

Die Gesetzliche Unfallversicherung in Deutschland: Ein System „institutionalisierter Korruption“?

Johannes Ludwig

1. Fragestellung

Der ehemalige Präsident des Bundesverfassungsgerichts und späterer Bundespräsident, Roman Herzog, hatte einst das deutsche System der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) als „Juwel unseres Gemeinwesens“ bezeichnet.¹ Nach unserer Analyse, die wir hier vorlegen: eine absolute Fehleinschätzung.

Dieser verzerrten Wahrnehmung unterliegen auch die (aller)meisten Politiker, die – eigentlich – für dieses gesetzliche Regelwerk zuständig sind. Die Gründe: Weder waren der frühere Bundespräsident noch die MdBs je in die Situation gekommen, auf dieses System angewiesen zu sein. Offenbar sind sie auch nicht gewillt, sich weder die Strukturen, Interessenslagen und Verflechtungen noch die Ergebnisse dieser Praktiken näher anzuschauen und sie auf ihren eigentlichen Sinn und Zweck hin zu überprüfen.²

Ursprünglich von Otto von Bismarck 1884 als Gegenmittel zum politischen Frust der Arbeiterklasse in der Phase der Hochindustrialisierung auf den Weg gebracht, in der Un- und Todesfälle alltäglich waren, mit dem Zweck, „die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen“³ (Bismarck), hat sich die damalige Praxis längst in ihr Gegenteil verkehrt. Beispiel berufliche verursachte Krankheiten: Im Jahr 2022 wurden 75 % solcher Anträge vom System der GUV, bestehend aus den 9 Berufsgenossenschaften, abgelehnt, nur 25 % anerkannt (ohne Coronafälle). In der Schweiz war es genau umgekehrt: 25 % abgelehnt, 75 % anerkannt. Der Unterschied: Hierzulande befindet sich die GUV in der Hand der Wirtschaft. Die Eidgenossen haben damit eine unabhängige Versicherungsanstalt („Suva“) damit beauftragt. Wer in Deutschland gegen eine Ablehnung vor das Sozialgericht zieht, verliert in 90 % aller Fälle.⁴

Systeme, die 1. ihre ursprüngliche Zielsetzung verändern und Akteure dazu bringt, Wegen zu folgen, die ansonsten als inakzeptabel bezeichnet würden, aber damit gezielt abweichendes Verhalten zur Norm stilisieren, und deren 2. offizieller Verhaltenskodex im Widerspruch zu den internen Praktiken steht, und 3. damit in keiner Weise gegen die Gesetze verstoßen, werden nach US-amerikanischen Diskussionsstandards der Korruptionsforschung als „systemisch“ bzw. „institutionell korrupt“ bezeichnet.⁵

Ob und inwieweit das System der GUV hierzulande so zu klassifizieren ist, wird Gegenstand der nachfolgenden Überlegungen sein.

2. Gesellschaftspolitischer Hintergrund

Das menschliche Arbeitsleben nimmt einen sehr hohen Anteil an der Lebenszeit in Anspruch, dient zur existenziellen Einkommenssicherung und gleichzeitig der eigenen Identifikation, was

Wertigkeit und Standing in der Gesellschaft anbelangt. Jeder, der arbeitet, leistet zudem einen wichtigen Beitrag zur kontinuierlichen Wohlstandsgenese (beispielsweise gemessen als BIP). Der Arbeitsplatz ist daher einer der zentralen Orte eines Menschenlebens.

Die Anforderungen durch den Gesetzgeber an die gefahrungsfreie Sicherheit, an Schutzvorschriften und Präventionsmaßnahmen für diesen Ort sind in den letzten Jahrzehnten permanent gestiegen. Entsprechende Regelungen in Deutschland finden sich vielfältig im BGB, im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Arbeitszeitgesetz (ArbZG), im Chemikaliengesetz (ChemG) und der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV), der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV) sowie in anderen Regelwerken wie z.B. MAK- und TRK-Werten. In anderen Ländern (Beispiel USA) gibt es solche differenzierten Regelwerke selten; dort gilt der prinzipielle Grundsatz, dass in einem vertraglichen Arbeitsverhältnis der Arbeitgeber für Gefahren und eingetretene Schäden haftet, die ein Arbeitnehmer in Ausführung seiner beauftragten Arbeiten erleidet. Dies bezieht sich auf a) Arbeitsunfälle und b) beruflich bedingte Gesundheitsschäden.

In den USA etwa mit seinen vergleichsweise hohen Schadenersatzansprüchen kann das für Unternehmen teuer werden. So teuer, dass sie in die Insolvenz gehen (müssen), wenn sie die Risiken betrieblicher Gefährdungen nicht über eine spezifische private Unternehmenshaftpflichtversicherung abgedeckt haben. So sind als Folge von Asbestschadensklagen viele Unternehmen in Konkurs gegangen, darunter das weltweit größte Asbestabbau- und -verarbeitungsunternehmen (Johns-Manville). Es kann aber auch Versicherungen und/oder Rückversicherungen treffen: In den 90er Jahren ging auf diese Weise die berühmte Institution „Lloyds of London“ in die Knie.

In Deutschland gilt bis heute das von Bismarck vor rund 140 Jahren installierte System der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), das zunächst nur bei Arbeitsunfällen (AU) leistete, dann aber in den 1920er Jahren um Berufskrankheiten (BK) erweitert wurde. Das Prinzip: Unternehmen sind durch Gesetz von der Haftung für derlei Schäden freigestellt, da sie über eine Zwangsmitgliedschaft in einer branchenspezifischen Berufsgenossenschaft (BG) mit ihren Beiträgen eventuelle Schadenersatzansprüche im Kollektiv aufbringen.

Im Gegensatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in die Arbeitnehmer + Arbeitgeber einzahlen (müssen), finanziert sich das System der GUV, konkret eine BG, ausschließlich über die ihr angehörenden Betriebe. Im statistischen Mittel sind dies rund 25 € pro Beschäftigtem und Monat. Die Spannweite ist groß, weil abhängig von der Einstufung in eine Gefahrenklasse. Airlines zahlen 1,21 €, Reittierhaltung kostet 26,73 € (Stand 2018). Dafür übernimmt die BG im Gegenzug das Haftungsrisiko, Stich-

wort „Haftungsprivileg“. Diese gesetzliche Unfall-„Versicherung“ arbeitet anders als klassische Versicherer. Die GUV ist als Haftungs-Solidargemeinschaft nicht gewinnorientiert, sondern auf Minimierung der Kosten, sprich der versicherten Leistungen ausgerichtet. Sie bildet und verfügt über keine gesetzlich vorgeschriebenen Rücklagen, sondern legt ihre notwendigerweise getätigten Ausgaben als Umlage in Form ihrer Gebührentarife um, die dem jeweiligen Zahlungsaufwand angepasst werden. Eine Rückversicherungsabsicherung gibt es nicht.

3. Das System der Gesetzlichen Unfallversicherung

3.1 Vier einzelne Systeme bilden das Gesamtsystem GUV

Im Wesentlichen sind es diese Institutionen und Interessensgruppen, die in den nachfolgenden Abbildungen mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet sind:

- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit seinen 7 entscheidungsvorbereitenden Gremien, die für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zuständig sind (Farbe ockerbraun)
- der sog. MAK-Kommission (Maximale Arbeitsplatzkonzentration) mit ihren einzelnen Arbeitsgruppen, die unabhängig generierte und forschungsbasierte Empfehlungen abgeben soll (grau schattiert)
- die Branche der sog. Arbeitsmedizin, deren wichtigsten Vertreter an diversen Hochschulen Professuren innehaben (grün)
- sowie dem GUV-System im engeren Sinne, bestehend aus a) derzeit 9 Berufsgenossenschaften, b) der zentralen Dachgesellschaft „Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung“ (DGUV) als eingetragenen Verein und c) ihren verschiedenen Tochterinstitutionen (gelb, orange, rot)

Die Teilsysteme werden nur kurz vorgestellt, um danach die potenziellen Einflusslinien rekonstruieren zu können. Es sind in diesem Kapitel zunächst die formalen Strukturen. Später wird es ab Kapitel 5 um die inhaltlichen Interessensdurchsetzungen gehen.

