

# DGUV Forum



## Aktuelle Entwicklungen bei Berufskrankheiten

Der Versicherungsfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII  
Eine besondere Herausforderung

Aus der Forschung  
Projekt zum Gesundheitsschutz von Feuerwehreinsatzkräften

# Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die Entwicklung im Berufskrankheitengeschehen stellt uns regelmäßig vor neue Herausforderungen. Gerade hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) wissenschaftliche Begründungen für vier neue Krankheitsbilder veröffentlicht. Es handelt sich um drei unterschiedliche Krebserkrankungen und die fokale Dystonie bei Berufsmusikern und -musikerinnen. Alle vier Erkrankungen können künftig „wie eine Berufskrankheit“ anerkannt werden. Wie hoch sind die zu erwartenden Fallzahlen? Welche Begutachtungsempfehlungen müssen wir entwickeln? Jedes neue Krankheitsbild stellt seine eigenen Bedingungen und wir betreten immer wieder ein Stück Neuland.



Foto: Wolfgang Beltwinkel/DGUV

So war es auch mit der BK 5103, dem hellen Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung, der zum 1. Januar 2015 in die Berufskrankheitenliste aufgenommen wurde. Die gesetz-

„Unsere Aufgabe und unser Bestreben ist es, die Qualität der BK-Verfahren und ihre Transparenz stetig weiterzuentwickeln. Nötig sind dazu aber auch möglichst klare Vorgaben für die einzelnen Krankheitsbilder durch den Gesetzgeber.“

liche Unfallversicherung war gut vorbereitet auf diese neue Berufskrankheit. Zum Stichtag stand bereits eine Reihe von Arbeitshilfen zur Verfügung. Aber viele Fragen stellen sich erst in der Praxis. Wie schaffen wir es, dass die Sonne beim Arbeiten im Freien auch als mögliche Gefahr gesehen wird? Was sind wirksame Präventionsmaßnahmen? In welchem Maße wird die Erwerbsfähigkeit durch die neue Berufskrankheit gemindert? Und was zählt alles zu einer guten medizinischen Nachsorge?

Es braucht Zeit, Erfahrung und häufig auch weitere Forschung, bis Prävention und Klinik so gut verzahnt sind wie zum Beispiel im Hautarztverfahren der BK 5101. Unsere Aufgabe und unser Bestreben ist es, die Qualität der BK-Verfahren und ihre Transparenz stetig weiterzuentwickeln. Nötig sind dazu aber auch möglichst klare Vorgaben für die einzelnen Krankheitsbilder durch den Gesetzgeber.

Mit den besten Grüßen  
Ihr



Dr. Joachim Breuer  
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›› 2–3

› Aktuelles ›› 4–8

› Nachrichten aus Brüssel ›› 9

› Titelthema ›› 10–37

Der Versicherungsfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII  
**Eine besondere Herausforderung** 10  
*Karin Praefcke, Stefanie Palfner*

Wissenschaftliche Begründungen  
**Neue Anerkennungsmöglichkeiten für beruflich verursachte Erkrankungen** 13  
*Patricia Heinisch, Stefanie Palfner*

Kostenträger Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft?  
**CI-Implantation bei anerkannter Lärmschwerhörigkeit und nachfolgender lärmunabhängiger Ertaubung** 15  
*Tilman Brusis, Jürgen Alberty, Eberhard F. Meister*

Sekundärprävention von UV-induziertem Hautkrebs (BK-Nr. 5103)  
**Individuelle Lichtschutz-Beratung für Beschäftigte in Außenberufen** 18  
*Michaela Ludewig, Marc Rocholl, Anja Hübner, Christoph Skudlik, Swen Malte John, Annika Wilke*

Neue Hörgeräte-Generation für Tätigkeiten im Lärmbereich  
**Hörgeräte am Lärmarbeitsplatz erlaubt?** 22  
*Ulrike Wolf, Otmar Lenz*

Teil 1: Minderung der Erwerbsfähigkeit bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen  
**Bamberger Empfehlung und rechtliche Hintergründe zu MdE** 26  
*Stephan Brandenburg, Wolfgang Römer, Steffen Krohn, Stefanie Palfner*

Teil 2: Minderung der Erwerbsfähigkeit bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen  
**Die neuen MdE-Tabellen in der Praxis** 28  
*Stephan Brandenburg, Steffen Krohn, Wolfgang Römer, Stefanie Palfner*

Hautkrebs durch UV-Strahlung  
**Update zur neuen BK-Nr. 5103** 31  
*Daniel Engel, Steffen Krohn, Stephanie Schneider, Gerald Wanka*

Berufskrankheiten-Monitoring  
**Entwicklungen zeigen und Hypothesen überprüfen** 36  
*Stephanie Schneider*

› Prävention ›› 38–39

Aus der Forschung  
**Projekt zum Gesundheitsschutz von Feuerwehreinsatzkräften** 38  
*Dirk Taeger*



13

! Die DASA Arbeitswelt-Ausstellung in Dortmund zeigt zurzeit die Ausstellung „Wie geht’s“, die mit einem innovativen Konzept und farbenfrohen Illustrationen junge Berufstätige für das Thema „Berufskrankheiten“ sensibilisieren will. Eine der Illustrationen von Laura Laakso zielt das Titelbild der aktuellen Ausgabe des DGUV Forum. Entwickelt wurde das Konzept von der DASA in Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Weitere Informationen finden Sie auf der Medien-Seite.



38

› Personalia ›› 40

› Aus der Rechtsprechung ›› 41

› Medien/Impressum ›› 42

## Wenn der Schmerz vom Kopf in den Rücken wandert

Die neue Broschüre der DGUV „Rundum gestärkt – Wie psychosoziale Faktoren bei der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen am Arbeitsplatz berücksichtigt werden können“ erklärt, welche arbeitsbedingten Belastungen zu Beschwerden führen können, und gibt Tipps und Hinweise, was Betriebe dagegen tun können. Stress kann zu Muskelverspannungen, langfristig zu Beschwerden und Erkrankungen im Bewegungsapparat führen. Psychische Belastungen können aber auch in gesundheitsförderliche Ressourcen verwandelt werden, wenn man sie entsprechend gestaltet. Durch eine bessere Aufgabenverteilung und die Organisation kollegialer Unterstützung kann aus einer Überforderung – zum Beispiel eine hohe Arbeitsintensität – eine Herausforderung werden, die die Beschäftigten zugleich fordert und fördert.

Kommt es zu Beschwerden oder Erkrankungen, so werden sie meist durch eine Kombination aus körperlichen und seelischen, beruflichen und privaten Belastungen verursacht. Die Broschüre „Rundum gestärkt“ legt den Schwerpunkt auf die psychosozialen Faktoren und erklärt konkret und anschaulich, welche Belastungsfaktoren es gibt, was Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte konkret tun können und welche Institutionen sie dabei unterstützen.

! Die Broschüre und weitere Informationen stehen unter dem folgenden Link zur Verfügung:  
[www.gdabewegt.de](http://www.gdabewegt.de) > Presse > Presseinformation: Psychische Ursachen von Rückenschmerzen: Neue Broschüre der DGUV



Foto: kaj.kandler/kombinatroweiss.de/DGUV

## „Sicher mit System“: Wenn alle an einem Strang ziehen

Ende September wurde der Firma Schlieckmann das Gütesiegel „Sicher mit System“ der Berufsgenossenschaft für Holz und Metall (BGHM) verliehen. In nur einem Jahr hat das Unternehmen ein professionelles Arbeitsschutzmanagementsystem (AMS) eingeführt.

Unternehmensleitung, Management und der Betriebsrat zogen an einem Strang, um die Arbeitssicherheit im Betrieb zu verbessern. Simone Krüger, Personalleiterin der Hubert Schlieckmann GmbH, betont: „Als wir das neue AMS einführten, hinterfragten wir in Zusammenarbeit mit allen Abteilungen die bestehenden Arbeitsabläufe und bestehende Organisationsformen. Das gemeinsam ausgelotete Optimierungspotenzial haben wir dann Schritt für Schritt – Abteilung für Abteilung umgesetzt.“ Drei Jahre bleibt das Gütesiegel „Sicher mit System“ gültig. Dann kann das Unternehmen eine erneute Begut-



Foto: BGHM

Gütesiegelübergabe an die Hubert Schlieckmann GmbH

achtung beantragen. Parallel zum AMS führte das Unternehmen auch ein Betriebliches Gesundheitsmanagement ein, das von der BGHM und dem Angebot „Gesund im Mittelstand“ unterstützt wurde.

! Weitere Informationen zu „Sicher mit System“ und dem Beratungsangebot „Gesund im Mittelstand“ unter: [www.bghm.de](http://www.bghm.de) (Webcodes 492 und 491)

## Jugendliche aufgepasst: Abschleppen nur mit Führerschein

Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) weist daraufhin, dass Schlepper, Stapler oder Hoflader auf einem Betriebsgelände nur mit dem passenden Führerschein gefahren werden dürfen. Sobald es möglich ist, ein Betriebsgelände von außen zu betreten, gelten dort die gleichen Regeln zum Führen eines Fahrzeugs wie auf einer öffentlichen Straße. Besonders bei Jugendlichen ist das Schlepperfahren sehr beliebt. Das birgt aber aufgrund der mangelnden Fahrerfahrung ein erhebliches Unfallrisiko. Jugendliche können allerdings die Prüfung zur Fahrerlaubnis der Klassen T und L ab 16 Jahren

ablegen. Die SVLFG empfiehlt zusätzlich ein spezielles Fahrtsicherheitstraining, damit Jugendliche die komplexe Technik der Schlepper auch in Gefahrensituationen beherrschen. Für Fragen und eine ausführliche Beratung rund um das Thema Schlepper und Führerscheinvialt stehen die Präventionsfachleute der SVLFG jederzeit zur Verfügung.

Die Fahrprüfung, die zum Schlepperfahren berechtigt, kann ab 16 Jahren abgelegt werden.



Foto: SVLFG

## Einigung zum Rückwärtsfahren bei der Abfallsammlung



Foto: Dominik Buschardt/DGUV

Rückwärtsfahren ist bei Abfallsammelfahrzeugen deshalb so gefährlich, weil die Fahrer und Fahrerinnen nur unzureichend den Raum hinter ihrem Fahrzeug einsehen können.

Unfallversicherungsträger, Entsorgungswirtschaft und die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) haben einen Konsens zum Rückwärtsfahren bei der Abfallsammlung gefunden. Dieser ist in der neuen Branchenregel „Abfallsammlung“ umgesetzt, die vom Grundsatzausschuss Prävention der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) am 24. Oktober 2016 beschlossen wurde und zeitnah in der DGUV Publikationsdatenbank veröffentlicht wird.

„Mit der Branchenregel ist es uns gelungen, Lösungen für den Arbeitsschutz bei der Abfallsammlung zu finden, die die Bedürfnisse der Praxis und den aktuellen Stand der Technik berücksichtigen“, so Dirk Fütting, Leiter des Sachgebiets Abfallwirtschaft der DGUV. „Unter anderem machen wir transparent, wie die Sicherheit beim Rückwärtsfahren gewährleistet werden kann.“

Laut Branchenregel sollen Entsorgungsunternehmen die Touren bei der Abfallabholung grundsätzlich so planen, dass unfallträchtige Rückwärtsfahrten möglichst vermieden werden. In Ausnahmefällen sollen sie jedoch möglich sein, wenn in der Gefährdungsbeurteilung Schutzmaßnahmen für die Beschäftigten festgelegt sind. An der Erarbeitung der Branchenregel waren Fachleute der Berufsgenossenschaften, Unfallkassen, Entsorgungswirtschaft und der Gewerkschaft ver.di beteiligt.

## Kein Unfall – BG ETEM gewinnt Deutschen Wirtschaftsfilmpreis

Das Präventionsvideo der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) „Aufmerksamkeit darf man nicht teilen“ wurde im Oktober beim 49. Deutschen Wirtschaftsfilmpreis in der Kategorie „Audiovisuelle Beiträge für digitale Medien“ mit dem ersten Platz ausgezeichnet. Im Rahmen der Kampagne „Ein Unfall ändert alles.“ wird das Video seit 2015 auf den digitalen Kanälen der BG ETEM eingesetzt, um jugendliche Verkehrsteilnehmer und -teilnehmerinnen für das Thema Ablenkung im Straßenverkehr zu sensibilisieren. Bislang wurde das Video insgesamt 1,5 Millionen Mal auf Facebook und Youtube aufgerufen. Die Kampagne hat bisher mehrere Millionen User erreicht.



Screenshot aus dem Videoclip

## BG ETEM zeichnet gute Ideen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz aus

Die Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse (BG ETEM) hat im Kölner Schokoladenmuseum sechs mittelständische Unternehmen mit dem Präventionspreis ausgezeichnet.

Der Preis wird seit 2008 alle zwei Jahre für vorbildliche Leistungen auf den Gebieten Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz verliehen. In jeder der sechs bei der BG ETEM versicherten Branchen wird jeweils ein 5.000 Euro dotierter Branchenpreis ver-

geben. Prämiert wurden sowohl technische Lösungen als auch Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Zwei der ausgezeichneten Unternehmen sind in Nordrhein-Westfalen beheimatet, zwei in Bayern.

Bei der Preisverleihung im Schokoladenmuseum vergab das Publikum unter den sechs Preisträgern und Preisträgerinnen außerdem den IQ-Präventionspreis. Die Wahl fiel auf das Druckhaus Mainfranken GmbH aus Greußenheim bei Würzburg.

Das Unternehmen konnte mit einem selbstgedrehten Film zur Schulung von Staplerfahrenden überzeugen. Mit dem IQ-Präventionspreis sind zusätzlich 3.000 Euro verbunden.



Mehr Informationen und Videos zu den ausgezeichneten Unternehmen unter: [www.bgetem.de](http://www.bgetem.de)  
(Webcode 16805240)



Die Preisträger und Preisträgerinnen des IQ-Präventionspreises der BG ETEM

## Neuer Service für Altenpflege: Gefährdungsbeurteilung jetzt online erstellen

Ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenpflege können die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung für ihre Beschäftigten jetzt auch online erstellen. Das Werkzeug dazu bietet die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) auf ihrer Webseite [www.bgw-online.de/gefaehrungsbeurteilung-online](http://www.bgw-online.de/gefaehrungsbeurteilung-online) an. Die

neuen Online-Handlungshilfen führen systematisch durch die einzelnen Schritte der Gefährdungsbeurteilung. Sie helfen dabei, Arbeitsbereiche festzulegen, Tätigkeiten zu erfassen, Gefährdungen systematisch zu ermitteln und Risiken beim Auswählen geeigneter Schutzmaßnahmen zuverlässig zu beurteilen. Zu jedem Thema finden sich Links zu Hinter-

grundinformationen und Verweise auf gesetzliche Grundlagen.

In der aktuellen Ausgabe „Gefährdungsbeurteilung“ des Magazins „BGW mitteilungen“ berichtet die Berufsgenossenschaft darüber hinaus ausführlich über das Steuerungsinstrument Gefährdungsbeurteilung.

## Teleskopklader brauchen keine spezielle Fahrerlaubnis in der Landwirtschaft

Der Besitz eines Bedienerscheins oder einer speziellen Fahrerlaubnis für Teleskopklader ist beim Einsatz in der Landwirtschaft nicht notwendig. Darauf weist die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) aufgrund vermehrter Nachfragen hin.

Der Qualifizierungsgrundsatz 308-009 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV), dass Fahrer und Fahrerinnen von Teleskopkladern im gewerblichen Be-

reich einen Bedienerausweis – also eine spezielle Fahrerlaubnis – besitzen müssen, gilt ausschließlich im Regelungsbereich der DGUV und daher nicht für Versicherte der SVLFG. Der Besitz eines Führerscheins mindestens der Klasse L für das Fahren eines Teleskopkladers auf öffentlichen Straßen, Wegen und Verkehrsflächen bleibt selbstverständlich erforderlich.

Um Teleskopklader in der Landwirtschaft sicher zu betreiben, sind die maßgebli-

chen Mitarbeitenden und Familienangehörigen jedoch hinsichtlich der Gefahren zu unterweisen.

! Eine ausführliche Betriebsanweisung der SVLFG fasst alle Gefahren kurz und bündig zusammen. Sie ist auf der Homepage [www.svlfg.de](http://www.svlfg.de) unter dem Stichwort „Teleskopklader“ zu finden.

## Intensive Kooperation bei Forschung zur Mensch-Roboter-Kollaboration

Im Auftrag der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) haben Fachleute des Fraunhofer Instituts für Fabrikbetrieb und -automatisierung IFF in Magdeburg in einem Forschungsprojekt Grenzwerte für Kraft und Druck ermittelt, die im Falle eines Kontakts zwischen Mensch und Roboter die Zusammenarbeit von Mensch und Maschine ohne Unfall sicherstellen. Bei diesem für die Prävention wichtigen Forschungsthema besteht auch eine enge Kooperation mit dem Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA). Im Technikum des Fraunhofer IFF wird unter dem Stichwort „Industrie 4.0“ erforscht, was die Arbeitswelt in der Produktion in naher Zukunft und zum Teil schon heute verändert. Der Forschungsschwerpunkt des Geschäftsfeldes Robotersysteme liegt auf Service- und Assistenzrobotern. Die sichere Kooperation und die Interaktion zwischen Mensch und Maschine ist eines der zentralen Themen. „Die BGHM hat mit dieser Forschungsförderung die Ermittlung entscheidender Grenzwerte für Sicherheit

und Gesundheit bei der Mensch-Roboter-Kollaboration ermöglicht“, sagt Dr. Matthias Umbreit, Experte für Robotik in der

BGHM und im DGUV Fachbereich Holz und Metall, der die Studie am Fraunhofer IFF intensiv begleitet.



(v. l.) Prof. Norbert Elkmann (Leiter des Geschäftsfeldes Robotersysteme), Dr. Matthias Umbreit (Robotik-Experte der BGHM) und Roland Behrens (wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter der Studie) im Technikum des Fraunhofer IFF

## Gemeinsame Erklärung und Gefahrstoffpreis: Staub am Arbeitsplatz verringern

Der 11. Deutsche Gefahrstoffschutzpreis des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) würdigte auch dieses Jahr innovative Lösungen, die auf unterschiedliche Weise das Staubaufkommen am Arbeitsplatz verringern und so die Gesundheit der Beschäftigten schützen. Der Preis ist mit 15.000 Euro dotiert und wurde den Preisträgern von Ministerialdirektorin Maria Britta Loskamp, Abteilungsleiterin im BMAS, verliehen. Die Preisverleihung fand im Rahmen einer Veranstaltung zur Unterzeichnung einer gemeinsamen Erklärung des Aktionsprogramms Staub am 25. Oktober 2016 in Berlin statt.

„Staub ist nicht ungefährlich: Er kann die Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Gerade beim Bauen sind Beschäftigte häufig Stäuben ausgesetzt“, hält Yasmin Fahimi fest, Staatssekretärin des BMAS. „Es ist gut, wenn alle Beteiligten bei der Staubminimierung an einem Strang ziehen. Die gemeinsame Erklärung setzt dabei ein gutes Signal. Und die Preisträger des 11. Deutschen Gefahrstoffschutzpreises zeigen,

dass auch die Praxis auf einem guten Weg ist.“ Der Preis wurde in diesem Jahr in den Kategorien „Staubarme Materialien verwenden“, „Staubarme Techniken“ und „Staubausbreitung verhindern“ vergeben.

! Nähere Informationen zu den Preisträgern und Eindrücke von der Preisverleihung gibt es im Internet unter: [www.gefahrstoffschutzpreis.de](http://www.gefahrstoffschutzpreis.de)



(v. l. n. r.) Martin Reuter (Hilti Deutschland AG), Bernhard Arenz (BG BAU), Lars Dannemann (DUSS), Rüdiger Pipke (BAuA), Klemens Möcklinghoff (möcklinghoff Lufttechnik GmbH), Britta Loskamp (BMAS), Matthias Gräf (möcklinghoff Lufttechnik GmbH), Günther Hermann (Mapei), Uwe Thomaе (Recknagel GmbH), Alfred Loleit (INOTEC GmbH)

## Hamburger Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung und BG Klinikum Hamburg unterstützen die Rollstuhlbasketball-WM 2018

Die Hamburger Trägerinnen der gesetzlichen Unfallversicherung und die berufsgenossenschaftliche Unfallklinik in Hamburg unterstützen die Rollstuhlbasketball-Weltmeisterschaft der Frauen und Männer 2018 in der Hansestadt. Das teilen die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die BG Verkehr, die VBG,

die Unfallkasse (UK) Nord und das BG Klinikum Hamburg (BGKH) gemeinsam mit. Sie erleben in ihrer Arbeit immer wieder, wie wichtig Sport für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen ist – und damit für die Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention. Sport ist ein unverzichtbares Mittel der Rehabilitation: Er

fördert die körperliche und seelische Gesundheit gleichermaßen. Der Spitzensport wirkt dabei motivationsfördernd und identifikationsstiftend. Diese Chance bietet auch die Rollstuhlbasketball-Weltmeisterschaft 2018: Sie wird den Behindertensport ins Rampenlicht rücken – und gleichzeitig ein Stück weiter in die Mitte der Gesellschaft.

## Zahl des Monats: 1,382 Mio.

Wird ein Unternehmen, das der Gewerbeordnung unterliegt, gegründet oder geschlossen, meldet der Unternehmer oder die Unternehmerin das dem zuständigen Gewerbeamt der Kommune. Auszüge aus diesen Meldungen schicken die Ämter an verschiedene Behörden und auch an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Im Jahr 2015 wurden nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 1,382

Millionen Gewerbeanzeigen erstattet. In der Vergangenheit wurden die Auszüge per Post versandt. Seit einiger Zeit ist die Umstellung auf eine elektronische Übermittlung im Gange. Ab dem 1. Januar 2017 endet der analoge Datentransfer: Sämtliche Gewerbeämter sind dann verpflichtet, die Auszüge aus den Gewerbeanzeigen nur noch auf elektronischem Weg an die Unfallversicherung zu senden.



Illustration: Cicero

## Menschen mit Behinderung soll der Zugang zu Webinhalten erleichtert werden

Seit 2012 diskutieren das Europäische Parlament und der Ministerrat über neue Regelungen, die Menschen mit Behinderung den Zugang zu Webseiten und mobilen Apps öffentlicher Stellen erleichtern sollen. Nachdem sich die europäischen Gesetzgebungsorgane in trilateralen Beratungen auf einen konkreten Text geeinigt haben, wird der vom Ministerrat und vom Europäischen Parlament offiziell gebilligte Text bald in Kraft treten. Die Mitgliedstaaten haben 21 Monate Zeit, die europäischen Regelungen in nationales Recht umzusetzen.

Ziel der von der EU-Kommission vorgelegten Richtlinie ist es, in den Bereichen Kommunikation und Informationen einen gleichberechtigten Zugang auch dort zu realisieren, wo eine Behinderung heute noch zu massiven Einschränkungen für die Betroffenen führt. Von den Regelungen sind insbesondere Webseiten und mobile Apps öffentli-

cher Stellen betroffen. So sollen Webseiten künftig für Menschen mit Einschränkungen so gestaltet sein, dass sie auch für sie wahrnehmbar und bedienbar sind, zum Beispiel ohne Verwendung einer Maus.

Die EU möchte mit den neuen Regelungen den Weg für eine inklusive digitale Gesellschaft frei machen, ein Recht, das auch in der von der EU ratifizierten UN-Konvention für Menschen mit Behinderung verankert ist.



