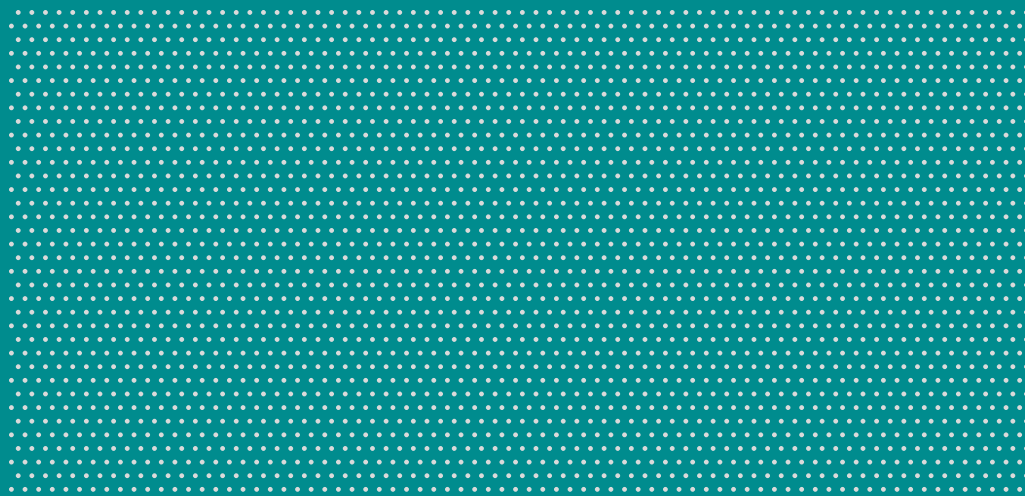


Bamberger Empfehlung

Empfehlung zur Begutachtung
von arbeitsbedingten Hauterkrankungen
und Hautkrebserkrankungen



Impressum

Herausgeber:
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Tel.: 030 288763800
Fax: 030 288763808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

Redaktion: Steffen Krohn, Stefanie Palfner

Ausgabe Juni 2017

Zu beziehen unter www.dguv.de/publikationen, Bestellnummer 10196.

Bamberger Empfehlung

Empfehlung zur Begutachtung
von arbeitsbedingten Hauterkrankungen
und Hautkrebsserkrankungen

Kurzfassung

Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebserkrankungen – Bamberger Empfehlung –

Hautkrankheiten sind in der gesetzlichen Unfallversicherung die am häufigsten gemeldeten Erkrankungen bei Erwerbstätigen. In der Vergangenheit handelte es sich dabei weit überwiegend um Handekzeme der Berufskrankheit (BK) Nr. 5101. Mit Aufnahme der BK Nr. 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ zum 1. Januar 2015 bestimmen zunehmend auch Hautkrebserkrankungen das BK-Geschehen. Teil 2 der Bamberger Empfehlung enthält eine Übersicht der zurzeit nach deutschem Recht anerkenungsfähigen Hautkrebserkrankungen.

Haut- und Hautkrebserkrankungen entstehen in der Regel durch das Zusammenwirken von verschiedenen Faktoren, die natürlich auch arbeitsbedingt sein können. Dabei ist die Beurteilung, ob eine Erkrankung im Einzelfall arbeitsbedingt verursacht oder ggf. verschlimmert ist, häufig nicht einfach und soll sich immer am aktuellen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse orientieren. Gleiches gilt für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), bei der auf allgemein anerkannte Erfahrungssätze zurückzugreifen ist.

Seit dem Jahr 2003 stehen mit dieser bereits mehrfach überarbeiteten Begutachtungsempfehlung wissenschaftlich fundierte Beurteilungsgrundlagen für arbeitsbedingte Hautkrankheiten zur Verfügung. Diese haben maßgeblich zur Gleichbehandlung der betroffenen Versicherten beigetragen. Die Weiterentwicklung des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes, Änderungsvorschläge aus Wissenschaft und Praxis und Änderungen bei den rechtlichen Rahmenbedingungen führen zu regelmäßigen Aktualisierungen durch einen interdisziplinär besetzten Arbeitskreis.

Die Bamberger Empfehlung folgt im Aufbau dem typischen Begutachtungsablauf, der zunächst die Sicherung der Diagnose, dann die Beurteilung des Zusammenhangs und im Anschluss die Beurteilung der Funktion sowie der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beinhaltet. Therapieempfehlungen sollen sich immer an den einschlägigen Leitlinien orientieren. In einem gesonderten Kapitel werden Hinweise zu möglichen Maßnahmen der Individualprävention nach § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) gegeben.

Abstract

Recommendations for assessment of skin diseases and skin cancer diseases of occupational origin – Bamberg recommendation –

Within the German Social Accident Insurance, skin diseases are the most frequently reported diseases among gainfully employed persons. In the past, the great majority of such cases concerned hand eczema classified as formally recognized occupational disease (BK) No 5101. Following adoption on 1 January 2015 of occupational disease No 5103, “squamous-cell carcinomas of the skin and multiple actinic keratoses of the skin caused by natural UV radiation“, skin cancer diseases are also becoming increasingly significant in assessments of occupational disease. Part 2 of the Bamberg recommendation contains an overview of the skin cancer diseases that may be formally recognized as cases of occupational disease under German law at the present time.

Skin diseases and skin cancer diseases are generally caused by interaction between a number of factors, some of which can of course be work-related. Assessment of whether a particular case of a disease has been caused or possibly exacerbated by work-related factors is however not always easy, and should always be based upon the latest medical and scientific findings. The same applies to assessment of the reduction in earning capacity, for which recourse is made to generally recognized empirical observations.

Since 2003, scientifically validated principles for the assessment of skin diseases of occupational origin have been available in the form of these recommendations, which have already been revised several times. They have contributed substantially to the affected insured individuals being treated equally. Further development of medical and scientific knowledge, proposals from the research community and the field for amendments, and changes to the underlying legislation give rise to regular updates by an interdisciplinary working group.

The structure of the recommendations made in the Bamberg recommendation follows the typical procedure for assessment, beginning with verification of the diagnosis, followed by assessment of the circumstances, and finally assessment of the worker's function and his or her reduction in earning capacity. All recommendations for treatment should be based upon the relevant guidelines. A separate chapter provides information on possible personal preventive measures in accordance with Section 3 of the German Occupational Diseases Ordinance (BKV).

Résumé

Recommandation concernant l'expertise des dermatoses et cancers de la peau liés à l'activité professionnelle – Recommandation de Bamberg –

Les dermatoses sont les maladies les plus souvent déclarées par les actifs à l'assurance accidents légale. Par le passé, il s'agissait le plus souvent – et de loin – d'eczéma de la main, correspondant à la maladie professionnelle (BK) n° 5101. Avec l'ajout, au 1^{er} janvier 2015, au tableau des maladies professionnelles, de la BK n° 5103 « Carcinome épidermoïde ou kératoses actiniques multiples de la peau provoqués par une exposition au rayonnement ultraviolet naturel », les cancers de la peau sont également de plus en plus présents parmi les maladies professionnelles. La partie 2 de la Recommandation de Bamberg contient un aperçu des cancers de la peau susceptibles d'être actuellement reconnus comme maladies professionnelles selon le droit allemand.

Les dermatoses et cancers de la peau sont généralement provoqués par l'interaction de différents facteurs qui, bien entendu, peuvent être aussi liés à l'activité professionnelle. Or, il est souvent difficile de juger si, dans un cas d'espèce, une maladie est provoquée ou a, le cas échéant, empiré, du fait de l'activité professionnelle. Ce jugement doit toujours se baser sur l'état actuel des connaissances médico-scientifiques. Ceci vaut également pour l'évaluation d'une incapacité partielle de travail, pour laquelle il convient de recourir à des règles empiriques généralement reconnues.

Disponible depuis 2003, cette recommandation en matière d'expertise, texte qui a fait l'objet de plusieurs révisions, fournit des bases scientifiquement fondées pour l'évaluation des dermatoses provoquées par l'activité professionnelle. Ces bases ont contribué pour une part essentielle à l'égalité de traitement des assurés concernés. Les avancées médico-scientifiques, les modifications suggérées par les chercheurs et les praticiens, ainsi que l'évolution du cadre juridique débouchent régulièrement sur des actualisations effectuées par un cercle de travail de composition interdisciplinaire.

La Recommandation de Bamberg suit le déroulement typique d'une expertise : d'abord la confirmation du diagnostic, puis le jugement de la relation de cause à effet, et enfin l'évaluation de la fonction et le degré d'incapacité de travail. Les recommandations thérapeutiques doivent toujours s'orienter sur les lignes directrices pertinentes. Un chapitre séparé contient des indications sur des mesures possibles de prévention individuelle, conformément à l'article 3 de l'ordonnance allemande sur les maladies professionnelles (BKV).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8	5	Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit	24
Ziele	9	5.1	Minderung der Erwerbsfähigkeit	24
		5.2	Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit	24
		5.3	Erläuternde Hinweise	26
		5.3.1	Ausmaß der Hauterscheinungen, auch nach irritativer Schädigung	26
		5.3.2	Auswirkung der Allergie	26
		5.4	Besondere Hinweise	27
Teil I: Hauterkrankungen		6	Anwendung des § 3 BKV	28
1 Allgemeines zur BK-Nr. 5101	10	6.1	Rechtliche Grundlagen	28
2 Erforderliche Untersuchungen (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermatologischen Gutachten)	11	6.2	Auswahlkriterien für § 3 Maßnahmen	29
2.1 Anamnese	11	7	Empfehlungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung Erfordernis, Umfang, Intervall	30
2.2 Befunde	11	8	Nachbegutachtung	31
2.2.1 Klinische Befunde	11			
2.2.2 Testungen und diagnostischer Umfang	11			
2.3 Dokumentation	13			
2.4 Begutachtung nach Aktenlage	13			
2.5 Wiederholungsgutachten	13			
3 Beurteilung	14			
4 Rechtliche Grundlagen	15			
4.1 Verwaltungsverfahren und Begutachtung	15			
4.2 Krankheit	15			
4.3 Versicherte, schädigende Einwirkung (Typische Exposition)	16			
4.4 Kausalitätsgrundsätze	16			
4.5 Besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen	19			
4.5.1 Schwere	19			
4.5.2 Wiederholte Rückfälligkeit	20			
4.5.3 Wahlfeststellung	20			
4.5.4 Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit	20			
4.6 Zusammenwirken von Unfallversicherungsträger und ärztlichen Sachverständigen	22			
4.7 Rente	23			

Teil II: Hautkrebserkrankungen

1	Allgemeines zu arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen	32	5	Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit	46
2	Erforderliche Untersuchungen (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermatologischen Gutachten)	34	5.1	Minderung der Erwerbsfähigkeit	46
2.1	Anamnese	34	5.2	Empfehlungen zur Einschätzung der MdE	46
2.2	Befunde	35	5.2.1	MdE Einschätzung bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402	47
2.2.1	Klinische Befunde	35	5.2.2	MdE Einschätzung bei der BK-Nr. 5103	48
2.4	Begutachtung nach Aktenlage	35	6	Anwendungen des § 3 BKV bei bösartigen oder zur Bösartigkeit neigenden Erkrankungen der Haut	49
3	Beurteilung	36	6.1	Rechtliche Grundlagen	49
4	Rechtliche Grundlagen	37	7	Empfehlungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation/Hilfsmittelversorgung, Erfordernis, Umfang, Intervall	52
4.1	Verwaltungsverfahren und Begutachtung	37	8	Nachbegutachtungen	53
4.2	Besonderheiten der Hautkrebserkrankungen	37		Klassifikation der bösartigen Tumoren der Haut (nach Naldi und Diepgen 2007)	54
4.2.1	Berufskrankheit Nr. 1108 Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen	37		Literatur	55
4.2.2	Berufskrankheit Nr. 2402 Erkrankungen durch ionisierende Strahlen	37		Mitwirkende bei der Erarbeitung der Bamberger Empfehlung	57
4.2.3	Berufskrankheit Nr. 5102 Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe	37			
4.2.4	Berufskrankheit Nr. 5103 Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung	38			
4.2.5	Hautkrebserkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII	40			
4.2.6	Narbentumoren	41			
4.3	Versicherte, schädigende Einwirkung (Typische Exposition)	41			
4.4	Kausalitätsgrundsätze	42			
4.5	Zusammenwirken von Unfallversicherungsträger und ärztlichen Sachverständigen	44			
4.5	Rente	45			

Vorwort

Die vorliegende Überarbeitung der bislang als „Bamberger Merkblatt“ bekannten Begutachtungsempfehlung für die Begutachtung von Haut- und Hautkrebserkrankungen (Teil 1: Berufskrankheit (BK) Nr. 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“ und Teil 2: Hautkrebserkrankungen gemäß BK-Nrn. 1108, 2402, 5102, 5103) wurde von Oktober 2010 bis November 2015 auf gemeinsame Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV) in einem interdisziplinären Arbeitskreis auf Konsensbasis erstellt.

Beteiligt waren benannte Vertreterinnen und Vertreter der folgenden Fachgesellschaften und Organisationen:

- Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) und die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
- Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte (VDSG)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
- Unfallversicherungsträger (BG BAU, BGHM, BG RCI, BGW, BGN)

Bei den zu erarbeitenden Inhalten wurde auf eine Trennung von medizinischen und juristischen Inhalten geachtet. Die medizinischen Inhalte zu denen auch die medizinischen Grundlagen für die neuen MdE-Tabellen bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen zählen, wurden von den medizinischen Sachverständigen entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Leitlinienentwicklung unabhängig unter Leitung der ABD beraten, die juristischen Inhalte von Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungen unter Leitung der DGUV.

Anlass der Überarbeitung war die für Begutachtungsempfehlungen vereinbarte turnusmäßige Aktualisierung nach Ablauf von fünf Jahren.

Die Überarbeitung orientiert sich an den „Grundsätzen der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ sowie an der „Gemeinsamen Empfehlung der AWMF und der DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMP (Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention) bei der Entwicklung von Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten“ (Stand 05.10.2009).

Gegenüber der Voraufgabe wurden in der Begutachtungsempfehlung in Teil 1 die Inhalte bezüglich Verschlimmerung anlagebedingter Erkrankungen hinzugefügt sowie in Teil 2 die Inhalte zu arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen durch natürliche UV-Strahlung konkretisiert, nachdem im August 2013 vom ärztlichen Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) die Aufnahme einer neuen Berufskrankheit „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ in die Anlage 1 der Berufskrankheitenverordnung (sog. BK-Liste) empfohlen wurde. Für die neue BK-Nr. 5103 wurden Empfehlungen für die MdE-Einschätzung entwickelt. Die bereits bestehende MdE-Tabelle zu den Hautkrebserkrankungen der BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402 wurde überarbeitet (weiterführende Informationen s. Teil 2, Kapitel 1)

Im Literaturverzeichnis werden überwiegend Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und/oder wissenschaftliche Arbeiten angeführt, die medizinisch-wissenschaftlich von besonderer Bedeutung sind oder die die Maßgaben der Bamberger Empfehlung ergänzen.

Der Überarbeitungsentwurf wurde am 19.05.2016 im Rahmen einer öffentlichen Fachveranstaltung in Potsdam vorgestellt und diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass die Beschreibungen der Krankheitsaktivität zur MdE bei Hautkrebserkrankungen teilweise verschieden interpretiert werden können. Es sollen daher Vorschläge erarbeitet werden, die zu einem besseren und vor allem einheitlichen Verständnis der MdE-Empfehlungen beitragen. Ziel ist es, die Bamberger Empfehlung um diese Klarstellungen möglichst bald zu ergänzen.

Im anschließenden Zustimmungsverfahren wurden von den angefragten medizinischen Fachgesellschaften weitere Anregungen mitgeteilt, die in die laufende Diskussion zu den beabsichtigten Klarstellungen eingehen werden.

Zur Vermeidung von Verwechslungen mit den ehemaligen Merkblättern zu Berufskrankheiten des zuständigen Bundesministeriums bzw. des ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ wurde vereinbart, das überarbeitete „Bamberger Merkblatt“ nunmehr „Bamberger Empfehlung“ zu nennen.

Ziele

Mit der Bamberger Empfehlung soll dazu beigetragen werden, das grundgesetzlich garantierte Gleichbehandlungsgebot der Versicherten zu gewährleisten, indem die Grundlagen einer einheitlichen Beurteilung arbeitsbedingter Hauterkrankungen (Berufskrankheiten nach Nummern 5101, 5102, 5103, 1108 und 2402 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) sowie Erkrankungen wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII) zusammenfassend dargestellt werden.

Die Bamberger Empfehlung richtet sich primär an berufsdermatologische Gutachterinnen und Gutachter, die prüfen, ob eine arbeitsbedingte Hauterkrankung vorliegt und ob und ggf. in welchem Ausmaß die Folgen der Berufskrankheit (BK) zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) geführt haben.

Die Empfehlung soll aber auch der Orientierung der mit den BK-Feststellungsverfahren betrauten Unfallversicherungsträgern (UV-Träger) dienen, zu deren Aufgabe u. a. die Ermittlung der entscheidungserheblichen Daten im Sinne der §§ 20 ff. Sozialgesetzbuch X (SGB X), insbesondere zu Exposition und Erkrankung gehört. Schließlich soll sie die Prüfung der Gutachten auf Plausibilität und Schlüssigkeit für die UV-Träger und die Sozialgerichtsbarkeit erleichtern und erreichen, dass die Entscheidungen für die betroffenen Versicherten transparent sind.

1 Allgemeines zur BK-Nr. 5101

In der Anlage (Berufskrankheiten-Liste) zur Berufskrankheiten-Verordnung sind unter Nr. 5101 als Berufskrankheit bezeichnet: „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.“ Hierzu zählen alle Krankheiten der Haut oder Hautanhangsgebilde einschließlich der Augenbindehaut mit Ausnahme von Hautkrebs (s. a. Teil II).

Treten Hautkrankheiten als Folge- oder Begleiterscheinung einer anderen Berufskrankheit auf, sind diese als Folge der entsprechenden BK-Nummer zu prüfen. Ausführliche Informationen enthält das Kapitel 4.2.

Hautschädigungen, die keine spezifische Reaktion der Haut auslösen, wie z.B. Verätzungen oder Hautverletzungen, sind als Arbeitsunfall zu bearbeiten.

2 Erforderliche Untersuchungen (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermatologischen Gutachten)

Die Krankheitsdiagnostik erfasst alle Maßnahmen, die zur Erkennung einer Krankheit und Benennung des Krankheitsbildes (Diagnose) führen. Gleichzeitig dient sie der Beschreibung von Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung.

Die festgestellten Gesundheitsstörungen sind exakt zu benennen und zusätzlich ist der zugehörige ICD-Code anzugeben. Eine umschreibende Bezeichnung des Krankheitsbildes als Syndrom oder Symptomatik ist nicht ausreichend. Fehlt es an solchen konkreten Feststellungen zu den Gesundheitsschäden, sind die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch nicht erfüllt.

2.1 Anamnese

Die Anamnese ist erforderlich zur Klärung

- des Ursachenzusammenhangs zwischen gefährdender Einwirkung und eingetretener Hauterkrankung
- besonderer versicherungsrechtlicher Voraussetzungen für die Anerkennung als Berufskrankheit
- der Voraussetzungen für Maßnahmen nach § 3 BKV (Verfahren Haut der DGUV).

Ein Erhebungsbogen kann hilfreich sein.

Widersprüche zwischen den Angaben des/der Untersuchten und der Dokumentation in der Akte des UV-Trägers sind offenzulegen und ggf. in der Diskussion erneut hervorzuheben, um unterschiedliche Konsequenzen der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Bei wesentlichen Unklarheiten oder Abweichungen ist der UV-Träger einzuschalten.

Zu erheben sind die ausführliche **Eigen- und Medikamentenanamnese**, die **Familienanamnese**, insbesondere bezogen auf Erkrankungen der Haut und des atopischen Formenkreises sowie die **Sozial- und Freizeitanamnese** mit Bezug auf besondere Expositionen.

Die gutachterliche **Arbeitsanamnese** muss sich auf die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten der/des Versicherten beziehen; eine umfassende detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung ist erforderlich und etwaige angebotene/durchgeführte Schutzmaßnahmen sind festzuhalten.

Die **spezielle Hautanamnese** gibt entscheidende Hinweise für die Beurteilung der Verursachung, der Schwere oder wiederholten Rückfälligkeit sowie des Zwangs zur Tätigkeitsaufgabe. Deshalb sind unter Einbeziehung von Daten aus der Akte hervorzuheben:

- die Lokalisation der Hauterscheinungen
- der Verlauf unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten
- die von der/dem Versicherten und der/ dem behandelnden Hautärztin/Hautarzt beschriebenen Hautveränderungen.

Hautschutzmaßnahmen sind detailliert nach Produkten und Anwendungsart zu erfassen.

2.2 Befunde

2.2.1 Klinische Befunde

Die Erhebung und Dokumentation des Allgemeinzustandes auf Grund einer orientierenden körperlichen Untersuchung ist erforderlich. Bei der BK-Nr. 5101 ist die Hand die bevorzugte Lokalisation. Eine Detailbeschreibung der Ausdehnung und Befundlokalisation (wie z. B. Fingerseitenkanten, Handrücken, Handinnenflächen, Daumenballen, Schwimmhäute, Nagelveränderungen usw.) muss erfolgen. Die Hautveränderungen (Morphen) sind exakt zu benennen, ein Handsymbol oder eine Fotodokumentation kann hilfreich sein. Lokalisationen außerhalb der Hände können anhand eines Körpersymbols skizziert werden.

Eine subjektive Bewertung des Hautzustandes durch die Versicherten im Rahmen der Begutachtung hat sich bewährt, da diese für das Verständnis und die Beurteilung des individuellen Erkrankungsverlaufes von Bedeutung sein kann.

Kriterien einer atopischen Hautdiathese [Diepgen et al. 1991] sind zu erheben und als positiver oder negativer Befund zu dokumentieren (ein Erhebungsbogen kann hilfreich sein).

2.2.2 Testungen und diagnostischer Umfang

Die Anamnese und die detaillierte dermatologische Befunderhebung werden ergänzt ggf. durch allergologische und hautphysiologische Tests und ermöglichen im Anschluss die Stellung einer Diagnose. Nur auf dieser Grundlage ist eine berufsdermatologische Beurteilung möglich, die dem UV-Träger die sachgerechte Entscheidung erleichtert.

Testungen haben daher immer nur die Funktion eines diagnostischen Instrumentes, welches in seiner sachgerechten Anwendung, Durchführung und Interpretation beherrscht werden muss. Sachgerechte Anwendung heißt, die Auswahl der zu testenden Substanzen soll im Zusammenhang mit der speziellen Anamnese und dem Hautbefund stehen. Durchführung bedeutet, dass die Gutachterin und der Gutachter über hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Allergologie verfügen und entsprechend handeln. Interpretation meint, dass einerseits z. B. bei Epikutantest-Reaktionen differenziert wird zwischen

irritativen und allergischen Reaktionen. Andererseits ist bei nachgewiesenen Sensibilisierungen gegen getestete Substanzen zu prüfen, ob diese tatsächlich das Krankheitsbild bestimmt, mitbestimmt oder beeinflusst haben (Relevanzbeurteilung).

Häufige Testverfahren sind:

Epikutantests erfolgen in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Deutschen Kontaktallergiegruppe (s. a. <http://dkg.ivdk.org/> und DKG; [Schnuch et al. 2006]). Ablesungen sind nach 24 oder 48 sowie nach 72 h oder 96 h zwingend durchzuführen. Weitere Ablesungen (z. B. nach einer Woche) können hilfreich sein. Die Zahl der zu testenden Substanzen richtet sich nach den Expositionen der/des Versicherten im beruflichen und aus Abgrenzungsgründen auch im privaten sowie im therapeutischen Bereich, eine pauschale Begrenzung der Anzahl der zu testenden Allergene ist nicht sachgerecht.

Berufsgruppenspezifische Testempfehlungen sind bisher exemplarisch entwickelt worden für einzelne Berufe, in denen relativ häufig Hauterkrankungen auftreten [z. B. Geier et al. 2002, Struwe et al. 2005 Frosch et al., Kontaktdermatitis, Dustri -Verlag 2014, Geier J, Krautheim A, Lessmann H. Allergologische Diagnostik und aktuelle Allergene in der Berufsdermatologie. Hautarzt 2009; 60: 708–17, Diepgen TL: Berufsbedingte Hauterkrankungen. J Dtsch Dermatol Ges 2012; 10:297-316. Sie geben der Gutachterin und dem Gutachter einen Anhalt für seine tägliche Praxis. Zum anderen geben sie dem UV-Träger auch Hinweise darauf, ob notwendige Tests durchgeführt wurden und ob deren Durchführung auch sachgerecht war.

