



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1953: Ministerialrat Dr. phil. Dr. med. Michael Bauer (Bonn)

Vorbemerkung:

Für die Inhalte der Präsidentenrede war und ist ausschließlich der jeweils vortragende Präsident verantwortlich.

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsrede des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin, XVII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin am 21.-22.05.1952 in Bad Neuenahr.

„

I

Meine Damen und Herren! Ich eröffne die 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin und begrüße Sie alle auf das herzlichste. Besonders begrüße ich die Vertreter aus der Bundesregierung, der Sozial- und Arbeitsministerien und der Kurverwaltung. Ihr persönliches Erscheinen gibt Kenntnis von dem großen Interesse, das Sie unserer Arbeit entgegenbringen.

Wir danken besonders der Kurverwaltung von Bad Neuenahr, die uns durch ihr Entgegenkommen die Abhaltung der Tagung ermöglichte und die Vorbereitungen sehr erleichtert hat. Ich darf hier besonders Herrn Kurdirektor Dr. Dr. RÜTTEN und seinen Bruder, Herrn Dr. Felix RÜTTEN, den Vorsitzenden der Ärztlichen Vereinigung von Bad Neuenahr, den Herrn Direktor KRAUS von der Kurverwaltung und Herrn Chefarzt Dr. KREUTZBERG nennen.

Mem besonderer Willkommengruß gilt den Teilnehmern aus Berlin, vor allem dem Vertreter des Herrn Senators für Sozialwesen.

Die Anwesenheit von Gästen aus Österreich, der Schweiz, aus Holland, Luxemburg und sogar aus Cypern, ist uns eine wirkliche Freude und eine Ehre.

Ich begrüße sehr herzlich unsere Ehrenmitglieder, von denen einige leider nicht anwesend sein können – Herr Prof. v. REDWITZ hat schriftlich seine Grüße übermittelt, ebenso Prof. REICHARDT aus Würzburg – , Staatssekretär Dr. KROHN, Prof. WITTEK, Graz, und schließlich unsere Mitglieder und Gäste vor allem aus der sowjetbesetzten Zone sowie die Herren aus

dem Kreise der Versicherungsträger, der Bundesversorgungsverwaltung, der staatlichen Gewerbeärzte und der Werksärzte, die in so großer Zahl sich zu gemeinsamer fördernder Aussprache mit uns Ärzten zu dieser Tagung zusammengefunden haben. Sollte ich jemand noch vergessen haben, so darf ich ihn in die Begrüßung einschließen.

II.

Wir gedenken auch heute der Männer, die der Tod aus unseren Reihen seit unserer letzten Tagung abberufen hat. Wir beklagen den Verlust des Herrn Obermedizinalrats Dr. DEUBZER; geboren 1895, trat er nach Beendigung des Medizinstudiums bereits 1921 als Medizinalpraktikant in das städtische Krankenhaus Bayreuth ein und war hier bis zu seinem Tode am 18. November 1952, also über 30 Jahre ununterbrochen tätig. Seit 1924 widmete er sich ausschließlich der Chirurgie. 1949 übertrug ihm die Stadtverwaltung Bayreuth die Leitung des Gesamtkrankenhauses und ernannte ihn zum Direktor.

Auf Grund seiner umfassenden operativen Tätigkeit genoß die 250 Betten umfassende chirurgische Abteilung größte Wertschätzung sowohl bei den Kollegen als bei der Bevölkerung ganz Nordbayerns. Seine besondere Vorliebe galt der Bauch-Chirurgie. Außer der Unfallchirurgie widmete er sich in den letzten Jahren seines Lebens der Lungenchirurgie. Seine letzte große Operation kurz vor seinem Tode war noch die operative Beseitigung einer Zwerchfellhernie in Endotrachealnarkose auf transthorakalem Wege bei einem wenige Wochen alten Säugling.

Die Presse hat eingehend seine großen Verdienste um die leidende Menschheit betont und ihn als hochgeschätzten Arzt und Menschen bezeichnet.

