

Gemeinsame Empfehlung

der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften



und der

Deutschen Gesetzliche Unfallversicherung e. V.



in Zusammenarbeit mit der

Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.



und der

Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.



**bei der Entwicklung von
Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung
von Berufskrankheiten**

**Gemeinsame Empfehlung
der AWMF und der DGUV
in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMP
bei der Entwicklung von
Leitlinien und Empfehlungen zur Begutachtung von Berufskrankheiten**

Entscheidungen in Begutachtungsverfahren zu Berufskrankheiten werden in der Regel auf der Grundlage medizinischer Gutachten von der zuständigen gesetzlichen Unfallversicherung bzw. von den Sozialgerichten getroffen. Die Begutachtung von Berufskrankheiten basiert rechtlich auf den SGB und den entsprechenden Verordnungen.

Die Begutachtung von Berufskrankheiten gehört zu den Aufgaben der Fachärzte der zuständigen Fachgebiete, insbesondere von Fachärzten und Fachärztinnen für Arbeitsmedizin als Querschnittsdisziplin für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen. Vergleichbar liegen umfassende Erfahrungen in der Zusammenführung wissenschaftlicher Erkenntnisse mit verwaltungspraktischen und sozialrechtlichen Anforderungen im Bereich der Sozialmedizin vor.

Vor diesem Hintergrund haben

- die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (*AWMF*) als Dachorganisation der medizinischen Fachgesellschaften und
- die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (*DGUV*) im Einvernehmen mit der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (*LSV*) als Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung

in Beratungen mit

- der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (*DGAUM*) und
 - der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (*DGSMP*)
- folgende Empfehlung zu einem gemeinsamen Vorgehen formuliert.

Originäre Aufgabe der wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist es, wissenschaftliche Grundlagen für eine evidenzbasierte Ausübung des Faches in der Praxis zu schaffen und diese in adäquater Weise zu formulieren. Ein wichtiger Bestandteil ist dabei die Erarbeitung von Leitlinien.

Wissenschaftliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte und Patienten zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die Leitlinien sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder unmittelbar haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung. Leitlinien können sich neben Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation auch auf die Begutachtung als ärztliche Aufgabe beziehen.

Wissenschaftliche Leitlinien zur Begutachtung von Berufskrankheiten enthalten die Darstellung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse insbesondere in der Diagnostik des Krankheitsbildes und der Feststellung von Funktionseinschränkungen sowie der Beurteilung von Ursachenzusammenhängen zwischen

Exposition und Erkrankung sowie zwischen Erkrankung und Funktionseinschränkungen (im Folgenden: Leitlinien).

Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten (im Folgenden: Begutachtungsempfehlungen), die interdisziplinär die medizinischen und rechtlichen Fragen der Begutachtung behandeln, werden von der DGUV im Auftrag der Unfallversicherungsträger gemeinsam mit den zuständigen Fachgesellschaften erarbeitet, um die Gleichbehandlung der Erkrankten zu gewährleisten.

Die Begutachtungsempfehlungen richten sich vorrangig an Gutachter und Sachbearbeiter der Unfallversicherungsträger und sollen die Beweisfragen des Gutachtenauftrages erläutern sowie das relevante Wissen aus der Leitlinie ggf. auch mit Bezug auf konkrete Sachverhaltskonstellationen zusammenfassen.

Im Ergebnis sollen Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen Hilfestellungen für den Gutachter sein, um im konkreten Einzelfall ein Gutachten auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu fertigen und damit ein schlüssiges und verstehbares Fundament für die Entscheidungsfindung zu liefern.

Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen sind somit aus unterschiedlicher Perspektive auf das gleiche Aufgabenfeld und vergleichbare Ziele ausgerichtet. Um Doppelarbeit und Widersprüche bei Unterschieden in Trägerschaft und Organisation zu vermeiden, empfehlen AWMF, DGUV in Zusammenarbeit mit der DGAUM und der DGSMP, Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen in einem aufeinander abgestimmten zweistufigen Verfahren zu erarbeiten.

Folgendes Vorgehen wird empfohlen:

1. Initiierung

Wenn eine Fachgesellschaft die Erarbeitung einer Leitlinie beabsichtigt, erfolgt eine Abstimmung mit der DGUV bezüglich einer ergänzenden Begutachtungsempfehlung. Entsprechend erfolgt die Einbeziehung zuständiger Fachgesellschaften, wenn die DGUV die Erstellung von Begutachtungsempfehlungen plant. Dabei stimmen DGUV und Fachgesellschaften das weitere Vorgehen miteinander ab. Hierzu gehört insbesondere, welche Fachgesellschaften federführend sind und welche weiteren Organisationen zu beteiligen sind.

2. Zweistufiges Verfahren

Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen werden in einem zweistufigen Verfahren erarbeitet. Über die Details der Bearbeitung, insbesondere des Ablaufs und des Zeitplans, stimmen sich DGUV und Fachgesellschaften ab.

