



**DGUV**

Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung  
Spitzenverband



Begutachtungsempfehlung  
zu Berufskrankheiten

Empfehlung zur Begutachtung von  
arbeitsbedingten Hauterkrankungen  
und Hautkrebserkrankungen

**Bamberger Empfehlung 2025**



## **Impressum**

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)  
Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Redaktion: Steffen Krohn  
Abteilung Berufskrankheiten

Ausgabe: August 2025

Satz und Layout: Satzweiss.com Print Web Software GmbH, Saarbrücken

Bildnachweis: Titelbild: © MedicalWorks – stock.adobe.com  
Abb. 1 und 2: © DGUV

Bezug: [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen) › Webcode: p010196

Empfehlung zur Begutachtung von  
arbeitsbedingten Hauterkrankungen  
und Hautkrebserkrankungen

## **Bamberger Empfehlung**

# Inhaltsverzeichnis

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| <b>Kurzfassung</b> .....   | <b>6</b>  |  |
| <b>Vorwort</b> .....   | <b>7</b>  |  |
| <b>Ziele</b> .....   | <b>9</b>  |  |
| <b>Teil I: Hauterkrankungen</b> .....                                  | <b>10</b> |  |
| <b>1 Rechtliche Grundlagen</b> .....                                   | <b>11</b> |  |
| 1.1 Hauterkrankungen als Berufskrankheit (ohne Hautkrebs).....         | 11        |  |
| 1.2 Beweismaßstäbe.....  | 12        |  |
| 1.3 Versicherte, schädigende Einwirkung (typische Exposition).....     | 13        |  |
| 1.4 Krankheit im Sinne der BK-Nr. 5101.....                            | 13        |  |
| 1.4.1 Dermatosen der BK-Nr. 5101.....                                  | 13        |  |
| 1.4.2 Schwere Hautkrankheit i. S. d. BK-Nr. 5101.....                  | 13        |  |
| 1.4.3 Wiederholt rückfällige Hautkrankheit i. S. d. BK-Nr. 5101.....   | 14        |  |
| 1.4.4 Wahlfeststellung.....  | 14        |  |
| 1.4.5 Prüfalgorithmus.....   | 15        |  |
| 1.4.6 Beispiele zur Schwere und wiederholten Rückfälligkeit.....       | 16        |  |
| 1.5 Kausalitätsgrundsätze.....   | 17        |  |
| 1.5.1 Kausalitätsgrundsätze für die Prüfung des Einzelfalls.....       | 17        |  |
| 1.5.2 Entstehung und Verschlimmerung.....                              | 18        |  |
| 1.6 Tag des Versicherungsfalls.....                                    | 20        |  |
| 1.6.1 Besonderheiten für Versicherungsfälle vor dem 01.01.2021.....    | 20        |  |
| 1.7 Therapie, Rehabilitation, Teilhabe und Individualprävention.....   | 21        |  |
| 1.7.1 Therapie, Rehabilitation und Teilhabe.....                       | 21        |  |
| 1.7.2 Individualprävention.....  | 22        |  |
| 1.8 Hinwirken auf das Unterlassen der Tätigkeit.....                   | 22        |  |
| 1.9 Rente.....   | 22        |  |
| 1.9.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).....                        | 23        |  |
| 1.9.2 Bewertung von Vor- und Nachschäden.....                          | 24        |  |
| <b>2 Gutachtliche Untersuchung</b> .....                               | <b>25</b> |  |
| 2.1 Zusammenwirken von UV-Trägern und ärztlichen Sachverständigen..... | 25        |  |
| 2.2 Anamnese.....  | 26        |  |
| 2.3 Befunde.....   | 27        |  |
| 2.3.1 Klinische Befunde.....   | 27        |  |
| 2.3.2 Testungen und diagnostischer Umfang.....                         | 27        |  |
| 2.4 Dokumentation.....   | 29        |  |
| 2.5 Begutachtung nach Aktenlage.....                                   | 29        |  |
| 2.6 Wiederholungsgutachten.....  | 29        |  |
| <b>3 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)</b> .....                    | <b>30</b> |  |
| 3.1 Empfehlungen zur Einschätzung der MdE.....                         | 30        |  |
| 3.2 Erläuterungen.....   | 32        |  |
| 3.2.1 Ausmaß der Hauterscheinungen.....                                | 32        |  |
| 3.2.2 Auswirkung der Allergie.....                                     | 32        |  |
| 3.2.3 MdE-relevante Besonderheiten.....                                | 33        |  |
| 3.2.4 Beginn und Staffelung der MdE.....                               | 33        |  |
| <b>4 Überprüfungen des BK-Folgezustandes</b> .....                     | <b>35</b> |  |
| <b>Teil II: Hautkrebskrankungen</b> .....                              | <b>36</b> |  |
| <b>1 Rechtliche Grundlagen</b> .....                                   | <b>37</b> |  |
| 1.1 Hautkrebskrankungen als Berufskrankheit.....                       | 37        |  |
| 1.1.1 Berufskrankheit Nr. 1108.....                                    | 37        |  |

|   |    |  |           |
|---|----|--|-----------|
| 1.1.2 Berufskrankheit Nr. 2402 .....  | 37 | <b>2 Gutachtliche Untersuchung</b> .....                                       | <b>49</b> |
| 1.1.3 Berufskrankheit Nr. 5102 .....  | 37 | 2.1 Zusammenwirken von UV-Trägern und ärztlichen Sachverständigen.....         | 49        |
| 1.1.4 Berufskrankheit Nr. 5103.....   | 38 | 2.2 Anamnese.....  | 50        |
| 1.1.5 Hautkrebskrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII.....                        | 39 | 2.3 Befunde.....   | 51        |
| 1.1.6 Narbentumoren.....  | 40 | 2.3.1 Klinische Befunde.....   | 51        |
| 1.2 Beweismaßstäbe.....   | 40 | 2.3.2 Spezielle Diagnostik.....  | 51        |
| 1.3 Versicherte, schädigende Einwirkung .....                                 | 42 | 2.4 Dokumentation.....   | 51        |
| 1.4 Krankheit im Sinne einer Hautkrebs-BK.....                                | 42 | 2.5 Begutachtung nach Aktenlage.....   | 51        |
| 1.5 Kausalitätsgrundsätze.....  | 43 |  |           |
| 1.5.1 Kausalitätsgrundsätze für die Prüfung des Einzelfalls.....              | 43 | <b>3 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)</b> .....                            | <b>52</b> |
| 1.6 Tag des Versicherungsfalls.....   | 44 | 3.1 Empfehlungen zur Einschätzung der MdE.....                                 | 52        |
| 1.7 Therapie, Rehabilitation, Teilhabe und Individualprävention.....          | 44 | 3.1.1 MdE-Einschätzung bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402.....                | 53        |
| 1.7.1 Therapie, Rehabilitation und Teilhabe.....                              | 44 | 3.1.2 MdE-Einschätzung bei der BK-Nr. 5103.....                                | 55        |
| 1.7.2 Individualprävention.....   | 45 | 3.1.3 MdE bei gleichzeitigem Vorliegen einer BK-Nr. 5102 und BK-Nr. 5103 ..... | 57        |
| 1.8 Hinwirken auf das Unterlassen der Tätigkeit (§ 9 Abs. 4 SGB VII neu)..... | 46 |  |           |
| 1.9 Rente.....  | 46 | <b>4 Überprüfungen des BK-Folgezustandes</b> .....                             | <b>58</b> |
| 1.9.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).....                               | 46 |  |           |
| 1.9.2 Bewertung von Vor- und Nachschäden .....                                | 47 | <b>Literatur</b> .....   | <b>59</b> |
|   |    | <b>Mitwirkende</b> .....   | <b>63</b> |

# Kurzfassung

Hautkrankheiten sind in der gesetzlichen Unfallversicherung die am häufigsten gemeldeten Erkrankungen bei Erwerbstäigen mit Ausnahme der pandemischen Covid-19-Erkrankungen. Zu den arbeitsbedingten Hautkrankheiten zählen vor allem Handekzeme im Sinne der Berufskrankheit (BK) Nr. 5101 sowie aktinische Keratosen und Plattenepithelkarzinome der Haut durch natürliche UV-Strahlung.

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

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

Die Bamberger Empfehlung folgt im Aufbau nach Darstellung der rechtlichen Grundlagen dem typischen Begutachtungsablauf, der zunächst die Sicherung der Diagnose, dann die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs und im Anschluss die Beurteilung der Funktion, der hieraus resultierenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben sowie der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) beinhaltet.