Weiter ist von uns gegangen Herr Dr. Ludolf SÜSSENGUTH, Chefarzt des Altonaer Kinderkrankenhauses, Hamburg-Altona, der am 30. Dezember 1951 verstorben ist. Es konnten leider keine weiteren Mitteilungen trotz aller Bemühung erhalten werden. Aber auch so werden wir sein Andenken in Ehren halten.

Ferner beklagen wir den Heimgang des Herrn Chefarztes Dr. KÖHLER aus Weener (Emsland), der erst vor kurzem (im April) von uns gegangen ist.

Einen schmerzlichen Verlust erlitten wir alle durch den Heimgang unseres Schatzmeisters und Ehrenmitgliedes, Herrn Dr. med. Paul HÖRNIG, der am 3. Januar 1953 nach langem schweren Leiden im 75. Lebensjahr verschieden ist. Fast alle unter uns kannten ihn und seine Verdienste.

Im letzten Jahr in Oldenburg war es uns schon, als ob er gesundheitlich nicht mehr auf der Höhe war, trotzdem hat er an der Tagung von Anfang bis Ende teilgenommen und uns wertvolle Hilfe geleistet. Fräulein PABST schreibt uns u. a. über seinen Lebenslauf und sein Wirken:

,Herr Dr. med. Hörnig war am 27. Januar 1879 in Dermbach in Thüringen geboren. Nach einer nicht leichten Jugend hat er in Jena unter Entbehrungen und zum Teil mit Hilfe von Stipendien Medizin studiert. Der Naturforscher Prof. Häckel ließ ihn einmal zu sich kommen und fragte ihn, ob er nicht wieder ein Stipendium haben wollte. In seiner großen Bescheidenheit war der junge Hörnig nicht wieder darum eingekommen.

Dr. Hörnig, der sein Staatsexamen in Leipzig machte, war Schüler und Assistenzarzt von Geheimrat CURSCHMANN. Er war stets stolz auf diese Tätigkeit.

Nach einigen Wanderjahren ließ sich Dr. Hörnig in Gotha als praktischer Arzt nieder und wurde dort Gesellschaftsarzt der Gothaer Lebensversicherung. 1917 trat er als Gesellschaftsarzt der "Friedrich Wilhelm" Lebensversicherungs-AG., Berlin, bei und wurde 1922 ärztlicher Direktor und Vorstandsmitglied der Allianz Lebensversicherungs-AG., Berlin.

Seine Tätigkeit bei den verschiedenen Versicherungsgesellschaften ließ ihn erkennen, wie wichtig die ärztlichen Gutachten sind. Immer wieder hat er in Besprechungen, Vorträgen und Arbeiten darauf hingewiesen, daß die Ärzte zu sachlichen Gutachtern erzogen werden müssen. Auf der Tagung unserer Gesellschaft 1933 in Frankfurt am Main hat er eine Resolution in die Wege geleitet, daß schon auf den Universitäten die jungen Medizinstudenten auf die Gutachtertätigkeit aufmerksam gemacht und entsprechend geschult werden müßten.

Seit 1924 war er Mitglied der Berliner Gesellschaft für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. Von der Berliner Gesellschaft wurde Dr. Hörnig 1929 in den Vorstand gewählt und hatte dort bis zum zweiten Weltkrieg den Kassenführerposten inne. In den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin ist er 1933 berufen worden und leitete von da an ebenfalls die Geschäftsbelange dieser Gesellschaft bis zum zweiten Weltkrieg. Als unsere Gesellschaft im Jahre 1950 ihre Arbeit wieder aufnahm, wurde Herr Dr. Hörnig wieder in den Vorstand gewählt. Durch sein reiches Wissen, seine großen Kenntnisse und seine kaufmännische Begabung hat er diese Gesellschaften in jeder Weise gefördert und ihnen in der uneigennützigsten Weise gedient. 1952 hat ihn unsere Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt, die Berliner Gesellschaft folgte mit der gleichen Ehrung an seinem 74. Geburtstag.