3.2 System GUV/DGUV: Unternehmen, Berufsgenossenschaften, DGUV und ihre wissenschaftlichen Einrichtungen

Beispielhaft sei hier die Branche Luftfahrt (gelb) ausgewählt, für die die „BG Verkehr“ (orange) zuständig ist – eine der insgesamt neun BGen, die das Dach der „Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V.“ (DGUV) tragen (rot). Dort sind die zentralen Funktionen gebündelt: Planung und Umsetzung der politischen und juristischen Strategien für alle BGen; die Presse- und Unternehmenskommunikation, wenn es grundsätzliche Fragen betrifft, etwa die juristische Bewertung der externen Rechtsprechung; die für alle BGen geltenden „BK-Reports“, die zu einzelnen (arbeits)medizinischen Fragen Forschungs- und Orientierungswissen bündeln und einheitlich anzuwendende Vorgaben für die Entscheidungspraxis der einzelnen BGen machen (z. B. selbst aufgestellte

Mindest-Expositionsschätzwerte wie etwa „Asbestfaserjahre“, „Packungsjahre“ u. a. m.); Formulierung der Eigeninteressen, die in den diversen externen Entscheidungsgremien eingebracht werden u. a. m.

Besonderheit: Im Gegensatz zu den BGen, die „öffentlich rechtliche Körperschaften“ darstellen, ist die DGUV als eingetragener Verein der offizielle Träger des gesetzlichen Auftrags. Allerdings unterliegen weder die BGen noch die DGUV irgendeiner politischen Kontrolle. Dem (eigentlich) zuständigen Ministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) „stehen fachlich wie dienstrechtlich keine Weisungs- oder Aufsichtsrechte zu“ (BMAS).⁶ Die „Gesetzliche“ Unfallversicherung agiert quasi wie ein privatisiertes Unternehmen.⁷

Während andere staatseigene Institutionen, die Forschung betreiben, grundsätzlich einer parlamentarischen Kontrolle unterliegen, ist dies hier nicht der Fall. Die Steuerung von Fragestellungen für die Eigenforschung erfolgt vorwiegend in einem gesonderten Ausschuss („IPA-Ausschuss“) des DGUV-eigenen „Instituts für Prävention und Arbeitsmedizin“ (IPA). In dem 19-köpfigen Entscheidungsgremium sind nur vier Personen bzw. Institutionen nicht integraler Bestandteil des DGUV-Systems. Vorrangig sind es Vertreter der BGen, die dort ihre Forschungspräferenzen einbringen (können). Um die Seriosität der eigenen Forschungs- und Wissenschaftsinstitution hervorzuheben, ist diese Einrichtung im Zuge eines Geschäftes auf Gegenseitigkeit an der Ruhr-Universität Bochum eingebunden.⁸ Auf die DGUV-eigenen Forschungsergebnisse des IPA-Instituts stützen sich die Berufsgenossenschaften und die von ihnen beauftragten Gutachter besonders gerne.

Neben dem IPA unterhält die DGUV weitere Institute: Das „Institut für Arbeitsschutz“ (IFA), das die für die Branche bedeutende Fachzeitschrift „Gefahrstoffe – Reinhaltung der Luft“ herausgibt; das „Institut für Arbeit und Gesundheit“ (IAG) oder das auf Asbest spezialisierte „Deutsche Mesotheliom-Register“.⁹ Den eigenen Sachbearbeiter-Nachwuchs lässt die DGUV in einer eigenen Hochschule ausbilden, der „Hochschule der DGUV“ (HGU) (Abb. 1).

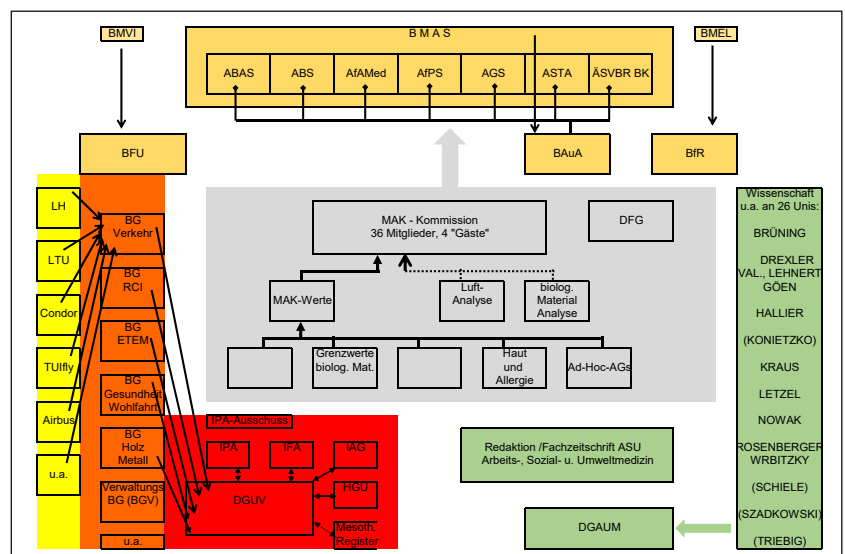


Abb. 1: Gesamtsystem GUV

In der Grafik nicht enthalten: das DGUV-eigene Universitätsklinikum Bergmannsheil in Bochum sowie die 9 Akutkliniken des BG-eigenen Klinikverbunds mit ihren 13.000 Mitarbeitern. Das (D) GUV-System hat sich zu einem eigenständigen wirtschaftlichen Faktor entwickelt. Mit einem Umsatzvolumen von rund 16 Milliarden Euro hält sich der Ausgabenaufwand (eigenes Personal, Krankheitskosten, Rentenzahlungen) im Vergleich zum Gesetzlichen Krankenversicherungssystem mit seinen rund 290 Mrd. Euro (2022) im überschaubaren Rahmen.

3.3 Das BMAS als Exekutivorgan bzw. Vertretungsinstitution der Legislative

Arbeitsmedizinisch relevante Entscheidungen, z.B. über die Aufnahme einer neuen BK in die sogenannte BK-Liste, konkret in die „Berufskrankheiten-Verordnung“ (BKV), werden nicht vom gesetzgebenden Parlament beschlossen, sondern im Ministerium auf Arbeitsebene verwaltungsmäßig vorbereitet, v.a. im Referat „IVa 4“ mit der Bezeichnung „Unfallversicherung“, einem Department der „Abteilung IV“, zuständig für „Sozialversicherung und Alterssicherung“. Die ehemalige Abteilung „Arbeitsmedizin“, die als Korrektiv zu den Industrieinteressen wirkte, wurde 2008 vom damaligen „Superminister“ der SPD Wolfgang Clement (Ministerien Arbeit/Soziales sowie Wirtschaft) beerdigt. Auf politischer Ebene zustimmungspflichtig für Neuerungen ist nur der Bundesrat als Vertreter der Länder. Der Bundestag als oberstes Legislativorgan ist nur dann involviert, wenn dafür die juristische Grundlage, in diesem Fall das Sozialgesetzbuch („SGB VII“), geändert werden muss. Dies kommt nur bei sog. Reformen des BK-Rechts, d.h. alle Jahrzehnte vor.¹⁰ Deutschlands Volksvertreter haben mit der AU- und BK-Problematik so gut wie nie Kontakt. Sie überlassen das Berufsbeamten. Und die wiederum der quasi privatisierten GUV.

Hinsichtlich Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit werden inhaltliche Entscheidungen bzw. „Empfehlungen“ für die Politik in 7 verschiedenen – dem BMAS vorgelagerten – beratenden Gremien getroffen.¹¹ In unserem Kontext relevant: Die Ausschüsse „AGS“ („Gefahrstoffe“), „AfAMed“ („Arbeitsmedizin“), „ASTA“ („Arbeitsstätte“) und vor allem der „Ärztliche Sachverständigenbeirat ‚Berufskrankheiten‘“ (ÄSVBR BK). Er ist der wichtigste Ausschuss, in dem die relevanten Vorentscheidungen fallen. Oder auch nicht. Was im ÄSVBR BK (nicht) empfohlen bzw. beschlossen wird, wird von der Leitungsebene auch (nicht) umgesetzt.¹² Seit 1924 hat man sich auf 80 grundsätzlich mögliche Berufskrankheiten geeinigt. Sie sind nach Gefahrstoffen klassifiziert.¹³

3.4. Maximale Arbeitsplatz-Konzentrations-Kommission (MAK-Kommission)

Um praktikable Kriterien zu haben, welchen Gefahrstoffen und in welcher Dosis arbeitende Menschen ausgesetzt sein dürfen, hat sich bereits in den 50er Jahren die MAK-Kommission gebildet, die von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) getragen wird. Sie definiert in den verschiedenen AGs für die diversen potenziellen Schad- und Gefahrstoffe die Grenzwerte: die maximal zulässigen MAK-Werte am Arbeitsplatz, die Biologischen Arbeitsplatztoleranzwerte (BAT) bzw. den Biologischen Grenzwert (BGW) u.a. Diese werden dann z.B. nach Erörterung im Ausschuss für Gefahrstoffe (AGS) beim BMAS zumeist unverändert, zum Teil aber auch abgeschwächt, in das verbindliche Regelwerk zum Arbeitsschutz übernommen: u.a. in den sog. Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS).

