 bis Sp. 8, siehe Seite 48). Die Gesamtzahl der Anzeigen zu den drei asbestbedingten Berufskrankheiten hat sich in diesem Zeitraum um den Faktor von rund 15 erhöht. Den höchsten Anteil weist durchgehend der Metallbereich mit über einem Drittel der Fälle aus. Deutlich rückläufig ist der Anteil der chemischen Industrie, der von 23,8 % im Jahr 1980 auf 11,1 % im Jahr 2004 abgesunken ist (Zeile Nr. 6). Noch stärker ist die Abnahme bei der Textil- und Lederbranche von 13,2 % (1980) auf 2,2 % (2004, Zeile Nr. 9). Der Wirtschaftszweig „Bau“ hat seinen Anteil während des Beobachtungszeitraumes mehr als verdoppelt (von 9,2 % auf 19,7 %, Zeile Nr. 11). Bemerkenswert ist, dass auch in den Gewerbezweigen des Handels und der Verwaltung Asbest-erkrankungen in durchaus nennenswertem Umfang (2004 = 6,0 %) registriert worden sind (Zeile Nr. 12).

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK 4103 – Asbeststaublungenenerkrankung BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs durch Asbest BK 4105 – Mesotheliom, Asbest Anzeigen auf Verdacht einer BK 1980 bis 2004 Anerkannte Fälle 2004 Verteilung auf Wirtschaftszweige

Tabelle 19

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Anzeigen						Anerkannte Fälle		Anerkannte Fälle/ Anzeigen 2004 (Sp. 9./ Sp. 7)
		1980		1990		2004		2004		
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Bergbau	7	1,5	69	2,3	303	4,3	82	2,2	27,1
2	Steine und Erden	21	4,4	88	2,9	272	3,8	143	3,8	52,6
3	Gas	2	0,4	19	0,6	66	0,9	57	1,5	86,4
4	Metall	163	34,7	1 010	34,0	2 305	32,5	1 302	34,5	56,5
5	Feinmechanik	30	6,4	263	8,9	884	12,5	570	15,1	64,5
6	Chemie	112	23,8	573	19,1	786	11,1	517	13,7	65,8
7	Holz	6	1,3	23	0,8	141	2,0	70	1,9	49,6
8	Papier und Druck	4	0,8	19	0,6	59	0,8	13	0,3	22,0
9	Textil und Leder	62	13,2	101	3,4	158	2,2	81	2,1	51,3
10	Nahrungs- und Genussmittel	3	0,6	21	0,8	71	1,0	18	0,5	25,4
11	Bau	43	9,2	457	15,4	1 397	19,7	613	16,2	43,9
12	Handel- und Verwaltung	8	1,7	273	9,2	411	5,8	226	6,0	55,0
13	Verkehr	8	1,7	45	1,5	205	2,9	74	2,0	36,1
14	Gesundheitsdienst	0	-	6	0,2	33	0,5	12	0,3	36,4
Gesamt		469	100,0	2 967	100,0	7 091	100,0	3 778	100,0	53,3

Die dominierende Stellung der Metallindustrie an den Asbestenerkrankungen zeigt sich auch bei den als Berufskrankheit bestätigten Fällen. Die 1 302 Anerkennungen des Jahres 2004 repräsentieren einen Anteil von 34,5 % am Gesamtgeschehen (Zeile Nr. 4, Sp. 9, 10). Nächstgrößter Bereich ist das Baugewerbe mit 16,2 %, gefolgt von den Betrieben der chemischen Industrie mit 13,7 % der Anerkennungen (vgl. Sp. 9, 10).

Das BK-Geschehen bei den durch Asbeststaub verursachten Erkrankungen konzentriert sich wie in den Vorjahren auch im Jahr 2004 auf wenige Wirtschaftszweige.

Wirtschaftszweig	%-Anteil der Anzeigen	%-Anteil der anerkannten BKen
Metall	32,5	34,5
Feinmechanik und Elektrotechnik	12,5	15,1
Chemie	11,1	13,7
Bau	19,7	16,2
Handel und Verwaltung	5,8	6,0

Auf diese fünf Bereiche entfallen 81,6 % der Anzeigen und 85,5 % der als BK bestätigten Fälle.

Im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige wird bei rund der Hälfte der anzeigten Verdachtsfälle das Vorliegen

einer asbestbedingten BK der Nrn. 4103, 4104 und 4105 anerkannt (vgl. Sp. 11). Dies ist, legt man die Anerkennungsquote aller Berufskrankheiten als Vergleichsmaßstab zugrunde, eine hohe „Erfolgsrate“. Das Meldeverfahren ist offenkundig mittlerweile sehr effektiv.

Die Anerkennungsquoten der einzelnen Gewerbezweige im Geschäftsjahr 2004 umfassen eine Bandbreite von knapp einem Viertel bis zu rund 86 % des jeweiligen Meldevolumens. Diese Unterschiede ergeben sich nach allen Erfahrungen daraus, dass in einzelnen Bereichen der Wirtschaft Asbestgefährdungen sehr konzentriert, in anderen dagegen eher einzelfallbezogen vorgelegen haben. Je breiter die Streuung gefährdender Arbeitsplätze aufgetreten ist, desto schwieriger ist es für die meldende Stelle, oft weit zurückliegende Arbeitsplatzverhältnisse zutreffend hinsichtlich einer qualifizierten Asbeststaubbelastung zu beurteilen.

Entschiedene Verfahren bei Asbesterkrankungen

Die folgenden drei Tabellen spiegeln die Ergebnisse wider, mit denen die UV-Träger die Verwaltungsverfahren wegen des angezeigten Verdachtes auf eine Berufskrankheit abgeschlossen haben. Ausgewiesen sind die jetzt zurückliegenden 10 Jahre von 1995 bis 2004. Entsprechend der Aufgliederung in der BK-DOK sind detaillierte Aussagen sowohl zur Art der Anerkennung als auch zu einzelnen Ablehnungsgründen möglich. Da die drei Asbest-Berufskrankheiten z.T. recht unterschiedliche Entwicklungen aufweisen, sind im Folgenden getrennte Übersichten erstellt worden.

Insgesamt sind in dem 10-jährigen Beobachtungszeitraum 34 999 Fälle von der Sachbearbeitung abgeschlossen und dokumentiert worden. Die höchsten Jahrgangswerte wurden 1997, 1998 und 1999 registriert. Seither nehmen die Fallzahlen wiederum ab. Die Entwicklung in den einzelnen Entscheidungsarten folgt weitgehend dem Gesamtbild. Auffallend ist die für sich betrachtet deutliche Zunahme der Beratungsfälle. Erfasst werden hier (Zeile Nr. 6) Anzeigen und sonstige Meldungen, die offenkundig irrtümlich oder versehent-

lich an den UV-Träger gerichtet wurden. Ein Verwaltungsverfahren im herkömmlichen Sinne ist nicht erforderlich.

Den höchsten Einzelwert nehmen die ohne Rente als Befunderkennung ausgewiesenen Fälle (Zeile Nr. 4) ein. Mehr als ein Drittel fällt auf diese Kategorie. Es handelt sich hierbei um reine „Röntgenbild“-Asbestosen, die im Zeitpunkt der Entscheidung noch keinerlei Rückwirkungen auf die Funktionen von Atmung und/oder Kreislauf hatten.

Die ansonsten ohne unmittelbaren Rentenbezug ausgewiesenen Fälle (Zeile Nr. 2, 3) erreichen (noch) nicht die zur Rentenzahlung erforderliche Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von wenigstens 20 %. Zum Teil kommt eine auf die Asbestose bezogene MdE deshalb nicht mehr in Betracht, weil bei Eintritt des Versicherungsfalles bereits wegen anderer Behinderungen eine auf Dauer gerichtete, völlige Erwerbsunfähigkeit bestanden hat.

Bei rund 11 % der entschiedenen Fälle hat sich im Verwaltungsverfahren keine Gefährdung des Versicherten durch Asbeststaub feststellen lassen (Zeile Nr. 5). Die arbeitstechnischen Voraussetzungen für den Erwerb einer Berufskrankheit waren nicht erfüllt. Weitere rund 9 % (Zeile Nr. 8) weisen sowohl eine Asbeststaubgefährdung als auch die für eine Asbestose typische Diagnose in Form von Beschwerden bei Atmung oder Kreislauf auf. Es fehlt jedoch an der Grundvoraussetzung, nämlich den nachweisbaren asbestotischen Veränderungen im Röntgenbild. Bei rund einem Siebtel der getroffenen Entscheidungen ist zwar die BK-typische Einwirkung im Arbeitsleben des Versicherten dokumentiert, es fehlen aber sowohl röntgenologische Anzeichen einer Asbestose, als auch die üblicherweise daraus resultierenden Funktionsausfälle (Zeile Nr. 11).

In insgesamt 1 513 Fällen hat der Versicherte bei Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts nicht mitgewirkt (Zeile Nr. 7). Trotz aller Bemühungen des UV-Trägers, die notwendigen Informationen auf anderem Wege zu erhalten, war eine ausreichende Beurteilungsgrundlage nicht zu erzielen.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nrn. 4103 – Asbestosen Entschiedene Fälle 1995 bis 2004

Tabelle 20 a

Zeile Nr.	Art der Entscheidung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Zusammen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Neue BK-Rente	373	442	438	425	393	354	383	406	375	389	3 978
2	Anerkannt ohne Rente	126	172	177	179	224	287	315	277	262	275	2 294
3	Anerkannt ohne Rente, dauernde und völlige EU	6	5	5	10	7	5	4	36	34	6	118
4	Anerkannt ohne Rente, Befundanerkennung	1 519	1 361	1 350	1 432	1 393	1 208	1 250	1 219	1 311	1 390	13 433
5	Ablehnung: keine Einwirkung	311	364	369	378	361	434	419	411	369	442	3 858
6	Ablehnung: Beratungsfall	16	29	69	88	106	142	188	207	281	217	1 343
7	Ablehnung: fehlende Mitwirkung	115	104	134	151	174	140	142	158	180	215	1 513
8	Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	388	328	371	398	338	252	264	270	309	261	3 179
9	Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	5	3	4	3	5	3	9	7	39
10	Ablehnung: Verfristung	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
11	Ablehnung: Einwirkung liegt vor	581	613	703	650	621	488	401	400	379	407	5 243
	Insgesamt	3 435	3 418	3 621	3 715	3 621	3 313	3 371	3 387	3 509	3 609	34 999

Aus der Zusammenfassung der Zahlen der Zeilen Nr. 1-4 in Tabelle 20 a errechnet sich insgesamt eine Quote von 56,6 % der als Berufskrankheit anerkannten Fälle.

In den zurückliegenden zehn Jahren sind insgesamt 20 801 Entscheidungen registriert worden (Sp. 13). Dem Meldevolumen folgend findet sich der höchste Jahrgangswert nach durchgängigem Anstieg im Jahre 2004.

Die als Berufskrankheit anerkannten Fälle (Zeilen Nr. 1-4) erreichen zusammen, bezogen auf den gesamten Beobachtungszeitraum rund 36 % der Entscheidungen. Gegenüber den reinen Asbestosen (56,6 % Anerkennungsquote) ist dies ein deutlich geringerer Anteil. Die Gründe sind zumeist in der gänzlich

fehlenden oder in einer für die Anerkennung nach dem „Faserjahr“-Modell nicht ausreichenden Einwirkung von Asbeststaub am Arbeitsplatz zu sehen (Zeilen Nr. 5, 8). Staubeinlagerungen in den Lungen sind röntgenologisch nicht nachweisbar. Diese beiden Gruppen addieren sich auf rund 37 %. Weitere 20 % der nicht bestätigten Verdachtsanzeigen (Zeile Nr. 11) weisen zwar eine BK-typische Einwirkung, aber weder Asbesteinlagerungen in den Lungen, noch eine dem Krankheitsbild der BK-Nr. 4104 zuzurechnende Diagnose auf.

Im Vergleich der zurückliegenden Jahre wird deutlich, dass die Anerkennung einer BK 4104 fast in allen Fällen zu einem Rentenanspruch führt. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei Krebserkrankungen beträgt im akuten Stadium regelmäßig 100 %.

**BK-Nrn. 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Entschiedene Fälle 1995 bis 2004**

Tabelle 20 b

Zeile Nr.	Art der Entscheidung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Zusammen
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Neue BK-Rente	722	744	688	730	752	673	741	714	742	791	7 297
2	Anerkannt ohne Rente	6	12	15	15	13	13	15	8	7	42	146
3	Anerkannt ohne Rente, dauernde und völlige EU	1	5	2	3	2	1	4	3	6	6	33
4	Anerkannt ohne Rente, Befundanererkennung	3	4	2	5	4	1	1	2	1	0	23
5	Ablehnung: keine Einwirkung	210	262	293	354	472	518	590	505	522	547	4 273
6	Ablehnung: Beratungsfall	7	15	29	65	82	112	129	176	183	203	1 001
7	Ablehnung: fehlende Mitwirkung	18	23	18	33	28	34	41	38	32	41	306
8	Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	188	204	257	340	374	356	429	428	466	422	3 464
9	Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	0	8	4	7	3	3	1	0	26
10	Ablehnung: Verfristung	0	0	1	11	6	3	0	3	1	1	26
11	Ablehnung: Einwirkung liegt vor	212	282	337	398	478	450	476	480	562	531	4 206
	Insgesamt	1 367	1 551	1 642	1 962	2 215	2 168	2 429	2 360	2 523	2 584	20 801

Deutlich zugenommen hat die Zahl der irrtümlich oder versehentlich an die UV-Träger gerichteten Anzeigen, die nach Beratung des Versicherten abgeschlossen werden können (Zeile Nr. 6).

Tabelle 20 c (siehe Seite 52) enthält die in dem 10-jährigen Beobachtungszeitraum von 1995 bis 2004 bei den UV-Trägern abgeschlossenen Verwaltungsverfahren wegen des angezeigten Verdachtes auf ein asbestverursachtes Mesotheliom. Die Jahrgangswerte sind von Jahr zu Jahr kontinuierlich gestiegen; von 1995 bis 2004 hat sich die Gesamtzahl der versicherungsrechtlichen Entscheidungen nahezu verdoppelt.

Die neuen Renten (Zeile Nr. 1) haben im gleichen Zeitraum um 64,4 % zugenommen. Zusammen mit

den sonstigen bestätigten Berufskrankheiten wird bei den Mesotheliomerkrankungen – bezogen auf die 10 ausgewiesenen Jahre – eine Anerkennungsquote von über 78,3 % erreicht. Bei den unter Zeile Nr. 2 ausgewiesenen insgesamt 138 Fällen handelt es sich um noch vor formaler Rentenfeststellung anerkannte Berufskrankheiten, bei denen zum jeweiligen Ende des Geschäftsjahres noch Maßnahmen der medizinischen Heilbehandlung durchgeführt wurden. Die nachlaufende Anerkennung als „Neue Rente“ fällt dann jeweils in das folgende Geschäftsjahr. Die im Jahr 2004 stark angestiegene Fallzahl (68) lässt erkennen, dass die UV-Träger die Feststellungsverfahren bei angezeigten Mesotheliomerkrankungen so verkürzen konnten, dass in größerem Umfang solche Bescheide mit einer Grundanererkennung der Berufskrankheit ermöglicht werden.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nrn. 4105 – Mesotheliom, Asbest Entschiedene Fälle 1995 bis 2004

Tabelle 20 c

Zeile Nr.	Art der Entscheidung	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Zusammen
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	Neue BK-Rente	492	493	507	557	584	633	670	692	726	809	6 163
2	Anerkannt ohne Rente	6	6	8	8	5	5	5	14	13	68	138
3	Anerkannt ohne Rente, dauernde und völlige EU	0	2	2	3	1	1	2	2	1	2	16
4	Anerkannt ohne Rente, Befundanerkennung	4	1	1	1	2	0	0	0	1	0	10
5	Ablehnung: keine Einwirkung	56	57	77	58	94	89	93	104	102	125	855
6	Ablehnung: Beratungsfall	3	2	14	15	17	25	44	46	65	53	284
7	Ablehnung: fehlende Mitwirkung	7	3	3	35	16	10	6	11	7	7	75
8	Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	15	16	24	21	14	16	14	30	30	17	197
9	Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	3	4	1	3	7	2	5	4	29
10	Ablehnung: Verfristung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Ablehnung: Einwirkung liegt vor	21	31	38	27	34	21	23	38	43	37	313
	Insgesamt	604	611	677	699	768	803	864	939	993	1 122	8 080

So genannte Befundanerkennungen allein aufgrund des Röntgenbildes (Zeile Nr. 4) kann es bei den Mesotheliomerkrankungen nicht geben, nachdem bereits eine nachgewiesene Asbesteinwirkung zur Anerkennung als Berufskrankheit ausreicht. In den Jahren 2000, 2001, 2002 und 2004 ist dies zutreffend in der BK-DOK erfasst worden. Die in den übrigen Jahren vereinzelt ausgewiesenen Fälle sind offenkundig Fehlverschlüsselungen.

Auch bei den Mesotheliomerkrankungen werden immer wieder Fälle angezeigt, bei denen letztlich eine Asbesteinwirkung bei der Tätigkeit des Versicherten nach Ausschöpfung aller Erkenntnisquellen ausgeschlossen werden muss (Zeile Nr. 5). Die insgesamt in 10 Jahren ausgewiesenen 855 Fälle machen 10,6 % der Gesamtentscheidungen aus.

Relativ niedrig ist die Zahl der Fälle, in denen zwar eine Asbesteinwirkung im Arbeitsbereich des Erkrankten festgestellt wurde, bei denen aber eine Krebserkrankung ohne die charakteristischen Merkmale eines Mesothelioms diagnostiziert worden ist (Zeilen Nr. 8, 11). Eine „hilfsweise“ Anerkennung einer Berufskrankheit nach Nr. 4104 scheiterte bei den ggf. nachgewiesenen Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura oder des Kehlkopfes an der zu gering ausgeprägten Asbesteinwirkung, die unterhalb der Schwelle der Asbestfaserjahr-Dosis lag. Die insgesamt 510 abgelehnten Fälle dieser Kategorie repräsentieren einen Anteil von 6,3 %.

Nur in ganz wenigen Fällen fehlt es an der Mitwirkung des Versicherten bei der Aufklärung des Sachverhalts (Zeile Nr. 7). Es handelt sich um Einzelfälle, bei denen

der Versicherte trotz persönlicher Beratung und Betreuung durch den UV-Träger keine oder unzureichende Angaben zu seiner Arbeitsanamnese macht, sodass – auch nach Einsatz aller sonstigen Ermittlungsmöglichkeiten – eine Asbesteinwirkung nicht festgestellt werden kann.

Krankheitsbilder asbestbedingter Erkrankungen – Minderung der Erwerbsfähigkeit

In dem Beobachtungszeitraum von 1990 bis 2004 bestätigt sich der schon bei den Silikosen beobachtete Wandel im Schweregrad der Krankheitsbilder von Asbestosen. Geht man davon aus, dass erhebliche Rückwirkungen auf die Funktionen von Atmung und Kreislauf, die regelmäßig ärztliche Behandlung erfordern, etwa bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit

(MdE) von 30 % beginnen, dann betrug der Anteil der ausgeprägten Krankheitsbilder im Jahr 1990 noch 28,7 %; bis zum Jahr 2004 war dieser Anteil auf 22,1 % abgesunken. Entsprechend zugenommen hat der Anteil der Fälle mit einer MdE von bis zu 25 %.

In insgesamt 110 Fällen – bezogen auf die ausgewerteten sechs Jahre – hat der MdE-Satz bei Beginn der Rente unter dem üblichen Einstiegswert von 20 % (gesetzlich festgelegte Mindest-MdE) gelegen (Zeile Nr. 3). Hier hat offenkundig ein Stütztribestand die Auszahlung der Rente auch nach einer MdE von 10 % oder 15 % ermöglicht. Bemerkenswert ist die deutliche Zunahme in den zurückliegenden Jahren, was auf eine sich ändernde gutachterliche Auffassung hinsichtlich der Messbarkeit von Funktionseinbußen unterhalb einer MdE von 20 % hindeutet.

BK-Nr. 4103 – Asbestose Neue BK-Renten – aufgeteilt auf MdE-Sätze 1990 bis 2004

Tabelle 21 a

Zeile Nr.	MdE	1990	1993	1996	1999	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
1	keine Angabe	0	3	2	0	30	21
2	keine MdE wegen Tod	3	11	16	12	28	24
3	unter 20	3	4	10	10	33	50
4	20	193	257	318	260	242	206
5	25	0	0	1	1	0	2
6	30	47	41	53	59	53	47
7	40	16	23	14	23	19	20
8	50	3	9	11	9	9	11
9	60	2	0	2	3	2	3
10	70	2	0	2	0	2	3
11	80	2	2	0	1	0	1
12	90	1	0	0	0	0	0
13	100	7	13	2	2	2	1
	Insgesamt	279	363	431	380	420	389

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Ebenfalls deutlich angestiegen ist die Zahl der Fälle, in denen erst mit dem Tod des Versicherten, wahrscheinlich durch eine Obduktion, Kenntnis vom Vorliegen einer (schweren) Asbestose erlangt wurde, sodass die zustehende Versichertenrente nicht mehr ausgezahlt werden konnte (Zeile Nr. 2).

Es ist naheliegend, dass bei einer Krebserkrankung eine grundlegend andere Verteilung der neuen Rente auf die MdE-Sätze als bei den reinen Asbestosen dokumentiert ist. Die mit einer MdE von 100 % ausgewiesenen Fälle erreichen einen Anteil von 31,1 % in etwa gleichbleibender Tendenz in den aktuellen Jahrgangswerten.

Bei 53,6 % der Gesamtzahl konnte keine MdE zu Lebzeiten des Versicherten festgestellt werden, weil die Berufskrankheit sehr rasch nach ihrem Auftreten und Feststellen der Diagnose zum Tod des Versicherten geführt hat (Zeile Nr. 2). Beide Gruppen zusammengefasst ergeben einen Anteil von fast 85 %. Hier doku-

mentiert sich die insgesamt infauste Prognose einer Berufskrankheit nach Nr. 4104.

Aus Tabelle 21 b wird aber erkennbar, dass in einer wenn auch noch geringen, so doch aktuell stark ansteigenden Zahl von Fällen MdE-Sätze von 20 % und auch von unter 20 % zur Rentenzahlung geführt haben. Dies betrifft – von Einzelfällen in der Vergangenheit abgesehen – die Kehlkopfkrebserkrankungen, die in frühem Stadium erkannt und als Berufskrankheit bestätigt werden konnten (Zeilen Nr. 3, 4), und deren Krankheitsbild nicht den Schweregrad wie bei den Lungen- und Pleurakrebserkrankungen erreicht.

Die Jahrgangswerte der neuen Renten sind seit 1990 kontinuierlich gestiegen. Bis zum Jahr 2004 haben sich die Rentenfälle nahezu verdreifacht (Zeile Nr. 14); sie übersteigen mittlerweile die Zahl der sonstigen Asbestkrebserkrankungen nach BK-Nr. 4104 (vgl. Tabelle 21 b).

**BK-Nr. 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Neue BK-Renten – aufgeteilt auf MdE-Sätze 1990 bis 2004**

Tabelle 21 b

Zeile Nr.	MdE	1990	1993	1996	1999	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
1	keine Angabe	0	1	1	2	32	40
2	keine MdE wegen Tod	43	176	432	420	413	424
3	unter 20	0	3	1	1	20	57
4	20	12	16	12	6	4	6
5	30	2	4	6	5	2	2
6	40	12	19	17	18	7	3
7	50	0	1	4	13	3	3
8	60	2	0	1	4	4	3
9	70	0	3	0	5	0	2
10	80	3	7	8	4	6	3
11	90	0	0	0	1	2	2
12	100	72	221	227	246	224	246
	Insgesamt	146	451	709	725	717	791

BK-Nr. 4105 – Mesotheliom, Asbest
Neue BK-Renten – aufgeteilt auf MdE-Sätze 1990 bis 2004

Tabelle 21 c

Zeile Nr.	MdE	1990	1993	1996	1999	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
1	keine Angabe	0	0	1	0	44	39
2	keine MdE wegen Tod	80	109	284	331	381	413
3	unter 20	0	0	3	1	19	70
4	20	7	4	8	7	0	0
5	30	1	1	2	0	1	0
6	40	36	27	38	13	2	1
7	50	3	1	0	0	2	0
8	60	1	0	0	0	0	1
9	70	0	0	0	2	0	0
10	80	0	1	0	0	1	0
11	90	0	0	0	0	0	0
12	100	158	255	143	215	239	285
	Insgesamt	286	398	479	569	689	809

Die Schichtung der Einzelentscheidungen lässt erkennen, dass es sich bei dem Mesotheliom um eine besonders schnell fortschreitende Krebserkrankung handelt. Bei Zusammenfassung der mit 100 % berenteten Erkrankungsfälle (Zeile Nr. 12) und der unmittelbar zum Tod führenden Erkrankungen (Zeile Nr. 2), und unter Berücksichtigung der „Vorab“-Anerkennungen (Zeilen Nr. 1, 3) ergeben die ausgewiesenen Fälle im Jahr 2004 einen Anteil von nahezu 100 % der Gesamtzahl.

Die unter Zeilen Nr. 1 und 3 für die Jahre 2002 und 2004 ausgewiesenen Fälle enthalten die potenziellen Rentenfälle, die aus Gründen der Rechtssicherheit für den Versicherten noch während einer Maßnahmen der medizinischen Heilbehandlung als Berufskrankheit anerkannt werden.

Am Krankheitsgeschehen beteiligte Asbestarten

Tabelle 22 (siehe Seite 56) zeigt die Verteilung der Asbesterkrankungen auf die unterschiedlichen Asbestarten. Die Prozentanteile lassen nicht erkennen, wo Schwerpunkte in der Entstehung der verschiedenen Berufskrankheiten liegen. Nähere Angaben sind nur in einem untergeordneten Teil der Erkrankungsfälle zu erhalten. In den übrigen Fällen bringen die Ermittlungen zur Arbeitsvorgeschichte keinen Aufschluss über die tatsächliche Beteiligung der Asbestarten am Krankheitsgeschehen insgesamt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Gefährdungszeiten oft weit in der Vergangenheit liegen und konkrete Angaben oder gar Aufzeichnungen über Art und Ausmaß der Staubbelastung nicht mehr zu erhalten sind.

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest

Tabelle 22

Anerkannte Berufskrankheiten 2004 – BK-auslösender Gegenstand – Asbestarten

Zeile Nr.	BK-spezifischer Gegenstand	Asbestosen		Lungen-/Kehlkopfkrebs		Mesotheliom	
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1263 – Asbest, weiß (Chrysotil)	198	9,6	83	9,9	68	7,7
2	1264 – Asbest, blau (Krokydolith)	21	1,0	8	1,0	5	0,6
3	1265 – Asbest, nicht differenziert	1 841	89,4	748	89,2	806	91,7
Insgesamt		2060	100,0	839	100,0	879	100,0

Gravierende Unterschiede sind bei den drei Asbeststauberkrankungen nicht zu verzeichnen, allenfalls graduelle Abweichungen.

Bei welchen Berufen treten Asbeststauberkrankungen auf?

Die Aufteilung der Asbeststaublungenenerkrankungen auf Berufsbereiche zeigt in der dargestellten Auswahl eine Ergänzung der aus Tabelle 19 zu entnehmenden Verteilung auf Wirtschaftszweige. Die hier aufgeführten Berufe/Berufsbereiche repräsentieren rund 93,3 % der insgesamt als Berufskrankheit anerkannten Erkrankungsfälle.

Innerhalb des Metallbereiches sind es die Metallbearbeiter und Schlosser, die einen Anteil von 34,0 % erreichen (Zeilen Nr. 5, 6, 8). Enthalten sind in dieser Position aber auch in anderen Wirtschaftszweigen als Schlosser tätige Versicherte, die ebenfalls an ihrem Arbeitsplatz einer Asbesteinwirkung ausgesetzt waren.

Auf die Bau- und Baunebenberufe (Zeilen Nr. 9, 10) entfallen 22,8 %. Die Verkehrsberufe liegen mit ihrem Anteil von 8,5 % deutlich über dem Anteil des Wirt-

schaftszweiges „Verkehr“ mit nur 2,0 % im Jahre 2004. Auch hier ist davon auszugehen, dass im Verkehrswesen mit Transportarbeiten beschäftigte Versicherte auch in anderen Branchen gearbeitet haben und dort gefährdet waren. Anders verhält es sich beim Wirtschaftszweig „Chemie“ mit einem Anteil von 13,7 % am Gesamtgeschehen (vgl. Tabelle 19). Die in Tabelle 23 ausgewiesenen Chemiewerker im engeren Sinne (Zeile Nr. 4) sind dagegen nur mit 8,6 % an den Asbeststauberkrankungen beteiligt.

Zwischen den einzelnen Berufskrankheiten sind bei der Verteilung auf Berufe keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen, die auf ein erhöhtes Risiko für eine bestimmte Berufskrankheit in einem der dargestellten Berufe hindeuten könnten.

Tabelle 24 weist in Sp. 2 die gleichen Berufe aus wie Tabelle 23 und zeigt die Anteile der Berufe an den Ablehnungsfällen mit vorausgegangener Asbeststaubgefährdung. Nur geringe Abweichungen gegenüber den anerkannten Fällen sind festzustellen, z.B. bei den Chemiewerker (Zeile Nr. 4) mit einem Anteil von 8,6 % bei den anerkannten, und 9,0 % bei den abgelehnten Fällen. Dies gilt auch für die Bauberufe (Zeilen 8, 9) mit einem Anteil von 22,8 % bei den

BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Anerkannte Berufskrankheiten 2004 – Aufteilung auf Berufe (Auswahl)

Tabelle 23

Zeile Nr.	Berufsbereiche	Asbestose BK 4103		Lungen-/Kehlkopfkrebs BK 4104		Mesotheliom BK 4105		Gesamt	
		Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Bergleute, Mineralgewinner	22	3,2	10	1,1	7	12,5	41	2,4
2	Steinbearbeiter, Baustoffhersteller	8	1,2	5	0,5	0	0,0	13	0,8
3	Keramiker, Glasmacher	13	1,9	15	1,6	0	0,0	26	1,5
4	Chemiearbeiter, Kunststoffverarb.	57	8,4	66	6,9	2	3,6	145	8,6
5	Metallerzeuger, -bearbeiter	43	6,3	70	7,4	1	1,8	96	5,7
6	Schlosser, Mechaniker u.z.B.	190	27,9	252	26,5	16	28,6	459	27,2
7	Elektriker	40	5,9	47	4,9	1	1,8	89	5,3
8	Montierer, Metallberufe, a.n.g.	8	1,2	14	1,5	1	1,8	19	1,1
9	Bauberufe	103	15,1	88	9,3	7	12,5	311	18,4
10	Bau-, Raumausstatter, Polsterer	34	5,0	50	5,3	2	3,6	75	4,4
11	Tischler, Modellbauer	10	1,5	20	2,1	1	1,8	32	1,9
12	Maler, Lackierer u.ä.	8	1,2	20	2,1	1	1,8	44	2,6
13	Maschinisten u.a.	52	7,6	44	4,6	2	3,6	81	4,8
14	Verkehrsberufe	47	6,9	63	6,6	9	16,1	144	8,5
15	übrige	47	6,9	186	19,6	6	10,7	113	6,7
	Gesamt	682	100,0	950	100,0	56	100,0	1 688	100,0

BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Nicht bestätigte Berufskrankheiten (mit Einwirkung von Asbeststaub) – Aufteilung auf Berufe (Auswahl) 2004

Tabelle 24

Zeile Nr.	Berufsbereiche	Asbestose BK 4103		Lungen-/Kehlkopfkrebs BK 4104		Mesotheliom BK 4105		Gesamt	
		Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil	Anzahl	%Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Bergleute, Mineralgewinner	31	4,8	29	3,5	3	5,4	63	4,1
2	Steinbearbeiter, Baustoffherst.	4	0,6	1	0,1	–	–	5	0,3
3	Keramiker, Glasmacher	5	0,8	7	0,8	3	5,4	15	1,0
4	Chemiearbeiter, Kunststoffverarb.	63	9,8	72	8,7	2	3,6	137	9,0
5	Metallerzeuger, -bearbeiter	52	8,1	73	8,8	5	8,9	130	8,5
6	Schlosser, Mechaniker u.z.B.	172	26,7	191	23,1	8	14,3	371	24,3
7	Elektriker, Montierer, Metallberufe, a.n.g.	31	4,8	34	4,1	6	10,7	71	4,6
8	Bauberufe	98	15,2	170	20,6	1	1,8	269	17,6
9	Bau-, Raumausstatter, Polsterer	36	5,6	29	3,5	1	1,8	66	4,3
10	Maschinisten u.a.	44	6,8	27	3,3	4	7,1	75	4,9
11	Verkehrsberufe	34	5,3	59	7,1	10	17,9	103	6,7
	Insgesamt	644	100,0	826	100,0	56	100,0	1 526	100,0

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Anerkennungen und 21,9 % bei den abgelehnten Fällen.