Bei der Gutachtenerstellung geht es immer darum, dem Einzelfall gerecht zu werden. Somit kann sich aus den Besonderheiten des Einzelfalles ein Anlass für weitergehende Testungen ergeben [Frosch et al. 1997, Contact Dermatitis 5th edition. Editors: Johansen, Jeanne Duus, Frosch, Peter J., Lepoittevin, Jean-Pierre (Eds.) Springer Verlag Berlin – Heidelberg 2011. Darüber hinaus sind berufsgruppen-spezifische Testempfehlungen immer nur für einen begrenzten Zeitraum korrekt, da sich die Berufsstoffe und somit die potenziellen Allergene in einem steten Wandel befinden. Testempfehlungen sind daher kontinuierlich zu aktualisieren, auf die entsprechend publizierten Empfehlungen wird verwiesen.

Für die Testung von **Berufssubstanzen** sollen Sicherheitsdatenblätter, ggf. Rezepturen (arbeitsmedizinische Rahmenrezepturen) vorliegen und es sind die Ausführungen des Arzneimittelgesetzes zu beachten (§ 67 AMG). Arbeitsstoffe, deren Zusammensetzung nicht hinreichend bekannt ist, sollen im Epikutantest nicht routinemäßig getestet werden, sondern nur im Einzelfall nach Abwägung der diagnostischen Bedeutung für das Gutachten, toxikologischer Aspekte und haftungsrechtlicher Konsequenzen (z. B. zunächst nur im offenen Test) [Frosch et al. 1997].

Die jeweiligen Produktinformationen werden in der Regel vom UV-Träger zur Verfügung gestellt. Ist die Testung von Arbeitsstoffen des/der Versicherten erforderlich, sollten zu diesen Stoffen weitere konkrete Informationen beim UV-Träger abgefragt werden.

Substanzen, die in Vortestungen zu sehr starken Reaktionen (dreifach positiv) geführt haben, sollen nur begründet reproduziert werden. Eine **Wiederholung von leitliniengerecht durchgeführten Epikutantests** innerhalb von sechs Monaten ist in der Regel nicht notwendig.

Als in vitro Testungen stehen im Rahmen der allergologischen Testung serologisch die Bestimmung des Gesamt-IgE und spezifischen IgE, als celluläre Testung der Basophilen-Aktivierungstest, der Lymphozyten-Transformationstest und der ELISpot-Test zur Verfügung. Bei der Durchführung sollen die Hinweise der Leitlinie zur Anwendung von in-vitro Diagnostik bei allergischen Reaktionen berücksichtigt werden (Renz et al., Allergo). Beispiele für ihre Anwendung sind IgE-Bestimmungen im Rahmen des Atopie-Screening, Latex-Sensibilisierungen, Klärung allergischer Reaktionen im Rahmen der Arzneimittelproduktion oder Klärung von Sensibilisierungen auf Substanzen, die z.B. aus toxikologischen Gründen nicht in vivo getestet werden können (Mühlhoff & Merk, 2012 im Druck; Kneilling et al. Exp. Dermatol. 14 (2010) 35-41; Skazik et al., Cont Derm).

Ein **Atopie-Screening** im Sinne von Pricktestungen und/oder **IgE-Diagnostik** kann zur Diagnosesicherung notwendig sein.

Viele **Hautfunktions-** und **Hautirritabilitätstests** sind für die berufsdermatologische Ekzem-Diagnostik und Differentialdiagnostik nicht relevant [John et al. 2006]. Anerkannte Hautfunktionstests sind fakultativ und bedürfen besonderer Erfahrungen bei der Durchführung und Interpretation.

Ein Anlass für weitergehende Diagnostik kann sich im Einzelfall bei spezifischen Krankheitsbildern ergeben und ist zu begründen.

Eine **Stufendiagnostik** im Rahmen von berufsdermatologischen Gutachten bzw. Nachgutachten bei der BK-Nr. 5101 ist in der Regel nicht angezeigt. Die komplexe Pathogenese, die Berufsdermatosen häufig zu Grunde liegt (z. B. allergische, irritative und endogene Einflüsse bei z. T. klinisch sehr uniformen Krankheitsbildern), macht es erforderlich, jeweils das erforderliche Diagnostik-Repertoire auszuschöpfen.

In der Regel ist eine Begutachtung unter **stationären Bedingungen** nicht erforderlich.

2.3 Dokumentation

Die klinischen Befunde und die Anamnese sind ebenso ausführlich zu dokumentieren wie die Testmodalitäten einschließlich Art der Aufbringung der Testsubstanzen (z. B. Finn Chambers Testkonzentrationen, Testvehikel und Ablesezeitpunkte). Weitere Befunde (z. B. Histologie) sind beizulegen.

2.4 Begutachtung nach Aktenlage

Regelfall ist das Gutachten mit persönlicher Untersuchung der/des Versicherten. Nur unter besonderen Voraussetzungen oder Fallkonstellationen ist eine Begutachtung nach Aktenlage im Sinne eines als Ausnahme durchgeführten, vereinfachten Entscheidungsverfahrens gerechtfertigt.

Nach Aktenlage soll nur beurteilt werden, wenn die fallbezogene Befunddokumentation und allergologische Diagnostik den etablierten Standards entspricht (ABD, DKG). Auf die einschlägigen Ausführungen in den von der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung im BK-Verfahren“ der ABD erarbeiteten „Empfehlungen zur Begutachtung bei der BK Haut“ wird verwiesen [Brandenburg et al. 1999]. Folgende Fallkonstellationen sind für eine Begutachtung nach Aktenlage u.a. geeignet:

- Der berufliche Zusammenhang mit der aufgetretenen Hautkrankheit ist nach Durchsicht der Akte eindeutig auszuschließen (z. B. seborrhoisches Ekzem im Brustbereich bei Schreibtisch Tätigkeit, systemische Mastozytose, T-Zell-Lymphome)
- Bei dem Versicherten bestehen nach Berufsaufgabe keine Hautveränderungen mehr.

2.5 Wiederholungsgutachten

Kann die Gutachterin oder der Gutachter bei der Erstbegutachtung eine Diagnose noch nicht sichern oder eine versicherungsrechtliche Bewertung noch nicht vornehmen, ist dies im Gutachten begründet darzulegen und die Notwendigkeit einer Wiederholungsbegutachtung zu einem späteren Zeitpunkt ggf. mit den Bedingungen für eine dann voraussichtlich mögliche abschließende Diagnostik bzw. Bewertung zu erläutern.

Zu Nachbegutachtungen, die z.B. wegen zu erwartender Änderungen der MdE-Höhe erforderlich werden, wird auf das Kapitel 8 verwiesen.

3 Beurteilung

Die Beurteilung erfolgt anhand der vom UV-Träger gestellten Fragen. Alle Antworten sind eingehend anhand der Aktenunterlagen, der Anamnese und der Befunde zu begründen. Sollten Fragen vom Gutachter nicht beantwortet werden können, ist dies darzulegen. Hierbei sind die unter Punkt 4 zusammengefassten rechtlichen Grundlagen zu beachten.

Es kann hilfreich sein, vor Beantwortung der Fragen eine freie zusammenfassende Beurteilung zu formulieren.

Nach Nummer 2.5 der „Empfehlungen der UV-Träger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ [HVBG, BUK, BLB 2004] informiert der UV-Träger die Gutachterin bzw. den Gutachter, falls das Gutachten der Entscheidung aus inhaltlichen oder formalen Gründen nicht zugrunde gelegt werden kann. Wünschen die Gutachterin oder der Gutachter aus Gründen der Qualitätssicherung eine Rückmeldung zur Entscheidung des UV-Trägers, sollte mit dem Gutachten eine entsprechende Einverständniserklärung der/des Begutachteten übersandt und um Auskunft über das Ergebnis des Verfahrens gebeten werden. Datenschutzrechtliche Bedenken gegen eine Auskunft des UV-Trägers bestehen in diesem Fall nicht.

4 Rechtliche Grundlagen

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben gemäß § 1 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) nach Eintritt einer Berufskrankheit die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und ggf. diese oder ihre Hinterbliebenen zu entschädigen.

§ 9 SGB VII in Verbindung mit der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) ist die rechtliche Grundlage zur Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit.

In der Anlage (Berufskrankheiten-Liste) zur Berufskrankheiten-Verordnung sind unter Nr. 5101 als Berufskrankheit bezeichnet

„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.“

Der Versicherungsfall dieser Berufskrankheit setzt voraus (s. 4.5):

- Eine Krankheit im medizinischen Sinn (regelwidriger Körperzustand), hier eine Hauterkrankung,
- die als schwer oder wiederholt rückfällig zu bewerten ist;
- eine geeignete arbeitsbedingte Einwirkung, die die Krankheit verursacht

und

- als besonderes versicherungsrechtliches Merkmal den *„Zwang zur Unterlassung aller Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“*.

4.1 Verwaltungsverfahren und Begutachtung

Zu den Aufgaben der Unfallversicherungsträger gehört es, über die Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten zu entscheiden. Als Berufskrankheiten werden solche Erkrankungen anerkannt und entschädigt, die der Verordnungsgeber in der Berufskrankheiten-Liste als solche bezeichnet hat oder die nach neuen Erkenntnissen die Voraussetzungen zur Aufnahme in die Liste erfüllen (Anerkennung wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII) und die aufgrund der gesetzlichen Kriterien dem Risikobereich des Unternehmens zuzurechnen sind.

Ob dies der Fall ist, wird im Verwaltungsverfahren ermittelt und geklärt. Dieses umfasst die Ermittlung der Krankheits- und Arbeitsvorgeschichte und der schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz sowie insbesondere die medizinische Begutachtung. Viele der zu beurteilenden Erkrankungen sind auf

unterschiedliche Ursachen aus dem privaten und aus dem versicherten Bereich zurückzuführen, die Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen können.

4.2 Krankheit

Eine umfassende und detaillierte Diagnose ist Voraussetzung für eine nachvollziehbare Zusammenhangsbeurteilung und für die bei der Bescheiderteilung vorzunehmenden Differenzierungen.

Es sind alle Krankheiten der Haut oder Hautanhangsgebilde einschließlich der Augenbindehaut mit Ausnahme von Hautkrebs (vgl. dazu Ausführungen in Teil II) eingeschlossen. Hautschädigungen, die keine spezifische Reaktion der Haut auslösen, wie z.B. Verätzungen oder Hautverletzungen, werden nicht vom Schutz der BK-Nr. 5101 erfasst und sind als Arbeitsunfall zu bearbeiten. Die Diagnose der Hautkrankheit muss im Vollbeweis gesichert sein (vgl. Schema Abb. 2).

Hautkrankheiten als (Begleit-) Erscheinung einer Allgemeinerkrankung entsprechend den BK-Nrn. 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 1303 bis 1309 und 1315 der Anlage zur BKV sind unter diesen BK-Nrn. zu prüfen. Primärerkrankungen der Haut durch einen der hier genannten Stoffe können Hauterkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5101 sein, wenn die Tatbestandsmerkmale einer BK Nr. 5101, d.h. eine schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung, die zum Unterlassen der Tätigkeit zwingt, gegeben sind. Eine BK nach den genannten BK-Nrn. kommt dagegen dann in Betracht, wenn die Hauterscheinungen nur eine systemische Erkrankung begleiten.

Bei Hautinfektionen sind die BK-Nrn. 3101, 3102 und 3104 der Anlage zur BKV in Betracht zu ziehen (Beispiel: Scabies; HIV; Trichophytie; Metzgerwarzen, Borreliose).

Die Beurteilung von Chlorakne und anderer durch chlorierte Aryloxide (z. B. durch „Dioxine“) verursachte Berufsdermatosen erfolgt nach BK-Nr. 1310 der Anlage zur BKV.

Auch bei weiteren Erkrankungen wie z.B. der BK-Nr. 2402 (Einwirkung durch ionisierende Strahlen), der BK-Nr. 2104 (vasospastisches Syndrom) sowie der BK-Nr. 1314 (Leukoderm; Vitiligo) können Hautveränderungen auftreten, die dann als Folge der jeweiligen Berufskrankheit zu werten sind.

Bei einzelnen Sensibilisierungen, wie z. B. Latex, kommt es vor, dass sowohl eine Haut- als auch eine Atemwegssymptomatik bestehen. Da nach der Rechtsprechung des BSG die in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführten Krankheiten grundsätzlich getrennt zu betrachten sind, weil jede von ihnen einen eigenen

Versicherungsfall bildet (BSG, 12. 1. 2010, B 2 U 5/08 R, NZS 2011, S. 35; BSG, 22. 6. 2004, B 2 U 22/03 R; BSG, 27. 6. 2006, B 2 U 9/05 R, SGB 9/2007, S. 558 mit Anm. von Mell; Becker in Becker/Burchardt/Krasney/Kruschinsky, § 9 RdNr. 279), handelt es sich zwar um ein einheitliches Krankheitsgeschehen, aber um zwei Versicherungsfälle. Da in diesem Fall aber nur eine einheitliche Entscheidung zu beiden Tatbeständen ergehen kann, sind beide BK-Tatbestände in einem Bescheid anzuerkennen und mit einer einheitlichen MdE zu entschädigen (LSG NRW, 28. 3. 2001, L 17 U 289/99, HVBG RdSchr. VB 87/2003). Das BSG (24. 8. 1978, 5 RKnU 6/77, SozR 5677 Anl. 1 Nr. 42 Nr. 1) hat hierfür den Begriff der Systemerkrankung geprägt.

4.3 Versicherte, schädigende Einwirkung (Typische Exposition)

Das Vorkommen von und der arbeitsbedingte Umgang mit angeschuldigten Allergenen oder Irritantien physikalischer und/oder chemischer Art am Arbeitsplatz wird im Allgemeinen durch eine spezielle Arbeitsplatzanalyse im Vollbeweis gesichert sein (vgl. Schema in Abb. 2) die Wahrscheinlichkeit reicht nicht aus. Offene Fragen sollen unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten (z. B. Informationen über Arbeitsstoffe, Gefahrstoffdatenblätter, Hautschutzprogramme und persönliche Schutzausrüstung) geklärt werden. Liegt für die zugrunde gelegte Tätigkeit/Exposition gesichertes berufsdermatologisches Erfahrungswissen vor und ist davon auszugehen, dass dies für den konkreten Arbeitsplatz zutrifft, kann auf eine konkrete Arbeitsplatzanalyse verzichtet werden.

4.4 Kausalitätsgrundsätze

Durch die gesetzliche Unfallversicherung wird die Haftung des Unternehmers abgelöst. Dementsprechend gelten hier für die Kausalität besondere Anforderungen, die nachfolgend dargestellt sind.

In einer grundlegenden Entscheidung vom 02.04.2009 (Az.: B 2 U 9/08 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) die Voraussetzungen für die Anerkennung von Berufskrankheiten neu geordnet und zu deren Tatbestandsmerkmalen ausgeführt: „Die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (Versicherungstatbestand, ehem. innerer oder sachlicher Zusammenhang; s. a. BSG-Urteil B 2 U 4/13 R vom 26.06.2014) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist der Versicherungsfall zu bejahen.

Anzuerkennen und ggf. zu entschädigen sind nur solche Gesundheitsstörungen, die wesentlich ursächlich oder teilsächlich durch eine Berufskrankheit (vgl. § 9 Abs. 1 S.1 SGB VII: „infolge“) verursacht worden sind. Dabei kann unfallversicherungsrechtlich nie kausal sein, was nicht auch im Sinne der naturwissenschaftlichen Kausalität ursächlich ist.

Bei der Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität ist im ersten Schritt daher festzustellen, ob ein naturwissenschaftlicher Zusammenhang zwischen der Einwirkung und der Krankheit im Sinne einer objektiven Verursachung vorliegt.

Objektive Verursachung bedeutet einen nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand der einschlägigen Erfahrung (insbesondere der Wissenschaft, hilfsweise der sonstigen Fachkunde) geprüften und festgestellten Wirkungszusammenhang zwischen einer bestimmten Wirkursache und ihrer Wirkung. (Urteil B 2 U 9/11 R vom 24.07.2012).

Sofern diese Kausalbeziehung zwischen den beiden Arten der Kausalglieder (*Anm. Einwirkung und Gesundheitserstschaden*) besteht, ist das vordere eine *hinreichende* Ursache des folgenden Kausalgliedes. Tritt das zweite Kausalglied (*hier: der Gesundheitserstschaden*) immer und nur dann auf, wenn das vordere Kausalglied vorliegt, handelt es sich bei diesem um eine *notwendige* Ursache, bei dem zweiten um eine *notwendige* Wirkung.

Die Beurteilung muss mittels medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand erfolgen. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht (BSG, 27.06.2006, Az.: B 2 U 13/05 R).

Beispiele:

Bei der Psoriasis werden verschiedene Ursachen bzw. Auslöser diskutiert. Mit Blick auf eine arbeitsbedingte Psoriasis im Sinne der BK-Nr. 5101 besteht unter den Experten zum Zeitpunkt der Verabschiedung dieser Empfehlung ein Konsens nur für die Fallkonstellation, dass massive mechanische Einwirkungen (iterativ) unmittelbar am Ort der Einwirkung ein Köbner-Phänomen auslösen. Das regelmäßige Betätigen eines Druckknopfes bei einem Straßenbahnfahrer oder das regelmäßige Schieben eines Rollstuhls bei einer Pflegekraft ist nicht ausreichend, um eine an den Kontakt-

stellen auftretende Psoriasis als arbeitsbedingt zu bewerten.

Für andere Einwirkungen wie z.B. Feuchtarbeit und chemische Irritationen ist der Wirkzusammenhang nicht gesichert.

Bei der Rosazea besteht unter den Experten Konsens, dass eine arbeitsbedingte Verursachung nicht wahrscheinlich gemacht werden kann.

Im zweiten Schritt ist festzustellen, ob die betrieblich bedingten Einwirkungen rechtlich wesentlich die Berufskrankheit verursacht haben. Nach der maßgebenden „**Theorie der wesentlichen Bedingung**“ gilt folgendes: Kommen mehrere Ursachen naturwissenschaftlich in Betracht, so sind nur diejenigen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg wesentlich zu dessen Eintritt beigetragen haben.

Haben mehrere Ursachen zu einem Erfolg (Schaden) beigetragen (= konkurrierende Kausalität), so kann es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Dies setzt nicht voraus, dass die Bedingungen „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“ sind. Auch eine rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Ist jedoch eine der Bedingungen oder sind mehrere Bedingungen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Bedingung(en) „wesentlich“ und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Eine naturwissenschaftliche Ursache, die nicht als „wesentlich“ anzusehen ist, scheidet damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus.

Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung aller ursächlichen Faktoren erforderlich. Wirken danach mehrere rechtlich wesentliche Ursachen gemeinsam, so ist zu prüfen, ob eine dieser Ursachen dem versicherten Bereich zuzurechnen ist. Ist dies der Fall, ist diese unfallversicherungsrechtlich zumindest Teilursache; die Kausalität ist zu bejahen.

Haben eine oder mehrere Ursachen aus dem unversicherten Bereich (z.B. Begleiterkrankungen, andere unversicherte schädigende Einwirkungen) überragende Bedeutung und ist der versicherte Bereich nicht rechtlich wesentlich (s. o.), verdrängen die unversicherten Einwirkungen die versicherten; sie sind dann rechtlich allein wesentlich. Ein Versicherungsfall liegt somit mangels Kausalität nicht vor.

Die Kausalität ist auch zu verneinen, wenn zur Entstehung bzw. Verschlimmerung der Berufskrankheit eine Krankheitsanlage mit Sicherheit festgestellt ist, die so leicht ansprechbar ist, dass für die Auslösung konkreter Krankheitserscheinungen auch gewöhnliche Belastungen des täglichen Lebens ausgereicht hätten (Gelegenheitsursache).

Beispiel:

Die Hautveränderungen sind durch einfache Irritationen provozierbar. Sie können bei jedem gewöhnlichen Anlass des täglichen Lebens auftreten. Die bestehende ausgeprägte Atopie ist der wesentliche Grund für das Auftreten der Hauterkrankung, die beruflichen Einflüsse sind lediglich als Gelegenheitsursache zu werten (LSG Bayern, Urteil vom 06.11.2007 – L3 U 163/07).

Im Ergebnis der zweistufigen Kausalitätsprüfung mit der naturwissenschaftlichen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis und der Zurechnung nach der sozialrechtlichen Theorie der wesentlichen Bedingung im zweiten Prüfungsschritt können mehrere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinne ursächlich sein, die aber nicht alle rechtlich wesentlich für den Erfolg verantwortlich sein müssen.

Die Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat wertenden Charakter.

Wesentliche Kriterien bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs können sein:

- Art und Intensität der beruflichen Einwirkungen,
- Relevanz berufsspezifischer Sensibilisierungen für das Erkrankungs geschehen,
- Art und Lokalisation der Hauterscheinungen,
- Erkrankungsverlauf vor, während und nach Beendigung der gefährdenden Tätigkeit bzw. in belastungsfreien Intervallen unter Berücksichtigung der Beeinflussung durch die Therapie (oder therapeutischen Maßnahmen),
- Art und Intensität konkurrierender Einwirkungen und Erkrankungen.

Ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Entstehung ist zu prüfen, wenn die Hautkrankheit im zeitlichen Zusammenhang mit beruflichen Einwirkungen erstmals manifest geworden ist.

Ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Verschlimmerung setzt eine berufsunabhängige Hautkrankheit voraus, die durch berufliche Einwirkungen wesentlich verschlimmert worden ist. Eine Verschlimmerung kann auch bei anderen Dermatosen, die durch berufliche Einflüsse getriggert werden, gegeben sein.

Bei Verschlimmerungen sind verschiedene Differenzierungen möglich.

Zeitlich wird in eine **vorrübergehende** und eine **dauernde Verschlimmerung** unterschieden. Vorübergehend ist eine Verschlimmerung dann, wenn die Erkrankung durch die beruflichen Einwirkungen nur für eine bestimmte Zeit einen schwereren Verlauf nimmt. Wird die Erkrankung dagegen auf Dauer in ein höheres Niveau gehoben, so handelt es sich um eine dauerhafte Verschlimmerung.

Nach der **Wirkintensität** werden **abgrenzbare** und **richtunggebende Verschlimmerungen** unterschieden. Bei abgrenzbaren Verschlimmerungen kann zwischen dem bereits bestehenden Schaden und dem beruflich hinzugetretenen Schaden getrennt werden.

Beispiel Atopie

(Urteil LSG Hessen L 9 U 138/13 vom 23.03.2015):

Bei einem Versicherten bestand seit der Kindheit ein atopisches Ekzem mit überwiegendem Befall der Ellenbogen und Kniegelenke sowie teilweise auch des Halses. Jedoch hat sich die Erkrankung seit dem 12. Lebensjahr deutlich gebessert, seither traten nur noch sporadisch leichte Hautveränderungen auf, die jeweils nach kurzer Behandlungszeit

wieder abheilten. Während einer Auslandstätigkeit in Nigeria traten infolge der dort herrschenden besonderen klimatischen Bedingungen (hohe Luftfeuchtigkeit, ausgeprägte Luftverschmutzung, Staubexposition, Hitze u.a.) Hauterscheinungen im Sinne der Exazerbation eines atopischen Ekzems in lebensbedrohlichem Ausmaß auf. Nach ärztlich veranlasstem Abbruch des Auslandseinsatzes und adäquater Behandlung sind die Hauterscheinungen vollständig abgeklungen. In diesem Fall ist von einer vorübergehenden und abgrenzbaren Verschlimmerung einer anlagebedingten Erkrankung (atopisches Ekzem) auszugehen. Zu den Einzelheiten wird auf das o.g. Urteil verwiesen.

Eine **richtunggebende Verschlimmerung** einer vorbestehenden Erkrankung ist eingetreten, wenn der gesamte Ablauf der Erkrankung nachhaltig wesentlich beschleunigt und befördert wurde, einen anderen schweren Verlauf genommen hat und damit das gesamte auch heute feststellbare Erkrankungsgeschehen durch die berufliche Einwirkung wesentlich geprägt wird. (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 23. März 2012 – L 9 U 134/10 –, juris Rn 30). Bei Berufsdermatosen ist diese Art der Verschlimmerung nur gelegentlich zu beobachten. Ein Beispiel hierfür ist der Übergang einer photoallergischen Reaktion in ein chronisches aktinisches Retikuloid.