# Vorwort

Die vorliegende Überarbeitung der Empfehlung für die Begutachtung von Haut- und Hautkrebserkrankungen (Teil I: Berufskrankheit [BK] Nr. 5101 „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“ und Teil II: Hautkrebserkrankungen gemäß BK-Nrn. 1108, 2402, 5102, 5103) wurde von Juli 2020 bis 2025 auf gemeinsame Initiative der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umwelt-dermatologie e. V. (ABD) in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) in einem interdisziplinären Arbeitskreis auf Konsensbasis erstellt.

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

- Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA)
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft, im Besonderen zusätzlich vertreten durch
  - die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umwelt-dermatologie (ABD)
  - die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)
  - die Deutsche Kontaktallergie-Gruppe (DKG)
- Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)
- Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC)
- Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)
- Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte (VDSG)
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)
- Unfallversicherungsträger (BG BAU, BGHM, BGHW, BGW, BGN, UK Berlin)

Bei den zu erarbeitenden Inhalten wurde auf eine Trennung von medizinischen und juristischen Inhalten geachtet. Die medizinischen Inhalte, zu denen auch die medizinischen Grundlagen für die MdE-Tabellen zählen, wurden von den medizinischen Sachverständigen entsprechend den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

zur Leitlinienentwicklung unabhängig unter Leitung der ABD beraten, die juristischen Inhalte von Vertreterinnen und Vertretern der Unfallversicherungen unter Leitung der DGUV.

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

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

Gegenüber der Vorauflage wurden im Teil I insbesondere die Kapitel zu den rechtlichen Grundlagen und zur MdE überarbeitet. Ein wichtiger Anlass hierfür war der Wegfall des sog. „Unterlassungzwangs“ zum 01.01.2021, der bisher Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit war. Für die zukünftig mögliche Anerkennung einer Berufskrankheit ohne Tätigkeitsaufgabe waren MdE-Empfehlungen zu entwickeln und es bedurfte eines einheitlichen Verständnisses der „Schwere und wiederholten Rückfälligkeit“ bei Hautkrankheiten, zu der ein Prüfalgorithmus abgestimmt wurde. Die Beratungsergebnisse wurden von der AG „Bamberger Empfehlung“ regelmäßig publiziert. Zur MdE bei fortgesetzter Tätigkeit wurde zuletzt im Dezember 2022 eine sogenannte „Linksverschiebung“ zur Diskussion gestellt für den Fall, dass belastungsabhängige und nicht belastungsabhängige arbeitsbedingte Hauterscheinungen nicht eindeutig voneinander abgrenzbar sein sollten (s. a. Dermatologie in Beruf und Umwelt, Jahrgang 70, Nr. 4/2022, S. 146-153; „MdE-Einschätzung nach Wegfall des Unterlassungzwangs – zur Diskussion gestellt“). Die Überlegungen zu einer solchen pauschalen Linksverschiebung wurden jedoch verworfen und auf der Basis neuer Erkenntnisse aus der aktuellen Begutachtungspraxis durch die Empfehlungen im [Abschnitt 3.1](#) „Empfehlungen zur Einschätzung der MdE“ ersetzt.

In Teil II wurden die MdE-Tabellen auf der Grundlage der Erfahrungen der letzten fünf Jahre aktualisiert und um Antworten zu häufigen Fragen aus der Praxis ergänzt.

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

Der Überarbeitungsentwurf wurde am 25.03.2025 im Rahmen einer öffentlichen Fachveranstaltung in Berlin vorgestellt und diskutiert. Die Teilnehmenden sahen insbesondere die Auswirkungen der BK-Rechtsänderungen zur BK-Nr. 5101 mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs gut umgesetzt. Der Weg der Arbeitsgruppe, die Beratungsergebnisse in vorherigen Veröffentlichungen zur Diskussion zu stellen, wurde ausdrücklich begrüßt.

# Ziele

Mit der Bamberger Empfehlung soll dazu beigetragen werden, das grundgesetzlich garantierte Gleichbehandlungsgebot der Versicherten zu gewährleisten, indem die Grundlagen einer einheitlichen Beurteilung arbeitsbedingter Hauterkrankungen als Berufskrankheit (Berufskrankheiten nach Nummern 5101, 5102, 5103, 1108 und 2402 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung [BKV]) sowie ggf. im Rahmen von § 9 Abs. 2 wie eine Berufskrankheit anzuerkennende Hautkrankheiten zusammenfassend dargestellt werden. Teil I beinhaltet die Begutachtung von arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101, Teil II die Begutachtung von arbeitsbedingten Krebserkrankungen der Haut.

Die Bamberger Empfehlung richtet sich primär an Gutachterinnen und Gutachter, die prüfen, ob eine

arbeitsbedingte Hauterkrankung vorliegt und ob und ggf. in welchem Ausmaß die Folgen der Berufskrankheit (BK) zu einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) geführt haben.

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

# Teil I: Hauterkrankungen

# 1 Rechtliche Grundlagen

## 1.1 Hauterkrankungen als Berufskrankheit (ohne Hautkrebs)

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

Als Berufskrankheiten werden solche Erkrankungen anerkannt und entschädigt, die nach den gesetzlichen Maßgaben dem Risikobereich des Unternehmens zuzurechnen sind. Ob dies der Fall ist, wird im Verwaltungsverfahren der UV-Träger, ggf. auch im Widerspruchs- oder Klageverfahren unter Beachtung der Verfahrens- und Mitwirkungsrechte der Beteiligten, geklärt.

Die rechtliche Grundlage zur Anerkennung und Entschädigung einer Berufskrankheit ist § 9 SGB VII in Verbindung mit der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV). In der Anlage 1 (Berufskrankheiten-Liste) zur BKV sind unter der Nr. 5101 als Berufskrankheit bezeichnet „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“.

Der Versicherungsfall dieser Berufskrankheit setzt voraus:

- eine Krankheit im medizinischen Sinn (regelwidriger Körperzustand), hier eine Hauterkrankung (s. [1.4](#)),
- zur Verursachung der Krankheit geeignete, dem BK-Tatbestand entsprechende Einwirkungen aus der versicherten Tätigkeit (s. [1.5](#)),
- die Verursachung der Krankheit durch diese Einwirkungen (s. [1.3](#)),
- eine als schwer oder wiederholt rückfällig zu bewertende arbeitsbedingte Hauterkrankung (s. [1.4](#)).

Grundsätzlich sind alle Krankheiten der Haut oder Hautanhängegebilde einschließlich der Augenbindehaut mit Ausnahme von Hautkrebs (vgl. dazu Ausführungen in Teil II) eingeschlossen. Hautschädigungen, die keine spezifische Reaktion der Haut auslösen, wie z. B. Verätzungen oder Hautverletzungen, werden nicht vom Schutz der BK-Nr. 5101 erfasst und sind als Arbeitsunfall zu bearbeiten. Die Diagnose der Hautkrankheit muss im Vollbeweis gesichert sein (vgl. Schema [Abb. 1](#)).

Hautkrankheiten als (Begleit-)Erscheinung einer Allgemeinerkrankung entsprechend den BK-Nrn. 1101 bis 1110,

1201 und 1202, 1303 bis 1309 und 1315 der Anlage 1 zur BKV sind unter diesen BK-Nrn. zu prüfen. Primärerkrankungen der Haut durch einen der hier genannten Stoffe können Hauterkrankungen im Sinne der BK-Nr. 5101 sein, wenn die Tatbestandsmerkmale einer BK-Nr. 5101, d. h. eine schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung, gegeben sind. Eine BK nach den genannten BK-Nrn. kommt dagegen dann in Betracht, wenn die Hauterscheinungen nur eine systemische Erkrankung begleiten.

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

Die Beurteilung von Chlorakne und anderer durch chlorierte Aryloxide (z. B. durch „Dioxine“) verursachte Berufsdermatosen erfolgt nach BK-Nr. 1310 der Anlage 1 zur BKV.