Dr. Hörnig hat sich auch international mit den Fragen der Versicherungsmedizin und Gutachtertätigkeit beschäftigt. Er war Teilnehmer der Internationalen Unfallkongresse und hat sich bemüht, die in der Lebensversicherung tätigen Mediziner international zusammenzufassen.

Im Jahre 1932 kam es dann in Genf zur Gründung des ständigen internationalen Komitees für das Studium der Lebensversicherungsmedizin, zu dessen ersten Präsidenten Dr. Hörnig gewählt wurde. - Ich weiß noch sehr gut, wie Herr Dr. Hörnig persönlich sich bemüht hat, daß die beiden internationalen Kongresse für Lebensversicherungsmedizin 1935 in London und 1939 in Paris beschickt wurden.

Nach dem zweiten Weltkrieg hat man nach einer gewissen Wartezeit im Ausland sich wieder an die umfassende Tätigkeit des Herrn Dr. Hörnig erinnert und ihn mit der Vorbereitung des 3. Internationalen Kongresses für Lebensversicherungsmedizin 1949 in Rom betraut. Sein Gesundheitszustand hinderte ihn am Besuch des Kongresses.

Auch für den 4. Internationalen Kongreß für Lebensversicherungsmedizin in Stockholm leitete er die Vorarbeiten. Schon wollte er mit seiner Frau nach Stockholm fahren, als ihm der Tod seine treue Lebensgefährtin entriß.

Dr. Hörnig wurde Ehrenpräsident des ständigen Internationalen Komitees.

Sein Familienleben war überaus glücklich. Er ließ an seinem Glück auch seine Freunde in seinem gastfreien Hause teilnehmen.

Leider breiteten sich auch Schatten über sein Glück: 1943 fiel sein jüngster Sohn. Der älteste Sohn starb 1945 in Kriegsgefangenschaft. Von diesem schweren Schlag haben sich die Eltern nicht erholen können. Dr. Hörnig trug das schwere Schicksal mit bewundernswerter Würde.

Am 3. Februar 1953 schloß ihm der Tod die Augen.

Menschlich zeichneten Dr. Hörnig neben seiner Klugheit, seinem reichen Wissen, eine große Herzensgüte und ein köstlicher Humor aus, der ihn vielen Menschen nahebrachte. Dabei war er anspruchslos und bescheiden. Wir alle wissen, was wir an ihm verloren haben, und werden ihm ein getreues Gedenken bewahren."

Es sind knapp sieben Monate her, seit wir unsere letzte Tagung in Oldenburg unter der Leitung unseres verehrten Kollegen, Herrn Prof. BOHNENKAMP, hatten. Wir haben uns für Neuenahr als heutigen Tagungsort entschlossen, weil eine Wiederholung der Tagung in Bonn bei den engen Verhältnissen recht schwierig war und wir Ihnen in Neuenahr auch einen Kurort von großem Ruf zeigen wollten. Ich hoffe, daß Sie alle wunschgemäß untergekommen sind und daß Sie in der sitzungsfreien Zeit sich der schönen Anlagen und Umgebung erfreuen können.

Für die mühevollen Vorbereitung danke ich unserem Herrn Ersten Schriftführer Prof. Dr. BÜRKLE DE LA CAMP herzlichst.

Als Chronist möchte ich noch auf einen Brief eines Kollegen Dr. CYRENIUS aus Mühlhausen in Thüringen hinweisen, der von uns den Tagungsbericht der 16. Jahrestagung erhalten hat, Er schreibt:

„Wie ich aus dem Inhalt ersehen habe, verdanke ich diese großzügige Gabe einer Spende aller westdeutschen Mitglieder, um auch uns, die wir an der Tagung leider nicht teilnehmen konnten, einen vollständigen Einblick in die Verhandlung während der Tagung in Oldenburg zu geben. Ich möchte mich dafür bei Ihnen recht herzlich bedanken.“

Er fügte noch hinzu, daß er sich bemühen werde, an unserer heutigen Tagung teilzunehmen.