Bemerkenswert ist die geringe Zahl der als Berufskrankheit abgelehnten Verdachtsmeldungen auf ein Mesotheliom (vgl. Sp. 7, 8). In den insgesamt 56 Fällen hat sich der mit der Anzeige geäußerte Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit im Jahr 2004 nicht bestätigt, auch wenn die arbeitstechnischen Voraussetzungen hierfür erfüllt waren. Offenkundig hat ein typischer Mesotheliomkrebs in diesen Fällen nicht festgestellt werden können.

Wie lange dauert es nach einer Einwirkung von Asbest bis zum Entstehen einer BK?

Ein Vergleich der in Tabelle 25 dargestellten Einwirkungszeiten bei den als Berufskrankheit anerkannten Asbeststauberkrankungen des Jahres 2002 zeigt zunächst eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den Werten der Asbestosen (BK 4103) und den asbestbedingten Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen (BK 4104). Dies entspricht den erwarteten Zahlen, soweit die Anerkennung der Krebserkrankung auf dem Boden einer röntgenologisch nachgewiesenen

BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Anerkannte Berufskrankheiten – Verteilung auf Einwirkungsdauer 2004

Tabelle 25

Zeile Nr.	Einwirkungsdauer	Asbestose BK 4103		Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest BK 4104		Mesotheliom, Asbest BK 4105	
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8
1	< 1/2 Jahr	40	1,9	4	0,5	18	2,0
2	1/2 bis unter 1 Jahr	26	1,3	10	1,2	24	2,7
3	1 bis unter 2 Jahre	72	3,5	13	1,5	41	4,7
4	2 bis unter 5 Jahre	159	7,7	60	7,2	94	10,7
5	5 bis unter 10 Jahre	257	12,5	91	10,8	118	13,4
6	10 bis unter 15 Jahre	237	11,5	106	12,6	83	9,4
7	15 bis unter 20 Jahre	236	11,5	115	13,7	102	11,6
8	20 bis unter 25 Jahre	247	12,0	109	13,0	101	11,5
9	25 bis unter 30 Jahre	251	12,2	116	13,8	99	11,3
10	30 bis unter 35 Jahre	229	11,1	104	12,4	83	9,4
11	35 bis unter 40 Jahre	165	8,0	48	5,7	57	6,5
12	40 bis unter 45 Jahre	103	5,0	27	3,2	32	3,6
13	45 bis unter 50 Jahre	26	1,3	13	1,5	11	1,3
14	50 Jahre und länger	5	0,2	1	0,1	1	0,1
15	keine Angabe	7	0,3	22	2,6	15	1,7
	Insgesamt	2060	100,0	839	100,0	879	100,0

Asbestose stattfindet. Die Einführung des „Faserjahr“-Modells als weitere Anerkennungsgrundlage einer Krebserkrankung hat nicht zu einer erkennbaren Verschiebung der durchschnittlichen Einwirkungs-dauern geführt. Offenkundig fließen in die Berechnung der (gewichteten) Faserjahre dem Grunde nach die gleichen Einwirkungszeiten ein, wie dies für die Asbestosen dokumentiert ist. Bei den Asbestosen (BK 4103) entfallen 78,8 % der gesamten Anerkennungen auf den Gefährdungszeitraum von fünf bis unter 40 Jahren, bei den Asbestkrebserkrankungen der Lunge und des Kehlkopfes sind dies 82,0 % (Zeilen Nr. 5-11).

Anders sieht die Situation bei den asbestinduzierten Mesotheliomen aus. Hier liegt der Schwerpunkt der anerkannten Fälle bei deutlich kürzeren Einwirkungszeiten. Ein Anteil von 82,0 % der bestätigten Berufs-krankheiten ist in den Gruppen von einem Jahr bis unter 35 Jahren nachgewiesen. Wesentliche Kontingente

liegen bei Einwirkungs-dauern von zwei bis unter fünf Jahren und bis unter 10 Jahren (Zeilen Nr. 4-5).

Für die Erfassung der Latenzzeiten in der Berufs-krankheiten-Dokumentation wird der Zeitraum zwischen dem Beginn einer relevanten Gefährdung und dem Eintritt der Berufs-krankheit (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) ermittelt. In aller Regel werden bei Asbeststauber-krankungen längere Latenzzeiten als Einwirkungs-dauern (vgl. Tabelle 25) dokumentiert sein. Dies liegt vor allem daran, dass oft erst die Fortentwicklung asbestotischer Veränderungen in den Zielorganen nach Beendigung der eigentlichen Asbestgefährdung am Arbeitsplatz zum Auftreten einer Berufs-krankheit führt. Dies gilt sowohl für die (reinen) Asbestosen (BK 4103) als auch für die asbestbedingten Krebserkrankungen (BK 4104, 4105).

Tabelle 26 macht diese empirische Erkenntnis nach-zuliegender. Selbst in der Gruppe der über 40 Jahre

**BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Anerkannte Berufs-krankheiten – Verteilung auf Latenzzeiten 2004**

Tabelle 26

Zeile Nr.	Latenzzeit	Asbestose BK 4103		Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest BK 4104		Mesotheliom, Asbest BK 4105	
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8
1	< 5 Jahre	6	0,3	2	0,2	3	0,3
2	5 bis unter 10 Jahre	6	0,3	6	0,7	6	0,7
3	10 bis unter 15 Jahre	16	0,8	10	1,2	12	1,4
4	15 bis unter 20 Jahre	31	1,5	15	1,8	11	1,3
5	20 bis unter 25 Jahre	82	4,0	31	3,7	36	4,1
6	25 bis unter 30 Jahre	121	5,9	71	8,5	68	7,7
7	30 bis unter 35 Jahre	232	11,3	92	11,0	93	10,6
8	35 bis unter 40 Jahre	298	14,5	120	14,3	102	11,6
9	40 bis unter 45 Jahre	349	16,9	164	19,5	170	19,3
10	45 bis unter 50 Jahre	408	19,8	135	16,1	160	18,2
11	50 bis unter 55 Jahre	298	14,5	109	13,0	111	12,6
12	55 Jahre und länger	205	10,0	62	7,4	92	10,5
13	keine Angabe	8	0,4	22	2,6	15	1,7
Insgesamt		2060	100,0	839	100,0	879	100,0

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

andauernden Latenzzeiten sind bei allen drei Asbest-Berufskrankheiten noch Anteile von über 10 % ausgewiesen.

Der zahlenmäßige Schwerpunkt der Asbestosen (BK 4103) und der asbestbedingten Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen (BK 4104) weist eine Latenzzeit von weit über 25 Jahren auf. Die höchsten Werte sind bei den Altersgruppen von 35 bis unter 50 Jahren registriert (Zeilen Nr. 8, 9, 10). Bei den Mesotheliomen (BK 4105) ist eine breitere Streuung über die dargestellten Altersstufen zu erkennen. Die Anteile der Fälle mit einer kürzeren Latenzzeit als 25 Jahre liegen geringfügig über den Werten der anderen Asbeststauberkrankungen.

Dass trotz jahrelanger Einwirkung asbesthaltigen Staubes am Arbeitsplatz des Versicherten nicht zwangsläufig eine Berufskrankheit entstehen muss, lässt sich aus Tabelle 27 ableiten. Ausgewiesen sind die im Jahr 2004 nicht als Berufskrankheit bestätigten Fälle mit den dokumentierten Gruppen der jeweiligen Einwirkungsdauer. Selbst bei mehr als 30-jähriger Exposition gegenüber Asbest ist nicht obligatorisch, dass Asbestnadeln in das Körpergewebe eindringen und dort zu Reaktionen in den betroffenen Organen im Sinne der Entstehung einer Berufskrankheit führen.

Gegenüber den anerkannten Berufskrankheiten (vgl. Tabelle 25) sind die Anteile der unteren (kürzeren) Gruppen mit gefährdenden Arbeitszeiten bei den

BK 4103 – Asbestose
BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Nicht bestätigte Berufskrankheiten, mit Einwirkung von Asbest –
Verteilung auf Einwirkungsdauer 2004

Tabelle 27

Zeile Nr.	Einwirkungsdauer	Asbestose BK 4103		Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest BK 4104		Mesotheliom, Asbest BK 4105	
		Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil	Anzahl	%-Anteil
1	2	3	4	5	6	7	8
1	<1/2 Jahr	28	4,1	39	4,1	8	14,3
2	1/2 bis unter 1 Jahr	12	1,7	19	2,0	2	3,6
3	1 bis unter 2 Jahre	23	3,3	40	4,2	2	3,6
4	2 bis unter 5 Jahre	68	9,8	127	13,3	9	16,1
5	5 bis unter 10 Jahre	89	12,9	113	11,8	6	10,7
6	10 bis unter 15 Jahre	95	13,7	127	13,3	4	7,1
7	15 bis unter 20 Jahre	100	14,5	116	12,2	2	3,6
8	20 bis unter 25 Jahre	81	11,7	115	12,1	4	7,1
9	25 bis unter 30 Jahre	73	10,6	91	9,5	4	7,1
10	30 bis unter 35 Jahre	60	8,7	73	7,7	7	12,5
11	35 bis unter 40 Jahre	42	6,1	52	5,5	4	7,1
12	40 bis unter 45 Jahre	17	2,5	31	3,2	3	5,4
13	45 bis unter 50 Jahre	3	0,4	7	0,7	0	0,0
14	50 Jahre und länger	0	0,0	4	0,4	1	1,8
Insgesamt		691	100,0	954	100,0	56	100,0

abgelehnten Fällen deutlich erhöht. Es fehlte hier eine ausreichende Dosis für das Entstehen einer Asbestose (BK 4103/4104) bzw. für die Errechnung von mindestens 25 Asbestfaserstaubjahren (BK 4104). Für die den Verdacht auf eine Berufskrankheit anzeigende Stelle ist es verständlicherweise sehr schwierig, die relevante Asbeststaubgefährdung in ihrer Gesamtdosis zutreffend abzuschätzen. Dies erklärt die Anzahl der unbestätigt bleibenden BK-Meldungen.

Bei den 56 als Berufskrankheit abgelehnten Mesotheliomen hätte die dokumentierte Asbeststaubeinwirkung ausgereicht, um eine Berufskrankheit anzuerkennen (Sp. 7, 8). Nach histologisch/pathologischen Erkenntnissen hat die besondere Krebserkrankung in Form eines Mesothelioms nicht vorgelegen. Trotz der z.T. langjährigen Einwirkung von Asbest waren auch die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Lungen-/Pleura- oder Kehlkopfkrebses nach BK-Nr. 4104 nicht erfüllt.

Die Darstellung von Latenzzeiten bei den nicht als BK bestätigten Fällen führt zu keinen verwertbaren Erkenntnissen, nachdem für die Berechnung des Zeitraumes allenfalls der eher zufällige Zeitpunkt der Erstattung der Verdachtsanzeige verwendet werden könnte. Dieses Datum hat keinen Aussagewert für das BK-Geschehen.

Leistungen für Asbeststaublungenenerkrankungen

Die in den vorausgehenden Tabellen dargestellte Entwicklung des BK-Geschehens bei den Asbeststaublungenenerkrankungen spiegelt sich in den dafür von den UV-Trägern aufgewendeten Kosten wider. Nachdem die durch Asbeststaub verursachten Berufskrankheiten in den zurückliegenden Jahren z.T. recht unterschiedliche Verläufe aufweisen, erscheint sinnvoll, die Kosten- und Leistungsdaten getrennt zu beobachten, um hieraus Folgerungen für die künftige Entwicklung zu ziehen.

Leistungsfälle und Leistungen für Asbestosen

Tabelle 28 (siehe Seite 62) fasst den Gesamtaufwand für die Asbestosen (BK 4103) zusammen. In den

zurückliegenden 12 Jahren von 1993 bis 2004 haben sich die Leistungsfälle und die dafür gezahlten Leistungen mehr als verdoppelt (Sp. 2, 3, 4). Die relative Stabilität bei den durchschnittlichen Kosten pro Fall hat ihren wesentlichen Grund in der Struktur des Rentenbestandes. Trotz des allgemein angestiegenen Lohn- und Preisgefüges, das sich auch in den höheren Jahresarbeitsverdiensten (Grundlage der Rentenbemessung) zeigt, und der gestiegenen Zahl der Leistungen, ist hier eher eine leicht fallende Tendenz zu erkennen. Die Aufwendungen verteilen sich auf eine stärker anwachsende Zahl von Empfängern. Den Rentenleistungen selbst liegen mittlerweile im Durchschnitt geringere MdE-Sätze als in der Vergangenheit zugrunde.

Auch die Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Asbestosen haben sich in den zurückliegenden 12 Jahren von 1993 bis 2004 mehr als verdoppelt. Beigetragen hat hierzu eine Ausweitung der Therapie-Möglichkeiten bei den von der Asbestose betroffenen Atmungs- und Kreislauffunktionen, die bei einer größeren Zahl von Leistungsempfängern zur Anwendung kommen. Erfasst sind hier auch die von den UV-Trägern angebotenen Maßnahmen zur „Raucher-Entwöhnung“. Die Abstinenz von Nikotin und anderen kanzerogenen Inhaltsstoffen des Tabaks verbessert zum einen das Leistungsvolumen des Atemwegstraktes und beugt zum anderen der Entstehung eines zusätzlichen Lungen- oder Kehlkopfkrebses vor.

Dass die Leistungen für die berufliche Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) in erheblichem Umfang zurückgegangen sind, liegt vor allem daran, dass in dem ausgewiesenen Beobachtungszeitraum bereits das umfassende Verwendungsverbot für Asbest bestanden hat. Nachdem asbeststaubgefährdete Arbeitsplätze nicht mehr vorhanden sind, entfällt die Notwendigkeit von Arbeitsplatzwechseln oder qualifizierten Berufshilfemaßnahmen bei drohender Berufskrankheit. Die ansonsten bestandenen Ansprüche auf einen Ausgleich des Minderverdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile durch Übergangleistungen entfallen. Außerdem tritt mittlerweile der Versicherungsfall der Berufskrankheit häufig erst nach dem Ausscheiden aus einem Beschäftigungsverhältnis ein, sodass Maßnah-

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

**BK-Nr. 4103 – Asbestosen
Leistungen (einschl. Hinterbliebenenrenten) 1993 bis 2004**

Tabelle 28

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)			
	Anzahl	Betrag	Entwicklung (Sp. 3) 1993 = 100 %	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1993	3 817	21 922 370	100,0	5 743
1994	4 430	24 980 957	114,0	5 639
1995	4 771	26 793 442	122,2	5 616
1996	5 248	29 971 595	136,7	5 711
1997	5 591	31 394 799	143,2	5 615
1998	6 335	34 987 727	159,6	5 523
1999	7 018	36 408 556	166,1	5 188
2000	7 186	38 348 675	174,9	5 337
2001	7 312	40 511 166	184,8	5 540
2002	7 812	44 163 099	201,5	5 653
2003	8 119	45 635 494	208,2	5 621
2004	8 842	48 675 942	222,0	5 505
Gesamt	76 481	423 793 822	-	5 541

**BK-Nr. 4103 – Asbestosen
Leistungen der Rehabilitation 1993 bis 2004**

Tabelle 29

Jahr	Medizinische Rehabilitation			Berufliche Rehabilitation		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5	6	7
1993	1 325	3 299 016	2 490	14	104 086	7 435
1994	1 738	3 688 911	2 123	13	63 295	4 869
1995	1 914	3 734 377	1 951	15	53 380	3 559
1996	2 145	4 088 274	1 906	13	80 734	6 210
1997	2 366	4 162 033	1 759	16	175 652	10 978
1998	2 792	4 589 483	1 644	13	45 190	3 476
1999	3 484	4 863 379	1 396	8	25 572	3 197
2000	3 632	5 204 844	1 433	9	43 989	4 888
2001	3 728	5 656 386	1 517	13	67 861	5 220
2002	4 210	6 680 059	1 587	9	62 695	6 966
2003	4 434	6 935 857	1 564	12	44 256	3 688
2004	5 326	7 617 879	1 430	12	6 061	505
Gesamt	37 094	60 520 498	1 632	147	772 773	5 257

men zur weiteren Teilhabe am Arbeitsleben nicht in Betracht kommen.

Tabelle 30 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Rentenleistungen (auch Abfindungen) an die betroffenen Versicherten in den 12 zurückliegenden Jahren von 1993 bis 2004. Die absolute Höhe der Jahrgangsbeträge hat sich – den übrigen Leistungsarten folgend – in etwa verdoppelt. Insgesamt wurden in dem Beobachtungszeitraum für Asbestosen rund 265 Mio. € an Versichertenrenten aufgewendet.

Die Zahl der Rentenbezieher ist um rund 83 % angestiegen. Bei der Errechnung des durchschnittlichen Betrages pro Fall ist dagegen in den Jahren 1993 bis 2004 eine Zuwachsrate von lediglich 18 % zu verzeichnen. Hier wird deutlich, dass das aktuelle Rentengeschehen nicht mehr in so hohem Maße von den schweren Krankheitsbildern mit entsprechenden MdE-Sätzen geprägt wird, wie dies noch in den weiter zurückliegenden Jahren der Fall war.

Die Verteilung der Gesamtaufwendungen für Asbestosen im Jahre 2004 auf Wirtschaftszweige zeigt Tabelle 31 (siehe Seite 64). Anders als bei den Silikosen/Silikotuberkulosen (vgl. Tabelle 14) – dort erreicht der Bergbau einen Anteil von 66,4 % – liegt dieser Wirtschaftszweig mit 1,7 % im hinteren Drittel der Rangfolge (Zeile Nr. 1). Die höchste Belastung weist erwartungsgemäß der Metall-Bereich mit 36,1 % der Aufwendungen aus, gefolgt von der chemischen Industrie mit 18,2 % und dem Baugewerbe mit 13,4 %.

Auf den ersten Blick überrascht der wenn auch geringe Anteil des Gesundheitsdienstes mit 41 Leistungsfällen und 195 802 € an Kosten (0,4 %). Neben den Altlastfällen der ehemaligen DDR, die nicht nach Gewerbebezügen sondern nach Geburtsdaten der Versicherten verteilt wurden, finden sich hier vereinzelte Fälle aus betriebseigenen Werkstätten versicherter Unternehmen.

BK-Nr. 4103 – Asbestosen Rentenleistungen an Erkrankte 1993 bis 2004

Tabelle 30

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	2 582	13 853 303	5 365
1994	2 840	15 318 492	5 394
1995	3 041	16 717 137	5 497
1996	3 306	18 777 212	5 680
1997	3 501	19 977 313	5 706
1998	3 858	22 017 772	5 707
1999	3 981	23 109 426	5 805
2000	4 140	24 690 061	5 964
2001	4 308	25 541 816	5 929
2002	4 456	27 546 228	6 182
2003	4 563	27 928 775	6 121
2004	4 720	29 878 938	6 330
Gesamt	45 296	265 356 472	5 858

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nr. 4103 – Asbestosen Leistungen insgesamt – Verteilung auf Wirtschaftszweige 2004

Tabelle 31

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
		Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1	Bergbau	126	817 607	6 489
2	Steine und Erden	434	2 569 169	5 920
3	Gas, Fernwärme und Wasser	36	320 339	8 898
4	Metall	2 698	17 589 337	6 519
5	Feinmechanik und Elektrotechnik	641	4 518 493	7 049
6	Chemie	2 179	8 872 149	4 072
7	Holz	198	900 806	4 550
8	Papier und Druck	51	349 468	6 852
9	Textil und Leder	423	2 120 310	5 013
10	Nahrungs- und Genussmittel	42	206 879	4 926
11	Bau	1 365	6 541 872	4 793
12	Handel und Verwaltung	472	2 802 583	5 938
13	Verkehr	136	871 128	6 405
14	Gesundheitsdienst	41	195 802	4 776
	Gesamt	8 842	48 675 942	5 505

Leistungsfälle und Leistungen für Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest

Die asbestbedingten Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura und des Kehlkopfes sind die Berufskrankheiten mit den stärksten Zuwachsraten in den 12 zurückliegenden Jahren von 1993 bis 2004. Während die Aufwendungen für Silikosen und Silikotuberkulosen (BK 4101 und 4102) zusammengefasst in dem genannten Beobachtungszeitraum von 353,3 Mio. € auf 230,8 Mio. € zurückgegangen sind (Abnahme = – 34,7 %, vgl. Tabelle 11), sind die Zahlungen für Asbestkrebserkrankungen der BK-Nr. 4104 auf das nahezu viereinhalbfache des Ausgangswertes angestiegen. Im Jahr 2004 wurden für 9 440 Leistungsfälle insgesamt rund 147,3 Mio. € an Leistungen verbucht. Wiederum war es weniger der Anstieg der pro Leistungsfall errechneten Durchschnittskosten (Sp. 5), als vielmehr die um den Faktor 3,6 erhöhte Zahl der Leis-

tungsfälle selbst (Sp. 2), die für die starke Ausweitung der Gesamtaufwendungen maßgeblich ist.

Näheren Aufschluss für einzelne Leistungsarten ergeben sich aus den folgenden Tabellen.

Tabelle 33 zeigt die starke Zunahme der Leistungen bezogen auch auf die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation. Im Jahr 2004 haben die UV-Träger den vierfachen Betrag gegenüber dem Ausgangswert von 1993 aufgewendet. Die Entwicklung bei der Anzahl der Leistungsfälle entspricht in etwa dem Gesamtverlauf (vgl. Tabelle 32, Sp. 2). Die 2004 ausgewiesene Anzahl von 2 956 Fällen liegt ebenfalls bei dem vierfachen des Ausgangswertes. Dieser starke Zuwachs beim Kreis der Leistungsempfänger lässt erkennen, dass die Möglichkeiten einer speziellen Therapie auch bei diesen Krankheitsbildern ausgeweitet und einer größeren Zahl von Versicherten angeboten werden konnten.

**BK 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Leistungen (einschließlich Hinterbliebenenrenten) 1993 bis 2004**

Tabelle 32

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)			
	Anzahl	Betrag	Entwicklung (Sp. 3) 1993 = 100%	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1993	2 644	33 340 263	100,0	12 610
1994	3 338	44 561 292	133,7	13 350
1995	4 080	56 515 683	169,5	13 852
1996	4 797	69 164 913	207,5	14 418
1997	5 306	78 296 763	234,8	14 756
1998	6 203	90 241 242	270,7	14 548
1999	6 994	100 767 371	302,2	14 408
2000	7 436	105 741 723	317,2	14 220
2001	7 986	120 837 044	362,4	15 131
2002	8 394	131 087 012	393,2	15 617
2003	8 822	137 319 776	411,9	15 566
2004	9 440	147 280 123	441,7	15 602
Gesamt	75 440	1 115 153 204	-	14 782

**BK-Nr. 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Leistungen der Rehabilitation 1993 bis 2004**

Tabelle 33

Jahr	Medizinische Rehabilitation		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	697	6 075 942	8 717
1994	1 019	8 176 400	8 024
1995	1 288	10 655 663	8 273
1996	1 554	12 019 158	7 734
1997	1 671	13 742 165	8 224
1998	1 983	15 932 091	8 034
1999	2 383	18 725 902	7 858
2000	2 401	18 494 254	7 703
2001	2 508	21 155 461	8 435
2002	2 605	23 263 251	8 930
2003	2 684	23 744 541	8 847
2004	2 956	24 214 302	8 192
Gesamt	23 749	196 199 130	8 261

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Außerdem bewirkt die Ausschöpfung aller Erkenntnisquellen bei der Feststellung neuer BK-Fälle zum frühestmöglichen Zeitpunkt einen zusätzlichen Anstieg der Behandlungsfälle. Zu berücksichtigen ist hierbei schließlich die Einbeziehung von Kehlkopfkrebserkrankungen in die BK-Nr. 4104 mit Wirkung vom 1. Dezember 1997. Bei Diagnose dieser Erkrankung in einem frühen Stadium lassen sich durch gezielte therapeutische Maßnahmen die Heilungsaussichten wesentlich verbessern.

Leistungen der beruflichen Rehabilitation (Teilhabe am Arbeitsleben) sind bei Asbestkrebserkrankungen nach BK-Nr. 4104 eher die Ausnahme. Eine Wiedereingliederung in das Berufsleben scheidet in aller Regel an der Schwere des Krankheitsbildes. Die Darstellung von Leistungen in Form einer Zeitreihe würde deshalb keine Entwicklungstendenzen erkennen lassen. Die Gesamtsumme dieser Leistungsart, bezogen auf den Beobach-

tungszeitraum von 1993 bis 2004 beläuft sich auf 179 455 €. In den Jahren von 2001 bis 2004 sind keine Leistungsfälle ausgewiesen.

Die an erkrankte Versicherte gezahlten Renten in den Jahren von 1993 bis 2004 wegen asbestbedingter Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura und des Kehlkopfes sind aus Tabelle 34 ersichtlich. Insgesamt sind in dem 12-jährigen Beobachtungszeitraum rund 293,6 Mio. € verbucht worden. Durch die Steigerung von rund 9,2 Mio. € im Jahr 1993 auf rund 38,0 Mio. € im Jahr 2004 wird mehr als das vierfache des Ausgangswertes erreicht. Die Zahl der Leistungsberechtigten ist um rund das dreifache angewachsen, der durchschnittliche Betrag je Empfänger um rund 50 %. Die Zuwachsrate bei den jährlichen Renten spiegelt die Anpassung der Bestandsrenten an geänderte Einkommensverhältnisse wider. Wesentliche Änderungen in der Rentenstruktur in Form niedri-

**BK-Nr. 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Rentenleistungen an Erkrankte 1993 bis 2004**

Tabelle 34

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	765	9 180 130	12 000
1994	953	12 438 493	13 052
1995	1 202	15 130 151	12 587
1996	1 373	18 591 725	13 541
1997	1 388	21 566 161	15 538
1998	1 596	24 170 484	15 144
1999	1 700	26 653 822	15 679
2000	1 752	26 946 800	15 381
2001	2 037	32 001 676	15 710
2002	1 998	34 493 134	17 264
2003	2 040	34 406 865	16 866
2004	2 150	38 027 931	17 687
Gesamt	18 954	293 607 372	15 491

gerer Durchschnitts-MdE-Sätze sind trotz der Aufnahme des Kehlkopfkrebsses in die BK-Nr. 4104 bisher jedenfalls nicht zu verzeichnen.

Eine Zusammenfassung der

Versichertenrenten	von 293 607 372 €
zuzüglich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation	von 196 199 130 €
zuzüglich der Leistungen der beruflichen Rehabilitation	von 179 455,00 €
ergibt einen Betrag	von 489 985 957 €
bei Gegenüberstellung der Leistungen insgesamt (vgl. Tab. 32)	von 1 115 153 204 €
errechnet sich ein Differenzbetrag	von 625 167 247 €

Diese Summe ist in den Jahren von 1993 bis 2004 an die Hinterbliebenen der Versicherten ausgezahlt worden, die an den Folgen ihrer Krebserkrankung verstorben sind.

Wie sich die Gesamtaufwendungen (einschl. Hinterbliebenenrenten) auf die Wirtschaftszweige verteilen, zeigt für das Jahr 2004 Tabelle 35 (siehe Seite 68). Insgesamt wurden für die asbestbedingten Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura und des Kehlkopfes für dieses Geschäftsjahr rund 147,3 Mio. € aufgewendet. Wie schon bei den Asbestosen (BK 4103 – Tabelle 31) liegt der höchste Anteil bei dem Bereich „Metall“ mit rund 40,0 % (58,6 Mio. €). An zweiter Stelle liegt bei BK 4104 das Baugewerbe mit 16,1 % (23,7 Mio. €), gefolgt von der chemischen Industrie mit 14,6 % (21,6 Mio. €).

Wesentliche Anteile weisen auch die Wirtschaftszweige „Feinmechanik und Elektrotechnik“ mit 9,9 %, „Handel und Verwaltung“ mit 6,4 % und „Steine und Erden“ mit 4,1 % auf.

Der relativ geringe Durchschnittsbetrag der Leistungen im Gesundheitsdienst (Zeile Nr. 14, Sp. 5) erklärt sich daraus, dass für die übernommenen Altlastfälle aus der

ehemaligen DDR ausschließlich Hinterbliebenenrenten in Betracht kommen.

Leistungsfälle und Leistungen für Mesotheliome, Asbest

Die in Tabelle 36 (siehe Seite 68) ausgewiesenen Gesamtaufwendungen für die Entschädigung asbestverursachter Mesotheliome erreichen in dem 12-jährigen Beobachtungszeitraum von 1993 bis 2004 rund 1 041,2 Mio. €. Die Steigerungsrate beträgt 236,7 %, der Ausgangswert hat sich also mehr als verdreifacht. Dies ist im Wesentlichen auf die entsprechend hohe Zunahme der Leistungsfälle (+ 208,8 %), zu geringeren Teilen auf die Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro Fall (+ 10,9 %) zurückzuführen. Gründe für den Anstieg der Leistungsfälle ergeben sich zum einen aus dem Anwachsen der als BK anerkannten Fälle (vgl. Tabelle 17, Sp. 4), zum anderen aus der Ausweitung der Therapiemöglichkeiten bei frühzeitigem Erkennen eines Mesothelioms.

Die auch in den letzten Geschäftsjahren registrierten Zuwachsraten bei den Leistungsfällen und den Leistungen (Sp. 2, 3) von durchschnittlich etwa 10 % lassen nicht erwarten, dass sich in den nächsten Jahren eine flachere Leistungskurve einstellen wird.

Das Mesotheliom ist die Berufskrankheit mit den höchsten durchschnittlichen Leistungsbeträgen pro Einzelfall (Sp. 5).

Die Entwicklung der in Tabelle 37 (siehe Seite 69) dargestellten Kosten der Heilbehandlung von Mesotheliom-Erkrankten lässt in den zurückliegenden 12 Jahren einen Anstieg um mehr als das dreifache des Ausgangswertes erkennen. Dies wird als Indiz dafür gesehen, dass vermehrt Erkrankungsfälle in so frühem Stadium festgestellt werden, dass Maßnahmen der medizinischen Heilbehandlung durchführbar sind. Dafür spricht auch die kontinuierliche Ausweitung der Anzahl der Leistungsfälle (Sp. 2). Die verbuchten Kosten für die ärztliche Behandlung und Betreuung von Mesotheliom-Erkrankten liegen deutlich über den ver-

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

**BK-Nr. 4104 – Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest
Leistungen insgesamt – Verteilung auf Wirtschaftszweige 2004**

Tabelle 35

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
		Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1	Bergbau	215	3 233 011	15 037
2	Steine und Erden	336	5 977 107	17 789
3	Gas, Fernwärme und Wasser	73	1 598 271	21 894
4	Metall	3 584	58 597 859	16 350
5	Feinmechanik und Elektrotechnik	731	14 529 000	19 876
6	Chemie	1 388	21 553 973	15 529
7	Holz	151	1 724 484	11 420
8	Papier und Druck	55	715 255	13 005
9	Textil und Leder	165	1 962 378	11 893
10	Nahrungs- und Genussmittel	100	968 297	9 683
11	Bau	1 736	23 720 586	13 664
12	Handel und Verwaltung	622	9 473 413	15 231
13	Verkehr	235	2 812 764	11 969
14	Gesundheitsdienst	49	413 725	8 443
	Gesamt	9 440	147 280 123	15 602

**BK 4105 – Mesotheliom, Asbest
Leistungen (einschließlich Hinterbliebenenrenten) 1993 bis 2004**

Tabelle 36

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)			
	Anzahl	Betrag	Entwicklung (Sp. 3) 1993 = 100%	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1993	2 493	41 980 981	100,0	16 840
1994	2 924	48 565 882	115,7	16 609
1995	3 354	56 451 768	134,5	16 831
1996	3 710	62 357 575	148,5	16 808
1997	4 057	69 111 707	164,6	17 035
1998	4 634	79 086 616	188,4	17 067
1999	5 180	88 211 699	210,1	17 029
2000	5 593	95 182 462	226,7	17 018
2001	6 072	108 268 072	257,9	17 831
2002	6 600	119 528 610	284,7	18 110
2003	7 122	131 121 890	312,3	18 411
2004	7 698	141 348 726	336,7	18 362
	Gesamt	59 437	1 041 215 987	17 518

**BK-Nrn. 4105 – Mesotheliom, Asbest
Leistungen der Rehabilitation 1993 bis 2004**

Tabelle 37

Jahr	Medizinische Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	632	7 323 964	11 589
1994	798	8 920 860	11 179
1995	865	9 583 205	11 079
1996	913	10 649 962	11 665
1997	995	10 869 810	10 924
1998	1 158	13 844 056	11 955
1999	1 297	16 666 516	12 850
2000	1 365	16 514 268	12 098
2001	1 453	18 032 398	12 410
2002	1 568	21 284 331	13 574
2003	1 735	23 238 323	13 394
2004	1 856	24 920 968	13 427
Gesamt	14 635	181 848 661	12 426

gleichbaren Kosten für Asbestosen (vgl. Tabelle 28); sie erreichen nahezu die Aufwendungen für die asbestbedingten Krebserkrankungen der Lunge, Pleura und des Kehlkopfes (vgl. Tabelle 33).