Da Grenzwerte ganz generell sowohl politische wie vor allem auch wirtschaftliche Größen sind, was sich beispielsweise an der langsamen stufenweise Herabsetzung dieser Werte bei Asbest über einen längeren Zeitraum (1979–1993) oder der Problematik des Passivrauchens (1985–2002/2007) ablesen lässt, obwohl man von den toxischen Eigenschaften seit Langem wusste, bestand die Idee der MAK-Kommission eigentlich in einer unabhängigen Einrichtung, in der v.a. unabhängige Wissenschaftler diskutieren und Empfehlungen aussprechen, die sich nicht an Wünschen anderer, beispielsweise den auf Kostenminimierung und Gewinn bedachten Unternehmen, orientieren.¹⁴

3.5. Die wissenschaftliche Branche der Arbeitsmedizin

Das Hauptaufgabenfeld von (Human)Medizinern ist klar umrissen: Kranken helfen, egal weshalb sie krank geworden sind. Mittels Forschung lassen sich Heilungswissen und Vorbeugemaßnahmen zum Gesundheitsschutz immer weiter verbessern.

Die Philosophie der Arbeitsmedizin ist eine andere. Das offizielle Motto „Gesund arbeiten, gesund leben“ bedeutet konkret bei der „Förderung, Erhalt und Wiederherstellung der individuellen Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit“ mitzuwirken.¹⁵ Zwei Arbeitsbereiche lassen sich dabei ausmachen: Arbeitsmedizinische (Zusammenhangs)Gutachten und Forschung.

Die offizielle Ziffer, dass 90 % der Klagen von Seiten der BGen abgelehnten Anerkennungen einer BK auf der nächsten Ebene der Sozialgerichtsbarkeit ebenfalls negativ für die betroffenen Kläger ausgehen, hat das BMAS im Jahr 2018 mit der „Qualität der Gutachter“ begründet.¹⁶ Damit ist vor allem die Qualität der Arbeitsmediziner im Professorenstand gemeint, die von Sozialgerichten aufgrund ihres Status bevorzugt beauftragt werden. Die Anfertigung von Gutachten ist für diese Branche eine angenehme und nie versiegende zusätzliche Einkommensquelle. Insbesondere bei Hochschulprofessoren, die einen (erheblichen) Teil der Arbeit von ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern ausarbeiten lassen.

Im Bereich der arbeitsmedizinischen Forschung geht es in der Arbeitsmedizin meist darum, Kausalzusammenhänge zwischen Expositionen (Schadstoffe, Gefährdungen etc.) und Gesundheitsfolgen (nicht) erkennen zu können sowie deren Dosis-Wirkungsbeziehungen zu quantifizieren.

4. Das eng verwobene Netzwerk: das GUV-System in der Gesamtschau

Diese vier Einzelsysteme sind in ihrer Arbeitsweise eng miteinander verwoben. Dies soll in diesem Abschnitt herausgearbeitet werden. Wir beginnen mit der Branche Arbeitsmedizin, in der sich sowohl staatlich bezahlte, sog. unabhängige Professoren wiederfinden als auch solche, die vormalig oder immer noch auf der Gehaltsliste einer der DGUV-Institutionen stehen.

4.1 Arbeitsmedizin

Im Branchenverband „Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin – DGAUM“ sind etwas mehr als 1.100 Arbeitsmediziner organisiert, eine sehr überschaubare Branche (zum Vergleich: Marburger Bund 120.000, Hartmannbund 70.000 Mitglieder). Die meisten arbeiten als Betriebsärzte in Unternehmen, ein kleiner Teil als medizinische Wissenschaftler an Hochschulen und dort mit Forschung und Lehre betraut. An rund 25 Hochschulen

gibt es etwa 100 Arbeitsmediziner. In den folgenden Grafiken sind mehr als zehn der wichtigsten aufgeführt, wobei dieses Kriterium über die Anzahl der Mitgliedschaften in entscheidungsrelevanten Gremien der Systeme gemessen ist (Stand 2021).

Wir betrachten zunächst die ersten vier Arbeitsmediziner, ergänzen dann um weitere auf acht. Die wissenschaftlichen Arbeitsprofile und Einflüsse sind unterschiedlich:

Prof. Dr. med. Thomas Brüning, einer der wichtigsten Protagonisten, ist gleichzeitig Direktor des DGVU-eigenen IPA-Instituts sowie Ordinarius für Arbeitsmedizin an der Ruhr-Universität Bochum: auf der einen Seite interessengebundener Angestellter des GUV-Systems, auf der anderen „unabhängiger“ Wissenschaftler an einer Universität. Dies ist durch den dicken unterbrochenen Pfeil dargestellt. Die anderen dünneren Pfeile repräsentieren Mitgliedschaften in den hier betrachteten Einzelsystemen. Hier fällt v.a. die parallele Mitgliedschaft in der (eigentlich) unabhängigen MAK-Kommission und in zwei der BMAS-Ausschüsse ins Auge. Von einem unabhängigen Agieren der 4 Systeme kann nicht die Rede sein (Abb. 2):

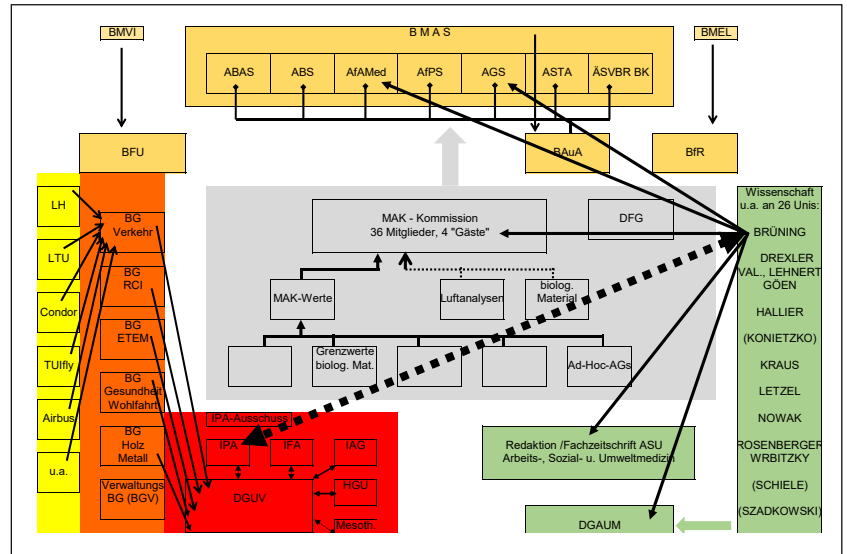


Abb. 2: Prof. Brüning, IPA (DGVU) + Uni Bochum

Prof. Dr. med. Thomas Kraus, Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin und Sozialmedizin an der RWTH Aachen, der ebenfalls als Mitglied in diversen Gremien sitzt, finanziert seine vielen Forschungsprojekte zu rund 80 % aus Mitteln der Industrie und der DGVU (roter Pfeil). Man kann wohl von einer finanziellen Abhängigkeit sprechen. Im Jahr 2018 war er ins Gerede geraten, weil er im Zusammenhang mit einem seiner Forschungsprojekte, finanziert vom Verband der Autoindustrie, auch menschliche Probanden Stickstoffdioxiden ausgesetzt hatte (Abb. 3).¹⁷