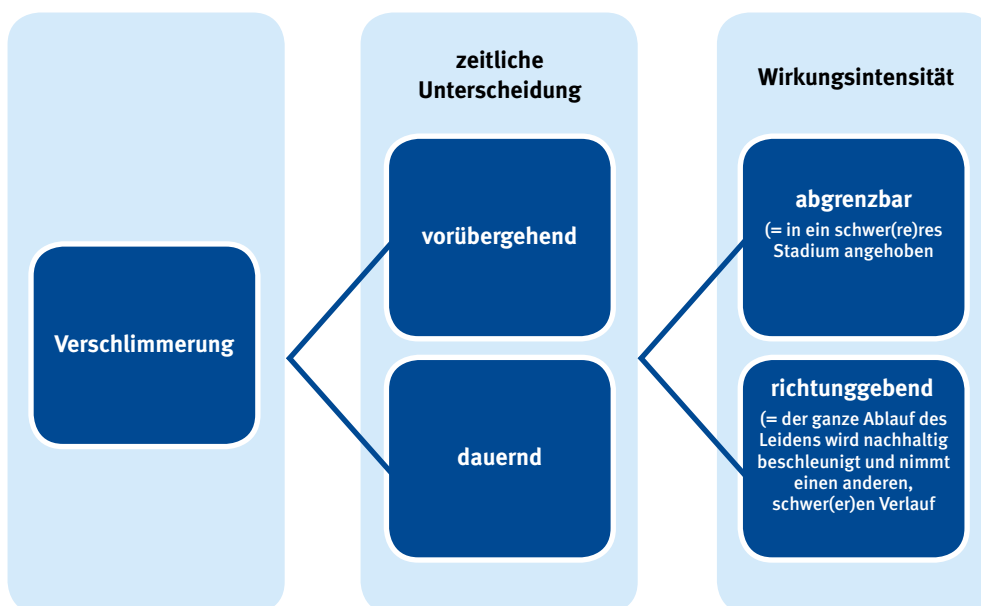


Abb. 1
Formen der Verschlimmerung

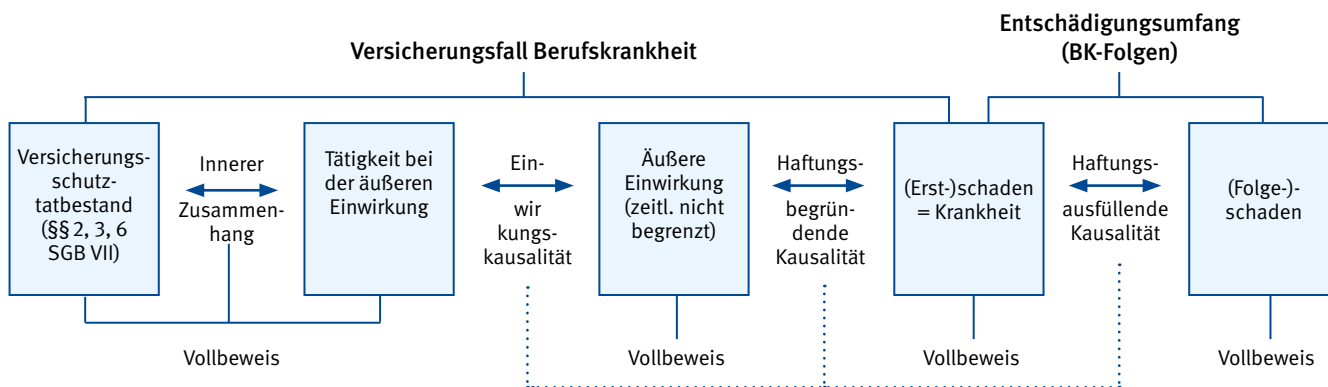


Abb. 2 Zusammenhangsschema für Berufskrankheiten (nach Brandenburg)

Die Kriterien, die die Wesentlichkeit einer Ursache ausmachen, sind im Gutachten zu benennen, darzustellen und abschließend zu bewerten, so dass auf dieser Grundlage die UV-Träger eine versicherungsrechtliche Entscheidung über den Ursachenzusammenhang treffen können.

Die Tatbestandsmerkmale „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung“, „schädigende Einwirkung“ und „Krankheit“ (vgl. BSG vom 02.04.2009) sind mit **Vollbeweis** (mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit) zu belegen: d. h. es darf kein vernünftiger Zweifel darüber bestehen, dass diese Tatsachen vorliegen.

Dies ist insbesondere für die Diagnostik der Krankheit von Bedeutung. Liegt nur ein Verdacht auf eine Erkrankung vor, muss dieser durch weitere Untersuchungen erhärtet werden, ansonsten ist der Verdacht außer Betracht zu lassen. Liegen schwankende und/oder grenzwertige Befunde vor, müssen Untersuchungen – ggf. auch mit zeitlichem Abstand – wiederholt werden.

Für die Bejahung des Ursachenzusammenhangs, insbesondere zwischen „Einwirkung“ und „Krankheit“ (haftungsbegründende Kausalität), ist **hinreichende Wahrscheinlichkeit** erforderlich. Dies bedeutet, dass bei Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein Übergewicht zukommt, auf das die Überzeugung des Gutachters/des UV-Trägers/des Gerichts gegründet werden kann. Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Die Tatsachen, auf die sich die Überzeugung gründet, sind zu benennen.

Das BSG hat dazu ausgeführt: „... Erforderlich ist aber jeweils eine einzelfallbezogene positive Feststellung sowohl der Verursachung nach der Bedingungstheorie als auch der wesentlichen Verursachung der vorliegenden Erkrankung durch die

versicherten Einwirkungen. Das bloße Fehlen von konkurrierenden Ursachen [...] genügt bei komplexen Krankheitsgeschehen, die mehrere Ursachen haben können, gerade nicht“ (BSG vom 02.04.2009, Az.: B 2 U 9/08 R).

Ist ein Tatbestandsmerkmal nicht bewiesen oder ist ein Ursachenzusammenhang nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, geht dies nach dem auch im Sozialrecht geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten dessen, der sich zur Begründung seines Entschädigungsanspruchs auf diese Tatsachen und Zusammenhänge stützt. Fehlt es an Beweisen zur Begründung des Entschädigungsanspruchs, geht dies zu Lasten der/des Versicherten.

Sind konkurrierende Ursachen nicht bewiesen, können diese nicht zur Ablehnung des Anspruchs herangezogen werden.

4.5 Besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen

4.5.1 Schwere

Beurteilungskriterien für die „Schwere“ der Hauterkrankung sind

- die klinische Symptomatik nach Morphe und Beschwerdebild, Ausdehnung, Verlauf und Dauer der Erkrankung
- und die Ausprägung einer beruflich verursachten Allergie.

Eine genau dokumentierte Behandlungsbedürftigkeit bringt Aufschluss über die „Schwere“ (vgl. im Detail hierzu: Schönberger/ Mehrrens/ Valentin, Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 11.3.5.5.1).

Bei einer klinisch nicht schweren Erscheinungsform kann die Schwere gegeben sein, wenn z. B. eine dokumentierte ununter-

brochene Behandlungsbedürftigkeit trotz angemessener Behandlung von etwa sechs Monaten bestanden hat.

Die „Schwere“ einer Hauterkrankung aufgrund der Ausprägung einer beruflich verursachten Allergie kann angenommen werden, sofern das klinisch manifeste Krankheitsgeschehen durch die Sensibilisierung mit einem beruflichen Schadstoff nachweisbar beeinflusst worden ist. Bei nachgewiesener klinischer Relevanz stellt eine Sensibilisierung auch nach Abheilung der akuten Hauterscheinungen eine dauerhafte Beeinträchtigung dar. Sensibilisierungen als Folge eines toxisch-degenerativen Ekzems, die noch nicht zu einem allergischen Kontaktekzem geführt haben, bleiben zur Begründung einer „schweren“ Hauterkrankung außer Betracht. Darüber hinaus setzt eine Bejahung der „Schwere“ unter dem Gesichtspunkt der Sensibilisierung voraus, dass der Betroffene durch die Allergie über die derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit auch in anderen Bereichen des Arbeitslebens erheblich beeinträchtigt ist (LSG Saarland, 15. 5. 1993, HV-Info 24/1993, 2157). Informationen zur Beurteilung der Auswirkungen von Allergien werden fortlaufend von der „Arbeitsgruppe Bewertung der Allergene“ erarbeitet und auf der Internetseite der ABD veröffentlicht.

http://abd.dermis.net/content/e03abd/e09BewertungderAllergen/e1047/index_ger.html

Sofern im Einzelfall weder vom Krankheitsbild noch von der Dauer der Hauterkrankung, jedoch aus anderen Gründen ein schwerer Erkrankungsfall vorliegt, ist dies im Gutachten ausführlich zu begründen (z. B. Zwang zur Tätigkeitsaufgabe bei einer Argyrie, BSG Urteil vom 20.3.1981, Az.: 8/8a RU 104/79).

4.5.2 Wiederholte Rückfälligkeit

Die Hautkrankheit ist wiederholt rückfällig, wenn nach dem ersten Erkrankungsschub noch mindestens zwei weitere eingetreten sind. In den dazwischen liegenden Zeiträumen muss die Hauterkrankung abgeheilt sein; es darf weder Arbeitsunfähigkeit noch Behandlungsbedürftigkeit wegen der Hautkrankheit vorgelegen haben. Ferner muss es sich um Rückfälle der gleichen Erkrankung handeln (bei nicht-allergischen Hautkrankheiten ist dies in der Regel der Fall, wenn mehrere Schübe auf die gleiche Art der Einwirkung zurückzuführen sind). Grundlage der Beurteilung ist der dokumentierte Behandlungsverlauf.

4.5.3 Wahlfeststellung

Ist eine eindeutige Zuordnung des Krankheitsbildes entweder zur Schwere oder zur wiederholten Rückfälligkeit nicht möglich, ohne dass die Frage der Kausalität an sich in Frage gestellt wird, kann der UV-Träger von dem Rechtsinstitut der so genannten „Wahlfeststellung“ Gebrauch machen, d. h. wahlweise die Schwere oder wiederholte Rückfälligkeit anerkennen.

4.5.4 Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit

Die Berufskrankheit nach Nr. 5101 der BKV fordert für die Anerkennung des Versicherungsfalls als besonderes Tatbestandsmerkmal, dass die Erkrankung zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben muss, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.

Das Tatbestandsmerkmal des Unterlassungszwangs trägt nach höchstrichterlicher Rechtsprechung insbesondere zwei Motiven Rechnung:

1. Die Unterlassung der schädigenden Tätigkeiten dient der Schadensminderungspflicht und der Krankheitsvorbeugung und
2. Erkrankungen ohne wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit sollen ausgeschlossen sein (siehe BSG vom 26. Januar 1978, 2 RU 27/77).

Die Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit setzt in der Regel voraus, dass die Aufgabe der hautgefährdenden Tätigkeiten objektiv medizinisch geboten war. Nicht erforderlich ist der Zwang zur Aufgabe der gesamten Tätigkeit oder des ausgeübten Berufes. Die zu unterlassenden Tätigkeiten müssen der Berufsausübung auch nicht das bestimmende Gepräge gegeben haben [BSG Urteil v. 20.10.1983; Az.: 2 RU 70/82]. Der Versicherungsfall der BK-Nr. 5101 tritt regelmäßig dann ein, wenn die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeiten auf Dauer erfolgt ist. Eine Verminderung der Gefährdung reicht nicht aus.

Der objektive Zwang zur Tätigkeitsaufgabe ist erst dann zu bejahen, wenn erfolgversprechende Möglichkeiten der Abhilfe ausgeschöpft sind [vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.08.2005, Az.: L 2 U 7/04, Rdschr. d. HVBG BK 019/2006; LSG NRW Urteil vom 28.09.2005, Az.: L 17 U 2/04, HVBG-Info 001/2006, S. 55-63].

Als Abhilfemaßnahmen kommen in Betracht:

- Ersatzstoffprüfung
- technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Änderung der Arbeitsweise, technische Schutzvorrichtungen)
- persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Schutzhandschuhe, Hautschutzmittel)
- Beratung/Schulung über hautschonende Arbeitstechniken, gesundheitspädagogische Maßnahmen
- ambulante oder stationäre hautärztliche Behandlung oder Heilverfahren/med. Rehabilitation (vgl. Abschnitt Therapie, insbesondere „Verfahren Haut“).

Dabei ist von der Gutachterin bzw. vom Gutachter zu bewerten, ob diese Maßnahmen medizinisch geeignet und erfolgversprechend sind bzw. waren.

Das BSG hat in seinem Urteil vom 9. Dezember 2003 (Az.: B 2 U 5/03 R) zwar den Zwang zur Unterlassung der schädigenden Tätigkeit auch unter der Geltung des SGB VII als grundsätzlich sinnvoll und rechtmäßig angesehen, jedoch seine Anwendung durch eine am Sinn und Zweck des Unterlassungszwanges orientierte Rechtsauslegung eingeschränkt.

Nach Auffassung des BSG vermag keines der mit dem Unterlassungszwang verfolgten Ziele es zu rechtfertigen, eine beruflich erworbene Erkrankung, die zu einer erheblichen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, nur deswegen nicht zu entschädigen, weil die versicherte Person dank einer die Krankheitsursachen beseitigenden Änderung der Arbeitsbedingungen ihre Berufstätigkeit weiter ausüben kann. Ein solches Ergebnis verstößt gegen das dem Rechtsstaatsprinzip immanente Gebot der Verhältnismäßigkeit, wenn die Aufgabe der Berufstätigkeit weder zur Ausgrenzung von Bagatellerkrankungen noch zur Vermeidung weiterer Gesundheitsschäden erforderlich ist. Als Ergebnis dieser Erwägungen steht dem Anspruch auf Anerkennung und Entschädigung einer BK nach Nr. 5101 der Anlage zur BKV weiterhin nicht entgegen, dass an einer arbeitsbedingten Hauterkrankung im Sinne dieser Vorschrift leidende Versicherte ihre bisherige Tätigkeit infolge von Schutzmaßnahmen des Arbeitgebers unter Bedingungen fortsetzen, die eine weitere Schädigung ausschließen, wenn die Erkrankung zur Zeit des Wirksamwerdens der Schutzmaßnahmen bereits eine MdE in rentenberechtigendem Ausmaß, also mindestens um 10 v.H. (vgl. § 56 Abs 1 Satz 3 SGB VII), bedingt.

Im Hinblick auf dieses BSG-Urteil lassen sich zur Verdeutlichung fünf Fallkonstellationen bezüglich der BK-Nr. 5101 bilden:

Fallkonstellation 1

Der Arbeitsplatz muss aufgegeben werden (da keine Prävention möglich) oder ändert seinen Charakter, die versicherte Person erledigt also eine andere Arbeit und ist deshalb nicht mehr gefährdet (bisherige Fälle der Anerkennung einer Berufskrankheit mit Unterlassungszwang).

Folge: Auf diese Fallkonstellation hat das BSG-Urteil keine Auswirkung. Anerkennung der Berufskrankheit, wenn alle anderen Merkmale wie „schwer“ oder „wiederholt rückfällig“ erfüllt sind, unabhängig von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Fallkonstellation 2

Die versicherte Person ist noch gefährdend tätig (durch Schutzmaßnahmen kann die Gefahr allenfalls verringert, nicht aber beseitigt werden). Alle Schutzmaßnahmen sind ausgeschöpft, es treten aber immer noch berufsabhängige Hautveränderungen auf. Die Hauterkrankung wird als Berufskrankheit nur anerkannt, wenn die versicherte Person die Tätigkeit mit den für sie unvermeidbaren Hautgefährdungen vollständig unterlässt. Die Möglichkeiten des Hautschutzes sind ausgeschöpft und der Unterlassungszwang wird aus medizinischer Sicht bejaht.

Folge: Auch auf diese Fallkonstellation hat das BSG-Urteil keine Auswirkung. Keine Anerkennung als Berufskrankheit, solange die versicherte Person die gefährdende Tätigkeit nicht unterlässt.

Fallkonstellation 3

Keine Gefährdung mehr am alten Arbeitsplatz nach erfolgreichen Präventionsmaßnahmen, der Versicherte ist wie andere Beschäftigte tätig.

Folge: Das Urteil des BSG ist in dieser Fallkonstellation anwendbar. Liegen alle anderen Voraussetzungen wie „schwer“ oder „wiederholt rückfällig“ vor, ist zu prüfen, ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Ausmaß vorliegt. Wenn ja, Anerkennung als Berufskrankheit und ggf. Entschädigung.

Fallkonstellation 4

Keine Gefährdung mehr am alten Arbeitsplatz nach erfolgreichen Präventionsmaßnahmen (wie Fall 3), der Versicherte könnte ungefährdet weiterarbeiten, gibt den Arbeitsplatz aber aus anderen Gründen auf.

Folge: Das Urteil des BSG ist in dieser Fallkonstellation anwendbar. Liegen alle anderen Voraussetzungen wie „schwer“ oder „wiederholt rückfällig“ vor, ist zu prüfen, ob eine Minderung der Erwerbsfähigkeit in rentenberechtigendem Ausmaß vorliegt. Wenn ja, Anerkennung als Berufskrankheit und ggf. Entschädigung. Ein Minderverdienstausschlag und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Leistungen zur beruflichen Rehabilitation) entfallen aufgrund des fehlenden objektiven Zwanges zur Tätigkeitsaufgabe.

Fallkonstellation 5

Die versicherte Person könnte am alten Arbeitsplatz weiter arbeiten, verliert diesen jedoch aus sonstigen Gründen.

Folge: Dieser Fall ist ebenfalls zu prüfen wie die Fallkonstellation 3. Ob Leistungen nach § 3 Abs. 2 BKV notwendig werden, hängt vom Einzelfall ab.

Wenn die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit noch nicht erfolgt ist, aber alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind, wird dies durch eine verbindliche Entscheidung gegenüber der/dem Versicherten bestätigt (§ 9 Abs. 4 SGB VII). Dadurch hat die/der Versicherte die Gewissheit, dass eine Berufskrankheit anerkannt wird, sobald sie/er die gefährdende Tätigkeit aufgibt.

Im Gutachten ist nur die Frage zu beantworten, welche gefährdenden Tätigkeiten nicht ausgeübt werden können. Die weiteren Schlussfolgerungen zieht der UV-Träger.

4.6 Zusammenwirken von Unfallversicherungsträger und ärztlichen Sachverständigen

Der Unfallversicherungsträger ist als Auftraggeber verpflichtet, eine sachgerechte Begutachtung zu gewährleisten. Entsprechend muss der Gutachtenauftrag klar formuliert sein.

Den ärztlichen Sachverständigen sind alle zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen einschließlich aller verfügbaren Befunde vollständig zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören insbesondere Unterlagen zur Krankheitsvorgeschichte und zu Erkrankungen, die in einer Beziehung zu der zu begutachtenden Krankheit stehen können, Befunde der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sowie vollständige problemorientierte Ermittlungsergebnisse zur Arbeitsvorgeschichte mit Angaben zur Dauer und Intensität relevanter Einwirkungen. Bei Nachbegutachtungsaufträgen sind zusätzlich auch die als Folge der Berufskrankheit anerkannten und abgelehnten Gesundheitsstörungen sowie das/die dafür maßgebliche(n) Gutachten zu übermitteln.

Die in der Akte enthaltenen Angaben sind, soweit sie die Grundlage für das Gutachtenergebnis bilden, ebenso wie die bei der Anamnese erhobenen Angaben der/des Versicherten in das Gutachten aufzunehmen; auf für die Beurteilung bedeutsame Abweichungen zur Aktenlage hat die Gutachterin bzw. der Gutachter hinzuweisen und gegebenenfalls eine Alternativbeurteilung vorzunehmen.

Das Gutachten kann seine Aufgabe als Beweisgrundlage nur erfüllen, wenn die Beurteilung überzeugend begründet ist. Für diese Beurteilung kommt es nicht auf die allgemeine wissenschaftliche Auffassung der jeweiligen ärztlichen Sachverständigen an, sondern auf den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand (vgl. BSG, Urt. v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R, juris Rn. 28). Die ärztlichen Sachverständigen haben transparent zu machen, auf welche Quellen sie sich im Rahmen ihrer gutachterlichen Ausführungen stützen; der Abdruck eines Literaturverzeichnisses am Ende des Gutachtens genügt jedoch nicht den Anforderungen. Fehlen fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Beurteilung des Einzelfalles, so haben die ärztlichen Sachverständigen dies offenzulegen. Besteht in der aktuellen wissenschaftlichen Fachwelt kein Konsens zu einer bestimmten Frage, so haben die ärztlichen Sachverständigen den Dissens darzustellen und sich mit einer Begründung einer Auffassung anzuschließen.

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihre Gutachten persönlich zu erstellen. Sie sind nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen (§ 407a Abs. 2 Satz 1 ZPO). Dies schließt jedoch grundsätzlich nicht aus, dass die beauftragten ärztlichen Sachverständigen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Erstellung des Gutachtens hinzuziehen und diese beispielsweise die Untersuchung durchführen lassen (vgl. z.B. BSG, Beschluss v. 17.11.2006 – B 2 U 58/05 B, SozR 4-1750 Nr. 3). Entscheidend ist jedoch, dass die Gutachterin bzw. der Gutachter sich den Inhalt des Gutachtens zu Eigen macht und auch die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt. Mitarbeitende Personen sind in dem Gutachten namhaft zu machen und der Umfang ihrer Tätigkeit ist offen zu legen.

Gemäß § 49 Abs. 2 Satz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist ein Gutachten innerhalb von drei Wochen zu erstellen. Ist dies nicht möglich, so ist der Unfallversicherungsträger hierüber unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, zu benachrichtigen (§ 49 Abs. 2 Satz 2 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Hinsichtlich der allgemeinen Grundlagen und Voraussetzungen der Begutachtung von Berufskrankheiten (einschließlich Maßnahmen der Qualitätssicherung) wird auf die „Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ ([HVBG, BUK, BLB 2004]) verwiesen, die in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und zahlreichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet wurden.

4.7 Rente

Rente nach §56 SGB VII kann nur geleistet werden, wenn die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. oder in Folge mehrerer Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten oder diesen gleichgestellter Schäden jeweils um mindestens 10 v.H. gemindert ist und die Summe der durch die einzelnen Unfälle/Berufskrankheiten verursachten MdE wenigstens 20 v.H. beträgt (Für den Personenkreis der landwirtschaftlichen Unternehmer, deren Ehegatten bzw. Lebenspartner und der im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitenden Familienangehörigen entsteht ein Rentenanspruch erst ab einer MdE 30 v. H.).

Grundsätzlich beginnt die Rente nach dem Wegfall des Verletzungsgeldes. Wenn möglich, sollte der Rentenbeginn im Gutachtenauftrag benannt werden.

5 Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit

5.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§56 Absatz 2 Satz 1 SGB VII). Bei jugendlichen Versicherten wird die MdE nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden.

Rechnerisch ist die Erwerbsfähigkeit ohne Auswirkungen der Berufskrankheit mit 100 v.H. anzusetzen. Diese Größe stellt den Beziehungswert dar, auf den das nach Eintreten der Berufskrankheit verbleibende Ausmaß an der Erwerbsfähigkeit bezogen werden muss. Die Differenz beider Werte ergibt die sogenannte „MdE“.

Es wird dabei auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalles und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgestellt. Die Feststellung einer MdE und gegebenenfalls eines Rentenanspruchs erfolgt unabhängig davon, ob eine Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wurde oder ob ein Einkommenschaden eingetreten ist. Da die Erwerbsminderung an den Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens gemessen wird, ist der Grad der MdE auch grundsätzlich unabhängig (vgl. aber hierzu 5.4)

- vom bisher ausgeübten Beruf,
- vom bisherigen Qualifikationsniveau,
- vom Alter und Geschlecht
- und von den Wohnortverhältnissen der/des Versicherten.

Die individuelle Erwerbsfähigkeit kann durch eine BK-Nr. 5101 beeinträchtigt werden. Den Versicherten sind je nach Einzelfall bestimmte Arbeitsplätze mit nicht meidbaren Hautbelastungen oder allergenen Einwirkungen verschlossen. Weitere Gesundheitsstörungen, die die Einsatzfähigkeit im Arbeitsleben beeinträchtigen können, sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen; dazu gehören z. B. erhebliche Schmerzen, entstellende Hautveränderungen.