Hinsichtlich der Kosten für Maßnahmen der Berufshilfe (Teilhabe am Arbeitsleben) gelten die Ausführungen zu Tabelle 33 entsprechend. Auch bei einem asbestbedingten Mesotheliom kommen nur in Ausnahmefällen Maßnahmen zur weiteren Teilhabe am Arbeitsleben in Betracht. Auf die Angabe von Jahrgangswerten wurde deshalb ebenfalls verzichtet.

In den 12 Jahren von 1993 bis 2004 haben die UV-Träger rund 164,1 Mio. € an Versichertenrenten gezahlt. Die Zahl der Rentenbezieher hat sich in diesem Zeitraum nahezu verdreifacht. Auch die jährlichen Rentenleistungen im Jahr 2004 erreichen den dreifachen Betrag des Ausgangswertes aus 1993. Die

Zuwachsrates liegt damit deutlich unter der der Asbestosen und der Lungen- und Kehlkopfkrebserkrankungen, die in den Jahresbeträgen – wie oben dargestellt – um rund das vierfache angestiegen waren.

Die UV-Träger gehen davon aus, dass die besondere pathologische Form des Mesothelioms bereits nach Aufnahme der Erkrankung in die BK-Liste dazu beigetragen hat, Dunkelziffern bei der Anzeige dieser Berufskrankheit und damit bei der Feststellung von Entschädigungsleistungen zu vermeiden. Die Diagnose eines Mesothelioms oder der Verdacht hierauf legen bei der besonderen Ätiologie des Krebses stets die Vermutung nahe, dass dieser auf die Einwirkung von Asbest zurückzuführen ist. In jedem Falle sollte deshalb eine Anzeige an den UV-Träger erstattet werden. Im Zusammenwirken mit den Maßnahmen der nachgehenden arbeitsmedizinischen Vorsorge und Betreuung ehemals asbestgefährdeter Arbeitnehmer sind deshalb

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

BK-Nr. 4105 – Mesotheliome, Asbest Rentenleistungen an Erkrankte 1993 bis 2004

Tabelle 38

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	485	6 896 100	14 219
1994	616	7 335 329	11 908
1995	699	8 944 596	12 796
1996	760	9 964 742	13 112
1997	761	11 342 494	14 905
1998	787	11 851 927	15 060
1999	870	13 022 868	14 969
2000	929	14 008 851	15 079
2001	1 103	17 926 564	16 253
2002	1 101	18 830 217	17 103
2003	1 187	21 075 879	17 756
2004	1 295	22 866 028	17 657
Gesamt	10 593	164 065 595	15 488

bei den Mesotheliomerkrankungen potenzielle Berufskrankheiten auch in der Vergangenheit frühzeitig erkannt, dem UV-Träger gemeldet und bei Bestätigung entschädigt worden. Dies erklärt die geringeren Zuwachsraten gegenüber den sonstigen Asbeststauberkrankungen in den zurückliegenden Jahren.

Erwartungsgemäß sind bei der Art der BK 4105 mit der nach wie vor sehr infausten Prognose die Leistungen an die Hinterbliebenen verstorbener Erkrankter wesentlich höher als die Versichertenrenten selbst.

Eine Zusammenfassung der

Versichertenrenten	von 164 065 595 €
zuzüglich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation	von 181 848 661 €
zuzüglich der Leistungen der beruflichen Rehabilitation	von 176,00 €
ergibt einen Betrag	von 345 914 432 €
bei Gegenüberstellung der Leistungen insgesamt (vgl. Tab. 32)	von 1 041 215 987 €
errechnet sich ein Differenzbetrag	von 695 301 555 €

In den Jahren von 1993 bis 2004 sind danach nahezu 700 Mio. € an Hinterbliebenenrenten gezahlt worden. Die Summe übersteigt die Versichertenrenten um mehr als das Vierfache.

Diese Zahlen machen deutlich, dass es sich bei dem asbestbedingten Mesotheliom nach wie vor um eine Berufskrankheit mit einem schweren, akut verlaufenden Krankheitsbild handelt, bei dem längere Überlebenszeiten bisher nur in Einzelfällen beobachtet werden konnten. Alle Bemühungen der UV-Träger müssen deshalb darauf gerichtet sein, diese besondere Form einer Krebserkrankung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen, um dem Versicherten gegenüber das Vorliegen einer Berufskrankheit bestätigen zu können. Daneben sollte mit allen geeigneten Mitteln medizinisch-wissenschaftliche Forschung betrieben werden mit dem Ziel, wirksame Therapieformen anbieten zu können.

In der Gesamtsumme des Jahres 2004 von rund 141,3 Mio. € sind wiederum die Hinterbliebenenrenten enthalten. Tabelle 39 zeigt die Verteilung der Leistungen auf die einzelnen Wirtschaftszweige.

**BK-Nr. 4105 – Mesotheliom, Asbest
Leistungen insgesamt – Verteilung auf Wirtschaftszweige 2004**

Tabelle 39

Zeile Nr.	Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
		Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4	5
1	Bergbau	295	4 795 386	16 256
2	Steine und Erden	191	3 445 848	18 041
3	Gas, Fernwärme und Wasser	82	1 885 174	22 990
4	Metall	2 702	49 625 966	18 366
5	Feinmechanik und Elektrotechnik	1 247	27 050 555	21 693
6	Chemie	1 014	18 333 480	18 080
7	Holz	138	2 163 567	15 678
8	Papier und Druck	57	793 255	13 917
9	Textil und Leder	200	2 726 931	13 635
10	Nahrungs- und Genussmittel	86	1 245 077	14 478
11	Bau	1 107	18 217 472	16 457
12	Handel und Verwaltung	409	8 241 900	20 151
13	Verkehr	137	2 222 415	16 222
14	Gesundheitsdienst	33	601 700	18 233
	Gesamt	7 698	141 348 726	18 362

Wesentliche Unterschiede zu den Asbestosen (BK 4103) und den asbestbedingten Krebserkrankungen der Lunge, der Pleura und des Kehlkopfes (BK 4104) lassen sich nicht erkennen. Auch bei den Mesotheliomen entfällt der höchste Anteil auf den Metallbereich (Zeile Nr. 4) mit 35,1 % der Aufwendungen. An nächster Stelle liegt hier der Wirtschaftszweig „Elektrotechnik und Feinmechanik“ (Zeile Nr. 5) mit 19,1 %. Dann folgen das Baugewerbe (Zeile Nr. 11) mit 12,9 % und die chemische Industrie (Zeile Nr. 6) mit 10,7 %. Wesentliche Anteile weisen noch die Wirtschaftszweige „Handel und Verwaltung“ und „Bergbau“ (Zeilen Nr. 12, 1), mit 5,8 % bzw. 3,4 % auf.

Offenkundig ist in den Gewerbebezweigen, die in der Zusammenfassung den Wirtschaftsbereich „Metall“ bilden, am häufigsten und intensivsten Asbest verarbeitet worden. Bei allen drei Asbest-Berufskrankheiten liegt dieser Bereich mit z.T. weit mehr als einem Drittel der Fälle deutlich an der Spitze.

4 Zusammenfassung und Ausblick

Die durch die anorganischen Stäube Quarz und Asbest verursachten Berufskrankheiten (BK-Nrn. 4101-4105, 4112) haben in den zurückliegenden Jahren und Jahrzehnten das Berufskrankheiten-Geschehen in Deutschland maßgeblich geprägt. Auch wenn bei den Anzeigen auf Verdacht einer BK und den damit zu entscheidenden Fällen die jährlichen Spitzenwerte bei anderen Berufskrankheiten angesiedelt waren – zu nennen sind hier insbesondere die Wirbelsäulenerkrankungen, die Lärmschwerhörigkeit und die Hauterkrankungen –, so übertrifft doch die Zahl der neuen Rentenfälle, die als gewichtigster Faktor des BK-Geschehens gilt, in zusammengefasster Form die Jahrgangswerte der anderen genannten Berufskrankheiten bei weitem. Im Jahr 2004 wurden für die BK-Nrn. 4101 bis 4105 und 4112 insgesamt 2 402 neue Rentenfälle registriert. Dem stehen gegenüber

I. Erkrankungen durch anorganische Stäube

Neue Rentenfälle bei	BK 2108 – Lendenwirbelsäulen, Heben und Tragen	123 Fälle
	BK 2301 – Lärmschwerhörigkeit	581 Fälle
	BK 5101 – Hauterkrankungen	278 Fälle
	zusammen	982 Fälle

Diese Zahlen verdeutlichen den Stellenwert, den die Quarzstaub- und Asbeststauberkrankungen nach wie vor einnehmen. Betont wird diese eher statistische Aussage durch Einbeziehung von Entschädigungsleistungen in die Betrachtung. Während bei den Lendenwirbel-, Lärm- und Hauterkrankungen in aller Regel Rente nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von maximal etwa 30 % gezahlt wird, und Todesfälle mit Hinterbliebenenleistungen praktisch nicht vorkommen, weisen die durch anorganische Stäube verursachten Berufskrankheiten nach wie vor schwere Krankheitsbilder mit zum Teil tödlichem Verlauf auf (insbesondere BK 4104, 4105). Dies schlägt sich in hohen Entschädigungsleistungen für Versicherte, aber auch für Hinterbliebene nieder (vgl. Tabellen 11, 28, 32, 36 mit ergänzenden Übersichten).

Bei differenzierter Betrachtung der durch anorganische Stäube verursachten Berufskrankheiten kann festgestellt werden, dass sich im Laufe der Jahre eine Umschichtung von den Quarzstauberkrankungen hin zu den Asbeststauberkrankungen ergeben hat. Dies wird zunächst an den in der Grundtabelle 1 enthaltenen Eckwerten zu den BK-Nrn. 4101 bis 4105 nachvollziehbar. Die Zeitreihe von 1950 bis ins Jahr 2004 zeigt bei den Quarzstauberkrankungen ein Absinken der Verdachtsanzeigen von fast 24 000 auf 1 623 Fälle pro Jahr. Nennenswerte Kontingente sind bei den Asbestkrankungen erst ab etwa 1980 registriert. 2004 wurden 7 082 Anzeigen erstattet. Eine vergleichbare Entwicklung lässt sich bei den „Neuen Renten“ ablesen. Im Jahr 2004 wurden bei den BK-Nrn. 4101 und 4102 noch insgesamt 345 neue Rentenfälle gezählt, bei den BK-Nrn. 4103, 4104 und 4105 waren es im gleichen Jahr 1 988 Fälle.

Diese sich kreuzenden Entwicklungslinien zeigen das unterschiedliche Gefährdungspotenzial der beiden beteiligten Staubarten Quarz und Asbest auf. Während durch technisch-organisatorische Maßnahmen an den gefährdeten Arbeitsplätzen sowie durch eine lückenlose arbeitsmedizinische Betreuung quarzstaubexponierter Versicherte große Erfolge der BK-Verhütung erreicht werden konnten, blieb beim Arbeitsstoff Asbest nicht zuletzt wegen seiner hohen Kanzerogenität schließlich nur ein Verwendungsverbot übrig, um weiteren Schaden bei asbeststaubexponierten Arbeitnehmern zu vermeiden.

Eine Prognose des künftigen Verlaufs der Quarzstauberkrankungen BK 4101 und 4102 lässt sich deshalb ohne weiteres aus den Zahlen der zurückliegenden Jahre ableiten. Der durchgängige Rückgang aller maßgeblichen Kennzahlen lässt zuverlässig erwarten, dass sowohl die Zahl der neuen Rentenfälle, als auch – mit der üblichen zeitlichen Verzögerung – die Summe der Entschädigungsleistungen weiter zurückgehen wird. Die stark rückläufige Zahl der Silikosen und Silikotuberkulosen (BK 4101, 4102) wird auch von vornherein eine Limitierung der Fälle von Lungenkrebs in Verbindung mit Silikose (BK 4112) mit sich bringen.

Bei den asbestbedingten Erkrankungen lässt sich mit aller gebotenen Zurückhaltung eine gewisse Stabilisierung der Jahrgangswerte bei den reinen Asbestosen (BK 4103) und den Asbestkrebserkrankungen der Lunge und der Pleura (BK 4104) erkennen. Die starken Zuwachsraten bei den anerkannten Berufskrankheiten noch bis Mitte der 90er-Jahre haben sich deutlich abgeflacht. Ob dieser Trend sich angesichts der aktuell wieder steigenden Zahlen verfestigt, muss die Beobachtung der nächsten Jahre zeigen.

Anlass zur Sorge wegen des weiter erkennbaren deutlichen Anstiegs der Fallzahlen bietet nach wie vor das asbestinduzierte Mesotheliom (BK 4105). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Einwirkungs- und Latenzzeiten der in den zurückliegenden Jahren anerkannten Fälle muss wohl mit einer weiteren Steigerung der Fallzahlen, wenn auch in abgeschwächter Form, gerechnet werden. Dies betrifft sowohl die

neuen Renten als auch die Entschädigungsleistungen und schließlich auch die Todesfälle. Die Bemühungen, asbestverursachte Krebserkrankungen zum frühestmöglichen Zeitpunkt durch Herausfiltern von „Hochrisiko-

Versicherten“ zu erkennen, sind deshalb fortzusetzen. Dies gilt in gleicher Weise für die medizinisch-wissenschaftliche Erforschung der bei Asbestkrebserkrankungen einsetzbaren Therapien.

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

1 Bezeichnung als Berufskrankheit

In der aktuellen Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) werden bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen als Berufskrankheiten anerkannt:

BK-Nr. 4301:

Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

und

BK-Nr. 4302:

Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können

Bis Ende 1976 waren die unter BK-Nr. 4301 und 4302 bezeichneten obstruktiven Atemwegserkrankungen als „Bronchialasthma“ in Nr. 41 der Anlage 1 zur 7. BKVO zusammengefasst. Nach Vorlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde die Berufskrankheit mit zwei Krankheitsbezeichnungen in die Berufskrankheitenliste aufgenommen. Dadurch erfolgte keine materielle Änderung aufgrund eines geänderten Krankheitsbildes oder der Ausdehnung auf andere Atemwegserkrankungen; durch die Aufteilung sollte verdeutlicht werden, dass die scheinbar ähnlichen Krankheitsbilder durch verschieden wirkende Ursachen ausgelöst werden.

Der Klammerzusatz „einschließlich Rhinopathie“ bei der BK 4301 wurde durch die Verordnung zur Änderung der BeKV vom 22. März 1988 eingefügt. Abgesehen davon bezieht sich der Begriff der obstruktiven Atemwegserkrankungen bei beiden BKen 4301 und 4302 nur auf Erkrankungen der unteren Atemwege. Atemwegserkrankungen der oberen Luftwege

durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe werden von der BK Nr. 4302 nicht erfasst.

2 Anerkennungsvoraussetzung

Zum Eintritt des Versicherungsfalles bei den BKen 4301 und 4302 muss neben den allgemeinen Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit – Nachweis der beruflichen Einwirkung, Vorliegen eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustandes (Krankheit) und des wahrscheinlichen Ursachenzusammenhanges – noch das besondere Merkmal des Unterlassungszwanges aller gefährdenden Tätigkeiten vorliegen.

Neben den anerkannten Versicherungsfällen der BKen 4301 und 4302 sind in der BK-DOK auch die Fälle dokumentiert, in denen das besondere Merkmal des Unterlassungszwanges fehlt. Nach § 3 Abs. 1 BKV können Leistungen auch bei fehlenden besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen gewährt werden, wenn die Gefahr des Entstehens der BK besteht.

3 Begutachtungsstandards

Im Auftrag des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden für die Berufskrankheiten 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der BKV Begutachtungsempfehlungen erstellt, die im so genannten Reichenhaller Merkblatt niedergelegt sind. Die Empfehlungen dienen der Qualitätssicherung von BK-Entscheidungen und sollen die grundgesetzlich zugesicherte Gleichbehandlung aller Versicherten gewährleisten. Sie beschreiben die Untersuchungen, die als Gutachtenstandard gelten und geben Anhaltspunkte zur MdE Einschätzung.

4 Entwicklung der statistischen Daten

4.1 Verdachtsanzeigen

Bei der Zahl der Verdachtsanzeigen im Jahr 2004 liegt die BK 4301 an 7. und die BK 4302 an 10. Stelle

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

aller BKen. Zusammen haben die BKen 4301 und 4302 im Jahr 2004 einen Anteil von 6,5 Prozent an den gesamten BK-Verdachtsanzeigen.

Bei der Entwicklung der Zahl der Verdachtsanzeigen von 1980 bis 2004 zeigt sich bei der BK 4301 nach einer Phase der Zunahme der Verdachtsfälle von 1980 mit 1366 Fällen auf 5037 angezeigte Fälle im Jahr 1992 ein kontinuierlicher Rückgang der Zahlen. 2004 wurde mit 2177 Fällen fast wieder das Niveau der Anzahl der Verdachtsanzeigen von 1985 erreicht. Im Vergleich zum Jahr 1992 ist 2004 ein Rückgang der Anzeigen um fast 60 Prozent zu verzeichnen.

Die Verdachtsanzeigen bei den toxischen Atemwegserkrankungen (BK 4302) sind im Zeitraum 1980 bis 1996 ebenfalls stark angestiegen. Der Höhepunkt liegt im Jahr 1996 mit 2188 angezeigten Fällen. Danach geht auch hier die Zahl der Verdachts-

anzeigen stetig – wenn auch nicht so stark wie bei der BK 4301 – zurück. In Bezug auf das Jahr 1996 sind die Anzeigen im Jahr 2004 um etwa 35 Prozent gesunken.

4.1.1 Verdachtsanzeigen nach Wirtschaftszweigen

Der überwiegende Anteil der Verdachtsanzeigen zur BK 4301 in den letzten Jahren kommt aus den Wirtschaftsbereichen Nahrungs- und Genussmittelindustrie, Gesundheitsdienst und Handel und Verwaltung. Hauptsächlich betroffen von den BK-Anzeigen 4301 ist der Bereich Nahrungs- und Genussmittel. Seit 1990 liegt der Anteil der Anzeigen aus diesem Wirtschaftszweig bei ca. 40 Prozent aller Anzeigen. Der Höhepunkt der Verdachtsanzeigen liegt hier im Jahr 1990. Im Vergleich hierzu ist die Anzahl der Verdachtsanzeigen im Jahr 2004 in diesem Wirtschaftsbereich um mehr als

Anzeigen auf Verdacht BKen insgesamt – Rangfolge 2004

Tabelle 1

BK Nr.	Fälle	%
1	2	3
5101 Hautkrankheiten	14723	26,4
2301 Lärm	9593	17,2
2108 Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen	5643	10,1
4103 Asbestose	3440	6,2
4104 Lungen-/ Kehlkopfkrebs, Asbest	2523	4,5
3101 Infektionskrankheiten	2471	4,4
4301 Atemwegserkrankung allergisch	2177	3,9
2102 Meniskusschäden	1669	3,0
4101 Silikose	1453	2,6
4302 Atemwegserkrankung toxisch	1443	2,6
4105 Mesotheliom, Asbest	1119	2,0
Übrige BKen	9615	17,2
Gesamt	55 869	100,0

**Anzeigen auf Verdacht
BK-Nr. 4301
Atemwegserkrankung allergisch
und BK-Nr. 4302
Atemwegserkrankung toxisch**

Tabelle 2

Jahr	4301 – Atemwegserkrankung allergisch	4302 – Atemwegserkrankung toxisch
1	2	3
1980	1 366	255
1981	1 582	353
1982	1 518	385
1983	1 406	396
1984	1 738	510
1985	2 136	654
1986	2 963	800
1987	3 554	1 073
1988	4 004	1 310
1989	4 349	1 493
1990	4 632	1 764
1991	5 030	1 865
1992	5 037	2 257
1993	4 861	2 240
1994	4 770	2 232
1995	4 674	2 183
1996	4 300	2 188
1997	3 981	2 111
1998	3 931	1 959
1999	3 764	1 921
2000	3 543	1 906
2001	3 342	1 656
2002	2 897	1 613
2003	2 400	1 489
2004	2 177	1 443
Gesamt	83 955	36 056

zeichnet ebenfalls 1995 die höchste Zahl der Fälle. Im Jahr 2004 gingen die Fälle hier um 46 % zurück.

Die rückläufigen Verdachtsanzeigen sind einerseits auf die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung zurückzuführen, andererseits hat auch die Präventionsarbeit der zuständigen Unfallversicherungsträger wesentlich hierzu beigetragen. Insbesondere in dem im Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel hauptsächlich betroffenen Bereich der Bäckereien sind in den vergangenen Jahren vielfältige Maßnahmen zur Prävention bei berufsbedingten Atemwegsallergien durch Mehlstaub erforscht und eingeführt worden. Dadurch haben sich die Arbeitsbedingungen für alle dort Beschäftigten verbessert. Durch verbesserte Aufklärung konnte zum Teil auch erreicht werden, dass bereits bei der Berufsberatung gefährdeten Personen – Atopiker und Personen mit hyperreagiblem Bronchialsystem – von bestimmten Berufen z.B. Bäcker, Konditor, Gärtner, Tierpfleger usw. abgeraten wird. Hier ist jedoch noch weitere Aufklärungsarbeit durch die Unfallversicherung, insbesondere auch gegenüber den Hausärzten zu leisten, damit Arbeitnehmern bzw. Auszubildenden mit einer gewissen Allergiebereitschaft unbedingt von der Aufnahme einer dieser Berufe abgeraten wird.

Der Schwerpunkt der Anzeigen auf Verdacht einer BK 4302 liegt in dem Wirtschaftsbereich metallverarbeitende Industrie. In geringerem Maß sind das Baugewerbe, die chemische Industrie und der Bereich Gesundheitsdienst betroffen. Während in den Wirtschaftszweigen metallverarbeitende Industrie und Baugewerbe die Zahl der Verdachtsfälle seit 1996 rückläufig ist, sind die angezeigten Fälle im Bereich Chemie nach Rückgängen seit 1995 im Jahr 2004 mit 178 Fällen gegenüber 2002 mit 163 Fällen wieder angestiegen.

die Hälfte zurückgegangen. Im Bereich Gesundheitsdienst erreicht die Zahl der Anzeigen 1995 mit 917 Fällen den Höchststand. Im Vergleich hierzu ist im Jahr 2004 ein Rückgang um ca. 57 % zu verzeichnen. Der Wirtschaftszweig Handel und Verwaltung ver-

Auch bei der BK 4302 sind die von den zuständigen Unfallversicherungsträgern entwickelten Präventionsmaßnahmen und die damit einhergehende Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Betrieben eine Ursache für den Rückgang der Gesamtzahlen.

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Verdachtsanzeigen BK 4301 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 3

Wirtschaftszweig	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
Bergbau	8	9	21	7	4	10	12
Steine und Erden	2	13	41	40	15	12	6
Gas, Fernwärme und Wasser	0	2	5	2	2	0	1
Metall	42	106	245	233	191	167	126
Feinmechanik und Elektrotechnik	44	99	241	198	148	126	80
Chemie	104	109	222	140	99	69	54
Holz	99	91	167	157	101	108	121
Papier und Druck	6	4	7	25	13	20	27
Textil und Leder	84	100	255	151	103	80	73
Nahrungs- und Genussmittel	753	1 318	2 015	1 778	1 218	1 193	906
Bau	38	79	190	252	200	160	112
Handel und Verwaltung	83	128	435	457	361	325	245
Verkehr	4	10	35	29	43	26	21
Gesundheitsdienst	80	131	640	917	730	553	392
Gesamt	1 347	2 199	4 519	4 386	3 228	2 849	2 176

4.1.2 Verdachtsanzeigen nach meldender Stelle

Die überwiegende Zahl der Anzeigen auf Verdacht des Vorliegens einer BK 4301 und BK 4302 wird von den Ärzten erstattet. Auffallend ist der Rückgang der Meldungen auf Verdacht des Vorliegens einer BK durch die Arbeitsämter. Während 1995 noch 16 Prozent aller Anzeigen auf Verdacht einer BK 4301 von den Arbeitsämtern gemeldet wurden (9 Prozent aller Anzeigen auf Verdacht einer BK 4302), beläuft sich ihr Anteil an den Meldungen im Jahr 2004 nur noch auf etwa 6 Prozent bei der BK 4301 (3,5 Prozent bei der BK 4302). Eine Ursache hierfür liegt in der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und der Lage auf dem Arbeitsmarkt, die weniger Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Problemen veranlasst, sich zu einer Berufsaufgabe zu entschließen und beim Arbeitsamt Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

4.2 BK-Verdacht bestätigt

Aus der Abbildung 1 (siehe Seite 80) geht die Entwicklung der BK 4301 hervor. Erkennbar wird auch die relativ geringe Auswirkung der Erweiterung der BK im Jahr 1988 um die Rhinopathie.

Im Jahr 2004 wurde bei der BK 4301 von den insgesamt entschiedenen 2336 Fällen in 503 Fällen eine Berufskrankheit, sei es mit oder ohne Rente, förmlich anerkannt. Dazu kommen 283 Fälle, in denen die berufliche Verursachung der BK 4301 festgestellt wurde, ohne dass die besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung der „Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten“ vorgelegen hätte. Der Anteil der bestätigten BKen – mit oder ohne Rente anerkannte Fälle und Fälle, in denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, ohne dass die besondere versicherungsrecht-

Verdachtsanzeigen BK 4302 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 4

Wirtschaftszweig	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
Bergbau	2	13	22	41	38	27	28
Steine und Erden	3	29	27	27	58	63	39
Gas, Fernwärme und Wasser	1	4	5	6	8	6	11
Metall	69	218	587	705	560	492	471
Feinmechanik und Elektrotechnik	31	65	148	191	187	135	134
Chemie	89	133	189	193	182	163	178
Holz	8	26	73	53	35	24	31
Papier und Druck	2	7	8	91	57	35	44
Textil und Leder	18	38	36	85	38	25	44
Nahrungs- und Genussmittel	5	10	30	68	64	48	35
Bau	42	81	218	303	304	237	178
Handel und Verwaltung	9	26	96	148	127	133	109
Verkehr	6	6	18	23	23	33	23
Gesundheitsdienst	7	16	149	189	219	160	122
Gesamt	292	672	1 606	2 123	1 900	1 581	1 447

Verdachtsanzeigen BK 4301 nach meldender Stelle

Tabelle 5

Meldende Stelle	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
Unternehmer	102	124	121	118	71	87	73
Arzt	410	627	1 763	2 068	1 932	1 836	1 434
Versicherter	70	62	141	238	242	265	239
Krankenkasse	0	0	0	375	383	297	155
Arbeitsamt	0	0	0	723	420	228	124
RV-Träger	0	0	0	30	47	58	43
Sonstige	765	1 386	2 494	834	133	78	108
Gesamt	1 347	2 199	4 519	4 386	3 228	2 849	2 176

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Verdachtsanzeigen BK 4302 nach meldender Stelle

Tabelle 6

Meldende Stelle	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
Unternehmer	35	51	91	121	32	30	39
Arzt	123	332	782	1 050	1 028	946	920
Versicherter	35	46	86	191	207	228	173
Krankenkasse	0	0	0	196	293	233	179
Arbeitsamt	0	0	0	199	160	54	51
RV-Träger	0	0	0	20	39	36	48
Sonstige	99	243	647	346	141	54	37
Gesamt	292	672	1 606	2 123	1 900	1 581	1 447

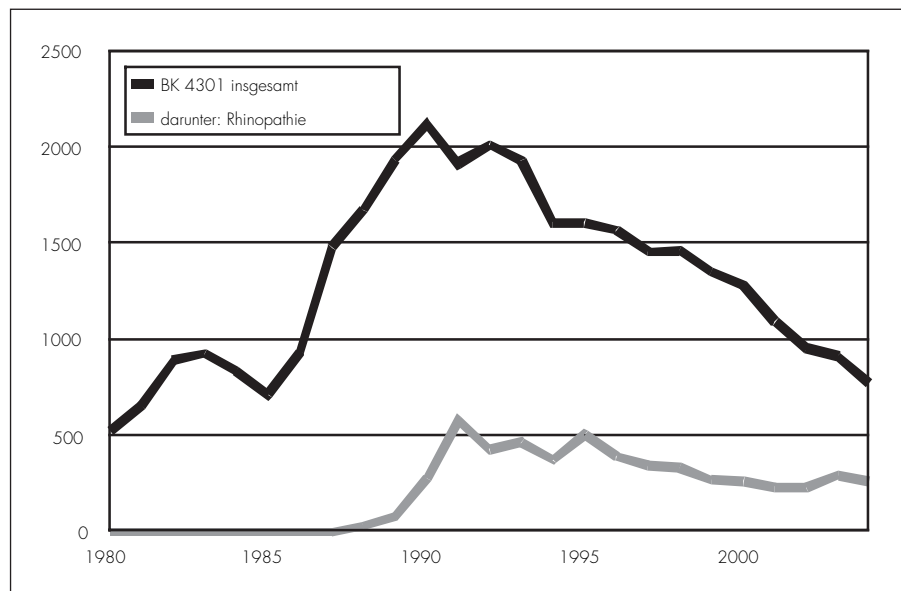


Abbildung 1:
Zeitliche Entwicklung der BK 4301

liche Voraussetzung der Aufgabe der Tätigkeit vorliegt – an den entschiedenen Fällen liegt seit 1993 bei durchschnittlich ca. 34 Prozent.

Im Jahr 2004 wurde in 1 669 Fällen bei der BK 4302 eine Entscheidung getroffen. Eine Anerkennung als Berufskrankheit – mit oder ohne Rente – erfolgte in 159 Fällen, in 58 Fällen wurde der BK-Verdacht bestätigt, ohne dass die besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung der „Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten“ vorgelegen hat. Der Anteil der bestätigten BKen an den entschiedenen Fällen liegt hier seit 1993 bei durchschnittlich ca. 16 Prozent.

4.2.1 Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten einschließlich der neuen BK-Renten

Der Höhepunkt der neuen BK-Renten lag bei der BK 4301 in den Jahren 1994 mit 342 Fällen. Im Jahr 2004 wurde in 148 Fällen eine neue BK-Rente gewährt. Die Zahl der Fälle ist im Vergleich zu 1994 um mehr als die Hälfte zurückgegangen.

Die ohne Rente anerkannten Fälle BK 4301 hatten im Jahr 1993 mit 1 129 Fällen den höchsten Stand. Im Vergleich zum Jahr 2004 mit 355 Fällen ist hier ein Rückgang um fast 70 Prozent zu verzeichnen.