## Was hat Brüssel 2017 vor?

Die Europäische Kommission gibt jeweils im Herbst Auskunft über ihre politischen Prioritäten, die sie im folgenden Jahr umsetzen möchte. In diesem Jahr bündelt die Brüsseler Behörde ihre Vorstellungen unter dem Titel „Für ein Europa, das schützt, stärkt und verteidigt“. Im Vorfeld des 60-jährigen Jubiläums der Römischen Verträge im kommenden März geht es dabei um Kernfragen der Gemeinschaft.

Von den zehn Prioritäten und 21 Kernelementen ist für die Sozialversicherung unter anderem von Interesse, weiter da-

ran zu arbeiten, eine Säule sozialer Rechte zu schaffen. Im Anschluss an die bis Ende des Jahres laufende öffentliche Anhörung möchte die EU-Kommission ihre konkreten Vorstellungen hierzu bekannt geben. Sie hat bereits jetzt angedeutet, dass eine Säule sozialer Rechte als Basis einer europäischen, sozialen Marktwirtschaft sowie als Kompass für faire Arbeitsbedingungen und nachhaltige Wohlfahrtssysteme dienen soll. Darüber hinaus ist die Veröffentlichung weiterer damit zusammenhängender Initiativen geplant, etwa der Zugang zum Sozialschutz und zur Umsetzung der Ar-

beitszeitrichtlinie. Um neue Arbeitsplätze, Wachstum und Investitionen anzuregen, möchte die EU-Kommission ebenfalls noch bis Ende des Jahres einen „Europäischen Solidaritätskorps“ einführen. Darin sollen sich junge Menschen freiwillig engagieren und helfen, herausfordernde Situationen in der EU zu bewältigen.

Die Europäischen Institutionen werden nun eine gemeinsame Erklärung zu den Zielen und Prioritäten für 2017 erarbeiten, damit die Vorschläge schnell umgesetzt werden können.

## Der Versicherungsfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII

# Eine besondere Herausforderung

Seit das 7. Sozialgesetzbuch VII die Reichsversicherungsordnung abgelöst hat, wurde nicht nur der eigenständige Versicherungsfall Berufskrankheit geschaffen, sondern auch die Verpflichtung statuiert, eine Erkrankung wie eine Berufskrankheit anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen vorliegen (§ 9 Abs. 2 in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII). Eine Annäherung.

### Einleitung

Während die rechtliche Grundlage für die Entschädigung von Berufskrankheiten bereits in der zum 1. Januar 1913 in Kraft getretenen Reichsversicherungsordnung (RVO) geschaffen wurde, besteht erst seit 1963 die Möglichkeit, im Einzelfall Krankheiten wie eine Berufskrankheit anzuerkennen (§ 551 Abs. 2 RVO). Mit Ablösung der RVO durch das Sozialgesetzbuch (SGB) VII zum 1. Januar 1997 wurde nicht nur der eigenständige Versicherungsfall Berufskrankheit geschaffen (§ 9 Abs. 1 SGB VII), sondern auch die Verpflichtung statuiert, eine Erkrankung wie eine Berufskrankheit anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen vorliegen (§ 9 Abs. 2 SGB VII).

**„Erleichtert ist die Anerkennung einer Erkrankung wie eine Berufskrankheit, wenn der ÄSVB eine Empfehlung für die Aufnahme einer Berufskrankheit in die Anlage 1 zur BKV veröffentlicht hat.“**

Diese „Öffnungsklausel“ soll dazu dienen, Härten für die jeweilige Zwischenzeit zu vermeiden, die sich daraus ergeben, dass die Berufskrankheiten-Liste nur im Abstand von einigen Jahren geändert wird, und um neuen Erkenntnissen der Wissenschaft umgehend Rechnung tragen zu können. Sie ist aber keine allgemeine Härteklausel für die Anerkennung beruflich verursachter Krankheiten, die nicht in der Berufskrankheiten-Liste enthalten sind.<sup>1</sup>

Bevor eine Erkrankung wie eine Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist daher zu prüfen, ob die im SGB VII geregelten Voraussetzungen (§ 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII, auf die § 9 Abs. 2 SGB VII Bezug nimmt) erfüllt sind.

Dafür muss der aktuelle Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft ermittelt und geklärt werden, ob die Erkrankung durch besondere Einwirkungen verursacht wurde, denen eine bestimmte Personengruppe durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt ist. Dabei sind auch wissenschaftliche Erkenntnisse weiterer Wissenschaftszweige wie Epidemiologie, Toxikologie, Pharmakologie, Biomechanik oder Molekularbiologie zusammenzutragen, zu sichten und zu bewerten. Im Prinzip umfasst die Prüfung eines solchen Einzelfalles somit die Klärung der sogenannten BK-Reife der jeweiligen Erkrankung.

Bei der Erweiterung der sogenannten BK-Liste (Anlage 1) zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) steht dem Verordnungsgeber bei dieser Prüfung der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) zur Seite. Der ÄSVB ist ein ständiges und weisungsunabhängiges Gremium, das das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in medizinisch-wissenschaftlichen Fragen berät – mit der Aufgabe, den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu Berufskrankheiten zu sichten und zu bewerten.

Auf dieser Basis gibt er unter anderem Empfehlungen für die Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die Berufskrankheitenverordnung ab.

Dieser Beitrag soll eine Orientierung geben, welche Aspekte bei einzelnen Aufgaben und Fragestellungen zu berücksichtigen sind. All diese Punkte sind zusätzlich zur Frage der individuellen Kausalität auch in jedem einzelnen Verfahren nach § 9 Abs. 2 SGB VII zu prüfen.

### Prüfung der Voraussetzungen nach § 9 Abs. 2

Erleichtert ist die Anerkennung einer Erkrankung als Berufskrankheit, wenn der ÄSVB eine Empfehlung für die Aufnahme einer Berufskrankheit in die Anlage 1 zur BKV veröffentlicht hat. Damit sind die grundsätzlichen wissenschaftlichen Voraussetzungen geprüft und diese Basis für Anerkennungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII gegeben.

**„Mit der Anerkennung eines Versicherungsfalles im Einzelfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII wird die Erkrankung keine Listenerkrankung.“**

In der Praxis der Unfallversicherungsträger trifft dies jedoch auf eine Vielzahl von Erkrankungen nicht zu, die nicht unter einer BK-Nr. zu subsumieren sind. Daher bedarf die Prüfung, ob ein Ursachenzusammenhang zwischen einer arbeitsbedingten Einwirkung und der Entstehung einer Krankheit infolge der versicherten Tätigkeit vorliegt, besonderer Aufmerksamkeit.

Für die Anerkennung einer Erkrankung über die Öffnungsklausel ist zu prüfen, ob

### Autorinnen

#### Karin Praefke

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: karin.praefke@dguv.de

#### Stefanie Palfner

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: stefanie.palfner@dguv.de



Foto: kwamer/fotolia.com

Paragraph 9 Abs. 2 des 7. Sozialgesetzbuches hat die Verpflichtung statuiert, eine Erkrankung wie eine Berufskrankheit anzuerkennen, wenn die Voraussetzungen (in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII) vorliegen.

- eine besondere Einwirkung vorliegt, die mindestens in ihrer Stärke deutlich quantitativ und qualitativ über eine im privaten Bereich bestehende Einwirkung hinausgeht. Diese kann unter anderem durch chemische Gefahrstoffe in Form von Stäuben, Gasen, Dämpfen, Flüssigkeiten sowie Lärm und auch durch mechanische Belastungen auftreten.
- eine bestimmte Personengruppe betroffen ist, die der besonderen Einwirkung in erheblich höherem Grade ausgesetzt ist als die übrige Bevölkerung. Die bestimmte Personengruppe definiert sich durch die erheblich erhöhte Einwirkung gegenüber der Noxe, nicht durch die Zugehörigkeit zu einer Tätigkeit oder einem Beruf.
- die schädigende Einwirkung generell geeignet ist, eine bestimmte Erkrankung zu verursachen oder zu verschlimmern. Dabei müssen vor allem klinische und biologisch-naturwissenschaftliche Erkenntnisse der Verursachung der Erkrankung (Pathomechanismus) hinreichend geklärt sein. So liefern die „Ständige Senatskommission zur Prü-

fung gesundheitlicher Arbeitsstoffe der Deutsche Forschungsgemeinschaft“ und die internationale Krebsforschungsbehörde der Weltgesundheitsorganisation „International Agency for Research on Cancer“ (IARC) genaue und wissenschaftlich begründete Definitionen der Faktoren, die eine humankarzinogene Wirkung von Gefahrstoffen feststellen. Damit kann für sogenannte K 1-Stoffe – das sind Stoffe, die beim Menschen bekanntermaßen Krebs erzeugen – deren krebs erzeugende Ursächlichkeit als gesichert gelten. Darüber hinaus ist der epidemiologische Nachweis erforderlich, dass die Erkrankung in dem exponierten Personenkreis überhäufig vorkommt. Eine Überhäufigkeit kann sicher angenommen werden, wenn eine Verdopplung des Erkrankungsrisikos vorliegt, auch wenn dies vom Gesetz nicht vorgeschrieben ist. Bei Krankheiten, die in der Regel nicht durch andere Ursachen entstehen und bei denen der Pathomechanismus durch die berufliche Ursache auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Forschungsergebnisse oder

der praktischen Erfahrungen eindeutig bekannt ist, kann ein epidemiologischer Nachweis entbehrlich sein. Dies kommt am ehesten bei seltenen Erkrankungen und seltenen Einwirkungen vor.

#### Erläuterungen

##### § 9 Abs. 1 Satz 2 SGB VII

Berufskrankheiten sind Erkrankungen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

##### § 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 Abs. 1 Satz 2 erfüllt sind.

- neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft über den Ursachenzusammenhang zwischen schädigender Einwirkung und der Erkrankung hinsichtlich der versicherten Tätigkeit vorliegen. Diese müssen der „herrschenden Lehrmeinung“ entsprechen. Als solche gilt der durch Forschung gewonnene Erkenntnisstand, der von der Mehrheit der auf dem jeweiligen Fachgebiet tätigen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen anerkannt wird. Einzelmeinungen reichen in der Regel nicht aus. Neue Erkenntnisse liegen unter anderem auch dann vor, wenn sie dem Ordnungsgeber nicht bekannt waren und daher nicht berücksichtigt werden konnten. Auch wenn die Erkenntnisse dem Ordnungsgeber bekannt waren und dennoch nicht geprüft worden sind oder wenn eine Bewertung der Erkenntnisse unter neuen wissenschaftlichen Aspekten und Möglichkeiten erfolgen kann, gelten sie als „neu“.
- der ursächliche Zusammenhang der Erkrankung mit der gefährdenden Einwirkung im konkreten Einzelfall hinreichend wahrscheinlich ist.

Im Einzelfall sind also zunächst die gesicherte Diagnose der Erkrankung und Art

und Ausmaß der schädigenden Einwirkungen festzustellen.

Sofern es noch keine wissenschaftliche Empfehlung und Begründung des ÄSVB zur Aufnahme einer entsprechenden Berufskrankheit gibt, ist zur Beantwortung der Frage, ob ein genereller Ursachenzusammenhang zwischen einer angeschuldigten arbeitsbedingten Einwirkung und der Entstehung einer Erkrankung im Einzelfall vorliegt, in der Regel ein Gutachten eines medizinischen Experten oder einer Expertin erforderlich.

Für die Anerkennung als Berufskrankheit reicht allein die Überzeugung des Gutachters nicht aus, dass im Einzelfall ein kausaler Zusammenhang zwischen der Erkrankung der versicherten Person und den arbeitsbedingten Einwirkungen besteht! Entscheidend ist, dass die Bewertung, bestimmte Einwirkungen verursachten generell bestimmte Erkrankungen, nur dann anzunehmen ist, wenn die Mehrheit der medizinischen Sachverständigen zu derselben wissenschaftlich fundierten Auffassung gelangen. Sie müssen auf den jeweils in Betracht kommenden Gebieten über besondere Erfahrungen und Kenntnisse verfügen. Da im Gutachten also vor allem wissenschaftliche Fragestellungen im Vor-

dergrund stehen, können die relevanten Fragen häufig auch ohne nochmalige Untersuchung der versicherten Person nach Aktenlage beantwortet werden.

Mit der Anerkennung eines Versicherungsfalles im Einzelfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII wird die Erkrankung keine Listenerkrankung. Diese Entscheidung obliegt allein dem Ordnungsgeber.

### Dokumentation der Erkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII bei der DGUV

Die Erkrankungen, die die Unfallversicherungsträger nach dieser Vorschrift prüfen, werden bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in einer gesonderten Dokumentation erfasst. Diese Ergebnisse können – neben den Unfallversicherungsträgern – die medizinischen Sachverständigen und den ÄSVB beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) unterstützen, da sie dazu beitragen, Krankheits- und Gefährdungsschwerpunkte frühzeitig erkennbar zu machen. Die Daten dieser Dokumentation werden jährlich dem BMAS gemeldet. Zusammengefasst werden sie auch regelmäßig publiziert, und es werden und dabei aktuelle Fragen zur wissenschaftlichen Diskussion gestellt.

### Workflow für Erkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII für Verwaltungen der Unfallversicherungsträger

Um bei der BK-Sachbearbeitung die Verfahrensschritte in Feststellungsverfahren über Erkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII zu standardisieren, entstand eine Beschreibung des Verfahrensablaufes als Workflow (Flussdiagramm). Darin sind nicht nur die Fülle und Komplexität von Fallgestaltungen dargestellt, die nach § 9 Abs. 2 SGB VII zu prüfen sind, sondern auch, die Zeitpunkte zur Dokumentation mittels der neu eingeführten Web-Anwendung hinterlegt.

Diese Maßnahmen unterstützen hoffentlich die wissenschaftlich und rechtlich anspruchsvolle Prüfung der Öffnungsklausel. ●



#### Fußnote

[1] BSG Urteil v. 23.6.1977 – B 2 RU 53/76; BVerfG Beschluss v. 14.7.1993 – 1 BvR 1127/90

## Wissenschaftliche Begründungen

# Neue Anerkennungsmöglichkeiten für beruflich verursachte Erkrankungen

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat für vier neue Krankheitsbilder Wissenschaftliche Begründungen beschlossen sowie das Ärztliche Merkblatt zur Berufskrankheit Nummer 1301 durch eine Wissenschaftliche Stellungnahme ergänzt.

Ausführungen zu den Voraussetzungen, unter denen eine Erkrankung wie eine Berufskrankheit nach § 9 Absatz 2 SGB VII anerkannt werden kann, enthält der im gleichnamigen Heft erschienene Beitrag „Der Versicherungsfall nach § 9 Abs. 2 SGB VII: eine besondere Herausforderung“.

„Für drei der vier Erkrankungen konnten in der Bezeichnung konkrete Dosis-Wirkungsbeziehungen festgelegt werden.“

### Die neuen Wissenschaftlichen Begründungen

In den vier neuen Wissenschaftlichen Begründungen<sup>1</sup> werden die jeweiligen Krankheitsbilder konkret bezeichnet. Für drei der vier Erkrankungen konnten in der Bezeichnung konkrete Dosis-Wirkungsbeziehungen festgelegt werden. Die wissenschaftlichen Begründungen sind auf der Website der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) abrufbar.<sup>2</sup>

### Leukämie durch 1,3-Butadien

Die chemische Substanz 1,3-Butadien wird vor allem bei der Herstellung bestimmter Kautschukarten und Kunstfasern verwendet. 1,3-Butadien dient unter anderem als Ausgangsstoff für (Teppich) Kleber und (Papier)Beschichtungen. Die Exposition durch 1,3-Butadien muss lange und regelmäßig erfolgt sein. Die wissenschaftliche Begründung legt insoweit eine

kumulative 1,3-Butadien-Dosis von mindestens 180 (ppm x Jahre) fest. Sie nennt als Krankheitsbild Chronisch-myeloische oder chronisch-lymphatische Leukämie“.

### Erkrankungen durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe

In einer Vielzahl von Branchen (zum Beispiel chemische Industrie, Metallindustrie, Gießereien oder Braunkohleverarbeitung) können Beschäftigte Tätigkeiten verrichten, bei denen sie polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) ausgesetzt sind. Die Wissenschaftliche Begründung führt Tätigkeiten mit PAK-Einwirkung tabellarisch auf. Besonders hohe PAK Einwirkungen bestehen zum Beispiel in Kokereien, bei der Herstellung von technischem Ruß, von Gummi und in Schornsteinfegerbetrieben.

Der Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ hat die Aufnahme folgender Krankheitsbilder in die Berufskrankheitenliste empfohlen:

- „Kehlkopfkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo(a)pyren-Jahren  $[(\mu\text{g}\text{m}^3) \times \text{Jahre}]$ “,
- „Schleimhautveränderungen, Krebs, oder andere Neubildungen der Harnwege durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 80 Benzo(a)pyren-Jahren  $[(\mu\text{g}\text{m}^3) \times \text{Jahre}]$ “.

### Fokale Dystonie

Diese Erkrankung des zentralen Nervensystems äußert sich durch Bewegungsstörungen aufgrund eines Verlustes der Koordinationsfähigkeit einzelner Extremitäten oder der Mund und Gesicht betreffenden Muskulatur (orofacial) bis hin zu Verkrampfungen. Fokale Dystonien treten bei Instrumentalmusikern und Instrumentalmusikerinnen deutlich häufiger auf als in der übrigen Bevölkerung. Betroffen können Spieler und Spielerinnen von Tasten- und Zupfinstrumenten, Streich-, Holzblas- und Blechblasinstrumenten sein, insbesondere Blechbläser.

„Die Anzahl der gemeldeten Neuerkrankungen nach der Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begründung bleibt abzuwarten.“

Häufig müssen die Betroffenen ihr Spielniveau und Repertoire einschränken und sind dann gezwungen, ihre Karriere zu beenden. Als Einwirkung gilt ein langjähriges repetitives und intensives Musizieren auf professionellem Niveau. Ein solches Niveau kann bei mehr als 5.000 Stunden, in der Regel bei rund 10.000 Stunden nach dem 18. Lebensjahr erreicht sein. Für die wissenschaftlich tragfähige Ableitung einer „Abschneidenschwelle“ fehlt es an entsprechenden, gesicherten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen.

In der Wissenschaftlichen Begründung wird die Berufskrankheit als „Erkrankung des zentralen Nervensystems bei Instrumentalmusikern durch feinmotorische Tätigkeiten hoher Intensität“ bezeichnet. ▶

## Autorinnen

### Patricia Heinisch

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: patricia.heinisch@dguv.de

### Stefanie Palfner

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: stefanie.palfner@dguv.de



Fokale Dystonien können zum Beispiel bei Geigerinnen und Geigern auftreten.

### **Berufskrankheit Nummer 1301: Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine**

Zu dieser Berufskrankheit hat der Ärztliche Sachverständigenbeirat auf Basis der aktuellen medizinischen Erkenntnisse festgestellt, dass Azofarbstoffe, aus denen humankanzero gene aromatische Amine freigesetzt werden können, sowie der Herstellungsprozess für Auramin geeignet sind, Krebs der Harnwege im Sinne der Berufskrankheit-Nummer 1301 hervorzurufen. Außerdem kann bei langjähriger intensiver Verwendung von permanenten Haarfarben im Rahmen der Tätigkeit als Friseur oder Friseurin vor dem Jahr 1977

(in der Regel länger als zehn Jahre) und Verrichtung der Arbeit ohne Handschuhe eine Anerkennung der Erkrankung als arbeitsbedingt nach Berufskrankheit-Nummer 1301 erfolgen.

#### **Ausblick**

Die Anzahl der gemeldeten Neuerkrankungen nach der Veröffentlichung der Wissenschaftlichen Begründung bleibt abzuwarten. Eine Prognose dazu ist schwierig, denn nicht selten erhalten Ärzte und Ärztinnen erst durch die Aufnahme von Erkrankungen in die Berufskrankheitenliste Kenntnis von der arbeitsbedingten Verursachungsmöglichkeit der Erkrankung. Zudem besteht für Erkrankungen, die wie

eine Berufskrankheit nach § 9 Absatz 2 SGB VII anerkannt werden können, keine gesetzliche Anzeigepflicht im Sinne der § 193 Absatz 2 und § 202 SGB VII. ●

#### **Fußnoten**

[1] Die Wissenschaftlichen Begründungen und die Wissenschaftliche Stellungnahme wurden am 26.8.2016 im Gemeinsamen Ministerialblatt Ausgabe 33/34 veröffentlicht.

[2] [www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/Dokumente/Merkblaetter.html](http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Berufskrankheiten/Dokumente/Merkblaetter.html)

Kostenträger Krankenkasse oder Berufsgenossenschaft?

# CI-Implantation bei anerkannter Lärmschwerhörigkeit und nachfolgender lärmunabhängiger Ertaubung

Wer trägt die Kosten für eine CI-Implantation, wenn Personen mit anerkannter Lärmschwerhörigkeit später aus anderer Ursache ertauben? Im Folgenden werden drei Fallbeispiele aus der Gutachtenpraxis vorgestellt.

## Einleitung

Schwerhörige Patientinnen und Patienten werden heute sehr viel häufiger mit Cochlea-Implants (CI) versorgt als noch vor Jahren. Zurzeit werden in Deutschland jährlich rund 4.000 bis 5.000 CI-Implantationen durchgeführt. Vor Jahren war die Indikation für ein Implantat auf eine vollständige beiderseitige Ertaubung begrenzt und nur, wenn diese nach erfolgtem Spracherwerb eingetreten war. Nach der aktuellen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie „Cochlea-Implant Versorgung und zentral-auditorische Implantate“ (Stand 05/2012) ist eine CI-Versorgung heute dann angezeigt, wenn mittels bester herkömmlicher schallverstärkender Hörgeräte kein ausreichendes Sprachverstehen mehr erzielt werden kann. Generell gilt die Empfehlung, dass Patientinnen und Patienten mit nur 30 Prozent und weniger Einsilberverstehen für eine CI-Implantation geeignet sind. Bei kleinen Kindern, bei denen eine sprachaudiometrische Untersuchung noch nicht möglich ist, wird aufgrund der tonaudiometrischen Hörschwelle entschieden.

## Autoren

### Prof. Dr. Tilman Brusis

Institut für Begutachtung, Köln  
E-Mail: prof-brusis@t-online.de

### Prof. Dr. Jürgen Alberty

HNO-Gemeinschaftspraxis Aachen  
E-Mail: j.alberty@arcor.de

### Prof. Dr. Eberhard F. Meister

Institut für Medizinische  
Gutachten, Leipzig  
E-Mail: prof-meister@t-online.de

Als Richtmaß gilt ein Hörverlust von 90 dB oder mehr ab 1.000 Hz und höher. Dies bedeutet, dass nicht nur bei der vollständigen Taubheit, sondern auch bei der an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit eine CI-Implantation sinnvoll sein kann. Bei tauben Erwachsenen, die schon vor oder während des Spracherwerbs ertaubt waren, kann eine CI-Versorgung heute in ausgewählten Fällen ebenfalls indiziert sein. Seit Jahren gehört nun auch die einseitige Ertaubung, selbst bei Normalhörigkeit des Gegenohres, zu den Indikationen für eine Implantation.