Die inhaltliche Verpflichtung ist von der Verantwortung für den jeweiligen Arbeitsprozess zu unterscheiden.

Die erste Stufe betrifft die medizinischen Fragen; sie wird als Leitlinie nach dem Regelwerk der AWMF (Anhang 1) unter Verantwortung der federführenden Fachgesellschaften erarbeitet. Die DGUV ist angemessen und mit Stimmrecht zu beteiligen.

Die zweite Stufe betrifft die juristischen und die medizinisch-juristischen Fragen.

Sie wird als gemeinsame Begutachtungsempfehlung der DGUV und der beteiligten Fachgesellschaften unter Verantwortung der DGUV erarbeitet. Die DGUV benennt in angemessener Zahl Vertreter der Unfallversicherungsträger und ihrer Einrichtungen zur Mitwirkung zusätzlich zu den an der Erarbeitung der Leitlinie beteiligten Fachgesellschaften. Die beteiligten Fachgesellschaften / Organisationen sind angemessen und stimmberechtigt zu beteiligen.

Die Begutachtungsempfehlung wird nach den Grundsätzen der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten (Anhang 2) erarbeitet.

Die Zuordnung der zu behandelnden Themen zu den Stufen ergibt sich aus der Tabelle 1. Ergänzungen und Abweichungen, wie sie ggf. bei besonderen Fragestellungen erforderlich werden, sind vorab zwischen den beteiligten Fachgesellschaften und der DGUV zu vereinbaren.

Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen bilden inhaltlich eine aufeinander abgestimmte Einheit. Widersprüche zwischen beiden sind zu vermeiden. Die Begutachtungsempfehlungen bauen hinsichtlich der medizinischen Fragen auf den Aussagen der Leitlinie auf, die ihrerseits keine rechtlichen Wertungen umfassen sollen.

Den Rahmen des Gesamtwerkes bilden eine gemeinsam zu erstellende Darstellung der Ausgangslage und Zielsetzung, des durchgeführten Verfahrens unter Nennung der Beteiligten und der von ihnen vertretenen Organisation sowie nach Möglichkeit eine Kurzfassung. Beide werden dementsprechend von der AWMF, den Fachgesellschaften und der DGUV als Einheit oder getrennt mit entsprechenden Hinweisen auf die Leitlinie bzw. auf die Begutachtungsempfehlung publiziert.

3. Gültigkeit der Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen

Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen haben in der Regel eine Gültigkeit von 5 Jahren ab Fertigstellung. Vor Ablauf dieser Gültigkeitsdauer sind sie auf ihren Überarbeitungsbedarf hin zu überprüfen. Sollten vor Ablauf der Gültigkeitsdauer neue Erkenntnisse auftreten, sind diese von den Entwicklern bezüglich ihrer Leitlinienrelevanz zu untersuchen und ggf. in die Leitlinien bzw. Begutachtungsempfehlungen zu integrieren.

4. Geltung dieser gemeinsamen Empfehlung

Diese Empfehlung soll für alle Begutachtungsprojekte (Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen) gelten, die ab 01.01.2010 initiiert werden.

Erarbeitet von S. Brandenburg (DGUV), A. Kranig (DGUV), S. Letzel (DGAUM),
G. von Mittelstaedt (DGSMP), S. Palfner (DGUV), H.-K. Selbmann (AWMF)

Verabschiedet von AWMF, DGUV, DGAUM und DGSMP im September und Oktober 2009

Tabelle 1

Mustergliederung Leitlinie / Begutachtungsempfehlung BK Nr.

	Gliederungsüberschrift	Erläuterung zum Inhalt
A		
A.1	Vorwort	Anlass, Hintergrund, Einordnung
A.2	Ziel	Zweck, Anwendungsbereich und Kontext
A.3	Bestandsaufnahme	
A.4	Verfahren	<ul style="list-style-type: none">▪ Behandelte Fragestellungen▪ Zielgruppen▪ Evidenzbasierung▪ Konsensfindung▪ Beteiligte
A.5	Erklärung / Offenlegung möglicher Interessenskonflikte	<ul style="list-style-type: none">▪ Redaktionelle Unabhängigkeit▪ finanzierende Organisation
A.6	Kurzfassung	
A.7	Zitierte und weiterführende Literatur	