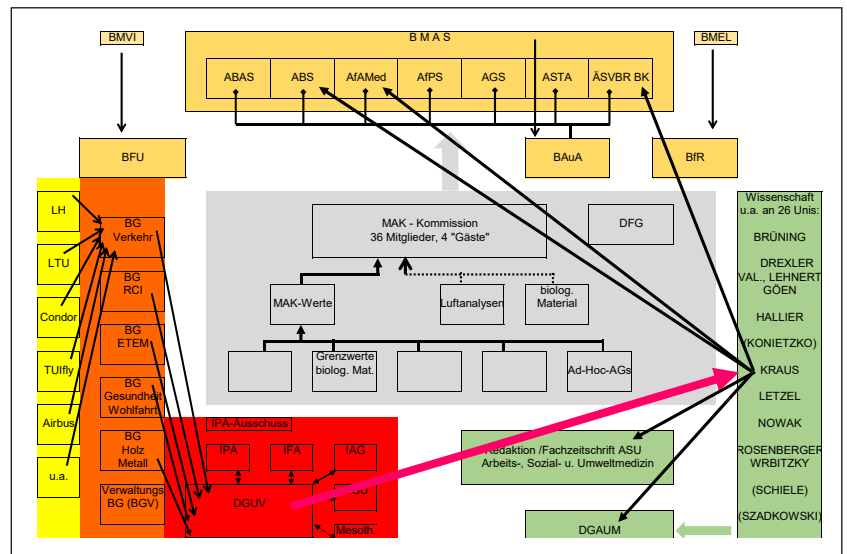


Abb. 3: Prof. Kraus, Uniklinikum Aachen

Mit ganz vorne im Ranking der „unabhängigen“ Arbeitsmediziner steht Prof. Dr. med. Hans Drexler, der wohl den bekanntesten Lehrstuhl an der Universität Erlangen innehat: als zweiter Nachfolger des Begründers der Arbeitsmedizin, Prof. Dr. med. Helmut Valentin, von dem noch die Rede sein wird (Kap. 5). Drexler sitzt in 3 der insgesamt 7 BMAS-Ausschüsse (AfAMED, AGS, ÄSVBR BK), ist zudem Chefredakteur der Fachzeitschrift „International Archives of Occupational and Environmental Medicine“ und war Präsident des deutschen Branchenverbandes DGAUM (inzwischen abgelöst von Th. Kraus). Zudem ist er Mitglied in der MAK-Kommission und sitzt auch im „IPA-Ausschuss“ der DGVU. So wie der IPA-Chef Brüning selbst.

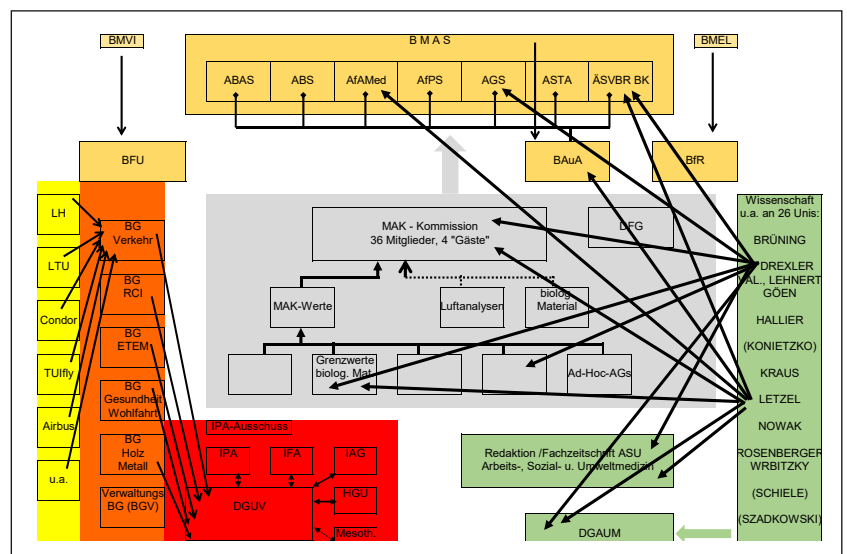


Abb. 4: Professoren Drexler, Uni Erlangen und Letzel, Uni Mainz

Weiter sitzt Drexler auch im Redaktionsausschuss der wichtigsten und einflussreichsten Fachzeitschrift „ASU“ (Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin) – ebenso wie seine Kollegen Brüning und Kraus (Abb. 4).

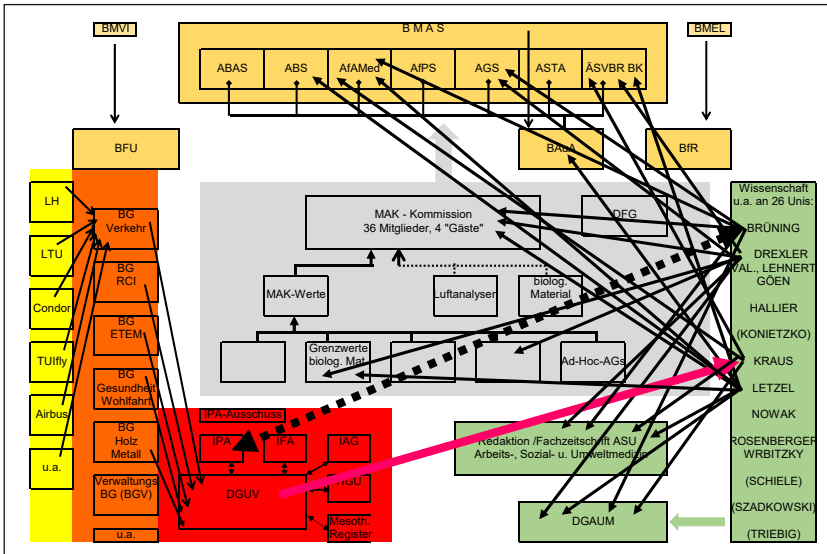


Abb. 5: Netzwerkverflechtung von 4 Arbeitsmedizinern

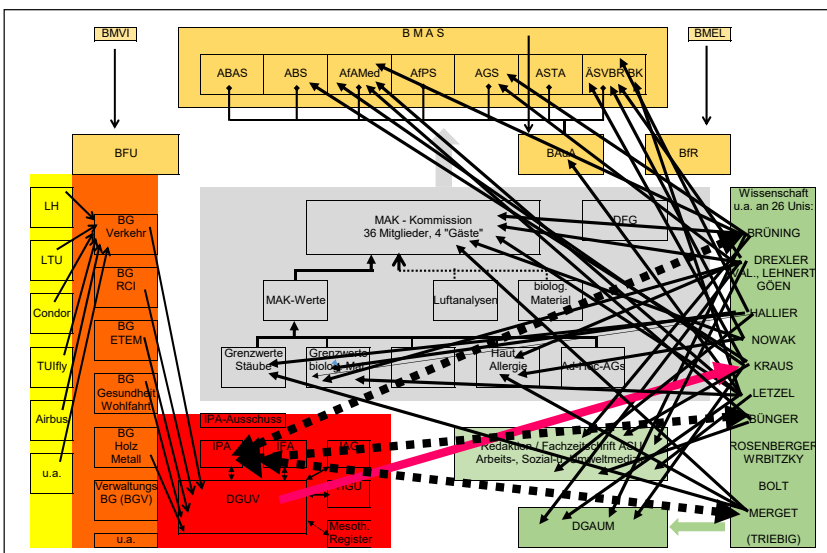


Abb. 6: Netzwerk von 8 Arbeitsmedizinern

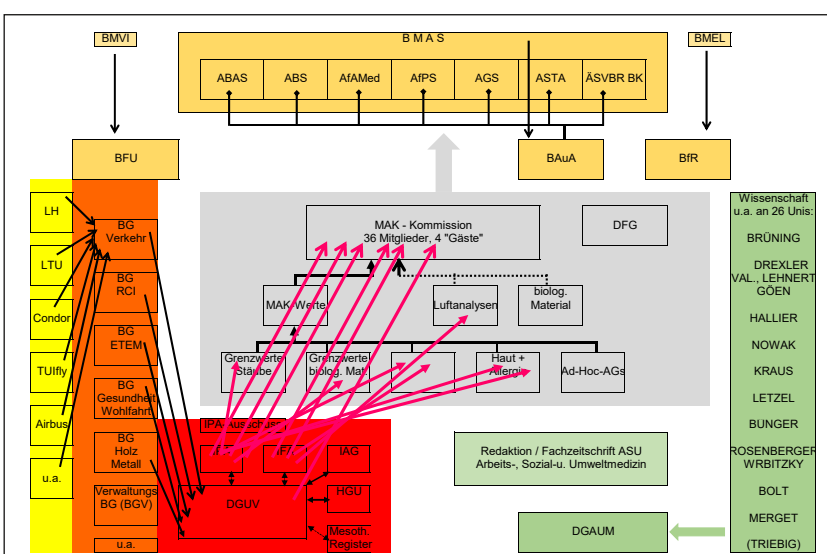


Abb. 7: DGVU und ihre Vertretungen in der MAK-Kommission

Drexlers langjähriger Stellvertreter in der DGAUM, Prof. Dr. med. Stephan Letzel von der Uni Mainz und dort langjähriger Leiter des „Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin“, zählt ebenfalls zu den wichtigsten deutschen Arbeitsmedizinern und ist präsent in der MAK, 2 BMAS-Ausschüssen sowie im Beirat der „Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin“, einer dem BMAS vorgelagerten Institution. Wie seine Kollegen Drexler, Brüning und Kraus ist auch er im Redaktionsausschuss der „ASU“.