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

Bei Fremdeiweißen, die Typ-I-Sensibilisierungen auslösen, wie z. B. Fisch- und Meeresfrüchteallergene und Latexproteine, können sowohl eine Haut- als auch eine Atemwegssymptomatik bestehen. Die gleiche Symptomatik können auch einzelne niedermolekulare Stoffe verursachen, zum Beispiel Ammoniumpersulfat. Da nach der Rechtsprechung des BSG die in der Liste der Berufskrankheiten aufgeführten Krankheiten grundsätzlich getrennt zu betrachten sind, weil jede von ihnen einen eigenen Versicherungsfall bildet (BSG, 12.01.2010, B 2 U 5/08 R, NZS 2011, S. 35; BSG, 22.06.2004, B 2 U 22/03 R; BSG, 27.06.2006, B 2 U 9/05 R, SGB 9/2007, S. 558 mit Anm. von Mell; Becker in Becker, Burchardt, Krasney, Kruschinsky, § 9 RdNr. 279), handelt es sich zwar um ein einheitliches Krankheitsgeschehen, aber um zwei Versicherungsfälle. Da in diesem Fall aber nur eine einheitliche Entscheidung zu beiden Tatbeständen ergehen kann, sind beide BK-Tatbestände in einem Bescheid anzuerkennen und mit einer einheitlichen MdE zu entschädigen (LSG NRW, 28.03.2001, L 17 U 289/99; HVBG RdSchr. VB 87/2003). Das BSG (24.08.1978, 5 RKnU 6/77, SozR 5677 Anl. 1 Nr. 42 Nr. 1) hat hierfür den Begriff der Systemerkrankung geprägt.

## 1.2 Beweismaßstäbe

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

Dies ist insbesondere für die Diagnose der vom Tatbestand der jeweiligen BK-Nr. geforderten Krankheit (s. [1.4](#)) von Bedeutung. Liegt nur ein Verdacht auf diese Krankheit vor, muss dieser durch weitere Untersuchungen erhärtet werden. Allein der Verdacht genügt nicht. Liegen schwankende und/oder grenzwertige Befunde vor, müssen Untersuchungen – ggf. auch mit zeitlichem Abstand – wiederholt werden.

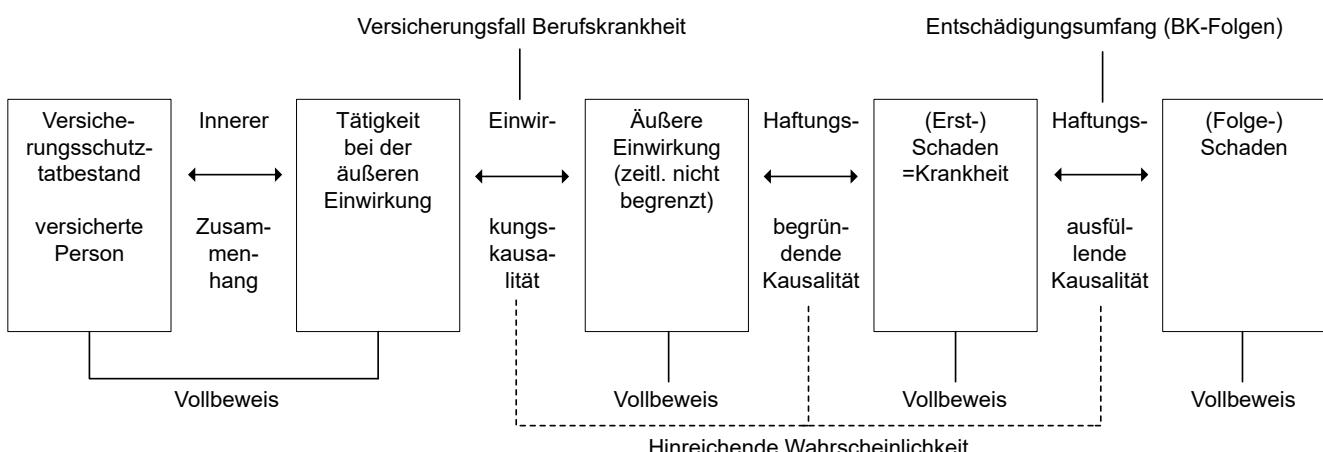
Allgemein anerkannt ist, dass für die Feststellung des haftungsbegründenden und des haftungsausfüllenden Ursachenzusammenhangs (s. [1.5](#)) sowohl bei Arbeitsunfällen als auch bei Berufskrankheiten statt des Vollbeweises die hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht. Es muss mehr für als gegen die tatsächliche Verursachung der Erkrankung durch die versicherte Einwirkung

sprechen; die reine Möglichkeit der Schadensverursachung genügt nicht. Zu beantworten ist die Frage auf Basis des aktuellen medizinischen, naturwissenschaftlichen und technisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, 27.06.2006, B 2 U 20/04 R).

Demgegenüber dient die zweite Prüfstufe des Ursachenzusammenhangs (s. [1.5.1](#)) der rechtlichen Grenzziehung nach dem Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung. Es handelt sich damit nicht um die Feststellung einer naturwissenschaftlichen Kausalität, sondern um eine rechtliche Wertung.

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

**Abb. 1** Zusammenhangsschema für Berufskrankheiten (nach Brandenburg Stand 06/2022)



## 1.3 Versicherte, schädigende Einwirkung (typische Exposition)

Das Vorkommen von und der arbeitsbedingte Umgang mit angeschuldigten Allergenen oder Irritanzien physikalischer und/oder chemischer Art am Arbeitsplatz müssen im Vollbeweis gesichert sein (vgl. [1.2](#); Schema in [Abb. 1](#)). Dies erfolgt in der Regel durch eine spezielle Arbeitsplatzanalyse des Präventionsdienstes des UV-Trägers (s. a. DGUV Handlungsempfehlung zur „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“).

Liegt für die zugrunde gelegte Tätigkeit/Exposition gesichertes berufsdermatologisches Erfahrungswissen vor und ist davon auszugehen, dass dies für den konkreten Arbeitsplatz zutrifft, kann auf eine konkrete Arbeitsplatzanalyse verzichtet werden.

## 1.4 Krankheit im Sinne der BK-Nr. 5101

### 1.4.1 Dermatosen der BK-Nr. 5101

In der Anlage 1 (Berufskrankheiten-Liste) zur BKV sind unter der Nr. 5101 als Berufskrankheit bezeichnet „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“.

Zu den generell von der BK-Nr. 5101 erfassten Hautkrankheiten zählen lt. dem Merkblatt zur BK-Nr. 5101 (s. a. Bek. des BMA v. 23.04.1996, BArBBl 6/1996, S. 22 ff.) vor allem das irritative Kontaktekzem (Syn. subtoxisch-kumulatives Ekzem, Abnutzungsdermatose) sowie allergische Kontakt-ekzeme nach Sensibilisierung auf Berufsstoffe. Darüber hinaus können aber auch andere Dermatosen klinisch in Erscheinung treten, bei denen zu beurteilen ist, ob sie durch die arbeitsbedingten Belastungen (mit) verursacht oder verschlimmert sind.

### 1.4.2 Schweres Hautleid i. S. d. BK-Nr. 5101

Beurteilungskriterien für die „Schwere“ der arbeitsbedingten Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 sind

- die klinische Symptomatik nach Morphe und Beschwerdebild, Ausdehnung, Verlauf und Dauer der Erkrankung unter Therapie- und Präventionsmaßnahmen und
- die Ausprägung einer arbeitsbedingt verursachten Allergie.

Eine schwere Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 zeichnet sich durch ausgedehnte dauerhaft bestehende oder chronisch rezidivierende Hautveränderungen mit erheblichem Krankheitswert aus, z. B. ein chronisches Ekzem mit Befall der gesamten Haut der Hände mit tiefen Rhagaden und ausgeprägter Infiltration.

Eine schwere Hauterkrankung im Sinne der BK-Nr. 5101 liegt im Regelfall dann vor ([Abb. 2](#)), wenn selbst nach ununterbrochenen angemessenen Therapie- und Präventionsmaßnahmen über einen Zeitraum von mindestens sechs

Monaten weiterhin behandlungsbedürftige Hauterscheinungen vorliegen (BSG, Urteil vom 27.06.1974 – 8/7 RU 9/72 –, BSGE 38, 17-21, SozR 5677 Anl. 1 Nr. 46 Nr. 1).

Eine angemessene Behandlung ist eine pharmakologisch wirksame Therapie gemäß den jeweils aktuell gültigen Standards, z. B. medizinischer Leitlinien. Die regelmäßige Anwendung von basistherapeutischen Maßnahmen sowie der Einsatz von zum Beispiel harnstoff- oder gerbstoffhaltigen Externa wird in diesem Zusammenhang nicht als aktive pharmakologische Therapie verstanden (Skudlik et al., 2021).