Tabelle 1

	Gliederungsüberschrift	Erläuterung zum Inhalt
B	LEITLINIE	
B.1	Klinischer und wissenschaftlicher Kenntnisstand zur BK Nr.	
B.1.1	Medizinische Definition des Krankheitsbildes	
B.1.2	Epidemiologie des Krankheitsbildes	
B.1.3	Pathophysiologie der BK Nr.	Pathologische Anatomie / Pathomechanismus
B.1.4	BKspezifische Studienlage zu <ul style="list-style-type: none"> – Krankheitsbild – Kausalzusammenhang – Folgen 	z.B. <ul style="list-style-type: none"> – generelle Geeignetheit – Dosis-Wirkungsbeziehungen zwischen Exposition und Krankheit
B.1.5	Wechselwirkungen mit anderen Einwirkungen	
B.1.6	Krankheitsfolgen / Einschränkungen bei Vorliegen der BK Nr.	
B.1.7	Besonderheiten	z.B. Studienlage zu Histologiebefunden versus Röntgenbefunden bei der Silikose
B.2	Diagnostik des Krankheitsbildes	
B.2.1	Anamnese einschl. der Arbeitsanamnese	
B.2.2	Körperliche Untersuchung	
B.2.3	Weiterführende Diagnostik	z.B.
B.2.4	Differentialdiagnostik	Studienlage zu Wertigkeit (Testgüte) und Nutzen diagnostischer Verfahren in Hinblick auf das Patienten-Outcome
B.3	Feststellen der Funktionseinschränkungen	
B.3.1	Kausalzusammenhang zwischen Krankheitsbild und Funktionseinschränkung	z.B. Systematische Literaturrecherche und Bewertung von Studien zur Ätiologie, Pathogenese und Kausalzusammenhänge
B.3.2	Positives Leistungsbild	
B.3.3	Negatives Leistungsbild	
B.4	Kenntnisse zu Prävention	z.B. Studienlage zur <ul style="list-style-type: none"> – Primär-, – Sekundär- und – Tertiärprävention
B.5	Therapie und Rehabilitation	z.B. Systematische Literaturrecherche und Bewertung spezieller therapeutischer und rehabilitativer Verfahren

Tabelle 1

	Gliederungsüberschrift	Erläuterung zum Inhalt
C	BEGUTACHTUNGSEMPFEHLUNG	Empfehlungen für die Erstellung eines Zusammenhangsgutachtens
C.1	Berufskrankheitenrechtliche Grundlagen	
C.1.1	Tatbestandsmerkmale der BK Nr.	Rechtssystematische Einordnung
C.1.2	Versicherte Einwirkung (typische Exposition)	Ggf. Erläuterungen zur Dosis (- Grenzwert)
C.1.3	Rechtliche Definitionen	
C.1.3.1	Kausalitätsgrundsätze	
C.1.3.2	Beweisgrundsätze	
C.1.3.3	ggf. versicherungsrechtliche Voraussetzungen	sofern dazu auch eine medizinische Einschätzung erforderlich ist, z.B. Unterlassungszwang
C.1.3.4	Versicherungsfall / Leistungsfall	
C.1.4	Berufskrankheitenverfahren und Begutachtung	Definition des Gutachtens, rechtl. Stellung und Verantwortung des Gutachters
C.1.5	Zusammenwirken von Unfallversicherungsträger und Gutachter	Umfang der Vorermittlungen
C.2	Diagnose der BK	
C.2.1	Diagnostik	Umfang der erforderlichen Diagnostik für den Vollbeweis
C.2.2	Anamnese	ggf. Leitfaden für die Arbeitsanamnese
C.2.3	Diagnosesicherung	Möglichkeiten der Diagnosesicherung, Differentialdiagnosen
C.3	Funktionseinschränkungen und MdE	
C.3.1	Feststellung der Funktionseinschränkungen	einschließlich sekundären Krankheitsfolgen
C.3.2	Zusammenhang zwischen Berufskrankheit und Funktionseinschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuordnung der Funktionseinschränkungen zur BK-Nr. ▪ Plausibilitätskriterien ▪ Vor- / Nachschäden
C.3.3	Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	rechtliche Grundlagen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definition ▪ Ermittlung und Bemessung der MdE ▪ Beginn und Staffelung
C.3.3.1	Bemessung der MdE / Bewertung der Funktionseinschränkungen	ggf. durch / mit tabellarischer Darstellung
C.4	Funktionseinschränkungen und Gesundheitsgefährdung bei der aktuellen beruflichen Tätigkeit	
C.4.1	Empfehlungen zu Maßnahmen nach § 3 BKV	rechtliche Grundlagen
C.4.1.1	Unterlassungszwang / Tätigkeitsaufgabe	medizinische Einschätzung
C.4.1.2	Auswahlkriterien für § 3 Maßnahmen	
C.5	Empfehlungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation / Hilfsmittelversorgung	
C.6	Nachuntersuchungen	Erfordernis, Umfang, Intervall
C.7	Anlagen	
C.7.1	Mustergutachtenauftrag	



Anhang 1

Grundsätze der AWMF für die Entwicklung von Leitlinien

1. Definition von Leitlinien

Leitlinien sind systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben und den behandelnden bzw. handelnden Ärzten und ihren Patienten die Entscheidungsfindung für eine angemessene Behandlung spezifischer Krankheitssituationen erleichtern. Leitlinien sind danach Entscheidungshilfen und keine Richtlinien. Von ihnen kann begründet abgewichen werden, insbesondere dann, wenn der Krankheitsfall nicht auf die Leitlinien passt.