Betrachtet man die potenziellen Einflusslinien nur dieser 4 Spitzenmänner der Arbeitsmedizin, von denen 3 aus der industrienahen Erlanger Valentin-Schule stammen (Drexler, Kraus, Letzel), und einer dabei mehr oder weniger auf der Pay-roll der GUV steht (Brüning), so zeigt sich, dass allein diese Minigruppe in allen relevanten Gremien vertreten ist: In der MAK-Kommission gleich drei Mal, ebenso im „Ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten“ (ÄSVBR BK) und im AGS mit zwei Vertretern. Damit gibt es regelmäßige fachliche Berührungspunkte (Abb. 5):

Erweitert man diese Betrachtung um weitere vier relevante Vertreter, sieht die formale Darstellung der Netzwerklinien folgendermaßen aus: Drei dieser acht wissenschaftlichen Repräsentanten sind gleichzeitig Angestellte des Systems der GUV (Brüning, Bünger, Merget)(Abb. 6):

Es lässt sich unschwer vorstellen, wie eine solche grafische Verflechtung aussähe, wollte man die deutschen „Top 20“ Arbeitsmediziner beruflich verorten. Faktisch hat praktisch jeder mit jedem zu tun. Die Dichte des Netzwerks ist hoch, ebenso der Kommunikations- und interne Abstimmungsaustausch, auf den wir in Kapitel 5 eingehen.

4.2 Einflusslinien des GUV-Systems

Für die GUV als Leistungsträger hat beispielweise die Höhe von Grenzwerten bestimmter potenzieller und/oder faktischer Gefahrstoffe oder Gefährdungen einen unmittelbaren Einfluss auf die Kalkulation ihrer Zwangsgebühren, die sie von den Unternehmen erhebt, weil mit deren Summe eventuelle Schäden bzw. Krankheitsfolgen finanziert werden müssen: Je höher die erlaubten Grenzwerte, mit denen Unternehmen operieren dürfen, desto geringer die zu finanzierenden Schäden und die erforderlichen Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz. Die entsprechend höheren Gesundheitsschäden für die betroffenen Arbeitnehmer fallen nicht in dieses Kalkül – sie werden als sog. externe Effekte auf die Kranken- und Rentenkassen überwälzt. So wird das Interesse verständlich, als gesetzlich installierte „Versicherungsinstitution“ auf diese fachlichen Diskussionen unter dem Aspekt der Kostenminimierung Einfluss nehmen zu können.

Die direkten (formalen) Einflusslinien auf die MAK-Kommission und ihren diversen Arbeitsgruppen zeigt die nachfolgende Grafik. Das System ist – in der Regel über das IPA- und/oder das IFA-Institut der deutschen GUHolding – in fast allen Gremien präsent (Abb. 7):

Gleiches gilt für die Möglichkeit, in den entscheidungsvorbereitenden Ausschüssen beim BMAS mitreden zu können. Hier kommen die Repräsentanten direkt aus dem zentralen Dach der DGUV (Abb. 8):

Führt man beide Grafiken zusammen, so wird deutlich, dass die unmittelbare Kommunikation des GUV-Systems mit der als unabhängig geltenden MAK-Kommission ebenso problemlos möglich ist wie jene mit allen politischen vorentscheidungsrelevanten Gremien beim zuständigen Ministerium (Abb. 9):

4.3 Zwei Systeme dominieren das Gesamtsystem GUV

Kombiniert man im letzten Schritt die Vernetzung durch die GUV und (wenigen) Vertretern der Arbeitsmedizin auf die potenziellen Möglichkeiten der unmittelbaren Einflussnahme auf die medizinisch-politischen Gremien, so sieht das Bild – rein grafisch bzw. formal betrachtet – folgendermaßen aus (Abb. 10):

Fazit: Das System der GUV ist in allen relevanten Gremien direkt vertreten und kann bereits formal gesehen so überall seine Interessen geltend machen. Zusätzlich ist dies auch indirekt über ihre eigenen Vertreter in der Arbeitsmedizin möglich. Inwieweit dieser Einfluss auch informell, sprich indirekt über das gesamte Teilsystem Arbeitsmedizin gelingt, ist Gegenstand der nachfolgenden Überlegungen.

5. Wie der ehemalige „Papst der Arbeitsmedizin“ die „herrschende Meinung“ bis heute nachhaltig organisiert

Das rekonstruierte Geflecht nahm seinen Anfang Ende der 60er Jahre mit dem Regierungsbeginn der sozialliberalen Koalition unter Willy Brandt, als nach den satten Wachstumsjahren und einem ersten Konjunkturreinbruch Aspekte wie „Humanisierung des Arbeitslebens“ und „Arbeitsschutz“ auf der Agenda standen. Ein neues „Arbeitssicherheitsgesetz“ regelte die Pflichten von Unternehmen, Betriebsärzte und/oder Sicherheitsingenieure einzustellen. Staatlich bestellte „Gewerbeärzte“ sollten die Maßnahmen überprüfen.

In diesem Kontext wurde in Erlangen die erste Professur für Arbeitsmedizin nach 1945 ausgeschrieben, die von dem Mediziner Dr. med. Helmut