Bei einer klinisch nicht schweren Erscheinungsform kann die Schwere gegeben sein, wenn der Hautbefund nur durch einen erheblichen Aufwand (z. B. stationäre Therapie, systemische Therapie, ununterbrochene oder wiederholte aktive pharmakologische Therapie) bzw. andere intensivierte präventive Anstrengungen erzielt werden kann.

Die „Schwere“ einer Hauterkrankung aufgrund der Ausprägung einer arbeitsbedingt verursachten Allergie kann auch angenommen werden, sofern das klinisch manifeste Krankheitsgeschehen durch die Sensibilisierung gegenüber einem nicht meidbaren Arbeitsstoff ausgelöst wird.

Sofern im Einzelfall weder vom Krankheitsbild noch von der Dauer der Hauterkrankung, jedoch aus anderen Gründen ein schwerer Erkrankungsfall vorliegt, ist dies im Gutachten ausführlich zu begründen (z. B. Zwang zur Tätigkeitsaufgabe bei einer Argyrie, BSG-Urteil vom 20.03.1981, Az.: 8/8a RU 104/79).

#### **1.4.3 Wiederholt rückfällige Hautkrankheit i. S. d. BK-Nr. 5101**

Die Hautkrankheit ist wiederholt rückfällig, wenn mindestens drei Krankheitsschübe, das heißt Ersterkrankung und zwei Rückfälle, vorliegen (Abb. 2).

Rückfall setzt eine Abheilung des vorangegangenen Krankheitsschubes – ohne aktive pharmakologische Therapie nach eingetretener Abheilung – sowie den

Zusammenhang mit der Ersterkrankung voraus, wenn die/der Erkrankte zwischenzeitlich beruflich tätig gewesen ist.

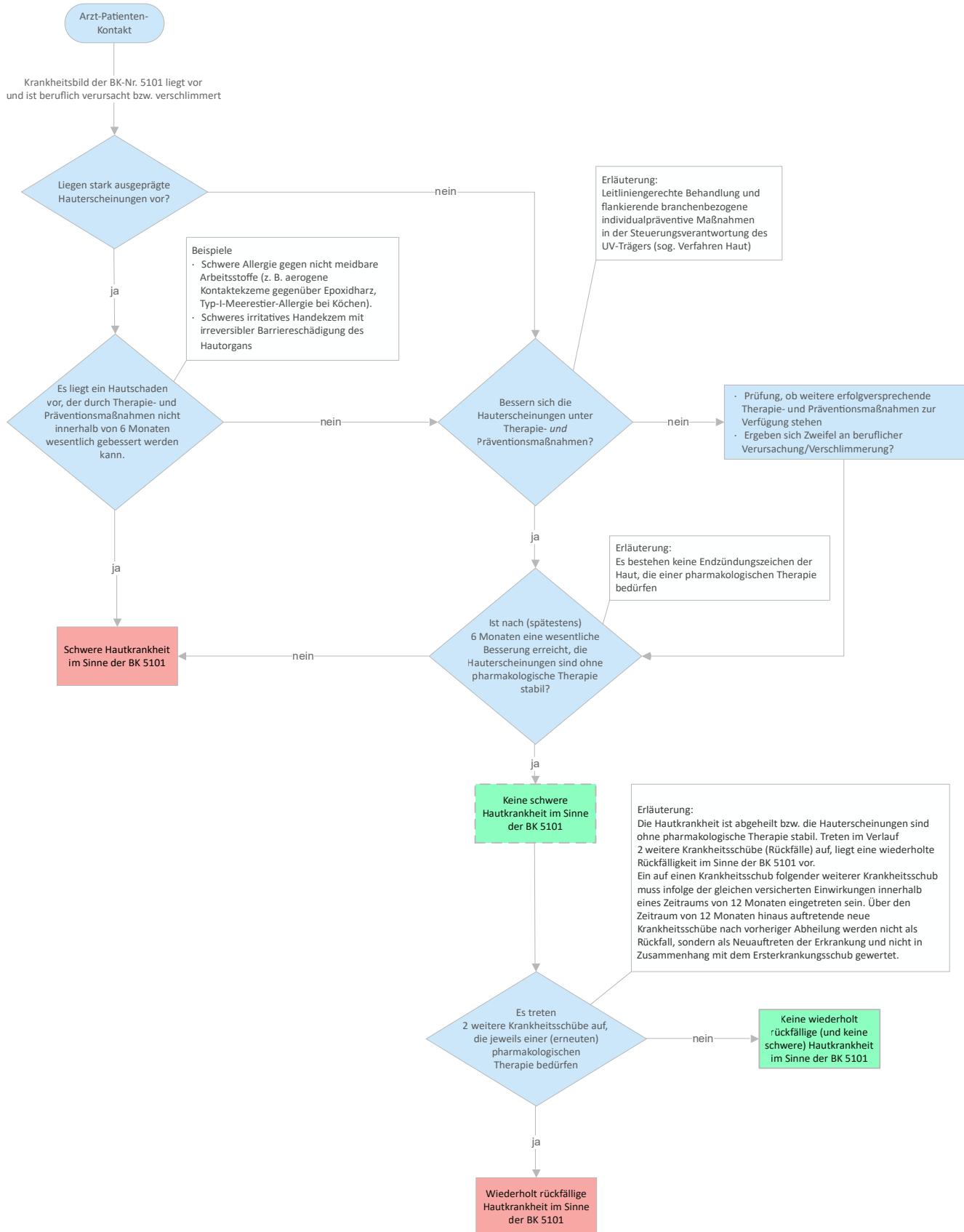
Rückfälle im Sinne der wiederholten Rückfälligkeit liegen dann vor, wenn ein auf einen Krankheitsschub folgender weiterer Krankheitsschub infolge der gleichen versicherten Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten eintritt. Über den Zeitraum von zwölf Monaten hinaus auftretende neue Krankheitsschübe nach vorheriger Abheilung werden als Neuauftreten der Erkrankung und nicht als Rückfall verstanden.

#### **1.4.4 Wahlfeststellung**

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

## 1.4.5 Prüfalgorithmus

Abb. 2 Prüfalgorithmus für das Vorliegen einer schweren oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheit



## 1.4.6 Beispiele zur Schwere und wiederholten Rückfälligkeit

Die Beispiele dienen der Veranschaulichung und sind keine abschließende Aufzählung. Es sind stets die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen.

### Beispiel 1

Versicherungsrechtliche Schwere bei einer allergischen Hautkrankheit

Die erstmalige hautfachärztliche Untersuchung zeigt stark ausgeprägte Ekzeme mit Hauterscheinungen an den Händen, Unterarmen und im Gesicht im Sinne eines akuten allergischen Kontaktzekzems. Der Versicherte ist in der Produktion von Windräder eingesetzt. Im Epikutantest können Sensibilisierungen gegenüber Bestandteilen von Epoxidharz-Systemen, die bei der Fertigung der Windräder verwendet werden, nachgewiesen werden. Wirksame Präventionsmaßnahmen sind nicht möglich. Der Versicherte ist und bleibt arbeitsunfähig. Die Erkrankung ist schwer im Sinne der BK-Nr. 5101. Die Schwere zeigt sich von Beginn an, d. h. bei der Erstvorstellung mit Diagnose eines klinisch schweren allergischen Kontaktzekzems gegenüber einem nicht meidbaren Allergen.

### Beispiel 2

Keine versicherungsrechtliche Schwere bei einer allergischen Hautkrankheit

Die erstmalige hautfachärztliche Untersuchung zeigt stark ausgeprägte Handekzeme. Die Versicherte ist im Gesundheitsdienst als Pflegekraft tätig. Im Epikutantest kann eine Sensibilisierung gegenüber Dithiocarbamaten nachgewiesen werden. Diese kommen als Vulkanisationsbeschleuniger in den vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellten Einmalhandschuhen vor. Unter Therapie bei bestehender Arbeitsunfähigkeit bessern sich die Hauterscheinungen. In einem Hautschutzseminar werden allergenfreie Einmalhandschuhe angepasst, die nun verwendet werden. Die Tätigkeit kann 5 Monate nach Erteilen des Behandlungsauftrages hauterscheinungsfrei weiter ausgeübt werden. Die Erkrankung ist nicht schwer im Sinne der BK-Nr. 5101.