In den vergangenen sieben Monaten haben sich manche wichtigen Ereignisse zugetragen, die für unseren Kreis von Bedeutung sind. Ich darf die wichtigsten anführen:

III.

a) Am 27. April 1953 wurde im Bundeshaus durch den Herrn Bundesminister des Innern der Bundesgesundheitsrat konstituiert. Der Herr Minister machte grundsätzliche Ausführungen über die Tätigkeit dieser Organisation, in der 80 der besten Fachleute aus den verschiedensten Gebieten in sieben großen Ausschüssen zusammengefaßt sind, um die Bundesregierungen in wichtigen gesundheitlichen und sozialen Fragen zu beraten. Auch Mitglieder unserer Gesellschaft gehören den Ausschüssen des Bundesgesundheitsrates an. Das Bundesgesundheitsamt in Koblenz unter Leitung des Ministerialdirektors Prof. Dr. REDECKER, hat schon früher seine Tätigkeit aufgenommen. Verhandelt wurden, soweit mir bekannt, Fragen der Arzneimittel.

b) Anfang März wurde eine neue Bestallungsordnung für Ärzte vom Bundesministerium des Innern dem Bundesrat vorgelegt. Es haben meines Wissens bereits Beratungen stattgefunden. Ein Beschluß ist noch nicht gefaßt. Soweit jetzt schon übersehen werden kann, hat man die Zulassung zur ärztlichen Prüfung auch von einer Pflichtvorlesung über Arbeitsmedizin und Gesundheitsfürsorge abhängig gemacht. Den Prüfern ist aufgetragen, festzustellen, ob der Kandidat über die Grundsätze unterrichtet ist, nach denen die versicherungsmedizinische Beurteilung von körperlichen und geistigen Zuständen (Arbeits-, Erwerbs- und Berufsfähigkeit, Invalidität, Hilflosigkeit, Unfallfolgen usw.) zu erfolgen hat. Auch Naturheilkunde, Berufskrankheiten und Strahlenkunde sind bei der Prüfung zu berücksichtigen.

Der Deutsche Fakultätentag hat am 14. Mai getagt. Ich glaube, man wird bei der endgültigen Beratung der Bestallungsordnung für Ärzte auch deren Vorschläge noch berücksichtigen.

c) Ich möchte ferner noch erwähnen, daß der Gesetzentwurf über die Rechtsverhältnisse zwischen Ärzten und Krankenkassen usw. zur Zeit in Beratung beim Sozialpolitischen Ausschuß ist, der in vielen Fragen mit dem Gesundheitsausschuß zusammengeht. In dieser Woche sollen die Verhandlungen besonders weit ausgedehnt werden. Es kann unter diesen Umständen gehofft werden, daß dieses wichtige Gesetz, das für Kassenärzte und Kassenzahnärzte von so großer Bedeutung ist, in dieser

Periode erledigt wird.

d) Eine Novelle zum Bundesversorgungsgesetz (Kriegsopfer) wird ebenfalls zur Zeit beraten, das auch Verbesserungen der Heilbehandlung bringt.

Die Begutachtung auf diesem Gebiete und dem Gebiete der Sozialversicherung ist leicht nicht wohlwollender Kritik ausgesetzt, die sich in den Tageszeitungen und den illustrierten Zeitungen bei Einzelfällen widerspiegelt. Eine Verallgemeinerung ist unangebracht, schädigt unberechtigterweise das Ansehen der Ärzteschaft, und erschwert nur die Begutachtung selbst.

Schließlich darf ich auf ein Gebiet zurückkommen, das mir besonders am Herzen liegt: Das ist die Frage der Berufskrankheiten. Mit Wirkung vom 1. August 1952 ist die Fünfte Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten erschienen, nachdem sie lange

Zeit vorher mit den Versicherungsträgern und mit den Ärzten beraten war. Rein äußerlich unterscheidet sich die Fünfte Berufskrankheitenverordnung von den vorausgehenden Verordnungen dadurch, daß sie eigentlich nur einen Teil der Verordnung, nämlich die Liste der zu entschädigenden Berufskrankheiten bringt und die Rückwirkung festsetzt.