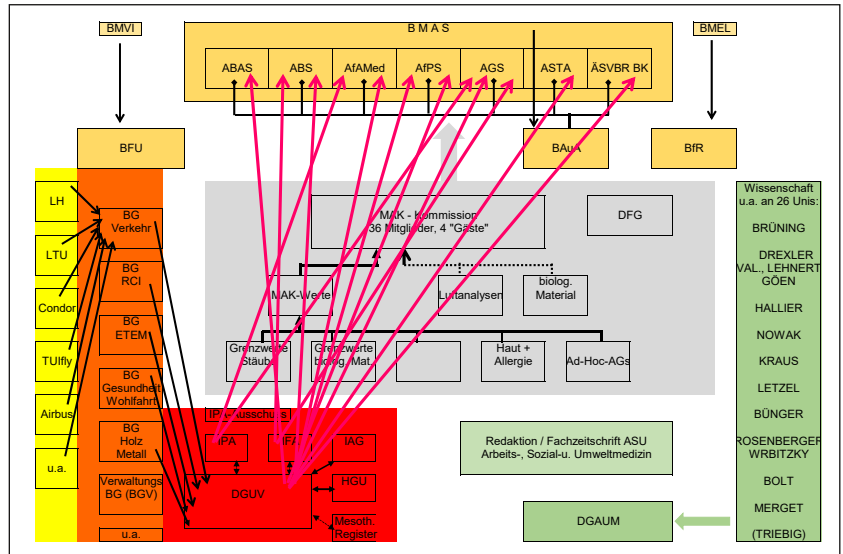


Abb. 8: DGUV und ihre Vertretungen in den Ausschüssen des BMAS

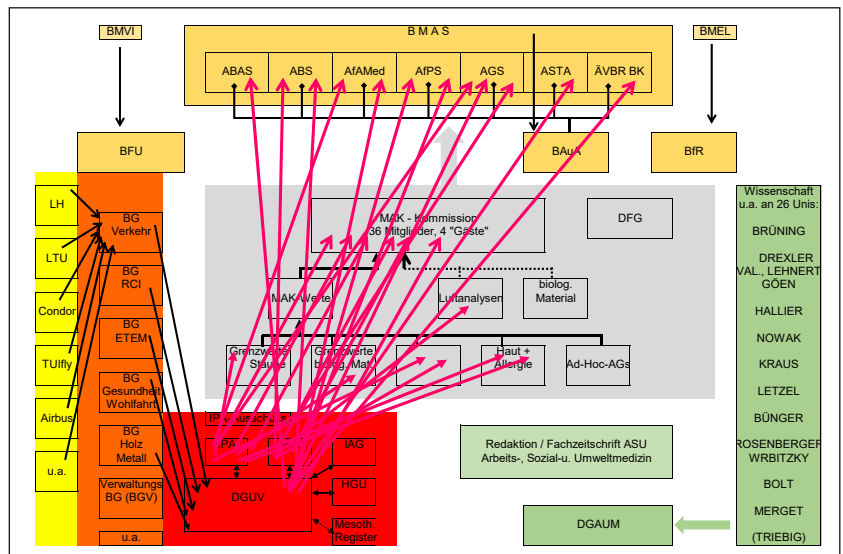


Abb. 9: DGUV in der MAK und im BMAS

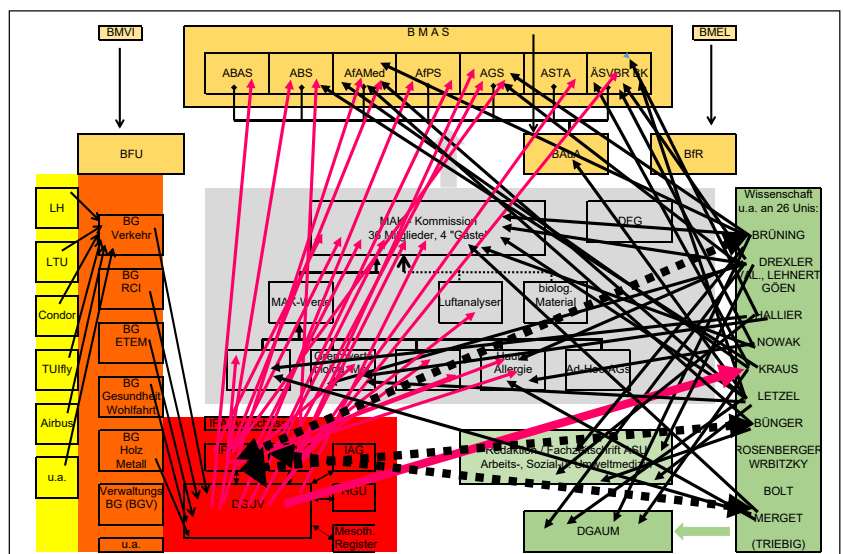


Abb. 10: Netzwerke der DGUV und der Arbeitsmedizin

Valentin besetzt wurde. Der sah seine Chance, als erster im Alter von 46 Jahren ein ganzes Themenfeld zu besetzen und seine von zwei ehemaligen NS-Medizinerinnen sozialisierten Philosophien zu verbreiten: Krankheiten, schwere allemal, galten als erbanlagenbegründet. Und die wiederum hingen von der Rassezugehörigkeit ab. Übersetzt in die notwendigerweise neue, jetzt bundesrepublikanische Nachkriegsära: Die Arbeitsmedizin habe zu beurteilen, „ob der zu Beurteilende aus gesundheitlichen Gründen noch für schwere, mittlere bzw. leichte Arbeit geeignet ist und in welchem Umfang.“ Ziel: Simulanten zu entlarven: „Bei Simulanten sind die Schwankungen ungewöhnlich groß und unmotiviert, denn der zu Prüfende kann an den verschiedenen Tagen den vorgetäuschten Wert nicht so gleichmäßig reproduzieren wie ein Gesunder oder ein organisch Kranker“, so der Lehrmeister von Helmut Valentin.¹⁸

Und so schlug sich Prof. Valentin, kaum dass er in offiziellen Würden war, „auf die Seite der Arbeitgeber, und er arbeitete im Interesse der Industrie“, wie Prof. Gine Elsner in ihrer Biographie gleich im Vorwort über ihren ehemaligen Ausbilder schreibt.¹⁹

5.1 Valentins Einbindung in das System

Der konkreten Beispiele gibt es viele. So hatte der Arbeitsmediziner etwa eine Verdoppelung des Grenzwertes (BAT-Wert) bei Quecksilber durchgesetzt – im Interesse eines der verarbeitenden Betriebe, den er kannte. Längst ist der Einsatz des Stoffes verboten. Als die Diskussion um das Rauchen begann, ließ er sich von der Zigarettenindustrie „kaufen“.²⁰ Ähnlich bei Asbest: Als sich die ersten Kritiker regten, hatte Valentin den Vorsitz eines „Unabhängigen Wissenschaftlichen Beirats“ der Asbestindustrie angenommen, dessen Aufgabe es war, im Stillen Kritiker mundtot zu machen. Die Existenz dieses Gremiums wurde bewusst verheimlicht.²¹

Mit der notwendigen Unterstützung des GUV-Systems baute Valentin sein Erlanger Institut zur arbeitsmedizinischen Kaderschmiede aus: Viele wichtige Lehrstühle an anderen Hochschulen wurden mit jungen Arbeitsmedizinern aus der „Erlanger Valentin-Schule“ besetzt. Bis heute agieren dort Valentin-Schüler in zweiter, dritter und vierter Generation und perpetuieren die „herrschende Meinung“.²² Diese hat Niederschlag v. a. in zwei spezifischen Standardformulierungen gefunden, die sich regelmäßig in Gutachten und über diesen Weg in unzähligen richterlichen Entscheidungen finden: a) die ablehnende arbeitsmedizinische Begründung mit dem Hinweis auf eine „schicksalshafte Erkrankung“ sowie b) die „nicht hinreichende Wahrscheinlichkeit“ eines Kausalzusammenhangs zwischen Ursache (Gefahrstoff) und Wirkung (Berufskrankheit).

5.2 Arbeitsmedizinisches Standardwerk, Valentin-Schüler und Gutachtenpraxis

Um seiner Sicht der Dinge das notwendige Gewicht zu verleihen, gab Prof. Valentin ein Standardwerk heraus, dessen Titel bereits die Adressaten deutlich macht: „Arbeitsunfall und Berufskrankheit: Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte“. Mit mehr als 1.300 Seiten existiert es inzwischen in der 9. Auflage. Um die Reichweite und Durchschlagskraft zu sichern, fungieren als Mitherausgeber zwei hohe Funktionäre zweier Berufsgenossenschaften.²³ Autoren sind u. a. seine vielen „Schüler“, die seine Arbeitsmedizin-

Philosophie mittragen und weiter verbreiten: in ihren Forschungen und Publikationen und in der täglichen Praxis im Rahmen ihrer Gutachten für die Gerichte.

Gleiches gilt für die wichtigste Fachzeitschrift „ASU – Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin“, die sich als „Zeitschrift für medizinische Prävention“ versteht und vom Berufsverband „DGAUM“ („Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin“) herausgegeben wird. Unter anderem in deren Redaktion: Brüning (IPA-Institut) sowie die Valentin-Schüler Drexler, Kraus und Letzel, deren Einbindung in das GUV-System wir bereits skizziert haben.

Einer der bedeutendsten Vertreter der „Erlanger Schule“, zuletzt Arbeitsmedizinprofessor in Heidelberg, Prof. Gerhard Triebig, mehrfacher Mitautor des Standardwerks sowie Verfasser vieler medizinischer Veröffentlichungen, in denen er regelmäßig Ursache-Wirkungszusammenhänge insbesondere bei chemischen Lösemitteln klein geschrieben hatte, war maßgeblich an der Erstellung des „BK-Report 3/99: BK 1317“ der DGUV beteiligt, in der er eine Meinung vertrat, die international längst widerlegt war. Folge: Die Anerkennungsquote seitens der BGen sank auf 4,4 %. Ein Kollege, der als Mitglied im „ÄSVBR ‚BK‘“ saß, hatte parallel das wiss. Merkblatt dazu verfasst. 2004 flog die Manipulation auf. Der ehemalige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU), in dessen Ägide die BK 1317 eingeführt worden war, sprach von „organisierter Falschdarstellung“, denn „Gutachter führen Ärzte in die Irre.“ Konkret: Im fraglichen BK-Report „werden wissenschaftliche Quellen angegeben, die das genaue Gegenteil von dem enthalten, was sie angeblich belegen sollen.“ Report und Merkblatt mussten zurückgezogen werden.²⁴

Eine solche Praxis, Erkenntnisse auszublenden, die einem ggfs. intendierten Zweck und Ziel widersprechen, um ein gewünschtes Ergebnis zu erhalten, etwa im Zusammenhang mit einer gutachterlichen Beauftragung lässt sich regelmäßig beobachten. Der Verfasser hat in 5 detaillierten Fallstudien derlei Vorgehensweisen von sog. Gefälligkeitsgutachten beschrieben, die sich eigentlich nur zwischen (un)bewusster Unkenntnis und bewusster Fälschung bewegen können.²⁵

5.3 Zitierkartelle und „embedded collusion“: (Ver)Schweigekartelle

In den Wirtschaftswissenschaften erklärt man mit dem Phänomen „Schweigekartell der Oberingenieure“ den Umstand, dass ganze Branchen damit beispielsweise höhere Umweltstandards, sprich höhere Kosten vermeiden können, indem sie bessere Lösungen durch neue Techniken verschweigen. Diese Gesetzmäßigkeit lässt sich auf das GUV-System übertragen: Solange der Mainstream der wissenschaftlichen Arbeitsmedizin Erkenntnisse ausblendet, die bei der GUV zu höheren Anerkennungsquoten führen würden, bleibt das Versicherungsleistungsniveau auf niedrigem Stand. Gleiches lässt sich über die Steuerung, sprich Ein-und/oder Ausgrenzung von anstehenden Forschungsfragen erreichen.