Entschiedene Fälle BK 4301 nach Art der Feststellung

Tabelle 7

Jahr	Neue BK-Renten		Anerkannte BK ohne Rente		BK-Verdacht nicht bestätigt		Bestätigt, kein Versicherungsfall		Zusammen
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1980	121	12,4	226	23,1	439	44,9	191	19,5	977
1981	129	10,3	232	18,6	662	53,0	225	18,0	1 248
1982	115	7,5	476	30,9	678	44,0	272	17,7	1 541
1983	139	10,5	279	21,0	666	50,1	246	18,5	1 330
1984	139	10,1	323	23,5	716	52,1	195	14,2	1 373
1985	121	9,3	249	19,1	746	57,2	189	14,5	1 305
1986	138	7,5	481	26,2	1 012	55,1	205	11,2	1 836
1987	168	7,7	527	24,3	1 218	56,1	259	11,9	2 172
1988	194	8,2	304	12,8	1 501	63,4	369	15,6	2 368
1989	176	6,0	777	26,4	1 611	54,7	381	12,9	2 945
1990	243	6,7	955	26,3	1 943	53,5	494	13,6	3 635
1991	248	6,5	967	25,3	2 126	55,7	478	12,5	3 819
1992	310	8,1	792	20,6	2 255	58,8	480	12,5	3 837
1993	316	7,5	1 129	26,8	2 512	59,6	260	6,2	4 217
1994	342	7,3	860	18,4	3 210	68,6	267	5,7	4 679
1995	264	5,6	1 071	22,7	3 011	63,8	370	7,8	4 716
1996	264	5,9	872	19,4	2 927	65,1	436	9,7	4 499
1997	304	7,4	728	17,8	2 692	65,9	364	8,9	4 088
1998	250	6,3	618	15,6	2 518	63,7	567	14,3	3 953
1999	212	6,0	546	15,3	2 223	62,4	579	16,3	3 560
2000	213	5,8	638	17,4	2 361	64,5	451	12,3	3 663
2001	182	5,5	571	17,3	2 210	66,8	345	10,4	3 308
2002	165	5,3	457	14,8	2 144	69,4	324	10,5	3 090
2003	168	5,9	418	14,8	1 890	66,9	350	12,4	2 826
2004	148	6,3	355	15,2	1 550	66,4	283	12,1	2 336
Gesamt	5 069	6,9	14 851	20,3	44 821	61,1	8 580	11,7	73 321

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Entschiedene Fälle BK 4302 nach Art der Feststellung

Tabelle 8

Jahr	Neue BK-Renten		Anerkannte BK ohne Rente		BK-Verdacht nicht bestätigt		Bestätigt, kein Versicherungsfall		Zusammen
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1980	21	12,1	11	6,3	111	63,8	31	17,8	174
1981	30	11,3	15	5,7	192	72,5	28	10,6	265
1982	36	10,7	16	4,7	238	70,4	48	14,2	338
1983	34	8,0	32	7,5	313	73,8	45	10,6	424
1984	46	10,0	34	7,4	326	71,2	52	11,4	458
1985	41	9,5	16	3,7	320	73,9	56	12,9	433
1986	49	8,5	28	4,9	442	76,6	58	10,1	577
1987	41	6,5	25	4,0	504	80,5	56	8,9	626
1988	57	6,7	29	3,4	662	77,9	102	12,0	850
1989	78	8,1	27	2,8	743	77,1	116	12,0	964
1990	112	8,9	54	4,3	982	77,7	116	9,2	1264
1991	107	7,7	50	3,6	1088	78,1	148	10,6	1393
1992	172	11,2	71	4,6	1123	72,9	175	11,4	1541
1993	169	10,6	74	4,7	1255	78,9	93	5,8	1591
1994	173	9,0	91	4,7	1578	82,3	76	4,0	1918
1995	226	10,8	108	5,1	1666	79,3	100	4,8	2100
1996	262	11,3	97	4,2	1885	81,6	66	2,9	2310
1997	216	9,4	81	3,5	1942	84,3	64	2,8	2303
1998	217	10,6	64	3,1	1693	82,9	69	3,4	2043
1999	170	8,9	50	2,6	1612	84,8	69	3,6	1901
2000	171	8,7	52	2,7	1660	84,6	79	4,0	1962
2001	171	9,7	23	1,3	1527	86,2	50	2,8	1771
2002	162	9,1	43	2,4	1518	85,2	58	3,3	1781
2003	108	6,6	31	1,9	1444	88,8	44	2,7	1627
2004	112	6,7	47	2,8	1452	87,0	58	3,5	1669
Gesamt	2981	9,2	1169	3,6	26276	81,4	1857	5,8	32283

Im Vergleich dazu fällt der Rückgang bei der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle im Zeitraum 1995 bis 2004 um knapp 50 Prozent (von 4 716 Fälle 1995 auf 2 336 Fälle 2004) geringer aus.

Diese Entwicklung lässt den Schluss zu, dass in den letzten Jahren die Krankheitsbilder bei den entschiedenen Fällen weniger schwer ausgeprägt sind. Ursache hierfür ist unter anderem auch die Tatsache, dass durch verbesserte Aufklärungsarbeit der betroffenen Unfallversicherungsträger gegenüber den Ärzten,

Unternehmern und Versicherten, berufsbedingte obstruktive Atemwegserkrankungen früher als in den vergangenen Jahren bei der zuständigen Berufsgenossenschaft angezeigt werden, die dann durch entsprechende Maßnahmen in vielen Fällen eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes verhindern kann.

Dies lässt sich auch aus der Entwicklung der Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) neuer BK-Renten bei der BK 4301 schließen.

Neue BK-Renten BK 4301 nach MdE

Tabelle 9

MdE	1990		1995		2000		2002		2004		zusammen	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
keine Angabe	1	0,4	53	17,6	2	0,9	1	0,6	7	4,8	64	6,1
unter 20	9	3,9	17	5,6	14	6,6	13	8,1	29	19,9	82	7,8
20	102	44,7	123	40,9	132	62,0	107	66,9	81	55,5	545	52,0
25	8	3,5	6	2,0	3	1,4	1	0,6	1	0,7	19	1,8
30	57	25,0	54	17,9	36	16,9	19	11,9	23	15,8	189	18,0
35	1	0,4	2	0,7	1	0,5	0	0,0	0	0,0	4	0,4
40	26	11,4	23	7,6	15	7,0	11	6,9	3	2,1	78	7,4
45	0	0,0	2	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
50	15	6,6	10	3,3	6	2,8	5	3,1	1	0,7	37	3,5
55	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
60	4	1,8	3	1,0	3	1,4	1	0,6	1	0,7	12	1,1
65	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
70	3	1,3	5	1,7	0	0,0	1	0,6	0	0,0	9	0,9
80	1	0,4	2	0,7	1	0,5	0	0,0	0	0,0	4	0,4
100	1	0,4	0	0,0	0	0,0	1	0,6	0	0,0	2	0,2
Insgesamt	228	100,0	301	100,0	213	100,0	160	100,0	146	100,0	1048	100,0
MdE über 30%		22,4		15,9		12,2		11,9		3,4		14,2

Seit 1995 steigt der Anteil der Fälle, in denen eine MdE unter 20 % festgestellt wird, die Zahl der Fälle mit einer MdE von 30 % und mehr nimmt ab. Während 1990 in 22,4 Prozent der Fälle eine MdE über 30 Prozent festgestellt wurde, liegt der Anteil dieser Fälle im Jahr 2004 nur noch bei 3,4 Prozent

Die Zahl der neuen BK-Renten bei der BK 4302 (Tabelle 8) erreichte im Jahr 1996 mit 262 Fällen ihren Höchststand. 2004 wurde in 112 Fällen eine neue BK-Rente gewährt. Die Zahl der Fälle ist im Vergleich zu 1996 um 57 % zurückgegangen.

Bei den ohne Rente anerkannten Fällen BK 4302 lag der Höhepunkt im Jahr 1995 mit 108 Fällen. Bis zum Jahr 2001 sind die Fallzahlen rückläufig. In den Jahren 2002 und 2004 ist dagegen wieder ein Anstieg der

ohne Rente anerkannten Fälle BK 4302 zu beobachten. Im Vergleich zum Höchststand 1995 liegt im Jahr 2004 ein Rückgang dieser Fälle um ca. 56 Prozent vor.

Dagegen fällt der Rückgang bei der Gesamtzahl der entschieden Fälle im Zeitraum 1996 bis 2004 – von 2310 Fällen im Jahr 1996 auf 1669 Fälle im Jahr 2004 – auch hier mit 28 Prozent geringer aus.

Tabelle 10 (siehe Seite 84) zeigt die Entwicklung der Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) neuer BK-Renten bei der BK 4302 seit 1990.

Im Gegensatz zur BK 4301 sind hier die Krankheitsbilder schwerer ausgeprägt. Der Anteil der Fälle mit

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Neue BK-Renten BK 4302 nach MdE

Tabelle 10

MdE	1990		1995		2000		2002		2004		zusammen	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
keine Angabe	3	2,6	11	4,9	1	0,6	0	0,0	5	4,5	20	2,6
unter 20	2	1,7	11	4,9	8	4,7	16	9,9	19	17,1	56	7,2
20	50	43,1	100	44,2	76	45,0	66	41,0	48	43,2	340	43,4
25	2	1,7	4	1,8	3	1,8	5	3,1	0	0,0	14	1,8
30	25	21,6	52	23,0	35	20,7	33	20,5	19	17,1	164	20,9
35	0	0,0	1	0,4	1	0,6	0	0,0	1	0,9	3	0,4
40	14	12,1	20	8,8	22	13,0	17	10,6	13	11,7	86	11,0
45	2	1,7	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,6
50	13	11,2	8	3,5	15	8,9	11	6,8	3	2,7	50	6,4
55	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
60	2	1,7	3	1,3	5	3,0	5	3,1	2	1,8	17	2,2
65	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9	1	0,1
70	1	0,9	5	2,2	3	1,8	5	3,1	0	0,0	14	1,8
80	2	1,7	5	2,2	0	0,0	3	1,9	0	0,0	10	1,3
100	0	0,0	3	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,4
Insgesamt	116	100,0	226	100,0	169	100,0	161	100,0	111	100,0	783	100,0
MdE über 30 %		29,3		21,2		27,2		25,5		18,0		24,1

einer MdE von 30 % und mehr liegt höher als bei der BK 4301. Auch hier ist seit 1995 ein Rückgang – wenn auch nicht so stark wie bei der BK 4301 – zu verzeichnen.

Diese Entwicklung zeigt ebenso wie bei der BK 4301, dass durch verstärkte Präventionsarbeit das Berufskrankheitengeschehen positiv im Sinne eines Rückgangs der Schwere der Erkrankung und eines Rückganges der anerkannten Fälle beeinflusst wird.

4.2.2 Entwicklung der bestätigten Verdachtsfälle

In den Fällen „bestätigter BK-Verdacht, kein Versicherungsfall“ ist die berufliche Verursachung gegeben, die besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung der

„Unterlassung der schädigenden Tätigkeit“ jedoch nicht erfüllt. Die Entwicklung dieser Fälle bei der BK 4301 (siehe Tabelle 7, Spalten 8 und 9) verläuft uneinheitlich. Nach einem Rückgang der Zahlen 1993/1994 steigen die Zahlen wieder an mit einem Höchststand im Jahr 1999 mit 579 Fällen. In den Folgejahren sinken die Fallzahlen wieder. Im Jahr 1999 betrug der Anteil der Fälle „bestätigter BK-Verdacht kein Versicherungsfall“ an allen entschiedenen Fällen 16,3 %. Im Jahr 2004 ist er auf 12,1 Prozent gesunken.

Bei der BK 4302 (siehe Tabelle 8, Spalten 8 und 9) ist der Anteil der Fälle „bestätigter BK-Verdacht kein Versicherungsfall“ seit 1993 gesunken. Während sich der Anteil dieser Fälle an der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle bis 1993 im Bereich von 10 Prozent und

mehr bewegt sinkt er danach auf einen Prozentsatz von 2,5 bis 5,8 Prozent.

Im Unterschied zur BK 5101, bei der ebenfalls zur Anerkennung der Berufskrankheit neben der beruflichen Verursachung besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen vorliegen müssen, ist der Anteil der Fälle, in denen die berufliche Verursachung festgestellt wurde, die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen jedoch nicht vorliegen, bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen wesentlich geringer. Im Jahr 2004 lag dieser Anteil bei der BK 5101 bei ca. 40 Prozent der entschiedenen BK-Verdachtsfälle (vergleiche Teil III). Dies erklärt sich daraus, dass bei der BK 5101 neben dem Zwang zur Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit als weiteres Erfordernis eine schwere oder wiederholt rückfällige Erkrankung vorliegen muss. Die Möglichkeiten im Bereich der Primärprävention und der sekundären Individualprävention, insbesondere auch durch medizinische Maßnahmen den Verbleib in der beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen, sind bei der BK 5101 vielfältiger als bei den Atemwegserkrankungen. Die infrage kommenden medizinischen und auch arbeitstechnischen Präventionsmaßnahmen sind bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen aufwändiger und für den Versicher-

ten zum Teil belastender als bei den Hauterkrankungen.

4.2.3 Bestätigte Verdachtsfälle nach Wirtschaftszweigen 2004

Hauptsächlich betroffen bei den bestätigten Verdachtsfällen der BK 4301 ist der Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel. An zweiter Stelle steht der Bereich Gesundheitsdienst. Bei einem Vergleich der auf die Wirtschaftszweige entfallenden Verdachtsanzeigen und den bestätigten Verdachtsfällen zeigt sich, dass auf den Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel 41 Prozent der Verdachtsanzeigen fallen; der Anteil bei den entschiedenen Fällen beträgt 60 Prozent. Dagegen sind die Unterschiede zwischen den Anteilen an den Verdachtsfällen und den entschiedenen Fällen in den übrigen hauptbetroffenen Wirtschaftszweigen geringer.

Bei der BK 4302 dominiert bei den bestätigten Verdachtsfällen kein Gewerbegebiet so eindeutig wie bei der BK 4301. An erster Stelle steht hier der Wirtschaftszweig Metall mit 67 bestätigten Verdachtsfällen, gefolgt vom Wirtschaftszweig Gesundheitsdienst und

BK 4301 – Bestätigte BKen im Geschäftsjahr 2004 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 11

Wirtschaftszweig	Verdachtsanzeigen		Bestätigter BK- Verdacht	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5
Nahrungs- und Genussmittel	906	41,6	463	59,7
Gesundheitsdienst	392	18,0	179	23,1
Handel und Verwaltung	245	11,3	60	7,7
Chemie	54	2,5	28	3,6
Holz	121	5,6	20	2,6
übrige	579	21,0	26	3,6
Insgesamt	2176	100,0	776	100,0

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

dem Bereich Chemie. Die folgende Tabelle zeigt die jeweiligen Anteile der Verdachtsanzeigen und der Fälle mit bestätigtem BK-Verdacht für die hauptsächlich betroffenen Wirtschaftszweige.

4.2.4 Bestätigte Verdachtsfälle nach Berufsbereichen 2004

Entsprechend der Auswertung zu den Wirtschaftsbereichen liegen bei der Auswertung der bestätigten Fälle BK 4301 nach Berufsbereichen die Ernährungsberufe an erster Stelle, gefolgt von den Gesundheitsdienstberufen, den Warenkaufleuten und den Dienstleistungsberufen. Über 80 Prozent der bestätigten BK-Verdachtsfälle konzentrieren sich damit auf nur vier Berufsbereiche.

Bei der BK 4302 entfallen 63 Prozent der bestätigten BK-Verdachtsfälle auf die vier hauptsächlich betroffenen Berufsbereiche Metallherzeuger, -bearbeiter, Chemiarbeiter sowie Kunststoffverarbeiter, Schlosser und Mechaniker.

4.2.5 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach Arbeitsbereichen 2004

Die BK 4301 tritt vor allem im Backgewerbe auf. Der Arbeitsbereich „Bäckerei, Backstube“ dominiert mit 53,1 Prozent. Auch der Bereich „Kundenraum, Verkaufsraum“ ist zum Großteil diesem Gewerbebereich zuzuordnen (Verkaufspersonal in Bäckereien).

Dagegen zeigt sich bei der BK 4302 bei den Arbeitsbereichen ein differenzierteres Bild. An erster Stelle steht der Bereich Frisiersalon mit 10,7 Prozent, gefolgt von Arbeitsbereichen, die überwiegend dem Wirtschaftszweig Metallverarbeitende Industrie zuzuordnen sind.

4.2.6 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach auslösendem Gegenstand

Zwei Drittel der auslösenden Stoffe für die BK 4301 gehören zum Bereich der Nahrungsmittelstäube (insbesondere Mehl- und Futtermittelstäube). Es folgen

BK 4302 – Bestätigte BKen im Geschäftsjahr 2004 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 12

Wirtschaftszweig	Verdachtsanzeigen		Bestätigter BK- Verdacht	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5
Metall	471	32,6	67	31,2
Gesundheitsdienst	122	8,4	44	20,5
Chemie	178	12,3	24	11,2
Feinmechanik und Elektrotechnik	134	9,3	22	10,2
übrige	542	37,5	58	27,0
Insgesamt	1447	100,0	215	100,0

Bestätigte Fälle BK 4301 nach Berufsbereichen 2004

Tabelle 13

Berufsbereiche	Anzahl	%
1	2	3
Ernährungsberufe	446	57,5
Dienstleistungsberufe	83	10,7
Gesundheitsdienstberufe	71	9,1
Warenkaufleute	38	4,9
Tischler, Modellbauer	21	2,7
Verkehrsberufe	21	2,7
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	17	2,2
Sozialpflegerische Berufe u.a.	14	1,8
Pflanzenbauer, Tierzüchter, Fischereiberufe	12	1,5
Schlosser, Mechaniker u.z.B.	9	1,2
Übrige	44	5,7
Insgesamt	776	100,0

Bestätigte Fälle BK 4302 nach Berufsbereichen 2004

Tabelle 14

Berufsbereiche	Zahl der Fälle	%
1	2	3
Metallerzeuger, -bearbeiter	40	18,6
Schlosser, Mechaniker u.z.B.	37	17,2
Dienstleistungsberufe	35	16,3
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	23	10,7
Maler, Lackierer u.ä.	17	7,9
Verkehrsberufe	8	3,7
Gesundheitsdienstberufe	7	3,3
Bauberufe	6	2,8
Bau-, Raumausstatter, Polsterer	6	2,8
Maschinisten u.a.	5	2,3
übrige	31	14,4
Insgesamt	215	100,0

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Bestätigte Fälle BK 4301 nach Arbeitsbereich 2004

Tabelle 15

Arbeitsbereich	Anzahl	%
1	2	3
760 Bäckerei, Backstube	412	53,1
767 Friseursalon (auch Maniküre und Pediküre)	69	8,9
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	32	4,1
761 Zuckerbäckerei, Konditorei	21	2,7
621 Zahnärztliche Praxis	19	2,4
672 Kundenraum, Verkaufsraum	19	2,4
684 Gastraum, Speiseraum, Kantine, Restaurationsraum	17	2,2
681 Küche	16	2,1
721 Tischlerei, Schreinerei	15	1,9
622 Tierärztliche Praxis	13	1,7
620 Ärztliche Praxis, Ambulatorium, Erste-Hilfe-Station	9	1,2
970 Fahrerplatz von gleislosen Fahrzeugen	7	0,9
880 Lagergebäude, Lagerhalle, Schuppen, Scheune	5	0,6
übrige	122	15,7
insgesamt	776	100,0

Bestätigte Fälle BK 4302 nach Arbeitsbereich 2004

Tabelle 16

Arbeitsbereich	Anzahl	%
1	2	3
767 Friseursalon (auch Maniküre und Pediküre)	32	14,9
440 Montagehalle, Großmaschinenbau	17	7,9
770 Werkhalle, Werkraum	7	3,3
242 Herstellung von Kunststoffzeugnissen aus Reaktionskomponenten (Duroplast)	6	2,8
422 Montagebau aus Stahl und/oder Leichtmetall	6	2,8
309 Eisen- und Metallgießerei	5	2,3
432 Bodenbeschichtung (Estrich u.Ä.), Verlegen von Fußbodenbelägen	5	2,3
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	5	2,3
702 Schweißerei, Schweißerstand	5	2,3
703 Dreherei, Fräserei	5	2,3
709 Bereich Metall, Feinmechanik, Elektrotechnik	5	2,3
übrige	117	54,4
insgesamt	215	100,0

sensibilisierende Stoffe, die im Gesundheitswesen eine Rolle spielen; dazu zählen Latex und der Bereich Haarfärbemittel, Kosmetikum, Haarkosmetik.

Den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen an Gefahrstoffe hinsichtlich Inverkehrbringen und Umgang geben die Technischen Regeln für Gefahrstoffen (TRGS) wieder. In der TRGS 540 – sensibilisierende Stoffe – sind Vorgaben für den Umgang mit den bei der BK 4301 und auch 4302 sensibilisierenden Stoffen festgelegt, technische und organisatorische Schutzmaßnahmen beschrieben sowie Hinweise zu möglichen Ersatzstoffen enthalten.

Schutzmaßnahmen beim Umgang mit Mehlstaub in Backbetrieben beschreibt auch die Handlungsanleitung „Mehlstaub in Backbetrieben“ der Länderarbeitschutzbehörden und der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten. Daneben sind weitere

Präventionsmaßnahmen in den Arbeitssicherheits-Informationen (ASI) 8.80/03 „Vermeidung von Bäckerasthma“ und ASI 8.81/01 „Vermeidung von Mehlstaubbelastungen der Beschäftigten in Mühlenbetrieben“ der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten aufgeführt.

Eine Übersicht über die häufigsten auslösenden Stoffe bei der BK 4302 gibt die Tabelle 18 (siehe Seite 90). Es handelt es sich dabei um chemisch-irritative oder toxisch wirkende Stoffe, so genannte „Inhalationsnoxen“, die in Form von Gasen, Dämpfen, Stäuben oder Rauchen (Schweißrauch; Schneidrauch; Gießrauch; Lötrauch) vorkommen können.

Bei der Prävention steht die Reduzierung der gesundheitsschädlichen Stoffe im Arbeitsbereich einmal durch technische Schutzeinrichtungen und zum anderen durch Maßnahmen der Verhaltensprävention an erster Stelle. Eine Präventionsmaßnahme, insbesondere beim

Bestätigte Fälle BK 4301 nach Art der Einwirkung 2004

Tabelle 17

BK-spezifischer Gegenstand	Anzahl	%
1	2	3
0402 Mehl; Mehlprodukt; Teigware; Backware; Konditorware	376	48,5
0776 Staub von Nahrungsmitteln oder Futtermitteln	100	12,9
0370 Naturkautschuk (Latex)	43	5,5
0359 Haare, Borsten, Federn, Horn von Tieren	26	3,4
0439 Konservierungsmittel und Desinfektionsmittel	23	3,0
0452 Haarfärbemittel	23	3,0
0774 Holzstaub; Korkstaub	21	2,7
0455 Haarfixiermittel; Haarspray, z.B. Ammoniumthioglycolat	20	2,6
0400 Obst; Gemüse; Pflanzen	19	2,4
0456 Riechstoff; Duftstoff; Parfüm	11	1,4
0453 Haarwellmittel, z.B. Glycerylmonothioglycolat	8	1,0
07782 Staub von Pharmazeutika, Teestaub	8	1,0
1809 Schimmelpilze, sonstige, als Auslöser von Allergien	8	1,0
übrige	90	11,6
insgesamt	776	100,0

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Bestätigte Fälle BK 4302 nach Art der Einwirkung 2004

Tabelle 18

BK-spezifischer Gegenstand	Anzahl	%
1	2	3
0784 Schweißrauch; Schneidrauch; Gießrauch; Löt Rauch	30	14,0
0439 Konservierungsmittel und Desinfektionsmittel	13	6,0
0549 Lösemittel und Verdünnungsmittel	13	6,0
0452 Haarfärbemittel	10	4,7
0455 Haarfixiermittel; Haarspray, z.B. Ammoniumthioglycolat	10	4,7
0771 Staub von Metallen und deren Legierungen	9	4,2
14781 Formaldehyd; Formalin	9	4,2
0513 Lacke und Farben, lösemittelverdünbar	8	3,7
1600 Epoxidharze, z.B. Bisphenol-A-Epichlorhydrin	6	2,8
0456 Riechstoff; Duftstoff; Parfüm	5	2,3
übrige	185	86,0
insgesamt	215	100,0

Schweißen, ist die flächendeckende Verwendung von Absaugungen, auch in kleinen Betrieben. Außerdem werden brennerintegrierte Absaugungen erprobt und eingesetzt. Bei der Verwendung von Kühlschmiermitteln wird an der Reduzierung des Kühlschmiermitteleinsatzes, an der so genannten „Minimalmengenschmierung“ gearbeitet.

Präventionsmaßnahmen sind in der Handlungsanleitung „Schweißen mit chrom- und/oder nickellegierten Schweißzusätzen“ vom Fachausschuss „Metall und Oberflächenbehandlung“, Sachgebiet „Schadstoffe in der Schweißtechnik“ beschrieben.

4.2.7 Bestätigte Verdachtsfälle nach Einwirkungsdauer und Latenzzeit

Die folgenden Tabellen geben Aufschluss über die Einwirkungsdauer, den Zeitraum, in dem der Versicherte der Einwirkung ausgesetzt war, und die Latenzzeit, das heißt den Zeitraum zwischen dem Expositionsbeginn und dem erstmaligen Auftreten von Krankheitsanzeichen.

Bei den bestätigten Verdachtsfällen der BK 4301 im Jahr 2004 lag die Einwirkungsdauer in 28,1 % der Fälle unter 5 Jahren. Eine berufliche Exposition bis zu 10 Jahren liegt bei einem Anteil von insgesamt 52,2 % der anerkannten BK 4301 Fälle vor.

Betrachtet man die Latenzzeit ist festzustellen, dass in 21,1 Prozent der Fälle Krankheitsanzeichen bereits innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren auftreten. In einem Zeitraum bis zu 10 Jahren sind in 46,1 % der Fälle erste Krankheitszeichen aufgetreten.

Die Zahlen lassen den Schluss zu, dass ein Teil der Betroffenen bereits eine Allergiebereitschaft mit in den Beruf bringt, es genügen schon geringe Einwirkungszeiten und Staubmengen bis die Krankheit zum Ausbruch kommt. Bei anderen Erkrankten ist eine längere Einwirkungszeit notwendig, bis es zu ersten Krankheitsanzeichen kommt.

Die Auswertung der bestätigten Verdachtsfälle der BK 4302 im Jahr 2002 nach Einwirkungsdauer ergibt einen Anteil von 20,9 Prozent der Fälle, in denen die Einwirkungsdauer unter 5 Jahren liegt. Bei 38,6 Pro-

Bestätigte Fälle BK 4301 nach Einwirkungszeit 2004

Tabelle 19

Einwirkungsdauer	Anzahl	%
1	2	3
innerhalb einer Arbeitsschicht	7	0,9
< 1/2 Jahr	7	0,9
1/2 bis unter 1 Jahr	16	2,1
1 bis unter 2 Jahre	36	4,6
2 bis unter 5 Jahre	152	19,6
5 bis unter 10 Jahre	187	24,1
10 bis unter 15 Jahre	124	16,0
15 bis unter 20 Jahre	80	10,3
20 bis unter 25 Jahre	44	5,7
25 bis unter 30 Jahre	35	4,5
30 bis unter 35 Jahre	25	3,2
35 bis unter 40 Jahre	24	3,1
40 bis unter 45 Jahre	19	2,4
45 bis unter 50 Jahre	16	2,1
50 Jahre und länger	3	0,4
keine Angabe	1	0,1
insgesamt	776	100,0

Bestätigte Fälle BK 4301 nach Latenzzeit 2004

Tabelle 20

Latenzzeit	Anzahl	%
1	2	3
innerhalb einer Arbeitsschicht	1	0,1
< 5 Jahre	163	21,0
5 bis unter 10 Jahre	194	25,0
10 bis unter 15 Jahre	125	16,1
15 bis unter 20 Jahre	93	12,0
20 bis unter 25 Jahre	54	7,0
25 bis unter 30 Jahre	43	5,5
30 bis unter 35 Jahre	29	3,7
35 bis unter 40 Jahre	21	2,7
40 bis unter 45 Jahre	25	3,2
45 bis unter 50 Jahre	20	2,6
50 bis unter 55 Jahre	4	0,5
55 Jahre und länger	0	0,0
keine Angabe	4	0,5
insgesamt	776	100,0

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Bestätigte Fälle BK 4302 nach Einwirkungszeit 2004

Tabelle 21

Einwirkungsdauer	Anzahl	%
1	2	3
innerhalb einer Arbeitsschicht	8	3,7
< 1/2 Jahr	1	0,5
1/2 bis unter 1 Jahr	2	0,9
1 bis unter 2 Jahre	8	3,7
2 bis unter 5 Jahre	26	12,1
5 bis unter 10 Jahre	38	17,7
10 bis unter 15 Jahre	20	9,3
15 bis unter 20 Jahre	23	10,7
20 bis unter 25 Jahre	24	11,2
25 bis unter 30 Jahre	18	8,4
30 bis unter 35 Jahre	17	7,9
35 bis unter 40 Jahre	13	6,0
40 bis unter 45 Jahre	6	2,8
45 bis unter 50 Jahre	2	0,9
50 Jahre und länger	1	0,5
keine Angabe	8	3,7

Bestätigte Fälle BK 4302 nach Latenzzeit 2004

Tabelle 22

Latenzzeit	Anzahl	%
1	2	3
< 5 Jahre	24	11,2
5 bis unter 10 Jahre	36	16,7
10 bis unter 15 Jahre	18	8,4
15 bis unter 20 Jahre	18	8,4
20 bis unter 25 Jahre	20	9,3
25 bis unter 30 Jahre	17	7,9
30 bis unter 35 Jahre	21	9,8
35 bis unter 40 Jahre	25	11,6
40 bis unter 45 Jahre	11	5,1
45 bis unter 50 Jahre	8	3,7
50 bis unter 55 Jahre	1	0,5
55 Jahre und länger	1	0,5
keine Angabe	15	7,0
insgesamt	215	100,0

zent der Fälle betrug die Einwirkungsdauer bis zu 10 Jahren.

Die Auswertung der Latenzzeit der bestätigten Verdachtsfälle BK 4302 ergibt einen Anteil von 11,2 Prozent der Fälle mit einer Latenzzeit von unter 5 Jahren und 27,8 Prozent der Fälle mit einer Latenzzeit von unter 10 Jahren.

4.3 Nicht bestätigter BK-Verdacht

Im Jahr 2004 wurde von den insgesamt entschiedenen 2 336 Fällen bei der BK 4301 in 1 550 Fällen (66 %) keine berufliche Verursachung festgestellt (Anteil der nicht bestätigten BK-Verdachtsfälle siehe Tabelle 7, Spalten 6 und 7). Der Anteil der abgelehnten Fälle an den entschiedenen Fällen zeigt eine steigende Tendenz. Seit 1994 beträgt dieser Anteil durchschnittlich über 66 % an der Gesamtzahl der Fälle.

Bei der BK 4302 wurde im Jahre 2004 in 1 669 Fällen eine Entscheidung getroffen. Eine Ablehnung wegen fehlender beruflicher Verursachung erfolgte in

1 452 Fällen (Anteil der nicht bestätigten BK-Verdachtsfälle siehe Tabelle 8, Spalten 6 und 7). Auch hier hat sich der Anteil der abgelehnten Fälle seit 1980 stetig erhöht. Seit 1993 liegt er bei über 80 % der Fälle.

4.3.1 Versicherungsrechtliche Fallkonstellationen abgelehnter Verdachtsfälle

Die Verteilung der Ablehnungsgründe der verschiedenen BKen 4301 und 4302 der letzten 10 Jahre ergibt sich aus den Tabellen 23 und 24.

Bei der BK 4301 haben die Ablehnungen wegen fehlender Einwirkung seit 1995 bei den absoluten Fallzahlen abgenommen. Im Jahr 2004 liegt ihr Anteil bei ca. 41 Prozent der abgelehnten Verdachtsfälle.

Mit einem Anteil von ca. 46 Prozent stellt die Fallgruppe „Ablehnung, keine Einwirkung“ im Jahr 2004 den größten Anteil an den abgelehnten Verdachtsfällen der BK 4302.

Verdacht auf BK 4301 nicht bestätigt nach Art der Ablehnung

Tabelle 23

Art der Entscheidung	1990	1995	2000	2002	2004	zusammen
1	2	3	4	5	6	7
Ablehnung: keine Einwirkung	1 439	1 504	1 006	772	633	5 354
Ablehnung: fehlende Mitwirkung	42	426	383	328	190	1 369
Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	21	643	411	332	193	1 600
Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	4	5	6	15
Ablehnung: Einwirkung liegt vor	578	499	461	355	279	2 172
Ablehnung: Beratungsfall	9	90	320	444	217	1 080
insgesamt	2 089	3 162	2 585	2 236	1 518	11 590

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Verdacht auf BK 4302 nicht bestätigt nach Art der Ablehnung

Tabelle 24

Art der Entscheidung	1990	1995	2000	2002	2004	zusammen
1	2	3	4	5	6	7
Ablehnung: keine Einwirkung	712	875	881	679	676	3 823
Ablehnung: fehlende Mitwirkung	4	131	131	96	106	468
Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	4	367	253	271	180	1 075
Ablehnung: keine versicherte Person	0	0	1	3	1	5
Ablehnung: Einwirkung liegt vor	264	333	329	312	325	1 563
Ablehnung: Beratungsfall	2	19	186	183	160	550
Gesamt	986	1 725	1 781	1 544	1 448	7 484

4.3.2 Abgelehnte Fälle nach Wirtschaftszweigen 2004

Der größte Anteil der abgelehnten Fälle BK 4301 mit 27,1 % (412 Fällen) entfällt auf den Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel. An zweiter Stelle steht der Wirtschaftszweig Gesundheitsdienst mit 392 Fällen, das entspricht einem Anteil von 25,8 % an allen Fällen.