Für die Bemessung der MdE kommt es auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Folge des Versicherungsfalles an. Daher können vorbestehende Behinderungen, Erkrankungen oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Ausmaß der MdE relevant sein. Solche sogenannten „**Vorschäden**“ können dazu führen, dass die MdE im Vergleich zu „gesunden“ Versicherten höher oder niedriger zu bewerten ist. Dies ist der Fall, wenn zwischen dem beruflich verursachten Gesundheitsschaden und dem sogenannten „Vorschaden“ eine

funktionelle Wechselbeziehung besteht und die konkreten Auswirkungen auf die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dadurch beeinflusst werden. Die Berücksichtigung von „Vorschäden“ ist keineswegs auf die Schädigung paariger Organe oder die Betroffenheit desselben Organs oder derselben Körperfunktion beschränkt. Auch hängt die Berücksichtigung von Vorerkrankungen nicht davon ab, dass diese ihrerseits als Berufskrankheit oder als Folgen eines Arbeitsunfalls anerkannt sein müssen.

Beispiel 1:

Ein blinder Masseur erkrankt an einem schweren Handekzem. In diesem Fall wirkt sich die Funktionseinschränkung an den Händen auf Grund des Vorschadens (Blindheit) erheblich anders aus als bei einem Gesunden. Der Blinde ist wegen des Verlustes eines Sinnesorgans für seine Erwerbsfähigkeit in besonderer Weise auf die Funktionsfähigkeit anderer Organe, z. B. auch der Hände, angewiesen. Durch die noch eingeschränkte Einsetzbarkeit der Hand, z. B. als Tast- und Greiforgan, wird die verbleibende Erwerbsfähigkeit besonders stark eingeschränkt. Zwischen den Funktionseinschränkungen besteht eine Wechselbeziehung.

Beispiel 2:

Ein Versicherter, der bereits an einem vorbestehenden Ekzem beider Hände leidet und bei dem ein beruflich verursachtes Handekzem hinzutritt, hat eine andere Ausgangslage. Das beruflich verursachte Handekzem überlagert das bereits vor dem Versicherungsfall bestehende Ekzem und hat geringere Auswirkungen auf dem Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

5.2 Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Ermittlung und Bemessung der MdE ist immer eine Funktionsbewertung und erfolgt in den folgenden Schritten:

- Welche gesundheitlichen Funktionseinschränkungen liegen bei der/dem Versicherten vor? Inwieweit sind sie auf die Berufskrankheit zurückzuführen? Welchen Umfang und welchen Schweregrad weisen die Funktionseinschränkungen auf?
- Welche Arbeitsmöglichkeiten werden der/dem Versicherten durch die festgestellten, auf den Versicherungsfall zurückzuführenden Funktionseinschränkungen verschlossen?
- Auf Grund des ermittelten „negativen Leistungsbildes“ ist die MdE zu bemessen

Die MdE ist bei der erstmaligen Begutachtung in der Regel auch für eine gewisse zurückliegende Zeit (entsprechend den Vorgaben des Gutachtauftrags, in der Regel ab dem Zeitpunkt des Versicherungsfalles) einzuschätzen. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles i.S. der Berufskrankheit Nr. 5101 gilt der Tag, an dem alle Voraussetzungen zur Anerkennung der Berufskrankheit vorliegen, insbesondere die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit. Bei bis zum Begutachtungszeitpunkt progredientem Erkrankungsverlauf ist ggf. eine zeitlich differenzierende gestufte MdE-Beurteilung erforderlich.

Eine Begutachtung zur Schätzung der MdE soll erst nach Rückbildung akuter Hauterscheinungen erfolgen (ggf. nach hautärztlicher Behandlung) bzw. nach Ablauf der 26. Woche nach dem Versicherungsfall (s.a. 4.5.4 und 4.7). Die MdE wird unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde nach berufsdermatologischen Gesichtspunkten geschätzt.

Die Empfehlungen dienen zur Einschätzung der MdE bei allergischen und nicht-allergischen Hautkrankheiten. In langjähriger gutachterlicher Praxis haben sich Erfahrungssätze herausgebildet, die auch von der Rechtsprechung bestätigt worden sind; die MdE-Bewertung bei der BK-Nr. 5101 umfasst hiernach in der Regel Sätze bis 30. v. H. Eine MdE von mehr als 30 v. H. ist nur in ungewöhnlich schweren Fällen angezeigt und bedarf einer besonderen Begründung (s. a. 5.4).

Für die ärztlichen Sachverständigen sind das klinische Bild (Befund) und der Verlauf maßgeblich. Neben dem aktuellen Befund sind aktenkundig dokumentierte Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. auch Daten der Krankenkassen kritisch zu berücksichtigen; Rezidive sind daraufhin zu werten, ob sie tatsächlich auf Grund einer beruflich erworbenen Allergie oder beruflich bedingten Minderbelastbarkeit der Haut Folge der Berufskrankheit sind.

Der Umfang der Beeinträchtigungen durch die BK-Folgen unter Berücksichtigung des Umfangs der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens sind die Kriterien für die Bewertung der MdE (s. a. 5.1). Hierbei sind die auf Dauer zu unterlassenden gefährdenden Tätigkeiten zu berücksichtigen. Für häufig vorkommende Allergene ist die Vorgehensweise exemplarisch dargestellt [Diepgen et al 2002, 2005].

Die Anwendung der Tabelle setzt die Kenntnis der nachstehenden Erläuterungen voraus. Ungeachtet dessen handelt es sich um eine Einzelfallbeurteilung durch die Gutachterin bzw. den Gutachter und nicht um eine schematische Anwendung der Tabelle.

Auswirkung einer Allergie	Ausmaß der Hauterscheinungen, auch nach irritativer Schädigung			
	keine	leicht	mittel	schwer
keine	0*	10	20	25
geringgradig	0*	10	20	25
mittelgradig	10	15	25	30
schwerwiegend	20	20	30	≥ 30

Tabelle 1 * Dabei werden alle MdE-Grade unterhalb von 10 % als nicht messbar mit „0“ angegeben.

Das Ausmaß der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten durch die Auswirkungen der Allergie(n) und/oder das Ausmaß der Hauterscheinungen kann eine Abweichung um 5 Prozentpunkte zur Folge haben.

Eine MdE von 15 % sollte besonders begründet werden.

5.3 Erläuternde Hinweise

5.3.1 Ausmaß der Hauterscheinungen, auch nach irritativer Schädigung

- In der Tabelle wird das Ausmaß der Hauterscheinungen in die vier Kategorien „keine“, „leicht“, „mittel“ und „schwer“ unterteilt. Die Hauterscheinungen können durch erneute Einwirkung von Allergenen verursacht sein und/oder auch bei adäquater Therapie persistieren. Das Persistieren nicht-allergischer Ekzeme ist eher die Ausnahme und betrifft Versicherte mit schweren Hautveränderungen auf Grund jahrelanger Einwirkung von irritativen Noxen.
- Die Kategorien für das Ausmaß der Hauterscheinungen gelten auch für die Beurteilung einer irritativen Schädigung, wenn seit der Tätigkeitsaufgabe keine floriden Hauterscheinungen mehr aufgetreten sind, aber auf Grund von diskreten Befunden bei Hautbelastung eine irritative Schädigung zu diagnostizieren ist. Kann eine irritative Schädigung bzw. der Zwang zur Meidung irritativer Belastung für die MdE relevant sein, so ist die zur Auslösung von Hauterscheinungen notwendige Intensität der irritativen Wirkung zu beurteilen und zuvor, soweit möglich, hautphysiologisch zu objektivieren [John 2006].
- Grundlage der Beurteilung sind ärztlich dokumentierte Befunde; die Beurteilung erfolgt unter adäquaten therapeutischen Maßnahmen [Diepgen et al. 2005].
- Eingang in die MdE-Bewertung finden nur die Gesundheitsstörungen, für die der Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit im Rahmen der Begutachtung festgestellt wurde.

Leichte Hauterscheinungen:

- Krankhafte Hautveränderungen, die bis zu dreimal pro Jahr auftreten und bei adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung der versicherten Person schnell wieder abheilen, und/oder
- gering lichenifizierte oder gering atrophische Haut als Folgezustand eines langwierigen beruflichen Ekzems oder nach Kortikosteroid-Behandlung und/oder
- dokumentierte krankhafte Hautveränderungen nach intensiver (irritativer, toxischer etc.) Hautbelastung.

Leichte Hauterscheinungen verschließen erfahrungsgemäß Tätigkeiten (Arbeitsplätze), bei denen Beschäftigte regelmäßig mehr als ein Viertel der Vollschicht mit ihren Händen Arbeiten im feuchten Milieu ausführen oder einen entsprechenden Zeitraum feuchtigkeitsdichte Schutzhandschuhe tragen oder häufig bzw. intensiv ihre Hände reinigen müssen.

Mittlere Hauterscheinungen:

- Krankhafte Hautveränderungen, die mehr als dreimal pro Jahr auftreten und trotz adäquater dermatologischer Therapie und

Mitwirkung der versicherten Person mehrere Wochen bestehen, und/oder

- lichenifizierte oder dünne, leicht vulnerable Haut als Folgezustand eines langwierigen beruflichen Ekzems oder nach Kortikosteroid-Behandlung und/oder
- dokumentierte krankhafte Hautveränderungen nach mäßiger (irritativer, toxischer etc.) Hautbelastung.

Mittlere Hauterscheinungen verschließen erfahrungsgemäß auch Tätigkeiten (Arbeitsplätze), bei denen Beschäftigte regelmäßig bis zu einem Viertel der Vollschicht mit ihren Händen Arbeiten im feuchten Milieu ausführen oder feuchtigkeitsdichte Schutzhandschuhe tragen oder häufig bzw. intensiv ihre Hände reinigen müssen.

Schwere Hauterscheinungen:

- Ausgedehnte dauerhafte oder chronisch rezidivierende Hautveränderungen von erheblichem Krankheitswert mit z. B. tiefen Rhagaden, ausgeprägter Lichenifikation und Infiltration
- und
- dokumentierte krankhafte Hautveränderungen schon nach geringer Hautbelastung.

Schwere Hauterscheinungen verschließen erfahrungsgemäß sämtliche Tätigkeiten (Arbeitsplätze), bei denen Beschäftigte mit ihren Händen Arbeiten im feuchten Milieu ausführen oder feuchtigkeitsdichte Schutzhandschuhe tragen oder ihre Hände reinigen müssen.

5.3.2 Auswirkung der Allergie

Die Auswirkung der Allergie ist in der Tabelle in der ersten Spalte unterteilt in die vier Kategorien „keine“, „geringgradig“, „mittelgradig“ und „schwerwiegend“. Positive Ergebnisse von Allergietestungen sind sorgfältig auf ihre klinische und berufliche Relevanz anhand der Anamnese und des klinischen Befundes zu überprüfen; die Prüfung ist zu dokumentieren. Die Auswirkung der Allergie ist zu beurteilen nach ihrem Umfang und nach ihrer Intensität, beides im Hinblick auf die verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Die Stärke der Testreaktion kann ein Hinweis auf eine intensive Sensibilisierung sein, wesentlicher ist jedoch der klinische Befund bei Exposition. Allein aus einer „+++Reaktion“ kann nicht auf eine schwerwiegende Auswirkung einer Allergie geschlossen werden. Beim Umfang der Sensibilisierung dürfen positive Testreaktionen nicht einfach addiert werden, sondern der Umfang der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ist zu beurteilen.

Eingang in die MdE-Bewertung finden nur die Gesundheitsstörungen, für die der Ursachenzusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit im Rahmen der Begutachtung festgestellt wurde.

Auch „klinisch stumme Sensibilisierungen“ sind unter bestimmten Voraussetzungen bei der MdE-Einschätzung zu berücksichtigen. Definitionsgemäß wird auf das Vorliegen einer „stummen Sensibilisierung“ geschlossen, wenn zwar einerseits eine als allergisch bewertete positive Epikutantestreaktion vorliegt, jedoch andererseits gutachterlich nicht mit Wahrscheinlichkeit festzustellen ist, dass diese im Epikutantest identifizierte Sensibilisierung im Rahmen der versicherten Tätigkeit auch tatsächlich ein manifestes allergisches Kontaktekzem verursacht hat.

Eine stumme Sensibilisierung allein kann den Tatbestand der BK-Nr. 5101 nicht begründen (das Monosymptom einer positiven Epikutantestreaktion ist keine Hautkrankheit im Sinne des Verordnungsgebers). Daraus ergibt sich, dass die stumme Sensibilisierung BK- und MdE-Relevanz nur im Rahmen der sog. haftungsausfüllenden Kausalität erlangen kann; die/der ärztliche Sachverständige muss die Fragen beantworten, ob:

1. ohne Berücksichtigung der stummen Sensibilisierung die Voraussetzungen für eine BK-Anerkennung gegeben sind und ob
2. die stumme Sensibilisierung mit Wahrscheinlichkeit kausal auf die als BK anzuerkennende Hautkrankheit zurückzuführen ist.

Ein typisches Beispiel hierfür ist eine anerkannte BK in Form eines schweren irritativen Handekzems, das den Unterlassungszwang begründet hat und Wegbereiterfunktion für die Entwicklung einer (bisher) klinisch stummen (Pfropf-) Sensibilisierung gegenüber einem Berufsallergen erlangt hat. Nach wissenschaftlichem Kenntnisstand kann eine (beruflich induzierte) Barrierschädigung durch Penetrationsförderung oder andere diskutierte Mechanismen (proinflammatorischer Stimulus) die Entstehung von Sensibilisierungen begünstigen. Somit ist hier der kausale Zusammenhang mit den als BK anzuerkennenden Hauterscheinungen (irritatives Handekzem) gegeben; die stumme Pfropfsensibilisierung ist in diesem Fall (mittelbare) Folge der BK und damit grundsätzlich entschädigungsfähig. Auf die Ausführungen von Fartasch et al. [2008] wird verwiesen.

Erst wenn 1 und 2 bejaht werden, umfasst der Entschädigungsumfang auch die stumme Sensibilisierung grundsätzlich mit. Hierbei gelten folgende Maßgaben:

Nach der oben dargestellten MdE-Tabelle geht nicht nur die Verbreitung der Allergene in die MdE-Bemessung ein, sondern auch die Auswirkung der Allergie nach ihrem Umfang und nach ihrer Intensität, also im Wesentlichen der klinische Befund zum Zeitpunkt beruflicher Exposition als Zeichen der Ansprechbarkeit durch die Sensibilisierung. Definitionsgemäß fehlt bei einer stummen Sensibilisierung aber ein klinisches Korrelat (im Sinne eines allergischen Kontaktekzems), deshalb werden bei einer

stummen Sensibilisierung die Auswirkungen der Allergie niedriger, d. h. in der Regel nur als geringgradig zu bewerten sein. Dies sollte allerdings nicht schematisch erfolgen, sondern im Gutachten sollte ggf. dargelegt werden, dass wegen der geringen Ansprechbarkeit durch die Sensibilisierung die Auswirkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tatsächlich geringer als bei einer klinisch relevanten Sensibilisierung einzuschätzen sind. Dies ist der Fall, wenn dem von einer stummen Sensibilisierung betroffenen Versicherten weniger Berufstätigkeiten verschlossen sind als Versicherten mit klinisch relevanter Allergie.

Bei der Bewertung der Verbreitung von Allergenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in krankheitsauslösender Form ist auf den Stand der berufsdermatologisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zurückzugreifen. Zu Einzelheiten siehe Diepgen et al. [2002, 2005].

Geringgradige Auswirkung:

Einzelner Berufsstoff wenig verbreitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Mittelgradige Auswirkung:

Einzelner Berufsstoff weit verbreitet oder mehrere Berufsstoffe gering verbreitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. einzelner Berufsstoff wenig verbreitet bei klinisch besonders intensiver Sensibilisierung.

Schwergradige Auswirkung:

Mehrere Berufsstoffe weit verbreitet, einzelner Berufsstoff sehr weit verbreitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch mit Berücksichtigung möglicher Kreuzallergien und/oder bei klinisch besonders intensiver Sensibilisierung.

5.4 Besondere Hinweise

In klinisch besonderen Fällen (z. B. systemische Nebenwirkungen einer Glucokortikoid-Medikation, persistierende Lichtdermatose u. ä.) sind auch höhere MdE-Werte angezeigt, die jedoch der besonderen Begründung bedürfen.

Die Beurteilung, ob eine besondere berufliche Betroffenheit nach §56 Abs. 2 Satz 3 SGB VII vorliegt ist eine Rechtsfrage und obliegt daher dem UV-Träger. Wenn diese bei der MdE-Bemessung zu berücksichtigen ist, wird der UV-Träger hierauf hinweisen.

In besonders gelagerten Fällen (z. B. Alter, Behinderung) kann ein Hinweis des Gutachters auf eine schon vor Eintritt der Berufskrankheit bestehende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nützlich sein.

6 Anwendung des § 3 BKV

6.1 Rechtliche Grundlagen

Die Verhütung von Berufskrankheiten ist gesetzlicher Auftrag der Unfallversicherung (vgl. §§ 1, 14 SGB VII) und hat Vorrang vor Rehabilitation und Entschädigung. Dies ist besonders zu beachten, wenn wie bei der BK-Nr. 5101 der Eintritt des Versicherungsfalles an weitere versicherungsrechtliche Voraussetzungen geknüpft ist. So wird bei der BK-Nr. 5101 gefordert, dass es sich um eine schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung mit dem Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit handelt.

Leistungen aus dem Versicherungsfall der BK-Nr. 5101 können daher vielfach (noch) nicht erbracht werden, obwohl bereits eine Hauterkrankung im medizinischen Sinne vorliegt.

Gleichwohl wird es bereits in dieser Phase der Erkrankung in vielen Fällen angebracht sein, Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintritt des Versicherungsfalles zu vermeiden.

Um dies zu ermöglichen, wurde vom Verordnungsgeber § 3 BKV geschaffen.

§ 3 Abs. 1 BKV lautet:

„Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die UV-Träger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die UV-Träger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.“

Ein „Hinwirken“ von Seiten des Unfallversicherungsträgers auf eine Unterlassung einer gefährdenden Tätigkeit ist nach § 3 BKV nur vorgesehen, wenn feststeht, dass die Gefahr mit anderen Mitteln nicht zu beseitigen ist.

Es ist daher Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen im Rahmen des erteilten Gutachtenauftrags Stellung zur Erforderlichkeit von Präventionsmaßnahmen, insbesondere zu Maßnahmen der Individualprävention zu nehmen, auch wenn der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.

Dabei ist zu beachten, dass – anders als beim Versicherungsfall BK – Versicherungsfall und Leistungsfall bei § 3 Abs. 1 BKV wegen der präventiven Natur der Maßnahme und des sich ständig verändernden Sachverhaltes immer zusammenfallen. Daher präjudiziert die Gewährung einer § 3-Leistung nicht automatische Ansprüche auf weitere Leistungen. Vielmehr ist vor jeder neuen Maßnahme erneut das Vorliegen der Voraussetzungen

von § 3 Abs. 1 BKV zu prüfen [Römer, Brandenburg 2006]. Dies gilt nicht für die sich an die Aufgabe der Tätigkeit anschließenden Leistungen, wenn Versicherte der Aufforderung des UV-Träger zur Aufgabe nachkommen.

Individuelle Präventionsmaßnahmen sind geboten, wenn nach medizinischem Kenntnis- und Erfahrungsstand für Versicherte die konkrete Gefahr besteht, dass bei Fortsetzung der gefährdenden Tätigkeit eine Berufskrankheit mit Wahrscheinlichkeit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert.

Eine solche Gefahr liegt vor, wenn das Risiko einer Schädigung für Versicherte am konkreten Arbeitsplatz über den Grad hinausgeht, der bei anderen Versicherten, bei einer vergleichbaren Beschäftigung, besteht. Dabei komme es individuell auf die Besonderheiten des Einzelfalles, auch auf den Gesundheitszustand sowie die Konstitution des Betroffenen, an. Bei der zur Gefahrenfeststellung erforderlichen „Risikoprognose“, die eine hypothetische „Kausalitätsprognose“ umfasst, ist die Würdigung aller Umstände des Einzelfalles unter Berücksichtigung des Standes der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse entscheidend (BSG, 12.1.2010, B 2 U 33/08 R).

Von einer Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV kann daher nicht bereits dann ausgegangen werden, wenn am Arbeitsplatz des Versicherten ein Stoff vorhanden ist, der im Allgemeinen zu einer Berufskrankheit führen kann oder wenn eine dem Grunde nach gefährdende Tätigkeit ausgeübt wird.

Die Umstände, welche die Gefahr der Entstehung einer BK-Nr. 5101 begründen, bedürfen im Gutachten einer eingehenden Darlegung.

Vorbeugende Leistungen wegen der konkreten Gefahr der Entstehung einer BK-Nr. 5101 kommen vor allem dann in Frage, wenn

- eine durch berufliche Einwirkungen verursachte Hautschädigung bereits vorliegt,
- eine Anerkennung als Berufskrankheit aber ausgeschlossen ist, weil
 - die Erkrankung noch nicht schwer oder wiederholt rückfällig ist und/oder
 - die Erkrankung – noch – nicht zum Unterlassen der gefährdenden Tätigkeiten zwingt.

Sind bei einem Versicherten die Merkmale einer Berufskrankheit bereits voll ausgeprägt und scheidet die Anerkennung einer Berufskrankheit mit Unterlassungszwang lediglich daran, dass der Versicherte sich weigert, die gesundheitsgefährdende Tätigkeit aufzugeben, so besteht kein Anspruch auf Leistungen nach § 3 Abs 1 BKV (BSG-Urteil B 2 U 4/10 R vom 22.03.2011).

Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit

Ist die Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV durch technische, organisatorische, personenbezogene oder präventivmedizinische Maßnahmen nicht zu beseitigen, ist es Aufgabe des UV-Trägers zu prüfen, ob die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zur Vermeidung des Entstehens einer Berufskrankheit erforderlich ist (§ 3 Abs. 1 Satz 2 BKV). Die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit stellt für Versicherte stets einen einschneidenden Eingriff in die persönliche Sphäre dar und kann daher nur das letzte Mittel sein.

6.2 Auswahlkriterien für § 3 Maßnahmen

Liegt eine Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 BKV vor, sind erfolgversprechende Maßnahmen zur Beseitigung der gefährdenden Exposition am Arbeitsplatz vorrangig.

In Betracht kommen dabei:

- Ersatzstoffprüfung
- technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Änderung der Arbeitsweise, technische Schutzvorrichtungen)
- persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Schutzhandschuhe, Hautschutzmittel)
- Beratung/Schulung über hautschonende Arbeitstechniken, gesundheitspädagogische Maßnahmen

Unabhängig von diesen technischen und persönlichen Schutzmaßnahmen können auch präventivmedizinische Maßnahmen (spezielle ambulante oder stationäre Heilbehandlung) geeignet sein, dem Eintritt des Versicherungsfalls, dem Eintritt des Leistungsfalls oder einer Verschlimmerung der Erkrankung entgegenzuwirken.

Die Pflicht, Versicherte vor schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz zu schützen, obliegt grundsätzlich dem Arbeitgeber (§ 3 ArbSchG).

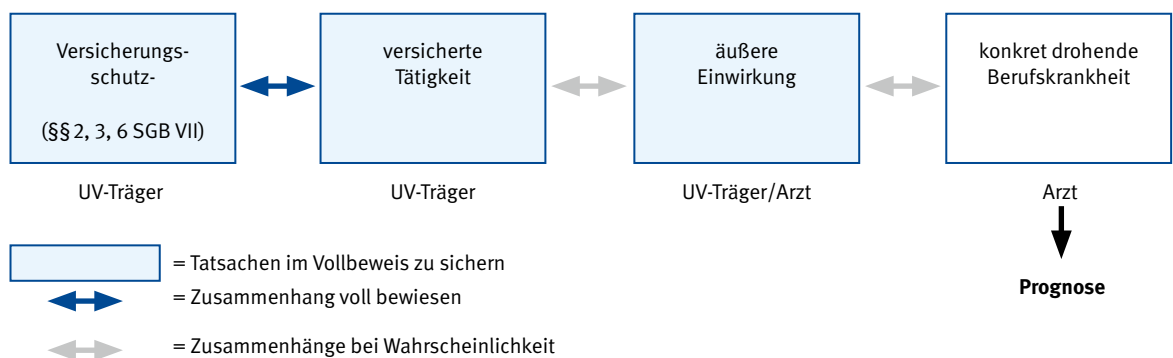
Die Unfallversicherungsträger werden nachrangig tätig. Sie ergreifen erst dann Maßnahmen gemäß § 3 BKV, wenn für Versicherte die konkrete Gefahr besteht, dass eine Hauterkrankung entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert. Für Hautschutzmaßnahmen ist grundsätzlich der Arbeitgeber im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung verantwortlich. Ist die Gefahr nicht zu beseitigen, ist darauf hinzuwirken, dass der Beschäftigte die gefährdende Tätigkeit aufgibt.