2. Qualität von Leitlinien

Zur Beschreibung der Genese und zur groben Einteilung der Qualität der Leitlinien wurde die S-Klassifikation eingeführt. Ausgehend von den folgenden vier Aspekten, die die Eckpunkte einer qualitativ hochwertigen Leitlinie bilden:

- repräsentatives, in der Regel interdisziplinäres und multiprofessionelles Entwicklungsgremium unter Beteiligung von Patientenvertretern,
- systematische Evidenzbasierung (systematisch steht für ein möglichst vollständiges Auffinden von wissenschaftlichen Belegen mit anschließender Aufbereitung in Form von Evidenztabellen),
- klinische Bewertung der gefundenen wissenschaftlichen Belege bezüglich ihrer Anwendbarkeit,
- strukturierte Konsensfindung

lassen sich Leitlinien in folgende vier Klassen einteilen:

- S1-Klasse: Handlungsempfehlungen einer nicht-repräsentativen Entwicklergruppe ohne systematische Evidenzbasierung und ohne strukturierte Konsensfindung,
- S2e-Klasse: Leitlinie einer nicht-repräsentativen Entwicklergruppe, basierend auf einer systematischen Evidenzbasierung,
- S2k-Klasse: Leitlinie einer repräsentativen Entwicklergruppe mit einer strukturierten Konsensfindung, aber ohne systematische Evidenzbasierung,
- S3-Klasse: Leitlinie einer repräsentativen Entwicklergruppe mit einer strukturierten Konsensfindung, die auf der systematischen Evidenzbasierung aufbaut.

Die AWMF empfiehlt den Leitlinienentwicklern, nur in gut begründeten Fällen von der höchst möglichen Qualitätsklasse (S3-Klasse) abzuweichen.

3. Anmeldung von Leitlinien

Leitlinien und deren Aktualisierung werden vor Beginn ihrer inhaltlichen Bearbeitung durch die Fachgesellschaften bei der AWMF in einem strukturierten Verfahren angemeldet. Die Geschäftsstelle der AWMF prüft die Vollständigkeit der Anmeldung, insbesondere thematische Überschneidungen mit bereits bestehenden bzw. angemeldeten Leitlinien und reicht die Anmeldung an die beiden Vorsitzenden der AWMF-



Anhang 1

Leitlinien-Kommission zur Entscheidung weiter. Bei positivem Votum wird das Leitlinien-Vorhaben in das Anmeldeverzeichnis der AWMF eingestellt und damit anderen Fachgesellschaften zur Kenntnis gebracht.

4. Das Delbi-Instrument

Delbi ist einerseits ein Instrument zur Bewertung der methodischen Leitlinienqualität und kann andererseits - oder gerade deswegen - von den Leitlinienentwicklern als Checkliste für Erstellung hochwertiger Leitlinien benutzt werden. Es besteht aus 8 Domänen, wobei die ersten 6 den Domänen der internationalen AGREE Collaboration entsprechen (siehe www.delbi.de). Die 8 Domänen sind in insgesamt 34 Kriterien untergliedert (siehe Tabelle 1), die in 4 Ausprägungsstufen (1-4) gemessen werden können. Beispielsweise enthält die Domäne 6 „Redaktionelle Unabhängigkeit“ das Kriterium 22 „Die Leitlinie ist redaktionell von der (den) finanzierenden Organisation(en) unabhängig.“ und das Kriterium 23 „Interessenkonflikte von Mitgliedern der Leitlinien-Entwicklungsgruppe wurden dokumentiert.“

Tabelle 1: Domänen und Kriterien des deutschen Instruments zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien.

Domäne	Titel	Zahl der Kriterien
1	Geltungsbereich, Zweck	3
2	Beteiligung von Interessengruppen	4
3	Methodische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung	7
4	Klarheit und Gestaltung	4
5	Generelle Anwendbarkeit	3
6	Redaktionelle Unabhängigkeit	2
7	Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitswesen Empfehlungen für die Sektoren übergreifende Versorgung Empfehlungen für die Unterlassung von Maßnahmen Orientierung am Behandlungsablauf Zugänglichkeit und Verbreitung Konzept für Implementierung Existenz eines Leitlinienreports	6
8	Methodologische Exaktheit der Leitlinien-Entwicklung bei Verwendung existierender Leitlinien	5

5. Ablaufplan für den Entwicklungsprozess von S3-Leitlinien

Das folgende Schema beschreibt den typischen Ablauf der Entwicklung einer S3-Leitlinie.