Bei den nicht bestätigten Fällen des Jahres 2004 der BK 4302 liegt der Wirtschaftsbereich Metall mit 461 Fällen und einem Anteil von 31,8 % an erster Stelle, gefolgt von den Wirtschaftsbereichen Bau, Gesundheitsdienst und Chemie.

Verdacht auf BK 4301 nicht bestätigt im Jahr 2004 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 25

Wirtschaftszweig	Verdachtsanzeigen		Nicht bestätigter BK- Verdacht	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5
Nahrungs- und Genussmittel	906	41,6	412	27,1
Gesundheitsdienst	392	18,0	392	25,8
Handel und Verwaltung	245	11,3	152	10,0
Metall	126	5,8	125	8,2
Übrige	507	23,3	437	28,8
Insgesamt	2 176	100,0	1 518	100,0

Verdacht auf BK 4302 nicht bestätigt im Jahr 2004 nach Wirtschaftszweig

Tabelle 26

Wirtschaftszweig	Verdachtsanzeigen		Nicht bestätigter BK- Verdacht	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5
Metall	471	32,6	461	31,8
Bau	178	12,3	212	14,6
Chemie	178	12,3	172	11,9
Gesundheitsdienst	122	8,4	138	9,5
übrige	498	34,4	465	32,1
Insgesamt	1447	100,0	1448	100,0

4.4 Leistungsfälle bei den BKen 4301 und 4302

Bei den Leistungen ist zu unterscheiden zwischen den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und den Entschädigungsleistungen (Renten und Abfindungen). Es handelt sich dabei sowohl um Leistungen für die Entschädigung einer anerkannten Berufskrankheit als auch um Leistungen, die im Rahmen § 3 BKV erbracht werden.

Der Gesamtbetrag der Leistungen und die Kosten pro Fall bei der BK 4301 sind seit 1995 rückläufig. Im Jahr 2002 ist jedoch im Vergleich zum Vorjahr sowohl bei dem Gesamtbetrag als auch bei den Kosten je Fall ein Anstieg zu verzeichnen, der sich auch im Jahr 2003 fortsetzt.

2004 sind im Vergleich zum Vorjahr die Zahlen wieder rückläufig. Die Kostensteigerungen sind insbesondere auf den Anstieg der Leistungen für berufliche Rehabilitation (siehe Punkt 4.4.2) zurückzuführen.

Bei der BK 4302 zeigt sich bei dem Gesamtbetrag der Leistungen ein Anstieg seit 1993. Die Kosten je Fall liegen bis 2001 durchschnittlich bei etwa 8 500 EUR. Auch hier ist ein Anstieg in den Folgejahren sowohl bei

den Gesamtleistungen als auch bei den Kosten je Fall zu verzeichnen, der auf Kostensteigerungen sowohl bei der medizinischen Rehabilitation, bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch bei den Entschädigungsleistungen beruht.

4.4.1 Leistungsfälle – medizinische Rehabilitation

Bei der BK 4301 ist die Anzahl der Leistungsfälle der medizinischen Rehabilitation seit 1994 stetig gestiegen. Die Kosten je Fall stiegen in den Jahren 1999 bis 2001 auf einen Betrag von über 2000 EUR an. Nach einem Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um 4 Prozent im Jahr 2002 erreichten die Gesamtkosten mit 12,4 Mio. EUR und die Kosten je Fall mit 2 196 EUR im Jahr 2003 einen Höchststand. 2004 sind die Zahlen wieder rückläufig.

Mit Kosten je Fall in Höhe von ca. 2 000 EUR nimmt die BK 4301 im Vergleich zu den übrigen Berufskrankheiten einen Platz im Mittelfeld ein.

Die Entwicklung der Kosten für medizinische Rehabilitation bei der BK 4302 zeigt die Tabelle 30 (siehe Seite 97). Die Zahl der Fälle und der Gesamtbetrag

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301

Tabelle 27

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	10015	77 224 765	7 711
1994	10626	84 027 999	7 908
1995	10900	84 572 693	7 759
1996	10844	83 458 116	7 696
1997	10836	83 063 089	7 665
1998	10996	81 220 163	7 386
1999	10971	78 512 305	7 156
2000	10688	74 985 029	7 016
2001	10539	74 737 322	7 092
2002	10477	76 006 309	7 255
2003	10551	81 133 823	7 690
2004	10620	77 622 960	7 309
Gesamt	128 063	956 564 572	7 469

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4302

Tabelle 28

Jahr	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	2 202	17 569 779	7 979
1994	2 624	20 668 674	7 877
1995	2 938	25 012 702	8 514
1996	3 173	27 492 925	8 665
1997	3 308	29 692 071	8 976
1998	3 594	30 212 313	8 406
1999	3 703	30 564 682	8 254
2000	3 730	30 733 915	8 240
2001	3 695	31 655 561	8 567
2002	3 771	34 995 412	9 280
2003	3 731	33 206 492	8 900
2004	3 825	33 891 189	8 860
Gesamt	40 294	345 695 716	8 579

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301:
Medizinische Rehabilitation**

Tabelle 29

Jahr	Medizinische Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	4 300	7 512 578	1 747
1994	4 214	7 924 326	1 880
1995	4 510	7 990 182	1 772
1996	4 601	8 473 011	1 842
1997	4 736	8 470 406	1 789
1998	4 829	9 032 516	1 870
1999	5 347	11 298 179	2 113
2000	5 374	11 554 529	2 150
2001	5 472	11 431 396	2 089
2002	5 589	11 089 653	1 984
2003	5 650	12 408 495	2 196
2004	5 855	10 625 883	1 815
Gesamt	60 477	117 811 153	1 948

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4302:
Medizinische Rehabilitation**

Tabelle 30

Jahr	Medizinische Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	1 106	3 571 968	3 230
1994	1 379	3 646 276	2 644
1995	1 626	4 571 080	2 811
1996	1 728	4 432 292	2 565
1997	1 841	5 183 757	2 816
1998	2 035	5 484 793	2 695
1999	2 236	5 799 362	2 594
2000	2 277	5 622 119	2 469
2001	2 272	5 995 407	2 639
2002	2 333	6 792 419	2 911
2003	2 321	6 515 083	2 807
2004	2 440	6 097 229	2 499
Gesamt	23 594	63 711 785	2 700

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

der Leistungen für medizinische Rehabilitation steigen seit 1993 an. Im Vergleich zu 1993 hat sich die Zahl der Fälle für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Jahr 2004 verdoppelt. Auch der Gesamtbetrag der Leistungen für medizinische Rehabilitation ist 2004 im Vergleich zu 1993 um 40 Prozent gestiegen. Im Vergleich zur BK 4301 sind die Kosten je Fall in Höhe von durchschnittlich 2 700 EUR bei der BK 4302 höher.

4.4.2 Leistungsfälle – Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Gesamtleistungen für die Entschädigung der BK 4301 werden maßgeblich von der Entwicklung der Leistungen für berufliche Teilhabe bestimmt. Sie haben im Jahr 2004 mit 37,3 Mio. EUR im Vergleich zu den Leistungen für medizinische Rehabilitation mit 10,6 Mio. EUR und den Leistungen für Renten und Abfindung mit 25,3 Mio. EUR mit 50 Prozent den höchsten Anteil.

Der höchste Stand bei der Anzahl der Fälle und dem Gesamtbetrag für die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation liegt bei der BK 4301 in den Jahren 1994/1995 mit über 4 700 Fällen und einem Gesamtbetrag von über 54 Mio. EUR. In den Folgejahren ist sowohl bei der Anzahl der Fälle als auch beim Gesamtbetrag ein Rückgang zu verzeichnen. Auch die Kosten je Fall sind bis zum Jahr 2001 rückläufig. Nach einem Anstieg der Gesamtkosten und der Kosten je Fall in den Jahren 2002 und 2003 gehen die Zahlen 2004 wieder zurück. Die Gesamtkosten für berufliche Teilhabe Maßnahmen 2004 liegen um fast 30 Prozent unter denen des Jahres 1994.

Die Zahlen dokumentieren auch einen Erfolg bei den Präventionsmaßnahmen der zuständigen Unfallversicherungsträger. Insbesondere im Bereich der Nahrungsmittelindustrie mit dem hauptsächlich betroffenen Backgewerbe wurden Forschungsvorhaben aufgesetzt und Präventionsmaßnahmen und -verfahren entwickelt, die den Versicherten den Verbleib am Arbeitsplatz ermöglichen, sodass eine Aufgabe des Berufes mit einer anschließenden kostenintensiven Umschulung in

weniger Fällen erforderlich wurde. Während im Jahr 1994 noch fast 40 Prozent der Verdachtsanzeigen aus dem Bereich der Bäckereien in eine Umschulung mündeten, ist dieser Anteil nunmehr wesentlich geringer.

Der Anstieg der Gesamtkosten für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben ab 2001 trotz leicht gesunkener Fallzahlen ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass angesichts der schwierigen Arbeitsmarktlage berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen aufwändiger geworden sind und die Kosten im einzelnen Rehabilitationsfall erhöhen.

Die Entwicklung der Kosten für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der BK 4302 ergibt sich aus der Tabelle 32. Das Maximum bei der Anzahl der Fälle lag 1997/1998 bei ca. 700 Fällen. Im Jahr 1997 wurde mit fast 8 Mio. EUR Gesamtkosten auch der Höchstbetrag aufgewandt. Die Kosten je Fall sind seit 1995 rückläufig. Auch hier dokumentiert der Rückgang der Fallzahlen im Vergleich zum Jahr 1998 um 32 Prozent und der Rückgang des Gesamtbetrages für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben von 1997 bis 2004 um 46 Prozent, dass durch Präventionsmaßnahmen in den Betrieben weniger Leistungen für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden.

4.4.3 Entschädigungsleistungen (Rentenbestand)

Bei der BK 4301 ist ein Anstieg der mit Renten zu entschädigenden Fälle im Betrachtungszeitraum von 1993 bis 2004 zu verzeichnen. Parallel dazu ist auch der Gesamtbetrag, der für Renten/Abfindung an Erkrankte gewährt wird, angestiegen.

Die Anzahl der Fälle mit Renten/ Abfindungen an Erkrankte hat sich bei der BK 4302 im Betrachtungszeitraum von 1993 bis 2004 verdoppelt. Für Renten/ Abfindung an Erkrankte musste insgesamt im Jahr 1993 ein Betrag von 7,8 Mio. EUR aufgewandt werden. Im Jahre 2004 betragen die Gesamtaufwendungen 19,5 Mio. EUR. Dies ist eine Steigerung von 60 Prozent.

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301 –
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Tabelle 31

Jahr	Berufliche Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	4 521	52 402 854	11 591
1994	4 745	54 801 493	11 549
1995	4 733	54 315 655	11 476
1996	4 593	51 455 565	11 203
1997	4 495	49 950 187	11 112
1998	4 368	45 601 861	10 440
1999	4 015	40 268 460	10 030
2000	3 604	36 018 553	9 994
2001	3 487	34 626 969	9 930
2002	3 428	36 033 696	10 512
2003	3 565	38 996 901	10 939
2004	3 523	37 355 226	10 603
Gesamt	49 077	531 827 421	10 837

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301 –
Renten/Abfindungen an Erkrankte**

Tabelle 32

Jahr	Berufliche Rehabilitation (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	475	5 064 418	10 662
1994	562	6 020 706	10 713
1995	605	7 315 986	12 093
1996	662	7 745 097	11 700
1997	697	7 954 688	11 413
1998	703	7 300 448	10 385
1999	637	6 466 539	10 152
2000	572	5 526 270	9 661
2001	523	4 754 517	9 091
2002	526	4 948 128	9 407
2003	481	4 223 124	8 780
2004	476	4 222 471	8 871
Gesamt	6 919	71 542 390	10 340

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301 –
Renten/Abfindungen an Erkrankte**

Tabelle 33

Jahr	Renten/Abfindungen an Erkrankte (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	3 222	15 054 377	4 672
1994	3 843	18 503 138	4 815
1995	4 000	19 152 770	4 788
1996	4 150	20 225 935	4 874
1997	4 344	21 226 082	4 886
1998	4 639	22 766 275	4 908
1999	4 732	23 156 740	4 894
2000	4 807	23 329 163	4 853
2001	4 867	24 689 054	5 073
2002	4 909	24 690 631	5 030
2003	4 950	25 527 016	5 157
2004	4 987	25 332 927	5 080
Gesamt	53 450	263 654 108	4 933

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4302 –
Renten/Abfindungen an Erkrankte**

Tabelle 34

Jahr	Renten/Abfindungen an Erkrankte (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
1993	1 226	7 829 791	6 386
1994	1 406	9 472 584	6 737
1995	1 589	11 328 809	7 130
1996	1 772	13 343 297	7 530
1997	1 907	14 253 890	7 475
1998	2 154	15 080 027	7 001
1999	2 264	15 861 510	7 006
2000	2 353	16 789 623	7 135
2001	2 429	17 722 550	7 296
2002	2 516	19 614 723	7 796
2003	2 557	18 748 270	7 332
2004	2 569	19 503 394	7 592
Gesamt	24 742	179 548 467	7 257

4.4.4 Leistungsfälle nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 35 gibt einen Überblick über die Kostenverteilung auf die Wirtschaftszweige bei der BK 4301. Mehr als 66 % der Gesamtkosten entfallen auf den Bereich Nahrungs- und Genussmittel. Auch bei der Anzahl der Fälle dominiert dieser Bereich mit einem Anteil von 64 % bei 6 810 Fällen. Die Kosten je Fall liegen in diesem Wirtschaftszweig im Vergleich zu den anderen weniger betroffenen Bereichen mit 7 598 EUR an 1. Stelle. Die unterschiedlichen Fallkosten in den einzelnen Wirtschaftszweigen sind teilweise auch auf die örtlichen Umstände im Zusammenhang mit Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben zurückzuführen. Im Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel ist überwiegend das Backgewerbe betroffen. Es handelt sich hauptsächlich um Klein- und Familienbetriebe, bei denen aufgrund der räumlichen Situation nur selten die Möglichkeit der Umsetzung auf einen nicht gefährdenden Arbeitsplatz besteht, sodass trotz aller Präventionsbemühungen in einer bestimmten Anzahl von Fällen

nach Aufgabe der Tätigkeit eine kostenintensive Umschulung erforderlich ist. In anderen Wirtschaftsbereichen mit einem höheren Anteil von Großbetrieben – wie z.B. Im Wirtschaftsbereich Chemie – ist dagegen die Möglichkeit der Zuweisung eines anderen Arbeitsplatzes eher gegeben, sodass dort weniger Kosten im Rahmen der Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben anfallen.

Die Verteilung der Leistungsfälle nach Wirtschaftszweigen bei der BK 4302 zeigt, dass ca. 31 % der Fälle und 36 % der Aufwendungen auf den Wirtschaftsbereich Metall entfallen. Danach folgt mit einem Anteil von ca. 15 Prozent an dem Gesamtbetrag der Leistungen und einem Anteil von ca. 15 Prozent an der Zahl der Fälle der Bereich Chemie. Der bei der Anzahl der Fälle an erster Stelle stehende Wirtschaftsbereich Metall nimmt bei den Kosten je Fall hinter den Wirtschaftszweigen Bergbau, Gas-, Fernwärme und Wasser mit 10 191 EUR den 3. Rang ein.

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4301 nach Wirtschaftszweigen 2004

Tabelle 35

Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
Bergbau	50	341 504	6 830
Steine und Erden	37	231 816	6 265
Gas, Fernwärme und Wasser	8	46 760	5 845
Metall	396	2 513 710	6 348
Feinmechanik und Elektrotechnik	230	1 504 333	6 541
Chemie	417	2 805 036	6 727
Holz	388	2 584 227	6 660
Papier und Druck	31	219 084	7 067
Textil und Leder	182	1 088 617	5 981
Nahrungs- und Genussmittel	6 810	51 745 443	7 598
Bau	305	1 767 367	5 795
Handel und Verwaltung	852	6 296 307	7 390
Verkehr	78	480 514	6 160
Gesundheitsdienst	836	5 998 242	7 175
Gesamt	10 620	77 622 960	7 309

II. Obstruktive Atemwegserkrankungen

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 4302 nach Wirtschaftszweigen 2004

Tabelle 36

Wirtschaftszweig	Leistungen insgesamt (EUR)		
	Anzahl	Betrag	Betrag/Fall
1	2	3	4
Bergbau	70	860 276	12 290
Steine und Erden	63	592 113	9 399
Gas, Fernwärme und Wasser	18	160 655	8 925
Metall	1 208	12 311 311	10 191
Feinmechanik und Elektrotechnik	367	2 985 067	8 134
Chemie	593	5 189 500	8 751
Holz	137	879 146	6 417
Papier und Druck	38	301 106	7 924
Textil und Leder	112	799 681	7 140
Nahrungs- und Genussmittel	111	938 392	8 454
Bau	431	3 486 126	8 088
Handel und Verwaltung	304	2 567 645	8 446
Verkehr	74	863 987	11 676
Gesundheitsdienst	299	1 956 184	6 542
Gesamt	3 825	33 891 189	8 860

5 Zusammenfassung und Prognose für die BKen 4301 und 4302

Bei den BKen 4301 und 4302 ist seit ca. 10 Jahren ein kontinuierlicher Rückgang der Verdachtsanzeigen zu beobachten. Die Entwicklung lässt vermuten, dass die Zahl der Verdachtsanzeigen auf dem erreichten Niveau stagnieren wird, ggf. wird sich der Trend zur Verringerung fortsetzen.

Sowohl bei der Gesamtzahl der entschiedenen Fälle als auch bei der Zahl der neuen BK-Renten und der ohne Rente anerkannten BKen 4301 und 4302 sind seit 1993/1994 Rückgänge zu verzeichnen. Auch hier kann von einer Stagnation bzw. weiteren Rückgängen ausgegangen werden.

Die Gesamtkosten für Leistungen gehen bei der BK 4301 seit 1993 zurück. Nach einem Anstieg

der Kosten in den Jahren 2002 und 2003 sind die Gesamtkosten im Jahr 2004 wieder rückläufig. Die Höhe der Leistungen bei der BK 4301 wird wesentlich von dem Anteil der Leistungen für die Teilhabe am Arbeitsleben beeinflusst. Hier haben die für die hauptsächlich betroffenen Wirtschaftszweige zuständigen Unfallversicherungsträger in den vergangenen Jahren durch Präventionsmaßnahmen und Präventionsprogramme wesentlich zur Kostensenkung beigetragen. Es wurden technische Maßnahmen zur Verringerung der Staubkonzentration in den Arbeitsbereichen (z.B. Absauganlagen, Abdeckungen an Teigmaschinen) entwickelt und in den Betrieben über Verhaltensmaßnahmen, wie Belastungen zu vermeiden sind, informiert. Weiterhin wurden staubärmere Mehle entwickelt, die zu einer geringeren Staubbelastung in den betroffenen Arbeitsbereichen beitragen. Aufgrund dieser Maßnahmen haben Versicherte zum Teil die Möglichkeit, an ihrem Arbeitsplatz zu bleiben, sodass weniger kostenintensive Maßnahmen zur Teilhabe

am Arbeitsleben (Umschulungen usw.) erforderlich werden. Die Präventionsarbeit in den Betrieben bewirkt aber auch, dass die Arbeitsbedingungen allgemein verbessert werden und somit weniger Beschäftigte erkranken. Aufgrund dieser Maßnahmen und weiterer Präventionsbemühungen und Aufklärungsarbeit der Unfallversicherungsträger können auch in der Zukunft Kosteneinsparungen in diesem Bereich erwartet werden.

Auch bei BK 4302 haben Präventionsmaßnahmen zu einem Rückgang der Leistungen für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben geführt. Die aktuellen Zahlen aus den Jahren 2003, 2004 deuten darauf hin, dass sich die Kosten auf dem erreichten Niveau stabilisieren bzw. weitere Rückgänge zu erwarten sind.

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen

keine so weit reichenden Einwirkungsmöglichkeiten der Unfallversicherung wie bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Entwicklung wird hier im Wesentlichen von der Situation im Gesundheitswesen bestimmt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Maßnahmen zur Kostensenkung im allgemeinen Gesundheitswesen auch auf die Unfallversicherung auswirken. Kostensteigerungen können künftig aber durch neue Entwicklungen im medizinischen Bereich – verbesserte Diagnostik, neue Behandlungsmethoden – auftreten.

Da die Zahl der neuen BK-Renten bei den obstruktiven Atemwegserkrankungen kontinuierlich zurückgeht, können mittelfristig bei den Entschädigungsleistungen Kosteneinsparungen erwartet werden.

III. Hautkrankheiten

1 Entwicklung berufsbedingter Hauterkrankungen

Die heutige Fassung der Berufskrankheit Haut (BK 5101) in der Anlage 1 zur BKV mit der Bezeichnung

„Schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheiten, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“,

datiert vom 8. Dezember 1976 (Verordnung zur Änderung der Siebenten Berufskrankheiten-Verordnung). Die nachfolgenden Betrachtungen von Zeitreihen statistischer Daten der BK 5101 beginnen mit dem Jahr 1980. Für die Interpretation der Entwicklung der Zahlen sind damit keine Änderungen des BK-Tatbestandes zu berücksichtigen. Für das BK-Geschehen bei beruflichen Hauterkrankungen waren in den vergangenen Jahrzehnten vielmehr Änderungen der Rahmenbedingungen prägend. Hier sind insbesondere die optimierte Umsetzung des Hautarztverfahrens, zahlreiche neue generalpräventive Regelungen zum Hautschutz und die Weiterentwicklung der Begutachtungsstandards zur BK 5101 zu nennen (siehe 3.1, 4.2.6 und 3.2). Auf der Seite der UV-Träger als Rechtsanwender haben vernetzte Präventionskonzepte im Rahmen der sekundären und tertiären (Individual-)Prävention ganz wesentlichen Anteil an der Entwicklung von Berufsdermatosen genommen.

2 Anerkennungsvoraussetzungen – Leistungen bei beruflich verursachten Hauterkrankungen

Eine Besonderheit der BK 5101 sind die zusätzlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen

- der Schwere oder wiederholten Rückfälligkeit und
- des Unterlassungserfordernisses.

Diese Tatbestände müssen neben dem Nachweis der beruflichen Einwirkung, der Hauterkrankung und des wahrscheinlichen Ursachenzusammenhangs kumulativ vorliegen, um den Versicherungsfall einer BK 5101 anerkennen zu können. Bei Fehlen dieser Tatbestände handelt es sich um Fälle mit bestätigtem BK-Verdacht bzw. um die Fallkonstellationen „Verursachung anerkannt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt“ (vgl. BK-DOK 2002, Teil I 5.6).

Je nach Betrachtungsgesichtspunkt wird daher im Folgenden entweder auf die anerkannten Versicherungsfälle der BK 5101 oder auf das größere Kollektiv der Fälle mit bestätigtem BK-Verdacht abgestellt. Von Bedeutung ist insoweit, dass nicht nur anerkannte Versicherungsfälle der BK 5101 Leistungen nach sich ziehen. Insbesondere können Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch bei fehlenden besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen in Betracht kommen, wenn die Gefahr besteht, dass sich die BK 5101 realisieren wird (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 2 BKV, siehe 4.4).

3 „Meilensteine“ bei der BK 5101

3.1 Hautarztverfahren

Wegbereitend für eine institutionalisierte Frühintervention bei berufsbedingten Hauterkrankungen war das am 1. Juli 1972 eingeführte, jetzt auf der Basis von § 34 Abs. 3 SGB VII im Vertrag Ärzte/UV-Träger in §§ 41 bis 43 verankerte Hautarztverfahren. Jeder Arzt ist danach verpflichtet, einen Versicherten mit möglicherweise beruflich verursachten krankhaften Hautveränderungen unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen, welcher unverzüglich durch einen Hautarztbericht den UV-Träger zu unterrichten hat. Das Hautarztverfahren ist als Instrument der Früherkennung und Frühintervention einzigartig im BK-Recht. Bei konsequenter Umsetzung kann der Entstehung einer BK 5101 durch geeignete Maßnahmen der sekundären Individualprävention entgegen gewirkt und damit die Berufsaufgabe verhindert werden. Die zunehmende Effektivität des Hautarztverfahrens spiegelt sich auch in der Entwicklung der statistischen Daten wider, wie zu zeigen sein wird.

III. Hautkrankheiten

3.2 Begutachtungsstandards

Die ersten Empfehlungen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei Hautkrankheiten wurden 1977 von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft herausgegeben. Diese Empfehlungen gehören damit mit denen der BK 2301 (für Lärmerkrankungen stammt die erste Fassung von Begutachtungsstandards aus dem Jahre 1974) zu den ältesten Begutachtungsstandards auf dem BK-Gebiet.

Die Empfehlungen zur BK 5101 wurden zwischenzeitlich mehrfach überarbeitet (1987, 1995) und liegen nun in vollständig überarbeiteter Form im „Bamberger Merkblatt“ mit Stand Mai 2004 vor. Kernstück des Merkblattes bildet die Tabelle zur Schätzung der MdE. Die Weiterentwicklung der MdE-Tabelle hatte Auswirkungen insbesondere für irritative, nicht allergische Hautschädigungen, die bei den besonders gefährdeten Berufsgruppen etwa gleich häufig vorkommen (vgl. *Diepgen, T.L.; Blome, O.*: „Die medizinischen Voraussetzungen der Berufskrankheit 5101“, *Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 39, 2004, 478-481). Irritative Hautschädigungen waren in früheren MdE-Empfehlungen nicht einbezogen bzw. in der MdE-Höhe niedriger bewertet.

Welchen Einfluss die Begutachtungsstandards auf die Entwicklung der Rentenfälle der BK 5101 genommen haben, lässt sich schwerlich aus den statistischen Daten ableiten. Hier werden aussagefähige Feststellungen nur durch konsekutiv nach den jeweiligen Fassungen der MdE-Empfehlungen durchgeführte Bewertungen möglich sein (vgl. *Diepgen, T.L.; Blome, O.* a.a.O.).

4 Entwicklung der statistischen Daten

4.1 Verdachtsanzeigen

In der Rangfolge der Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit nimmt die BK 5101 fast unangefochten seit 1980 den ersten Platz ein, wenn der sprunghafte Anstieg der Verdachtsanzeigen der bandscheiben-

bedingten Erkrankungen der Lendenwirbelsäule (BK 2108) nach Aufnahme in die BK-Liste zum 1. Januar 1993 mit 22 605 Meldungen einmal unberücksichtigt bleibt (siehe Tabelle 1). Anzunehmen ist, dass die Fallzahlen höher lägen, wenn nicht nur einzelne, sondern alle UV-Träger auch Hautarztberichte (die nach den amtlichen Statistiken derzeit erst ab dem Geschäftsjahr 2005 als Verdachtsanzeigen erfasst werden) als BK-Meldung dokumentieren würden.

Die Entwicklung der Verdachtsanzeigen bei der BK 5101 ist charakterisiert von einer steigenden Tendenz der absoluten Fallzahlen von 1980 bis 1992, wo der Höchstwert von 22 058 Meldungen erreicht wird. Der weitere Verlauf bis 2001 ist von einer Stabilisierung auf hohem Niveau gekennzeichnet; es werden immer wieder Fallzahlen von über 19 000 erreicht. Ab 2002 ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Der Wert des Jahres 2004 von 14 723 Verdachtsanzeigen darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass angesichts insgesamt sinkender BK-Verdachtsmeldungen nach wie vor ein hoher Anteil auf die BK 5101 entfällt (2004 = 26,4 %).

4.1.1 Verdachtsanzeigen nach Wirtschaftszweigen

Es zeigen sich sehr unterschiedliche Entwicklungen des Meldegeschehens bei den die BK 5101 prägenden Wirtschaftszweigen Gesundheitsdienst, Metall, Nahrungs- und Genussmittel, Handel und Verwaltung, Bau sowie Feinmechanik und Elektrotechnik (siehe Tabelle 2 auf Seite 108). Ein kontinuierlicher Rückgang der BK-Verdachtsanzeigen ist im Bereich Gesundheitsdienst seit 1990 feststellbar. In dem Wirtschaftszweig Feinmechanik und Elektrotechnik deutet sich ein Absinken der Meldungen nach 2000, im Bereich Metall und Bau ebenfalls nach 2000 an. Steigende Zahlen ergeben sich für die Wirtschaftszweige Nahrungs- und Genussmittel sowie Handel und Verwaltung noch bis zum Jahr 2002. Im Jahr 2004 ist bei nahezu allen Wirtschaftszweigen ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen.

**Anzeigen auf Verdacht –
Vergleich BK 5101 mit den BKen insgesamt**

Tabelle 1

Jahr	BKen insgesamt	BK 5101 Hautkrankheiten	
		Anzahl	Anteil an BKen insgesamt (%)
1	2	3	4
1980	40 866	10 931	26,7
1981	38 303	10 930	28,5
1982	33 137	9 778	29,5
1983	30 716	9 030	29,4
1984	31 235	9 795	31,4
1985	32 844	10 415	31,7
1986	39 706	12 528	31,6
1987	42 625	14 193	33,3
1988	46 280	15 291	33,0
1989	48 975	16 675	34,0
1990	51 105	18 717	36,6
1991	61 156	21 560	35,3
1992	73 568	22 058	30,0
1993	92 058	19 822	21,5
1994	83 847	18 895	22,5
1995	78 429	18 445	23,5
1996	82 349	19 765	24,0
1997	77 310	19 224	24,9
1998	74 470	20 517	27,6
1999	72 722	19 458	26,8
2000	71 172	18 664	26,2
2001	66 784	19 189	28,7
2002	62 472	17 848	28,6
2003	56 900	15 031	26,4
2004	55 869	14 723	26,4
Zusammen	1 444 898	403 482	27,9

Verdachtsanzeigen BK 5101 nach Wirtschaftszweigen

Tabelle 2

Wirtschaftszweig	Jahr der Anzeige						
	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5	6	7	8
Bergbau	64	35	89	110	39	71	37
Steine und Erden	181	113	215	198	212	172	139
Gas, Fernwärme und Wasser	9	3	9	5	42	37	34
Metall	1 479	1 139	2 479	2 434	3 779	3 304	2 819
Feinmechanik und Elektrotechnik	906	941	1 559	1 653	2 185	1 204	446
Chemie	556	433	686	590	660	618	545
Holz	206	120	153	97	63	101	258
Papier und Druck	16	24	47	369	298	300	234
Textil und Leder	435	260	359	250	260	287	209
Nahrungs- und Genussmittel	957	1 326	2 751	1 883	1 606	2 308	1 902
Bau	1 029	940	1 598	2 393	2 379	2 111	1 533
Handel und Verwaltung	433	514	1 385	1 434	1 535	2 170	1 899
Verkehr	49	51	119	197	241	249	198
Gesundheitsdienst	3 611	4 012	6 279	5 728	5 560	4 739	4 475
Gesamt	9 931	9 911	17 728	17 341	18 859	17 671	14 728

Die rückläufigen Verdachtsanzeigen in einzelnen Wirtschaftsbereichen sind ganz wesentlich auch auf breit angelegte Präventionsoffensiven und verstärkte Maßnahmen der sekundären Individualprävention (nach § 3 BKV) der betroffenen Berufsgenossenschaften zurückzuführen. Besonders deutlich wird dies für den Wirtschaftszweig Gesundheitsdienst, in dem sich die Meldezahlen seit dem in 1990 erreichten Gipfel mit 6 279 Verdachtsanzeigen bis 2004 mit 4 475 Verdachtsanzeigen um über 28 % reduziert haben. Die Konzentration der Hauterkrankungen auf wenige Arbeitsbereiche ermöglicht es hier, effiziente Maßnahmen der BK-Verhütung durchzuführen.