Von der Gutachterin bzw. dem Gutachter sind die aus medizinischer Sicht zur Gefahrabwendung erforderlichen Maßnahmen zu beschreiben. Die Prüfung, ob und inwieweit die vorgeschlagenen Maßnahmen unter den konkreten Arbeitsplatzverhältnissen durchführbar sind, obliegt dem UV-Träger.

Im Gutachten ist Stellung zu nehmen, auf welche konkreten Befunde sich die Bewertung stützt, unter welchen Bedingungen (positives bzw. negatives Leistungsbild) ein Verbleib am bisherigen Arbeitsplatz möglich ist; bzw. welche Maßnahmen unabhängig vom Verbleib am Arbeitsplatz angezeigt sind (z. B. gesundheitspädagogische Maßnahmen, spezielle ambulante oder stationäre Heilbehandlung).

Für Vorschläge zur Minimierung des Risikos und zum Umgang mit einem vertretbaren Restrisiko müssen sich die ärztlichen Sachverständigen am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientieren. Grad und Höhe der Gefahr sind unter Beachtung von Schadensausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit zu ermitteln und bestimmen Art und Umfang zu der zu ergreifenden Maßnahme(n).

Beweisanforderungen bei § 3 BKV*



7 Empfehlungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung Erfordernis, Umfang, Intervall

Zu den Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung zählt die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Versicherten nach Eintritt eines Arbeitsunfalls und/oder einer Berufskrankheit. Konkretisiert wird diese Aufgabe in § 26 Abs. 2 Nummer 1 SGB VII, wonach ein durch den Versicherungsfall verursachter Gesundheitsschaden möglichst frühzeitig zu beseitigen oder zu bessern und seine Verschlimmerung zu verhüten ist sowie seine Folgen zu mildern sind.

Soweit der Hautzustand aktuell weitere medizinische Behandlungsmaßnahmen erfordert, sind entsprechende Hinweise ggf. auch zur Versorgung mit Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemitteln zu geben.

Empfehlungen zur Therapie der Hauterkrankung sollen leitliniengerecht sein (AWMF-Leitlinien s. a. ► <http://www.awmf.org>).

8 Nachbegutachtung

Nachbegutachtungen können durchgeführt werden, um unfallversicherungsrechtlich relevante Änderungen der durch die Berufskrankheit bedingten Funktionsausfälle, d. h. die Höhe der MdE, zu überprüfen.

Hinsichtlich Frequenz und Intervall von Nachbegutachtungen soll die Gutachterin bzw. der Gutachter eine Empfehlung aussprechen. Diese soll den individuellen Gesundheitszustand, insbesondere Verlauf und Schwere der Erkrankung (Ausmaß der Funktionsänderungen pro Zeitintervall) sowie ggf. Begleiterkrankungen, Alter und/oder Gebrechlichkeit der Versicherten berücksichtigen. Nachbegutachtungen können auch von den Versicherten beantragt werden.

Die Empfehlungen für Nachbegutachtungen und die Notwendigkeit von Befundkontrollen sowie deren Intervalle sind grundsätzlich zu begründen.

Nachbegutachtungen sind angezeigt bei Versicherten, bei denen wegen der anerkannten BK eine rentenberechtigende MdE besteht, solange noch mit einer relevanten Änderung in den Erkrankungsfolgen zu rechnen ist.

Ist Folge der anerkannten Berufskrankheit ein irritativer Schaden, empfehlen sich regelmäßige Nachbegutachtungen, wenn die Hauterkrankung weitere dermatologische Behandlung erforderlich macht.

Wenn als Folge der Berufskrankheit lediglich persistierende Sensibilisierungen ohne eine manifeste Hauterkrankung vorliegen oder wenn sich bei konstantem Sensibilisierungsspektrum in einer Beobachtungsphase von etwa 4 Jahren mit 1-2 Nachbegutachtungen keine sonstigen Änderungen ergeben haben, sind weitere Nachbegutachtungen in aller Regel nicht erforderlich.

Bei Nachbegutachtungen sollten primär folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist in den Folgen der Berufskrankheit eine Veränderung eingetreten?
- Sind zusätzliche Folgen der Berufskrankheit nachweisbar, z. B. auch Nebenwirkungen der Therapie?
- Ist eine Zunahme der Beschwerden auf von der Berufskrankheit unabhängige Erkrankungen zurückzuführen?
- Hat die Berufskrankheit ggf. Begleiterkrankungen ungünstig beeinflusst?
- Sind die therapeutischen Maßnahmen angemessen; reichen die ergriffenen technischen, organisatorischen oder persönlichen Schutzmaßnahmen aus? Sind ggf. Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt?
- Sind andere Neuerkrankungen aufgetreten, die sich auf die Berufskrankheit auswirken?
- Bedingen die Änderungen in den BK-Folgen eine rechtlich wesentliche Änderung der MdE (mehr als 5 %, § 73 Abs. 3 SGB VII)?

Veränderungen der Befunde sind nicht zwangsläufig mit einer Veränderung der MdE gleichzusetzen. Nur wenn die erhobenen Befunde zweifelsfrei eine funktional wesentliche Veränderung (Verbesserung/ Verschlechterung) belegen, ist begründet darzulegen, ob damit auch eine Veränderung der MdE eingetreten ist.

1 Allgemeines zu arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen

Arbeitsbedingte Hautkrebserkrankungen können durch die arbeitsbedingte Exposition gegenüber bestimmten Karzinogenen ausgelöst werden. Der Begriff "Hautkrebs" ist allerdings unspezifisch und es werden darunter zahlreiche Erkrankungen verstanden, die Unterschiede in Klinik, Verlauf und Prognose zeigen (siehe Anlage Klassifikation nach Naldi & Diepgen 2007).

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf epidermale Hauttumore, wie Plattenepithelkarzinome, inklusive des Bowenkarzinoms (ICD C44.xx), und deren Vorstufen (Carcinomata in situ (vom AK-Typ und/oder Bowen Typ) (ICD L57.0/ D04xx)) sowie auf Basalzellkarzinome (ICD C44.xx), die auch Basaliome genannt werden.

Aktinische Keratosen sind als Carcinomata in situ anzusehen. Der nicht genitale Morbus Bowen lässt sich histologisch von einer aktinischen Keratose unterscheiden. Er ist biologisch und versicherungsrechtlich einer aktinischen Keratose gleichzu-

setzen. Er kann in ein sogenanntes Bowenkarzinom übergehen. Das Bowenkarzinom ist versicherungsrechtlich dem Plattenepithelkarzinom gleichzusetzen.

Derzeit können bei Erfüllung der Tatbestände der jeweiligen BK-Nummern Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen nach einer Exposition gegenüber Arsen oder seinen Verbindungen (BK-Nr. 1108), ionisierenden Strahlen (BK-Nr. 2402) sowie Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnlichen Stoffen (BK-Nr. 5102) als Berufskrankheit anerkannt und entschädigt werden. UV-Licht ist ebenfalls geeignet, unter bestimmten Voraussetzungen arbeitsbedingt präkanzeröse Veränderungen der Haut und Hauttumore zu verursachen. Diese sind unter der BK-Nr. 5103 zu prüfen.

Folgende Erkrankungen können zum Zeitpunkt der Überarbeitung der Bamberger Empfehlung als Berufskrankheit anerkannt werden:

Korrekturhinweis:

Leider hat bei der Drucklegung im Juni 2017 der Fehlerteufel zugeschlagen und in der Tabelle 2 auf Seite 32 einen Eintrag in Zeile: „Teer, Pech usw. BK-Nr. 5102“, Spalte: „Angio-/Fibrosarkome“ produziert, der dort nicht hingehörte. Angio-/Fibrosarkome können nicht Folge einer BK-Nr. 5102 sein. Dies ist hier korrigiert.

	Carcinomata in situ	Plattenepithelkarzinome	Basalzellkarzinome	Maligne Melanome	Angio-/Fibrosarkome
Arsen BK-Nr. 1108	x	x	x	–	–
Ionisierende Strahlung BK-Nr. 2402	x	x	x	–	x
Teer, Pech usw. BK-Nr. 5102	x	x	x	–	–
Natürliche UV-Strahlung BK-Nr. 5103	x	x	–	–	–
Narben	x	x	x	–	–

Tabelle 2

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung von Basalzellkarzinomen sowie von Melanomen (einschließlich des Lentigo-maligna-Melanoms) als Folge natürlicher oder künstlicher UV-Strahlung als BK-Nr. 5103 liegen zurzeit nicht vor. Bei Einführung dieser neuen Berufskrankheit ging der Ordnungsgeber gestützt auf die wissenschaftliche Begründung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales davon aus, dass die vorliegenden Erkenntnisse – insbesondere aus dem Bereich der Epidemiologie – hierfür (noch) nicht ausreichen. Eine arbeitsbedingte Verursachung dieser Hautkrebsentitäten wird in der Wissenschaft teilweise bejaht (Elsner et al. JDDG 2014; S. 915-917) bzw. diskutiert.

Eine grundsätzlich mögliche Anerkennung wie eine Berufskrankheit im Rahmen des § 9 Abs. 2 SGB VII würde allerdings voraussetzen, dass neue Erkenntnisse hierzu vorliegen, die dem Verordnungsgeber bei seiner damaligen Entscheidung nicht bekannt waren oder ersichtlich von ihm nicht geprüft wurden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat in seiner Bekanntmachung vom 01. Juli 2013 die Empfehlung des ärztlichen Sachverständigenbeirats „Berufskrankheiten“ zur Aufnahme einer neuen Berufskrankheit: „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ veröffentlicht. Auf Grundlage dieser Empfehlung

wurde mit Wirkung zum 01.01.2015 die gleichlautende Berufskrankheit unter der BK-Nummer 5103 neu in die Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (sog. „Berufskrankheiten-Liste“) aufgenommen.

Die Besonderheiten dieser Hauttumore sowie Besonderheiten epidermaler Hauttumoren in unfallbedingten Narben werden im Folgenden erörtert.

Die hier angesprochenen Erkrankungen stellen bei der Zusammenhangsbeurteilung besondere Anforderungen an die ärztlichen Sachverständigen. Im Unterschied zu den typischen Fällen der BK-Nr. 5101 sind lange Latenzzeiten, zum Teil von mehreren Jahrzehnten, die Regel. Bei den Kriterien für die Feststellung des Ursachenzusammenhanges muss dieses beachtet werden.

Hinsichtlich der MdE-Einschätzung bei Carcinomata in situ, Basalzellkarzinomen und Plattenepithelkarzinomen der Haut existieren seit 1993 Empfehlungen von Letzel et al. [1993], die in den letzten Jahren modifiziert und in Standardwerke [Schönberger et al. 2003, Mehrtens et al. 1999, Fritze 2001] zur arbeitsmedizinischen Zusammenhangesbegutachtung aufgenommen wurden.

Im Jahr 2008 wurde eine MdE-Tabelle für arbeitsbedingte, bösartige oder zur Bösartigkeit neigende Hautkrankheiten in das Bamberger Merkblatt aufgenommen. In dieser Tabelle wurde das erstmalige Auftreten einer Krebserkrankung immer mit einer hohen Krankheitsaktivität gleichgesetzt.

Dieser Ansatz wurde von den ärztlichen Sachverständigen zunehmend kritisch gesehen und mit Entwicklung der neuen MdE-Tabelle zur BK-Nr. 5103 endgültig aufgegeben. Ein wichtiges Argument für diese Entscheidung war, dass der epitheliale Hautkrebs gut behandelbar ist und nach erstmaligem Auftreten in der Regel keine nennenswerten und damit MdE-relevanten Funktionseinschränkungen verbleiben. Ausgenommen hiervon bleiben natürlich besondere Umstände, z.B. ein kosmetisch entstehendes OP-Ergebnis oder eine Metastasierung (Diepgen, Drexler, Krohn; DGUV Forum 1-2/2016).

Beim Erarbeiten der neuen MdE-Tabellen bestand Einvernehmen, dass sich die MdE-Einschätzung im Wesentlichen am Krankheitsbild und an der Tumoraktivität orientieren muss, da nur die sich aus beiden Kriterien ergebenden Beeinträchtigungen die für die MdE-Bewertung relevanten Auswirkungen auf die (verschlossenen) Arbeitsmöglichkeiten in geeigneter Weise widerspiegeln. Der Tabelle liegt die Überlegung zugrunde, dass bei idealtypischem Verlauf (Entstehen der Erkrankung, erstmaliger Arztbesuch, BK-Anzeige, Begutachtung) das dann (erstmalig) vorgefundene Krankheitsbild keine Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf bzw. zur Krankheitsaktivität zulässt und daher auch keine Prognose der Krankheitsaktivität abgegeben werden kann (Diepgen, Drexler, Krohn; DGUV Forum 1-2/2016).

Dennoch sollte die neue Bamberger Empfehlung zukünftig zwei MdE-Tabellen zum Hautkrebs enthalten. Damit wird zum einen in der Genese der Erkrankungen unterschieden zwischen primär systemischen Einwirkungen (BK-Nrn. 5102, 1108, 2402) und den UV-bedingten Erkrankungen. Zum anderen soll dies auch zum besseren Verständnis der jeweils anererkennungsfähigen Hautkrebsentitäten führen.

2 Erforderliche Untersuchungen (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermato- logischen Gutachten)

Die Krankheitsdiagnostik erfasst alle Maßnahmen, die zur Erkennung einer Krankheit und Benennung des Krankheitsbilds (Diagnose) führen. Gleichzeitig dient sie der Beschreibung von Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung.

Die festgestellten Gesundheitsstörungen sind exakt zu benennen und zusätzlich ist der zugehörige ICD-Code anzugeben. Eine umschreibende Bezeichnung des Krankheitsbildes als Syndrom oder Symptomatik ist nicht ausreichend. Fehlt es an solchen konkreten Feststellungen zu den Gesundheitsschäden, sind die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch nicht erfüllt.

2.1 Anamnese

Die Anamnese ist erforderlich zur Klärung

- des Ursachenzusammenhangs zwischen gefährdender Einwirkung und eingetretener Hauterkrankung und
- der Voraussetzungen für Maßnahmen nach § 3 BKV.

Ein Erhebungsbogen kann hilfreich sein.

Widersprüche zwischen den Angaben der versicherten Person und der Dokumentation in der Akte des UV-Trägers (insbesondere zu den Feststellungen des Präventionsdienstes zur Exposition) sind offenzulegen und ggf. in der Diskussion erneut hervorzuheben, um unterschiedliche Konsequenzen der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Bei wesentlichen Unklarheiten oder Abweichungen ist der UV-Träger einzuschalten.

Zu erheben sind die ausführliche **Eigen- und Medikamentenanamnese**, die **Familienanamnese**, sowie die **Sozial- und Freizeit**anamnese mit Bezug auf besondere Expositionen.

Die gutachterliche **Arbeitsanamnese** muss sich auf die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten des Versicherten beziehen; eine umfassende detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung ist erforderlich und etwaige angebotene/durchgeführte Schutzmaßnahmen sind festzuhalten. Bei entscheidungsrelevanten Abweichungen zur Expertise des Präventionsdienstes ist der UV-Träger zu informieren.

Im Übrigen wird auf die Tatbestandsmerkmale der jeweiligen Berufskrankheiten (s. 4.2) verwiesen.

Die **spezielle Hautanamnese** gibt u. a. entscheidende Hinweise für die Beurteilung der Verursachung der Hauterkrankung. Deshalb sollten unter Einbeziehung von Daten aus der Akte hervorgehoben werden:

- die Lokalisation der Hauterscheinungen
- der Verlauf der Erkrankung unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlungen
- die von der/dem Versicherten und der/dem behandelnden Hautärztin/Hautarzt beschriebenen Hautveränderungen
- die histologischen Befunde der operativ entfernten Läsionen
- die UV-Lichtempfindlichkeit (Hauttyp nach Fitzpatrick), eventuell geänderte UV-Lichtempfindlichkeit der Haut und
- eine Bewertung der kosmetischen und funktionellen Folgen durch die/den Versicherten.
- bei Hautkrebs durch UV-Strahlung die Verteilung der Lichtschädigung der Haut (Beschreibung der Lichtschädigung z.B. mit Hilfe des Photographic Guide aus dem DGUV Forschungsprojekt FB 170 s. a. Projektdatenbank der DGUV auf www.dguv.de)

2.2 Befunde

2.21 Klinische Befunde

Die Erhebung und Dokumentation des Allgemeinzustandes auf Grund einer orientierenden körperlichen Untersuchung ist erforderlich. Die Hautveränderungen sind exakt zu benennen, ein Körpersymbol oder eine Fotodokumentation können hilfreich sein. Klinische Indikatoren für das Ausmaß der Hautschädigung (z. B. (multiple) aktinische Keratosen, Feldkanzerisierung, Plattenepithelkarzinome, Teerwarzen, Elastose der Haut, Verfärbungen der Haut, Ephemeliden usw.) sowie funktionelle und/oder kosmetische Beeinträchtigungen des Versicherten sind zu dokumentieren.

Eine subjektive Bewertung des Hautzustandes durch die versicherte Person im Rahmen der Begutachtung hat sich bewährt, da diese für das Verständnis und die Beurteilung des individuellen Erkrankungsverlaufes von Bedeutung sein kann.

2.2.2 Spezielle Diagnostik

Hautveränderungen, bei denen der begründete Verdacht auf eine bösartige oder zur Bösartigkeit neigende Erkrankung besteht, sind durch eine dermato-histologische Untersuchung (Exzisionsbiopsie, Probenbiopsie) abzuklären. Die histologische Sicherung multipler aktinischer Keratosen ist nicht erforderlich bei entsprechender klinischer/fotographischer Dokumentation einschließlich Benennung und Lokalisationsangabe jeder einzelnen Läsion.

Hautfunktionstestungen sind im Regelfall nicht erforderlich.

2.3 Dokumentation

Die klinischen Befunde und die Anamnese sind ausführlich zu dokumentieren. Bei den speziellen Untersuchungsmethoden ist eine genaue Beschreibung des Verfahrens erforderlich (z. B. die Art der Gewebeentnahme). Dermato-histologische Befunde sind beizulegen.

2.4 Begutachtung nach Aktenlage

Regelfall ist das Gutachten mit persönlicher Untersuchung der/des Versicherten. Nur unter besonderen Voraussetzungen oder Fallkonstellationen ist eine Begutachtung nach Aktenlage im Sinne eines als Ausnahme durchgeführten, vereinfachten Entscheidungsverfahrens gerechtfertigt.

3 Beurteilung

Die Beurteilung erfolgt anhand der vom UV-Träger gestellten Fragen. Alle Antworten sind eingehend anhand der Aktenunterlagen, der Anamnese und der Befunde zu begründen. Sollten Fragen vom Gutachter nicht beantwortet werden können, ist dies darzulegen. Hierbei sind die unter Punkt 4 zusammengefassten rechtlichen Grundlagen zu beachten.

Es kann hilfreich sein, vor Beantwortung der Fragen eine freie zusammenfassende Beurteilung zu formulieren.

Nach Nummer 2.5 der „Empfehlungen der UV-Träger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ [HVBG, BUK, BLB 2004] informiert der UV-Träger die Gutachterin bzw. den Gutachter, falls das Gutachten der Entscheidung aus inhaltlichen oder formalen Gründen nicht zugrunde gelegt werden kann. Wünscht die Gutachterin oder der Gutachter aus Gründen der Qualitätssicherung in jedem Fall eine Rückmeldung des UV-Trägers, sollte mit dem Gutachten eine entsprechende Einverständniserklärung der/des Begutachteten übersandt und um Auskunft über das Ergebnis des Verfahrens gebeten werden. Datenschutzrechtliche Bedenken gegen eine Auskunft des UV-Trägers bestehen in diesem Fall nicht.

4 Rechtliche Grundlagen

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben gemäß § 1 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) nach Eintritt einer Berufskrankheit die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen und ggf. diese oder ihre Hinterbliebenen zu entschädigen.

§ 9 SGB VII in Verbindung mit der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) ist die rechtliche Grundlage zur Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit.

4.1 Verwaltungsverfahren und Begutachtung

Zu den Aufgaben der Unfallversicherungsträger gehört es, über die Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten zu entscheiden. Als Berufskrankheiten oder wie eine Berufskrankheit werden solche Erkrankungen anerkannt und entschädigt, die der Ordnungsgeber in der Berufskrankheiten-Liste als solche bezeichnet hat oder die nach neuen Erkenntnissen die Voraussetzungen zur Aufnahme in die Liste erfüllen (Anerkennung wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII) und die im jeweiligen Einzelfall aufgrund der gesetzlichen Kriterien dem Risikobereich des Unternehmens zuzurechnen sind.

Ob dies der Fall ist, wird im Verwaltungsverfahren ermittelt und geklärt. Dieses umfasst die Ermittlung der Krankheits- und Arbeitsvorgeschichte und der schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz sowie insbesondere die medizinische Begutachtung. Viele der zu beurteilenden Erkrankungen sind auf unterschiedliche Ursachen aus dem privaten und aus dem versicherten Bereich zurückzuführen, die Jahre oder Jahrzehnte zurückliegen können.

4.2 Besonderheiten der Hautkrebserkrankungen

Im Gegensatz zu der im Teil 1 behandelten Berufskrankheit Nr. 5101 gelten die besonderen Tatbestandsmerkmale „schwere“ oder „wiederholt rückfällige“ Hauterkrankung sowie „Unterlassung aller gefährdenden Tätigkeiten“ für die Berufskrankheiten mit Hautkrebserkrankung nicht.

4.2.1 Berufskrankheit Nr. 1108

Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen

Arsen und seine Verbindungen können Basalzellkarzinome (Syn. Basaliom) und Plattenepithelkarzinome inklusive Morbus Bowen und Bowenkarzinom verursachen. Zu den pathognomonischen Erscheinungsformen gehören Palmoplantarkeratosen, die aber nicht immer vorhanden sein müssen. Die Exposition

erfolgt hauptsächlich über die Atemwege, kann aber auch über den Magen-Darm-Trakt und unter besonderen Bedingungen auch über die Haut erfolgen.

Die Latenzzeit zwischen Exposition und Entwicklung von bösartigen Tumoren kann Jahre bis Jahrzehnte betragen.

Bei akuter kutaner Exposition können ekzematige Hautveränderungen auftreten. Chronische Intoxikationsfolgen können sich in Follikulitiden, Pigmentverschiebungen, Abszessen, Hyperkeratosen und Ulzera ausdrücken (so genannte „Arsenhaut“).

Typisch für Arsen induzierte Basaliome sind multiple Rumpfhautbasaliome (superfizielle Basaliome), die auch an nicht lichtexponierten Lokalisationen vorkommen. Plattenepithelkarzinome entstehen aus Vorstufen oder auf unveränderter Haut.

4.2.2 Berufskrankheit Nr. 2402

Erkrankungen durch ionisierende Strahlen

Ionisierende Strahlen können in Abhängigkeit von der Dosis (s. wiss. Begründung zur BK-Nr. 2402) bösartige Erkrankungen der Haut auslösen, vornehmlich Plattenepithelkarzinome und in geringerer Häufigkeit Basalzellkarzinome, selten Fibrosarkome und Angiosarkome.

Unter hoher akuter Strahlenbelastung (1 Sv und höher) ist die Entwicklung einer akuten Strahlendermatitis zu erwarten mit Rötung, Juckreiz und Infiltration der Haut.

Höhere Dosen können Einblutungen in die Haut, Blasen und Nekrosen verursachen. Als Spätschaden kann sich eine chronische Radiodermatitis mit Atrophie der Haut, zunehmender Sklerose, Verhornungsstörungen, Pigmentverschiebungen, Trockenheit durch Verlust der Talgdrüsen, Haarverlust und Teleangiectasien entwickeln.

Durch Summation kleiner Strahlendosen kann sich ebenfalls nach langer Latenzzeit eine chronische Radiodermatitis entwickeln.

4.2.3 Berufskrankheit Nr. 5102

Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe

Stoffe im Sinne der BK-Nr. 5102 können nach derzeitigem Kenntnisstand Plattenepithelkarzinome und Carcinomata in situ sowie Basalzellkarzinome verursachen. Ein direkter Hautkontakt spielt hierbei eine wesentliche Rolle.

Die Latenzzeit von der Erstexposition bis zum Auftreten der entsprechenden Hauttumoren kann Jahre bis Jahrzehnte betragen.