5.1 Auswahl des Leitlinienthemas, Feststellung des Bedarfs einer S3-Leitlinie

- Aktualisierungsbedarf einer bestehenden Leitlinie (S1-S2) zum Thema
- Verfügbarkeit methodisch hochwertiger, internationaler Leitlinien, jedoch eingeschränkte Übertragbarkeit auf die Situation in Deutschland
- Existenz aktueller Studien zum Verbesserungspotenzial der Versorgung



Anhang 1

5.2 Planung und Organisation der Leitlinienentwicklung

- Festlegung von Geltungsbereich, Adressaten und Zweck (Zielen) der Leitlinie
- Zusammensetzung eines für die Adressaten repräsentativen Leitliniengremiums
- Anmeldung des Leitlinienprojekts im AWMF-Register (www.awmf-leitlinien.de)
- Einladung und Beteiligung der Fachgesellschaften/Organisationen,
- Einbeziehung von Methodikern (Bereich Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien)
- Einholung von Interessenskonflikterklärungen aller Mitglieder des Gremiums

5.3 Festlegung der Fragestellungen für die Literaturrecherche

- Formulierung von klinisch relevanten Fragestellungen durch die Koordinatoren
- Ergänzung und Konsentierung durch das Leitliniengremium mit einem strukturierten Konsensfindungsverfahren

5.4 Methodische Exaktheit: Systematische Evidenzbasierung

- Recherche internationaler Leitlinien; Bewertung, Auswahl von Primärquellen
- Synoptischer Vergleich: eigene Fragestellungen/internationale Empfehlungen
- Systematische Literaturrecherche; Auswahl der Quellen nach Bewertung
- Erstellung von Evidenztabelle; Graduierung der Evidenz
- Erarbeitung eines Musterkapitels und Erstellung eines ersten Leitlinienentwurfs

5.5 Methodische Exaktheit: Strukturiertes Konsensusverfahren

- Formulierung und Graduierung der Leitlinienempfehlungen durch das Gremium
- Beurteilung und Priorisierung von leitlinienbasierten Qualitätsindikatoren
- Einsatz von strukturierten Techniken der Konsensfindung: Nominaler Gruppenprozess, Delphiverfahren, Konsensuskonferenz

5.6 Redaktion, Verabschiedung und Verbreitung

- Externe Begutachtung, Endredaktion, Erstellen des Leitlinienreports zur Methodik
- Votum der Vorstände der beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen
- Erstellen von Kurzfassungen und Patientenversionen
- Verbreitung (AWMF-Leitlinienregister, Lang- und Kurzversionen in Zeitschriften)

5.7 Implementierung, Evaluierung und Planung der Fortschreibung

6. Lebendiges Regelwerk der AWMF im Internet

Das Regelwerk der AWMF zur Leitlinienentwicklung wird regelmäßig fortgeschrieben. Die jeweiligen aktuellen Versionen finden sich im Internet unter www.awmf-leitlinien.de



Anhang 2

Grundsätze der DGUV für Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten

1. Initiierung von BK-Begutachtungsempfehlungen

Auftraggeber von BK-Gutachten im Rahmen *einzelner* BK-Verfahren sind die Unfallversicherungsträger nach §§ 20, 21 SGB X. *Generelle* Empfehlungen zur Begutachtung bei Berufskrankheiten können durch die DGUV nach Beratung und Feststellung eines Bedarfs im Kreise ihrer Mitglieder initiiert werden. Die DGUV nimmt hierbei in Abstimmung mit der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV) eine koordinierende Aufgabe für ihre Mitglieder sowie die Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) wahr. Gleiche Problemstellungen bei allen Trägern erfordern **einheitliche und trägerübergreifende Empfehlungen**.

Ob ein **Bedarf zur Erstellung** einer BK-Begutachtungsempfehlung besteht, richtet sich insbesondere nach folgenden Gesichtspunkten:

- Häufigkeit der BK-Begutachtungsfälle
- Unterschiede in der Begutachtungspraxis
- Komplexität und Schwierigkeiten der krankheitsspezifischen Begutachtung
- fragliche Eignung von (neuen) Untersuchungsmethoden
- Hinweise aus dem Kreis der Unfallversicherungsträger und der Ärzteschaft.

2. Ziele von BK-Begutachtungsempfehlungen

Vor allem **den medizinischen Gutachtern** sollen Empfehlungen auf aktuellem Stand zur Begutachtung bestimmter Berufskrankheiten bzw. von Gruppen von Berufskrankheiten an die Hand gegeben werden, insbesondere zur Diagnostik, zur Kausalitätsbeurteilung, zur Bemessung der Minderung der Erwerbsfähigkeit, zur Individualprävention nach § 3 BKV sowie gegebenenfalls zur Heilbehandlung und Rehabilitation. Die Empfehlungen tangieren nicht die **Verantwortung des Gutachters im Einzelfall**: Der Gutachter soll den Besonderheiten des Einzelfalles im Rahmen der allgemeinen Empfehlungen gerecht werden; Abweichungen von den Empfehlungen bei der Einzelfall-Begutachtung sind nicht ausgeschlossen, bedürfen aber der Begründung einschließlich einer Auseinandersetzung mit den Empfehlungen.