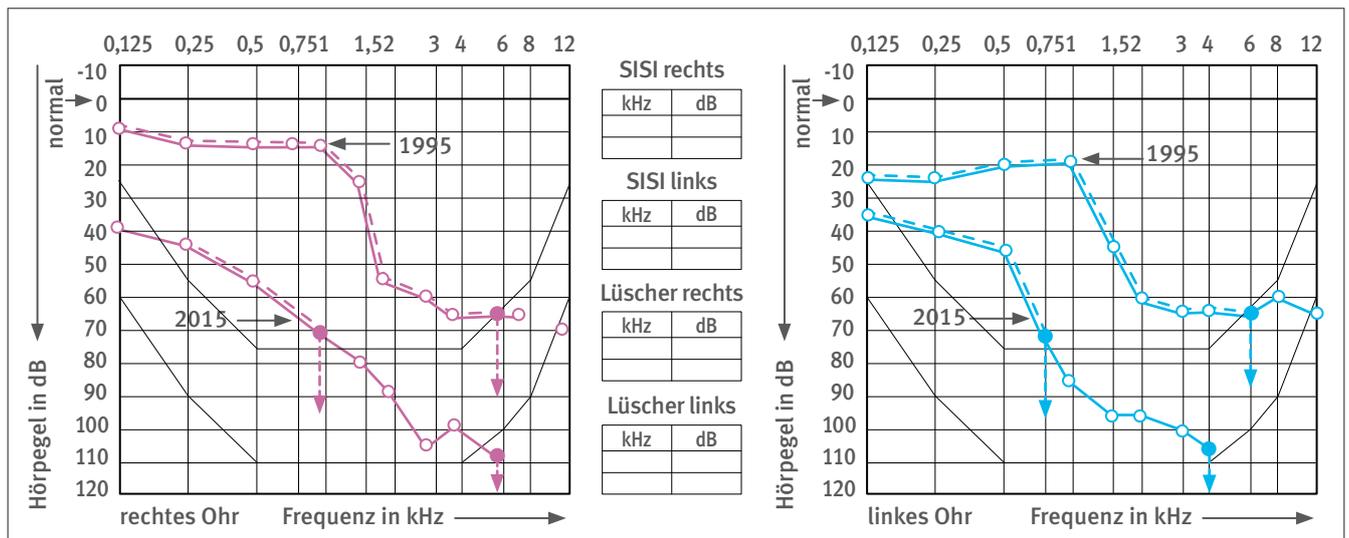
Da CI-Implantationen häufig durchgeführt werden, kommt es hin und wieder zu Streitfragen, die gutachterliche Stellungnahmen erfordern. Ein Behandlungsfehler wird zum Beispiel vermutet, wenn die Elektrode bei der Nachbehandlung versehentlich etwa aufgrund unübersichtlicher Verhältnisse entfernt wurde (Didczuneit-Sandhop 2013). Manche Krankenkassen weigern sich nach wie vor, die Kosten bei einer einseitigen CI-Implantation zu übernehmen. Als Gegenargument verweisen sie auf frühere Leitlinien, die zum Operationszeitpunkt gültig waren, hin oder auf eine hauseigene, interne Richtlinie (Michel/Brusis 2013). Oder der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nimmt Bezug auf die unrealistische WHO 4-Tabelle.

In letzter Zeit gibt es immer wieder gerichtliche Auseinandersetzungen, ob die Kosten einer CI-Implantation von der Berufsgenossenschaft oder der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden müssen, wenn der Patient oder die Patientin mit einer anerkannten Lärmschwerhörigkeit später aus anderer Ursache ertaubt. Im Folgenden soll über drei derartige Fälle berichtet werden:

## 1. Fallbericht

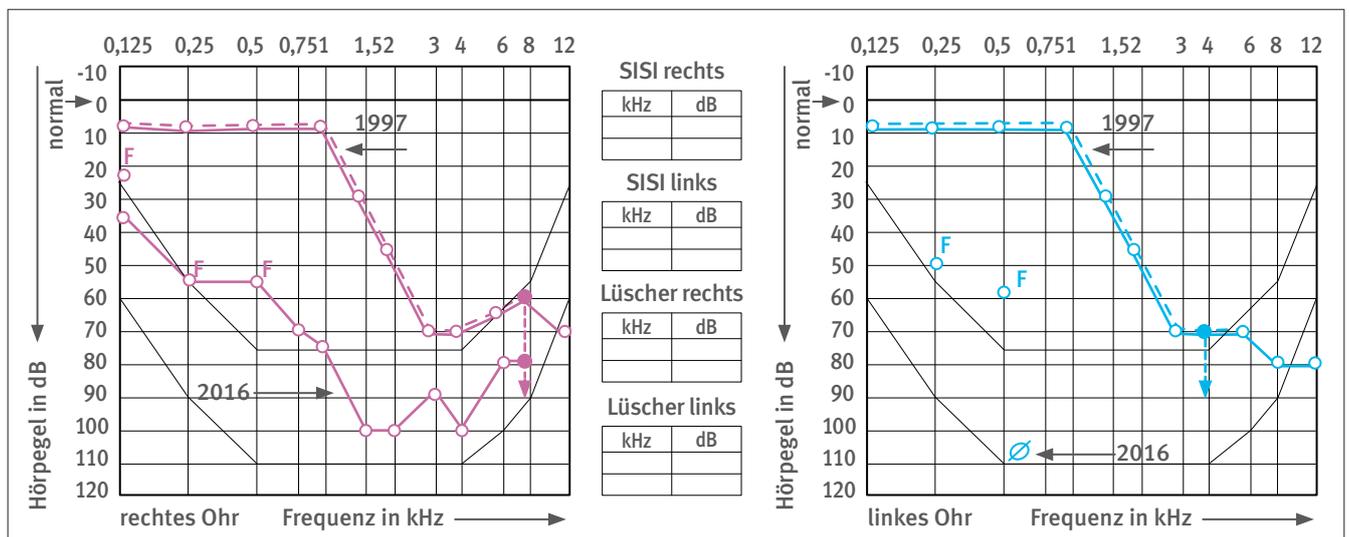
Der damals fast 27-jährige Pressenarbeiter wurde das erste Mal 1995 nach einer zehnjährigen Lärmexpositionsdauer gutachterlich untersucht. Er hatte seit drei bis vier Jahren eine zunehmende Schwerhörigkeit mit einem beiderseitigen hochfrequenten Tinnitus bemerkt. Bei der tonaudiometrischen Untersuchung fand sich ein Hochtonsteilabfall mit Plateaubildung, aber ohne richtigen Wiederanstieg der Kurve, also keine ganz typische c5-Senke. Trotz seiner Bedenken ging der Gutachter vom Vorliegen einer beruflichen Lärmschwerhörigkeit aus und schätzte die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) auf 10 Prozent, was zur Anerkennung führte. Außerdem schlug er einen Arbeitsplatzwechsel vor, der im gleichen Jahr erfolgte. Acht Jahre später fand der Gutachter – trotz fehlender Lärmbelastung – bereits eine mittelgradige Schwerhörigkeit und schätzte die lärmunabhängige MdE einschließlich Tinnitus auf 40 Prozent. 2015 wurde im Alter von 47 Jahren beiderseits eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit festgestellt (siehe Abbildung 1). Der Gutachter ging davon aus, dass die Möglichkeiten einer Hörgeräteversorgung ausgereizt seien und schlug eine CI-Versorgung vor.

Beurteilung: Im Nachhinein ist davon auszugehen, dass es sich insgesamt um eine außerberufliche Schwerhörigkeit mit einer Gesamt-MdE von 70 Prozent handelt. Da jedoch 1995 eine berufliche Lärmschwerhörigkeit dem Grunde nach mit einer MdE von 10 Prozent anerkannt war, besteht bezüglich dieses Verwaltungsaktes ein Bestandsschutz. Dennoch ist die an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit ganz beziehungsweise fast ganz außerberuflich bedingt (Gesamt-MdE 70 Prozent). Die Kosten ▶



Quelle: T. Brüstis

Abbildung 1: 1995 wurde eine knapp geringgradige Lärmschwerhörigkeit mit einer MdE von 10 Prozent anerkannt. Trotz Arbeitsplatzwechsel nahm die bis zur an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit nicht lärmbedingt beiderseits 2015 zu. MdE nun insgesamt 70 Prozent.



Quelle: T. Brüstis

Abbildung 2: 1997 lag eine lärmtypische Hochtonsenke geringen Grades mit einer MdE von 15 Prozent vor, 20 Jahre später eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit rechts und eine vollständige Taubheit links (MdE 70 bis 80 Prozent).

für eine einseitige oder doppel­seitige CI-Versorgung einschließlich der Kosten für die entsprechenden Reha­maßnahmen sind daher nicht von der Berufsgenossen­schaft zu tragen, sondern von der gesetzli­chen Krankenkasse.

## 2. Fallbericht

Der 73-jährige Gas- und Wasserinstallateur hatte über mehr als 50 Jahre gearbeitet, zu­letzt selbstständig. Aufgrund von häufigen Stemmarbeiten war er einem Lärmexposi­tionspegel von 89 dB(A) ausgesetzt. Erste Hörgeräte hatte er 1995 erhalten. 1997 war eine erste Begutachtung für die Berufsge­nossenschaft durchgeführt worden. Es wurde beiderseits eine geringgradige Lärmschwerhörigkeit mit einer MdE von 15 Prozent festgestellt; damals war der Ver­sicherte 55 Jahre alt. Im Jahr 2004 fand der

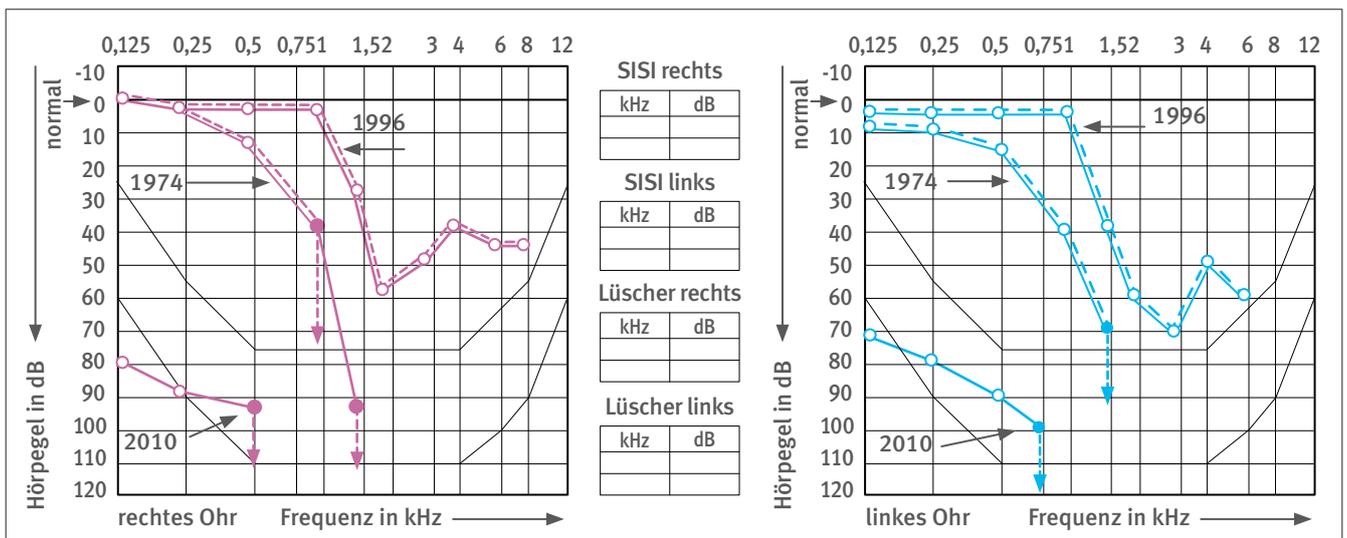
gleiche Gutachter eine Zunahme der Schwerhörigkeit beiderseits und schätzte die MdE bei dem 62-Jährigen nun auf 20 Prozent, sodass eine Rente bezahlt wurde. In den folgenden Jahren war die Lärmbe­lastung bei dem inzwischen Selbstständigen stark reduziert. Unabhängig davon verschlechterte sich das Hörvermögen bei­derseits dramatisch. 2006 wurde rechts eine an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit und links eine vollständige Taubheit fest­gestellt (siehe Abbildung 2). 2011 erfolgte eine CI-Implantation auf der linken Seite mit einem sehr guten Ergebnis.

Beurteilung: Das operierende Krankenhaus verlangte die Kosten der CI-Implantation von der Berufsgenossenschaft. In dem Streitverfahren vor dem Sozialgericht wurde auch die gesetzliche Krankenversicherung

beigetragen. Weiterhin bestand eine aner­kannte BK 2301 mit einer MdE von 20 Pro­zent. Die Gesamt-MdE betrug nun 70 Pro­zent. Damit ist der weit überwiegende Teil der Schwerhörigkeit degenerativ-progre­dient verursacht und nicht auf die frühere Lärmexposition zurückzuführen. Bereits das Zahlenverhältnis MdE 20 Prozent zu MdE 70 Prozent spricht dafür, dass der au­ßerberufliche Anteil wesentlich ist und die beigetragene Krankenkasse die Kosten über­nehmen muss. Im Übrigen führt beruflicher Lärm anerkanntermaßen nicht zu einer Taubheit und auch nicht zu einer an Taub­heit grenzenden Schwerhörigkeit.

## 3. Fallbericht

Der 1947 geborene Schlosser hatte von 1963 bis 1986 als Grubenelektroschlosser und Montagearbeiter im Landmaschi-



Quelle: T. Brusis

**Abbildung 3:** Nach nur fünfjähriger Lärmexposition fand sich 1966 bereits eine lärmtypische Hochtonsenke auf beiden Ohren, 2004 Anerkennung der Schwerhörigkeit als Berufskrankheit mit einer MdE von 15 Prozent. Bis 2010 weitere Verschlechterung ohne weitere Lärmbelastung. Beiderseits lag nun eine Taubheit mit Hörresten vor (MdE nun insgesamt 80 Prozent).

nenbau lärmexponiert gearbeitet. Bei der ersten audiometrischen Untersuchung war 1966 im Alter von 21 Jahren bereits eine lärmtypische Hochtonsenke aufgefallen. 1975 erfolgte die Anerkennung einer Lärmschwerhörigkeit mit einer MdE von 15 Prozent. Dann wurde der Versicherte mehrfach mit Hörgeräten versorgt, zuletzt 2004 mit Kategorie 3. 2010 hatte sich das Hörvermögen progredient – trotz fehlender Lärmbelastung – bis zu einer Taubheit mit Hörresten beiderseits verschlechtert, entsprechend einer Gesamt-MdE von rund 80 Prozent (siehe Abbildung 3). 2011 wurde zunächst das linke Ohr mit einem CI versorgt.

**Beurteilung:** Da seit 1987 keine Lärmexposition mehr vorlag, ist die rechtlich wesentliche Ursache der erheblichen Verschlimmerung auf eine „Degeneration“ der Innenohren zurückzuführen. Somit ist die Berufsgenossenschaft für die Kostenübernahme des CI nicht zuständig.

### Fazit

Die Versorgung eines schwerhörigen oder ertaubten Menschen mit einem CI ist heute eine sehr effektive Behandlungsmaßnahme, die allerdings sehr kostenintensiv ist. Die Kosten für eine stationäre CI-Implantation liegen bei 30.000 Euro, hinzu kommen die Kosten für eine ambulante oder stationäre Rehabilitation mit noch einmal 10.000 Euro. Aufgrund von Vereinbarungen mit den Krankenkassen haben die meisten Krankenhäuser ein Budget, zum Beispiel 50 CI pro Jahr, welches sie nicht überschreiten dürfen. Daher sind sie be-

müht, weitere CIs über andere Kostenträger abzurechnen. Wenn es sich um eine bifaktorielle Schwerhörigkeit handelt, für die verschiedene Versicherungsträger zuständig sind, ist die Kostenfrage häufig problematisch. Dies trifft insbesondere auf die Fälle zu, bei denen die Indikation auf einer vollständigen Taubheit beruht, aber ein geringer Anteil am Gesamtschaden als berufliche Lärmschwerhörigkeit anerkannt ist. Bei derartigen Fällen versuchen die Krankenkassen häufig, die Berufsgenossenschaft in die Pflicht zu nehmen.

Erschwert wird die Entscheidung dadurch, dass es eine Kostenteilung zwischen Krankenkasse und Berufsgenossenschaft nicht gibt. Schwierig ist die Beurteilung auch deswegen, weil die CI-Versorgung nicht in der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 29. Oktober 2014 reguliert ist. Da ein Cochlea-Implant kein Hilfsmittel ist, sondern ein in den Körper eingebrachtes Implant, gehört es auch nicht in die Aufstellung der in der Medizin verordneten Hilfsmittel (Brusis 2015). Die Rahmenvereinbarung zwischen Berufsgenossenschaften und Hörgeräteakustikern macht dazu ebenfalls keine Aussage (Michel, Brusis und Wolf 2015). Zu berücksichtigen ist außerdem, dass es eine Taubheit oder an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit durch berufliche Lärmeinwirkung nicht gibt (Koch und Wagemann 1967).

Wie die drei referierten Fälle zeigen, hat die Kostenübernahme durch die zuständige Krankenkasse zu erfolgen, auch wenn ein geringer Anteil als Lärmschwerhörigkeit

nach BK 2301 anerkannt ist. Entscheidend ist, welcher Ursachenbeitrag der verschiedenen Schwerhörigkeitskomponenten im unfallversicherungsrechtlichen Sinn „wesentlich“ ist. Allerdings wird es bei einer Ertaubung durch einen Arbeitsunfall anders sein. In einem solchen Fall wäre eindeutig die Berufsgenossenschaft der Kostenträger.

*Nachdruck aus Laryngo-Rhino-Otol 2016; 95(07): 494-496, DOI: 10.1055/s-0042-109689 mit freundlicher Genehmigung der Georg Thieme Verlag KG*

### Literatur

- Brusis, T.: Aus der Gutachtenpraxis: Festbeträge für Hörgeräte in der gesetzlichen Krankenversicherung, *Laryngo-Rhino-Otol* 2015, 94: 184–188
- Didczuneit-Sandhop, B.; Brusis, T.: Aus der Gutachtenpraxis: Iatrogene CI-Dislokation bei drei Fällen: Komplikationen bei der Nachbehandlung oder Behandlungsfehler? *Laryngo-Rhino-Otol* 2013, 92: 41–43
- Koch, J.; Wagemann, W.: Gibt es eine Taubheit durch Lärm? *Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg.* 1967, 1: 27
- Michel, O.; Brusis, T.: Aus der Gutachtenpraxis: CI-Implantation bei einseitig Ertaubten. Muss die Krankenkasse die Kosten übernehmen? *Laryngo-Rhino-Otol* 2013, 92: 479–481
- Michel, O.; Brusis, T.; Wolf, U.: Aus der Gutachtenpraxis: Die neue Rahmenvereinbarung über die Versorgung mit Hörsystemen (VbHG) in der gesetzlichen Unfallversicherung vom 01.01.2015, *Laryngo-Rhino-Otol* 2015, 94: 328–330

## Neue Hörgeräte-Generation für Tätigkeiten im Lärmbereich

# Hörgeräte am Lärmarbeitsplatz erlaubt?

Seit 2012 sind zertifizierte Hörgeräte auf dem Markt, die auch am Lärmarbeitsplatz getragen werden dürfen. Diese Hörgeräte ermöglichen eine Kommunikation am Arbeitsplatz sowie das Hören von Warnsignalen und Maschinengeräuschen.

Bis vor einigen Jahren war das Tragen von Hörgeräten im Lärmbereich generell nicht zulässig. Der Grund war, dass sie zum damaligen Zeitpunkt nicht zwischen geschädlichen und unschädlichen Geräuschen unterscheiden konnten. Somit wurden alle Geräusche verstärkt, sodass die Gefahr bestand, dass das Hörvermögen weiter geschädigt wird. Die Beschäftigten waren daher angehalten, ihre Hörgeräte während ihrer Tätigkeit im Lärmbereich abzulegen.

**„ICP-Hörgeräte verfügen neben üblichen Freizeitprogrammen über ein Arbeitsplatzprogramm.“**

Es gibt jedoch Lärmarbeitsplätze, an denen eine Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen notwendig ist. Andere erfordern es, dass Signale oder Arbeitsgeräusche wahrgenommen werden. So müssen beispielsweise Lokrangierführende Signale stets hören können. Für Personen mit Hörminderung war die Wahrnehmung dieser Aufgaben ohne Hörgeräte schwierig oder nicht möglich, und das konnte somit in letzter Konsequenz zu einem Arbeitsplatzwechsel beziehungsweise einer Tätigkeitsaufgabe führen.

Gehörschutz und Hörgeräte haben sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. Ein generelles Verbot von Hörgeräten in Lärmbereichen ist somit nicht mehr aufrechtzuerhalten. So gibt es inzwischen

Hörgeräte, die auch an Lärmarbeitsplätzen getragen werden dürfen. Die DGUV Regel 112-194 „Benutzung von Gehörschutz“ (vormals BGR/GUV-R 194) wurde daher entsprechend aktualisiert (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2015). Der Passus „Hörgeräte sollen im Lärmbereich grundsätzlich nicht getragen werden“ wurde beibehalten. Ergänzend wurde jedoch eine Ausnahmeregel aufgenommen. Hiernach können Hörgeräte im Lärmbereich verwendet werden, wenn sie als Gehörschutz geeignet sind. Das heißt, ein Gehörschutz muss als persönliche Schutzausrüstung (PSA) geprüft und zertifiziert sein, damit er am Arbeitsplatz getragen werden kann. Diese Eignung muss durch eine Baumusterprüfung nachgewiesen sein.

Tests, die die Signalhörbarkeit oder Sprachverständlichkeit ermitteln, sind nicht Teil der Baumusterprüfung. Diese Prüfung muss gesondert vor Ort erfolgen.

### Hörgeräte für den Lärmarbeitsplatz: ICP-Hörgeräte

Zurzeit gibt es zertifizierte Hörgeräte für den Lärmarbeitsplatz lediglich von einem Anbieter. Diese sogenannten ICP-Hörsysteme – ICP steht hier für Insulating Communication Plastic – dämmen den Lärm effektiv, wobei Stimmen und Warnsignale weiterhin gut zu hören sind. Der individuelle Hörverlust beim Tragen wird ausgeglichen und das Ohr zugleich geschützt. ICP-Geräte wurden unter anderem mit dem Deutschen Arbeitsschutzpreis 2013 ausgezeichnet.

Bei den ICP-Geräten handelt es sich um sogenannte HdO-Geräte, also Hörgeräte, die hinter dem Ohr getragen werden. Die ICP-Hörgeräte verfügen neben den üblichen Freizeitprogrammen auch über ein sogenanntes Arbeitsplatzprogramm, das sicherstellt, dass am Arbeitsplatz der Schallpegel am Ohr auf  $L_{EX,sh} = 85 \text{ dB(A)}$  beschränkt bleibt. Sie werden mit zwei Paaren von Otoplastiken ausgeliefert: einem Paar offene Otoplastiken für die Freizeit sowie einem Paar geschlossene Otoplastiken, die den Gehörgang verschließen und am Arbeitsplatz getragen werden müssen.

**„Die Wahrnehmung von Aufgaben ohne Hörgerät war schwierig und führte für Personen mit Hörminderung oft zur Tätigkeitsaufgabe.“**

Im Jahr 2012 kam das erste ICP-Hörgerät auf den Markt. Die ICP-Hörgeräte wurden seither technisch weiterentwickelt. Im Frühjahr 2016 wurde eine neue Generation von ICP-Hörgeräten zertifiziert.

Anträge für die Versorgung mit einem ICP-Gerät können von Versicherten selbst gestellt werden oder aber von Hörgeräteakustikern und -akustikerinnen, zuständigen Betriebs- oder Werksärzten und -ärztinnen oder von Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern. Die zunehmende Nachfrage nach ICP-Geräten bei den Unfallversicherungsträgern lässt darauf schließen, dass der Bekanntheitsgrad der Geräte zunimmt. Im Zeitraum Januar 2016 bis August 2016 wurden insgesamt 314 ICP-Versorgungen getätigt.