Als man vor 27 Jahren zum ersten Mal eine Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten erließ, leitete man eine Periode ein, deren Ende noch nicht zu ersehen ist. Jede der seit 1925 erlassenen Verordnungen bedeutete für ihre Zeit einen Höhepunkt in der Entwicklung der Entschädigungspflicht, wobei nach dem Erlaß der Ersten Verordnung die späteren jedesmal Leistungsverbesserungen brachten. So betrug die Zahl der erstmals entschädigten Fälle wegen Berufskrankheiten in den Jahren

1926 = 268

1927 = 323

Die Erste Verordnung umfaßte elf gut bekannte Krankheiten, vor allem aus dem chemischen Gebiet.

Die Zweite Verordnung vom 11. Februar 1929 verdoppelte die Anzahl der entschädigungspflichtigen Krankheiten und umfaßte eine zehnjährige Rückwirkungszeit. Ein Senat für Berufskrankheiten wurde gebildet, dem ein Arzt als Mitglied angehören mußte. Die Zahl der Entschädigungsfälle stieg jäh an, um nach Erledigung der Mehrzahl der Rückwirkungsfälle etwas abzubauen. Der Anstieg ist in der Hauptsache auf die Anerkennung der Silikose als entschädigungspflichtige Berufskrankheit zurückzuführen.

1929 = 1969

1930 = 2355

1931 = 2290

1932 = 1742

Das Verfahren in den ersten beiden Verordnungen war anders, als es jetzt der Fall ist. Zwar waren schon von der 1. Verordnung an alle Ärzte verpflichtet, die Berufskrankheiten oder den begründeten Verdacht auf eine Berufskrankheit auf einem bestimmten hellgrünen Muster anzuzeigen.

Sie wurden hierfür von der Berufsgenossenschaft entschädigt. Die Anzeige ging aber an das Versicherungsamt des Wohnsitzes, das die Anzeigen durch einen sogenannten geeigneten Arzt untersuchen lassen mußte. Das Gutachten wurde dann an den Versicherungsträger zu weiterer Entscheidung gegeben. Es hat sich aber gezeigt, daß die Versicherungsämter dieser Aufgabe insoweit nicht gewachsen waren, als sie nicht immer die richtigen Ärzte für die Berufskrankheiten-Begutachtung auswählen konnten und viele Fachärzte heranzogen, die mit diesem Gebiet weniger vertraut waren. Dann kam es zu Stockungen und Verzögerungen, alles Dinge, die nicht im Interesse des Versicherten lagen. Schon 1929, aus Anlaß der Zweiten Verordnung, trug man sich mit dem Gedanken, in die erste Instanz eine ärztliche Dienststelle einzuschalten, die mit Sachverständnis die Anzeigen beurteilen und auch den für die Beurteilung besonders geeigneten Arzt auswählen konnte. So kam es zu der Schaffung des § 6 Abs. 3, in dem festgelegt wurde, daß der staatliche Gewerbearzt die Stelle sein soll, die das Gutachten zur ärztlichen Anzeige zu erstatten und dem Versicherungsträger zuzuleiten habe. Es ist Vorkehrung getroffen, daß alle ärztlichen Anzeigen, auch die, die beim Versicherungsträger einlaufen, an den staatlichen Gewerbearzt kommen.

Dieser hat, wenn er es für dringend notwendig hält, den Erkrankten zu untersuchen oder untersuchen zu lassen und ein Gutachten dem Versicherungsträger abzugeben. Seit etwa 15 Jahren ist diese Bestimmung in Kraft. Es hat sich gezeigt, daß die Einschaltung des staatlichen Gewerbearztes sowohl von medizinischer Seite als auch von Seiten der Unfallversicherung recht glücklich war. Der Gewerbearzt selbst erhielt Kenntnis auf diesem Wege von Krankheitszuständen in Betrieben, die er vielleicht sonst nicht hätte besuchen können. Der Versicherungsträger erhielt ein kompetentes Gutachten über den Zusammenhang der

Erkrankung mit der beruflichen Arbeit. Der staatliche Gewerbearzt, der ja ärztlicher Gewerbeaufsichtsbeamter nach § 139b der Gewerbeordnung ist, hat eine zweite Aufgabe durch die Mitwirkung bei der Durchführung der Berufskrankheitenverordnung erhalten.