BK-Begutachtungsempfehlungen dienen aber auch der **Information der Unfallversicherungsträger** über die bei der BK-Begutachtung maßgeblichen medizinischen Fachkenntnisse. Auf dieser Grundlage sollen die Unfallversicherungsträger – und gegebenenfalls die Gerichte – die im Einzelfall erstatteten Gutachten auf ihre **Plausibilität prüfen** können.

BK-Begutachtungsempfehlungen sollen so **die Einzelfall-Begutachtung erleichtern**, ihre **Qualität erhöhen** und die rechtsstaatlich gebotene **Gleichbehandlung** vergleichbarer Sachverhalte im Bereich der Begutachtung sichern.



Anhang 2

Die DGUV strebt an, dass die aufgrund dieser Grundsätze erstellten BK-Begutachtungsempfehlungen in der Praxis der Unfallversicherungsträger, der Sozialgerichte und der von beiden beauftragten medizinischen Gutachter gleichmäßig anerkannt und angewandt werden. Die Empfehlungen sind keine verbindlichen Rechtsnormen. Sie sollen jedoch die allgemein anerkannten rechtlichen Grundlagen der Begutachtung und die für die BK-Begutachtung maßgeblichen wissenschaftlich gesicherten medizinischen Fachkenntnisse wiedergeben.

3. Kriterien für die Anerkennung in der Rechtspraxis

Für die Akzeptanz von BK-Begutachtungsempfehlungen sind in der juristischen Literatur – in Anlehnung an die Rechtsprechung der Sozialgerichte – **Kriterien** entwickelt worden (Pense 1995, Wiester 2001, Keller 2003). Die DGUV greift diese Kriterien auf. Im Überblick betreffen sie folgende Gesichtspunkte:

- **Sachkunde:**
Die Empfehlungen müssen auf wissenschaftlicher Grundlage, insbesondere auf Grund von Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, von einem Fachgremium aufgestellt werden.
- **Transparenz und Unabhängigkeit:**
Bei den in dem Fachgremium mitwirkenden Experten müssen die Gesichtspunkte der Transparenz und Unabhängigkeit gewahrt sein.
- **Konkretheit / Anwendbarkeit:**
Begutachtungsempfehlungen müssen ausreichend konkret sein.
- **Aktualität:**
Begutachtungsempfehlungen müssen in Abständen bzw. bei Bedarf auf die Aktualität des wiedergegebenen Erkenntnisstandes überprüft werden.
- **Organisation und Verfahren:**
Durch besondere organisatorische Vorkehrungen und Verfahrensregeln sind die zuvor genannten inhaltlichen Kriterien bei Erstellung von BK-Begutachtungsempfehlungen zu gewährleisten.
- **Akzeptanz:**
Durch Erfüllung der zuvor genannten Kriterien einschließlich der Publizierung der Empfehlungen und ihrer Erörterung mit allen betroffenen Organisationen soll ein Höchstmaß an Akzeptanz nicht nur bei den Unfallversicherungsträgern und den BK-Gutachtern, sondern darüber hinaus bei den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Behörden der Länder, in der Sozialgerichtsbarkeit, bei den Sozialpartnern sowie den Versicherten und ihren Verbänden und Rechtsvertretern erzielt werden.

In **Abstimmung** mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (**AWMF**) wird die Erfüllung der zuvor genannten Kriterien durch die im Folgenden beschriebenen Vorgehensweisen und Vorkehrungen gesichert.



Anhang 2

3.1 Sachkunde

Die Empfehlungen müssen auf wissenschaftlicher Grundlage von einem Fachgremium aufgestellt werden. Die Zusammensetzung des Gremiums muss den Fragen entsprechen, die in den BK-Begutachtungsempfehlungen zu beantworten sind. Dabei stehen die wissenschaftlich-medizinischen Fragen im Vordergrund. Die Fragestellungen ergeben sich aus dem Berufskrankheitenrecht; das medizinische BK-Gutachten ist eingebettet in das BK-Verfahren; dementsprechend sind BK-Begutachtungsempfehlungen in **interdisziplinärer Zusammenarbeit** zwischen Vertretern der **medizinischen Wissenschaft** und Vertretern der **gesetzlichen Unfallversicherung** zu erarbeiten. Zur Mitarbeit in den Fachgremien sind daher in der Regel von folgenden Einrichtungen benannte Vertreter einzuladen:

- Wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, die für die jeweiligen Begutachtungsfragen kompetent sind.
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)
- DGUV und Unfallversicherungsträger einschließlich ihrer Forschungsinstitute und Kliniken.

Vertreter von ärztlichen Berufsverbänden können einbezogen werden, soweit auch diese sich neben den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften mit Begutachtungsfragen befassen. Entsprechendes gilt für andere wissenschaftliche Fachgesellschaften und staatliche Einrichtungen.