## Autorin und Autor

### Dr. Ulrike Wolf

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: [ulrike.wolf@dguv.de](mailto:ulrike.wolf@dguv.de)

### Otmar Lenz

Referat Vertragswesen,  
Rechtsangelegenheiten der DGUV  
E-Mail: [otmar.lenz@dguv.de](mailto:otmar.lenz@dguv.de)

### Rahmenvereinbarung Hörgeräte (VbgHG)

Die Versorgung mit Hörgeräten erfolgt auf Grundlage der von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V.



Foto: Kara/Fotolia.com

Die Hörerätetechnologie hat sich in den letzten Jahren rasant weiterentwickelt.

(DGUV), der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirtschaftlicher Berufsgenossenschaft (LBG) und von der Bundesinnung der Höreräteakustiker KdÖR (BIHA) abgeschlossenen Rahmenvereinbarung Höreräte (VbHG). In ihr wird geregelt, auf welche Weise die in der gesetzlichen Unfallversicherung Versicherten mit Hörsystemen versorgt werden, mit dem Ziel der bestmöglichen Wiederherstellung beziehungsweise Erhaltung des Hörvermögens. Maßstab der Rehabilitation ist hier die Versorgung „mit allen geeigneten Mitteln“.

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2015 wurde eine neue Rahmenvereinbarung geschlossen, die die vorhergehende Fassung vom 1. April 2009 ablöste. Neu aufgenommen wurde die Versorgung mit Hörsystemen, die auch am Lärmarbeitsplatz getragen und eingeschaltet werden dürfen und die gleichzeitig als Gehörschutz dienen (§ 5 Nr. 1).

In der Rahmenvereinbarung werden Höreräte in drei Kategorien unterteilt (Kategorie 1–3). Die Zuordnung eines Hörerätes in eine der Kategorien hängt von der technischen Ausstattung des Hörerätes ab. Höreräte der Kategorie 1 beispielsweise sind mit folgenden Features ausgestattet: mindestens vierkanaliger Verstärker, mindestens drei Hörprogramme, Rückkoppelungsmanager, Störschallunterdrückung, Mehrmikrofontechnik sowie – bei Bedarf – T-Spule oder andere Kommunikationsverbindung sowie Nano-Beschichtung. Die Regelversorgung erfolgt mit Höreräten der Kategorie 1. Eine Versorgung mit Kategorie 2 wird durchgeführt, wenn mit Hörsystemen der Kategorie 1 der für die gesetzliche Unfallversicherung geltende Maßstab der Rehabilitation mit „allen geeigneten Mitteln“ nicht erreicht werden kann. Eine Versorgung nach Kategorie 2 ist vom Akustiker oder der Akustikerin auf der Abrechnung individuell zu begründen, ein Kostenvoranschlag ist nicht notwendig. Diese Begründungen sind von den Verwaltungen zu prüfen. Hörsysteme der Kategorie 3 sind nur in seltenen Ausnahmefällen indiziert und nur dann erstattungsfähig. Hierfür ist stets ein vom Unfallversiche-

rungräger zu genehmigender Kostenvoranschlag erforderlich.

Für Berechtigte nach der VbHG standen bis zum 1. Juni 2016 wahlweise ICP-Hörgeräte in den Kategorien 2 und 3 zur Verfügung. Diese Hörsysteme wurden ab dem 1. Juni 2016 durch das neu zertifizierte ICP-Hörsystem abgelöst. Dieses „High-End-Hörsystem“ erfüllt alle Anforderungen der Kategorie 3. Auf die Lizenzierung eines technisch weniger aufwendigen Gerätes für die Kategorie 2 wurde verzichtet, da ICP-Versorgungen nach bisherigen Erfahrungen überwiegend in der Kategorie 3 erfolgen. Die Preise für die Höreräte und für die Versorgung am Arbeitsplatz sind nicht Gegenstand der VbHG.

**Anpassung der Höreräte**

Die Anpassung der Höreräte erfordert neben der guten Zusammenarbeit zwischen Sachbearbeitung und Präventionsdienst bei den Unfallversicherungsträgern auch eine Geräteanpassung durch einen Akustiker oder eine Akustikerin. Diese Hörgeräteanpassung erfolgt im Wesentlichen in zwei Phasen:

Die Anpassung der Höreräte erfordert neben der guten Zusammenarbeit zwischen Sachbearbeitung und Präventionsdienst bei den Unfallversicherungsträgern auch eine Geräteanpassung durch einen Akustiker oder eine Akustikerin. Diese Hörgeräteanpassung erfolgt im Wesentlichen in zwei Phasen:

Die Anpassung der Höreräte erfordert neben der guten Zusammenarbeit zwischen Sachbearbeitung und Präventionsdienst bei den Unfallversicherungsträgern auch eine Geräteanpassung durch einen Akustiker oder eine Akustikerin. Diese Hörgeräteanpassung erfolgt im Wesentlichen in zwei Phasen:

## „Die Nachfrage nach ICP-Geräten bei den Unfallversicherungsträgern nimmt zu: Im Zeitraum Januar 2016 bis August 2016 wurden insgesamt 314 ICP-Versorgungen getätigt.“

- In der ersten Phase wird vom Akustiker oder der Akustikerin mit der offenen Otoplastik eine Einstellung für die Freizeit vorgenommen. Das Hörgerät wird dann zusammen mit der Gehörschutz-Otoplastik für den Arbeitsplatz ausgeliefert, soweit gleichzeitig eine Arbeitsplatzanpassung in Auftrag gegeben wurde.
- In der zweiten Phase erfolgt eine Feinadjustierung am Arbeitsplatz. Hierfür kommt der Hörgeräteakustiker oder die Hörgeräteakustikerin direkt an den Lärmarbeitsplatz, um zur Abnahme vor Ort eine Messung in situ durchzuführen. Hierbei wird getestet, ob relevante Geräusche (Sprache, Signale oder Maschinengeräusche) wahrgenommen werden können und der maximal zulässige Expositionswert von  $L_{EX,8h} = 85 \text{ dB(A)}$  eingehalten wird.

Für die Geräteanpassung sind seitens des Hörgeräteanbieters nur ausgebildete Hörgeräteakustiker und -akustikerinnen oder gleich qualifizierte Beschäftigte zugelassen, die eine entsprechende Lizenzschulung durchlaufen haben.

Jeder individuell angefertigte Gehörschutz muss laut gesetzlicher Vorgabe bei Auslieferung auf seine Funktion und Schutzwirkung überprüft werden. Die Technischen Regeln zur Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung (TRLV Lärm 2010) fordern zur permanenten Qualitätssicherung, dass Gehörschutzprodukte sowohl bei der Auslieferung als auch regelmäßig wiederkehrend mindestens alle zwei Jahre durch eine Funktionskontrolle überprüft werden. Die Prüfung bei der Auslieferung liegt in der Verantwortung des Herstellers, während für die wiederkehrenden Funktionskontrollen der Un-

ternehmer oder die Unternehmerin verantwortlich ist. Im Zusammenhang mit einer ICP-Versorgung wird die Gehörschutz-Otoplastik alle zwei Jahre durch den versorgenden Akustiker oder die Akustikerin ausgetauscht.

### Einsatzempfehlungen

Nicht alle an einem Lärmarbeitsplatz tätigen Personen mit Hörgerät benötigen ein Modell mit Gehörschutzfunktion. Es gibt bestimmte Kriterien, die aus Sicht der Unfallversicherungsträger den Hörgeräteinsatz im Lärmbereich rechtfertigen (Fachbereich Persönliche Schutzausrüstungen der DGUV, 2011):

- Wiederkehrende Kommunikation ist für die Bewältigung der Arbeitsaufgabe nötig
- Hören und Beurteilen von Maschinengeräuschen im Lärmbereich sind nötig
- Warnsignalerkennung ohne Hörgerät ist im Lärmbereich beziehungsweise am Lärmarbeitsplatz nicht möglich

Eine Versorgung mit ICP-Geräten durch die Unfallversicherung setzt zudem in der Regel voraus, dass

- eine als Berufskrankheit anerkannte beziehungsweise anerkennungsfähige Lärmschwerhörigkeit vorliegt,
- die Indikationskriterien nach der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2016) für die Versorgung des beziehungsweise der Versicherten mit einem Hörgerät erfüllt sind,
- die versicherte Person noch beruflich tätig ist und im Rahmen der beruflichen Tätigkeit einem Tages-Lärmexpositionspegel von mindestens 85 dB(A) ausgesetzt ist.

Es gibt jedoch auch Grenzen für den Einsatz von Hörgeräten mit Gehörschutzfunktion. Dies kann zum Beispiel das Ausmaß des Hörverlustes<sup>1</sup> sein oder bestimmte Arbeitsabläufe oder Arbeitssituationen betreffen. So ist beispielsweise in Lärmbereichen mit  $L_{EX,8h}$  ab 100 dB(A) sowohl für Normalhörende als auch für Hörgeräte Tragende eine angemessene Kommunikation nicht mehr möglich. In diesen Bereichen ist folglich der Einsatz der ICP-Hörgeräte nicht sinnvoll. •

### Fußnote

[1] Momentan liegt die Einsatzgrenze bei circa 80 dB gemitteltem Hörverlust für 500 bis 4.000 Hz.

### Literatur

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.): DGUV Regel 112-194 „Benutzung von Gehörschutz“, Berlin 2015

Fachbereich Persönliche Schutzausrüstungen der DGUV (Hrsg.): Präventionsleitlinie „Einsatz von Hörgeräten in Lärmbereichen“, Berlin 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/ HilfsM-RL), zuletzt geändert am 17.12.2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.03.2016 B1, in Kraft getreten am 24.3.2016, [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1143/HilfsM-RL\\_2015-12-17\\_iK-2016-03-24.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1143/HilfsM-RL_2015-12-17_iK-2016-03-24.pdf)

TRLV Lärm – Technische Regeln zur Lärm- und Vibrations-Arbeitsschutzverordnung, Teil 3 Lärmschutzmaßnahmen, Ausgabe Januar 2010, GMBL. Nr. 18–20 vom 23.3.2010, S. 384 ff.

Verstehen  
ist wichtig!



- Erste Hilfe
- Brandschutz
- Hygiene



Mehrsprachige Plakate und Aufkleber  
mit verständlichen Illustrationen –  
jetzt auch als Paket mit Preisvorteil

## Teil 1: Minderung der Erwerbsfähigkeit bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen

# Bamberger Empfehlung und rechtliche Hintergründe zu MdE

Die Bamberger Empfehlung musste aufgrund der Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die BK-Liste überarbeitet werden. Jetzt liegt die überarbeitete Fassung samt neuer MdE-Tabelle vor.

### Bamberger Empfehlung

Die DGUV gibt als Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherung Begutachtungsempfehlungen zu verschiedenen Berufskrankheiten (BK) heraus. Diese sollen auf Basis des aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes einheitliche Grundlagen für die Begutachtung schaffen und gleichzeitig zur Transparenz und Akzeptanz der Entscheidungen beitragen.

Die Begutachtungsempfehlung zu arbeitsbedingten Hauterkrankungen hat unter dem Namen „Bamberger Merkblatt“ Eingang in die Praxis gefunden und heißt spätestens seit der Präsentation der überarbeiteten Textfassung am 19. Mai 2016 in Potsdam nun endgültig „Bamberger Empfehlung“. Die Namensänderung soll Verwechslungen mit den ehemaligen Merkblättern zu Berufskrankheiten des

zuständigen Bundesministeriums beziehungsweise des ärztlichen Sachverständigenbeirats vorbeugen.

Die Überarbeitung der „Bamberger Empfehlung“ hat sehr viel Zeit in Anspruch genommen. Grund hierfür war unter anderem die Aufnahme der neuen BK-Nr. 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ zum 1. Januar 2015. Für diese neue BK, die im Sinne einer Volkskrankheit weit verbreitet ist und zahlreich gemeldet wird, mussten Kriterien entwickelt werden, um insbesondere die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) einschätzen zu können. Im Ergebnis wurde eine völlig neue MdE-Tabelle konsentiert. Gleichzeitig wurde die bereits bestehende MdE-Tabelle zu Hautkrebserkrankungen vollständig überarbeitet und soll nun für die BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402 gelten. Beide MdE-Tabellen wurden frühzeitig in den Zeitschriften *Dermatologie in Beruf und Umwelt (DBU)* und im *DGUV Forum* publiziert und zur sofortigen Anwendung empfohlen.

Am 19. Mai 2016 wurden die MdE-Tabellen im Kolloquium zur Bamberger Empfehlung in der Fachöffentlichkeit vorgestellt. In der lebhaften Diskussion wurde deutlich, dass verschiedene Interpretationen möglich sind, die letztlich zu unterschiedlichen MdE-Bewertungen gleichgelagerter Fälle führen können. Das gilt vor allem für Erkrankungsfälle des Plattenepithelbeziehungsweise Basalzellkarzinoms, wenn sich die Krankheitsaktivität ausschließlich am Auftreten oder an der Behandlung von Carcinomata in situ orientieren soll. Im Ergebnis des Kolloquiums haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Bamberger Empfehlung“ zugesagt, diese Fallkonstellationen klarer zu fassen.

Für die anstehenden Überlegungen sollen mit diesem Artikel noch einmal die rechtlichen Hintergründe zur Minderung der Erwerbsfähigkeit insbesondere bei Hautkrebserkrankungen dargestellt werden:

### Rechtliche Hintergründe zur MdE

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens, die sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergeben (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII). Sie muss über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus in rentenberechtigendem Grade gemindert sein (§ 56 Abs. 1 Satz 1 SGB VII). 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“.<sup>1</sup>

Die Feststellung einer MdE und gegebenenfalls eines Rentenanspruchs erfolgt unabhängig davon, ob eine Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wurde oder ob ein Einkommensschaden eingetreten ist. Da die Erwerbsminderung an den Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens gemessen wird, ist der Grad der MdE auch grundsätzlich unabhängig vom bisher ausgeübten Beruf, vom bisherigen Qualifikationsniveau, vom Alter und Geschlecht und von den Wohnortverhältnissen des oder der Versicherten.<sup>2</sup>

Für die MdE relevant sind diejenigen körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen, die die Versicherte benötigen, um am Erwerbsleben teilnehmen zu können. Entscheidend für die Bewertung der MdE

### Autorin und Autoren

#### Prof. Stephan Brandenburg

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
E-Mail: stephan.brandenburg@bgw-online.de

#### Steffen Krohn

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

#### Stefanie Palfner

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: stefanie.palfner@dguv.de

#### Dr. Wolfgang Römer

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)  
E-Mail: wolfgang.roemer@bghm.de

als Grundlage der Bemessung der Verletztenrente sind somit nicht medizinische Diagnosen oder die Feststellung bestimmter Krankheitsbilder.<sup>3</sup>

Ausschlaggebend für die MdE-Bewertung sind vielmehr die Beeinträchtigungen, die sich aus dem vorliegenden Krankheitsbild im relevanten Zeitraum ergeben. Subjektive Beschwerden sind hierbei einzubeziehen, soweit sie zu objektivierbaren Funktionsdefiziten führen. Maßgeblich sind die gegenwärtigen körperlichen und geistigen Einbußen; zukünftige, auch absehbare Schäden sind hingegen nicht zu berücksichtigen.<sup>4</sup>

Daneben ist bei Krebserkrankungen, zu denen grundsätzlich auch die arbeitsbedingten Malignome zählen auch auf, Beeinträchtigungen zu achten, die über eine Funktionseinschränkung hinausgehen.<sup>5</sup> Bei derartigen Erkrankungen sind entsprechend den Verhältnissen des Einzelfalles besondere Aspekte der Genesungszeit zu berücksichtigen, zum Beispiel Vorliegen einer Dauertherapie, ein Schmerzsyndrom mit Schmerzmittelabhängigkeit, Anpassung und Gewöhnung an den gegebenenfalls reduzierten Allgemeinzustand, die notwendige Schonung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes, psychische Beeinträchtigungen (Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit), soziale Anpassungsprobleme sowie sonstige zunächst bestehende psychosomatische Bewältigungsprobleme, die sich auf die Erwerbsfähigkeit auswirken.<sup>6</sup>

Bei Hautkrebserkrankungen sind die vom Bundessozialgericht (BSG) genannten besonderen Aspekte der Genesungszeit in der Regel allerdings nicht so einschneidend wie bei anderen Krebserkrankungsarten, sodass sich die MdE-Einschätzung im Wesentlichen 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 das ärztliche Gutachten sind das klinische Bild, der Verlauf und aktenkundig dokumentierte Befunde der behandelnden Ärzte und Ärztinnen maßgeblich (insbesondere histologische Befunde).



Foto: BG BAU

Beim Arbeiten unter freiem Himmel ist Sonnenschutz besonders wichtig.

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.<sup>7</sup>

Das Ziel der Unfallversicherungsträger wird es immer sein, durch eine gute (betriebliche) Prävention das Entstehen von arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen zu verhindern. Liegt eine Berufskrankheit und damit ein Versicherungsfall vor, so hat der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zunächst mit allen geeigneten Mitteln die Rehabilitation der versicherten Person auf medizinischem und beruflichem Gebiet zu betreiben. Erst wenn trotz dieser Maßnahmen noch Folgen des Versicherungsfalles verbleiben, kommen – entsprechend der sozialen Schutzfunktion der gesetzlichen Unfallversicherung – als letzte Maßnahme Entschädigungsleistungen in Geld in Betracht.<sup>8</sup>

Zuerst erschienen in der Zeitschrift *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. ●

#### Fußnoten

[1] Bamberger Empfehlung, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode d145958)

[2] Bamberger Empfehlung, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode d145958)

[3] Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 56 SGB VII, Rn. 47

[4] Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 56 SGB VII, Rn. 57 und BSG v. 27.01.1976 – 8 RU 264/74 – SozR 2200 § 581 Nr. 6; LSG Schleswig-Holstein v. 07.10.1999 – L 5 U 12/99 - juris - HVBG-INFO 2000, 1421-1426

[5] BSG Urteil vom 20.06.2004; AZ: B2U14/03R

[6] Bamberger Empfehlung, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode d145958)

[7] Bamberger Empfehlung, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode d145958)

[8] Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 2. Aufl. 2014, § 56 SGB VII, Rn. 14

## Teil 2: Minderung der Erwerbsfähigkeit bei arbeitsbedingten Hautkrebskrankungen

# Die neuen MdE-Tabellen in der Praxis

Die Bamberger Empfehlung musste aufgrund der Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die BK-Liste überarbeitet werden. Jetzt liegt die überarbeitete Fassung samt neuer MdE-Tabelle vor.

Am 19. Mai 2016 wurden die MdE-Tabellen im Kolloquium zur Bamberger Empfehlung in der Fachöffentlichkeit vorgestellt. In der lebhaften Diskussion wurde deutlich, dass verschiedene Interpretationen möglich sind, die letztlich zu unterschiedlichen MdE-Bewertungen gleichgelagerter Fälle führen können. Das gilt vor allem für Erkrankungsfälle des Plattenepithel- beziehungsweise Basalzellkarzinoms, wenn sich die Krankheitsaktivität ausschließlich am Auftreten oder an der Behandlung von Carcinomata in situ orientieren soll. Im Ergebnis des Kolloquiums haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe „Bamberger Empfehlung“ zugesagt, diese Fallkonstellationen klarer zu fassen.

### Wo gibt es Konsens?

Bei Hautkrebskrankungen ist die Erwerbsfähigkeit unstrittig gemindert oder sogar völlig aufgehoben, wenn (lebensbedrohliche) Metastasierungen auftreten. Das dürfte aber bei hellem Hautkrebs –

und nur dieser ist zurzeit als Berufskrankheit anererkennungsfähig – die seltene Ausnahme sein, da für ihn zahlreiche wirksame Therapien zur Verfügung stehen und diese in der Regel auch rechtzeitig zum Einsatz kommen.

Daneben kann eine MdE, wie bei Verletzungen nach Arbeitsunfällen auch, durch kosmetische Entstellungen oder Funktionseinschränkungen eintreten. Diese werden dabei meist Folge der ärztlichen Behandlung sein, zum Beispiel eine entstellende OP-Narbe im Gesicht oder eine funktionelle Einschränkung nach Entfernen eines Tumors. Möglicherweise können sie sich auch aus dem Erkrankungsbild selbst ergeben.

Sehr viel häufiger aber wird eine MdE aus dem Umstand resultieren, dass Hautkrebskrankungen chronisch sind und die in regelmäßigen oder unregelmäßigen Intervallen teilweise lebenslang zu behandeln sind. Das dürfte zumindest für Erkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5103 gelten, die multiplen aktinischen Keratosen und Plattenepithelkarzinome der Haut durch natürliche UV-Strahlung.

Beim Erarbeiten der MdE-Tabelle 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.<sup>1</sup>

### Krankheitsaktivität

Aus Sicht der Mitglieder der AG „Bamberger Empfehlung“ kann demnach eine höhere Krankheitsaktivität zu stärkeren und damit MdE-relevanten Beeinträchtigungen führen. Voraussetzung hierfür wäre, dass zum Beispiel durch zahlreiche und

wiederkehrende Neubildungen regelmäßig Therapien im Sinne von mehreren Behandlungszyklen notwendig werden und diese gegebenenfalls auch mit Nebenwirkungen, Schmerzen und Entzündungszuständen verbunden sind.

Hiervon abzugrenzen wäre eine „geringe Krankheitsaktivität“ im Sinne eines nur gelegentlichen Auftretens von aktinischen Keratosen. Deren Behandlung führt in der Regel nicht zu wesentlichen und andauernden Beeinträchtigungen, sodass eine nennenswerte MdE allein aus diesem Grund nicht vorliegen dürfte.

In den jetzigen Tabellen gibt es für die Einschätzung der Krankheitsaktivität zwei unterschiedliche Ansätze, die verknüpft sind mit der Frage, ob anamnestisch bereits ein Karzinom aufgetreten ist oder nicht. Dahinter steht die Annahme, dass allein das „Erleben“ eines kurativ behandelten Karzinoms für Versicherte eine große Belastung darstellt und das Auftreten weiterer Carcinomata in situ anders zu bewerten ist als ohne vorheriges Karzinom. Aus rechtlicher Sicht wäre wünschenswert, diese Annahme wissenschaftlich zu belegen und festzuhalten, warum ein früheres Karzinom zu höheren Beeinträchtigungen führt und wie sich diese Beeinträchtigungen subjektiv und objektiv zeigen.

### a) Krankheitsaktivität in Fällen ohne anamnestisches Karzinom und weiteren Carcinomata in situ

Die MdE bei Karzinomen, die auf das Gewebe ihres Ursprungs begrenzt sind (Carcinoma in situ), ohne anamnestisches Karzinom ist bei oben genannter Annahme niedriger einzuschätzen als bei einem Karzinom in der Anamnese. Das entscheidende Kriterium für die Krankheitsaktivität ist in Fällen ohne Karzinom die Zahl der Neubildungen im Zeitraum von zwölf Monaten. Man geht davon aus, dass Neubildungen im Sinne der BK nach den ärztlichen Leit-

### Autorin und Autoren

#### Prof. Stephan Brandenburg

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)  
E-Mail: Stephan.Brandenburg@bgw-online.de

#### Steffen Krohn

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

#### Stefanie Palfner

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: stefanie.palfner@dguv.de

#### Dr. Wolfgang Römer

Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM)  
E-Mail: wolfgang.roemer@bghm.de



Dachdecker sind häufig der Sonne ausgesetzt und können damit entsprechend gefährdet sein.

linien immer zu behandeln sind und daher immer auch Beeinträchtigungen auftreten werden (s. o.).

Je mehr Neubildungen auftreten, je komplexer ist die Therapie und je höher sind die sich hieraus ergebenden Beeinträchtigungen einschließlich der MdE. Im Umkehrschluss wäre die MdE daher kritisch zu hinterfragen, wenn eine Behandlung der Neubildungen nicht erfolgt ist. Für eine gute Akzeptanz der vorgeschlagenen MdE-Werte scheint es aus rechtlicher Sicht sinnvoll, die aus der Therapie von Cacinomata in situ resultierenden Beeinträchtigungen von ärztlicher Seite näher zu beschreiben.