Die Dritte Verordnung vom 12. Dezember 1936 hat im übrigen die Zahl der entschädigungspflichtigen Krankheiten weiter erhöht und Einschränkungen früherer Verordnungen bei den Berufskrankheiten beseitigt. Entschädigt wurden:

1936 = 1432 Berufskrankheiten

1937 = 3223 “

1938 = 4151 “

Es nahmen die erstmals entschädigten Fälle um mehr als 100 % zu.

Die Vierte Verordnung von 1943 erweiterte ebenfalls die Liste der Berufskrankheiten, änderte aber das Verfahren nur unwesentlich dadurch, daß sie dem Gewerbearzt die Freiheit gab, von einer Untersuchung abzusehen, wenn z. R eine Infektionskrankheitenmeldung aus einem Krankenhaus eindeutig bewies, daß ein Zusammenhang gegeben war.

Die Zahl der Neuentschädigungen hat sich seit Einführung vervierzigfacht. Auch im Verhältnis zur Versichertenzahl haben die erstmals entschädigten Fälle in kurzer Zeit derart zugenommen, daß dies auf eine dem Wirtschaftsaufstieg entsprechende umfangreiche Erweiterung und Verbesserung des Versicherungsschutzes schließen läßt.

Es entfielen auf je 1000 Vollarbeiter in den gewerblichen Berufsgenossenschaften erstmals entschädigte Berufskrankheiten:

1938 = 0,28

1948 = 0,73

1949 = 0,88

1950 = 1,4

1951 = 0,78

Gleichzeitig verbesserte sich das Verhältnis zwischen der Zahl der angezeigten und der erstmals entschädigten Fälle.

Die neue Fünfte Verordnung ändert nur die Liste der Berufskrankheiten, aber diese Änderungen sind charakteristisch für die Entwicklung der Zusammensetzung der Liste und die Art und Weise der Aufführung der einzelnen Schädigungen sowie der Versichertenbetriebe und Unternehmen. Die jetzige geänderte Liste stellt damit einen gewissen Endpunkt dar und bringt die Fortentwicklung des Umfanges der Entschädigung bei den verschiedenen Krankheiten zu einem gewissen Abschluß, indem sie bei bereits erfaßten Krankheiten die Art der Erkrankung und die Beziehung zur gefahrbringenden Beschäftigung umfassender oder einfacher formuliert (z.B. heißt es in Nr. 8: ‚Chrom und seine Verbindungen‘ statt wie bisher: ‚Erkrankungen an Lungenkrebs in Unternehmen zur

Herstellung von Alkalichromaten und ihrer Weiterverarbeitung zu Chromfarben'). In Nr. 7: ‚Beryllium und seine Verbindungen‘ wird die Entschädigung bei der Arbeit in allen Betrieben, in denen die Gefährdung besteht, gewährt, oder bei neu der Verordnung unterstellten von vornherein die umfassende Formulierung gewählt, wie z.B. bei Erkrankung durch Kadmium, bei den chronischen Erkrankungen der Sehnenscheiden, bei der Drucklähmung der Nerven, bei den Abrißbrüchen der Wirbelfortsätze.

Eine der wichtigsten Änderungen der Liste betrifft die Entschädigungspflicht bei der Silikose und der Silikotuberkulose.

60 % aller Berufskrankheiten entstehen durch diese Schädigung. 40% hiervon sind wiederum mit Tuberkulose verbunden.