Häufig bestehen beim Auftreten der Hautkrebserkrankung weitere Zeichen einer so genannten „Teer- oder Pechhauterkrankung“ (z. B. Follikulitiden, Akne, bräunlich diffuse Pigmentierung, Hyperkeratosen), die Tumoren können jedoch auch ohne diese Brückensymptome auftreten. Teerwarzen sind Carcinoma in situ. Die Hauttumoren sind insbesondere im Kopfbereich (u. a. Nase, Periorbitalregion, Ohren) sowie an den Handrücken und Unterarmen lokalisiert.

4.2.4 Berufskrankheit Nr. 5103 Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung

Mit Inkrafttreten der Dritten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung (3. BKV-ÄndV) zum 01.01.2015 wurde die Berufskrankheit „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ in die Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (sog. „Berufskrankheitenliste“) aufgenommen.

Die Anerkennungsvoraussetzungen für diese Berufskrankheit sind in der wissenschaftlichen Begründung des Ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) konkretisiert.

Die Experten des ÄSVB gehen in ihrer Empfehlung bzw. Begründung davon aus, dass UV-Licht generell geeignet ist, präkanzeröse Veränderungen der Haut und Hautmalignome zu verursachen. Die arbeitsbedingte Einwirkung von UV-Strahlung ist daher als Krankheitsursache in entsprechenden Fallgestaltungen in Betracht zu ziehen.

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Die wesentlichen durch UV-Strahlung beeinflussten Hautkrebsarten sind Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome (auch Basaliome genannt) und maligne Melanome. Plattenepithelkarzinome und Basalzellkarzinome werden in der angloamerikanischen Literatur häufig unter dem Begriff „Non-Melanoma Skin Cancer“ (NMSC) zusammengefasst, um diese epithelialen Hauttumoren von den Melanomen abzugrenzen. Diese Zusammenfassung bedeutet jedoch nicht, dass für die Entstehung von Basalzellkarzinomen und Plattenepithelkarzinomen die gleichen Risikofaktoren verantwortlich sind. Des Weiteren können durch UV-Strahlung Carcinomata in situ induziert werden, wie beispielsweise aktinische Keratosen und Morbus Bowen. Aktinische Keratosen werden inzwischen als Plattenepithelkarzinom in situ angesehen und sind damit Gegenstand dieser Berufskrankheit (DDG Leitlinie Aktinische Keratosen, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 013/041).

Erkenntnisse zur *arbeitsbedingten* Verursachung gibt es zurzeit für **Plattenepithelkarzinome** und (multiple) **aktinische Kerato-**

sen (einschließlich des Morbus Bowen und des Bowenkarzinoms). Bei den Subtypen des **malignen Melanoms** und dem **Basalzellkarzinom** geht die Wissenschaft zwar auch von einer sonnenbedingten (Mit-) Verursachung aus, allerdings gibt es zurzeit keine ausreichenden Erkenntnisse über den Wirkungszusammenhang mit der arbeitsbedingten Exposition. Aus diesem Grund konnte eine Aufnahme als Berufskrankheit (noch) nicht empfohlen werden, so dass eine Anerkennung dieser Hautkrebserkrankungen als Berufskrankheit bzw. wie eine Berufskrankheit (§9 Abs. 2 SGB VII) zurzeit daher nicht möglich ist. Das gleiche gilt für **Hautkrebs durch UV-Strahlung aus künstlichen Strahlungsquellen**.

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Es liegen umfangreiche epidemiologische Erkenntnisse zu den Beziehungen zwischen natürlicher UV-Strahlung und den unterschiedlichen Hautkrebsarten vor. Die Ergebnisse dieser Studien sprechen für einen Zusammenhang zu den Plattenepithelkarzinomen und den aktinischen Keratosen. Auch bei Basalzellkarzinomen ist UV-Strahlung als ein wichtiger Risikofaktor anzusehen, die bisherigen epidemiologischen Ergebnisse sind aber weniger eindeutig (Bauer A. et al. 2011). Zum Basalzellkarzinom kann derzeit noch keine abschließende Aussage getroffen werden. Deshalb beschränkt sich die vorliegende Begründung auf die Plattenepithelkarzinome.

Die verschiedenen Subtypen des malignen Melanoms werden unterschiedlich durch UV-Expositionen beeinflusst. Die Erkenntnisse zum Zusammenhang zwischen einer arbeitsbedingten UV-Exposition und malignen Melanomen sind unzureichend. Deshalb werden sie gegenwärtig auch nicht in die weitere Betrachtung einbezogen.

und an anderer Stelle

Ein Zusammenhang zwischen arbeitsbedingter Belastung mit künstlicher UV-Strahlung und dem Auftreten von Malignomen an der Haut kann aus epidemiologischen Studien derzeit nicht abgeleitet werden.

Nicht explizit in der wissenschaftlichen Begründung genannt sind durch kombinierte Einwirkungen verursachte Erkrankungen (**Synkanzerogenese**). Für solche z.B. durch UV-Strahlung und Kontakt mit Benzo(a)pyren synkanzerogen verursachte Erkrankungen gelten die gleichen Anerkennungsvoraussetzungen wie für monokausale Berufskrankheiten auch. Zurzeit werden auch hier von der Wissenschaft Erkenntnisse diskutiert, jedoch konnte der im Berufskrankheitenrecht notwendige Nachweis von Dosis-Wirkungsbeziehungen und der besonderen beruflichen Betroffenheit einer bestimmten Personengruppe bisher

nicht erbracht werden. Bis zum Vorliegen neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft ist bei Exposition gegenüber verschiedenen Karzinogenen zu prüfen, ob ein Tatbestand der in Betracht kommenden verschiedenen Berufskrankheiten jeweils erfüllt ist. Ist das nicht der Fall, kann eine Anerkennung nicht erfolgen.

Anerkennungsvoraussetzung für die BK-Nr. 5103 ist nach dem Wortlaut der wissenschaftlichen Begründung das Vorliegen von „Plattenepithelkarzinomen oder **multiplen aktinischen Keratosen** der Haut durch natürliche UV-Strahlung“.

Als multipel im Sinne dieser Berufskrankheit gelten aktinische Keratosen, wenn sie mit einer Zahl von mehr als 5 innerhalb von 12 Monaten einzeln oder konfluierend in einer Fläche von größer als 4 cm² (Feldkanzerisierung) auftreten.

Auch der Morbus Bowen und das Bowenkarzinom sind anererkennungsfähige Hautkrebserkrankungen der BK-Nr. 5103. Der nicht genitale Morbus Bowen lässt sich histologisch von einer aktinischen Keratose unterscheiden. Er ist biologisch und versicherungsrechtlich einer aktinischen Keratose gleichzusetzen und muss daher auch multipel oder in einer Fläche von 4 cm² auftreten. Er kann in ein sogenanntes Bowenkarzinom übergehen und ist dann versicherungsrechtlich dem Plattenepithelkarzinom gleichzusetzen.

Für die Beurteilung, ob die jeweilige Hautkrebserkrankung arbeitsbedingt verursacht wurde, ist eine belastbare Erhebung von nicht arbeitsbedingter und arbeitsbedingter UV-Exposition erforderlich.

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Aufgrund der vielfältigen Einflussfaktoren lässt sich aus der epidemiologischen Literatur kein belastbares Dosis-Maß für die Anerkennung eines Plattenepithelkarzinoms der Haut bei natürlicher UV-Strahlung ableiten.

Vor diesem Hintergrund wurde eine Konvention vorgeschlagen, die auf der wissenschaftlich gesicherten Erkenntnis beruht, dass eine zusätzliche UV-Belastung von 40 % zu einer Zunahme des Plattenepithelkarzinomrisikos um mindestens 100 % führt. Das heißt, wenn zu der individuellen, nicht versicherten UV-Lebensbelastung am Ort der Tumorentstehung eine zusätzliche, durch die versicherte Außentätigkeit bedingte kumulative UV-Belastung von mehr als 40 % der alltäglichen UV-Lebensbelastung hinzugekommen ist, müsste davon ausgegangen werden, dass der Anteil der beruflichen Verursachung den der außerberuflichen überwiegt (Drexler und Diepgen 2000).

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Dieser Vorschlag, eine überwiegend berufliche Verursachung bei einer zusätzlichen UV-Exposition von 40 % im Hautareal, wo sich der Tumor entwickelt hat, anzunehmen, ist aus epidemiologischen Daten zwar nicht direkt ableitbar, jedoch ist er als eine Entscheidungsregel zur Handhabbarkeit von Plattenepithelkarzinomen als Berufskrankheit in der Einzelfallprüfung geeignet: Er berücksichtigt sowohl die bestverfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Daten als auch die klinische Erfahrung und ist mit beiden konsistent.

Die Annahme, dass eine zusätzliche arbeitsbedingte UV-Belastung von 40 % am Ort der Tumorentstehung für eine überwiegend arbeitsbedingte Verursachung spricht, hat damit den Charakter einer Konvention auf der Basis der bestverfügbaren aktuellen wissenschaftlichen Datenlage und der klinischen Erfahrung und ist dem Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen

Die Berechnungsgrundlage für die Erhebung der **privaten UV-Strahlungsexposition** bilden Forschungsergebnisse von Knuschke et al (2008).

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Ein in Deutschland lebender Mensch, der nicht im Freien arbeitet, ist während eines Jahres durchschnittlich etwa gegenüber 130 SED (standardisierten Erythemdosen) natürlichen Ursprungs (Sonne) exponiert.

Die quantitative Feststellung der **arbeitsbedingten UV-Strahlungsexposition** hat dagegen durch eine konkrete Berechnung zu erfolgen. Grundlage der Berechnung ist die „*Technische Information zur Ermittlung in Berufskrankheits(BK-)fällen, Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung*“ vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Begründung zur BK „Plattenepithelkarzinome und multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) und damit der Teil B des vorangegangenen DGUV-Forschungsprojekts „Durch UV-Strahlung induzierte bösartige Hauttumoren – Erarbeitung und Evaluation von versicherungsrechtlich relevanten Abgrenzungskriterien beruflicher gegenüber nicht beruflicher Verursachung“. (Abschlussbericht des Forschungsprojektes abrufbar unter ► http://www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB_0170.jsp).

Der Umfang der natürlichen UV-Strahlung als versicherte Einwirkung muss im Vollbeweis gesichert sein. Dies erfolgt in der Regel durch eine **spezielle Arbeitsanalyse des Präventionsdienstes (PD)** des jeweils zuständigen Unfallversicherungsträgers unter

Ausschöpfung aller Möglichkeiten (z. B. Befragung der versicherten Person, Arbeitgeberauskunft, Erfahrungswerte zu vergleichbaren Arbeitsplätzen, in geeigneten Fällen Messungen am Arbeitsplatz). Die Ermittlung der Exposition hat immer mit Blick auf die Tumorlokalisation zu erfolgen.

Als Orientierungswert für eine versicherungsrechtlich relevante UV-Exposition zur Erstattung einer BK-Anzeige oder zur Plausibilitätsprüfung im Rahmen der Begutachtung kann der in der wissenschaftlichen Begründung genannte Wert von 170 SED je volles Outdoorjahr dienen. Bei diesem Wert handelt es sich um einen Durchschnittswert für alle im Freien Beschäftigten.

Das Berechnungsmodell der UV-Träger geht dagegen von einem Maximalwert für Outdoorworker (in Deutschland) in Höhe von 300 SED aus, von dem jeweils Abschläge aufgrund der Besonderheiten der Arbeitstätigkeit erfolgen.

Sowohl dieser Wert als auch die Konvention zur Kausalitätsvermutung werden zurzeit in einem DGUV Forschungsprojekt überprüft (weitere Informationen ► http://www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB_0181.jsp).

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:

Bei einem im Freien Beschäftigten kommen durch die Arbeit nach bisherigen Erkenntnissen durchschnittlich (d. h. ganzjährig und ganztätig im Freien tätig, sogenannte volle Outdoorarbeitsjahre) 170 SED hinzu, wie sich aus den Messungen von Knuschke et al. (2008) ableiten lässt. Für einen Beschäftigten lässt sich die individuelle, nicht arbeitsbedingte UV-Exposition (A) mit 130 SED x Lebensalter und die arbeitsbedingte UV-Exposition (B) mit durchschnittlich 170 SED x volle Outdoorarbeitsjahre errechnen. Einen Überblick über die Zahl der Jahre, die vollständig im Freien gearbeitet werden müssen, um eine um 40 % zusätzlich berufliche UV-Exposition zu erwerben gibt Tabelle 2. Wird nur ein Teil des Tages im Freien gearbeitet, muss die Tätigkeit entsprechend länger ausgeübt worden sein (z. B. Verdoppelung der geforderten Jahre bei nur 50 %iger Tätigkeit im Freien).

Tabelle 3:
Volle Outdoorarbeitsjahre, bei der die berufliche Exposition zu 40 % zusätzlicher, arbeitsbedingter UV-Belastung führt, unter der Annahme einer individuellen UV-Exposition von 130 SED/Jahr und einer in Deutschland zusätzlich beruflichen Belastung von 170 SED/Jahr (Wert A = nicht arbeitsbedingte, lebenslange UV-Exposition, Wert B = zusätzliche arbeitsbedingte Exposition).

	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Fall 4
Alter (Jahre)	50	60	70	80
Wert A (SED)	6 500	7 800	9 100	10 400
Wert AB (SED)	2 600	3 100	3 640	4 160
B/A	0,4	0,4	0,4	0,4
Volle Outdoor-Arbeitsjahre	15	18	21	24

Für die Beurteilung der Kausalität gelten in Übereinstimmung mit der wissenschaftlichen Begründung folgende Kriterien:

Auszug aus der wissenschaftlichen Begründung:
Die Diagnose eines Plattenepithelkarzinoms der Haut oder einer aktinischen Keratose ist gesichert.

- Die Lokalisation an einer Hautregion, die unmittelbar durch UV-Strahlen in der konkreten Arbeitstätigkeit betroffen wurde, wird nachgewiesen.
- Ein chronischer Lichtschaden der Haut ist nicht notwendige Voraussetzung für die Anerkennung. Begründet wird dies damit, dass im höheren Lebensalter diese gehäuft auftreten und eine Abhängigkeit von der individuellen Hautpflege

besteht. Im Einzelfall kann dies jedoch ein zusätzliches Kriterium zur Beurteilung des Ausmaßes der UV-Belastung als Stützkriterium sein.

- Der Hauttyp spielt grundsätzlich keine Rolle für die Anerkennung, er hat einen Einfluss auf den möglichen Zeitpunkt des Auftretens eines Plattenepithelkarzinoms der Haut.

4.2.5 Hautkrebserkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII

Sind Erkrankungen nicht in der Anlage 1 der Berufskrankheiten-Verordnung (Berufskrankheitenliste) enthalten oder erfüllen sie bestimmte Voraussetzungen nicht, die in § 9 Abs. 1 SGB VII näher definiert werden, ist eine Anerkennung als Berufskrankheit nicht möglich. Zu prüfen ist dann eine Anerkennung wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII:

„Die Unfallversicherungsträger haben eine Krankheit, die nicht in der Rechtsverordnung bezeichnet ist oder bei der die dort bestimmten Voraussetzungen nicht vorliegen, wie eine Berufskrankheit als Versicherungsfall anzuerkennen, sofern im Zeitpunkt der Entscheidung nach neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft die Voraussetzungen für eine Bezeichnung nach Absatz 1 Satz 2 erfüllt sind.“

Diese „Öffnungs-oder Ergänzungsklausel“ des § 9 Abs. 2 SGB VII soll die Regelungslücken in der BKV schließen, die sich aus den zeitlichen Abständen zwischen den Änderungen der BKV ergeben. Die Regelung ist gerade keine allgemeine Härteklausel, für deren Anwendung es genügen würde, dass im Einzelfall arbeitsbedingte Einwirkungen die rechtlich wesentliche Ursache einer nicht in der BK-Liste bezeichneten Krankheit sind [Spellbrink in Sozialrecht 4/2014].

Vielmehr soll die Anerkennung wie eine Berufskrankheit (§ 9 Abs. 2 SGB VII) nur erfolgen, wenn die Voraussetzungen für die Aufnahme der betreffenden Einwirkungs-Krankheits-Kombination in die Liste der Berufskrankheiten (vgl. § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII) erfüllt sind, der Ordnungsgeber aber noch nicht tätig geworden ist. [Spellbrink in Sozialrecht 4/2014 und BT-Drucks.13/2204, 77 f.].

Für die Anerkennung wie eine Berufskrankheit ist folglich zu klären, ob nach wissenschaftlichen Methoden und Überlegungen belegt ist, dass bestimmte Einwirkungen generell bestimmte Krankheiten verursachen (generelle Geeignetheit). Darüber hinaus ist der Nachweis zu führen, dass die Erkrankung(en) durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (Gruppentypik).

Gleiches gilt für synkanzerogene Effekte. Auch hier bedarf es belastbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse über generelle gruppenspezifische Ursachenzusammenhänge zwischen einzelnen Stoffen bzw. Stoffkombinationen und spezifischen arbeitsbedingten Belastungen bzw. Erkrankungen [Spellbrink in Sozialrecht 4/2014]. Solche Erkenntnisse liegen zum Zeitpunkt der Überarbeitung der Begutachtungsempfehlungen nicht vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist der Versicherungsfall einer „Wie-BK“ (*Anerkennung wie eine Berufskrankheit nach § 9 Abs. 2 SGB VII*) eingetreten, wenn neben den Voraussetzungen der schädigenden Einwirkungen aufgrund der versicherten Tätigkeit, der Erkrankung und der haftungsbegründenden Kausalität im Einzelfall auch die Voraussetzungen für die Aufnahme der betreffenden Einwirkungs-Krankheits-Kombination in die Liste der BKen nach neuen wissenschaft-

lichen Erkenntnissen erfüllt sind [vgl. noch zu § 551 Abs. 1 S. 2 RVO: BSG, 2. 12. 2008 – B 2 KN 1/08 URSozR 4-2700 § 9 Nr. 12, Rn. 23.]. Vor diesem Zeitpunkt können keine Leistungen erbracht werden, auch wenn die Erkrankung bereits eingetreten war, bevor die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse vorlagen.

4.2.6 Narbentumoren

Bösartige Hauttumore können sich auf Narben bilden. Damit kommen sie als Folge eines Arbeitsunfalls in Frage. Gerade Verbrennungsnarben und Narben mit Kontrakturen sowie fistulierende Narben sind dafür prädisponiert. Es handelt sich hierbei zum größten Teil um Plattenepithelkarzinome (auch in situ) und Basaliome, wobei Plattenepithelkarzinome häufiger vorkommen [Kowal-Vern, Criswell 2005, Dix 1960].

Um einen kausalen Zusammenhang zwischen dem Auftreten des Tumors und einer unfallbedingten Narbe bejahen zu können, sollten nach Ewing [zitiert in Kowal-Vern, Criswell 2005] folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Das Vorliegen einer Narbe.
- Der Tumor ist innerhalb der Grenzen der Narbe entstanden
- Das Fehlen eines bereits vorher bestehenden Tumors gleichen Typs.
- Eventuelle Tumorzellen müssen den Zellen des Primärtumors in der Narbe entsprechen (dieser Punkt ist nur relevant bei Metastasen).
- Ein adäquates Zeitintervall zwischen Narbe und der Entstehung des Neoplasmas.

4.3 Versicherte, schädigende Einwirkung (Typische Exposition)

Die berufliche Einwirkung von unter die jeweilige BK-Nummer fallenden krebserzeugenden Stoffen bzw. von ionisierender Strahlung oder UV-Strahlung ist durch eine spezielle Arbeitsplatzanalyse im Vollbeweis zu belegen, die Wahrscheinlichkeit reicht nicht aus. Offene Fragen sollen unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten (z. B. Informationen über Arbeitsstoffe, Gefahrstoffdatenblätter und persönliche Schutzausrüstung) geklärt werden. Liegt für die zugrunde gelegte Tätigkeit/Exposition gesichertes Erfahrungswissen vor und ist davon auszugehen, dass dies für den konkreten Arbeitsplatz zutrifft, kann auf eine konkrete Arbeitsplatzanalyse verzichtet werden.

4.4 Kausalitätsgrundsätze

Durch die gesetzliche Unfallversicherung wird die Haftung des Unternehmers abgelöst. Dementsprechend gelten hier für die Kausalität besondere Anforderungen, die nachfolgend dargestellt sind.

In einer grundlegenden Entscheidung vom 02.04.2009 (Az.: B 2 U 9/08 R) hat das Bundessozialgericht (BSG) die Voraussetzungen für die Anerkennung von Berufskrankheiten neu geordnet und zu deren Tatbestandsmerkmalen ausgeführt: „Die Verrichtung einer grundsätzlich versicherten Tätigkeit (Versicherungstatbestand, ehem. innerer oder sachlicher Zusammenhang; s. a. BSG-Urteil B 2 U 4/13 R vom 26.06.2014) muss zu Einwirkungen von Belastungen, Schadstoffen oder Ähnlichem auf den Körper geführt haben (Einwirkungskausalität) und die Einwirkungen müssen eine Krankheit verursacht haben (haftungsbegründende Kausalität). Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist der Versicherungsfall zu bejahen.

Anzuerkennen und ggf. zu entschädigen sind nur solche Gesundheitsstörungen, die wesentlich ursächlich oder teils ursächlich durch eine Berufskrankheit (vgl. § 9 Abs. 1 S.1 SGB VII: „infolge“) verursacht worden sind. Dabei kann unfallversicherungsrechtlich nie kausal sein, was nicht auch im Sinne der naturwissenschaftlichen Kausalität ursächlich ist.

Bei der Prüfung der haftungsbegründenden Kausalität ist im ersten Schritt daher festzustellen, ob ein naturwissenschaftlicher Zusammenhang zwischen der Einwirkung und der Krankheit im Sinne einer objektiven Verursachung vorliegt.

Objektive Verursachung bedeutet einen nach dem jeweils neuesten anerkannten Stand der einschlägigen Erfahrung (insbesondere der Wissenschaft, hilfsweise der sonstigen Fachkunde) geprüften und festgestellten Wirkungszusammenhang zwischen einer bestimmten Wirkursache und ihrer Wirkung. (Urteil B 2 U 9/11 R vom 24.07.2012).

Sofern diese Kausalbeziehung zwischen den beiden Arten der Kausalglieder (*Anm. Einwirkung und Gesundheitserstschaden*) besteht, ist das vordere eine *hinreichende* Ursache des folgenden Kausalgliedes. Tritt das zweite Kausalglied (hier: der Gesundheitserstschaden) immer und nur dann auf, wenn das vordere Kausalglied vorliegt, handelt es sich bei diesem um eine notwendige Ursache, bei dem zweiten um eine notwendige Wirkung.

Die Beurteilung muss mittels medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand erfol-

gen. Als aktueller Erkenntnisstand sind solche durch Forschung und praktische Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse anzusehen, die von der großen Mehrheit der auf dem betreffenden Gebiet tätigen Fachwissenschaftler anerkannt werden, über die also von vereinzelt, nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, Konsens besteht (BSG, 27.06.2006, Az.: B 2 U 13/05 R).

Im zweiten Schritt ist festzustellen, ob die betrieblich bedingten Einwirkungen rechtlich wesentlich die Berufskrankheit verursacht haben. Nach der maßgebenden „**Theorie der wesentlichen Bedingung**“ gilt folgendes: Kommen mehrere Ursachen naturwissenschaftlich in Betracht, so sind nur diejenigen als rechtserheblich anzusehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg wesentlich zu dessen Eintritt beigetragen haben.

Haben mehrere Ursachen zu einem Erfolg (Schaden) beigetragen (= konkurrierende Kausalität), so kann es mehrere rechtlich wesentliche Mitursachen geben. Dies setzt nicht voraus, dass die Bedingungen „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“ sind. Auch eine rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die anderen Ursachen keine überragende Bedeutung haben. Ist jedoch eine der Bedingungen oder sind mehrere Bedingungen gemeinsam gegenüber einer anderen von überragender Bedeutung, so ist oder sind nur die erstgenannte(n) Bedingung(en) „wesentlich“ und damit Ursache(n) im Sinne des Sozialrechts. Eine naturwissenschaftliche Ursache, die nicht als „wesentlich“ anzusehen ist, scheidet damit als Ursache nach der Theorie der wesentlichen Bedingung und im Sinne des Sozialrechts aus.

Insoweit ist eine wertende Gegenüberstellung aller ursächlichen Faktoren erforderlich. Wirken danach mehrere rechtlich wesentliche Ursachen gemeinsam, so ist zu prüfen, ob eine dieser Ursachen dem versicherten Bereich zuzurechnen ist. Ist dies der Fall, ist diese unfallversicherungsrechtlich zumindest Teilursache; die Kausalität ist zu bejahen.