#### **b) Krankheitsaktivität in Fällen mit anamnestischem Karzinom und regelmäßiger dermatologischer Behandlung**

Gibt es dagegen ein Karzinom in der Anamnese und treten weiterhin Cacinomata in situ auf, orientiert sich die Krankheitsaktivität am Erfordernis einer „regelmäßigen dermatologischen Behandlung“, und hier an den Behandlungsintervallen > 3 Monate und > 6 Monate. Dieses Kriterium kann nach dem Ergebnis des Kolloquiums verschieden interpretiert werden:

Zunächst besteht Einvernehmen, dass unter „Behandlung“ medizinische Eingriffe

im Sinne einer leitliniengerechten Behandlung zu verstehen sind, nicht aber Untersuchungen im Rahmen der Nachsorge bei Hautkrebserkrankungen oder eines Screenings. Ebenfalls nicht unter eine „Behandlung“ fallen präventive Maßnahmen wie zum Beispiel die Verordnung von Sonnenschutzmitteln. Diese Feststellung erscheint wichtig, da zum Beispiel Sonnenschutz laut ärztlicher Leitlinie Bestandteil der Therapie sein soll und damit einer „regelmäßigen dermatologischen Behandlung“ zugeordnet werden könnte.

#### **„Um den uv-bedingten Hautkrebs klar von Hautkrebserkrankungen anderer Genese zu unterscheiden, schien es sinnvoll, zwei MdE-Tabellen zu entwickeln.“**

Interpretationsspielräume zeigen sich dagegen deutlich bei der Anwendung der „Behandlungsintervalle“. Mit der von ärztlicher Seite vorgeschlagenen und grundsätzlich zu begrüßenden Festlegung eines konkreten Intervalls scheint nach den bisherigen praktischen Erfahrungen bei der Anwendung der Tabelle noch kein objektives Kriterium gefunden zu sein, das zu einer Gleichbehandlung der Fälle führt.

Interpretationsspielräume zeigen sich dagegen deutlich bei der Anwendung der „Behandlungsintervalle“. Mit der von ärztlicher Seite vorgeschlagenen und grundsätzlich zu begrüßenden Festlegung eines konkreten Intervalls scheint nach den bisherigen praktischen Erfahrungen bei der Anwendung der Tabelle noch kein objektives Kriterium gefunden zu sein, das zu einer Gleichbehandlung der Fälle führt.

Denn oft ist es nur vom Terminkalender des Arztes oder des Versicherten abhängig, ob eine Wiedervorstellung und Behandlung im Intervall von exakt unter drei Monaten oder unter drei Monaten oder knapp darüber erfolgt.

Möglicherweise wäre es hilfreich, auf zum Beispiel eine Zahl von Therapiezyklen abzustellen, die in einem bestimmten Beobachtungszeitraum erfolgen. Im ersten Teil der MdE-Tabelle (Carcinomata in situ ohne Karzinom) wurde zum Beispiel die Zahl der Neubildungen innerhalb von zwölf Monaten gewählt. Die Übernahme dieser Definition verbunden mit dem Zusatz (in beiden Tabellen), dass diese auch behandelt wurden, ist vielleicht auch eine denkbare Lösung. Ein Beobachtungszeitraum wäre definiert und belegt, dass es sich um eine nachhaltige Veränderung der Krankheitsaktivität handelt, die sich somit auch nachhaltig auf die Minderung der Erwerbsfähigkeit auswirkt.

#### **Krankheitsaktivität bei Mehrfachkarzinomen**

Ein weiteres Kriterium für die Krankheitsaktivität ist das Wiederauftreten von Karzinomen.

Wichtig für das Verständnis der MdE-Tabellen bei Vorliegen von Karzinomen ist ►



Auch bei bewölktem Himmel gelangt UV-Strahlung auf die Haut.

zunächst, dass bei idealtypischem Verlauf (Entstehen der Erkrankung, erstmaliger Arztbesuch, BK-Anzeige, Begutachtung) das dann (erstmalig) vorgefundene Krankheitsbild keine Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf beziehungsweise zur Krankheitsaktivität zulässt und daher nicht automatisch von einer hohen Krankheitsaktivität ausgegangen werden kann.<sup>2</sup> Eine hohe Krankheitsaktivität wird damit erst angenommen, wenn sie sich durch Rezidive zeigt, und wird nicht bis zum Beweis des Gegenteils unterstellt. Dabei wird davon ausgegangen, 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, zum Beispiel ein kosmetisch entstellendes OP-Ergebnis oder eine Metastasierung.<sup>3</sup> Sind dagegen bei Betrachtung des gesamten Krankheitsverlaufs weitere Karzinome aufgetreten, ist damit auch die Krankheitsaktivität gestiegen.

Die Änderung einer Mde wird nach diesem Denkansatz jeweils wirksam zum beziehungsweise ab dem Zeitpunkt des Auftretens eines weiteren Karzinoms, und hier auch nur dann, wenn das letzte Karzinom nur eine bestimmte Zeit (zwei beziehungs-

weise vier Jahre) zurücklag. Nach den bisherigen Rückmeldungen erscheint dieses Kriterium für die Praxis gut nachvollziehbar, und die Anwendung bereitet keine Probleme.

#### Künftig zwei Mde-Tabellen zum Hautkrebs

Die Mitglieder der AG Bamberger Empfehlung haben sich dafür ausgesprochen, die zur neuen BK-Nr. 5103 entwickelten Grundsätze auf die Hautkrebserkrankungen der BK-Nummern 5102 (Teer, Pech, Ruß, Rohparaffin usw.), 1108 (Arsen) und 2402 (ionisierende Strahlung) zu übertragen. Um den (anerkennungsfähigen) UV-bedingten Hautkrebs klar von Hautkrebserkrankungen anderer Genese zu unterscheiden, schien es sinnvoll, zwei Mde-Tabellen zu entwickeln. In der Mde-Tabelle zu den BK-Nummern 5102, 1108, 2402 ist die Krankheitsaktivität bei „Carcinomata in situ“ identisch zur BK-Nr. Nummer 5103. Übernommen wurde auch die Krankheitsaktivität für Plattenepithelkarzinome (einschließlich der Bowenkarzinome). Zusätzlich enthalten sind dagegen die Basalzellkarzinome, die als Folge einer arbeitsbedingten UV-Strahlung weiterhin nicht anerkennungsfähig sind.

Die Basalzellkarzinome sind nach Ansicht der ärztlichen Sachverständigen im

Vergleich zu Plattenepithelkarzinomen im Regelfall weniger schwer und führen daher zu weniger Funktionseinschränkungen. Für eine mit dem Plattenepithelkarzinom vergleichbare Krankheitsaktivität müssen sie daher in jeweils kürzeren Abständen beziehungsweise in größerer Zahl auftreten.

#### Ausblick

Für die wenigen, in der jetzigen Darstellung verschieden interpretierbaren Beschreibungen der Krankheitsaktivität sollen Vorschläge erarbeitet werden, die zu einem besseren und vor allem einheitlichen Verständnis der Mde-Empfehlungen beitragen. Ziel ist es dann, die Bamberger Empfehlung um diese Klarstellungen zu ergänzen.

*Zuerst erschienen in der Zeitschrift Dermatologie in Beruf und Umwelt.* ●

#### Fußnoten

[1] Diepgen, Drexler, Krohn in: DGUV Forum 1-2/2016 S. 48 ff.

[2] Diepgen et al. in: Dermatologie in: Beruf und Umwelt, Jahrgang 63, Nr. 1/2015, S. 3-71.

[3] Diepgen, Drexler, Krohn in: DGUV Forum 1-2/2016 S. 48 ff.

## Hautkrebs durch UV-Strahlung

# Update zur neuen BK-Nr. 5103

Zum 1. Januar 2015 wurde die neue Berufskrankheit Nr. 5103 „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ in die Berufskrankheitenliste aufgenommen.

### Einführung

Die gesetzliche Unfallversicherung war bei Aufnahme der neuen Berufskrankheit (BK) Nr. 5103 zum 1. Januar 2015 so gut vorbereitet wie selten zuvor.

Mit der „DGUV Arbeitshilfe Hautkrebs durch UV-Strahlung“ und der „Technischen Information des Instituts für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) zur Expositionsermittlung“ standen bereits mit Einführung der neuen Berufskrankheit umfassende Hilfen für die Praxis zur Verfügung.<sup>1</sup> Wenig später konnte dieses „Starterpaket“ um eine Software zur Expositionsermittlung ergänzt werden und von ärztlicher Seite wurden Empfehlungen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit publiziert<sup>2</sup>. Um die ärztliche Behandlung der neuen Berufskrankheit vergüten zu können, wurden in der Gebührenordnung der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) entsprechende Regelungen ergänzt.

Natürlich waren zu Beginn des Jahres 2015 nicht alle Fragestellungen voraus-

zusehen und oft wurde ein Handlungsbedarf erst im Verlauf erkennbar. Dieser Artikel soll nun im Sinne eines „Updates“ zur BK-Nr. 5103 einen Überblick über die aktuelle Situation geben.

### Zahlen

Die Zahl der Anzeigen auf Verdacht einer BK-Nr. 5103 liegt für die Mitglieder der DGUV im Jahr 2015 bei 5.531. Der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wurden 2.196 Fälle gemeldet. Die BK-Nr. 5103 ist damit die am dritthäufigsten angezeigte Berufskrankheit (vgl. Abbildung 1). Im Wesentlichen (zu 86 Prozent) handelt es sich um Meldungen von Ärztinnen und Ärzten. Insgesamt gingen im Jahr 2015 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 76.991 BK-Verdachtsanzeigen beziehungsweise Meldungen nach § 3 BKV (Hautarztberichte) ein. Die BK-Nr. 5103 hat daran einen Anteil von gut 7 Prozent. Aufgrund der Latenzzeit der von der BK-Nr. 5103 umfassten Krankheitsbilder liegt das durchschnittliche Alter der Versicherten im Jahr der Anzeige bei knapp 72 Jahren. Gut drei Viertel der versicherten Personen sind bei der Anzeige 65 Jahre und älter und somit mutmaßlich schon aus dem Erwerbsleben ausgeschieden.

In 2.717 Verdachtsfällen des Jahres 2015 wurde das Verwaltungsverfahren bereits abgeschlossen. In 1.485 Fällen davon wurde die Berufskrankheit anerkannt. Das entspricht einem Anteil von rund 55 Prozent. Bei allen Berufskrankheiten liegt der Anteil der Fälle, in denen sich die berufliche Verursachung bestätigt hat, an den entschiedenen Fällen bei knapp 49 Prozent. Der vergleichsweise hohe Anteil der anerkannten Fälle bei der BK-Nr. 5103 spricht für eine hohe Qualität der BK-Verdachtsanzeigen.

Bei den anerkannten Berufskrankheiten sind am häufigsten die folgenden Berufsgruppen betroffen (Anteil an den anerkannten Fällen in Klammern): Maurer (17 Prozent), Dachdecker und Dachspengler (5 Prozent) und Straßenbauer (3 Prozent). Damit zeichnet sich eine Übereinstimmung mit der in der Wissenschaftlichen Begründung zitierten Abgrenzung der „bestimmten Personengruppen“ ab.

Schwere Erkrankungsfälle mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von wenigstens 20 Prozent beziehungsweise von 10 Prozent beim Vorliegen eines Stützrententatbestands (von ebenfalls mindestens 10 Prozent) führen zu einer Rentenzahlung. In nur 173 der 1.485 im Jahr 2015 anerkannten Fälle waren Rentenleistungen zu erbringen. Grund hierfür ist sicher, dass der helle Hautkrebs gut therapierbar ist und die Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit weniger stark sind. Das erklärt auch, warum in rund drei Viertel der neuen BK-Renten die Minderung der Erwerbsfähigkeit bei 20 Prozent oder weniger liegt.

### Aus der Praxis

Einen besonderen Stellenwert nimmt die BK-Nr. 5103 bei der BG BAU ein. Von den circa 2,8 Millionen Versicherten der BG BAU arbeiten etwa 60 bis 70 Prozent – zumindest teilweise – im Freien und sind somit einer potenziellen Gefährdung ausgesetzt. Diese Gefährdung spiegelt sich auch in der Zahl der BK-Verdachtsanzeigen wider. Mit fast 2.800 Meldungen war die BK-Nr. 5103 im Jahr 2015 die am häufigsten angezeigte Erkrankung bei der BG BAU. Jede fünfte Meldung entfiel auf diese Berufskrankheit. Vorläufige Zahlen für das Jahr 2016 zeigen, dass mit einer weiterhin konstant hohen Zahl von Meldungen zu rechnen ist. So wurde im ersten Halbjahr 2016 nur ein leichter Rückgang um fünf Prozentpunkte zum Vorjahreszeitraum festgestellt. ▶

### Autorin und Autoren

#### Daniel Engel

Abteilung Steuerung Rehabilitation und Leistungen der BG BAU  
E-Mail: daniel.engel@bgbau.de

#### Steffen Krohn

Referat Berufskrankheiten der DGUV  
E-Mail: steffen.krohn@dguv.de

#### Stephanie Schneider

Referat Statistik der DGUV  
E-Mail: stephanie.schneider@dguv.de

#### Gerald Wanka

Referat Gesundheitsschutz der DGUV  
E-Mail: gerald.wanka@dguv.de

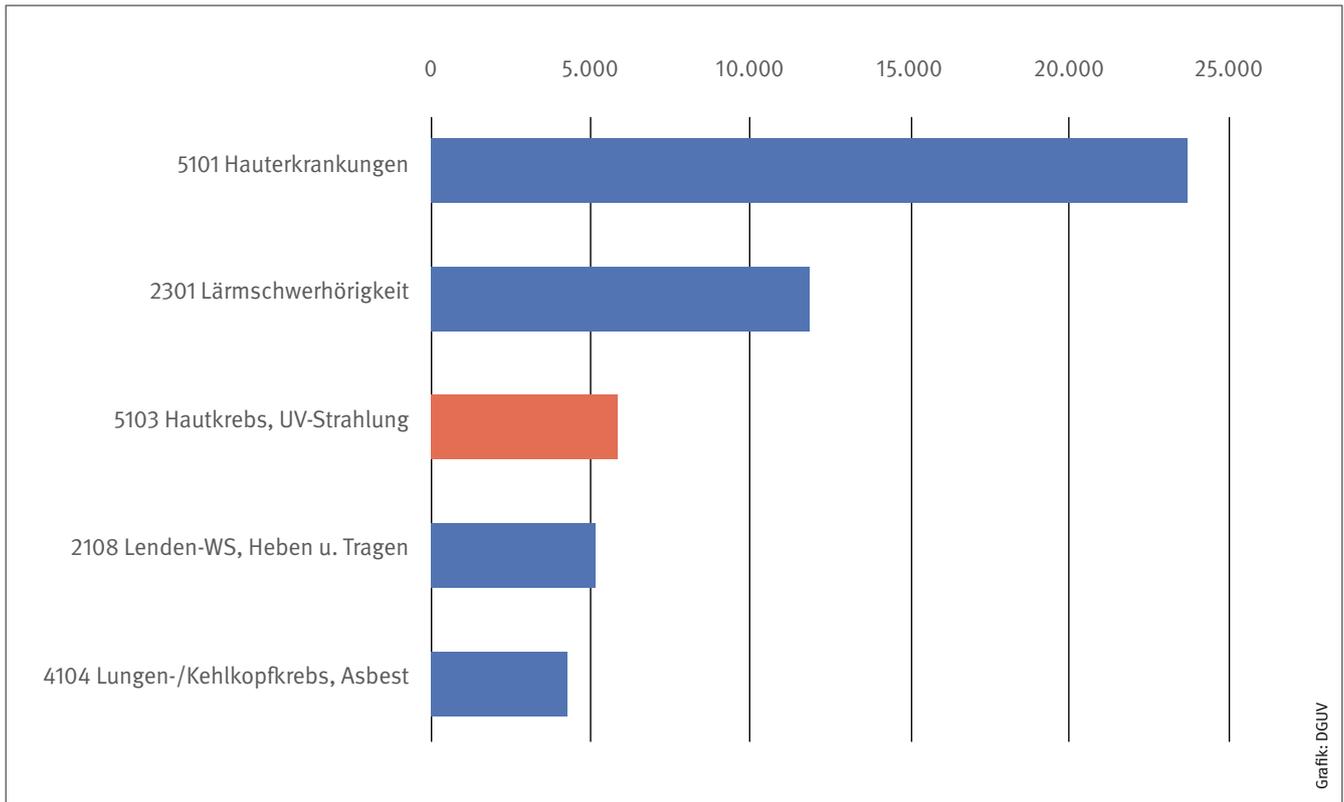


Abbildung 1: Die häufigsten angezeigten Berufskrankheiten

Bei den Entscheidungen dominieren die Anerkennungen. In circa 73 Prozent der entschiedenen Fälle wurde eine BK-Nr. 5103 anerkannt (Zeitraum: 1. Halbjahr 2016). Von diesen anerkannten Fällen sind in etwa fünf Prozent mit einer Rentenzahlung verbunden. Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von 20 von 100 ist hierbei der Regelfall. Die Bearbeitung der Erkrankungsfälle erfolgt nach einem im Jahr 2015 entwickelten Stufenverfahren. Grundlage davon sind die eingangs genannten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Handlungshilfen zum Tatbestand der BK-Nr. 5103. Als Vorbild für das Vorgehen gilt das bereits seit langem erfolgreich etablierte Stufenverfahren der BK-Nr. 2301.

Die Unterscheidung zwischen den Bearbeitungsstufen und den damit verbundenen Arbeitsschritten erfolgt erkrankungsbezogen.

### Stufe 1

In Stufe 1 werden die Anspruchsvoraussetzungen von aktinischen Keratosen/Morbus Bowen durch die Sachbearbeitung ermittelt und bewertet. Die Diagnosesicherung erfolgt unter Einbeziehen

des behandelnden Hautarztes oder der behandelnden Hautärztin. Hierzu wird auf den DGUV-Hautkrebsbericht zurückgegriffen.

Für die Feststellung einer ausreichenden beruflichen UV-Belastung steht der Sachbearbeiter ein tätigkeitsbezogenes Expositionskataster zur Verfügung. In Abhängigkeit vom Erkrankungsalter wird eine Mindestexpositionsdauer in einer der umfassten Tätigkeiten ausgewiesen. Sofern diese überschritten wird, gilt eine ausreichende berufliche UV-Belastung als nachgewiesen. Wird die geforderte Mindestexpositionsdauer nicht erreicht oder ist das Kataster im konkreten Fall nicht anwendbar (zum Beispiel, weil die ausgeübte Tätigkeit nicht abgedeckt ist), erfolgt eine individuelle Stellungnahme durch den Präventionsdienst. Eine BK-Ablehnung mangels ausreichender Einwirkung ist somit nicht ohne Vorliegen einer technischen Arbeitsplatzanalyse möglich.

Bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen sowie einer ausreichenden UV-Belastung kann die Sachbearbeitung im Regelfall eine schnelle Entscheidung ohne ärztliche Begutachtung treffen.

Seltene Ausnahmen umfassen die Abgrenzung konkurrierender Ursachenfaktoren oder das Vorliegen eines Stützrententatbestandes.

Dieses Verfahren orientiert sich daran, dass nach dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand aktinische Keratosen/Morbus Bowen grundsätzlich keine rentenberechtigende Minderung der Erwerbsfähigkeit bedingen. Ziel ist die frühzeitige Entscheidung, ob eine Berufskrankheit vorliegt und gegebenenfalls ein Behandlungsauftrag an den behandelnden Dermatologen beziehungsweise die behandelnde Dermatologin erteilt wird.

### Stufe 2

Plattenepithelkarzinome und sogenannte Mischerkrankungen (Plattenepithelkarzinome und aktinische Keratosen) werden in Stufe 2 bearbeitet. Hier ist eine medizinische Begutachtung obligatorisch. Das Feststellen einer ausreichenden UV-Exposition obliegt in diesen Fällen stets dem Präventionsdienst.

Seit Einführung des Stufenverfahrens zur BK-Nr. 5103 bei der BG BAU Mitte 2015 sind die durchschnittlichen Verfahrens-



Normale Arbeitskleidung ist für die bedeckten Körperstellen ein ausreichender Sonnenschutz.

laufzeiten, gemessen zwischen Meldung der Erkrankung und Entscheidung über das Vorliegen einer Berufskrankheit, kontinuierlich rückgängig. Zum Teil können Fälle innerhalb eines Monats nach Eingang der BK-Meldung entschieden und kann somit zügig ein Behandlungsauftrag erteilt werden. Bedingung hierfür sind vollständige und belastbare Angaben der Versicherten zu ihren beruflichen Tätigkeiten sowie der behandelnden Ärzte zu den medizinischen Voraussetzungen des BK-Tatbestands. Für die Erhebung der medizinischen Voraussetzungen steht mit dem DGUV-Hautkrebsbericht ein geeignetes Werkzeug zur Verfügung. Versicherten, die weiterhin einer beruflichen UV-Belastung ausgesetzt sind, wird zudem eine individuelle Beratung und Betreuung durch den Arbeitsmedizinisch-Sicherheitstechnischen Dienst der BG BAU angeboten. Hier werden unter anderem Hinweise zur Einbindung geeigneter persönlicher Sonnenschutzmaßnahmen in den beruflichen Alltag vermittelt.

#### Herausforderung für die Prävention

Schon vor der Aufnahme der BK-Nr. 5103 war vielen Beschäftigten klar, dass nicht nur die Hitze der Sonne gefährlich sein

kann, sondern auch deren UV-Strahlen. Trotzdem ist gebräunte Haut auch heute noch für viele Menschen ein Schönheitsideal und den meisten Beschäftigten sind mögliche Spätfolgen nicht bekannt. Die Unfallversicherungsträger überlegen sich deshalb Strategien, wie man sowohl die Beschäftigten als auch die Unternehmer und Unternehmerinnen zum Thema Sonnenstrahlung sensibilisieren kann.

Es gibt bereits jetzt seitens der Unfallversicherungsträger sehr viele spezifische Informationen (Flyer, Publikationen, Qualifizierungsveranstaltungen) zum Thema „Solare Exposition“, die auf den Seiten der DGUV im Internet (Webcode: d1073124) verlinkt sind. Ebenso wird im Internet in Kürze eine Rubrik „FAQ“ viele Fragen rund um die Gefährdung durch die Sonne und den Sonnenschutz beantworten. Das zentrale Instrument um Sicherheit und Gesundheit zu verbessern, ist die Gefährdungsbeurteilung. Von der Unternehmensleitung ist festzustellen, ob die Beschäftigten im Freien tätig sind, und wenn ja, in welchem Umfang (Dauer, Tageszeit) sie gegenüber der Sonne exponiert sind. Wie stark sonnenbelastet

welche Berufe tatsächlich sind, wird zurzeit vom Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA) untersucht. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurden erste Belastungsdaten für die verschiedensten Tätigkeiten in Außenbereichen gesammelt

#### „TOP-Prinzip“ bei Gefährdungen durch Sonnenstrahlung

Vor gesundheitsschädigender solarer Strahlung können verschiedene Maßnahmen wirksamen Schutz bieten. Bei der Festlegung von Maßnahmen gilt es, die Hierarchie der Maßnahmen zu beachten. Gefahren sind an der Quelle zu bekämpfen. Damit findet das bewährte TOP-Prinzip Anwendung, nach dem technische und organisatorische Maßnahmen (Verhältnisprävention) priorität gegenüber verhaltensbezogenen Maßnahmen (Verhaltensprävention) sind. Zu letzteren zählen auch die persönlichen Schutzmaßnahmen.