Die Nummern 27a und 27b sind jetzt maßgebend. 27a heißt einfach Staublungenerkrankung (Silikose). Dort ist das Wort ‚schwere‘ vor Staublungenerkrankung fortgefallen. In 27b ist hinter Staublungenerkrankung das eingeklammerte Wort Silikose fortgelassen worden und statt dessen am Schluß hinter Lungentuberkulose das Wort ‚Siliko-Tuberkulose‘ angefügt worden.

Zu 27a: Es wird mit der einfachen Formulierung ‚Staublungenerkrankung (Silikose)‘ - in Verbindung mit der Entschädigungspflicht für Erkrankungen in allen Unternehmen - jede Art Silikose, auch die durch gebundene Kieselsäure und Mischstaub hervorgerufene, in den Schutz der Verordnung einbezogen und nach den geltenden Vorschriften entschädigt. Dazu gehören Ocker-, Kieselgur-, Talkumlungen usw.

Für die Bemessung der Entschädigung ist damit nur die Schadensgröße allein ausschlaggebend, deren Maß durch die funktionelle Beeinträchtigung von Atmung und Kreislauf bestimmt wird.

Die Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch die funktionelle Beeinträchtigung wird aber durch objektive meßbare Minderung der körperlichen Leistungsfähigkeit festzustellen sein, was einen weiteren Ausbau der Funktionsprüfungsmethoden erforderlich macht.

Noch die Dritte Verordnung hatte als Beweis für die Schwere der Erkrankung in bestimmtem Umfang genaue pathologisch-anatomische und röntgenologische Befunde gefordert. Wenn auch in den folgenden Jahren die Auslegung mehr auf funktionelle Gesichtspunkte abgestellt wurde, so blieb doch die Einschränkung ‚schwer‘ bestehen. Diese hatte auch eine Rückwirkung auf die Beurteilung des Zusammentreffens der Silikose mit einer Lungentuberkulose. Als ‚schwer‘ galt eine Gesamterkrankung nur bei erheblichen silikotischen Lungenveränderungen, die ein aktives Fortschreiten der Tuberkulose verursacht haben konnten und die ernste Erkrankung wesentlich mitverschuldet hatten. Die Voraussetzung, daß erhebliche silikotische Lungenveränderungen beim Zusammentreffen mit der Tuberkulose nachweisbar sein müssen, entfällt jetzt endgültig. Zwar ließ die Fassung der Ziffer 17b der Vierten Verordnung den Nebensatz, den die Dritte eingefügt hatte – ‚wenn die Gesamterkrankung schwer ist und die Staublungenveränderungen einen aktiv-fortschreitenden Verlauf der Tuberkulose wesentlich verursacht haben‘ - fort und sagte statt dessen "Staublungenerkrankung (Silikose) in Verbindung mit aktiv-fortschreitender Lungentuberkulose". Aber solange die Ziffer 17a immer noch das Wort ‚schwer‘ enthielt,

blieb dieses Wort nicht ohne Wirkung auf die Auslegung der Ziffer 17b. Allerdings ging die Tendenz mehr dahin, für die Entschädigung in erster Linie das Zusammentreffen der Aktivierung oder Verschlechterung der Lungentuberkulose mit der Silikose zu verlangen und dabei den Grad der Silikose weniger für den Entschädigungsanspruch entscheidend sein zu lassen, als vielmehr Silikose und Tuberkulose als ein Krankheitsbild zu betrachten, das in seiner Gesamtheit zu entschädigen sei. Diese Tendenz erreicht in der neuen Fassung der Fünften Verordnung einen Abschluß, indem sie das Schwergewicht der Entscheidung auf das gemeinsame Vorkommen von Silikose gleich welchen Grades und (aktiv-fortschreitender) tuberkulöser Lungenerkrankung legt.

Bei der Asbestose war ebenfalls die nosologische Beschränkung schwer zu beseitigen. Die Kombination mit dem Lungenkrebs blieb. Eine Verbindung zur Tuberkulose besteht nach deutscher Auffassung nicht. In den internationalen Listen, z. B. in Italien, wird auch auf Asbestose mit Tuberkulose hingewiesen und der Zustand als entschädigungspflichtig bezeichnet.