3.2 Transparenz und Unabhängigkeit

Die in dem Fachgremium mitwirkenden Experten sind verpflichtet, ihre Aufgabe neutral und unabhängig wahrzunehmen. Sie sind dementsprechend bei ihrer Mitwirkung keinen Weisungen unterworfen und **ausschließlich zur Anwendung ihrer Sachkunde verpflichtet**.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, die Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte und die BAuA sowie gegebenenfalls die ärztlichen Berufsverbände und staatlichen Einrichtungen **benennen** ihre Vertreter gegenüber der DGUV. Die Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung beruft die DGUV, die LSV kann einen weiteren Vertreter benennen.

Die **Aufgaben der Vertreter der gesetzlichen Unfallversicherung und ihre Verantwortung** in dem Fachgremium ergeben sich aus den **gesetzlichen Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung** (gegebenenfalls konkretisiert durch die Rechtsprechung). Hierzu gehören beispielsweise die Darstellung der rechtlichen Aspekte der Definition von Berufskrankheiten und der Feststellung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), die Kausalitätsgrundsätze der gesetzlichen Unfallversicherung, Fragen des BK-Verfahrens oder die Formulierung eines Mustergutachtenauftrags.



Anhang 2

Zu den **Aufgaben der Experten aus dem medizinischen Bereich und ihrer Verantwortung** gehört die **Anwendung der wissenschaftlich-medizinischen Sachkunde** auf alle begutachtungsrelevanten Fragen, insbesondere zur Diagnostik und Differentialdiagnostik, zu den Funktionseinschränkungen und den medizinischen Aspekten der MdE sowie zur medizinischen Beurteilung der Kausalitätsfragen.

Die medizinischen und juristischen Gesichtspunkte sind aufeinander bezogen; bei Wahrung der Verantwortlichkeiten der medizinischen und juristischen Experten für ihren jeweiligen Kompetenzbereich besteht daher die Anforderung an das gesamte Fachgremium zur **interdisziplinären Abstimmung** der medizinischen und juristischen Gesichtspunkte.

3.3 Konkretheit

BK-Begutachtungsempfehlungen müssen ausreichend konkret sein. Die Empfehlungen sollen sich dementsprechend **zu allen generell** bei der Begutachtung der BK **zu beachtenden Gesichtspunkten** äußern und die hierfür erforderlichen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse darstellen. Dabei ist auf die **typischen Fallkonstellationen** einzugehen. Das Erfordernis der Konkretheit bedeutet aber nicht, dass auch auf alle Sonderfälle bzw. alle Einzelheiten der Einzelfallbegutachtung einzugehen ist. Insbesondere Empfehlungen zur Bemessung der MdE müssen Raum für die Beurteilung von Besonderheiten des Einzelfalles lassen.

Dem Erfordernis der Konkretheit wird auch dadurch entsprochen, dass auf aktuelle, allgemein anerkannte Darstellungen verwiesen wird. Dies gilt insbesondere, soweit bereits in aktuellen Leitlinien der AWMF oder vergleichbaren Empfehlungen Fragen der Diagnostik und Therapie einschließlich der Pathogenese behandelt werden.

3.4 Aktualität

BK-Begutachtungsempfehlungen müssen in zeitlichen Abständen bzw. bei Bedarf auf ihre Aktualität überprüft werden.

Zu diesem Zweck strebt die DGUV eine regelmäßige **Überprüfung** von BK-Begutachtungsempfehlungen **nach Ablauf von fünf Jahren** nach ihrer Veröffentlichung an. Zu diesem Zeitpunkt erfragt die DGUV routinemäßig einen etwaigen Änderungsbedarf bei den Unfallversicherungsträgern und den an der Erstellung der Empfehlungen beteiligten Einrichtungen. Diese und die Unfallversicherungsträger können der DGUV auch vor Ablauf von fünf Jahren einen Änderungsbedarf mitteilen.

Wird von einem der Beteiligten Änderungsbedarf mitgeteilt, stimmt die DGUV mit allen beteiligten Einrichtungen ab, ob das Fachgremium einberufen werden soll. Ergibt die Abfrage keine Hinweise auf einen Änderungsbedarf, so wird die Weitergeltung der Empfehlungen allen Beteiligten mitgeteilt. Ab dem Zeitpunkt der Mitteilung läuft eine neue Überprüfungsfrist von fünf Jahren, ebenso nach Veröffentlichung einer überarbeiteten Fassung.



Anhang 2

3.5 Organisation und Verfahren

Durch besondere organisatorische Vorkehrungen und Verfahrensregeln sind die zuvor genannten inhaltlichen Kriterien bei Erstellung von BK-Begutachtungsempfehlungen zu gewährleisten.