Der Name „TOP-Prinzip“ ist aus den Anfangsbuchstaben der Maßnahmen und deren Priorität abgeleitet: Technische, Organisatorische und Persönliche Schutzmaßnahmen.



Auch für die Sonne gilt: Die Dosis macht das Gift.

(Webcode: dp1031586). Mit diesem Wissen und der Kenntnis der Arbeitsbedingungen können geeignete Schutzmaßnahmen empfohlen werden, die sich nach dem TOP-Prinzip richten. Vorrang haben dabei technische Maßnahmen. Können diese nicht umgesetzt werden, so sind zunächst organisatorische Maßnahmen und als letztes Mittel ergänzend persönliche Schutzmaßnahmen zu wählen.

Technische Maßnahmen können sein:

- Arbeitsbereiche mit ausreichend großen Sonnenschirmen, Sonnensegeln, Sonnenplanen und Überdachungen ausstatten (zum Beispiel bei Kassendarbeitsplätzen auf Parkplätzen).
- Baumaschinen und Fahrzeuge mit Klimaanlage zur Verfügung stellen.
- Arbeitsbereiche sollten gut gelüftet werden (Hitzestau vermeiden).

Organisatorische Maßnahmen können sein:

- Es gilt, Beschäftigte über mögliche Gefahren durch die Sonneneinstrahlung

und über Schutzmaßnahmen zu informieren.

- Tätigkeiten sollten möglichst im Schatten oder in geschlossenen Räumen ausgeführt werden.
- Der Aufenthalt in der Sonne (insbesondere in der Mittagszeit zwischen 11 und 15 Uhr) sollte nach den Möglichkeiten der Arbeitsorganisation zeitlich beschränkt werden, da dann die Sonnenstrahlen besonders intensiv ist

Was persönliche Schutzmaßnahmen betrifft, hat das Forschungsprojekt (F2036) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) gezeigt, dass bei Verwendung typischer Oberbekleidung in Deutschland und Mitteleuropa ein ausreichender UV-Schutz gegeben sind.

Wichtig im Zusammenhang mit persönlichen Schutzmaßnahmen ist, dass die Anwendung von UV-Schutzcremes immer erst dann vorzunehmen ist, wenn alle anderen Maßnahmen nicht möglich sind.

Dr. Walter Eichendorf, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der DGUV, hat in diesem Zusammenhang vom Plan Z gesprochen (DGUV Kompakt Juli/August 2016: Webcode d1134901).

Neben den am Arbeitsplatz zu treffenden Maßnahmen ist es wichtig, die Beschäftigten aufzuklären, sie zu unterweisen und zu sensibilisieren. Je nach Exposition gegenüber der Sonne werden Unternehmen zukünftig den Beschäftigten eine arbeitsmedizinische Vorsorge anbieten oder sogar verpflichtend vorschreiben. Eine entsprechende Änderung der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMed-VV) ist in Vorbereitung.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass neben der Sicherstellung der zu treffenden Maßnahmen am Arbeitsplatz das Hauptaugenmerk in der Zukunft auf die Aufklärung und Sensibilisierung gerichtet werden muss. Denn – um die möglichen Gefährdungen zu verstehen – benötigt man keine wissenschaftlichen Kenntnisse.

„Aus Sicht der Unfallversicherung kann man bei der BK-Nr. 5103 sicher von einem gelungenen Start sprechen. Dennoch sind allein die hohen Erkrankungszahlen weiterhin eine Herausforderung und erfordern effektive und effiziente Verfahren.“

### Ausblick

Aus Sicht der Unfallversicherung kann man bei der BK-Nr. 5103 sicher von einem gelungenen Start sprechen. Dennoch sind allein die hohen Erkrankungszahlen weiterhin eine Herausforderung und erfordern effektive und effiziente Verfahren. Dabei führt die starke Ungleichverteilung der BK-Anzeigen über die verschiedenen Branchen zu einer unterschiedlichen Routine im Umgang mit der Berufskrankheit. Wünschenswert ist daher, die Ermittlungs- und Entscheidungspraxis aller Unfallversicherungsträger zum Beispiel durch regelmäßigen Erfahrungsaustausch gleichmäßig weiterzuentwickeln. Unter anderem zu diesem Zweck werden im Intranet (UV-NET) der DGUV zu zentralen Fragen konsentrierte FAQs bereitgestellt und regelmäßig fortgeschrieben (UV-NET/ Webcode: u875377). Seit dem Jahr 2014 wurden zudem über 400 Beschäftigte aus den Leistungsabteilungen und Präventionsdiensten der Unfallversicherungsträger geschult.

Für Mediziner und Medizinerinnen ist das Krankheitsbild natürlich nicht neu, sondern nur der unfallversicherungsrechtliche Umgang damit. Sie werden dazu regelmäßig auf Kongressen und Tagungen informiert, zum Beispiel auch mit dem Hinweis, dass die Meldung der BK-Nr. 5103 nur mit dem Formular F6000 (ärztliche BK-Anzeige) möglich ist und nicht mit dem Hautarztbericht F6050 erfolgen darf, da Hautkrebserkrankungen nicht Gegenstand des Hautarztverfahrens sind<sup>3</sup>.

Damit von Beginn an schneller ermittelt wird, ob eine Berufskrankheit vorliegt steht zwischenzeitlich ein „Hautkrebsbericht“ (F6120-5103/Webcode: d649737) zur Verfügung. Wichtig: Der Hautkrebsbericht darf vom Arzt oder der Ärztin aus rechtlichen Gründen nicht schon zusammen mit

der BK-Anzeige erstattet werden, sondern erst auf Anforderung des Unfallversicherungsträgers. Nach dem Ende der zurzeit laufenden Erprobungsphase und gegebenenfalls weiteren Anpassungen wird der Bericht voraussichtlich im Formtextbestand der DGUV zur Verfügung stehen.

Die Nachsorge der BK-Nr. 5103 umfasst zunächst die Nachsorge im Sinne der einschlägigen ärztlichen Leitlinien, die durch den behandelnden Arzt oder die Ärztin sicherzustellen ist. Darüber hinaus wird den Unfallversicherungsträgern empfohlen, zusätzlich einmal jährlich eine Nachsorgeuntersuchung im Sinne einer Kontrolle zu veranlassen, über die mit dem „Nachsorgebericht BK-Nr. 5103“ (F6122-5103/Webcode: d649737) zu berichten ist. Der Nachsorgetermin umfasst dann immer eine „Ganzkörperuntersuchung“ und die Versicherten werden nochmals zum Sonnenschutz befragt und beraten. Bei anerkannter Berufskrankheit wird diese Form der Kontrolle gegebenenfalls lebenslang angeraten. Darüber hinaus sind die existierenden Handlungs- und Begutachtungsempfehlungen an den wachsenden Erkenntnisstand anzupassen. Die „Technische Information zur Expositionsermittlung“ wird unter der Federführung des IFAs fortgeschrieben (Webcode: d13473). Eine weitere wichtige Aufgabe für das IFA wird es sein, die im DGUV Forschungsprojekt „Genesis UV“<sup>4</sup> gewonnenen Erkenntnisse zu tätigkeitsbezogenen UV-Expositionsdaten zusammenzufassen und zu bewerten.

Die Empfehlung für die Begutachtung arbeitsbedingter Haut- und Hautkrebserkrankungen – die Bamberger Empfehlung – wurde inklusive der neuen Mde-Tabellen für Hautkrebserkrankungen zwischenzeitlich verabschiedet. Für die wenigen in der jetzigen Darstellung ver-

schieden interpretierbaren Beschreibungen der Krankheitsaktivität sollen Vorschläge erarbeitet werden, die zu einem besseren und vor allem einheitlichen Verständnis der Mde-Empfehlungen beitragen. Ziel ist es dann, die Bamberger Empfehlung um diese Klarstellungen zu ergänzen.

Für andere Fragen besteht mittelfristiger Forschungsbedarf: Wie wirksam sind einzelne Sonnenschutzmaßnahmen? Können auch UV-bedingte Basalzellkarzinome und Melanome eine Berufskrankheit sein, wenn ja, unter welchen Voraussetzungen? Wie können wir ein Risikobewusstsein in der Bevölkerung entwickeln und bewirken, dass sich die Menschen vor der Sonne schützen? Letzteres ist nicht weniger als ein Bewusstseinswandel in der Gesamtbevölkerung. Hätten wir als Schönheitsideal weiße Haut – wie in wenigen Ländern der Fall –, gäbe es das Thema „heller Hautkrebs“ wahrscheinlich nicht. Hiervon sind wir weit entfernt und beim Motivieren gilt es, alle Menschen mitzunehmen: sowohl bereits Erkrankte als auch Gesunde! Anfangen sollten wir dabei nicht erst bei hochexponierten Bauarbeitern, Gärtnern und Gärtnerinnen oder und Seeleuten, sondern schon bei den kleinsten Versicherten in Kitas und Schulen. ●

### Fußnoten

[1] Krohn in DGUV Forum 7-8/2014, S. 29-30

[2] Diepgen et al.: Dermatologie in Beruf und Umwelt, Jahrgang 63, Nr. 1/2015, S. 3-7

[3] DGUV Verfahrensbeschreibung Hautarztverfahren; Stand 3.7.2014 unter: [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode d101968)

[4] [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode: d1016433) aufgerufen am 4.10.2016

## Berufskrankheiten-Monitoring

# Entwicklungen zeigen und Hypothesen überprüfen

Das Berufskrankheiten-Geschehen wird unter anderem durch Begutachtungsempfehlungen, Rechtsprechung, Publikationen und Kampagnen beeinflusst. Die Entwicklung aufzuzeigen und Hypothesen zu überprüfen, ist Ziel des Berufskrankheiten-Monitorings.

## Hintergrund und Struktur des BK-Monitorings

Das Monitoring wird als ein kontinuierliches und einfach handhabbares Instrument eingesetzt, um die aktuelle Entwicklung im Berufskrankheiten-Geschehen unter mehreren Aspekten darzustellen und erwartete Entwicklungen zu überprüfen.

Die Entwicklung der Fallzahlen und der Kosten für Berufskrankheiten wird regelmäßig betrachtet. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf den zehn am häufigsten bestätigten Berufskrankheiten, anerkannten Krebserkrankungen, Fällen nach § 9 Absatz 2 SGB VII und den mit der letzten Änderungsverordnung zur Berufskrankheiten-Verordnung neu in die Liste aufgenommenen Berufskrankheiten.

Darüber hinaus werden regelmäßig interessante Entwicklungen und Ergebnisse im Berufskrankheiten-Geschehen in sogenannten Sonderthemen aufgegriffen. Für das Berichtsjahr 2014 waren dies:

- Berufskrankheiten mit Unterlassungszwang,
- Kostenstrukturvergleich: Berufskrankheiten und Unfälle,
- Evaluation BK-Nr. 2301 Lärmschwerhörigkeit,

## Kosten von Berufskrankheiten

Insgesamt haben die Unfallversicherungsträger im Jahr 2014 gut 1,5 Milliarden Euro für Berufskrankheiten aufgewendet. Davon wurden 278 Millionen Euro für medizinische Rehabilitation, 58 Millionen Euro für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, 624 Millionen Euro für Renten beziehungsweise Abfindungen an Erkrankte und 559 Millionen Euro für Leistungen an Hinterbliebene ausgegeben.

Gut 1,1 Milliarden Euro und somit etwas mehr als drei Viertel des Gesamtvolumens der Leistungen für Berufskrankheiten wurden von den Unfallversicherungsträgern für die zehn am häufigsten bestätigten Berufskrankheiten aufgewendet. Die Verteilung auf die einzelnen Berufskrankheiten ergibt sich aus Abbildung 1. Die hohen Fallzahlen bei der BK-Nr. 5101 (Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen) mit gleichzeitig vergleichsweise geringen Kosten pro Fall erklären, warum die zehn am häufigsten bestätigten Berufskrankheiten zwar einen Anteil von etwa 92 Prozent an allen bestätigten Fällen haben, jedoch nur etwas mehr als 75 Prozent der Gesamtkosten ausmachen.

## Berufskrankheiten mit Unterlassungszwang

Die Berufskrankheiten mit Unterlassungs-

zwang sind aktuell Gegenstand politischer Diskussion. Kritisiert wird, dass einerseits die Fortsetzung der grundsätzlich gefährdenden Tätigkeit zu optimistisch beurteilt werde und andererseits Versicherte selbst im Falle einer Unterlassungsnotwendigkeit aus Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes auf Kosten ihrer Gesundheit weiterarbeiten würden.

Welche Relevanz die Fallkonstellationen haben, bei denen

- Versicherte weiterarbeiten, obwohl aus medizinischen Gründen die Tätigkeit unterlassen werden sollte, oder
- die Unfallversicherungsträger davon ausgehen, dass die Tätigkeit bei geeigneten Präventionsmaßnahmen fortgeführt werden kann,

wurde anhand der Daten der Berufskrankheiten-Dokumentation betrachtet. Zugleich wurde geschaut, wie diese Zahlen sich im weiteren zeitlichen Verlauf entwickeln.

Für die Auswertung wurden die am häufigsten bestätigten Berufskrankheiten mit Unterlassungszwang ausgewählt, die BK-Nr. 4301 (allergische Atemwegserkrankung) und die BK-Nr. 5101 (Hauterkrankungen), speziell die ersten versicherungsrechtlichen Entscheidungen der Geschäftsjahre 2005 bis 2009. Für die Entscheidungen dieser fünf Jahre wurde außerdem untersucht, ob in den folgenden Jahren, das heißt bis einschließlich im Geschäftsjahr 2014, Erkrankungen nachträglich noch als Berufskrankheit anerkannt wurden. Die Zahlen der BK-DOK bestätigen, dass einige Versicherte ihre gefährdende Tätigkeit weiterführen, obwohl dies aus medizinischen Gründen nicht ratsam ist. Welche Gründe Versicherte dafür ha-

## Autorin



### Stephanie Schneider

Referat Statistik der DGUV

E-Mail: stephanie.schneider@dguv.de

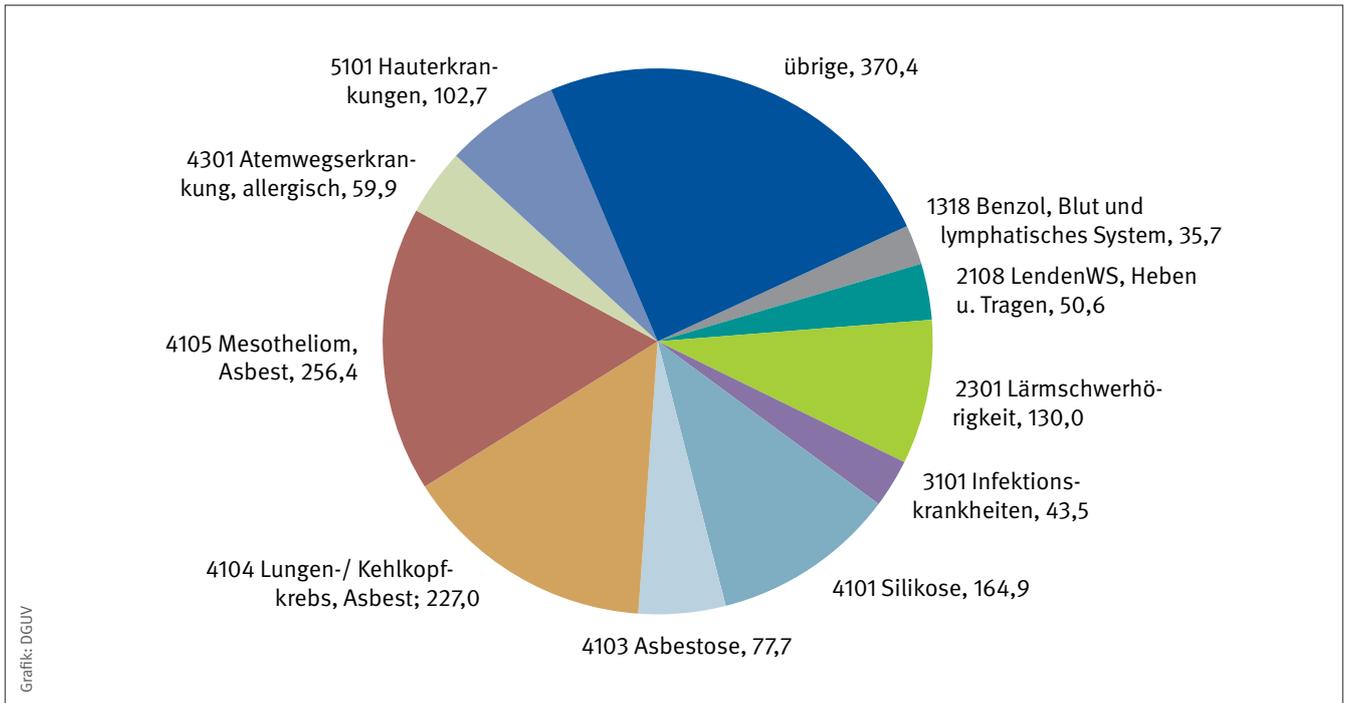


Abbildung 1: Verteilung der Kosten (in Mio. Euro) auf die zehn am häufigsten bestätigten Berufskrankheiten für das Berichtsjahr 2014

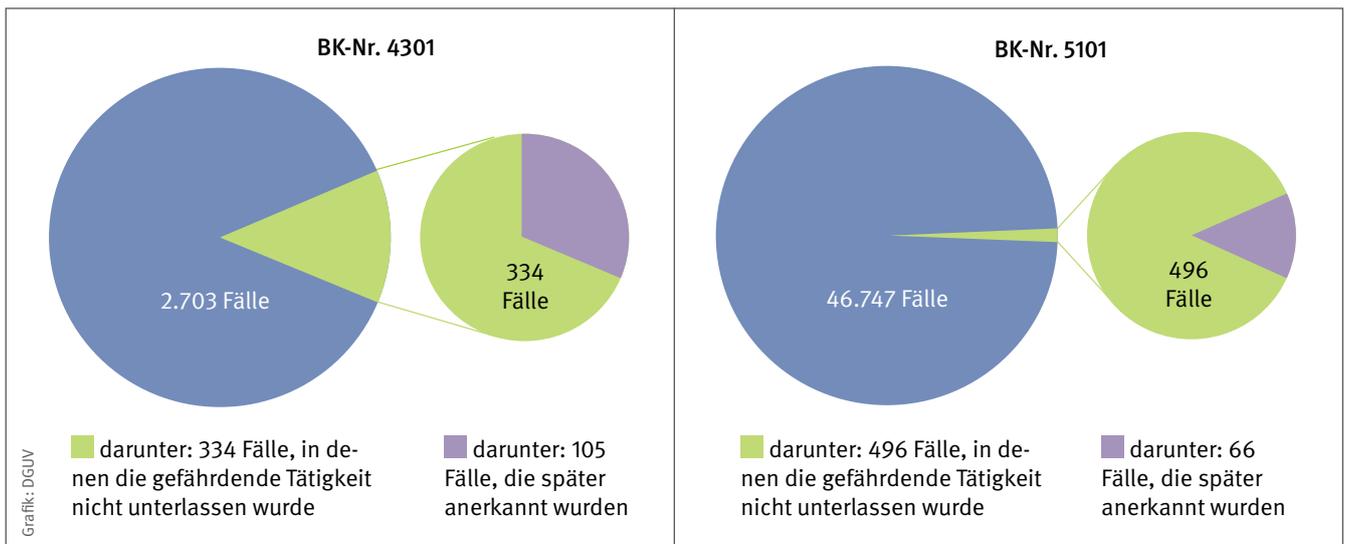


Abbildung 2: Bestätigte Fälle mit einer ersten versicherungsrechtlichen Entscheidung in den Jahren 2005 bis 2009

ben, ist den Daten nicht zu entnehmen. Die Zahl dieser Fälle ist allerdings bei den betrachteten Berufskrankheiten klein (334 von 2.703 Fällen bei BK-Nr. 4301 und 496 von 46.747 Fällen bei BK-Nr. 5101) und nimmt im Laufe der Jahre weiter ab (um weitere 105 Fälle bei BK-Nr. 4301 und um weitere 66 Fälle bei BK-Nr. 5101). Sowohl im Verhältnis zu den anerkannten Berufskrankheiten, die immer eine Aufgabe der schädigenden Tätigkeit voraussetzen, als auch – und ganz besonders – in Relation zu den Fällen, bei denen durch präventive oder medizinische Anstrengungen die Weiterarbeit am Arbeitsplatz gesichert werden kann, sind

die Fälle selten. Die zum Zeitpunkt der versicherungsrechtlichen Entscheidung getroffene Prognose der Unfallversicherungsträger, dass Versicherte ihre Tätigkeit bei geeigneten Präventionsmaßnahmen fortführen können, scheint nach den Daten der BK-DOK weitüberwiegend realistisch zu sein. Die geringe Zahl nachträglicher Anerkennungen in diesen Fällen (87 von 970 Fällen bei BK-Nr. 4301 und 1.186 von 44.825 Fällen bei BK-Nr. 5101) belegt dies augenscheinlich.

Bei Hauterkrankungen erweist sich die Prävention als sehr erfolgreich. Die höhere Quote von Versicherten, die aufgrund

von Atemwegserkrankungen gezwungen werden, ihre bisherige Tätigkeit zu unterlassen, hat vor allem zwei Gründe: Während Prävention bei Hauterkrankungen in der Mehrzahl der Fälle zu vollständiger Beschwerdefreiheit führt, ist bei Atemwegserkrankungen oft nur der Status quo zu erhalten. Zudem sind Schutzmaßnahmen bei Hauterkrankungen effektiver in der Wirkung und einfacher umzusetzen. Die Daten zu den versicherungsrechtlichen Entscheidungen bei BK-Nr. 4301 und BK-Nr. 5101 sprechen dafür, dass Versicherte zumeist ohne Gefahr für ihre Gesundheit weiterarbeiten, wenn sie Schutzmaßnahmen ergreifen. ●

## Sekundärprävention von UV-induziertem Hautkrebs (BK-Nr. 5103)

# Individuelle Lichtschutz-Beratung für Beschäftigte in Außenberufen

Die Individuelle Lichtschutz-Beratung (ILB) ist eine interdisziplinäre, ambulante Präventionsmaßnahme für Beschäftigte aus verschiedenen Berufsgruppen, die einen Großteil ihrer Arbeitszeit im Freien verbringen und bei denen bereits Lichtschäden der Haut festgestellt wurden.