Neu sind ferner berücksichtigt die Verbindungen des Aluminiums (Aluminiumstaub schon vorher berücksichtigt), die Erkrankungen durch Kadmium und Beryllium, Erkrankungen der Knochen, Gelenke und Bänder durch Fluorverbindungen (Fluorose). Bei den Erkrankungen durch Thomasschlackenmehl sind die Voraussetzungen erweitert worden, ebenso bei den Lärmschäden.

Eine wesentliche Erweiterung in der Versicherungspflicht erfährt die Gruppe der sogenannten physikalischen Schädigungen. Es sind in der Hauptsache grobe mechanische Schädigungen, nämlich

1. chronische Erkrankungen der Sehnen und Muskelansätze durch Überbeanspruchung,
2. Drucklähmung der Nerven,
3. chronische Erkrankungen der Schleimbeutel der Gelenke durch ständigen Druck oder ständige Erschütterung,
4. Abriß der Wirbelfortsätze,
5. Meniscusschäden bei Bergleuten nach mindestens dreijähriger regelmäßiger Arbeit unter Tage.

Schließlich dürfte noch die Reihenfolge innerhalb der Entschädigungen eine gewisse Bedeutung haben. An erster Stelle stehen, wie schon erwähnt, die Silikose und die Siliko-Tuberkulosen. Dann folgen die Erkrankungen durch Preßluftwerkzeuge, wohl infolge der vielen Bauten und Trümmerbeseitigung. Die dritthäufigste Gruppe stellen die Infektionskrankheiten dar mit 10 % der entschädigten Fälle. An vierter Stelle folgen die Hauterkrankungen. In weitem Abstand schließen sich die übrigen Erkrankungen durch chemische Stoffe an. Unter ihnen gewinnen die Krebse steigende Bedeutung.

Die Rangordnung der Berufskrankheiten nach ihrer Häufigkeit bedeutet nicht, daß die Bemühungen, der in geringer Zahl auftretenden Krankheiten Herr zu werden, nachlassen. Der Rückgang ist in hohem Maße das Ergebnis gesetzgeberischer Maßnahmen und diese

waren im Verein mit den Vorschriften der Berufsgenossenschaften Ansporn und Grundlage für die praktischen Bekämpfungs- und Verhütungsmaßnahmen.

Wenn auch durch die Fünfte Verordnung ein gewisser Abschluß erreicht worden ist, so bedeutet das nicht einen Stillstand. Forschung und Arbeit gehen weiter. Neue Arbeitsweisen, neue Arbeitsstoffe bringen neue Gefahren und verlangen neue Schutzmaßnahmen. Nicht immer liegen die Verhältnisse klar und nicht immer kann man bestimmt sagen, der und der Stoff, die und die Arbeitsweise tragen die Schuld. Viele Kreise beteiligen sich an der Forschung auf diesem Gebiet auch durch Forschungsaufträge. Auf Grund von Eingaben um Erweiterung der Betriebe, in denen durch Lärm Taubheit und an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit entstehen kann, wurde vom Bundesministerium für Arbeit ein Forschungsauftrag gegeben an ein Universitätsinstitut, das in Verbindung mit den staatlichen Gewerbeärzten und den Gewerbeaufsichtsbeamten erforschen soll, welche Betriebe weiter dem Schutz unterstellt werden müssen. Ebenso ist dies der Fall bei dem früher Glasbläser-, jetzt häufiger Feuerstar genannt. Schon im alten Reichsarbeitsministerium wurden alle Jahre derartige Aufträge an Wissenschaftler und Praktiker gegeben, um aus den Untersuchungen die Grundlagen für eine Erweiterung des Berufskrankheitenschutzes zu gewinnen.

In Forschung und Praxis werden so die Grundlagen für die Weiterentwicklung des gesundheitlichen Arbeitsschutzes und die vorbeugenden Maßnahmen geschaffen.“

Quelle: DGU-Archiv