Allgemein sind in den Wissenschaftsdisziplinen Zitierkartelle bekannt, die unterschiedlichen Zwecken dienen, Stichwort Impact-Faktor. Sie fungieren andererseits aber auch zur Abgrenzung unterschiedlicher Paradigmen oder Schulen im wissenschaftlichen Erkenntniswettbewerb.

In der Arbeitsmedizin lässt sich dieses Prinzip ebenfalls beobachten. Darüber hinaus aber ein sehr spezielles, das hier als „*embedded collusion*“ bezeichnet werden soll. Arbeitsmediziner publizieren sehr häufig gemeinsam mit Vertretern einer jeweils anderen „Schule“ bzw. Interessensinstitution: unabhängige Hochschulprofessoren finden sich zusammen mit Vertretern der DGUV-Wissenschaftsinstitutionen.

Damit lassen sich unterschiedliche, sprich abweichende Meinungen und wissenschaftliche Diskussionsprozesse von vornherein verhindern. Anders gesagt: Diese spezifische Art der einheitlichen Konsensbildung garantiert eine stabile „herrschende Meinungs“-Produktion.²⁶ Sie findet sich regelmäßig, teilweise im originalen Wortlaut, in den ablehnenden Begründungen der Sozialgerichtsurteile wieder.

6. Schlussbetrachtung des heutigen Systems GUV: Monopol und systemische Interessenskonflikte. Auch systemische Korruption?

6.1. Das System als Monopol

Die institutionelle Verflechtung aller vier Teilsysteme zu einem Gesamtsystem „Gesetzliche Unfallversicherung“ bedeutet ein hohes Maß an gegenseitiger Abhängigkeit, die auf einer gut eingespielten Arbeitsteilung basiert: Die einzelnen BGen, die nichts anderes als spezifische Fachabteilungen der DGUV darstellen, sind für die Übernahme der reklamierten Schadensersatzansprüche gegenüber den Geschädigten zuständig. Benötigen sie zur Ablehnung entsprechender BK-Anträge die gutachterliche Unterstützung der Arbeitsmedizin, so kommt ihnen diese zuvorkommend zur Hilfe – die Auftragnehmer, für die solche Gutachten einen angenehmen Nebenerwerb darstellen, wissen was von ihnen erwartet wird, um den Auftragsfluss nicht zu stören. Die Interessenslagen der GUV und der Arbeitsmedizin gehen großenteils in dieselbe Richtung. Zugespielt: Die Arbeitsmedizin ist integraler Bestandteil der GUV.

Da das GUV-System im Gegensatz zum Krankenkassensystem keinerlei Konkurrenz kennt, stellt das Gesamtsystem letztlich ein einzigartiges Monopol dar, das diese vier Funktionen kontrolliert:²⁷

- 1) Die faktische Definitionshoheit über die Anwendung von gesetzten Regelwerken. Beispiel „25 Asbestfaserjahre“ als Mindestexposition: Wie ist diese Formel zu berechnen, was sind typische Erfahrungswerte von Expositionen, deren Dauer und Stärke bei spezifischen Arbeitstätigkeiten (beim Flexen, Verlegen etc), was sind klassische Dosis-Wirkungs-Beziehungswerte etc.? Dabei stützt sich die DGUV auf die Zulieferung ihrer eigenen Wissenschaftsinstitutionen, die sie in eigenen „BK Reports“, in Fachzeitschriften, auf Kongressen usw. kommuniziert.
- 2) Die Ermittlungskompetenz bei Anzeigen auf Anerkennung einer BK: Was wird an (unwiderlegbaren) Fakten von den auf spezielle Krankheitsbilder getrimmten Sachbearbeitern akzeptiert, was nicht, welche Gutachter werden zur Klärung von Detailfragen eingesetzt? Dies geschieht v. a. im laufenden Antragsverfahren, sprich im Vorfeld von gerichtlichen Auseinandersetzungen.

- 3) Die Bewertung der Anwendung von Definitionen und/oder darüber ermittelten Fakten und Zusammenhängen: entweder durch gutachterliche „Stellungnahmen“ beispielsweise durch das Mesotheliomregister oder vertraglich an eine BG gebundene „Beratungsärzte“ (Arbeitsmediziner) bei der Prüfung von Anträgen und/oder im Zusammenhang mit Vorschlägen bei der Auswahl von Gutachtern im gerichtlichen Verfahren.
- 4) Die vierte Funktion ist die der Kostenträgerschaft: Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften ist die GUV – im Prinzip – verpflichtet, für entstandene Gesundheitsschäden aufzukommen. De facto betrifft dies im Durchschnitt über alle BK-Anträge 25 % (ohne Coronafälle).

6.2. Systemische Interessenskonflikte

Bis Mitte der 90er Jahre galt in der medizinischen Ethikdiskussion das Konzept des „*potenziellen Interessenskonflikts*“, der dann zu verzeichnen war, wenn ein solches Dilemma zu einem verzerrten Urteil oder Handeln geführt hatte. Dabei handelt es sich um eine ex-post-Betrachtung, die bei genauerer Analyse nicht möglich ist: „Die kognitiven Prozesse, die Urteilen und Handlungen zugrunde liegen, bleiben selbst den Betroffenen häufig unbewusst und entziehen sich der Beweisbarkeit“, konstatieren zwei der führenden Ethik- und Korruptionsforscher, David Klemperer und Klaus Lieb.²⁸ Deswegen hat sich – in Anlehnung an Thompson 1993²⁹ – auch die AWMF 2010 auf eine andere Definition geeinigt, die auf eine ex-ante-Betrachtung abstellt: Situationen, die „ein Risiko dafür schaffen, dass professionelles Urteilsvermögen oder Handeln, welche sich auf ein primäres Interesse beziehen, durch ein sekundäres Interesse unangemessen beeinflusst werden“ (können), gelten als „Interessenskonflikte“.

Überträgt man dieses Konzept auf das oben beschriebene Monopol, das insgesamt 4 miteinander konfligierende Situationen strukturell zementiert hat, so lassen sich diese zweifelsfrei als „systemische“ Interessenskonflikte bezeichnen. Die Widersprüche liegen auf der Hand: Wer das Kostenrisiko für bestimmte Konstellationen trägt, sorgt schon aus rein ökonomischen Gründen dafür, die dafür in Frage kommenden Faktoren so gering wie möglich zu halten.

6.3 Systemische (institutionelle) Korruption?

Die US-amerikanische Korruptionsforschung war der deutschen schon immer weit voraus. Dort kam der Begriff „*institutionelle*“ bzw. „*systemische*“ Korruption bereits in den 70er Jahren auf (Caiden & Caiden). Im deutschsprachigen Schrifttum erstmals 2016.³⁰ Die aktuellste Definition stammt vom US-Verfassungsrechtler Lawrence Lessig aus 2013, die sich auf 8 Kriterien stützt: „Institutional corruption is manifest when there is a systemic and strategic influence which is legal, or even currently ethical, that undermines the institution’s effectiveness by diverting it from its purpose or weakening its ability to achieve its purpose, including, to the extent relevant to its purpose, weakening either the public’s trust in that institution or the institution’s inherent trustworthiness.“³¹

Die vier wichtigsten Kennzeichen sind demnach 1) ein „systemischer“, d. h. systembedingter und/oder strategischer Einfluss, der die Effektivität/Effizienz einer Institution untergräbt, ohne dabei – formal gesehen – 2) gegen Gesetze zu verstoßen. Die beiden anderen Kriterien stellen auf den Effekt ab: Ergebnis

„institutionalisierter“ („systemischer“) Korruption sind 3) die Schwächung einer Institution bzw. deren eigentliche Aufgabenerfüllung. Dabei kann es 4) zu einem öffentlichen Vertrauensverlust in eben diese Institution kommen.

Autor:

Prof. Dr. Johannes Ludwig
Tel.: 0176-52 00 69 15
E-Mail: mail@johannesludwig.de
www.ansTageslicht.de/Risikowahrnehmung

Aus den bisherigen Darstellungen und Überlegungen lässt sich schlussfolgern, dass diese vier Kriterien allesamt auf den gegenwärtigen Zustand der „Gesetzlichen Unfallversicherung“ zutreffen. Ursprünglich war das allerdings anders gedacht.