4.1.2 Verdachtsanzeigen nach meldender Stelle

Bei der BK 5101 ist noch stärker als im Durchschnitt der Berufskrankheiten die Entwicklung zu verfolgen, dass Verdachtsanzeigen zunehmend von Ärzten erstattet werden (siehe Tabelle 3). In 2004 entfallen 88,2 % der erstatteten Verdachtsanzeigen auf Ärzte; andere meldende Stellen treten in den Hintergrund. Positiv zu sehen ist der stetige Rückgang von Meldungen durch die Arbeitsverwaltung, die noch in 1995 fast 12 % der Fälle der BK 5101 in Gang gebracht hat. Zum einen spricht diese Entwicklung dafür, dass häufiger im Frühstadium der Hauterkrankung, noch vor einer Berufs-

Verdachtsanzeigen BK 5101 nach meldender Stelle

Tabelle 3

Meldende Stelle	Jahr der Anzeige			
	1995	2000	2002	2004
1	2	3	4	5
Unternehmer	529	214	179	346
Arzt	11 353	15 348	15 633	12 988
Versicherter	444	365	322	356
Krankenkasse	1 446	1 179	771	526
Arbeitsamt	2 052	995	443	263
RV-Träger	75	185	154	131
Sonstige	1 442	573	169	118
Gesamt	17 341	18 859	17 671	14 728

aufgabe und darauf folgendem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, eine erfolgreiche Intervention am bisherigen Arbeitsplatz erreicht werden kann. Zum anderen ist wegen der rückläufigen Tendenz der Meldungen auch bei den Krankenkassen zu erkennen, dass das Hautarztverfahren nach §§ 41 ff. Vertrag Ärzte/UV-Träger, das eine unmittelbare Information des UV-Trägers vorsieht, greift.

4.2 BK-Verdacht bestätigt

Von den insgesamt im Jahr 2004 entschiedenen 17 204 Fällen der BK 5101 wurden in 1 192 Fällen eine Berufskrankheit, sei es mit oder ohne Rente, förmlich anerkannt. In weiteren 7 140 Fällen konnte die berufliche Verursachung der Hauterkrankung festgestellt werden, ohne dass die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der „Schwere“ oder „Wiederholten Rückfälligkeit“ bzw. der „Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten“ vorgelegen hätten (siehe

Tabelle 4 auf Seite 110). Damit führen die beruflich bedingten Hauterkrankungen im Jahr 2004 mit einer Gesamtzahl von 8 332 in der Rangfolge aller mit oder ohne Versicherungsfall bestätigten BK-Verdachtsfälle. Die Anerkennungsquote der bestätigten BK-Verdachtsfälle liegt im langjährigen Verlauf über 46 % und damit deutlich über den Werten für die Gesamtzahl der abgeschlossenen BK-Verfahren.

4.2.1 Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten und neuen BK-Renten

Im Jahre 2004 wurden 915 Fälle der BK 5101 ohne Rente anerkannt. Gegenüber 1993 mit dem höchsten Wert von 2 392 haben die ohne Rente anerkannten Berufskrankheiten bis 2004 um über 60 % abgenommen (siehe Tabelle, 4, Spalte 3).

Deutlicher noch wird der Rückgang der neuen BK-Renten. Im Jahr 1995 wurden noch in 988 Fällen wegen

III. Hautkrankheiten

Entschiedene Fälle BK 5101 nach Art der Feststellung

Tabelle 4

Jahr	Art der Feststellung				zusammen
	Neue BK-Renten	Anerkannte BK ohne Rente	BK-Verdacht nicht bestätigt	Berufl. Verursachung bestätigt, kein Versicherungsfall	
1	2	3	4	5	6
1980	376	410	3 429	4 760	8 975
1981	439	571	4 382	4 290	9 682
1982	441	825	3 944	4 801	10 011
1983	426	818	4 449	4 704	10 397
1984	395	579	3 873	4 405	9 252
1985	400	491	3 639	4 331	8 861
1986	405	773	4 592	3 635	9 405
1987	363	826	5 288	4 037	10 514
1988	508	1 049	6 802	4 148	12 507
1989	632	1 653	8 116	4 133	14 534
1990	699	1 627	8 681	4 914	15 921
1991	854	1 759	9 863	5 884	18 360
1992	768	2 020	10 791	5 479	19 058
1993	803	2 392	12 156	5 837	21 188
1994	832	1 921	11 063	5 631	19 447
1995	988	1 559	11 176	5 422	19 145
1996	709	1 467	11 204	6 017	19 397
1997	722	1 435	11 478	5 888	19 523
1998	553	1 137	12 132	7 055	20 877
1999	493	1 079	11 443	7 160	20 175
2000	431	1 007	10 752	6 614	18 804
2001	384	1 048	10 599	6 591	18 622
2002	345	1 138	10 624	7 614	19 721
2003	295	976	9 541	7 322	18 134
2004	277	915	8 872	7 140	17 204
Gesamt	13 538	29 475	208 889	137 812	389 714

der anerkannten BK-Folgen eine entschädigungspflichtige Erwerbsminderung festgestellt (siehe Tabelle 4, Spalte 2). Bis 2004 hat sich die Zahl der neuen BK-Renten um fast drei Viertel reduziert, nur noch in 277 abgeschlossenen Verfahren der BK 5101 hat eine rentenberechtigende MdE bestanden.

Im betrachteten Zeitraum ab 1993 bzw. ab 1995 ist dagegen die Gesamtzahl der entschiedenen Fälle und die der nicht bestätigten BK-Verdachtsfälle bis 2002 mit geringen Schwankungen auf nahezu gleichem Niveau geblieben. Daraus kann nur geschlossen werden, dass unter den entschiedenen Fällen offensichtlich weniger schwer ausgeprägte Krankheitsbilder als noch in der Vergangenheit vorzufinden sind. Dieser Trend gilt auch für die Jahre 2003 und 2004 mit insgesamt deutlich gesunkenen Zahlen.

Bei Betrachtung der Höhe der MdE neuer BK-Renten wird diese These bestätigt. MdE-Sätze über 20 % sind nicht nur in der absoluten Fallzahl rückläufig, sondern

sind gleichzeitig im Zeitraum seit 1990 von einem Anteil von 29,8 % auf 20,2 % im Jahr 2004 gesunken (siehe Tabelle 5). Diese Entwicklung kann nur so interpretiert werden, dass zum einen berufliche Hauterkrankungen zunehmend in einem früheren Stadium erkannt werden und zum anderen medizinische und andere Interventionsmaßnahmen einer Verschlimmerung der Erkrankung besser begegnen können.

4.2.2 Versicherungsrechtliche Konstellation bestätigter Verdachtsfälle

Die ab 1995 erkennbar werdende Abnahme schwerer Krankheitsbilder, welche die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit notwendig machen (siehe Tabelle 4, Spalten 2 und 3), wird bei Betrachtung der aktuellen Entwicklung der Fälle „Bestätigter BK-Verdacht, kein Versicherungsfall“ (siehe Tabelle 4, Spalte 5) noch deutlicher. Bei diesen hat es entweder an der „Schwere“ oder „Wiederholten Rückfälligkeit“ bzw. am „Unter-

Neue BK-Renten BK 5101 nach MdE

Tabelle 5

MdE	1990	1995	2000	2002	2004	zusammen
1	2	3	4	5	6	7
keine Angabe	6	238	7	4	5	260
unter 20	7	43	38	26	73	187
20	477	562	279	239	143	1700
25	104	90	72	51	37	354
30	101	53	35	23	17	229
35	1	1	0	0	1	3
40	3	1	0	0	0	4
50	0	0	0	2	0	2
60	0	0	0	0	1	1
Insgesamt	699	988	431	345	277	2740

III. Hautkrankheiten

lassungszwang“ gefehlt, um den Versicherungsfall anzuerkennen. In 7 140 Fällen bzw. 41,5 % der entschiedenen BK-Verdachtsfälle konnte im Jahr 2004 durch geeignete medizinische und/oder arbeitstechnische Maßnahmen der Verbleib in der beruflichen Tätigkeit sichergestellt werden. Dem gegenüber lag der Anteil 1993 bei nur 27,5 %. Auch diese Zahlen sprechen für die Bemühungen der Berufsgenossenschaften im Bereich der Primärprävention und sekundären Individualprävention.

4.2.3 Bestätigte Verdachtsfälle nach Wirtschaftszweigen

Bei den bestätigten Verdachtsfällen ist zu berücksichtigen, dass 2004 mehr Fälle entschieden wurden als Verdachtsanzeigen eingegangen sind (Entschiedene Fälle: 17 204 und Verdachtsanzeigen: 14 723). Diese Differenz erklärt sich u.a. aus „Überhängen“ der Vorjahre, die 2004 entscheidungsreif waren.

Auf den Wirtschaftszweig Gesundheitsdienst entfallen 30,4 % der Verdachtsanzeigen (siehe Tabelle 6, Sp. 2, 3). Ein anderes Bild ergibt sich bei den bestätigten BK-Verdachtsfällen. Der Anteil des Wirtschaftszweigs Gesundheitsdienst liegt hier bei 49,1 %. Die

Zahlen der übrigen relevanten Wirtschaftszweige sind niedriger, es folgen die Bereiche Metall, Nahrungs- und Genussmittel, Bau sowie Handel- und Verwaltung. Die „Anerkennungsquote“ in diesen Wirtschaftszweigen, das Verhältnis der bestätigten BK-Verdachtsfälle zu den entschiedenen Fällen, ist sehr divergent. Sie reicht von 67,8 % für den Gesundheitsdienst wegen der in diesem Wirtschaftszweig bestehenden relativ hohen Hautgefährdung bei bekanntermaßen belasteten Tätigkeiten bis zum niedrigsten Wert von 29,2 % für Handel und Verwaltung.

4.2.4 Bestätigte Verdachtsfälle nach Berufsbereichen

Korrespondierend zu den dargestellten Wirtschaftsbereichen zeigt sich die Auswertung der bei der BK 5101 relevanten Berufsbereiche für das Jahr 2004 (Tabelle 7). An erster Stelle mit 21,7 % stehen die Dienstleistungsberufe. Die Gesundheitsdienstberufe folgen in der Rangfolge mit 19,3 % der bestätigten Verdachtsfälle. Die Berufsbereiche der Wirtschaftszweige Metall werden getrennt ausgewiesen, die höchsten Fallzahlen entfallen hier auf Schlosser, Mechaniker mit 10,0 %. Rund 60 % aller bestätigten BK-Verdachtsfälle konzentrieren sich damit auf nur 7 Berufsbereiche.

BK 5101 im Geschäftsjahr 2004 nach Wirtschaftszweig

Tabelle 6

Wirtschaftszweig	Verdachtsanzeigen		Bestätigter BK-Verdacht		Entschiedene Fälle	Anerkennungsquote
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent		
1	2	3	4	5	6	7
Gesundheitsdienst	4 475	30,4	4 090	49,1	6 036	67,8
Nahrungs- und Genussmittel	1 902	12,9	1 022	12,3	1 733	59,0
Metall	2 819	19,1	933	11,2	3 081	30,3
Bau	1 533	10,4	814	9,8	1 748	46,6
Handel und Verwaltung	1 899	12,9	562	6,7	1 927	29,2
Übrige	2 100	14,3	911	10,9	2 679	-
Gesamt	14 728	100,0	8 332	100,0	17 204	48,4

Bestätigte Fälle BK 5101 nach Berufsbereichen 2004

Tabelle 7

Berufsbereiche	Zahl der Fälle	
	Anzahl	Prozent
1	2	3
Gesundheitsdienstberufe	1 605	19,3
Schlosser, Mechaniker u.z.B.	835	10,0
Ernährungsberufe	758	9,1
Sozialpflegerische Berufe u.a.	648	7,8
Warenkaufleute	400	4,8
Bauberufe	225	2,7
Metallerzeuger, -bearbeiter	221	2,7
Chemiearbeiter, Kunststoffverarbeiter	210	2,5
Bau-, Raumausstatter, Polsterer	147	1,8
Maler, Lackierer u.Ä.	138	1,7
Maschinisten u.a.	126	1,5
Verkehrsberufe	108	1,3
Übrige	2 911	34,9
Insgesamt	8 332	100,0

4.2.5 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach Arbeitsbereichen

Bei Betrachtung der Arbeitsbereiche ergibt sich ein differenzierteres Bild der relevanten beruflichen Einwirkungen. Zwei Drittel aller bestätigten BK-Verdachtsfälle verteilen sich auf insgesamt 18 Arbeitsbereiche (Tabelle 8, siehe Seite 114). Insbesondere bei den drei erstgenannten Berufsbereichen Dienstleistungsberufe, Gesundheitsberufe und Ernährungsberufe zeigt die weitergehende Auswertung nach Arbeitsbereichen, wo die Gefährdungspotenziale tatsächlich liegen.

4.2.6 Bestätigte BK-Verdachtsfälle nach auslösendem Gegenstand

Die BK-spezifischen Gefährdungen können sehr detailliert über die Auswertung des dokumentierten auslösenden Gegenstandes nachvollzogen werden (siehe

Tabelle 9). Eine herausragende Rolle nimmt die Feuchtarbeit ein, die 2004 in mehr als 30 % der Fälle für die Hauterkrankung verantwortlich oder mitverantwortlich gemacht worden ist. An zweiter Stelle stehen Konservierungsmittel und Desinfektionsmittel, die in fast jedem 8. Fall als verursachender Arbeitsstoff genannt werden. Auf dem 3. Rang kommen Kühlschmierstoffe mit insgesamt 426 Nennungen bzw. 5,1 %. Zu finden als hautgefährdender Stoff ist nach wie vor Latex; 2004 wird dieses Allergen noch in 255 BK-Fällen (3,1 %) als auslösender Gegenstand genannt, nach 946 Fällen (10,8 %) im Jahr 1998. Diese vier Einwirkungen bzw. Arbeitsstoffe sind bereits seit Jahren als maßgebende Gefährdungspotenziale bei der BK 5101 bekannt. Entsprechende Technische Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) in Auswirkung der Gefahrstoffverordnung wurden im September 1996 (TRGS 531 – Feuchtarbeit), im Juni 1992 (TRGS 522 – Raumdesinfektion mit Formaldehyd) und im Februar 2000 (TRGS 540 – Sensibilisierende Stoffe) erlassen. Die genannten TRGS geben

III. Hautkrankheiten

Bestätigte Fälle BK 5101 nach Arbeitsbereich 2004

Tabelle 8

Arbeitsbereich	Zahl der Fälle	
	Anzahl	Prozent
1	2	3
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	1 246	15,0
767 Frisiersalon (auch Maniküre und Pediküre)	1 209	14,5
621 Zahnärztliche Praxis	413	5,0
681 Küche	402	4,8
684 Gastraum, Speiseraum, Kantine, Restaurationsraum	261	3,1
470 Reinigung in Gebäuden	256	3,1
620 Ärztliche Praxis, Ambulatorium, Erste-Hilfe-Station	223	2,7
639 Räume für medizinische Therapie, Wohlfahrtseinrichtungen	222	2,7
672 Kundenraum, Verkaufsraum	210	2,5
760 Bäckerei, Backstube	208	2,5
440 Montagehalle, Großmaschinenbau	202	2,4
420 Konventioneller Bau (Massivbau aus Mauerwerk, Beton)	166	2,0
770 Werkhalle, Werkraum	147	1,8
317 Anlage zur spanabhebenden Bearbeitung (Dreh-, Fräs-, Bohrmaschine)	118	1,4
318 Werkzeugmaschinenhalle	118	1,4
673 Bedienungsgang mit und ohne Warenbearbeitung	117	1,4
431 Innenwand- und Deckenverkl. (Putz, Wandpl., Tapeten, Anstrich)	112	1,3
709 Bereich Metall, Feinmechanik, Elektrotechnik	92	1,1
Übrige	2 610	31,3
Gesamt	8 332	100,0

vor, Ersatzstoffe mit einem geringeren gesundheitlichen Risiko zu verwenden bzw. technische und organisatorische Schutzmaßnahmen bei Feuchtarbeit umzusetzen.

Von Interesse ist die Bedeutung der gefährdenden Arbeitsstoffe in der zeitlichen Entwicklung, hier in einem 7-Jahreszeitraum betrachtet (siehe Tabelle 9). Auf 17 gefährdende Einwirkungen bzw. Arbeitsstoffe konzentrieren sich die Ursachen für berufsbedingte Hauterkrankungen, im Jahr 2004 gar mit einem Anteil von 78,7 %. Zu erkennen ist, dass die Relevanz von Feuchtarbeit in den vergangenen 7 Jahren stark zugenommen hat. Deutlich zurückgedrängt als Auslöser für berufsbedingte Hauterkrankungen ist dagegen Latex, in abso-

luten Zahlen und in Prozenten sind die Werte von 1998 bis 2004 auf unter ein Drittel der Ausgangsdaten abgesunken. Offensichtlich haben die bereits Anfang 1996 empfohlenen Sofortmaßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Allergie- und Immunitätsforschung (DGAI) gegriffen und die Präventionsoffensiven der staatlichen Arbeitsschutzbehörden und der zuständigen UV-Träger gewirkt. Gut nachvollziehbar ist auch der Rückgang der berufsbedingten Hauterkrankung durch Haarwellmittel, nachdem die so genannte saure Dauerwelle (mit dem stark allergisierenden Glycerylmonothioglycolat) vom Markt genommen werden konnte. Der Anteil ist von 5,6 % im Jahr 1998 auf 0,9 % im Jahr 2004 zurückgegangen.

Bestätigte Fälle BK 5101 nach Art der Einwirkung

Tabelle 9

BK-spezifischer Gegenstand	1998			2000			2002			2004		
	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Feuchtmilieu	507	5,8	3	1 540	19,1	1	2 062	22,7	1	2 545	30,5	1
Konservierungsmittel und Desinfektionsmittel	1 166	13,3	1	967	12,0	2	1 259	13,8	2	1 065	12,8	2
Kühlschmierstoffe	373	4,3	7	529	6,5	3	568	6,3	3	426	5,1	3
Reinigungsmittel (Tensidreiniger), nicht differenziert	265	3,0	11	377	4,7	5	334	3,7	6	309	3,7	4
Nickel und seine Verbindungen z.B. Dinickeltrioxid	302	3,5	10	298	3,7	7	351	3,9	4	303	3,6	5
Schmierstoff, auch Schmierstoffzusatz	450	5,1	5	261	3,2	8	294	3,2	9	302	3,6	6
Latex	946	10,8	2	468	5,8	4	345	3,8	5	255	3,1	7
Epoxidharze, z.B. Bisphenol-A-Epichlorhydrin	24	0,3	16	206	2,6	10	298	3,3	8	221	2,7	8
Haarfärbemittel	314	3,6	8	237	2,9	9	178	2,0	11	204	2,4	9
Mehl; Mehlprodukt; Teigware; Backware	164	1,9	12	172	2,1	11	230	2,5	10	144	1,7	10
Riechstoff; Duftstoff; Parfüm (Duftstoff/Mix)	72	0,8	14	124	1,5	14	111	1,2	14	98	1,2	11
Lösemittel und Verdünnungsmittel, soweit nicht konkret benennbar	417	4,8	6	130	1,6	13	117	1,3	12	97	1,2	12
Kobalt und seine Verbindungen	28	0,3	15	58	0,7	17	93	1,0	16	95	1,1	13
Zement	307	3,5	9	374	4,7	6	323	3,6	7	267	3,1	14
Thiurame, z.B.Thiuram-Mix	9	0,1	17	71	0,9	16	75	0,8	17	83	1,0	15
Obst; Gemüse; Pflanzen	105	1,2	13	106	1,3	15	95	1,0	15	80	1,0	16
Haarwellmittel, z.B. Glycerylmonothioglycolat	493	5,6	4	171	2,1	12	116	1,3	13	77	0,9	17
übrige	2803	32,1	-	1 963	24,6	-	2 248	24,6	-	1 761	21,3	-
Gesamt	8 745	100,0		8 052	100,0		9 097	100,0		8 332	100,0	

III. Hautkrankheiten

Auf konstant hohem Niveau hält sich die Hautgefährdung durch Konservierungs- und Desinfektionsmittel. Hier war es anscheinend bis in die jüngste Vergangenheit nicht zu erreichen, eine Substitution von erkannt gefährdenden Mitteln durchzusetzen, wie sie die TRGS 540 bzw. die TRGS 522 vorgeben. In Bezug auf Desinfektionsmittel ist festzustellen, dass auf die zumeist enthaltenen sensibilisierenden Stoffe Formaldehyd und Glutaraldehyd für die Wirksamkeit der Desinfektionsmittel nicht (ganz) verzichtet werden kann. In Bezug auf Konservierungsmittel muss konstatiert werden, dass diese selbst in vielen Hautschutz- und Hautpflegeprodukten enthalten sind. Gerade für hauterkrankte Versicherte bereitet es größte Schwierigkeiten, Hautschutz- und Hautpflegeprodukte ohne Konservierungsstoffe oder Parfümstoffe zur Verfügung zu stellen.

Für die auf den ersten 4 Plätzen stehenden gefährdenden Einwirkungen bzw. Arbeitsstoffe geben die folgenden Detailanalysen (Tabellen 9a, b, c, d) Aufschluss über die relevanten Arbeitsbereiche.

Bei Feuchtmilieu dominieren der Friseursalon, Bereiche des Gesundheitsdienstes und Arbeitsbereiche im Nahrungs- und Gaststättenwesen.

Wie zu erwarten ist, sind Konservierungsstoffe und Desinfektionsmittel in Arbeitsbereichen des Gesundheitsdienstes am häufigsten als hautgefährdende Arbeitsstoffe anzutreffen.

Bei den Kühlschmierstoffen dominieren erwartungsgemäß Arbeitsbereiche mit spanabhebender Bearbeitung bzw. Drehereien und Fräseereien.

Das inzwischen auf Rang 7 zurückgefallene Allergen Latex, das 1998 noch auf Rang 2 lag, spielt als BK-auslösender Gegenstand – wie nicht anders zu erwarten ist – vor allem eine Rolle in Arbeitsbereichen des Gesundheitsdienstes.

4.2.7 Bestätigte Verdachtsfälle nach Einwirkungsdauer

Betrachtet man die bestätigten Verdachtsfälle der BK 5101 im Jahr 2004, hat die Einwirkungsdauer in

der Mehrzahl der Fälle (53,9 %) unter 5 Jahren gelegen (siehe Tabelle 10 auf Seite 121). Unterhalb einer beruflichen Exposition von 10 Jahren liegt ein Anteil von insgesamt 71,5 % der anerkannten Hauterkrankungen. Bei einer mittleren Einwirkungsdauer von 9,4 Jahren fällt die BK 5101 aus dem Gesamtbild des allgemeinen BK-Geschehens, das wesentlich von „Langzeit“-Erkrankungen geprägt ist.

4.2.8 Bestätigte Verdachtsfälle nach Latenzzeit

Größeren Aufschluss noch als die Einwirkungsdauer gibt bei Hauterkrankungen die Latenzzeit, der Zeitraum zwischen dem Expositionsbeginn und dem erstmaligen Auftreten von Hauterscheinungen. Hier zeigt sich für 2004, dass sich in 42,7 % der Fälle Hauterscheinungen bereits wenige Jahre nach Beginn der schädigenden Einwirkungen manifestiert haben (siehe Tabelle 11, Zeilen 1 und 2, Seite 121). Die Erfahrungen zeigen, dass Hauterkrankte nach Erkrankungsbeginn z.T. noch länger gefährdend tätig sind, unter Umständen auch einige Jahre bzw. Jahrzehnte, ggf. bis zum Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Viele Versicherte sind offenbar nach erstmaligem Auftreten von Hauterscheinungen (kürzere Latenzzeit) noch über einen längeren Zeitraum hautgefährdend tätig (längere Einwirkungsdauer), ohne dass die Hauterscheinungen „schwer“ oder „wiederholt rückfällig“ geworden sind. Zudem kann selbst bei Hauterkrankten mit längerer Einwirkungsdauer das Unterlassungsmerkmal nicht erfüllt sein, wenn ausreichender Hautschutz den Verbleib im Beruf sicherstellen kann. Es wird insbesondere durch die aktuelle Entwicklung der bestätigten BK-Verdachtsfälle gestützt (vgl. Tabelle 4 bzw. 4.2.2), dass schwere Krankheitsbilder rückläufig sind.

Bei der Mehrzahl der übrigen Berufskrankheiten ist die Latenzzeit regelmäßig länger als die Einwirkungsdauer, oft liegt der Erkrankungsbeginn erst nach Beendigung der beruflichen Tätigkeit. Insoweit nimmt die BK 5101 eine Ausnahmestellung ein.

Die relativ kurze Latenzzeit gibt bei der BK 5101 die Chance, hautgefährdende Arbeitsstoffe frühzeitig zu

Bestätigte Fälle BK 5101 mit der Einwirkung Feuchtmilieu nach Arbeitsbereich

Tabelle 9a

Arbeitsbereich	1998			2000			2002			2004		
	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
767 Friseursalon (auch Maniküre und Pediküre)	153	30,2	1	416	27,0	1	443	21,5	1	517	20,3	1
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	85	16,8	2	189	12,3	2	280	13,6	2	426	16,7	2
681 Küche	30	5,9	3	123	8,0	3	208	10,1	3	233	9,2	3
684 Gastraum, Speiseraum, Kantine, Restaurationsraum	3	0,6	14	22	1,4	12	122	5,9	4	201	7,9	4
621 Zahnärztliche Praxis	30	5,9	4	84	5,5	6	104	5,0	5	130	5,1	5
673 Bedienungsgang mit und ohne Warenbearbeitung	7	1,4	10	102	6,6	4	99	4,8	6	107	4,2	6
762 Fleischerei, Metzgerei, Hausschlachtere	7	1,4	11	99	6,4	5	85	4,1	7	75	2,9	7
639 Räume für medizinische Therapie, Wohlfahrts-einrichtungen	12	2,4	8	50	3,2	8	46	2,2	11	74	2,9	8
760 Bäckerei, Backstube	4	0,8	13	18	1,2	14	50	2,4	10	73	2,9	9
470 Reinigung in Gebäuden	6	1,2	12	27	1,8	11	38	1,8	13	71	2,8	10
620 Ärztliche Praxis, Ambulatorium, Erste-Hilfe-Station	25	4,9	5	43	2,8	9	58	2,8	8	69	2,7	11
672 Kundenraum, Verkaufsraum	19	3,7	7	69	4,5	7	51	2,5	9	62	2,4	12
630 Massageraum, Massage-Praxis	20	3,9	6	28	1,8	10	27	1,3	15	31	1,2	13
686 Schlafraum (Fremdenzimmer, Personalzimmer)	0	0,0	16	0	0,0	19	32	1,6	14	28	1,1	14
689 Beherbergung, Bewirtung, Haushalt	2	0,4	15	13	0,8	15	22	1,1	16	19	0,7	15
629 Räume des Gesundheitsdienstes (ausgenommen Laboratorien)	8	1,6	9	18	1,2	13	13	0,6	17	18	0,7	16
636 Raum zur Ausbildung und Beschäftigung Behinderter	0	0,0	17	3	0,2	16	40	1,9	12	16	0,6	17
633 Raum/Praxis für physikalische Therapie	0	0,0	19	2	0,1	18	0	0,0	19	14	0,6	19
252 Molkerei, Käserei, industrielle Speiseeisherstellung	0	0,0	18	1	0,1	17	5	0,2	18	14	0,6	18
zusammen	411	81,1	–	1 307	84,9	–	1 723	83,4	–	2 178	85,5	–
übrige	96	18,9	–	233	15,1	–	339	16,6	–	367	14,5	–
Gesamt	507	100,0		1 540	100,0		2 062	100,0		2 545	100,0	

III. Hautkrankheiten

Bestätigte Fälle BK 5101 mit der Einwirkung Konservierungsstoffe und Desinfektionsmittel nach Arbeitsbereich

Tabelle 9b

Arbeitsbereich	1998			2000			2002			2004		
	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
767 Friseursalon (auch Maniküre und Pediküre)	153	30,2	1	416	27,0	1	443	21,5	1	517	20,3	1
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	85	16,8	2	189	12,3	2	280	13,6	2	426	16,7	2
681 Küche	30	5,9	3	123	8,0	3	208	10,1	3	233	9,2	3
684 Gastraum, Speiseraum, Kantine, Restaurationsraum	3	0,6	14	22	1,4	12	122	5,9	4	201	7,9	4
621 Zahnärztliche Praxis	30	5,9	4	84	5,5	6	104	5,0	5	130	5,1	5
673 Bedienungsgang mit und ohne Warenbearbeitung	7	1,4	10	102	6,6	4	99	4,8	6	107	4,2	6
762 Fleischerei, Metzgerei, Hausschlachtere	7	1,4	11	99	6,4	5	85	4,1	7	75	2,9	7
639 Räume für medizinische Therapie, Wohlfahrts-einrichtungen	12	2,4	8	50	3,2	8	46	2,2	11	74	2,9	8
760 Bäckerei, Backstube	4	0,8	13	18	1,2	14	50	2,4	10	73	2,9	9
470 Reinigung in Gebäuden	6	1,2	12	27	1,8	11	38	1,8	13	71	2,8	10
620 Ärztliche Praxis, Ambulatorium, Erste-Hilfe-Station	25	4,9	5	43	2,8	9	58	2,8	8	69	2,7	11
672 Kundenraum, Verkaufsraum	19	3,7	7	69	4,5	7	51	2,5	9	62	2,4	12
630 Massageraum, Massage-Praxis	20	3,9	6	28	1,8	10	27	1,3	15	31	1,2	13
686 Schlafraum (Fremdenzimmer, Personalzimmer)	0	0,0	16	0	0,0	19	32	1,6	14	28	1,1	14
689 Beherbergung, Bewirtung, Haushalt	2	0,4	15	13	0,8	15	22	1,1	16	19	0,7	15
629 Räume des Gesundheitsdienstes (ausgenommen Laboratorien)	8	1,6	9	18	1,2	13	13	0,6	17	18	0,7	16
636 Raum zur Ausbildung und Beschäftigung Behinderter	0	0,0	17	3	0,2	16	40	1,9	12	16	0,6	17
252 Molkerei, Käseerei, industrielle Speiseeiserstellung	0	0,0	18	1	0,1	18	5	0,2	18	14	0,6	18
633 Raum/Praxis für physikalische Therapie	0	0,0	19	2	0,1	17	0	0,0	19	14	0,6	19
zusammen	411	81,1	-	1 307	84,9	-	1 723	83,4	-	2 178	85,5	-
übrige	96	18,9	-	233	15,1	-	339	16,6	-	367	14,5	-
Gesamt	507	100,0		1 540	100,0		2 062	100,0		2 545	100,0	

Bestätigte Fälle BK 5101 mit der Einwirkung Kühlschmierstoffe nach Arbeitsbereich

Tabelle 9c

Arbeitsbereich	1998			2000			2002			2004		
	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
317 Anlage zur spanabheb. Bearb. (Dreh-, Fräs-, Bohrmaschine)	71	19,0	2	140	26,5	1	102	18,0	1	84	19,7	1
318 Werkzeugmaschinenhalle	31	8,3	5	41	7,8	4	74	13,0	4	64	15,0	2
703 Dreherei, Fräseerei	90	24,1	1	72	13,6	3	92	16,2	2	63	14,8	3
440 Montagehalle, Großmaschinenbau	46	12,3	3	91	17,2	2	91	16,0	3	60	14,1	4
709 Bereich Metall, Feinmechanik, Elektrotechnik	15	4,0	7	31	5,9	5	44	7,7	5	31	7,3	5
701 Schlosserei, auch Werkzeugmacherei	37	9,9	4	28	5,3	6	30	5,3	6	30	7,0	6
770 Werkhalle, Werkraum	17	4,6	6	18	3,4	8	23	4,0	7	17	4,0	7
319 Industr. Anlagen zur Verarbeitung von Eisen und Metall	13	3,5	8	10	1,9	9	9	1,6	9	8	1,9	9
242 Herst.v. Kunststoff-erzeugn.a.Reaktionskompon.(Duroplast)	1	0,3	11	2	0,4	11	0	0,0	11	8	1,9	8
705 Feinmechanikerwerkst. (Goldschmiede-, Uhr-, Optiker-)	5	1,3	9	3	0,6	10	6	1,1	10	7	1,6	10
422 Montagebau aus Stahl und/oder Leichtmetall	3	0,8	10	19	3,6	7	11	1,9	8	5	1,2	11
zusammen	329	88,1	-	455	86,2	-	482	84,8	-	377	88,5	-
übrige	44	11,9	-	74	13,8	-	86	15,2	-	49	11,5	-
Gesamt	373	100,0		529	100,0		568	100,0		426	100,0	

III. Hautkrankheiten

Bestätigte Fälle BK 5101 mit der Einwirkung Latex nach Arbeitsbereich

Tabelle 9d

Arbeitsbereich	1998			2000			2002			2004		
	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang	Anz.	%	Rang
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
625 Allgemeiner Pflegebereich, Krankenzimmer	388	41,0	1	199	42,5	1	132	38,3	1	93	36,5	1
621 Zahnärztliche Praxis	222	23,5	2	102	21,8	2	60	17,4	2	43	16,9	2
620 Ärztliche Praxis, Ambulatorium, Erste-Hilfe-Station	90	9,5	3	47	10,0	3	29	8,4	3	25	9,8	3
767 Friseursalon (auch Maniküre und Pediküre)	16	1,7	8	18	3,8	4	20	5,8	4	16	6,3	4
639 Räume für medizinische Therapie, Wohlfahrts-einrichtungen	25	2,6	5	12	2,6	6	10	2,9	6	10	3,9	5
681 Küche	16	1,7	9	5	1,1	8	3	0,9	9	9	3,5	6
470 Reinigung in Gebäuden	24	2,5	6	4	0,9	9	15	4,3	5	8	3,1	7
623 Operationsraum	22	2,3	7	13	2,8	5	5	1,4	7	4	1,6	8
629 Räume des Gesundheitsdienstes (ausgenommen Laboratorien)	34	3,6	4	8	1,7	7	4	1,2	8	3	1,2	9
624 Intensivstation	9	1,0	10	1	0,2	10	1	0,3	10	3	1,2	10
übrige	100	10,6	-	59	12,6	-	66	19,1	-	41	16,0	-
Gesamt	946	100,0		468	100,0		345	100,0		255	100,0	

Bestätigte Fälle BK 5101 nach Einwirkungsdauer 2004

Tabelle 10

Einwirkungsdauer	Zahl der Fälle	
	Anzahl	%
1	2	3
innerhalb einer Arbeitsschicht	106	1,3
< 1/2 Jahr	485	5,8
1/2 bis unter 1 Jahr	646	7,8
1 bis unter 2 Jahre	1107	13,3
2 bis unter 5 Jahre	2145	25,7
5 bis unter 10 Jahre	1464	17,6
10 bis unter 15 Jahre	897	10,8
15 bis unter 20 Jahre	461	5,5
20 bis unter 25 Jahre	376	4,5
25 bis unter 30 Jahre	215	2,6
30 bis unter 35 Jahre	195	2,3
35 bis unter 40 Jahre	105	1,3
40 bis unter 45 Jahre	60	0,7
45 bis unter 50 Jahre	17	0,2
50 Jahre und länger	1	0,0
keine Angabe	52	0,6
Insgesamt	8332	100,0

Bestätigte Fälle BK 5101 nach Latenzzeit 2004

Tabelle 11

Latenzzeit	Zahl der Fälle	
	Anzahl	Prozent
1	2	3
innerhalb einer Arbeitsschicht	23	0,3
< 5 Jahre	3531	42,4
5 bis unter 10 Jahre	1710	20,5
10 bis unter 15 Jahre	981	11,8
15 bis unter 20 Jahre	573	6,9
20 bis unter 25 Jahre	396	4,8
25 bis unter 30 Jahre	274	3,3
30 bis unter 35 Jahre	236	2,8
35 bis unter 40 Jahre	145	1,7
40 bis unter 45 Jahre	73	0,9
45 bis unter 50 Jahre	26	0,3
50 bis unter 55 Jahre	3	0,0
55 Jahre und länger	1	0,0
keine Angabe	360	4,3
Insgesamt	8332	100,0

III. Hautkrankheiten

identifizieren. Wenn es gelingt, diesen Arbeitsstoff rasch zu substituieren, kann der Arbeitsplatz saniert und regelmäßig auch erhalten werden. Diese gegenüber anderen Berufskrankheiten idealen Präventionsmöglichkeiten bei der BK 5101 macht das Beispiel des sehr potenten Allergens Latex deutlich (siehe 4.2.6). Latex konnte sehr kurzfristig in den vergangenen Jahren als Hauterkrankungen auslösender Arbeitsstoff zurückgedrängt werden.