Haben eine oder mehrere Ursachen aus dem unversicherten Bereich (z.B. Begleiterkrankungen, andere unversicherte schädigende Einwirkungen) überragende Bedeutung und ist der versicherte Bereich nicht rechtlich wesentlich (s. o.), verdrängen die unversicherten Einwirkungen die versicherten; sie sind dann rechtlich allein wesentlich. Ein Versicherungsfall liegt somit mangels Kausalität nicht vor.

Die Kausalität ist auch zu verneinen, wenn zur Entstehung bzw. Verschlimmerung der Berufskrankheit eine Krankheitsanlage mit Sicherheit festgestellt ist, die so leicht ansprechbar ist, dass für die Auslösung konkreter Krankheitserscheinungen auch gewöhnliche Belastungen des täglichen Lebens ausgereicht hätten (sog. Gelegenheitsursache)

Im Ergebnis der zweistufigen Kausalitätsprüfung mit der naturwissenschaftlichen Bedingungstheorie als Ausgangsbasis und der Zurechnung nach der sozialrechtlichen Theorie der wesentlichen Bedingung im zweiten Prüfungsschritt können mehrere Ursachen im naturwissenschaftlichen Sinne ursächlich sein, die aber nicht alle rechtlich wesentlich für den Erfolg verantwortlich sein müssen.

Die Entscheidung über die Wesentlichkeit einer Ursache hat wertenden Charakter.

Wesentliche Kriterien bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs können sein:

- Art und Intensität der arbeitsbedingten Einwirkungen unter Berücksichtigung nachgewiesener Schutzmaßnahmen, z.B. Kopfbedeckungen;
bei der BK-Nr. 5103 Art und Intensität der arbeitsbedingten natürlichen UV-Strahlung
- Ausmaß und Lokalisation der Hauterscheinungen;
bei der BK-Nr. 5103 u.a. Übereinstimmung der Lokalisation der Hautkrebserkrankung mit arbeitsbedingt sonnenexponierten Körperstellen, Verteilungsmuster der Lichtschäden (s. a. 2.1 Anamnese)
- Art und Intensität konkurrierender Einwirkungen und Erkrankungen.

Die Kriterien, die die Wesentlichkeit einer Ursache ausmachen, sind im Gutachten zu benennen, darzustellen und abschließend zu bewerten, so dass auf dieser Grundlage die UV-Träger eine versicherungsrechtliche Entscheidung über den Ursachenzusammenhang treffen können.

Die Tatbestandsmerkmale „versicherte Tätigkeit“, „Verrichtung“, „schädigende Einwirkung“ und „Krankheit“ (vgl. BSG vom 02.04.2009) sind mit **Vollbeweis** (mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit) zu belegen; d. h. es darf kein vernünftiger Zweifel darüber bestehen, dass diese Tatsachen vorliegen.

Dies ist insbesondere für die Diagnostik der Krankheit von Bedeutung. Liegt nur ein Verdacht auf eine Erkrankung vor, muss dieser durch weitere Untersuchungen erhärtet werden, ansonsten ist der Verdacht außer Betracht zu lassen. Liegen schwankende und/oder grenzwertige Befunde vor, müssen Untersuchungen – ggf. auch mit zeitlichem Abstand – wiederholt werden.

Für die Bejahung des Ursachenzusammenhangs, insbesondere zwischen „Einwirkung“ und „Krankheit“ (haftungsbegründende Kausalität), ist **hinreichende Wahrscheinlichkeit** erforderlich. Dies bedeutet, dass bei Abwägung aller Umstände den für den Zusammenhang sprechenden Umständen ein Übergewicht zukommt, auf das die Überzeugung des Gutachters/des UV-Trägers/des Gerichts gegründet werden kann.

Ein Kausalzusammenhang ist insbesondere nicht schon dann wahrscheinlich, wenn er nicht auszuschließen oder nur möglich ist. Die Tatsachen, auf die sich die Überzeugung gründet, sind zu benennen.

Das BSG hat dazu ausgeführt: „... Erforderlich ist aber jeweils eine einzelfallbezogene positive Feststellung sowohl der Verursachung nach der Bedingungstheorie als auch der wesentlichen Verursachung der vorliegenden Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen. Das bloße Fehlen von konkurrierenden Ursachen [...] genügt bei komplexen Krankheitsgeschehen, die mehrere Ursachen haben können, gerade nicht“ (BSG vom 02.04.2009, Az.: B 2 U 9/08 R).

Ist ein Tatbestandsmerkmal nicht bewiesen oder ist ein Ursachenzusammenhang nicht hinreichend wahrscheinlich zu machen, geht dies nach dem auch im Sozialrecht geltenden Grundsatz der materiellen Beweislast zu Lasten dessen, der sich zur Begründung seines Entschädigungsanspruchs auf diese Tatsachen und Zusammenhänge stützt. Fehlt es an Beweisen zur Begründung des Entschädigungsanspruchs, geht dies zu Lasten der/des Versicherten.

Sind konkurrierende Ursachen nicht bewiesen, können diese nicht zur Ablehnung des Anspruchs herangezogen werden.

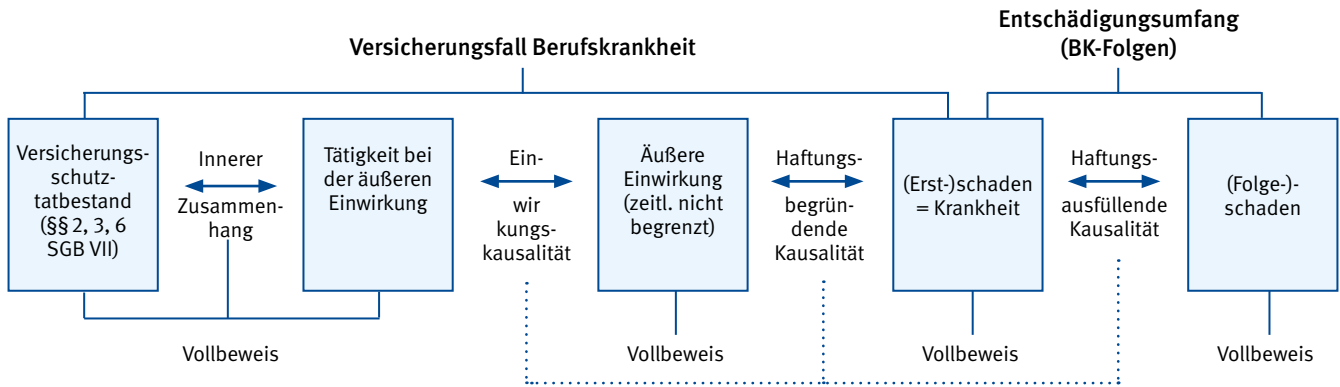


Abb. 4: Zusammenhangsschema für Berufskrankheiten (nach Brandenburg)

4.5 Zusammenwirken von Unfallversicherungsträger und ärztlichen Sachverständigen

Der Unfallversicherungsträger ist als Auftraggeber verpflichtet, eine sachgerechte Begutachtung zu gewährleisten. Entsprechend muss der Gutachtauftrag klar formuliert sein.

Den ärztlichen Sachverständigen sind alle zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen einschließlich aller verfügbaren Befunde vollständig zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören insbesondere Unterlagen zur Krankheitsvorgeschichte und zu Erkrankungen, die in einer Beziehung zu der zu begutachtenden Krankheit stehen können, Befunde der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sowie vollständige problemorientierte Ermittlungsergebnisse zur Arbeitsvorgeschichte mit Angaben zur Dauer und Intensität relevanter Einwirkungen. Bei Nachbegutachtungsaufträgen sind zusätzlich auch die als Folge der Berufskrankheit anerkannten und abgelehnten Gesundheitsstörungen sowie das/die dafür maßgebliche(n) Gutachten zu übermitteln.

Die in der Akte enthaltenen Angaben sind, soweit sie die Grundlage für das Gutachtenergebnis bilden, ebenso wie die bei der Anamnese erhobenen Angaben der/des Versicherten in das Gutachten aufzunehmen; auf für die Beurteilung bedeutsame Abweichungen zur Aktenlage hat die Gutachterin bzw. der Gutachter hinzuweisen und gegebenenfalls eine Alternativbeurteilung vorzunehmen.

Das Gutachten kann seine Aufgabe als Beweisgrundlage nur erfüllen, wenn die Beurteilung überzeugend begründet ist. Für diese Beurteilung kommt es nicht auf die allgemeine wissenschaftliche Auffassung der jeweiligen ärztlichen Sachverständigen an sondern auf den aktuellen medizinischen

Erkenntnisstand (vgl. BSG, Urt. v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R, juris Rn. 28). Die ärztlichen Sachverständigen haben transparent zu machen, auf welche Quellen sie sich im Rahmen ihrer gutachterlichen Ausführungen stützen; der Abdruck eines Literaturverzeichnisses am Ende des Gutachtens genügt jedoch nicht den Anforderungen. Fehlen fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse zur Beurteilung des Einzelfalles, so haben die ärztlichen Sachverständigen dies offenzulegen. Besteht in der aktuellen wissenschaftlichen Fachwelt kein Konsens zu einer bestimmten Frage, so haben die ärztlichen Sachverständigen den Dissens darzustellen und sich mit einer Begründung einer Auffassung anzuschließen.

Die Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihre Gutachten persönlich zu erstatten. Sie sind nicht befugt, den Auftrag auf einen anderen zu übertragen (§ 407a Abs. 2 Satz 1 ZPO). Dies schließt jedoch grundsätzlich nicht aus, dass die beauftragten ärztlichen Sachverständigen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Erstellung des Gutachtens hinzuziehen und diese beispielsweise die Untersuchung durchführen lassen (vgl. z.B. BSG, Beschluss v. 17.11.2006 – B 2 U 58/05 B, SozR 4-1750 Nr. 3). Entscheidend ist jedoch, dass die Gutachterin bzw. der Gutachter sich den Inhalt des Gutachtens zu Eigen macht und auch die volle Verantwortung für das Gutachten übernimmt. Mitarbeitende Personen sind in dem Gutachten namhaft zu machen und der Umfang ihrer Tätigkeit ist offen zu legen

Gemäß § 49 Abs. 2 Satz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist ein Gutachten innerhalb von drei Wochen zu erstatten. Ist dies nicht möglich, so ist der Unfallversicherungsträger hierüber unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, zu benachrichtigen (§ 49 Abs. 2 Satz 2 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Hinsichtlich der allgemeinen Grundlagen und Voraussetzungen der Begutachtung von Berufskrankheiten (einschließlich Maßnahmen der Qualitätssicherung) wird auf die „Empfehlungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ [HVBG, BUK, BLB 2004] verwiesen, die in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und zahlreichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften erarbeitet wurden.

4.5 Rente

Rente nach § 56 SGB VII kann nur geleistet werden, wenn die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 v.H. oder in Folge mehrerer Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten oder diesen gleichgestellter Schäden jeweils um mindestens 10 v.H. gemindert ist und die Summe der durch die einzelnen Unfälle/Berufskrankheiten verursachten MdE wenigstens 20 v.H. beträgt (Für den Personenkreis der landwirtschaftlichen Unternehmer, deren Ehegatten bzw. Lebenspartner und der im landwirtschaftlichen Unternehmen nicht nur vorübergehend mitarbeitenden Familienangehörigen entsteht ein Rentenanspruch erst ab einer MdE 30 v. H.).

Ist nach allgemeinen Erfahrungen unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles zu erwarten, dass nur eine Rente in Form einer vorläufigen Entschädigung zu zahlen ist, kann der Unfallversicherungsträger die Versicherten nach Abschluss der Heilbehandlung mit einer Gesamtvergütung in Höhe des voraussichtlichen Rentenaufwandes abfinden (§ 75 S. 1 SGB VII).

5 Die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit

5.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§56 Absatz 2 Satz 1 SGB VII). Bei jugendlichen Versicherten wird die MdE nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden.

Rechnerisch ist die Erwerbsfähigkeit ohne Auswirkungen der Berufskrankheit mit 100 v.H. anzusetzen. Diese Größe stellt den Beziehungswert dar, auf den das nach Eintreten der Berufskrankheit verbleibende Ausmaß an der Erwerbsfähigkeit bezogen werden muss. Die Differenz beider Werte ergibt die sogenannte „MdE“.

Es wird dabei auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalles und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgestellt. Die Feststellung einer MdE und gegebenenfalls eines Rentenanspruchs erfolgt unabhängig davon, ob eine Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wurde oder ob ein Einkommenschaden eingetreten ist. Da die Erwerbsminderung an den Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens gemessen wird, ist der Grad der MdE auch grundsätzlich unabhängig (vgl. aber hierzu 5.4 in Teil I)

- vom bisher ausgeübten Beruf,
- vom bisherigen Qualifikationsniveau,
- vom Alter und Geschlecht
- und von den Wohnortverhältnissen der/des Versicherten.

Für die MdE sind neben der Diagnose auch die Beurteilung der Krankheitsaktivität/-intensität und die ggf. aus einer verminderten UV-Lichtverträglichkeit (betrifft BK Nr. 5102) folgende Einschränkung der Arbeitsmöglichkeiten von Bedeutung.

Daneben sind bei Krebserkrankungen, zu denen grundsätzlich auch arbeitsbedingte Malignome zählen, Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die über eine Funktionseinschränkung hinausgehen (BSG Urteil vom 20.06.2004; AZ: B2U14/03R). Bei derartigen Erkrankungen sind entsprechend den Verhältnissen des Einzelfalles besondere Aspekte der Genesungszeit, z.B. Vorliegen einer Dauertherapie, ein Schmerzsyndrom mit Schmerzmittelabhängigkeit, Anpassung und Gewöhnung an den ggf. reduzierten Allgemeinzustand, die notwendige Schonung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes, psychische Beeinträchtigungen (Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit), soziale

Anpassungsprobleme sowie sonstige zunächst bestehende psychosomatische Bewältigungsprobleme, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben, zu berücksichtigen.

Bei Hautkrebserkrankungen sind die vom BSG genannten besonderen Aspekte der Genesungszeit in der Regel allerdings nicht so einschneidend wie bei anderen Krebserkrankungsarten, so dass sich die MdE-Einschätzung an dem Krankheitsbild und der Tumoraktivität orientieren wird.

Die MdE wird unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde nach berufsdermatologischen Gesichtspunkten geschätzt. In langjähriger gutachterlicher Praxis haben sich Erfahrungssätze herausgebildet, die auch von der Rechtsprechung bestätigt worden sind.

Für die ärztlichen Sachverständigen sind das klinische Bild, der Verlauf und aktenkundig dokumentierte Befunde der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (insbesondere histologische Befunde) maßgeblich. Neu auftretende Hautveränderungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie tatsächlich als Folge der beruflich bedingten Exposition aufgetreten sind oder ob konkurrierende Ursachen im Vordergrund stehen. Der Umfang der Beeinträchtigungen durch die BK-Folgen unter Berücksichtigung des Umfanges der verbleibenden Arbeitsmöglichkeit auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens sind die Kriterien für die Bewertung der MdE.

5.2 Empfehlungen zur Einschätzung der MdE

Die Anwendung der nachfolgenden Tabellen setzt die Kenntnis der nachstehenden Erläuterungen voraus. Ungeachtet dessen handelt es sich um eine Einzelfallbeurteilung durch die Gutachterin bzw. den Gutachter und nicht um eine schematische Anwendung der Tabellen.

Vor allem bei kosmetischer Entstellung oder deutlicher funktioneller Einschränkung durch die Behandlung der Berufskrankheit ist ggf. die MdE entsprechend dem klinischen Bild zu erhöhen. Sollten die Tumore auf Grund der Lokalisation und/oder Ausdehnung nicht vollständig entfernbar sein, ist dies ebenso wie eine stark erhöhte Lichtempfindlichkeit (wesentlich bei BK-Nr. 5102) bei der MdE-Bemessung zu berücksichtigen. Haben die Folgen der Berufskrankheit Auswirkungen auf andere Organe/Organsysteme, können zur Beurteilung von Funktionseinschränkungen Zusatzgutachten aus den jeweiligen Fachgebieten erforderlich sein.

Bei einer Metastasierung, die als sehr seltenes Ereignis anzusehen ist, ist ebenfalls von der Tabelle nach den Gegebenheiten im Einzelfall abzuweichen.

5.2.1 MdE Einschätzung bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402

Bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402 können Plattenepithelkarzinome und Carcinomata in situ sowie Basalzellkarzinome anerkannt werden. Im Gegensatz zur BK-Nr. 5103 sind diese Hauttumoren teilweise durch systemische Einwirkungen bedingt, daher können auch Hauttumoren anerkannt werden, die auch

außerhalb der direkt beruflich exponierten Körperstellen aufgetreten sind. Fibrosarkome und Angiosarkome sind seltene Tumoren, bei denen die MdE im Einzelfall bewertet werden muss. Eine schematische Darstellung der MdE in tabellarischer Form ist nicht sinnvoll. Bei den jeweiligen Zeitspannen handelt es sich um qualifizierte Erfahrungswerte, die sich in der bisherigen Begutachtungspraxis und Literatur bewährt haben.

Tumor	Krankheitsaktivität/-intensität		
	keine/gering	mittelgradig	hochgradig
Carcinomata in situ (ohne Basalzellkarzinom, ohne Plattenepithelkarzinom)	0*	0*	10
Plattenepithelkarzinom(e) und/oder Basalzellkarzinom(e) (und ggf. Carcinomata in situ)	0*	10	≥ 20

Tabelle 4

* Dabei werden alle MdE-Grade unterhalb von 10 v.H. als nicht messbar mit „0“ angegeben.

Erläuterungen zur Krankheitsaktivität

Krankheitsaktivität bei Carcinomata in situ (ohne Basalzellkarzinom, ohne Plattenepithelkarzinom):

keine/gering:	Neuaufreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig:	Neuaufreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
hochgradig:	Neuaufreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten

Tabelle 5

Krankheitsaktivität bei **Plattenepithelkarzinom(en)** und/oder **Basalzellkarzinom(en)** und auch weiteren Carcinomata in situ:

keine/gering:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome <i>und</i> – keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 4 Jahren bzw. keine Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren <i>und</i> – Neuaufreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome <i>und</i> – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren bzw. Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren <i>oder</i> – Neuaufreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
hochgradig:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome <i>und</i> – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren bzw. mehrerer Basalzellkarzinome innerhalb von 2 Jahren <i>oder</i> – Neuaufreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten

Tabelle 6

5.2.2 MdE Einschätzung bei der BK-Nr. 5103

Wichtig für das Verständnis der MdE-Tabelle ist, dass das erstmals vorgefundene Krankheitsbild keine Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf bzw. zur Krankheitsaktivität zulässt und daher nicht automatisch von einer hohen Krankheitsaktivität ausgegangen werden kann. Treten im Verlauf weitere Plattenepithelkarzinome bzw. aktinische Keratosen oder Feldkanzerisierungen auf, steigt damit auch die Krankheitsaktivität. Grundlage für

diese Annahme ist, dass Funktionseinschränkungen und darüber hinaus gehende Beeinträchtigungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit in der Regel nicht aus dem erstmaligen Auftreten eines (behandelten) Hauttumors resultieren, sondern vielmehr aus dem nachfolgenden Verlauf der Erkrankung. Denn nach den allgemeinen MdE-Bewertungsgrundsätzen fließen mögliche Verschlimmerungen erst dann in die MdE ein, wenn sie relevant werden.

Tumor	Krankheitsaktivität/-intensität		
	keine/gering	mittelgradig	hochgradig
multiple aktinische Keratosen/Morbus Bowen/Feldkanzerisierung (ohne Plattenepithelkarzinom(e))	0*	0*	10
Plattenepithelkarzinom(e) (und ggf. weiteren aktinischen Keratosen und/oder Feldkanzerisierung)	0*	10	≥ 20

Tabelle 7 * Dabei werden alle MdE-Grade unterhalb von 10 v.H. als nicht messbar mit „0“ angegeben.

Erläuterungen zur Krankheitsaktivität

Krankheitsaktivität bei multiplen aktinischen Keratosen und/oder Feldkanzerisierung (ohne Plattenepithelkarzinome)

keine/gering:	Neuaufreten von weniger als 6 aktinischen Keratosen innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig:	Neuaufreten von 6 bis 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe 4-50 cm ² innerhalb von 12 Monaten
hochgradig:	Neuaufreten von mehr als 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm ² innerhalb von 12 Monaten

Tabelle 8

Krankheitsaktivität bei Plattenepithelkarzinomen (und ggf. auch weiteren aktinischen Keratosen und/oder Feldkanzerisierung)

keine/gering:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome <i>und</i> – keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb der letzten 4 Jahre <i>und</i> – Neuaufreten von weniger als 6 aktinischen Keratosen innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome <i>und</i> – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren <i>oder</i> – Neuaufreten von 6 bis 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe 4-50 cm ² innerhalb von 12 Monaten
hochgradig:	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome <i>und</i> – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren <i>oder</i> – Neuaufreten von mehr als 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm ² innerhalb von 12 Monaten

Tabelle 9

6 Anwendungen des § 3 BKV bei bösartigen oder zur Bösartigkeit neigenden Erkrankungen der Haut

6.1 Rechtliche Grundlagen

Die Verhütung von Berufskrankheiten ist gesetzlicher Auftrag der Unfallversicherung (vgl. §§ 1, 14 SGB VII) und hat Vorrang vor Rehabilitation und Entschädigung. Konkretisiert wird diese Aufgabe durch § 3 BKV, entsprechend dem gesetzlichen Auftrag in § 9 Abs. 6 SGB VII.

§ 3 Abs. 1 BKV lautet:

„Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die UV-Träger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die UV-Träger darauf hin zu wirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.“

Bei bösartigen oder zur Bösartigkeit neigenden Erkrankungen der Haut stellen sich unter präventiven Aspekten zunächst die Frage, welche Maßnahmen am Arbeitsplatz des Versicherten erforderlich sind, um den Versicherten vor weiteren Expositionen, die zu einer Entstehung, Verschlimmerung oder einem Wiederaufleben der bösartigen Hauterkrankung oder der zur Bösartigkeit neigenden Hautveränderungen führen können, zu schützen. Diese Frage stellt sich sowohl bei stofflichen Einwirkungen als auch bei UV-Strahlungseinwirkung.

Sofern durch Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz ein ausreichender Schutz vor weiteren gefährdenden Expositionen nicht geleistet werden kann, ist vom Versicherungsträger darauf hinzuwirken, dass Versicherte die Tätigkeiten unter gefährdenden Expositionsbedingungen unterlassen. Dadurch erforderliche Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung gehen dann zu Lasten des Unfallversicherungsträgers und die Erbringung von Übergangsleistungen nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 3 Abs. 2 BKV ist zu prüfen.

Sofern die bösartige Hauterkrankung oder die zur Bösartigkeit neigende Hautveränderung im Sinne der vorangegangenen Abschnitte als Berufskrankheit anzuerkennen ist oder eine solche Erkrankung droht und Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz der Versicherten erforderlich sind, handelt es sich um einen Anwendungsfall des § 3 Abs. 1 BKV. Dabei spielt es keine Rolle, inwieweit eine anlagebedingte besondere Prädisposition der versicherten Person für die Bejahung der Gefahr der Entstehung, Verschlimmerung oder des Wiederauflebens der Berufskrankheit von Bedeutung ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist eine konkret individuelle Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 BKV unabhängig davon anzuerkennen,

inwieweit die gesundheitlichen Umstände, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko begründen ihrerseits beruflich verursacht oder konstitutionell vorhanden sind [vgl. BSG Urteil vom 25.10.1989; Az.: 2 RU 57/88, HVBG-Info 1990, 260].

Im Hinblick auf seine präventive Zielrichtung ist § 3 BKV auch bei Erkrankungen anzuwenden, die nach § 9 Abs. 2 SGB VII wie eine Berufskrankheit anzuerkennen wären [BSG Urteil vom 7.9.2004; Az.: B 2 U 1/03 R, SGB 2005, 460 ff.]; vgl. dazu Römer/Brandenburg [Die BG 2006, S. 169].

Es ist daher Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen im Rahmen des erteilten Gutachtenauftrags Stellung zu nehmen zur Erforderlichkeit von Präventionsmaßnahmen, insbesondere zu Maßnahmen der Individualprävention, auch wenn der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.