Quellen und Anmerkungen

- 1 Vgl. „BG RCL.magazin“ (Zeitschrift der Berufsgenossenschaft Rohstoffe und Chemische Industrie), Ausg. 7/8 Juli/August 2010, S. 5
- 2 Der Autor hatte vor der Bundestagswahl 2021 in insgesamt 17 wöchentlichen Rundschreiben versucht, die (Noch-)Parlamentarier für dieses Problem zu sensibilisieren (vgl. www.ansTageslicht.de/MdB): erfolglos
- 3 Von BISMARCK, Otto (1924): Gesammelte Werke (Friedrichsruher Ausgabe), Vol. 9. 1924, S. 195
- 4 Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der GRÜNEN, BT-Drucksache19/4093 v. 28.8.2018, dort Frage/Antwort 6 auf S. 4
- 5 CAIDEN, Gerald E. und CAUDEN Naomi J. (1977): Administrative Corruption. In: Public Administration Review, 37.1977, No. 3: 301-309 sowie LESSIG, Lawrence: siehe Fußnote 31
- 6 So der zuständige Referatsleiter (IV a 4) Harald GOEKE im Mai 2018 schriftlich gegenüber einer Petentin, vgl. www.ansTageslicht.de/BierundAsbest
- 7 Eine Ausnahme hat inzwischen der Bundesrechnungshof durchsetzen können, allerdings nur mit Hilfe eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts (Az: 6 C 12/19 v. 12.5.21). Er darf jetzt die Bücher prüfen. Über den Ausgang ist noch nichts bekannt
- 8 Weil die Universität vormalig an chronischer Unterfinanzierung litt, hatte die DGUV mit dem Bundesland NRW ein ‚Geschäft‘ vereinbart: Das GUV-System finanziert und unterhält das Universitätsklinikum Bergmannsheil und kann dafür ihr IPA-Institut dort einbringen. Auf diese Weise kann sich der IPA-Direktor gleichzeitig auch als „unabhängiger“ Universitätsprofessor darstellen
- 9 Details unter www.ansTageslicht.de/Mesotheliomregister
- 10 Vgl. dazu www.ansTageslicht.de/Reform
- 11 Von links nach rechts: ABAS = Ausschuss für Biologische Stoffe; ABS: Ausschuss f. Betriebssicherheit; AfAMed: Ausschuss f. Arbeitsmedizin; AfPS: Ausschuss f. Produktsicherheit; AGS: Ausschuss f. Gefahrstoffe; ASTA: Ausschuss f. Arbeitsstätten;
- 12 Die Betreuung bzw. ‚Geschäftsführung‘ dieser Gremien wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) wahrgenommen
- 13 www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis-kompakt/F3.html
- 14 Zur generellen Problematik siehe BÄCHI, Beat (2010): Zur Krise der westdeutschen Grenzwertpolitik in den 1970er Jahren: Die Verwandlung des Berufskrebses von einem toxikologischen in ein sozioökonomisches Problem. In: Ber. Wissenschaftsgesch. 33, 419-435; REINHARDT, Carsten (2010): Regulierungswissen und Regulierungskonzepte. In: Ber. Wissenschaftsgesch. 33: 351-164, insbes. 358 sowie für das konkrete Beispiel Passivrauchen: HIEN, Wolfgang/HELMERT, Uwe (2009): Der verdeckte Einfluss der Tabakindustrie auf Personen und Institutionen der Arbeitsmedizin, in: UMG 2009 (22.1): 46-54
- 15 Website der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin (DGAUM) am 17.3.2020
- 16 Vgl. Fußnote 4
- 17 Vgl. SPIEGEL v.2.2.2018: „Wir haben das nicht hinterfragt“
- 18 Prof. Dr. med. Hugo Wilhelm KNIPPING, Uni Köln, im Jahr 1938
- 19 ELSNER, Gine (2011): Konstitution und Krankheit. Der Arbeitsmediziner Helmut Valentin (1919-2008) und die Erlanger Schule. Hamburg: VSA
- 20 HIEN, Wolfgang (2009): Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz. Wie die Tabakindustrie über Jahrzehnte einen gesetzlichen Schutz verhinderten. In: Soziale Sicherheit 2009 (5): 185-192
- 21 Details unter www.ansTageslicht.de/Valentin sowie www.ansTageslicht.de/Asbestchronologie-II
- 22 Auf die vielen Mitgliedschaften und Vorsitzfunktionen in Fachgesellschaften und Medizinischen Akademien wird hier aus Platzgründen nicht eingegangen
- 23 Prof. Dr. Gerhard MEHRTENS von der BG W sowie Dr. jur. Alfred SCHÖNBERGER, vormalig stellv. Hauptgeschäftsführer der BG Chemie
- 24 Ausführlich unter www.ansTageslicht.de/BK1317
- 25 Prof. DREXLER: www.ansTageslicht.de/Harnblasenkrebs sowie www.ansTageslicht.de/NuernbergerJustiz; Prof. LETZEL: www.ansTageslicht.de/Letzel; Prof. TRIEBIG: www.ansTageslicht.de/TRIEBIG; Dr. Prager: www.ansTageslicht.de/Prager
- 26 Beispiel: 2008 hatte DREXLER in einem Buchbeitrag („Ethik in der Arbeitsmedizin“) darüber geklagt, dass er „nur noch selten ein Harnblasen-Ca zur Begutachtung“ erhalte. Der von ihm vermutete Grund: „Nachdem ich mich kritisch mit dem Arylamin-Wert von Herrn Kollegen Brüning auseinandergesetzt habe.“ Inzwischen erhält DREXLER wieder solche Gutachtaufträge. Weshalb, darüber wollen wir nicht spekulieren. Inzwischen publiziert er auch wieder mit „Herrn Kollegen Brüning“ (IPA-Chef) regelmäßig. Z.B. just über dieses Thema: „Das beruflich bedingte Harnblasencarcinom“, erschienen in der ASU (3/1922), in deren Redaktion beide vertreten sind: eine Art von Konsenspapier. Ähnlich Prof. D. NOWAK: Nachdem ich mich in Gutachten bei der Erläuterung der erforderlichen Maßnahmen nach § 3 Berufskrankheiten-Verordnung kritisch mit dem Präventionskonzept der BGN, das in meinen Augen nicht ausreichend validiert ist, auseinandergesetzt habe, erhielt ich keine Gutachtaufträge mehr.“ Geht man die einschlägigen Literaturlisten der Arbeitsmediziner durch, so ist eine hohe Dichte an „embedded collusion“ zwischen Hochschulmedizinern und GUV-beschäftigten Wissenschaftlern nicht zu übersehen
- 27 Vgl. WOITOWITZ, Hans-Joachim/BAUR., Xaver/HEILMANN, Joachim (2017): Sozialpolitische Problematik bei der Begutachtung (Teil 2): was geändert werden sollte. In: Soziale Sicherheit H.1: 18-22
- 28 THOMPSON, Dennis F. (1993): Understanding Financial Conflicts of Interest. In: New England Journal of Medicine, 329(8): 573-576
- 29 THOMPSON, Dennis F. (1993): Understanding Financial Conflicts of Interest. In: New England Journal of Medicine, 329(8): 573-576
- 30 KÖLBEL, Ralf, HEROLD,Nico, LUBNER, Saskia Marieke (2016): Institutionelle Korruption im Pharmavertrieb. In: HOVEN, Elisa, KUBICIEL, Michael (Hrsg.) Korruption im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos, 191 – 222
- 31 LESSIG, Lawrence (2013): „Institutional Corruption“ Defined. In: Institutional Corruption and the Pharmaceutical Industry, Journal of Law, Medicine & Ethics, Fall 2013: 2-4. Dort werden auch die Kriterien genauer erklärt.

umwelt · medizin gesellschaft

HUMANÖKOLOGIE • SOZIALE VERANTWORTUNG • GLOBALES ÜBERLEBEN

Fremd- und Schadstoffe in Nahrungsmitteln

Vereinsorgan der Verbände:

Deutscher Berufsverband
Klinischer Umweltmediziner e.V. (dbu)

Deutsche Gesellschaft für
Umwelt-ZahnMedizin e.V. (DEGUZ)

Deutsche Gesellschaft für Umwelt-
und Humantoxikologie e.V. (DGUHT)

European Academy for Environmental
Medicine e.V. (EUROPAEM)

Interdisziplinäre Gesellschaft
für Umweltmedizin e.V. (IGUMED)

Ärztegesellschaft für Klinische
Metalltoxikologie e.V. (KMT)