4.3 Nicht bestätigter BK-Verdacht

Von den 2004 insgesamt entschiedenen 17 204 Verfahren der BK 5101 konnte in 8 872 Fällen keine berufliche Verursachung festgestellt werden (Anteil der nicht bestätigten BK-Verdachtsfälle: 51,6 %, siehe Tabelle 4). Bis auf den Zeitraum von 1980 bis 1986 hat der Anteil der abgelehnten Fälle konstant über 50 % gelegen. Aus der Entwicklung der Zahlen ist zu schlussfolgern, dass die „Trefferquote“ der BK-Anzeigen im Wesentlichen unverändert geblieben ist. Für weitergehende Interpretationen sind die einzelnen versicherungsrechtlichen Fallkonstellationen näher zu untersuchen.

4.3.1 Versicherungsrechtliche Fallkonstellationen abgelehnter Verdachtsfälle

Die Verteilung der Ablehnungsgründe der entschiedenen BK 5101-Verfahren der letzten 15 Jahre ergibt folgendes Bild:

Insgesamt sind die Ablehnungen wegen fehlender Einwirkung im abgebildeten Zeitraum in absoluten Fallzahlen und relativ betrachtet konstant geblieben (63,5 % im Jahr 1990 – 61,8 % im Jahr 2004). Rückläufig sind dagegen – wenn auch mit stark abweichenden Jahrgangszahlen – die Konstellationen, bei denen es an einer Hauterkrankung fehlt (Ablehnung: Einwirkung liegt vor – aber keine typische Diagnose) bzw. ein Zusammenhang nicht herzustellen war (Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden). Ebenfalls zurückgehend sind die Fallzahlen für die Ablehnung wegen fehlender Mitwirkung. Ihr Anteil lag 2004 bei 11,8 % bzw. bei 1 043 Fällen.

4.3.2 Abgelehnte Fälle nach Wirtschaftszweig

Auf den Wirtschaftszweig Metall entfallen im Geschäftsjahr 2004 2 148 Fälle bzw. 24,2 % der

Verdacht auf BK 5101 nicht bestätigt nach Art der Ablehnung

Tabelle 12

Ablehnungsgrund	1990	1995	2000	2002	2004	zus.
1	2	3	4	5	6	12
Ablehnung: keine Einwirkung	5 516	6 492	7 124	7 398	5 482	32 012
Ablehnung: fehlende Mitwirkung	119	1 552	1 499	1 385	1 043	5 598
Ablehnung: Gefährdung und typische Diagnose vorhanden	120	1 678	855	828	314	3 795
Ablehnung: keine versicherte Person	0	1	17	18	25	61
Ablehnung: Einwirkung liegt vor, aber keine typische Diagnose	2 926	1 453	1 257	995	2 008	8 639
Zusammen	8 681	11 176	10 752	10 624	8 872	50 105

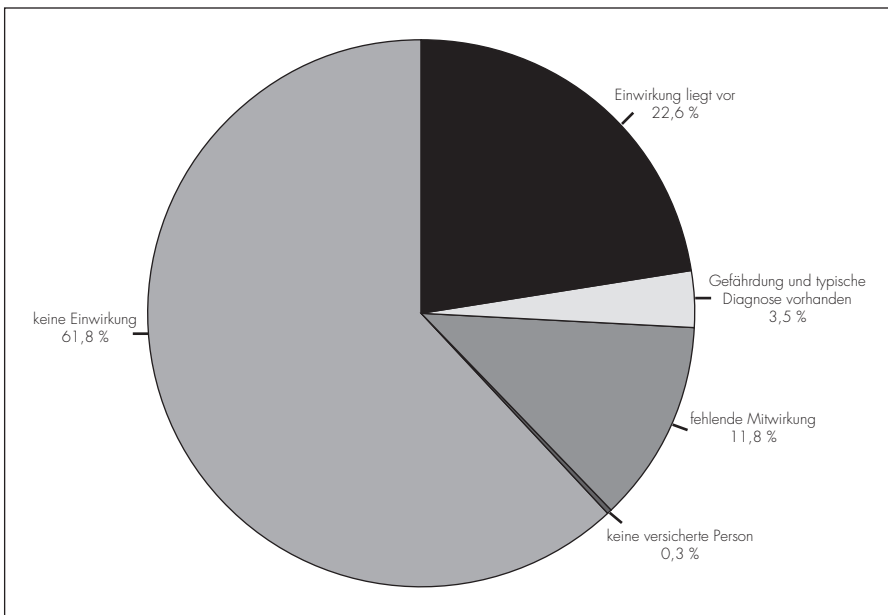


Abbildung zu Tabelle 12:
Verteilung der nicht bestätigten Fälle 2004
auf die Art der Ablehnung

abgelehnten Fälle aller gewerblichen Berufsgenossenschaften (siehe Tabelle 13 auf Seite 124). Weitere große Anteile von Fällen, bei denen sich eine berufliche Verursachung nicht bestätigen ließ, entfallen auf die Wirtschaftszweige Handel und Verwaltung, Bau und Gesundheitsdienst. Der gegenüber den übrigen Wirtschaftszweigen im Gesundheitsdienst erkennbar niedrigere Anteil abgelehnter Fälle im Verhältnis zu der Anzahl der entschiedenen Fälle resultiert aus den hier dominierenden häufigsten hautgefährdenden Einwirkungen (siehe Tabellen 9a bis 9d).

Anzumerken ist, dass auch in abgelehnten Fällen nach § 3 BKV Leistungen zu erbringen sein können (siehe Tabelle 19 auf Seite 128).

4.4 Leistungsfälle bei der BK 5101

Bei den Leistungen ist zu unterscheiden zwischen den Leistungen für medizinische Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und für Entschädigungsleistungen (Renten und Abfindungen). Für die BK 5101 haben die Kosten für Leistungen infolge einer anerkannten BK oder für

solche aufgrund des § 3 BKV 1994 den Höchstwert von rund 166 Mio. EUR erreicht (siehe Tabelle 14 auf Seite 124). Bis zum Jahr 2001 sind sowohl die Gesamtleistungen als auch die Kosten/pro Fall gesunken. Wie sich der ab diesem Zeitpunkt erkennbare Anstieg der Fälle, der Kosten und der Kosten pro Fall in den Jahren 2002 und 2003 erklärt, bleibt den Auswertungen nach Leistungsarten vorbehalten (siehe Tabellen 15, 16 und 17 auf den Seiten 125 f.).

4.4.1 Leistungsfälle – medizinische Rehabilitation

Die Leistungsfälle der medizinischen Rehabilitation sind seit 1993 in der Anzahl stetig gestiegen und haben im Jahr 2004 einen Höchstwert von 24 688 Fällen erreicht (siehe Tabelle 15). Damit nimmt die BK 5101 von der Fallzahl unangefochten den ersten Rang ein. Die Kosten der medizinischen Rehabilitation belaufen sich 2004 auf einen Betrag von rund 18,7 Mio. EUR. Der Höchstbetrag wurde im Jahr 2003 mit rund 19,0 Mio. EUR erreicht. Die BK 5101 liegt in den Gesamtkosten noch hinter den kostenaufwändigeren asbestbedingten Krebserkrankungen nach den

**Verdacht auf BK 5101 nicht bestätigt und entschiedene Fälle
BK 5101 nach Wirtschaftszweigen 2004**

Tabelle 13

Wirtschaftszweig	Abgelehnte Fälle		Entschiedene Fälle	
	Anzahl	%	Anzahl	%
1	2	3	4	5
Metall	2 148	24,2	3 081	17,9
Gesundheitsdienst	1 946	21,9	6 036	35,1
Handel und Verwaltung	1 365	15,4	1 927	11,2
Bau	934	10,5	1 748	10,2
Feinmechanik und Elektrotechnik	802	9,0	1 066	6,2
Nahrungs- und Genussmittel	711	8,0	1 733	10,1
Übrige	966	10,9	1 613	9,4
Gesamt	8 872	100,0	17 204	100,0

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 5101

Tabelle 14

Jahr	Leistungen insgesamt		
	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag pro Fall (EUR)
1	2	3	4
1993	30 132	152 525 555	5 062
1994	30 015	165 985 611	5 530
1995	34 672	164 605 540	4 748
1996	35 382	156 636 050	4 427
1997	36 058	153 166 304	4 248
1998	38 900	145 754 749	3 747
1999	39 647	136 949 754	3 454
2000	38 844	131 351 504	3 382
2001	38 913	128 406 359	3 300
2002	39 277	135 142 657	3 441
2003	38 784	137 425 707	3 543
2004	39 053	132 601 183	3 395
Gesamt	439 677	1 740 550 974	3 959

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 5101:
Medizinische Rehabilitation**

Tabelle 15

Jahr	Medizinische Rehabilitation		
	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag/Fall (EUR)
1	2	3	4
1993	13 871	13 688 146	987
1994	12 000	13 934 300	1 161
1995	16 525	13 731 543	831
1996	17 456	12 924 794	740
1997	18 727	13 567 857	725
1998	21 658	14 689 991	678
1999	23 240	14 745 274	634
2000	23 074	15 055 168	652
2001	23 939	16 384 298	684
2002	24 574	18 635 289	758
2003	24 071	19 043 323	791
2004	24 688	18 727 533	759
Gesamt	243 823	185 127 516	759

**Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 5101 -
Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben**

Tabelle 16

Jahr	Berufliche Rehabilitation		
	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag pro Fall (EUR)
1	2	3	4
1993	9 664	99 650 481	10 312
1994	10 546	108 166 741	10 257
1995	10 448	105 145 042	10 064
1996	9 982	98 142 127	9 832
1997	9 463	93 745 607	9 907
1998	8 619	81 748 565	9 485
1999	7 817	73 003 708	9 339
2000	7 062	66 063 250	9 355
2001	6 375	60 790 069	9 536
2002	6 361	64 876 761	10 199
2003	6 376	67 284 908	10 553
2004	6 090	62 530 380	10 268
Gesamt	98 803	981 147 638	9 930

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 5101 – Renten/Abfindungen an Erkrankte

Tabelle 17

Jahr	Renten/Abfindungen an Erkrankte		
	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag/Fall (EUR)
1	2	3	4
1993	11 656	39 055 931	3 351
1994	12 622	43 722 787	3 464
1995	13 265	45 565 950	3 435
1996	13 273	45 437 492	3 423
1997	13 303	45 730 788	3 438
1998	14 183	49 116 905	3 463
1999	14 192	49 065 835	3 457
2000	14 139	50 077 276	3 542
2001	14 064	51 098 921	3 633
2002	13 937	51 481 836	3 694
2003	13 770	50 909 961	3 697
2004	13 702	51 157 147	3 734
Gesamt	162 106	572 420 829	3 531

BK-Nrn. 4104 und 4105. Die Fall- und Kostensteigerungen bei der BK 5101 korrespondieren mit den Bemühungen der UV-Träger, im Rahmen des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV durch eine qualifizierte fachärztliche Behandlung den Verbleib von Hauterkrankten im Beruf zu ermöglichen. Nur durch die Verstärkung medizinischer Maßnahmen konnten die Leistungen für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben stetig reduziert werden (s. u. 4.4.2 und Tabelle 16). Auffallend ist bei der Betrachtung der Kosten pro Fall, dass diese bis in das Jahr 1999 tendenziell rückläufig waren und – nach einem zwischenzeitlichen Anstieg – im Jahr 2004 wieder zurückgehen.

4.4.2 Leistungsfälle – Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Das absolute Maximum der Fälle mit 10 546 und der Aufwendungen mit ca. 108,2 Mio. EUR für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen einer beruflich

verursachten Hauterkrankung wird 1994 erreicht (siehe Tabelle 16). Die Anzahl der Leistungsfälle ist seitdem rückläufig. Das gilt auch für die Aufwendungen bis zum Jahr 2001. Wie bei den Heilbehandlungskosten (medizinische Rehabilitation) sind auch die Aufwendungen für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben ab 2002 wieder angestiegen. Eine Trendwende zeichnet sich wiederum mit den aktuellen Zahlen des Geschäftsjahres 2004 ab.

Im Vergleich zu 1994 liegen die Kosten 2004 mit rund 62,5 Mio. EUR um 42,2 % niedriger. Die Kosten der beruflichen Rehabilitation haben daher am stärksten die Entwicklung der Leistungsfälle der BK 5101 beeinflusst. Der relativ starke Anstieg der Kosten/Fall für berufliche Rehabilitation in 2002, 2003 und 2004 trotz weiter gesunkener Fallzahlen mag sich zum Teil damit erklären, dass berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen angesichts der schwierigen Arbeitsmarktlage aufwendiger geworden sind und daher die Kosten im einzelnen Rehabilitationsfall erhöhen.

Die BK 5101 nimmt bei den Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowohl von der Anzahl der Fälle als auch von der Kostenhöhe den Spitzenplatz im Vergleich zu den anderen BK-Leistungsfällen ein.

her fällt die BK 5101 mit dem 2002 erreichten Höchstwert der Entschädigungsleistungen von ca. 51,5 Mio. EUR bei den Aufwendungen hinter die BK 2301 (Lärm) und die BK 4101 (Silikose) zurück.

4.4.3 Entschädigungsleistungen (Rentenbestand)

Seit 2000 nehmen die mit Rente zu entschädigenden Fälle der BK 5101 ab (siehe Tabelle 17). Dies ist insbesondere in der sinkenden Zahl von neuen BK-Renten begründet. Mit einer Anzahl von 13 702 laufenden Rentenfällen im Jahr 2004 kommt die berufliche Hauterkrankung in der Gesamtheit der Listen-Berufskrankheiten auf den zweiten Platz hinter der deutlich führenden BK 2301 (Lärm). Aufgrund der vergleichsweise niedrigen MdE-Werte und auch wegen des in den hauptsächlich betroffenen Berufen durchschnittlich deutlich niedrigeren Jahresarbeitsverdienstes der Rentenbezie-

4.4.4 Leistungsfälle nach Wirtschaftszweig

Betrachtet man die Verteilung aller Leistungsfälle – und damit aller Leistungsarten – im Jahr 2004 auf die Wirtschaftszweige, so entfallen die größten Aufwendungen auf die Bereiche Gesundheitsdienst, Bau und Metall (siehe Tabelle 18). Sehr divergierend sind die Kosten pro Fall der einzelnen Wirtschaftszweige: am kostenaufwendigsten sind die Fälle des Bereichs Metall, relativ kostengünstig die im Bereich Gesundheitsdienst. Für nähere Analysen der Kosten pro Fall werden bei ausgewählten Wirtschaftszweigen einzelne Leistungsarten im Folgenden in der zeitlichen Entwicklung untersucht.

Leistungsfälle und Aufwendungen für BK 5101 nach Wirtschaftszweigen und Leistungsgrundlage 2004

Tabelle 18

Wirtschaftszweig	Leistungsfälle insgesamt			darunter: Leistungen auf der Grundlage des § 3 BKV		
	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag/Fall (EUR)	Anzahl	Betrag (EUR)	Betrag/Fall (EUR)
1	2	3	4	5	6	7
Bergbau	414	1 144 721	2 765	44	7 121	162
Steine und Erden	762	3 323 095	4 361	111	259 676	2 339
Gas, Fernwärme und Wasser	70	145 596	2 080	38	26 146	688
Metall	5 462	24 129 862	4 418	1 677	4 343 169	2 590
Feinmechanik und Elektrotechnik	2 675	8 680 346	3 245	1 068	1 325 868	1 241
Chemie	1 547	5 674 502	3 668	509	726 124	1 427
Holz	573	1 878 229	3 278	131	393 636	3 005
Papier und Druck	313	1 360 223	4 346	104	243 015	2 337
Textil und Leder	556	1 815 481	3 265	183	333 320	1 821
Nahrungs- und Genussmittel	3 850	14 824 479	3 851	1 967	4 958 565	2 521
Bau	7 067	25 945 295	3 671	1 906	1 622 372	851
Handel und Verwaltung	3 894	9 873 159	2 535	2 142	1 272 482	594
Verkehr	454	1 147 907	2 528	151	85 557	567
Gesundheitsdienst	11 416	32 658 288	2 861	6 688	6 434 371	962
Gesamt	39 053	132 601 183	3 395	16 719	22 031 422	1 318

III. Hautkrankheiten

Gesondert ausgewiesen werden die Kosten der nicht bestätigten BK-Verdachtsfälle. Über 22 Mio. EUR wurden im Jahr 2004 für diese Fälle auf der Grundlage von § 3 BKV aufgewandt. Ein Sechstel der Gesamtaufwendungen wurde demnach eingesetzt, das Entstehen des Versicherungsfalles einer Hautkrankheit zu verhindern.

4.4.5 Leistungsfälle ausgewählter Wirtschaftszweige und Leistungsarten (1993 bis 2002)

Bei den vier am meisten betroffenen Wirtschaftszweigen Metall, Nahrungsmittel- und Genussmittel, Bau und Gesundheitsdienst ergeben sich sehr unterschiedliche Entwicklungen der Leistungsfälle und Kosten (Tabelle 19).

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation ist auffallend, dass die Anzahl der Leistungsfälle jeweils seit 1993 bis 2004 zwischen 22 % (Bau) bis 125 % (Metall) zugenommen hat. Dieser Anstieg korrespondiert weder mit der Entwicklung der angezeigten noch der entschiedenen Fälle der BK 5101 in diesem Zeitraum (vgl. Tabellen 2 und 6). Die Zunahme ist im Wesentlichen dadurch begründet, dass die betroffenen

Berufsgenossenschaften sehr viel häufiger hautärztliche ambulante Behandlung als noch in der Vergangenheit übernehmen. Diese Initiativen haben – mit einer Ausnahme für den Wirtschaftszweig Nahrungs- und Genussmittel – keine proportionale Steigerung der Gesamtkosten nach sich gezogen. Der aufgewandte Betrag pro Fall liegt viel mehr in drei der vier Wirtschaftszweige angesichts vermehrter „niederschwelliger“, kostengünstiger ambulanter Maßnahmen 2004 weit unter dem für 1993.

Für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (siehe Tabelle 20) zeigen sich im Zeitraum von 1993 bis 2004 in den Wirtschaftszweigen Nahrungs- und Genussmittel und Gesundheitsdienst stark rückläufige Leistungsfälle (– 35,5 % bzw. – 59,9 %) und um 6,8 Mill. EUR bzw. 21,0 Mill. EUR rückläufige Gesamtkosten (in Prozent: – 37,3 % bzw. – 53,0 %). Auch unter Berücksichtigung der gestiegenen Kosten für die medizinische Rehabilitation in den beiden Wirtschaftszweigen verbleiben erhebliche Kostenminderungen für Leistungen infolge der Aufgabe der beruflichen Tätigkeit. Offensichtlich konnten die für die Wirtschaftszweige zuständigen Berufsgenossenschaften durch verstärkte Interventionen im Bereich der sekundären Individualprävention (§ 3 Abs. 1 Satz 1 BKV) errei-

Leistungsfälle und Aufwendungen für die medizinische Rehabilitation bei BK 5101 nach Wirtschaftszweig

Tabelle 19

Wirtschaftszweig	1993		1995		2000		2004	
	Anzahl	Betrag (EUR)	Anzahl	Betrag (EUR)	Anzahl	Betrag (EUR)	Anzahl	Betrag (EUR)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Metall	1 301	1 678 525	1 581	1 873 503	2 568	2 102 244	2 922	2 518 554
Nahrungs- und Genussmittel	1 845	974 560	1 726	1 021 844	1 932	1 683 325	2 826	1 956 714
Bau	2 802	2 277 016	3 295	1 867 695	4 676	2 435 841	3 413	2 098 860
Gesundheitsdienst	4 374	5 723 108	5 208	5 525 529	6 877	4 795 748	8 683	7 684 678
Übrige	3 552	3 038 683	4 721	3 444 574	7 030	4 038 424	6 844	4 468 727
Gesamt	13 874	13 691 893	16 531	13 733 145	23 083	15 055 581	24 688	18 727 533

Leistungsfälle und Aufwendungen für die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei BK 5101 nach Wirtschaftszweig

Tabelle 20

Wirtschaftszweig	1993		1995		2000		2004	
	Anz.	Betrag (EUR)	Anz.	Betrag (EUR)	Anz.	Betrag (EUR)	Anz.	Betrag (EUR)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Metall	1 256	16 434 447	1 582	18 545 737	1 215	12 135 958	1 289	13 287 669
Nahrungs- und Genussmittel	1 558	18 234 420	1 601	17 138 425	1 048	10 693 904	1 005	11 441 311
Bau	605	5 606 294	670	6 656 769	914	9 407 507	630	5 989 910
Gesundheitsdienst	4 280	39 592 963	4 385	40 373 345	2 150	19 778 484	1 716	18 610 939
Übrige	1 965	19 782 356	2 210	22 430 765	1 736	14 048 470	1 450	13 200 551
Gesamt	9 664	99 650 481	10 448	105 145 042	7 063	66 064 323	6 090	62 530 380

chen, dass hauterkrankte Versicherte vermehrt im bisherigen Beruf verbleiben können und daher keine kostenaufwändigen beruflichen Neuorientierungen notwendig werden.

5 Zusammenfassung und Prognosen für die BK 5101

Die Entwicklung der BK 5101 in den letzten 10 Jahren ist gekennzeichnet von einem hohen Meldevolumen mit wiederholt über 19 000 Verdachtsanzeigen jährlich. Angesichts einer von berufsdermatologischen Experten weit darüber liegend eingeschätzten Dunkelziffer von berufsbedingten Hauterkrankungen einerseits und eines zunehmend greifenden Hautarztverfahrens andererseits ist nicht zu erwarten, dass sich an der Spitzenstellung der BK 5101 Wesentliches ändert. Es wird prognostiziert, dass sich der prozentuale Anteil an den BK-Verdachtsanzeigen insgesamt weiter erhöhen wird. Steigende absolute Fallzahlen sind zu erwarten, wenn sich die Meldedokumentation auch von Hautarztberichten bei den Berufsgenossenschaften flächendeckend durchsetzt.

Die Entwicklung der beruflich verursachten Verdachtsfälle und insbesondere der Rentenfälle der BK 5101 zeigt, dass die Hauterkrankungen vom Krankheitsbild zunehmend weniger schwer ausgeprägt sind. Zum einen gelingt offenbar die Früherkennung durch das Hautarztverfahren, zum anderen werden verstärkt Interventionsmaßnahmen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV wirksam. Diese Tendenz wird sich weiter fortsetzen.

Seit 1993 sind die Leistungsfälle, in denen wegen einer berufsbedingten Hauterkrankung die berufliche Tätigkeit aufgegeben werden musste und deshalb Anspruch auf Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestand, kontinuierlich zurückgegangen. Im Jahre 1995 mussten hierfür noch 105,1 Mill. EUR aufgewandt werden. Bis 2004 haben sich die Kosten auf 62,5 Mill. EUR reduziert. Am Beispiel des Gesundheitsdienstes wird deutlich, dass diese positive Entwicklung maßgeblich auf breit angelegte und vernetzte Präventionsstrategien zurückzuführen ist. Die Kosten waren hier von 1993 mit 39,6 Mill. EUR bis 2004 mit 18,6 Mill. EUR stark rückläufig – weit über dem durchschnittlichen Prozentsatz der Berufsgenossenschaften insgesamt.

III. Hautkrankheiten

Die für die hauptsächlich betroffenen Wirtschaftszweige zuständigen Berufsgenossenschaften sehen übereinstimmend früh einsetzende Maßnahmen der sekundären Individualprävention als wirksames Mittel zur Vermeidung von Berufsaufgaben. Die Bandbreite der Aktivitäten reicht von generalpräventiven Informationskampagnen bis hin zu gezielten Maßnahmen in Form von hautärztlicher Behandlung, der Optimierung des Hautschutzes vor Ort durch den Präventionsdienst bis hin zur regelhaften Einbindung der Betriebsärzte bzw. eines arbeitsmedizinischen Dienstes zur Beratung und Betreuung hauterkrankter Versicherter. Dieses Maßnahmenbündel wird ergänzt durch gesundheitspädagogische Seminare zur Verhaltens- und Verhältnisprävention, die bereits für verschiedene Berufsgruppen angeboten werden.

Angesichts dieser umfassenden Aktivitäten und Maßnahmen ist zu erwarten, dass die Ausgaben

für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wegen berufsbedingter Hauterkrankungen weiter sinken werden. Jede Maßnahme hat 2004 im Durchschnitt der Berufsgenossenschaften 10 268 EUR gekostet. Insoweit besteht ein starker finanzieller Anreiz, durch früh einsetzende, vergleichsweise preiswerte Interventionen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV Berufsaufgaben zu verhindern. Davon profitieren nicht nur die Berufsgenossenschaften, sondern auch die Unternehmer durch verminderte Ausfallzeiten und mittelbar über die Beiträge. Vor allem aber ist es möglich, dem Versicherten den Arbeitsplatz und damit die Existenzgrundlage zu erhalten. Die berufliche Neuorientierung erscheint in der heutigen Wirtschaftslage nicht mehr sehr aussichtsreich und ist daher keine wirkliche Option für einen hauterkrankten Versicherten. Auch aus diesen sozialpolitischen Erwägungen sind die bisherigen Anstrengungen noch zu verstärken.

Anhang

- 1 Liste der Berufskrankheiten
- 2 Verordnungen über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten
- 3 Liste der Berufskrankheiten gemäß Anlage zur BK-Verordnung der ehemaligen DDR vom 6. Mai 1981
- 4 Beschreibung der Datensatz-Inhalte der BK-Dokumentation
- 5 Glossar

Anlage 1:

Liste der Berufskrankheiten nach der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 5. September 2002

BK-Nr.	Bezeichnung	Kurzbezeichnung	Als BK anerkannt seit
1	Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten		
11	Metalle und Metalloide		
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen	Blei	01.07.1925
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen	Quecksilber	01.07.1925
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen	Chrom	01.08.1952
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen	Cadmium	01.08.1952
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen	Mangan	01.01.1929
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen	Thallium	29.04.1961
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen	Vanadium	29.04.1961
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	Arsen	01.07.1925
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen	Phosphor, anorganisch	01.07.1925
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen	Beryllium	01.01.1942
12	Erstickungsgase		
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid	Kohlenmonoxid	01.01.1929
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff	Schwefelwasserstoff	01.01.1929
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe		
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine	Aromatische Amine	01.04.1937
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe	Halogenkohlenwasserstoffe	01.04.1937
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol	Benzol	01.07.1925
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge	Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols	01.07.1925
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff	Schwefelkohlenstoff	01.07.1925
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)	Methylalkohol	29.04.1961
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen	Phosphor, organisch	01.07.1925

Anlage 1: Liste der Berufskrankheiten nach der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 5. September 2002

BK-Nr.	Bezeichnung	Kurzbezeichnung	Als BK anerkannt seit
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen	Fluor	01.08.1952
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester	Salpetersäureester	01.01.1942
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide	Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide	01.04.1937
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide	Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide	01.04.1937
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren	Zähne (Säuren)	01.08.1952
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon	Auge (Benzochinon)	01.08.1952
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol	para-tertiär-Butylphenol	01.04.1988
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Isocyanate	01.01.1993
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid	Dimethylformamid	01.12.1997
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische	Organische Lösungsmittel	01.12.1997
2	Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten		
21	Mechanische Einwirkungen		
2101	Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnenleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Sehnenscheiden	01.08.1952
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	Meniskusschäden	01.08.1952
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	Erschütterung durch Druckluftwerkzeuge	01.01.1929
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen	01.01.1977
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	Schleimbeutel	01.08.1952
2106	Druckschädigung der Nerven	Drucklähmungen	01.08.1952

BK-Nr.	Bezeichnung	Kurzbezeichnung	Als BK anerkannt seit
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze	Abrissbrüche	01.08.1952
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Lendenwirbelsäule, Heben und Tragen	01.01.1993
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Halswirbelsäule	01.01.1993
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Lendenwirbelsäule, Ganzkörperschwingungen	01.01.1993
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit	Zahnabrasionen	01.01.1993
22	Druckluft		
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft	Arbeit in Druckluft	01.01.1942
23	Lärm		
2301	Lärmschwerhörigkeit	Lärm	01.01.1929
24	Strahlen		
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung	Grauer Star	01.01.1929
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	Ionisierende Strahlen	01.01.1929
3	Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten		
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war	Infektionskrankheiten	01.01.1929
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten	Tier auf Mensch	01.01.1942
3103	Wurmkrankheit der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis	Wurmkrankheit der Bergleute	01.07.1925
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber	Tropenkrankheiten	01.01.1929

Anlage 1:

Liste der Berufskrankheiten nach der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 5. September 2002

BK-Nr.	Bezeichnung	Kurzbezeichnung	Als BK anerkannt seit
4	Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells		
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube		
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)	Silikose	01.01.1929
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)	Siliko-Tuberkulose	01.04.1937
4103	Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankung der Pleura	Asbestose	01.04.1937
4104	Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs <ul style="list-style-type: none"> – in Verbindung mit Asbeststaublungenerkrankung (Asbestose), – in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder – bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren ($25 \cdot 10^6$ [(Fasern/m³) · Jahre]) 	Lungen-/Kehlkopfkrebs, Asbest	01.01.1942
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Pericards	Mesotheliom, Asbest	01.01.1977
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen	Aluminium	01.01.1942
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen	Metallstäube	29.04.1961
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasmehl (Thomasphosphat)	Thomasmehl	01.01.1929
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen	Nickel	01.04.1988
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgase	Kokereirohgase	01.04.1988
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren [(mg/m ³) · Jahre]	Bronchitis der Bergleute	01.12.1997
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO ₂) bei nachgewiesener Quarzstaublungenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)	Lungenkrebs, Quarz	1.10.2002
42	Erkrankungen durch organische Stäube		
4201	Exogen-allergische Alveolitis	Alveolitis	01.01.1977

BK-Nr.	Bezeichnung	Kurzbezeichnung	Als BK anerkannt seit
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)	Byssinose	01.01.1977
4203	Adenokarzinome der Nasenhaut- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz	Adenokarzinome	01.04.1988
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen		
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Atemwegserkrankungen (allergisch)	29.04.1961
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Atemwegserkrankungen (toxisch)	29.04.1961
5	Hautkrankheiten		
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Hautkrankheit	01.04.1937
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	Hautkrebs	01.07.1925
6	Krankheiten sonstiger Ursache		
6101	Augenzittern der Bergleute	Augenzittern	29.04.1961
	Fälle nach § 9 Abs. 2 SGB VII	§ 9 Abs. 2 SGB VII	01.07.1963

Die Aufstellung entspricht in den Spalten 1 und 2 der Anlage der BKV.