### Beispiel 3

Versicherungsrechtliche Schwere bei einem irritativen Handekzem

Die erstmalige hautfachärztliche Vorstellung zeigt stark ausgeprägte Handekzeme. Der Versicherte ist seit 25 Jahren als Bauhelfer tätig mit nur seltener Anwendung von Handschuhsschutz und regelmäßiger Exposition der Hände gegenüber feuchten zementären Zubereitungen; er berichtet über seit mehr als zehn Jahren durchgängig bestehende Entzündungen der Hände unter anderem mit tiefen Rissen, welche er regelmäßig abpflastere. Bislang erfolgten lediglich sporadische Vorstellungen aufgrund der Hauterkrankung beim Hausarzt mit Rezeptierung topischer Kortisonpräparate. Es zeigt sich klinisch ein flächenhafter entzündlicher Befund beider Hände in ihrer Gesamtheit mit multiplen tiefen Rhagaden, ausgeprägter Lichenifikation und insgesamt deutlichem chronisch-degenerativem Aspekt. In der Epikutantestung findet sich kein Anhalt für Typ-IV-Sensibilisierungen. Es zeigt sich unter angemessenen Therapiemaßnahmen bereits vor Ablauf von sechs Monaten, dass eine wesentliche Besserung nicht erzielt werden kann und auch nach Ablauf von sechs Monaten weiterhin eine pharmakologische Therapie erforderlich ist. Die Erkrankung ist schwer im Sinne der BK-Nr. 5101.

### Beispiel 4

Keine versicherungsrechtliche Schwere bei einem irritativen Handekzem

Die erstmalige hautfachärztliche Untersuchung zeigt stark ausgeprägte Handekzeme. Die Versicherte ist als Floristin im Einzelhandel seit vielen Jahren durch Umgang mit Pflanzen irritativen Belastungen ausgesetzt und verrichtet Feuchtarbeit. In der Epikutantestung zeigt sich kein Anhalt für Typ-IV-Sensibilisierungen. Handschuhe wurden bisher nie verwendet. Unter topischer pharmakologischer Therapie bei bestehender Arbeitsunfähigkeit bessern sich die Hauterscheinungen rasch. In einem Hautschutzseminar werden erstmals geeignete Handschuhe für die verschiedenen beruflichen Tätigkeiten angepasst und nach Ende der Arbeitsunfähigkeit verwendet. Die Tätigkeit kann sechs Monate nach Erteilen des Behandlungsauftrages weiter ausgeübt werden. Es werden regelmäßig Basistherapeutika und gelegentlich harnstoffhaltige

Externa genutzt. Die Hände sind unter diesen Maßnahmen trocken und leicht schuppig ohne weitere Entzündungszeichen; eine pharmakologische Therapie ist nicht erforderlich. Die Erkrankung ist nicht schwer im Sinne der BK-Nr. 5101.

### Beispiel 5

#### Wiederholte Rückfälligkeit

Wie Beispiel 4. Nach Abklingen der akuten Hauterscheinungen unter Therapie- und Präventionsmaßnahmen verschlimmert sich der Hautzustand nach einigen Wochen, so dass erneut eine topische pharmakologische Therapie erforderlich ist. Die Hauterscheinungen heilen innerhalb von vier Wochen ab. Nach Ablauf weiterer sieben Wochen muss wegen einer erneuten Verschlimmerung erneut topisch pharmakologisch therapiert werden. Die Erkrankung ist wiederholt rückfällig, da mindestens drei Krankheitsschübe vorliegen, das heißt eine Ersterkrankung und zwei Rückfälle. Ein Rückfall setzt eine Abheilung des vorangegangenen Krankheitsschubes – ohne aktive pharmakologische Therapie nach eingetretener Abheilung – sowie den Zusammenhang mit der Ersterkrankung voraus, wenn der Erkrankte zwischenzeitlich beruflich tätig gewesen ist. Rückfälle im Sinne der wiederholten Rückfälligkeit liegen dann vor, wenn ein auf einen Krankheitsschub folgender weiterer Krankheitsschub infolge der gleichen versicherten Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten eintritt.

## 1.5 Kausalitätsgrundsätze

Durch das Sondersystem der gesetzlichen Unfallversicherung wird die zivilrechtliche Haftung des Unternehmers (Arbeitgeber) abgelöst. Der UV-Träger tritt an die Stelle des Unternehmers. Entsprechend gelten für die Kausalitätsbeurteilung strenge rechtliche Maßstäbe, die nachfolgend dargestellt sind. Insbesondere müssen sich die in der Erkrankung realisierenden Risiken der Verantwortung des Unternehmers zuordnen lassen.

Die Anerkennung eines Versicherungsfalls setzt die abschließende Klärung der Kausalität zwischen arbeitsbedingter Einwirkung und dem vorliegenden Krankheitsbild voraus. Dabei ist zu unterscheiden zwischen

- a) dem Nachweis der generellen Eignung der Einwirkung zur Verursachung eines solchen Krankheitsbildes und
- b) der Feststellung der Verursachung im Einzelfall.

### 1.5.1 Kausalitätsgrundsätze für die Prüfung des Einzelfalls

Nach der aktuellen Rechtsprechung des BSG (30.03.2017, B 2 U 6/15 R) gilt für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung im Berufskrankheitenrecht, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die **Theorie der wesentlichen Bedingung**, die zunächst auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht, nach der jedes Ereignis (jede Bedingung) Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (Conditio sine qua non).

Die Prüfung erfolgt in zwei Schritten. Erst wenn in der **ersten Stufe** feststeht, dass ein bestimmtes Ereignis, hier die Einwirkung durch einen Arbeitsstoff, eine naturwissenschaftlich-philosophische Ursache der Krankheit ist, stellt sich in der zweiten Prüfungsstufe die Frage, ob die Einwirkung auch rechtlich die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten BK-Tatbestandes fallenden Gefahr ist.

Ob eine versicherte Einwirkung neben anderen Faktoren eine Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn darstellt, beurteilt sich nach:

- Art und Ausmaß der versicherten und nicht versicherten Einwirkungen und Erkrankungen,
- Erkrankungsverlauf vor, während und nach Beendigung der gefährdenden Tätigkeit bzw. in belastungsfreien Intervallen unter Berücksichtigung der Beeinflussung durch die Therapie (oder therapeutischer Maßnahmen),
- Relevanz berufsspezifischer Sensibilisierungen für das Erkrankungsgeschehen,
- Art und Lokalisation der Hauterscheinungen.

In entsprechender Weise ist zu beurteilen, ob andere Faktoren, z. B. nicht versicherte arbeitsbedingte und private Einwirkungen (z. B. intensive private Feuchtbelastung), Krankheitsanlagen sowie anlagebedingte Erkrankungen Ursache(n) im naturwissenschaftlichen Sinn sind. Bereits auf dieser ersten (rein tatsächlichen) Prüfungsstufe sind

alle im Einzelfall als Ursache in Betracht kommenden versicherten und unversicherten Faktoren und ihre jeweiligen Verursachungsanteile (z. B. die schädigende Einwirkung am Arbeitsplatz und die unversicherten Vorerkrankungen) darzustellen.

Dazu müssen die medizinischen Sachverständigen die Verursachungsanteile in ihrer Bedeutung gewichten, die einerseits der versicherten Einwirkung und andererseits den nicht versicherten Faktoren an der Verursachung der Erkrankung zukommt. Dabei ist auf Basis der aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnislage auch eine ggf. bestehende Wechselwirkung zu betrachten und zu bewerten. Diese Aufgaben fallen in den Verantwortungsbereich der medizinischen Sachverständigen.

Diese Einschätzung ist auch notwendig, damit auf der **zweiten Stufe** die rechtliche Wesentlichkeit der versicherten Einwirkungen vom Rechtsanwender (Verwaltung oder Gericht) beurteilt werden kann. Dazu kann das jeweilige Erkrankungsrisiko nicht ausschließlich rein mathematisch ermittelt und auch nicht zahlenmäßig abgewogen werden.

Das BSG hat dabei schon immer betont, dass bei dieser Prüfung „wesentlich“ nicht gleichzusetzen ist mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere Ursache keine überragende Bedeutung hat. Welche Ursache im Einzelfall rechtlich wesentlich ist und welche nicht, muss nach der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs vom Rechtsanwender wertend entschieden werden. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte Einwirkung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Erkrankung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht.