Die DGUV beruft das Fachgremium ein und sorgt für die **Organisation** und Unterstützung der Arbeit des Fachgremiums. Reisekosten und sonstige Auslagen übernimmt die DGUV nach ihren für externe Sachverständige geltenden Bestimmungen, soweit sie nicht von anderer Seite getragen werden.

Die **Zahl der** von den einzelnen Einrichtungen benannten **Vertreter** wird zwischen diesen und der DGUV abgestimmt. In der Regel wird jede Einrichtung durch bis zu zwei Vertreter repräsentiert; um die Kontinuität der Beratungen zu sichern, kann die Benennung von Abwesenheitsvertretern vorgesehen werden.

Das Fachgremium wird organisatorisch von einem Vertreter der DGUV geleitet.

Es wird angestrebt, die Erstellung von BK-Begutachtungsempfehlungen mit **drei Sitzungen** des Fachgremiums abzuschließen. Die erste Sitzung dient in der Regel der Arbeitsplanung und Arbeitsverteilung. In der zweiten Sitzung sollen nach Möglichkeit Entwürfe zu sämtlichen Teilen vorgelegt und erörtert werden. In der dritten Sitzung soll die abschließende Beratung erfolgen. Das Verfahren im Einzelnen, insbesondere die Vorbereitung der Sitzungen durch Unterarbeitsgruppen, wird in den Fachgremien abgestimmt. Die Ergebnisse der Sitzungen werden protokolliert. Die Niederschriften bedürfen der Genehmigung durch das Fachgremium.

Sitzungstermine und **Sitzungsorte** sind so abzustimmen, dass möglichst alle beteiligten Einrichtungen vertreten sind und der vorgesehene Arbeitsablauf eingehalten werden kann.

Entsprechend dem Zweck von BK-Begutachtungsempfehlungen, den gesicherten Erkenntnisstand wiederzugeben, soll das Fachgremium **Einvernehmen über die Inhalte der Empfehlungen** erzielen. Sofern zu einzelnen Gesichtspunkten der Erkenntnisstand als nicht ausreichend gesichert erscheint, soll der **Sachstand einschließlich der noch nicht ausreichend geklärten Fragen** dargestellt werden. Bestehen im Fachgremium zu einzelnen, für die BK-Begutachtung relevanten Fragen unterschiedliche Auffassungen, so ist vorrangig herauszuarbeiten und darzustellen, welche Erkenntnisse unstrittig vorliegen und bezüglich welcher Fragen **unterschiedliche Auffassungen** bestehen; im Anschluss kann eine Mehrheitsmeinung des Fachgremiums dargestellt und als solche – unter Berücksichtigung und Darstellung der abweichenden Auffassung – gekennzeichnet werden.

3.6 Akzeptanz

Durch Erfüllung der zuvor genannten Kriterien einschließlich der **Publikation** der Empfehlungen und ihrer **Erörterung mit allen betroffenen Fachkreisen** soll ein Höchstmaß an Akzeptanz nicht nur bei den Unfallversicherungsträgern und den BK-



Anhang 2

Gutachtern, sondern darüber hinaus bei den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Behörden der Länder, in der Sozialgerichtsbarkeit, bei den Sozialpartnern sowie den Versicherten und ihren Verbänden und Rechtsvertretern erzielt werden.

Zu diesem Zweck beraten nach Abschluss der Arbeiten des Fachgremiums die **Gremien der DGUV** und **der übrigen beteiligten Einrichtungen** den Entwurf der Begutachtungsempfehlungen. Ergibt sich hieraus weiterer Beratungsbedarf, befasst sich das Fachgremium mit eventuellen Änderungsvorschlägen und beschließt hierüber.

Um eine noch weitergehende Akzeptanz in der Sozialgerichtsbarkeit, bei den Sozialpartnern sowie den Versicherten und ihren Verbänden und Rechtsvertretern zu erzielen, können die an dem Fachgremium beteiligten Einrichtungen vereinbaren, eine für die Fachöffentlichkeit **offene Fachveranstaltung** zu den Empfehlungen durchzuführen und Änderungsvorschläge aufzunehmen. Die DGUV übernimmt die Organisation der Veranstaltung in Abstimmung mit den beteiligten Einrichtungen. Werden in der Veranstaltung Änderungen der Empfehlungen vorgeschlagen, entscheidet das Fachgremium.

3.7 Publikation

Die DGUV gewährleistet die **Publikation bzw. Zugänglichkeit** der BK-Begutachtungsempfehlungen. Die übrigen beteiligten Einrichtungen sind berechtigt, die BK-Begutachtungsempfehlungen ebenfalls zu verbreiten.

In der Publikation sind die an dem Fachgremium beteiligten Einrichtungen sowie namentlich die mitwirkenden Vertreter unter Nennung der von ihnen repräsentierten Einrichtungen zu nennen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass die Empfehlungen auf der Grundlage der vorliegenden Grundsätze zustande gekommen sind.