Dabei ist zu beachten, dass – anders als beim Versicherungsfall BK – Versicherungsfall und Leistungsfall bei § 3 Abs. 1 BKV wegen der präventiven Natur der Maßnahme und des sich ständig verändernden Sachverhaltes immer zusammenfallen. Daher präjudiziert die Gewährung einer § 3-Leistung nicht automatische Ansprüche auf weitere Leistungen. Vielmehr ist vor jeder neuen Maßnahme erneut das Vorliegen der Voraussetzungen von § 3 Abs. 1 BKV zu prüfen [Römer, Brandenburg 2006]. Dies gilt nicht für die sich an die Aufgabe der Tätigkeit anschließenden Leistungen, wenn Versicherte der Aufforderung des UV-Träger zur Aufgabe nachkommen.

Individuelle Präventionsmaßnahmen sind geboten, wenn nach medizinischem Kenntnis- und Erfahrungsstand für Versicherte die konkrete Gefahr besteht, dass bei Fortsetzung der gefährdenden Tätigkeit eine Berufskrankheit mit Wahrscheinlichkeit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert.

Eine solche Gefahr liegt vor, wenn das Risiko einer Schädigung für Versicherte am konkreten Arbeitsplatz nicht unerheblich über den Grad hinausgeht, der bei anderen Versicherten, bei einer vergleichbaren Beschäftigung, besteht (BSG, 22. 3. 1983, 2 RU 22/81). Dabei komme es individuell auf die Besonderheiten des Einzelfalls, auch auf den Gesundheitszustand sowie die Konstitution des Betroffenen an. Bei der zur Gefahrenfeststellung erforderlichen „Risikoprognose“, die eine hypothetische „Kausalitätsprognose“ umfasst, ist die Würdigung aller Umstände des Einzelfalls unter Berücksichtigung des Standes der arbeitsmedizinischen Erkenntnisse entscheidend (BSG, 12.1.2010, B 2 U 33/08 R).

Von einer Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV kann daher nicht bereits dann ausgegangen werden, wenn am Arbeitsplatz des Versicherten eine Einwirkung (z.B. Teer oder UV-Strahlung) vorhanden ist, die im Allgemeinen zu einer Berufskrankheit führen kann oder wenn eine dem Grunde nach gefährdende Tätigkeit ausgeübt wird.

Leistungen wegen der konkreten Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens einer Berufskrankheit kommen vor allem dann in Frage, wenn eine durch arbeitsbedingte Einwirkungen verursachte Hautkrebserkrankung einschließlich von Carcinomata in situ bereits vorliegt.

Die Umstände, welche die Gefahr der Entstehung, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens einer Hautkrebserkrankung begründen, bedürfen im Gutachten einer eingehenden Darlegung.

Im Gegensatz zur im Teil I behandelten BK 5101 ist die **Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit** nicht Tatbestandsmerkmal der BK-Tatbestände, die sich mit Hautkrebs beschäftigen, und damit nicht Voraussetzung für die Anerkennung als Berufskrankheit. Ist jedoch die Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 BKV durch technische, organisatorische, personenbezogene oder präventivmedizinische Maßnahmen nicht zu beseitigen, ist es Aufgabe des UV-Trägers zu prüfen, ob die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zur Vermeidung des Entstehens, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens einer Berufskrankheit erforderlich ist (§ 3 Abs. 1 Satz 2 BKV). Die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit stellt für Versicherte stets einen einschneidenden Eingriff in die persönliche Sphäre dar und kann daher nur das letzte Mittel sein.

6.2 Auswahlkriterien für § 3 Maßnahmen

Liegt eine Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 BKV vor, sind erfolgversprechende Maßnahmen zur Beseitigung der gefährdenden Exposition am Arbeitsplatz vorrangig.

In Betracht kommen dabei je nach der Art der schädigenden Einwirkung und Tätigkeit:

- Ersatzstoffprüfung
- technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Nutzung von Ersatzstoffen, Änderung der Arbeitsweise, Verlagerung in sonnenärmere Tageszeiten, technische Schutzvorrichtungen wie z.B. Sonnensegel)
- persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Schutzhandschuhe, Kleidung, Sonnen- und Hautschutzmittel)
- Beratung/Schulung über gefähigungsärmere Arbeitstechniken, gesundheitspädagogische Maßnahmen (z.B. richtige Nutzung von Handschuhen oder Sonnenschutz)
- präventivmedizinische Maßnahmen (z.B. dermatologische Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen, spezielle therapeutische Maßnahmen).

Die Pflicht, Versicherte vor schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz zu schützen, obliegt grundsätzlich dem Arbeitgeber (§ 3 ArbSchG). Dies gilt nicht nur für Gefährdungen durch die eigentlichen Arbeitsstoffe sondern auch bei einer Gefährdung durch UV-Strahlung der Sonne.

Die Unfallversicherungsträger werden nachrangig tätig. Sie ergreifen erst dann Maßnahmen gemäß § 3 BKV, wenn für Versicherte die konkrete Gefahr besteht, dass eine Hautkrebserkrankung entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert. Für Maßnahmen, die zur „Grundsicherung“ gegen hautkrebsverursachende Stoffe oder übermäßige Sonneneinstrahlung für alle Arbeitnehmer an vergleichbaren Arbeitsplätzen notwendig sind, ist der Arbeitgeber im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung verantwortlich. Ist die Gefahr nicht zu beseitigen, ist darauf hinzuwirken, dass der Beschäftigte die gefährdende Tätigkeit aufgibt.

Von der Gutachterin bzw. dem Gutachter sind die aus medizinischer Sicht zur Gefahrabwendung erforderlichen Maßnahmen zu beschreiben. Die Prüfung, ob und inwieweit die vorgeschlagenen Maßnahmen unter den konkreten Arbeitsplatzverhältnissen durchführbar sind, obliegt dem UV-Träger.

Für Vorschläge zur Minimierung des Risikos und zum Umgang mit einem vertretbaren Rest-risiko müssen sich die ärztlichen Sachverständigen am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientieren. Grad und Höhe der Gefahr sind unter Beachtung von Schadensausmaß und Eintrittswahrscheinlichkeit zu ermitteln und bestimmen Art und Umfang der zu ergreifenden Maßnahme(n).

Im Gutachten ist Stellung zu nehmen, auf welche konkreten Befunde sich die Bewertung stützt, unter welchen Bedingungen (positives bzw. negatives Leistungsbild) ein Verbleib am bisherigen Arbeitsplatz möglich ist; bzw. welche Maßnahmen unabhängig vom Verbleib am Arbeitsplatz angezeigt sind (z. B. spezielle Schutzmaßnahmen).

Beweisanforderungen bei § 3 BKV*

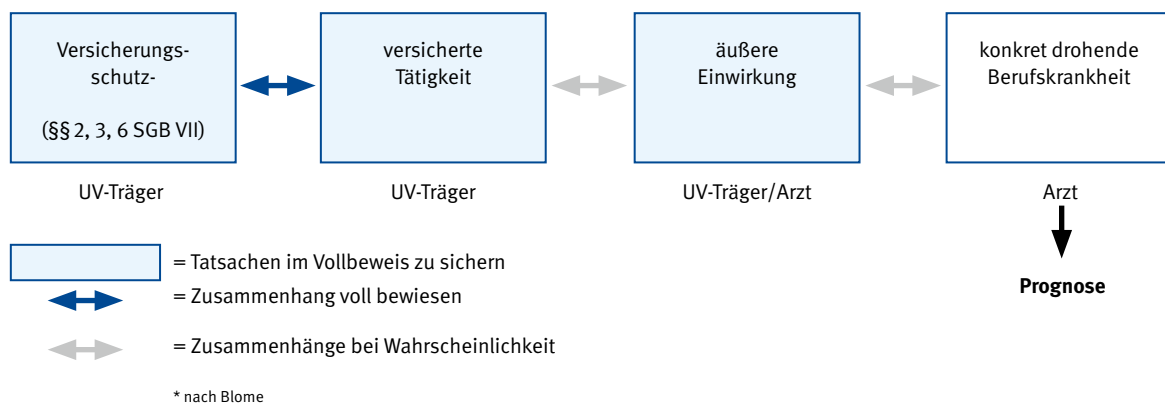


Abb. 5

7 Empfehlungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation/Hilfsmittelversorgung, Erfordernis, Umfang, Intervall

Soweit der Hautzustand aktuell weitere medizinische Behandlungsmaßnahmen erfordert, sind entsprechende Hinweise zu geben. Auf regelmäßige Hautkrebskontrolluntersuchungen (*Nachsorgeuntersuchungen*) durch den Dermatologen ist zu

achten. Die zeitlichen Abstände dieser dermatologischen Untersuchungen hängen von dem Ausmaß und der Aktivität der Hauterkrankung ab (leitliniengerecht), sollten jedoch nicht länger als 1 Jahr betragen.

8 Nachbegutachtungen

Nachbegutachtungen können durchgeführt werden, um unfallversicherungsrechtlich relevante Änderungen der durch die Berufskrankheit bedingten Funktionsausfälle, und damit die Höhe der MdE, zu überprüfen.

Hinsichtlich Frequenz und Intervall von Nachbegutachtungen soll die Gutachterin bzw. der Gutachter eine Empfehlung aussprechen. Diese soll den individuellen Gesundheitszustand, insbesondere Verlauf und Schwere der Erkrankung (Ausmaß der Funktionsänderungen pro Zeitintervall) sowie ggf. Begleiterkrankungen, Alter und/oder Gebrechlichkeit der Versicherten berücksichtigen. Nachbegutachtungen können auch von den Versicherten beantragt werden.

Die Empfehlungen für Nachbegutachtungen und die Notwendigkeit von Befundkontrollen sowie deren Intervalle sind grundsätzlich zu begründen.

Bei Nachbegutachtungen sollten primär folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist die versicherte Person noch oder wieder gefährdend tätig bzw. reichen die ergriffenen technischen, organisatorischen oder persönlichen Schutzmaßnahmen aus?

- Erfolgen regelmäßig Hautkrebskontrolluntersuchungen (Nachsorge)?
- Ist in den Folgen der Berufskrankheit unter Berücksichtigung der MdE-Tabelle eine Veränderung eingetreten?
- Sind zusätzliche Folgen der Berufskrankheit nachweisbar, z. B. auch Nebenwirkungen der Therapie?
- Ist eine Zunahme der Beschwerden auf von der Berufskrankheit unabhängige Erkrankungen zurückzuführen?
- Hat die Berufskrankheit ggf. Begleiterkrankungen ungünstig beeinflusst?
- Sind die therapeutischen Maßnahmen angemessen; sind ggf. Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt?
- Sind andere Neuerkrankungen aufgetreten, die sich auf die Berufskrankheit auswirken?
- Bedingen die Änderungen in den BK-Folgen eine rechtlich wesentliche Änderung der MdE (mehr als 5 v.H., § 73 Abs. 3 SGB VII)?

Veränderungen der Befunde sind nicht zwangsläufig mit einer Veränderung der MdE gleichzusetzen. Nur wenn die erhobenen Befunde zweifelsfrei eine funktional wesentliche Veränderung (Verbesserung/ Verschlechterung) belegen, ist begründet darzulegen, ob damit auch eine Veränderung der MdE eingetreten ist.

Klassifikation der bösartigen Tumoren der Haut (nach Naldi und Diepgen 2007)

Epidermale Hauttumoren	Basalzellkarzinom Plattenepithelkarzinom Morbus Paget Keratoakanthom
Adnextumoren	
– der Haarfollikel	Pilomatrix- Karzinom
– der Talgdrüsen	Talgdrüsenkarzinom
– der apokrinen Drüsen	Apokrines Adenokarzinom
– der ekkrinen Drüsen	Schweißdrüsenadenokarzinom Mikrozystisches Adnexkarzinom Ekkrines Epitheliom Muzinöses Karzinom der Haut Adenoid-zystisches Karzinom Lymphoepitheliom-artiges Karzinom
Melanozytäre Tumoren	Malignes Melanom Maligner blauer Nävus
Langerhanszelltumoren	Histiozytosis X
Mastzelltumoren	Maligne Mastozytose
Tumoren des subcutanen Gewebes	Liposarkom
Fibröse, fibrohistiozytäre und histiozytäre Tumoren	Dermatofibrosarkoma protuberans Atypisches Fibroxanthom Malignes fibröses Histiozytom
Tumoren der Blut- und Lymphgefäße	Angiosarkom Kaposi-Sarkom
Tumoren der Muskulatur	Leiomyosarkom
Neurale Tumoren	Granularzelltumor Neuroendokrines Karzinom Merkelzellkarzinom
Lymphoproliferative Erkrankungen der Haut	
– T-Zell	Mykosis fungoides Sezary- Syndrom Kutanes T-Zell-Lymphom primär kutanes anaplastisches großzelliges CD30+ T-Zell-Lymphom
– B-Zell	Kutanes Marginalzonen-B-Zell-Lymphom diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
Hämatologische Vorläuferneoplasien	Lymphoblastisches Lymphom der Vorläuferzellen

Literatur

- Bauer, A.; Diepgen, T. L.; Schmitt, J.:* Is occupational solar UV-irradiation a relevant risk factor for basal cell carcinoma? A systematic review and meta-analysis of the epidemiologic literature. *Br. J. Dermatol.* 165: 612-625 (2011)
- Blome O.:* Neufassung der Empfehlungen für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Berufskrankheiten der Haut nach BK-NR. 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung. *Dermatosen.* 1998; 46: 29-33.
- Brandenburg, St.; Schwanitz, H. J.; John, S. M.:* Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten nach BK-Nr. 5101. *Dermatol. Beruf Umwelt* 1999; 47: 109-114
- Diepgen, T. L.; Fartasch, M.; Hornstein, O. P.:* Kriterien zur Beurteilung der atopischen Hautdiathese. *Dermatol. Beruf Umwelt* 1991; 39: 79-83
- Diepgen, T. L.; Dickel, H.; Becker, D.; Blome, O.; Geier, J.; Schmidt, A.; Schwanitz, H. J.; Skudlik, Ch.; Wagner, E.:* Beurteilung der Auswirkung von Allergien bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen der BK-Nr. 5101. Teil 1: Acrylate/ Methacrylate, Epoxidharz-Systeme, Formaldehyd, Dichromat, Kolophonium, Latex, Nickel, p-Phenylendiamin. *Dermatol. Beruf Umwelt* 2002; 50: 139-154
- Diepgen, T. L.; Dickel, H.; Becker, D.; Geier, J.; Mahler, V.; Schmidt, A.; Schwanitz, H. J.; Skudlik, Ch.; Wagner, E.; Wehrmann, W.; Weisshaar, E.; Werfel, T.; Blome, O.:* Evidenzbasierte Beurteilung der Auswirkung von Typ-IV-Allergien bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit. *Hautarzt* 2005; 56: 207-223
- Diepgen, T. L.:* Berufsbedingte Hauterkrankungen. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2012; 10: 297-316
- Diepgen, T. L.; Brandenburg, S.; Aberer, W.; Bauer, A.; Drexler, H.; Fartasch, M.; Malte, John S.; Krohn, S.; Palfner, S.; Römer, W.; Schuhmacher-Stock, U.; Elsner, P.:* Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung als Berufskrankheit – Voraussetzungen für eine Meldung und Anerkennung. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* 2014; 12: 1102-1106
- Diepgen, T. L.:* Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 – 3 Gutachtenfälle. *Dermatol. Beruf Umwelt.* 2015; 63: 8-12
- Diepgen, T. L., Drexler, H., Krohn, S.:* Minderung der Erwerbsfähigkeit bei den Berufskrankheiten Nr. 5102, 1108 und 2402. *Dermatol. Beruf Umwelt.* 2015; 63: 141-145
- Diepgen, T. L., et al.:* Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“. *Dermatol. Beruf Umwelt.* 63: 3-7 (2015)
- Diepgen, T. L.:* Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 – 3 Gutachtenfälle. *Dermatol. Beruf Umwelt.* 63: 8-12 (2015)
- Dix, C. R.:* Occupational trauma and skin cancer. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull.* 1960; 26: 546-554
- Drexler, H.; Diepgen, T. L.:* Lichtinduzierter Hautkrebs als Berufskrankheit? *Zbl Arbeitsmed.* 2000; 50: 374-378
- Elsner, P.; Diepgen, T. L.; Schliemann, S.:* Lentigo maligna and entigo maligna melanoma as occupational skin diseases in a forestry worker with long-standing occupational UV-exposure, *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014; 12: 915-917
- Fartasch, M.; Drexler, H.; Diepgen, T. L.; John, S. M.; Brandenburg, S. (2008):* Die stumme Sensibilisierung in der Begutachtung – Wie könnte damit umgegangen werden? *JDDG* 6: 34-39
- Fritze, E. (Hrsg):* Die ärztliche Begutachtung. 6. Auflage
- Frosch, P. J.; Pilz, B.; Peiler, D.; Dreier, B.; Rabenhorst, S. (1997):* Die Epicutantestung mit patienteneigenen Produkten. In: Plewig, G.; Przybilla, B. (Hrsg): *Fortschr. prakt. Dermatologie und Venereologie* 15, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 166-181
- Frosch, P.; Schnuch, A.; Uter, W.:* Kontaktdermatitis: Ein Leitfaden für die Praxis unter besonderer Berücksichtigung von Berufsdermatosen. Deisenhofen-Oberhaching, Dustri 2014
- Geier, I.; Tiedemann, K. H.; Zoellner, G.; Adam, M.; Becker, D.; Boveleth, W.; Eck, E.; Eckert, C. H.; Englitz, H. G.; Koch, P.; Lessmann, H.; Müller, J.; Nöring, R.; Rocher, M.; Rothe, A., Geier, J.; Krautheim, A.; Lessmann, H.:* Allergologische Diagnostik und aktuelle Allergene in der Berufsdermatologie. *Hautarzt* 2009; 60: 708-717
- HVBG, BUK, BLB – Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften; Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften; Bundesverband der Unfallkasse: Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten. Sank Augustin: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG); 2004

Johansen, J. D.; Frosch, P. J.; Lepoittevin, J. P. (eds): Contact Dermatitis. 5th ed., Springer Verlag Berlin – Heidelberg 2011

Johansen, J. D.; Aalto-Korte, K.; Agner, T.; Andersen, K. E.; Bircher, A.; Bruze, M.; Cannavó, A.; Giménez-Arnau, A.; Gonçalo, M.; Goossens, A.; John, S. M.; Lidén, C.; Lindberg, M.; Mahler, V.; Matura, M.; Rustemeyer, T.; Serup, J.; Spiewak, R.; Thyssen, J. P.; Vigan, M.; White, I. R.; Wilkinson, M.; Uter, W.: European Society of Contact Dermatitis guideline for diagnostic patch testing – recommendations on best practice. Contact Dermatitis. 2015; 73: 195-221

John, S. M.; Bartel, G.; Brehler, R.; Degenhardt, A.; Fluhr, J.; Frosch, P. J.; Kügler, K.; Haufs, M. G.; Khrenova, L.; Kleesz, P.; Manegold, H.-G.; Schindera, I.; Sizmann, N.; Soost, S.; Tiedemann, K.-H.; Wagner, E.; Worm, M. (2006) Negativliste zur Hautirritabilitäts- und Hautfunktionsdiagnostik zur Erfassung und Bewertung irritativer Hautschäden. ABD-Arbeitsgruppe „Erfassung und Bewertung irritativer Hautschäden“. Dermatologie Beruf- und Umwelt/Occup. Environ. Dermatol. 54: 101-103

Kneilling, M.; Caroli, U.; Grimm, C.; Fischer, J.; Eichner, M.; Wieder, T.; Maier, F. C.; Röcken, M.; Biedermann, T.: Paraphenylenediamine-specific lymphocyte activation test: a sensitive in vitro assay to detect paraphenylenediamine sensitization in patients with severe allergic reactions. Exp. Dermatol. 2010; 19: 435-441

Knuschke, P.; Janßen, M.; Ott, G.: Referenzbasis solarer UV-Expositionen zur Bewertung der Expositionslevel in der Bevölkerung und an Arbeitsplätzen im Freien. In: Kaase, H.; Serick, F. (Hrsg). Licht und Gesundheit. Berlin: Springer; 2008: 24-29

Kowal-Vern, A.; Criswell, B. K.: Burn scar neoplasms: a literature review and statistical analysis. Burns. 2005; 31: 403-413

Letzel, S.; Drexler, H.; Weber, A.; Lehnert, G.: Zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit in der gesetzlichen Unfallversicherung am Beispiel beruflich bedingter Hautmalignome und Präkanzerosen. Dermatosen. 1993; 41: 54-57

Mehrtens, G.; Perlebach, E.: Die Berufskrankheitenverordnung (BeKV). 34. Ergänzungslieferung. Berlin: Erich Schmidt; 1999

Naldi, L.; Diepgen, T. L.: The epidemiology of skin cancer. In: Lim HW, Hönigsmann H, Hawk JLM (eds). Photodermatology. New York: Informa Healthcare; 2007

Renz, H.; Biedermann, T.; Bufe, A.; Eberlein, B.; Jappe, U.; Ollert, M.; Petersen, A.; Kleine-Tebbe, J.; Raulf-Heimsoth, M.; Saloga, J.; Werfel, T.; Worm, M.: In-vitro-Allergiediagnostik. Leitlinie der

Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie Immunologie (DGAKI) unter Beteiligung des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG). Allergo J 2010; 19: 110-128

Römer, W.; Brandenburg, St.: Versicherungsfall § 3 BKV? Besprechung des BSG Urteils vom 7.9.2004. In: Die BG (2006) Nr. 4, S. 169-172

Schmidt, A.; Schumacher, T. H.; Uter, W.; Warfolomeow, I.; Wirtz, C.: Empfehlungen für die Epicutantestung bei Verdacht auf Kontaktallergie durch Kühlschmierstoffe. Dermatol. Beruf Umwelt 2002; 50: 180-189

Schnuch, A.; Aberer, W.; Agathos, M.; Becker, D.; Brasch, J.; Elsner, P.; Frosch, P. J.; Fuchs, T.; Geier, J.; Hillen, U.; Löffler, H.; Mahler, V.; Richter, G.; Szlińska, C.: Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft; Deutschen Gesellschaft für Allergie und klinische Immunologie; Deutsche Kontaktallergie-Gruppe. Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen. J Dtsch Dermatol Ges. 2008; 6: 770-775

Schönberger, A.; Mehrrens, G.; Valentin, H.: Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 7. Auflage. Berlin: Schmidt; 2003

Schönberger/Mehrrens/Valentin: Arbeitsunfall und Berufskrankheit, 8. Auflage 2010, Kap. 11.3.5.5.1

Skazik, C.; Grannemann, S.; Wilbers, L.; Merk, H. F.; Coenraads, P. J.; Breuer, S.; Blömeke, B.: Reactivity of in vitro activated human T lymphocytes to p-phenylenediamine and related substances. Contact Dermatitis. 2008; 59: 203-211

Spellbrink, W.: Das Recht der Berufskrankheiten – Bilanz, Probleme, Perspektiven; Sozialrecht 4/2014; S. 153 und BSG, 30.01.1986 – 2 RU 80/84 – SozR 2200 § 551 Nr. 27; zuletzt BSG, 18.6.2013 – B 2 U, 6/12 R-BSG SozR 4-2700 § 9 Nr. 22 und BTDrucks 13/2204, 77 f.

Struwe, F.; Karger, R.; Bähr, E., u. a.: Epikutantestempfehlungen im Hautarztverfahren für Beschäftigte in metallverarbeitenden Betrieben der Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften (VMBG). Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 40 (2005) Nr. 8, S. 456-459

Mitwirkende bei der Erarbeitung der Bamberger Empfehlung

Prof. Andrea Bauer Prof. Thomas L. Diepgen (wissenschaftliche Leitung) Prof. Peter Elsner Prof. Manigé Fartasch Prof. Swen Malte John Dr. Arno Köllner Prof. Christoph Skudlik	Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)
Dr. Peter Mohr Dr. Claas Ulrich	Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)
Prof. Franziska Rueff Prof. Margitta Worm	Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)
Prof. Hans F. Merk	Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA)
Prof. Hans Drexler Prof. Stephan Letzel	Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
Prof. Wolfgang Wehrman	Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
Dr. Caroline Bernhard-Klimt	Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte (VDSG)
Steffen Krohn Stefanie Palfner Fred-D. Zagrodnik	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
Michael Kucklack	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
Prof. Stephan Brandenburg Dr. Peter Kleesz Kerstin Palsherm Klaus Münch Wilfried Pappai Dr. Wolfgang Römer Joachim Sacher Frank Westphal	Verwaltungen der Unfallversicherungsträger

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Tel.: 030 288763800
Fax: 030 288763808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de