Die versicherungsrechtliche Einstandspflicht des UV-Trägers setzt voraus, dass die Rechtsgutsverletzung der/des Versicherten in den jeweiligen Schutzbereich der begründeten Versicherung fällt. Entscheidend ist, ob der begründete Versicherungsschutz den Sinn und Zweck hat, gegen Schäden der konkret eingetretenen Art zu schützen.

Die rechtliche Wesentlichkeit ist entsprechend dem Schutzzweck der BK-Tatbestände nicht gegeben, wenn die schädigende Einwirkung als durch (unversicherte) alltägliche Einwirkungen austauschbar zu bewerten ist (Gelegenheitsursache). Dies folgt daraus, dass das BK-Recht entsprechend den Vorgaben in § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII nur vor besonderen Einwirkungen schützen soll, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

### 1.5.2 Entstehung und Verschlimmerung

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

Ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Verschlimmerung setzt eine durch unversicherte endogene und/oder exogene Faktoren entstandene Hautkrankheit voraus, die durch versicherte Einwirkungen wesentlich verschlimmert worden ist.

Bei Verschlimmerungen sind verschiedene Differenzierungen möglich ([Abb. 3](#)).

- Zeitlich wird in eine vorübergehende und eine dauerhafte Verschlimmerung unterschieden. Vorübergehend ist eine Verschlimmerung dann, wenn die Erkrankung durch die versicherten Einwirkungen nur für eine bestimmte Zeit einen schwereren Verlauf nimmt und dann auf das Ausmaß/Niveau zurückkehrt, das ohne die arbeitsbedingte versicherte Verschlimmerung bestanden hätte. Wird die Erkrankung dagegen auf Dauer in ein höheres Niveau gehoben, so handelt es sich um eine dauerhafte Verschlimmerung.
- Nach der Wirkintensität werden abgrenzbare und richtunggebende Verschlimmerungen unterschieden. Bei abgrenzbaren Verschlimmerungen kann zwischen dem bereits bestehenden Schaden und dem durch die versicherte Einwirkung hinzugekommenen Schaden bzw. deren Anteilen einer zunehmenden Verschlimmerung beschreibend unterschieden werden. Eine richtunggebende Verschlimmerung einer vorbestehenden Erkrankung ist eingetreten, wenn der gesamte Ablauf der

Erkrankung nachhaltig wesentlich beschleunigt und befördert wurde, einen anderen schweren Verlauf genommen hat und damit das gesamte noch heute feststellbare Erkrankungsgeschehen durch die berufliche Einwirkung wesentlich geprägt wird (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 23.03.2012 – L 9 U 134/10 – juris Rn 30). Bei Berufsdermatosen ist diese Art der Verschlimmerung nur gelegentlich zu beobachten. Ein Beispiel hierfür ist der Übergang einer photoallergischen Reaktion in ein chronisches aktinisches Retikuloid.

### Fallbeispiele

**Vorbemerkung:** Die Annahme einer Verursachung, einer Verschlimmerung, einer Gelegenheitsursache oder eines fehlenden Ursachenzusammenhangs wird überwiegend an Beispielen mit irritativen Einwirkungen in Kombination mit endogenen Dermatosen bzw. deren Disposition erklärt; sie stellen aber nicht die einzige denkbaren klinischen Konstellationen dar, sind in der Praxis aber häufig anzutreffen und versicherungsrechtlich oft schwer einzurichten.

#### a) Verursachung

*Irritatives Handekzem auf dem Boden einer atopischen Disposition*

Bei einer Auszubildenden zur Pflegefachfrau bestanden im Kindesalter Ekzeme in den Ellenbeugen und den Kniegelenksbeugen. Die Hände und die Handgelenksbeugen waren nicht betroffen.

Mit zunehmendem praktischem Einsatz in der Pflege entwickelt die Auszubildende Rötungen und Schuppungen an den Fingerseitenkanten und den Handrücken. In der Folgezeit kommt es zu schubartig auftretenden Bläschenbildungen an den Fingerseitenkanten, Fingerbeugeseiten und in den Handinnenflächen.

Nach mehrwöchiger Arbeitskarenz bilden sich die Hautveränderungen zurück. Nach Aufnahme der Tätigkeit kommt es zu erneuten Hautveränderungen, teilweise schubartig. Nach Abbruch der Ausbildung heilt das Handekzem vollständig und rezidivfrei ab.

#### b) (Vorübergehende) Verschlimmerung

*Irritativ verschlimmertes atopisches Handekzem*

Bei einer Auszubildenden zur Pflegefachfrau bestehen seit der Kindheit Beugenekzeme, auch unter Einschluss der

Fingerbeugeseiten und der Handinnenflächen. An den Händen waren vor Antritt der Ausbildung jährlich ca. drei bis vier Erkrankungsschübe aufgetreten. Mit zunehmendem praktischem Einsatz in der Pflege entwickelt die Auszubildende entzündliche Hauterscheinungen der Hände in den bereits vorberuflich betroffenen Arealen.

Unter Arbeitskarenz bessern sich die Handekzeme wesentlich. Bei Wiederaufnahme der hautbelastenden Tätigkeiten kommt es sehr schnell zu Verschlimmerungen der Handekzeme.

Nach Abbruch der Ausbildung zeigen die Handekzeme einen vergleichbaren Verlauf wie vor Beginn der Ausbildung mit drei bis vier Erkrankungsschüben pro Jahr.

#### c ) Gelegenheitsursache

*Atopisches Handekzem mit arbeitsbedingt nicht wesentlicher Verschlimmerung*

Eine Pflegekraft entwickelt nach mehrjähriger hauterscheinungsfreier vollschichtiger Tätigkeit ein bläschenbildendes Ekzem an beiden Handinnenflächen, einzelnen Fingerbeugeseiten und den Handgelenksbeugeseiten mit teilweise schubartigem Verlauf. Zwischenzeitlich sind auch die Füße betroffen.

In längeren Arbeitskarenzphasen (zweimalige mehrmonatige AU-Phasen aufgrund anderer Erkrankungen) zeigen sich zunächst Besserungen, im weiteren Verlauf der Arbeitskarenzphase aber gleichartig schwere Erkrankungsschübe wie unter der beruflichen Tätigkeit als Pflegekraft.

Bei Wiederaufnahme der hautbelastenden Tätigkeiten kommt es zu Verschlimmerungen der Handekzeme. Private Haushaltstätigkeiten wie Essenszubereitung oder Reinigungsarbeiten und psychische Belastungsfaktoren führen ebenfalls zu einer Verstärkung der Beschwerden. Insgesamt zeigt sich eine Auslösbarkeit der Hauterscheinungen gleichermaßen durch berufliche wie auch gewöhnliche Einwirkungen des täglichen Lebens.

Nach Aufgabe der Tätigkeit als Pflegekraft kommt es weiterhin zu bläschenbildenden Handekzemen mit vergleichbarem klinischem Ausmaß wie zuvor.