### Hintergrund

In der Bundesrepublik Deutschland sind über 2,5 Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschiedenster Berufs-

gruppen – beispielsweise Beschäftigte aus dem Baugewerbe, aus Fischerei und Seefahrt, dem Bereich Landwirtschaft oder dem Garten- und Landschaftsbau – überwiegend beruflich im Freien tätig.<sup>1</sup>

Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Umsetzung persönlicher Lichtschutzmaßnahmen bei Beschäftigten in Außenberufen oft fehlerhaft ist.<sup>2</sup>

### Autorinnen und Autoren

#### Michaela Ludewig

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
E-Mail: michaela.ludewig@uos.de

#### Marc Rocholl

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
E-Mail: mrocholl@uos.de

#### Anja Hübner

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
E-Mail: anjhuebner@uos.de

#### Prof. Dr. Christoph Skudlik

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
E-Mail: christoph.skudlik@uos.de

#### Prof. Dr. Swen Malte John

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
E-Mail: johnderm@uos.de

#### Dr. Annika Wilke

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück  
Bereich Gesundheitspädagogik  
E-Mail: annika.wilke@uos.de

Bei ihrer versicherten Tätigkeit sind diese Beschäftigten in erhöhtem Maße solarer ultravioletter (UV) Strahlung ausgesetzt. Die übermäßige UV-Exposition kann dazu führen, dass sich UV-induzierte Schädigungen der Haut manifestieren. Seit dem 1. Januar 2015 können Plattenepithelkarzinome und multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung unter der BK-Nr. 5103 als Berufskrankheit anerkannt werden.<sup>2,3</sup> Vor diesem Hintergrund rückt die wirksame Prävention von Hautkrebs bei Beschäftigten in Außenberufen durch die dauerhafte Reduzierung der UV-Exposition verstärkt in den Fokus.<sup>2</sup>

Sowohl aus dem Arbeitsschutzgesetz<sup>4</sup> als auch aus der S3-Leitlinie „Prävention von Hautkrebs“<sup>5</sup> geht hervor, dass technische und organisatorische Schutzmaßnahmen Vorrang vor personenbezogenen Schutzmaßnahmen haben sollten. Technischer oder organisatorischer UV-Schutz durch die Veränderung bestehender Verhältnisse – zum Beispiel durch das gezielte Abschatten bestimmter Arbeitsbereiche oder durch die Umorganisation des Arbeitstages, um die UV-Exposition während der strahlungsintensiven Mittagsstunden zu begrenzen – ist jedoch häufig nur eingeschränkt realisierbar.<sup>6</sup> Vor diesem Hintergrund kommt der korrekten und regelmäßigen Anwendung individueller, verhaltensorientierter Lichtschutzmaßnahmen in Form von textilem Lichtschutz sowie der Applikation von Sonnenschutzmitteln eine besondere Bedeutung zu.<sup>2,6</sup>

Reinau et al.<sup>7</sup> konnten aufzeigen, dass Beschäftigte in Außenberufen nur selten auf textile Lichtschutzmaßnahmen, zum Beispiel in Form von langärmeliger Kleidung oder einer Kopfbedeckung, zurückgreifen. Des Weiteren werden Lichtschutzprodukte in der Regel nicht adäquat angewendet, zum Beispiel im Hinblick auf die empfohlene Menge von 2 mg/cm<sup>2</sup>, weshalb davon auszugehen ist, dass ein ausreichender Schutz vor solarer UV-Exposition in vielen Fällen nicht erreicht wird.<sup>2</sup> An dieser Stelle können Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel zur Krankheitsvermeidung und zur Risikosenkung) ansetzen.<sup>8</sup> Patientenschulungen erscheinen in diesem Kontext erfolgversprechend, da das personenbezogene, eigene Verhalten einen Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen haben kann.<sup>9</sup> Diese Annahme wird durch aktuelle Studien unterstützt. Diese belegen, dass zielgruppenorientierte Schulungs- und Beratungskonzepte zu einer Verbesserung des individuellen Lichtschutzverhaltens führen können.<sup>5,10,11</sup>

In der Bundesrepublik Deutschland existieren bisher noch keine flächendeckend implementierten Konzepte und Verfahren zur Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von UV-bedingten Plattenepithelkarzinomen und Frühformen im Sinne der BK-Nr. 5103, wie sie bereits im Rahmen der Versorgung von berufsbedingten Hauterkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5101 etabliert und wissenschaftlich belegt sind.<sup>12</sup> Die zur Verfügung stehenden Präventionsangebote bei berufsbedingten Hauterkrankungen der BK-Nr. 5101 zeich-

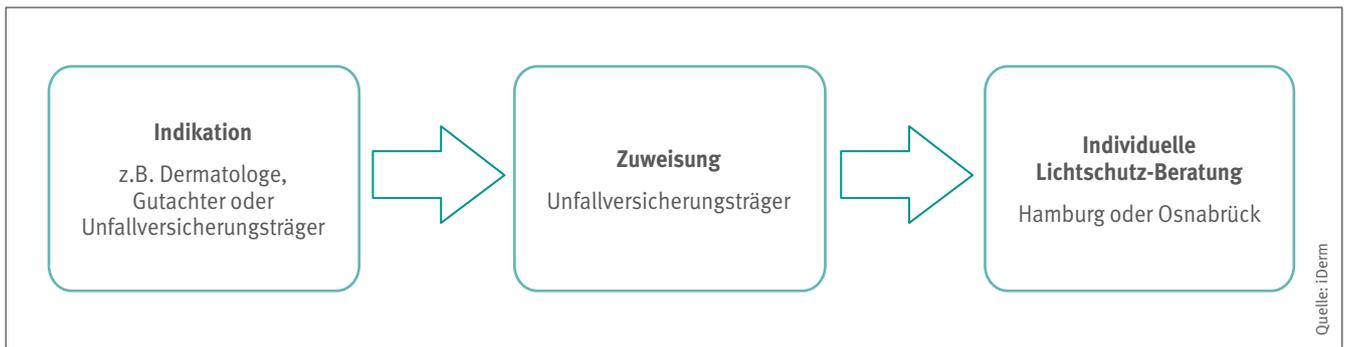


Abbildung 1: Indikation und Ablauf – Individuelle Lichtschutz-Beratung (ILB)

nen sich unter anderem durch den Ansatz einer „integrativen medizinisch-pädagogischen Gesundheitsförderung“<sup>13</sup> aus. Im Rahmen des Verfahrens Haut der Unfallversicherung können in Abhängigkeit von Schwere und Verlauf der Hauterkrankung sowohl ambulante (beispielsweise „Zeitnahe Individualprävention – ZIP“) als auch stationäre Maßnahmen (beispielsweise „Tertiäre Individualprävention – TIP“) zur Individualprävention ergriffen werden.<sup>13, 14</sup>

Vor diesem Hintergrund ist die Konzeption innovativer Beratungskonzepte für die BK-Nr. 5103 dringend erforderlich.<sup>15</sup> Bisherige Erfahrungen mit erfolgreich umgesetzten Präventionsangeboten zur Verhinderung von Berufsdermatosen bilden die Grundlage für die Entwicklung derartiger Konzepte. Eine auf den Einzelfall abgestimmte, interdisziplinäre Maßnahme – die „Individuelle Lichtschutz-Beratung“ (kurz: ILB) – setzt an diesem Punkt an. Das Präventionsangebot vereint die Expertise verschiedener Disziplinen: der Medizin (zum Beispiel berufsdermatologische Untersuchung und Beratung), der Gesundheitspsychologie (zum Beispiel Beeinflussung gesundheitsrelevanter Einstellungen und Verhaltensweisen) und der Pädagogik (zum Beispiel didaktische Reduktion und Gestaltung von Lehr-Lern-Prozessen).

### Zielgruppe

Die ILB richtet sich an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Außenberufen, die durch ihre Tätigkeit im Freien solarer UV-Strahlung in besonders hohem Maße ausgesetzt sind. Darunter fallen zum Beispiel Berufsgruppen des Baugewerbes (Straßenbau, Hochbau und/oder Tiefbau), der Forst- und Land-

wirtschaft, des Garten- und Landschaftsbaus sowie der Binnen- und Hochseeschifffahrt. Neben diesen „klassischen“ Außenberufen sind zum Beispiel auch Personen, die auf Bohrseln oder in Offshore-Windparks tätig sind, von einer besonders hohen UV-Exposition betroffen.

### Indikation

Die Indikation zur Teilnahme an einer individuellen Lichtschutz-Beratung kann aufgrund der Aktenlage verwaltungsseitig oder durch den behandelnden Hautarzt oder die Hautärztin beziehungsweise im Rahmen einer Zusammenhangsbegutachtung gestellt werden. Bei anerkannter BK-Nr. 5103 besteht die Indikation zur Minderung beziehungsweise zur Verhinderung einer Verschlimmerung der Berufskrankheitenfolgen. Bei Anhaltspunkten für eine berufsbedingte Schädigung der Haut durch solare UV-Exposition (zum Beispiel ausgeprägte, nicht altersgemäße aktinische Schädigung der Haut bei jungen Außenbeschäftigten oder Entwicklung von ersten aktinischen Keratosen jeweils an beruflich UV-exponierten Arealen) und eine entsprechender Gefahr der Entstehung einer BK-Nr. 5103 gibt, sollte die Empfehlung als sekundärpräventive Maßnahme erfolgen. Die Indikation ist dabei unabhängig vom Beschäftigungsstatus und sollte abhängig vom entsprechenden Beratungsbedarf gestellt werden. Ist ein Unfallversicherungsträger Kostenträger der Maßnahme, erfolgt über diesen auch die Zuweisung der Versicherten zur entsprechenden Maßnahme (Abbildung 1).

### Ziel

Mit dem Beratungskonzept sind folgende übergeordnete Präventionsziele verbunden:

- BK-Nr. 5103 anerkannt:  
BK-Folgen sollen gemindert beziehungsweise es soll einer Verschlimmerung der BK vorgebeugt werden.
- BK-Nr. 5103 drohend:  
Die Progredienz bereits bestehender Lichtschäden der Haut soll verhindert werden, um dem Eintritt einer BK entgegenzuwirken.

Den Außenbeschäftigten soll trotz fortbestehender UV-Exposition ermöglicht werden, im Beruf weiterzuarbeiten. Aus den skizzierten Präventionszielen lässt sich das konkrete Maßnahmenziel der individuellen Lichtschutz-Beratung ableiten: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können zukünftig Lichtschutzmaßnahmen adäquat, das heißt leitliniengerecht und konsequent umsetzen.

Um dieses Ziel zu erreichen, werden mit den Teilnehmenden sowohl das dafür notwendige Wissen erarbeitet als auch die eigenen Einstellungen reflektiert. Persönliche Ressourcen gilt es dabei individuell zu fördern: Um die Umsetzung in den Alltag zu erleichtern und die Handlungskompetenz der Versicherten zu stärken, werden konkrete, individuelle Lichtschutzmaßnahmen partizipativ erarbeitet, die auf den Arbeitsplatz der versicherten Person und den Freizeitbereich abgestimmt sind. Um die Beratungsergebnisse nachhaltig zu sichern, wird für jede Person ein individueller Lichtschutzplan erstellt, der ihr sowohl am Ende der Maßnahme ausgehändigt als auch dem Unfallversicherungsträger übermittelt wird.

### Inhalte

Die ILB setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen: einer ambulanten, berufs-

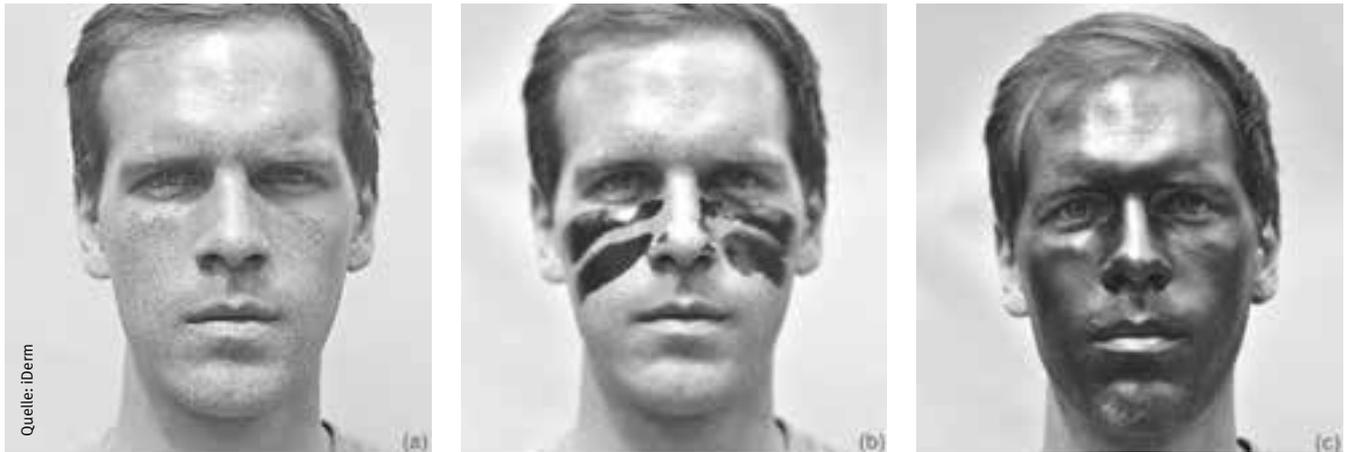


Abbildung 2: Applikationstraining mithilfe der UV-Kamera-Technik – (a) Aufnahme eines Gesichts mittels UV-Kameratechnik, (b) partiell aufgetragenes Sonnenschutzpräparat, (c) vollständig mit einem Sonnenschutzpräparat eingecremtes Gesicht

dermatologischen Untersuchung und Beratung sowie einer etwa 120-minütigen gesundheitspädagogischen Beratung und Schulung. Die erarbeiteten Präventionsinhalte basieren unter anderem auf der S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs<sup>5</sup> und auf der Empfehlung „Täglicher Lichtschutz in der Prävention chronischer UV-Schäden der Haut“.<sup>16</sup> Folgende Inhalte bilden den Rahmen für die gesundheitspädagogische Beratung:

- Grundlagen zum Aufbau und zu den Funktionen der Haut
- Risiken und Auswirkungen solarer UV-Strahlung
- Pathogenese von berufsbedingtem Hautkrebs durch solare UV-Strahlung
- Circadiane und geographische Verteilung der UV-Exposition in der Bundesrepublik
- Adäquate Präventionsmaßnahmen anhand des TOP-Prinzips (§ 4 Arbeitsschutzgesetz) in Beruf und Freizeit

Die skizzierten Inhalte werden im Einzelfall an die individuellen Bedürfnisse und den Beratungsbedarf der versicherten Personen angepasst. Weitere spezifische Themenfelder (zum Beispiel UV-Schutz nach einer Organtransplantation) können bei Bedarf ergänzt werden. Im Fokus der ILB stehen unter anderem Barrieren, die die versicherte Person persönlich wahrnimmt. Konkrete Möglichkeiten sowie individuelle Lösungsstrategien wie eine geplante Verhaltensänderung, die am eigenen Arbeitsplatz – aber auch im privaten Umfeld – umgesetzt werden kann, werden erarbeitet. Leitfragen, mit denen in diesem Zusammenhang gearbeitet werden kann, sind beispielsweise:

- Wo kann ich meine Sonnenschutzpräparate zweckmäßig lagern?
- Wie organisiere ich konkret das Nachcremen?

Zur Veranschaulichung verschiedener Schutzmöglichkeiten werden im Rahmen der ILB zum Beispiel didaktisch aufbereitete Experimente und Bilder als Methoden eingesetzt. So wird beispielsweise die korrekte Applikation von Sonnenschutzpräparaten fokussiert. Dabei kann zum einen vermittelt werden, wie viel Sonnencreme für einen optimalen Schutz benötigt wird. Zum anderen können die Versicherten die korrekte Applikation vor einer UV-Kamera erproben (Abbildung 2).

Abbildung 3 zeigt beispielhaft den Einsatz von sogenannten „UV-Perlen“. Hierbei handelt es sich um kleine, UV-sensitive Perlen, die unter UV-Strahlung die Farbe verändern. Auf diese Weise kann eine sonst für das menschliche Auge nicht sichtbare Einwirkung (UV-Strahlung) veranschaulicht werden („das Unsichtbare sichtbar machen“).

#### Formative Evaluation

Nach der Entwicklung und Erprobung der Intervention liegen erste Erfahrungen aus dem Prozess der formativen Evaluation vor. In diesem Rahmen wurden unter anderem die Versicherten, die an einer ILB teilgenommen haben, vier bis sechs Wochen nach der Beratung telefonisch zu Inhalten und zur Organisationsform der Maßnahme sowie zur Übertragbarkeit der erworbenen Fähigkeiten in den arbeitspraktischen Kontext befragt. Daraus ergeben sich erste Hinweise, dass eine individuelle Betrachtung des Arbeitsplatzes,

der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen sowie der Freizeitgestaltung und entsprechend angepasste Beratungsinhalte wesentlich zum Erfolg der Maßnahme beitragen.

Auch bereits berentete Versicherte können von der Vermittlung des spezifischen Lichtschutzwissens durch die Anpassung der Inhalte an die individuellen Bedürfnisse, insbesondere im Hinblick auf das Freizeitverhalten, profitieren. Dass ältere Personen ihr Sonnenschutzverhalten ebenfalls verbessern konnten, zeigen Gellrich et al.<sup>17</sup> in ihrer retrospektiven Analyse zur individuellen Sonnenschutzberatung. Die Bewertung des Angebots durch die Versicherten ist dabei äußerst positiv. Sie berichten bei der Nachbefragung häufig davon, dass sie ihr eigenes Lichtschutzverhalten sowohl am Arbeitsplatz als auch in der Freizeit verbessern konnten.

#### Fazit

Im Rahmen der Prävention der BK-Nr. 5103 wird für Versicherte aus verschiedenen Außenberufen mit der Individuellen Lichtschutz-Beratung ein eintägiges ambulantes, auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnittenes Präventionsangebot bereitgestellt, das die übrigen Präventions- und Behandlungsmaßnahmen gezielt ergänzt. Um berufsbedingten Plattenepithelkarzinomen und multiplen aktinischen Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung zukünftig flächendeckend vorzubeugen, erscheint die Entwicklung eines interdisziplinären, hierarchisch abgestuften Präventionskonzeptes wünschenswert, das sich am Verfahren Haut<sup>18</sup> zur BK-Nr. 5101 orientiert. •

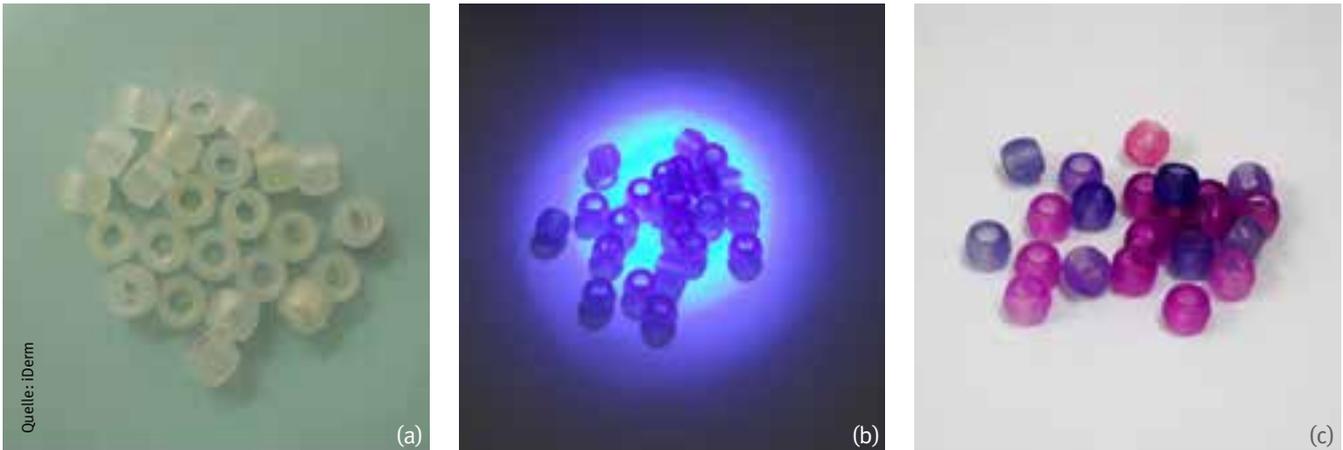


Abbildung 3: UV-Perlen – (a) Farblose UV-Perlen, (b) Bestrahlung der UV-Perlen durch eine UV-Taschenlampe, (c) Verfärbte UV-Perlen als Ergebnis



Das Angebot ist an den iDerm-Standorten in Osnabrück und Hamburg (BG-Klinikum) verfügbar. Weitere Informationen zum iDerm findet man unter: [www.iderm.de](http://www.iderm.de)<sup>19</sup>

### Fußnoten

[1] Diepgen, T. L.; Drexler, H.; Elsner, P.; Schmitt, J.: UV-Licht-induzierter Hautkrebs als neue Berufskrankheit. In: *Der Hautarzt*, Ausgabe 3/2015, Heidelberg

[2] Bauer, A.; Beisert, S.; Knuschke, P.: Prävention von durch berufliche solare UV-Exposition bedingtem epitheliale Hautkrebs. In: *Der Hautarzt*, Ausgabe 3/2015, Heidelberg

[3] Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Berufskrankheitenverordnung. Empfehlungen des ärztlichen Sachverständigenbeirates „Berufskrankheiten“. Bek. d. BMAS vom 1.7.2013; *Hautkrebs durch UV-Licht*. In: *Gemeinsames Ministerialblatt*, 64/2013, Berlin

[4] Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (ArbSchG) (31.8.2015)

[5] Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF (Leitlinienprogramm Onkologie) (Hrsg.): S3 Leitlinie Prävention von Hautkrebs. Version 1.1 – April 2014 WMF-Registernummer: 032/0520L, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, 9.6.2016

[6] Knuschke, P.; Ott, G.; Janßen, M.; Mersowsky, K.; Püschel, A.; Rönsch, H.; Beisert, St.; Bauer, A.: Die neue BK 5103 „Hautkrebs“ – Notwendigkeit und Möglichkeiten der Primärprävention. Ergebnisse aus dem BAuA-Forschungsprojekt F 2036. In: *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, Ausgabe 4/2014, Oberhaching-München

[7] Reinau, D.; Weiss, M.; Meier, C. R.;

Diepgen, T. L.; Surber, C.: Outdoor workers' sun-related knowledge, attitudes and protective behaviours: a systematic review of cross-sectional and interventional studies. In: *British Journal of Dermatology*, Ausgabe 5/2013, Weinheim

[8] Franzkowiak, P.: Prävention und Krankheitsprävention. In: Blümel, S.; Franzkowiak, P.; Kaba-Schönstein, L. (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*, Werbach-Gamburg 2011, S. 437–447

[9] Wilke, A.; John, S.; Wulfhorst, B.; Sonnsman, F.: „Hätte ich das mal eher gewusst!“ – Prävention von Berufsdermatosen durch gesundheitspädagogische Schulung und Beratung. In: *Aktuelle Dermatologie*, Ausgabe 1/2/2015, Stuttgart

[10] Stock, M. L.; Gerrard, M.; Gibbons, F. X.; Dykstra, J. L.; Weng, C.-Y.; Mahler, H. I. M.; Walsh, L. A.; Kulik, J. A.: Sun protection intervention for highway workers: long-term efficacy of UV photography and skin cancer information on men's protective cognitions and behavior. In: *Annals of Behavioral Medicine*, 3/2009, Heidelberg

[11] Mayer, J. A.; Slymen, D. J.; Clapp, E. J.; Pichon, L. C.; Eckhardt, L.; Eichenfield, L. F.; Elder, J. P.; Sallis, J. F.; Weinstock, M. A.; Achter, A.; Balderrama, C.; Galindo, G. R.; Oh, S. S.: Promoting sun safety among US Postal Service letter carriers: impact of a 2-year intervention. In: *American Journal of Public Health*, Ausgabe 3/2007, Washington

[12] Voss, H.; Brans, R.; John, S. M.: Qualitätssicherung im Hautarztverfahren. In: *Der Hautarzt*, Ausgabe 3/2015, Heidelberg

[13] Skudlik, C.; Weisshaar, E.: Individuell ambulante und stationäre Prävention bei Berufsdermatosen. In: *Der Hautarzt*, Ausgabe 3/2015, Heidelberg

[14] Brans, R.; Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R.; Ofenloch, R.; Elsner, P.; Wulfhorst, B.; Schönfeld, M.; John, S. M.; Diepgen, T. L.: Multicentre cohort study 'Rehabilitation of Occupational Skin Diseases – Optimisation and Quality Assurance of Inpatient Management (ROQ)': results from three-year follow-up. In: *Contact Dermatitis*, Ausgabe 75/2016, Weinheim

[15] Skudlik, C.; Geier, J.; John, S. M.: Aktuelle Trends in der Berufsdermatologie. In: *Der Hautarzt*, Ausgabe 11/2014, Heidelberg

[16] Elsner, P.; Hölzle, E.; Diepgen, T.; Grether-Beck, S.; Hönigsmann, H.; Krutmann, J.; Scharffetter-Kochanek, K.; Schwarz, T.; Luger, T.: Empfehlung Täglicher Lichtschutz in der Prävention chronischer UV-Schäden der Haut. In: *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, Ausgabe 2/2007, Weinheim

[17] Gellrich, F.; Klein, N.; Albinus, J.; Gellrich, S.: Retrospektive Analyse der individuellen Sonnenschutzberatung bei Patienten mit Aktinischen Keratosen. In: *Aktuelle Dermatologie*, Ausgabe 4/2016, Stuttgart

[18] Drechsel-Schlund, C.; Francks, H.-P.; Klinkert, M.; Mahler, B.; Römer, W.; Rogosky E.: Stufenverfahren Haut. In: *Die BG*, Ausgabe 1/2007, Berlin

[19] Skudlik, C.: Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück. In: *Aktuelle Dermatologie*, Ausgabe 1/2/2015, Stuttgart

## Aus der Forschung

# Projekt zum Gesundheitsschutz von Feuerwehrereinsatzkräften

Die wichtigste Aufgabe von Feuerwehren ist es, Menschenleben zu retten und Brände zu bekämpfen. Dabei setzen sich Feuerwehrereinsatzkräfte vielen Gefährdungen aus. Ein neues Forschungsprojekt geht jetzt der Frage nach, inwieweit Schadstoffe, darunter auch krebserzeugende Substanzen, von Feuerwehrereinsatzkräften über die Haut aufgenommen werden. Zudem soll die Dokumentation der Einsätze verbessert werden.