Die in Spalte 3 enthaltenen Kurzbezeichnungen haben keinen offiziellen Charakter. Sie sollen dazu dienen, leicht einzuprägende Abkürzungen für die vom Verordnungsgeber gewählten Bezeichnungen zu schaffen, da in dem Tabellenteil aus Platzgründen nur mit den Kurzbezeichnungen gearbeitet werden kann.

In Spalte 4 der Aufstellung ist vermerkt, von welchem Zeitpunkt an die jeweilige Krankheit als Berufskrankheit bezeichnet wurde.

Anlage 2:

Verordnungen über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten

1. BKVO vom 12.05.1925 in Kraft getreten am: 01.07.1925 (RGeBl. I S. 69)
2. BKVO vom 11.02.1929 in Kraft getreten am: 01.01.1929 (RGeBl. I S. 27)
3. BKVO vom 16.12.1936 in Kraft getreten am: 01.04.1937 (RGeBl. I S. 1117)
4. BKVO vom 29.01.1943 in Kraft getreten am: 01.01.1942 (RGeBl. I S. 85)
5. BKVO vom 26.07.1952 in Kraft getreten am: 01.08.1952 (BGBl. I S. 395)
6. BKVO vom 28.04.1961 in Kraft getreten am: 29.04.1961 (BGBl. I S. 505)
7. BKVO vom 20.06.1968 in Kraft getreten am: 01.07.1968 (BGBl. I S. 721)

Verordnung zur Änderung der Siebenten BKVO (BeKV) vom 08.12.1976
in Kraft getreten am: 01.01.1977 (BGBl. I S. 3329)

Verordnung zur Änderung der BeKV vom 22.03.1988
in Kraft getreten am: 01.04.1988 (BGBl. I S. 400)

Zweite Änderungsverordnung zur Änderung der BeKV vom 18.12.1992
in Kraft getreten am: 01.01.1993 (BGBl. I S. 2343)

Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) vom 31.10.1997
in Kraft getreten am: 01.12.1997 (BGBl. I S. 2623)

Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV-ÄndV) vom 05. September 2002
in Kraft getreten am: 1.10.2002 (BGBl. I S. 3541 ff.)

Anlage 3:

Liste der Berufskrankheiten gemäß Anlage zur BK-Verordnung der ehemaligen DDR vom 6. Mai 1981

Nr.	Berufskrankheiten durch	Voraussetzungen
I. Krankheiten durch chemische Einwirkungen		
01	Blei und seine anorganischen Verbindungen	Zu Nr. 01-27:
02	Bleiorganische Verbindungen	
03	Cadmium und seine Verbindungen	Alle Krankheiten
04	Quecksilber und anorganische Quecksilberverbindungen	
05	Organische Quecksilberverbindungen	Ausnahmen:
06	Mangan und seine Verbindungen	Hautkrankheiten werden unter Nr. 80,
07	Beryllium und seine Verbindungen	irritative Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege
08	Nickel und seine Verbindungen	und Lungen unter Nr. 81,
09	Chromium und seine Verbindungen	allergische Krankheiten der oberen und
10	Arsen und seine Verbindungen (außer Arsenwasserstoff)	tieferen Luftwege und Lungen unter Nr. 82 und
11	Arsenwasserstoff	bösartige Geschwülste unter Nr. 90 oder Nr. 91
12	Phosphor und anorganische Phosphorverbindungen	erfasst.
13	Organische Phosphorverbindungen	
14	Fluor und seine anorganischen Verbindungen	
15	Kohlenmonoxid	
16	Schwefelwasserstoff	
17	Schwefelkohlenstoff	
18	Benzen	
19	Toluen, Xylen	
20	Styren	
21	Aliphatische Halogenkohlenwasserstoffe (außer Vinylchlorid)	
22	Vinylchlorid	
23	Aromatische Halogenkohlenwasserstoffe	
24	Aromatische Nitro- und Aminverbindungen	
25	Methanol	
26	Dimethylformamid	
27	Salpetersäureester	
28	Benzochinon	Hornhautschädigungen des Auges
29	Säuren	Schädigungen der Zähne
II. Krankheiten durch Stäube		
40	Quarz	Silikose, Silikose in Verbindung mit Tuberkulose
41	Asbest	Asbestose (Lungenfibrose, Pleurahyalinose)
		Ausnahme: Bösartige Neubildungen werden unter
42	Aluminium	Nr.93 erfasst.
43	Hartmetall	Aluminiumlunge, Korundschmelzerlunge
44	Thomasschlackenmehl	Lungenfibrose bei der Herstellung von Hartmetallen
		Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen

Anlage 3:

Liste der Berufskrankheiten gemäß Anlage zur BK-Verordnung der ehemaligen DDR vom 6. Mai 1981

Nr.	Berufskrankheiten durch	Voraussetzungen
III. Krankheiten durch physikalische Einwirkungen		
50	Lärm, der Schwerhörigkeit mit sozialer Bedeutung verursacht	Eine soziale Bedeutung liegt vor, wenn die Hörschädigung zu Verständigungsschwierigkeiten mit anderen Personen führt. (Im Allgemeinen im Reintonaudiogramm Überschreitung der 40 dB-Linie bei der Frequenz 3000 Hz)
51	Ionisierende Strahlung	Alle Krankheiten Ausnahme: Bösartige Neubildungen werden unter Nr.92 erfasst.
52	Nichtionisierende Strahlung	Augenerkrankungen, speziell grauer Star, durch Mikrowellen oder Infrarotstrahlung
53	Druckluft	Krankheiten durch Arbeiten unter erhöhtem Luftdruck
54	Teilkörpervibration	Krankheiten des Bewegungsapparates, der peripheren Gefäße und Nerven durch langzeitige lokale Einwirkung mechanischer Schwingungen beim Gebrauch von Vibrationswerkzeugen, vibrierenden Maschinen, ähnlich wirkenden Werkzeugen und Maschinen oder jahrzehntelange handwerkliche Tätigkeiten mit ähnlichen Expositionsbedingungen (z.B. Stemmen von Mauerwerk oder Beton mit Hammer und Meißel)
IV. Krankheiten durch Infektionserreger und Parasiten		
60	Von Mensch zu Mensch übertragbare Infektionserreger und Parasiten	Tätigkeiten, bei denen die Gefährdung hinsichtlich der Infektionskrankheit oder parasitären Krankheit berufseigentümlich und im einzelnen Erkrankungsfall nachweisbar oder durch epidemiologische Untersuchungsergebnisse belegt ist
61	Vom Tier auf den Menschen übertragbare Infektionserreger und Parasiten	Tätigkeiten der Tieraufzucht, Tierhaltung und Tierpflege sowie beim Umgang mit tierischen Teilen, Erzeugnissen und Abgängen
62	In den Tropen aufgenommene Infektionserreger und Parasiten	Infektionskrankheiten und parasitäre Krankheiten durch Berufstätigkeiten in tropischen und subtropischen Gebieten
V. Krankheiten durch fortgesetzte mechanische Überbelastung des Bewegungsapparates		
70	Verschleißkrankheiten der Wirbelsäule (Bandscheiben, Wirbelkörperabschlussplatten, Wirbelfortsätze, Bänder, kleine Wirbelgelenke) durch langjährige mechanische Überbelastungen	Nr. 70 und 71: Erhebliche Funktionseinschränkungen des Bewegungsapparates mit Aufgabe der schädigenden Tätigkeit
71	Verschleißkrankheiten von Gliedmaßengelenken einschließlich der Zwischengelenkscheiben durch langjährige mechanische Überbelastungen	
72	Erkrankungen der Sehnengleitgewebe, der Sehnenscheiden, Sehnenfächer, Sehnen- und Muskelursprünge und -ansätze	Nr. 72 und 73: Chronische Erkrankungsformen mit Aufgabe der schädigenden Tätigkeit
73	Druckschädigung peripherer Nerven	
74	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch Druck	
75	Ermüdungsbrüche der Knochen	

Nr.	Berufskrankheiten durch	Voraussetzungen
VI. Krankheiten durch nicht einheitliche Einwirkungen		
80	Hautkrankheiten durch chemische und physikalische Einwirkungen	Aufgabe der schädigenden Tätigkeit oder des Umgangs mit dem Schadfaktor Ausnahmen: Hautkrankheiten durch Infektionserreger und Parasiten werden unter Nr. 60-62 erfasst. Bösartige Neubildungen und zur Krebsbildung neigende Veränderungen der Haut werden unter Nr. 90, solche durch ionisierende Strahlung werden unter Nr. 92 erfasst.
81	Irritative chronische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch chemische Stoffe	Aufgabe der schädigenden Tätigkeit oder des Umgangs mit dem schädigenden Stoff. Die irritative Wirkung des angeschuldigten Stoffes muss gesichert sein.
82	Allergische Krankheiten der oberen und tieferen Luftwege und Lungen durch pflanzliche oder tierische Allergene oder durch chemische Stoffe	Aufgabe der schädigenden Tätigkeit oder des Umgangs mit dem schädigenden Stoff. Die Sensibilisierung gegen das Arbeitsallergen und ihre klinische Bedeutung für das Atmungsorgan müssen gesichert sein.
VII. Beruflich verursachte bösartige Neubildungen		
90	Bösartige Neubildungen der Haut und zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen	Ausnahme: Derartige Erkrankungen der Haut durch ionisierende Strahlung werden unter Nr. 92 erfasst.
91	Bösartige Neubildungen durch chemische Kanzerogene der Gruppe I dieser Liste	Ausnahme: Bösartige Neubildungen der Haut werden unter Nr. 90 erfasst.
92	Bösartige Neubildungen oder ihre Vorstufen durch ionisierende Strahlung	
93	Bösartige Neubildungen durch Asbest	
–	Sonderentscheid gemäß § 2 Abs. 2 BK-VO (DDR)	

Anlage 4:

Beschreibung der Datensatz-Inhalte der BK-Dokumentation

Grunddaten zum Erkrankten:

Geschlecht, Geburtsjahr, Staatsangehörigkeit

Grunddaten zum Unternehmen:

Bundesland

Diagnose(n):

Art der Berufskrankheit

Primärerkrankung und Sekundärerkrankungen nach einem an den ICD 10 angepassten Schlüsselverzeichnis

Arbeitsanamnese (Arbeitsumfeld und Art der Einwirkung):

Jeweils bezogen auf den Arbeitsabschnitt mit einer Gefährdung im Sinne der jeweiligen BK werden erhoben:

Beruf/Tätigkeit des Versicherten (ab 2002/2003: verschlüsselt nach dem EU-verbindlichen Schlüssel ISCO)

Arbeitsbereich (verschlüsselt nach einem von den BGen erarbeiteten Schlüssel)

Krankheitsauslösender Gegenstand (verschlüsselt nach einem von den BGen erarbeiteten Schlüssel)

Zeitliche Zuordnung der Einwirkung (Kalenderjahre, Dauer der Einwirkung)

Versicherungsrechtliche Aspekte:

Datum der Anzeige, meldende Stelle

Art und Datum der versicherungsrechtlichen Entscheidungen

Minderung der Erwerbsfähigkeit

Kosten des Falles für Reha und Renten:

Gemäß dem Kontenrahmen der UV werden die im Jahr anfallenden Aufwendungen der BG erhoben

Anlage 5:

Glossar

A

Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit;

jede Anzeige, Meldung, Information an den UV-Träger über den Verdacht auf das Bestehen einer Berufskrankheit oder über Anhaltspunkte dafür wird als „BK-Verdachtsanzeige“ gewertet und gezählt. Ob damit einer gesetzlichen Anzeigepflicht (Arzt, Unternehmer) nachgekommen wird, ob ein anderer SV-Träger Erstattungsansprüche anmeldet oder ob der Versicherte sich selbst an den UV-Träger wendet, ist dabei unerheblich. Auch das Ergebnis des aufgrund der Anzeige durchgeführten Verwaltungsverfahrens → hat auf die Erfassung keinen Einfluss. Es kommt nicht auf das Ausmaß der „Begründetheit“ der Anzeige an.

Dagegen sind reine Hinweise dritter Stellen, dass bei einem Versicherten die Gefahr des Entstehens (der Verschlimmerung, des Wiederauflebens) einer Berufskrankheit besteht, nicht als BK-Verdachtsanzeigen zu zählen (vgl. Anleitung des BMGS für die UV-Träger zur Erstellung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse).

Mit der Registrierung der Anzeige auf Verdacht einer BK startet die Berechnung der Verfahrensdauer → im Einzelfall.

Anerkennung einer Berufskrankheit;

der Versicherungsfall → einer Berufskrankheit → liegt vor. Alle Voraussetzungen der BK-Liste → sind – bezogen auf den Einzelfall – erfüllt. Es besteht Anspruch auf alle vorgesehenen Leistungen →.

Anerkennung „wie“ eine Berufskrankheit;

Anerkennung des Versicherungsfalles → wie bei einer BK → auf der Grundlage von § 9 Abs. 2 SGB VII, wenn eine Krankheit (noch) nicht in der BK-Liste → als Berufskrankheit → bezeichnet ist, die Voraussetzungen dafür im Einzelfall aber erfüllt sind.

Altlasten;

Entschädigungsleistungen → zumeist in Form von Renten → aus Versicherungsfällen →, die in weiter zurückliegenden Jahren anerkannt wurden

Arbeitsanamnese;

Zusammenfassung und Bewertung von beruflichen Tätigkeiten des Versicherten im Hinblick auf ihre Relevanz für die Entstehung einer (Berufs-)Krankheit

Anlage 5:

Glossar

Arbeitsbereich, Arbeitsplatz;

berufliches Umfeld, in dem der Versicherte ggf. einer Einwirkung → BK-typischer Stoffe oder Gegenstände → ausgesetzt war (oder noch ist)

Aufgabezwang;

wegen der drohenden Entstehung (Verschlimmerung, Wiederaufleben) einer Berufskrankheit aus gesundheitlichen Gründen erforderliche Unterlassung → aller gefährdenden Tätigkeiten

Ablehnung einer Berufskrankheit;

der mit der Anzeige → geäußerte Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit hat sich nicht bestätigt. Es ist liegt keine beruflich verursachte Erkrankung im Sinne der BK-Liste → vor.

B

Bearbeitung von Berufskrankheiten;

Verwaltungsverfahren des UV-Trägers zur Prüfung, ob eine Berufskrankheit vorliegt und welche Ansprüche der Versicherte/die Hinterbliebenen ggf. haben

Berufskrankheit;

nach § 9 Abs. 1 SGB VII in Verbindung mit der BKV → bezeichnete Krankheit, die unter den Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherung fällt

Berufskrankheiten-Liste;

als Anlage zur BKV → erstelltes Verzeichnis der als Berufskrankheit → bezeichneten Krankheiten, eingeteilt in Gruppen nach Einwirkungsarten

Berufskrankheiten-Verordnung (BKV);

auf der Grundlage der Ermächtigungsnorm (§ 9 Abs. 1 SGB VII) von der Bundesregierung erlassene Rechtsverordnung zur Regelung spezifischer Teile des BK-Rechts

Berufsgenossenschaften;

nach fachlichen Gesichtspunkten (Gewerbebezügen) organisierte Träger der gesetzlichen Unfallversicherung für die gewerbliche Wirtschaft

Begutachtung von Berufskrankheiten;

Erstellung wissenschaftlich-medizinischer Gutachten (zumeist nach Untersuchung des Versicherten) zum Vorliegen einer Berufskrankheit und zum Ausmaß des ggf. verursachten Gesundheitsschadens

Bestätigte Berufskrankheit;

Bestätigung des mit der Anzeige → erhobenen Verdachtes durch die Anerkennung des Versicherungsfalles → einer Berufskrankheit oder der beruflichen Verursachung → eines in der BK-Liste → beschriebenen Krankheitsbildes

Berufliche Verursachung einer Krankheit;

Feststellung, dass durch Einwirkungen → am Arbeitsplatz → des Versicherten bei diesem ein Gesundheitsschaden entstanden ist (Haftungsbegründende Kausalität →)

Berufungsverfahren;

Anfechtung von Sozialgerichtsurteilen durch das Rechtsmittel der Berufung (Zweite Instanz)

C

Chemische Einwirkungen→;

in Gruppe 1 der Anlage zur BKV → zusammengefasste Einwirkungsarten, die zum Entstehen von Berufskrankheiten → führen können

Controlling;

bei den UV-Trägern praktiziertes Verfahren, die Entwicklung der Arbeitsergebnisse über Kennzahlen zu beobachten, um bei Bedarf steuernd in das Verwaltungshandeln eingreifen zu können

Anlage 5: Glossar

D

Diagnosen;

Feststellung und Bewertung von Befunden im Zusammenhang mit der Prüfung des Verdachtes einer BK; in der BK-DOK → verschlüsselt nach ICD-10

BK-Dokumentation;

Sammlung, Erfassung und Bereitstellung von Daten zum wesentlichen Inhalt und zu den Ergebnissen von BK-Verwaltungsverfahren → mit dem Ziel der Bildung übergeordneter Kollektive und der Auswertung zu statistischen Zwecken (trägerbezogen, übergreifend)

E

Einwirkung;

die auf den Versicherten bezogene Gefährdung durch Arbeitsstoffe und -verfahren, die geeignet ist, einen Körperschaden im Sinne einer Berufskrankheit zu verursachen (Teilbereich der haftungsbe gründenden Kausalität →)

Entschiedene Fälle;

Gesamtmenge der in einem bestimmten Zeitraum durch Entscheidung des Versicherungsträgers erledigten BK-Verwaltungsverfahren →; verwendet als Bezugsgröße im Verhältnis zu den Anzeigen auf Verdacht einer BK →

Erstentscheidung;

der zeitlich erste Verwaltungsakt des UV-Trägers über das Vorliegen einer Berufskrankheit oder deren Ablehnung; liefert den zunächst bestehenden versicherungsrechtlichen Status → für die statistischen Nachweise der gesetzlichen UV, deshalb zentraler Inhalt der BK-DOK →; beendet und bestimmt die Dauer des Verwaltungsverfahrens →

Erstmals entschädigter Fall;

überholte Bezeichnung eines Falles, in dem im Beobachtungszeitraum (Geschäftsjahr →) erstmals Leistungen → in Form von Rente, Abfindung oder Sterbegeld zuerkannt worden sind; die aktuelle (inhaltsgleiche) Bezeichnung dieses Kollektivs lautet: „Neue Renten“

Entschädigung;

Leistungen → des UV-Trägers an den Versicherten oder an Dritte für Heilbehandlung, Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, Lohnersatz, Leistungen u. dgl. sowie Rente (auch an Hinterbliebene), nach Anerkennung des Versicherungsfalles → der BK oder im Rahmen von § 3 BKV

Ergebnisqualität;

das nach objektiven Kriterien bewertete Ausmaß der Qualität von Arbeitsergebnissen bei Abschluss von Verwaltungsverfahren → im Einzelfall

F

Feststellungsverfahren;

Verwaltungsverfahren → des UV-Trägers zur Prüfung des Vorliegens einer BK und zu Art und Ausmaß der ggf. zustehenden Leistungen →, endet regelmäßig mit Verwaltungsakt

Finanzierung;

Aufbringung der Mittel für die Feststellung der Entschädigung von Berufskrankheiten durch Beitragsleistungen der Beschäftigungsunternehmen an die Berufsgenossenschaft →

Frauenquote;

Anteil der weiblichen Versicherten am BK-Geschehen insgesamt

G

Gefährdung;

Einwirkung von BK-spezifischen Arbeitsstoffen und -verfahren auf Versicherte, verbunden mit dem Risiko des Entstehens von Berufskrankheiten

Geschäftsjahr;

statistischer Beobachtungszeitraum, entspricht dem Kalenderjahr

Anlage 5:

Glossar

Geschäfts- und Rechnungsergebnisse;

Nachweis der wesentlichen Zahlen zu den Geschäftsvorfällen der UV-Träger und der insgesamt aufgewendeten Kosten →, basierend auf einer Anleitung des BMGS für die Erstellung von Statistiken der Träger der gesetzlichen UV mit Vorgabe eines Kontenrahmens und der verbindlichen Nachweis-Vordrucke; jährliche Veröffentlichung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse durch den Hauptverband der gewerblichen BGen

Gegenstand, BK-auslösender;

der für die Entstehung der BK maßgebliche Arbeitsstoff, in der im Verwaltungsverfahren ermittelten Bezeichnung. Mehrfachnennungen im Einzelfall sind möglich

I

Individualprävention;

Maßnahmen und Leistungen des UV-Trägers nach § 3 BKV, um der Gefahr des Entstehens (Verschlimmerung, Wiederaufleben) einer BK im Einzelfall entgegenzuwirken; differenzierte Erfassung der Einzelmaßnahmen in der BK-DOK → ab 1. Januar 2005 im Rahmen allgemein verbindlicher Vorgaben zur Qualitätssicherung → vorgesehen

K

Kausalität;

versicherungsrechtlicher Rahmen für die Prüfung von Leistungsansprüchen bei Berufskrankheiten; Haftungsbegründende Kausalität = Nachweis der BK-typischen Einwirkung bei versicherter Tätigkeit mit Ausbildung eines Primärschadens; Haftungsausfüllende Kausalität = Feststellung des BK-bedingten Schadensausmaßes als Grundlage von Entschädigungsleistungen

Krankheit;

im Sinne des BK-Rechts ist bereits der regelwidrige Körperzustand als Folge einer individuellen Reaktion auf eine BK-spezifische Einwirkung →; das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit und/oder Behandlungsbedürftigkeit ist nicht erforderlich

Krankheitsanamnese;

Ermittlung, Erhebung und Zusammenfassung der bis zur Einleitung des Verwaltungsverfahrens → wegen einer Berufskrankheit eingetretenen Erkrankungen und sonstigen Gesundheitsschäden des Versicherten mit Relevanz zur Anzeige auf Verdacht einer BK →

Klageverfahren;

Anfechtung von Verwaltungsentscheidungen bzw. von Bescheiden des Widerspruchsausschusses des UV-Trägers vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit (Erste Instanz)

Kosten;

Zusammenfassung der Entschädigungsleistungen für Berufskrankheiten nach dem vom BMGS vorgegebenen Kontenrahmen; Nachweis in den Geschäfts- und Rechnungsergebnissen der UV-Träger → und in der BK-Dokumentation →

L

Laufzeit;

Bearbeitungs-, Verfahrensdauer beim UV-Träger zwischen Eingang der Anzeige auf Verdacht einer BK → und Erstentscheidung →; weiteres Merkmal der verbindlich vereinbarten Qualitätssicherung → der UV-Träger

„**L**angzeit“-Berufskrankheit;

Berufskrankheiten mit in der Regel längerfristigen Einwirkungszeiten → bis zur Entstehung des Krankheitsbildes der Berufskrankheit (Beispiel: Quarzstaublungenerkrankung – BK 4101)

Leistungen;

s. Entschädigungsleistungen →

Leistungsfall;

Bezeichnung eines BK-Falles mit Geld- oder Sachleistungen im maßgeblichen Beobachtungszeitraum

Anlage 5: Glossar

M

Meldeverfahren;

Gestaltung des Verfahrens bei Erstattung von Anzeigen des Verdachtes einer BK →; differenzierte Erfassung der meldenden Stellen in der BK-DOK nach Art der Anzeige

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE);

Bemessungsgrundlage für die Entschädigung des Versicherten durch Rente; Mindestsatz der MdE i.d.R. 20 %

Mitwirkung des Versicherten;

im Verwaltungsverfahren → bei Prüfung von Leistungsansprüchen gesetzlich innerhalb gewisser Grenzen vorgeschrieben; fehlende Mitwirkung z.B. bei Aufklärung der Arbeits- oder Krankheitsanamnese kann zur Versagung von Leistungen führen

N

„**N**euere Renten“;

ist der in der amtlichen Statistik verwendete Begriff für Fälle, in denen im Berichtszeitraum erstmals durch Entscheidung des UV-Trägers Rente, Abfindung oder Sterbegeld an den Versicherten oder seine Hinterbliebenen gezahlt wird (vgl. auch „erstmalig entschädigter Fall“)

P

Physikalische Einwirkungen;

die in Gruppe 2 der BK-Liste → zusammengefassten Einwirkungsarten, die zur Entstehung von Berufskrankheiten führen können

Prozessqualität;

Begriff in der Qualitätssicherung zur Bewertung der beim UV-Träger ablaufenden Bearbeitungsverfahren und -schritte

Q

Qualitätssicherung;

alle Maßnahmen zur ständigen Überprüfung und Verbesserung der Ergebnisse im Verwaltungsverfahren bei Berufskrankheiten; Festlegung von Messparametern für wesentliche Teilbereiche der BK-Bearbeitung zum Vergleich auf Trägerebene

R

Rente, Rentenfall;

s. „Neue Renten“; bei Ablauf des Jahres der Erstfeststellung wird aus einem „Neuen Rentenfall“ eine Bestandsrente (s. Rentenbestand →)

Rentenbestand;

Gesamtzahl aller Fälle mit laufenden Versicherten- und Hinterbliebenenrenten, bezogen auf einen festgelegten Erhebungstichtag (i.d.R. 31. Dezember eines Geschäftsjahres)

S

Schlüsselverzeichnisse;

in der BK-DOK → verwendete Vorgaben für die standardisierte Erfassung von Daten aus BK-Verwaltungsverfahren; Grundlage für die Reproduktion von Ergebnissen aus Verwaltungsverfahren unter statistischen Gesichtspunkten

Statistik des BK-Geschehens;

Darstellung aller wesentlichen Ergebnisse aus der BK-Bearbeitung, z.T. den Vorgaben des BMGS für die Erstellung der Geschäfts- und Rechnungsergebnisse → entsprechend, z.T. auf der Grundlage des Datensatzes der BK-DOK →

Status, versicherungsrechtlicher;

durch die Entscheidung des UV-Trägers gestaltete Einstufung des Einzelfalles unter tatsächlichen, rechtlichen und – davon abgeleitet – statistischen Merkmalen (z.B. „anerkannte Berufskrankheit“)

Anlage 5:

Glossar

Strukturqualität;

Gesamtheit der Rahmenbedingungen sowohl im externen als auch im internen Bereich, unter denen das Verwaltungsverfahren des UV-Trägers abläuft (z.B. Gutachterausswahl, Info-Systeme, Formtexte usw.)

T

Todesfälle von Berufserkranken;

die statistische Zählung der an den Folgen ihrer Berufskrankheit verstorbenen Versicherten, bezogen auf den jeweiligen Beobachtungszeitraum

U

Unterlassungszwang;

nach arbeitsmedizinischer Beurteilung erforderliche Maßnahme, mit dem Ziel, durch künftige Meidung aller gefährdenden Tätigkeiten die Entstehung (Verschlimmerung, Wiederaufleben) der Berufskrankheit zu verhindern; bereits vorhandene, expositionsverursachte (Erst-)Befunde sollen sich durch Karenz zum Schadstoff nicht zum Vollbild der BK weiterentwickeln

Ursprungsjahr;

Geschäftsjahr, in dem wegen der Folgen der Berufskrankheit erstmals Entschädigungsleistungen → in Form einer Rente → durch die UV-Träger festgestellt wurde; Beginn der nach Bezugsjahren bemessenen Laufzeit einer Rente

V

Versicherungsfall der BK;

Verwirklichung des unter dem Schutz der gesetzlichen UV stehenden Risikos, eine Berufskrankheit zu erleiden; Stichtag für den Beginn von Leistungsansprüchen des Versicherten gegen den UV-Träger

Verfahrensdauer;

Zeitspanne zwischen Eingang einer Anzeige auf Verdacht einer BK → und der Erstentscheidung → des UV-Trägers über das Vorliegen einer Berufskrankheit (s. auch Laufzeit)

Verwaltungsverfahren;

Gesamtheit aller Bearbeitungsschritte des UV-Trägers nach Eingang einer Anzeige auf Verdacht →; Ermittlung von Arbeits- und Krankheitsanamnese →, ggf. Begutachtung → sowie die intern ablaufenden Bewertungs- und Beurteilungsprozesse; Abschluss regelmäßig durch Verwaltungsakt

Versicherungsrechtliche Voraussetzungen;

sind die besonderen Bedingungen, die bei verschiedenen Berufskrankheiten neben den üblichen Kausalitätsnormen → für die Anerkennung des Versicherungsfalles → erfüllt sein müssen (z.B. die Forderung nach einer schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung – BK 5101 –, sowie nach Unterlassung → gefährdender Tätigkeiten

Versicherungsrechtliche Entscheidung;

Bekanntgabe des Ermittlungsergebnisses durch Verwaltungsakt des UV-Trägers an den Versicherten, anfechtbar durch Widerspruch

Verfristung;

Kennzeichen in der BK-DOK für BK-Fälle, deren Versicherungsfall vor dem in der maßgeblichen BKV → genannten Rückwirkungsstichtag für nachlaufende Anerkennungen liegt

W

Wirtschaftszweig;

Zusammenfassung von Gewerbezweigen, Tätigkeiten in ein weitergefasstes technologisches und organisatorisches Ordnungssystem; Solidargemeinschaft für die Durchführung der allgemeinen Unfallversicherung

Widerspruchsverfahren;

Prüfung der Rechtmäßigkeit von Verwaltungsakten mit versicherungsrechtlichen Entscheidungen des UV-Trägers durch einen Widerspruchsausschuss; vollständige oder teilweise Stattgabe bzw. Zurückweisung des Widerspruchs durch Widerspruchsbescheid des Ausschusses.

Anlage 5: Glossar

Z

Zuständigkeit;

die Zuständigkeit für die Bearbeitung und Entschädigung einer Berufskrankheit leitet sich grundsätzlich von dem Beschäftigungsbetrieb ab, in dem der Versicherte zuletzt den für die Entstehung der Berufskrankheit ursächlichen Einwirkungen ausgesetzt war. Der für dieses Unternehmen zuständige UV-Träger übernimmt auf Dauer die Verpflichtung, den Versicherten zu betreuen und ihn auch hinsichtlich der Beschäftigungsanteile zu entschädigen, die im Zuständigkeitsbereich anderer UV-Träger gelegen haben.