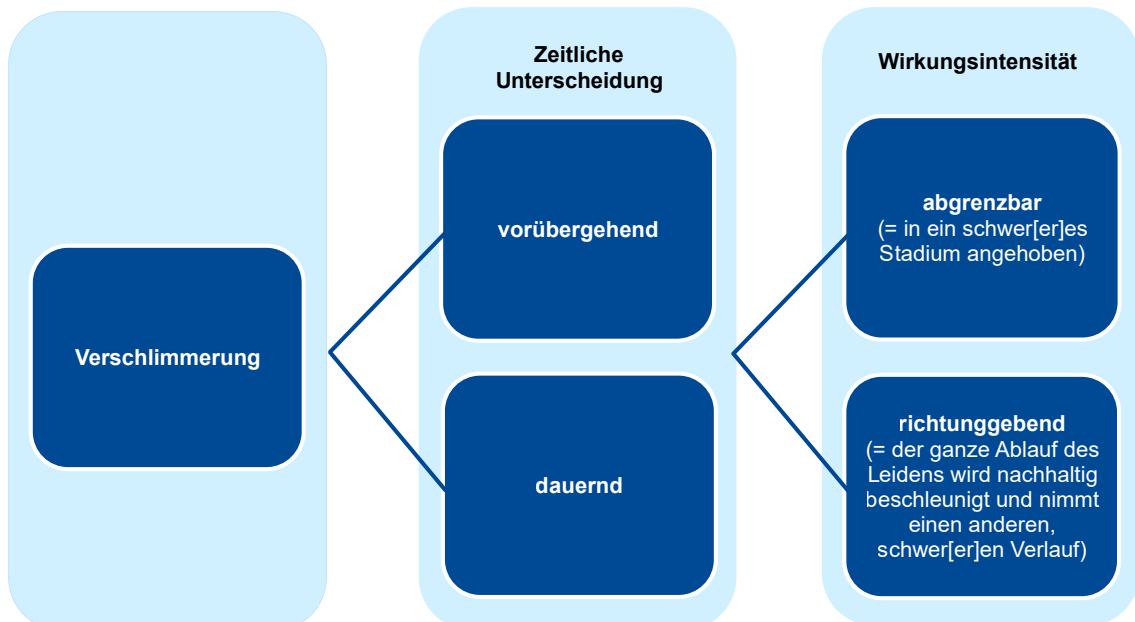
#### d) Kein Ursachenzusammenhang

##### *Atopisches Handekzem*

Eine Pflegekraft entwickelt nach mehrjähriger hauterscheinungsfreier vollschichtiger Tätigkeit ein bläschenbildendes Ekzem zunächst ausschließlich in der rechten Handinnenfläche. Das Ekzem ist relativ scharf begrenzt und zeigt neben Bläschen auch eine Rötung, Schuppung und Infiltration der Haut. Andere Areale der Haut der Hände sind nicht betroffen. Es fehlen klassische Zeichen eines irritativen Handekzems wie Rötungen und Schuppungen im Bereich der Fingerseitenkanten, Fingerrücken oder Handrücken. Zwischenzeitlich kommt es zu schubartigen Verschlimmerungen des Ekzems der rechten Hand. Im zeitlichen Verlauf treten dann auch gleichartige Hauterscheinungen an der linken Handinnenfläche und bei den Fußsohlen sowie auch Rötungen, Schuppung und Infiltration der Haut an beiden Ellenbeugen und beiden Kniekehlen mit schubartigem Verlauf auf.

Arbeitskarenz ohne Veränderung der therapeutischen Maßnahmen zeigt keinen wesentlichen Effekt auf das Ausmaß der Hautveränderungen.

**Abb. 3** Formen der Verschlimmerung



## 1.6 Tag des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall einer BK-Nr. 5101 liegt vor, wenn alle Tatbestandsmerkmale der Berufskrankheit erfüllt sind (s. [Abschnitte 1.1-1.4](#)). Die Festlegung erfolgt durch den UV-Träger.

Der Versicherungsfall tritt mit dem Tag ein, an dem erstmals eine schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheit vorliegt.

### 1.6.1 Besonderheiten für Versicherungsfälle vor dem 01.01.2021

Bis zum 31.12.2020 galt als besondere versicherungsrechtliche Voraussetzung für eine BK-Anerkennung der „Zwang zur Unterlassung aller Tätigkeiten, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“ (vgl. § 9 Abs. 4 SGB VII alte Fassung). Diese Tatbestandserweiterung ist zum 01.01.2021 entfallen, so dass Erkrankungsfälle, die bisher allein wegen eines fehlenden

Unterlassungzwangs oder nicht vollzogener Tätigkeitsaufgabe nicht anerkannt werden konnten, zum 01.01.2021 anerkannt werden können. Leistungen können in diesen Fällen frühestens ab dem 01.01.2021 erbracht werden (§ 9 Abs. 2 a SGB VII).

Zusätzlich hat der Verordnungsgeber für die UV-Träger in § 12 BKV die Verpflichtung geschaffen, in den Fällen, in denen eine Anerkennung in der Vergangenheit aufgrund der fehlenden Aufgabe der schädigenden Tätigkeit nicht erfolgen konnte, von Amts wegen die Anerkennung zu prüfen.

Da auch nach dem 01.01.2021 noch Fälle zu bearbeiten sein werden, in denen bereits vor dem 01.01.2021 wegen des bestehenden objektiven Zwangs zur Unterlassung die schädigende Tätigkeit aufgegeben wurde, werden nachfolgend noch die bis einschließlich 31.12.2020 geltenden Anerkennungsvoraussetzungen dargestellt:

Das Tatbestandsmerkmal des Unterlassungzwangs trug nach höchstrichterlicher Rechtsprechung insbesondere zwei Motiven Rechnung:

1. Die Unterlassung der schädigenden Tätigkeiten diente der Schadensminderungspflicht und der Krankheitsvorbeugung und
2. Erkrankungen ohne wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit sollten ausgeschlossen sein (vgl. BSG vom 26.01.1978, 2 RU 27/77).

Dementsprechend musste die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit objektiv medizinisch geboten sein. Dazu wurde auf die einzelnen Einwirkungen abgestellt, die für die Erkrankung ursächlich waren oder die eine Verschlimmerung oder ein Wiederaufleben der Hauterkrankung bewirken können. Nicht erforderlich war der Zwang zur Aufgabe der gesamten Tätigkeit oder des ausgeübten Berufs. Die zu unterlassende Tätigkeit musste der Berufsausübung auch nicht das bestimmende Gepräge gegeben haben (vgl. BSG-Urteil vom 20.10.1983, 2 RU 70/82). Notwendig war jedoch, dass die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit auf Dauer erfolgte. Eine bloße Verminderung der Gefährdung reichte hingegen nicht aus.

Allerdings beschränkte das BSG (vgl. Urteil vom 09.12.2003, B 2 U 5/03 R) diesen Ausschluss von der

Entschädigung auf Ausnahmefälle. So sei es unverhältnismäßig, eine durch berufliche Einwirkungen verursachte Erkrankung, die zu einer unter Umständen erheblichen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hatte, nur deswegen nicht zu entschädigen, weil die versicherte Person wegen einer die Einwirkung beseitigenden Änderung der Arbeitsbedingungen ihre Tätigkeit weiter ausüben konnte.

## 1.7 Therapie, Rehabilitation, Teilhabe und Individualprävention

### 1.7.1 Therapie, Rehabilitation und Teilhabe

Zu den Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung zählt die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Versicherten nach Eintritt eines Arbeitsunfalls und/oder einer Berufskrankheit. Nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII haben die UV-Träger einen durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden möglichst frühzeitig zu beseitigen oder zu bessern und seine Verschlimmerung zu verhüten sowie seine Folgen zu mildern. Hierzu zählen auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Bei der medizinischen Notwendigkeit der Tätigkeitsaufgabe (s. 1.8) haben die UV-Träger mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern (§ 26 Abs. 2 Nr. 2 SGB VII).

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

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

Sollte der Gutachter oder die Gutachterin feststellen, dass die Therapie nicht den aktuellen medizinischen Standards entspricht, ist seitens des UV-Trägers auf eine leitliniengerechte Therapie hinzuwirken.

## 1.7.2 Individualprävention

Die Verhütung von Berufskrankheiten ist gesetzlicher Auftrag der Unfallversicherung (vgl. §§ 1, 14 SGB VII) und hat Vorrang vor Rehabilitation und Entschädigung.

Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die UV-Träger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die UV-Träger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen (§ 9 Abs. 4, Abs. 6 SGB VII i. V. m. § 3 Abs. 1 und 2 BKV).

Liegt eine Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 BKV vor, sind erfolgversprechende Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Minderung der gefährdenden Einwirkung am Arbeitsplatz zu ergreifen.

In Betracht kommen dabei:

- Substitution (Ersatzstoffprüfung, s. a. STOP-Prinzip zur Rangfolge der Schutzmaßnahmen),
- technische und organisatorische Maßnahmen (z. B. Änderung der Arbeitsweise, technische Schutzaufbauten),
- persönliche Schutzmaßnahmen (z. B. Schutzhandschuhe, Hautschutzmittel),
- Beratung/Schulung über hautschonende Arbeitstechniken, gesundheitspädagogische Maßnahmen,
- berufsdermatologische Heilbehandlung,
- stationäre berufsdermatologische Rehabilitation.

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

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

## 1.8 Hinwirken auf das Unterlassen der Tätigkeit

Versicherte Personen, bei denen eine Berufskrankheit anerkannt wurde, sind seitens der UV-Träger über die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen umfassend aufzuklären.

Besteht die Gefahr, dass bei der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit die Krankheit wiederauflebt oder sich verschlimmert, und lässt sich diese Gefahr nicht durch andere geeignete Mittel beseitigen, haben die UV-Träger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen (§ 9 Abs. 4 SGB VII).

Liegt in seltenen Fällen (noch) keine Berufskrankheit vor, ergibt sich die gleiche Forderung aus § 3 BKV.