In Deutschland sorgen sich ungefähr 40.000 hauptamtliche und 1,3 Millionen ehrenamtliche Feuerwehrereinsatzkräfte bei Unfällen, Bränden und Katastrophen um die Sicherheit von uns allen. Neben den offensichtlichen Gefährdungen wird in letzter Zeit auch ein mögliches Krebsrisiko durch die Brandbekämpfung bei Einsatzkräften der Feuerwehr diskutiert. Während ihrer Einsätze können sie mit verschiedenen Gefahrstoffen in Kontakt kommen. So können Verbrennungsprodukte krebserzeugende Substanzen wie zum Beispiel polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK), Dioxine, Benzol und Cadmium enthalten.

## Persönliche Schutzausrüstung effektiv

Durch ihre Persönliche Schutzausrüstung wie Atemschutzmasken sind die Einsatzkräfte bei ordnungsgemäßer Anwendung vor der inhalativen Aufnahme der Gefahrstoffe geschützt. Eine Auswertung im Rahmen der großangelegten SYNERGY-Studie bestätigt in diesem Zusammenhang, dass für Feuerwehrereinsatzkräfte als Folge der beruflichen Tätigkeit kein erhöhtes Lungenkrebsrisiko besteht (Bigert et al. 2016). SYNERGY ist ein Koope-

rationsprojekt, an dem unter anderem das Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV (IPA), das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) und die Internationale Krebsagentur der Weltgesundheitsagentur beteiligt sind.

„Die Exposition konnte bislang nur rudimentär erfasst werden.“

## Wissenschaftlicher Sachstand noch unklar

Im Jahr 2007 hat die Internationale Krebsforschungsagentur (IARC) der Weltgesundheitsorganisation die Arbeit als Feuerwehrereinsatzkraft als möglicherweise krebserregend (Gruppe 2 B) eingestuft. In den vergangenen fast zehn Jahren sind weitere epidemiologische Studien zu diesem Thema publiziert worden. Insgesamt sind die Ergebnisse allerdings weiterhin heterogen, das heißt, erhöhte Krebsrisiken werden nicht durchgehend konsistent über die verschiedenen Studien hinweg beobachtet. Allerdings bestätigen die neueren Studien auch, dass das Lungenkrebsrisiko im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung nicht erhöht ist. Allen epidemiologischen

Studien ist gemein, dass die Exposition nur sehr rudimentär erfasst werden konnte, denn diese Studien sind retrospektiver Natur. Es war nicht möglich, die konkrete Exposition während der Einsätze über Jahrzehnte hinweg zu messen. Die Aufnahme von Schadstoffen während des Brandeinsatzes kann durch solche Studien nicht beurteilt werden. Dies soll ein neues Projekt der DGUV erforschen.

## Neues DGUV Forschungsprojekt

Schadstoffe können nicht nur über die Atemwege, sondern auch über die Haut in den Körper gelangen. Deshalb stellt sich die Frage, ob Persönliche Schutzausrüstungen auch vor einer relevanten dermalen Exposition schützen. Bisher ist ungeklärt, ob und wie krebserregende Substanzen über die Haut während eines Brandeinsatzes aufgenommen werden. Hier setzt ein neues Forschungsprojekt der DGUV an (DGUV Pressemitteilung, 2016). In Kooperation mit dem Deutschen Feuerwehrverband, mehreren Berufsfeuerwehren und

„Für den Feuerwehrdienst relevante Expositionsszenarien werden standardisiert.“

## Autor



### Dr. Dirk Taeger

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV  
Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA)  
E-Mail: taeger@ipa-dguv.de

Feuerwehr-Unfallkassen, Berufsgenossenschaften, dem IPA und dem IFA soll erforscht werden, ob und wenn ja wie schädliche Substanzen bei typischen Brandeinsatzszenarien wie zum Beispiel Zimmer- oder Autobränden über die Haut aufgenommen werden. Unter anderem wird in diesem Projekt auch die Einsatzhygiene untersucht, denn der Kontakt zu Gefahrstoffen kann auch beim Ablegen oder Wechseln der Einsatzkleidung erfolgen.



Foto: DGUV/Wolfgang Belwinkel

Die Tätigkeit der Feuerwehreinsatzkräfte birgt oft ein hohes Gefährdungspotenzial – zum Beispiel der Einsatz mit Pressluftatmern bei Gebäudebränden.

### Feuerwehrdienst sicher gestalten

Des Weiteren sollen in diesem Forschungsprojekt auch Möglichkeiten einer sachgerechten Dokumentation von Gefahrstoffkontakten während des Einsatzes erarbeitet werden. Denn nach der Gefahrstoffverordnung ist der Arbeitgeber verpflichtet, Gefährdungen durch solche Kontakte zu dokumentieren. Dies gilt auch für ehrenamtliche Feuerwehrkräfte. Die DGUV bietet mit der Zentralen Expositionsdatenbank (ZED) ein Instrument an, das dem Arbeitgeber die Dokumentation erleichtert und zudem kostenfrei nutzbar ist (Zentrale

Expositionsdatenbank, 2016). Die für den Feuerwehrdienst relevanten Szenarien sollen standardisiert werden, um diese und die damit verbundenen Einwirkungen in die ZED aufnehmen zu können.

Das Forschungsprojekt soll damit dazu dienen, Feuerwehreinsatzkräfte optimal vor Gefahrstoffen zu schützen und die Dokumentation der Einwirkungen zu verbessern. Die Ergebnisse können dann zu konkreten Handlungsanweisungen führen, um den Feuerwehrdienst noch sicherer zu gestalten. ●

### Literatur

Bigert, C. et al.: Lung cancer among firefighters: smoking-adjusted risk estimates in a pooled analysis of case-control studies, *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Baltimore 2016

DGUV Pressemitteilung, [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode: dp1033767), abgerufen am 11.10.2016

Zentrale Expositionsdatenbank (ZED), [www.dguv.de](http://www.dguv.de) (Webcode: d1014446), abgerufen am 11.10.2016

## Joachim Breuer Präsident der IVSS

Der Hauptgeschäftsführer der DGUV, Dr. Joachim Breuer, ist am letzten Tag des Weltforums für soziale Sicherheit in Panama-Stadt zum 16. Präsidenten der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) gewählt worden. Breuer war bereits Mitglied des IVSS-Vorstands und Vorsitzender des IVSS-Fachausschusses für die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Er tritt die Nachfolge von Errol Frank Stoové (Niederlande) an, der seit 2010 im Amt war.

Die IVSS ist die weltweit führende internationale Organisation für Institutionen, Regierungsstellen und Behörden, die sich mit der sozialen Sicherheit befassen. Die IVSS fördert Exzellenz in der sozialen Sicherheit durch Leitlinien, Expertenwissen, Dienstleistungen und Unterstützung, die ihre Mitglieder weltweit befähigen, dynamische Systeme der sozialen Sicherheit und entsprechende Politik zu entwickeln. Die IVSS wurde 1927 unter Federführung der Internationalen Arbeitsorganisation gegründet und zählt heute über 320 Mitgliedsinstitutionen in mehr als 150 Ländern.



Foto: Wolfgang Belwinkel/DGUV

Dr. Joachim Breuer ist neuer Präsident der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS).

! Mehr Informationen unter: <https://www.issa.int/de>



Foto: Mehrhoff/DGUV

Haidi Zhang ist die neue Präsidentin von Rehabilitation International.

## Neue Präsidentin von Rehabilitation International

Anlässlich des Weltkongresses für Rehabilitation in Edinburgh (Schottland) trat die Chinesin Haidi Zhang ihr Amt als neue Präsidentin von Rehabilitation International (RI) mit Sitz in New York an. Ihre Amtszeit währt bis zum nächsten Weltkongress 2020. Haidi Zhang, die selbst Rollstuhlfahrerin ist, leitet die größte Behindertenorganisation in China, die so viele Mitglieder hat wie Deutschland Einwohner und Einwohnerinnen.

Sie versorgt behinderte Menschen dort mit Hilfsmitteln, betreibt Reha-Einrichtungen und unterhält gute Beziehungen zur deutschen Bundesregierung. Frau Zhang will die Nähe von RI zu den Vereinten Nationen stärken und neue Projekte zur Rehabilitation anstoßen, insbesondere in Afrika. Neuer RI-Vizepräsident für die Region Europa, und somit Nachfolger von Dr. Joachim Breuer (DGUV) nach acht Jahren Amtszeit, ist Roy O'Shaughnessy, Direktor von Shaw Trust (United Kingdom). Deutsche Mitglieder im Vorstand von RI sind Dr. Silke Brüggemann (Deutsche Rentenversicherung) und Dr. Friedrich Mehrhoff (DGUV).

## Keine Haftung des Unfallversicherungsträgers im Durchgangsarztverfahren für vertragswidrig eingesetzte, nicht ausreichend qualifizierte Ärzte

Beide gerichtlichen Entscheidungen können auf das ab 2011 neu geregelte D-Arzt-Verfahren übertragen werden.



Landgericht München II, 26.01.2016, 1 O 6/14 Hei und LG Regensburg, 28.08.2014, 4 O 77/13 (1).

Im Rechtsstreit beim LG Regensburg fiel der Maler A. aus drei Meter Höhe auf harten Untergrund. Die Erstuntersuchung im Klinikum erfolgt nicht durch den zum D-Arzt bestellten Professor, sondern durch den Assistenzarzt B, der für den D-Arzt den Maler A. untersucht. B. übersieht grob behandlungsfehlerhaft auf der Röntgenaufnahme eine Fraktur des Lendenwirbelkörpers 5. Die zwingende sofortige OP erfolgt erst zehn Tage später. A. leidet bis dahin unter großen Schmerzen und jahrelang unter Folgeschäden. A. verklagt erst nur den Klinikträger und erweitert später die Klage gegen die BG.

Im Fall des LG München II begab sich der Arbeiter G., der sich eine Schnittverletzung zugezogen hatte, ebenfalls in eine Notfallaufnahme. Die dortige Ärztin (keine D-Ärztin) vernähte die Wunde. Drei Wochen später wurde eine Sehnendurchtrennung festgestellt, die zuvor hätte auffallen/behandelt werden müssen. Die unverzügliche, richtige Versorgung hätte zur vollständigen Heilung geführt. Der Kläger, dem Prozesskostenhilfe gegen das Klinikum versagt, gegen die BG bewilligt wurde, begehrt Schmerzensgeld. Die BG entschädigt beide Unfälle einschließlich der Folgen der fehlerhaften Behandlung. Sie meinte, für vertragswidrig eingesetzte Ärzte, die nicht den Qualifikationsvoraussetzungen des Vertrages Ärzte-UVT genügen, nicht zu haften. Die Versicherten müssten sich direkt an die Ärzte halten, denen die Befunderhebungsfehler vorzuwerfen sind, alternativ an das Klinikum oder den D-Arzt, sofern letzterer den vertragswidrigen Einsatz unqualifizierter Ärzte zu verantworten haben sollte. Eine Zurechnung der Pflichtverletzungen der unqualifizierten Ärzte über § 278 BGB über den D-Arzt hin zum zuständigen UVT finde deswegen nicht statt, weil im Zulassungsverfahren konkrete Voraussetzungen in qualitativer/quantitativer Hinsicht an D-Ärzte gestellt wurden.

Das LG Regensburg folgte dieser Auffassung zunächst nicht, dann aber doch mit einem Hinweisbeschluss: „Die BG hat sich des Dr. B nicht zur Erfüllung einer ihr obliegenden Verbindlichkeit bedient. Soweit Dr. B für den zum D-Arzt bestellten Prof. tätig wurde, war dies nur nach Maßgabe der einschlägigen Auslegungsgrundsätze zu diesem Vertrag zulässig.

Die fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen dürften in der Person des Dr. B nicht vorgelegen haben. Letztlich beruht die fehlende Haftung der BG für einen Behandlungsfehler des Dr. B. auf dem Gedanken, dass die durch § 278 BGB ausgelöste Haftungserweiterung (ohne Exkulpationsmöglichkeit) nur in solchen Fällen gerechtfertigt erscheint, in denen der Haftende die Möglichkeit hat, auf die Person und die Qualifikation des Handelnden in irgendeiner Weise Einfluss zu nehmen.“ Der Kläger hat am 20.10.2016 die Klage gegen die BG auf Basis des Hinweisbeschlusses zurückgenommen.

Im Fall des LG München II nahm die Ärztin im fünften Weiterbildungsjahr die Erstuntersuchung des G. nicht als D-Ärztin/dessen Vertreterin vor. Sie war nicht als Erfüllungsgehilfin der BG tätig, weil diese generell nicht mit einer Heranziehung von nicht ausreichend qualifizierten Ärzten einverstanden gewesen ist, wofür D-Arzt-Anforderungen sprachen. Es muss ein dem D-Arzt entsprechender Standard bei der Vertretung gewährleistet sein. Der D-Arzt war nicht dazu ermächtigt, jedweden Gehilfen heranzuziehen, sondern lediglich ausreichend qualifizierte Ärzte i. S. v. § 24 Abs. 2 des Vertrages Ärzte/UVT. Soweit hier bei der Entscheidung, ob eine besondere Heilbehandlung durchgeführt werden soll, nicht hinreichend qualifiziertes ärztliches Personal der Notaufnahme im Klinikum handelte, betraf dies ein Organisationsverschulden, welches nicht der BG anzulasten war. Die Klage wurde am 26.01.2016 rechtskräftig abgewiesen.

Da Amtshaftungsprozesse gegen UVT zunehmen – u. a. wegen des Einwands angeblich fehlender Passivlegitimation seitens der Haftpflichtversicherer von Ärzten/Krankenhausträgern – und ein Behandlungs-/Befunderhebungsfehler, der zu einem zusätzlichen Schaden geführt hat, gelegentlich nachweisbar ist, kommt es häufiger dazu, dass die Gerichte eine Entscheidung darüber treffen müssen, wer gegenüber dem Geschädigten einstandspflichtig ist. Wird nun die fehlende Passivlegitimation des UVT nicht thematisiert, besteht die Gefahr, dass dieser allein deswegen verurteilt wird, weil ein D-Arztbericht erstellt wurde. Die beiden Entscheidungen zeigen, wie wichtig es ist, diesen Aspekt vorzutragen. Damit wird zugleich ein Beitrag dafür geleistet, dass im D-Arztverfahren nur ausreichend qualifizierte Ärzte eingesetzt werden.



**Kontakt:** RA Dr. Jerom Konradi  
**E-Mail:** [konradi@busselaw.de](mailto:konradi@busselaw.de)

## Arbeitsschutz-Hinweise zum Aufhängen

Richtiger Kopfschutz, Einsatz von Feuerlöschern, Umgang mit Stress: Plakate und Aushänge der Zeitschrift „DGUV Arbeit & Gesundheit“ können im Internet heruntergeladen und ausgedruckt werden. Kurze Videos runden das Multimedia-Angebot ab.



Eines der Plakate, die für den betrieblichen Einsatz heruntergeladen werden können

! Weitere Informationen unter: [www.dguv-aug.de/99](http://www.dguv-aug.de/99)

## Wie geht's?

Geht das überhaupt? Das Thema „Berufskrankheiten“ an eine junge Zielgruppe vermitteln? Wie das geht, zeigt derzeit der Erlebnis-Parcours „Wie geht's?“ in der DASA Arbeitswelt-Ausstellung in Dortmund. Entwickelt wurde das innovative Konzept von der DASA in Kooperation mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). „Wie geht's?“ arbeitet mit der Methode des „Storytelling“. Die Besucherinnen und Besucher tauchen in die Arbeitswelt und das Privatleben von Sandra, Christian, Nuri und Andrea ein, die in der Ausstellung durch Interaktionen und farbenfrohe Illustrationen zum Leben erweckt

werden. Eine davon zielt das Titelbild der aktuellen Ausgabe des DGUV Forum.

Mit einem Ausstellungsheft geht es auf Spurensuche im Leben der Figuren. Alle vier entwickeln für ihre Lebensumstände typische Beschwerden. Um welche Gefährdungen es konkret geht, gilt es spielerisch herauszufinden.

! Ab März 2017 kann die Ausstellung auch ausgeliehen werden. Mehr Informationen unter: [www.wiegehts-ausstellung.de](http://www.wiegehts-ausstellung.de)



Quelle: Laura Laakso

## Impressum

### DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung [www.dguv-forum.de](http://www.dguv-forum.de)

8. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

**Herausgegeben von** • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 10117 Berlin-Mitte, [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

**Chefredaktion** • Gregor Doecke (verantwortlich), Dr. Jochen Appt, Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

**Redaktion** • Elke Biesel, (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gabriele Franz, Franz Roederer (Universum Verlag)

**Redaktionsassistentz** • Andrea Hütten, [redaktion@dguv-forum.de](mailto:redaktion@dguv-forum.de)

**Verlag und Vertrieb** • Universum Verlag GmbH, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden

**Vertretungsberechtigte Geschäftsführer** • Siegfried Pabst und Frank-Ivo Lube, Telefon: 0611/9030-0, Telefax: -281, [info@universum.de](mailto:info@universum.de), [www.universum.de](http://www.universum.de)

Die Verlagsanschrift ist zugleich ladungsfähige Anschrift für die im Impressum genannten Verantwortlichen und Vertretungsberechtigten.

**Anzeigen** • Anne Prautsch, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246, Telefax: -247

**Herstellung** • Harald Koch, Wiesbaden

**Druck** • abdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

**Grafische Konzeption und Gestaltung** • Cicero Kommunikation GmbH, Wiesbaden

**Titelbild** • Laura Laakso

**Typoskripte** • Informationen zur Abfassung von Beiträgen (Textmengen, Info-Grafiken, Abbildungen) können heruntergeladen werden unter: [www.dguv-forum.de](http://www.dguv-forum.de)

**Rechtliche Hinweise** • Die mit Autorennamen versehenen Beiträge in dieser Zeitschrift geben ausschließlich die Meinungen der jeweiligen Verfasser wieder.

**Zitierweise** • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

**ISSN** • 1867-8483

**Preise** • Im Internet unter: [www.dguv-forum.de](http://www.dguv-forum.de)

© DGUV, Berlin; Universum Verlag GmbH, Wiesbaden. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers und des Verlags.

# Gute gesunde Schule

## Für einen besseren Schulalltag



### Gesund bleiben im Lehreralltag

- Das Einmaleins der persönlichen Gesundheitsprophylaxe
- Zeit-, Stress- und Energiemanagement
- Work-Life-Balance
- Entspannungstechniken
- FAQ: Die häufigsten Fragen in der Lehrersprechstunde

Umfang: 44 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-401-8 | Preis: 4,95 €



### Bewegte Grundschule

- Bedeutung der Bewegung für die Entwicklung von Kindern
- Lernkultur und Unterrichtsqualität
- Lern- und Lebensraum Schule
- Schulorganisation

Umfang: 52 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-420-9 | Preis: 4,95 €

Foto: fotolia/riado



## Die Fachreihe für Lehrerinnen und Lehrer



### Chemieunterricht – aber sicher!

- Chemieunterricht planen, halten und nachbereiten
- Praktische Hilfen für die Gefährdungsbeurteilung
- Kennzeichnung und Aufbewahrung von Chemikalien
- Mit Beispielen aus dem Schulalltag
- Checklisten

Umfang: 68 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-419-3 | Preis: 6,95 €



### Achtsamkeit macht Schule

- Achtsamkeit und ihre Wurzeln
- Achtsame Selbstregulation
- Achtsamer Umgang mit anderen
- Achtsame Schulkultur
- Mit vielen Übungen und Selbstchecks

Umfang: 52 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-417-9 | Preis: 4,95 €



### Erste Hilfe in Schulen

- Rechtliche Grundlagen
- Akuter Notfall – und nun?
- Auf dem Pausenhof und bei Klassenfahrten
- Im naturwissenschaftlichen Unterricht
- Bei Sportveranstaltungen
- Auf dem Schulweg
- Schulsanitätsdienst

Umfang: 48 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-418-6 | Preis: 4,95 €



### Kraft tanken im Lehreralltag

- Übungsprogramm von Jimmy Little speziell für Lehrkräfte
- Leicht erlernbare Atemtechniken
- Effektive Entspannungsmethoden
- Motivationshilfen für einen aktiven Lebensstil

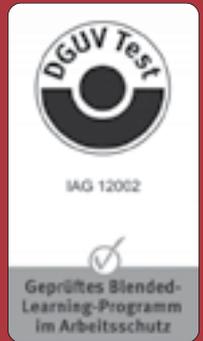
Umfang: 44 Seiten | Format: DIN A5  
ISBN: 978-3-89869-421-6 | Preis: 4,95 €

Bestellen Sie jetzt: [www.universum.de/ggs](http://www.universum.de/ggs)

Staffelpreise auf Anfrage



Die Broschürenreihe zur „Guten gesunden Schule“ wird kontinuierlich erweitert. Informieren Sie sich!



# Elektronische Unterweisung auf CD – nach DGUV-Test zertifiziert!



Schulen Sie Ihre Mitarbeiter in nur 20 Minuten in den Grundlagen des Arbeitsschutzes gemäß § 12 des Arbeitsschutzgesetzes. Das Gelernte wird durch einen Abschlusstest für Ihre Unterlagen dokumentiert. Als CD-ROM oder Intranetsoftware.

## Verfügbare Themen der Reihe „Unterweisung interaktiv“:

- Grundregeln
- Brandschutz
- Ladungssicherung
- Erste Hilfe
- Hautschutz
- Persönliche Schutzausrüstungen
- Bildschirmarbeit
- Elektrische Geräte und Anlagen
- Gefahrstoffe
- Lärmschutz
- Gesunder Rücken
- Basic Principles

Alle CD-ROMs  
ab sofort zum  
Dauertiefpreis  
von **39 €**!

Weitere Informationen: [www.unterweisungs-manager.de](http://www.unterweisungs-manager.de)