Die medizinische Notwendigkeit zur Tätigkeitsaufgabe ist erst dann zu bejahen, wenn erfolgversprechende Möglichkeiten der Abhilfe (s. [1.7](#)) ausgeschöpft sind (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.08.2005, Az.: L 2 U 7/04, Rdschr. d. HVBG BK 019/2006; LSG NRW Urteil vom 28.09.2005, Az.: L 17 U 2/04, HVBG-Info 001/2006, S. 55-63). Dabei ist von der Gutachterin bzw. vom Gutachter zu bewerten, ob diese Maßnahmen medizinisch geeignet und erfolgversprechend sind bzw. waren.

Im Gutachten ist nur die Frage zu beantworten, welche gefährdenden Tätigkeiten nicht ausgeübt werden können. Die weiteren Schlussfolgerungen zieht der UV-Träger. Die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit stellt für Versicherte stets einen einschneidenden Eingriff in die persönliche Sphäre dar und kann daher nur das letzte Mittel sein.

Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, soll sich deren Rangfolge am „DGUV Handlungsleitfaden zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in der gesetzlichen Unfallversicherung“ (2023) orientieren.

## 1.9 Rente

Die Entschädigung der versicherten Person, ihrer Angehörigen oder Hinterbliebenen in Form einer Rente ist nach dem Eintritt einer BK eine Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Höhe der Rente richtet sich nach der durch die BK bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) (s. [1.9.1](#) und [3](#)).

Eine Rentenzahlung kommt in Betracht, wenn die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 % oder infolge mehrerer Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten oder diesen gleichgestellten Schäden jeweils um mindestens 10 % gemindert ist und die Summe der durch die einzelnen Unfälle/Berufskrankheiten verursachten MdE wenigstens 20 % beträgt (§ 56 Abs. 1 SGB VII, sogenannte Stützrente). Für landwirtschaftliche Unternehmer/-innen, deren mitarbeitende Ehegatten und deren nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige muss die MdE abweichend wenigstens 30 % betragen (§ 80 a SGB VII).

Der Anspruch auf Rente setzt nicht voraus, dass die BK bedingte Körperschädigung bei der versicherten Person konkrete wirtschaftliche Nachteile zur Folge hat. Nicht die Minderung des Erwerbseinkommens, sondern die Minderung der Erwerbsfähigkeit soll entschädigt werden. Rente wegen einer Berufskrankheit kann deshalb auch dann geleistet werden, wenn die versicherte Person nach Anerkennung der BK keinen geringeren Arbeitsverdienst als vor Erkrankungsbeginn erzielt. Selbst wenn sie durch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen des UV-Trägers mehr Einkommen erzielt als vor der Berufskrankheit, hat dies keinen Einfluss auf die Höhe der BK-Rente.

Grundsätzlich beginnt die Rente nach dem Wegfall des Verletztengeldes. Ist Verletztengeld nicht zu zahlen, beginnt die Rente mit dem Tag des Versicherungsfalls bzw. dem Beginn der MdE.

### 1.9.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Die MdE ist ein eigenständiges, von anderen Maßstäben, z. B. des Versorgungsrechts (GdB/GdS) oder privatrechtlicher Versicherungsverhältnisse (Gliedertaxe), unabhängiges Bewertungsinstrument. Sie stellt auf die „Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ ab, während für den GdB die „Teilhabebeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (einschließlich des Arbeitsmarktes)“ maßgebend sind. Deshalb sind die für den GdB/GdS über

§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) geltenden „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ nur bedingt auf die gesetzliche Unfallversicherung übertragbar (DGUV, Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten, 2019).

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

Bei der Festsetzung des Grades der MdE handelt es sich um die Beantwortung einer Rechtsfrage. Das ärztliche Gutachten dient dem UV-Träger dabei als wesentliche Entscheidungsgrundlage für die rechtliche Beurteilung, es bindet ihn aber nicht.

Die MdE richtet sich abstrakt nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII).

Da die Erwerbsminderung grundsätzlich nur 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,
- vom Geschlecht,
- von den Wohnortverhältnissen der versicherten Person,
- und von einem konkreten wirtschaftlichen Schaden (z. B. Minderverdienst).

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

- Welche gesundheitlichen Funktionseinschränkungen liegen vor? Inwieweit sind sie auf die Berufskrankheit zurückzuführen? Lassen sich bei Fortführen der hautbelastenden Tätigkeiten belastungsabhängige Beschwerden abgrenzen (s. a. [Teil I, Abschnitt 3.1](#))?

Welchen Umfang und welchen Schweregrad weisen die Funktionseinschränkungen auf? Inwiefern entsprechen die festgestellten Funktionseinbußen nicht mehr den Leistungsanforderungen im gesamten Erwerbsleben?

- Welche Arbeitsmöglichkeiten bleiben der versicherten Person unter Berücksichtigung der festgestellten auf die BK zurückzuführenden Funktionseinschränkungen zugänglich? Dabei sind auch individualpräventive Maßnahmen zu berücksichtigen. Abzustellen ist hierbei auf die üblicherweise im Erwerbsleben gestellten gesundheitlichen Anforderungen an Beschäftigte.
- Die MdE wird anhand der Differenz zwischen dem vorher vorliegenden positiven Leistungsbild (entsprechend 100 %) und den verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten ermittelt. Dies erfolgt durch Festsetzung eines Prozentsatzes. Dieser drückt den Anteil der Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens aus, die der versicherten Person wegen der Folgen der Berufskrankheit verschlossen sind.
- Wesentliche Aufgabe der Gutachterinnen und Gutachter ist es, die oben in dem ersten Punkt angesprochenen tatsächlichen Grundlagen für die Bemessung zu ermitteln und unter Berücksichtigung von Vor- und Nachschäden (s. [1.9.2](#)) darzustellen.
- Da allgemeingültige Bemessungsgrundsätze für die Auswirkungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fehlen, haben sich in langjähriger gutachtlicher Praxis Erfahrungssätze in Form von MdE-Tabellen herausgebildet, die von der Rechtsprechung bestätigt worden sind. Die Gutachterinnen und Gutachter sollen anhand der MdE-Tabelle (s. [3](#)) zur Bemessung der MdE einen Vorschlag in Form eines Prozentwertes machen.

### 1.9.2 Bewertung von Vor- und Nachschäden

Für die Bemessung der MdE kommt es auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalles an. Daher können vorbestehende Behinderungen, Erkrankungen oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Ausmaß der MdE relevant sein.

Solche sogenannten „Vorschäden“ können dazu führen, dass die MdE im Vergleich zu „gesunden“ Versicherten höher oder niedriger zu bewerten ist. Dies ist der Fall, wenn zwischen dem beruflich verursachten Gesundheitsschaden und dem sogenannten „Vorschaden“ eine funktionelle Wechselbeziehung besteht und die konkreten Auswirkungen auf die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dadurch beeinflusst werden.

Die Berücksichtigung von „Vorschäden“ ist keineswegs auf die Schädigung paariger Organe oder die Betroffenheit desselben Organs oder derselben Körperfunktion beschränkt. Auch hängt die Berücksichtigung von Vorerkrankungen nicht davon ab, dass diese ihrerseits als Berufskrankheit oder als Folgen eines Arbeitsunfalls anerkannt sein müssen.

#### Beispiel:

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

Eine weitere Aufgabe der Gutachterin bzw. des Gutachters kann darin bestehen, einen eventuellen Nachschaden von der arbeitsbedingten Hautkrankheit abzugrenzen. Ein Nachschaden ist eine unabhängig von der Berufskrankheit bestehende Gesundheitsstörung. Es geht also um die zeitlich nach dem Versicherungsfall eingetretene, von dem Versicherungsfall der BK unabhängige Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Diese Verschlechterung ist bei der MdE-Einschätzung nicht zu berücksichtigen.

## 2 Gutachtliche Untersuchung

### (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermatologischen Gutachten)

#### 2.1 Zusammenwirken von UV-Trägern und ärztlichen Sachverständigen

Zu den Aufgaben der UV-Träger gehört es, über die Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten zu entscheiden.

Im Einzelfall können die zu beurteilenden Erkrankungen auf vielfältige Einwirkungen sowohl aus dem unversicherten/privaten als auch aus dem versicherten Bereich zurückzuführen sein.

Die Begutachtung von Berufskrankheiten erfordert

- eine spezifische Anamnese, insbesondere Arbeitsanamnese,
- eine geeignete Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie
- eine differenzierte Beurteilung der Frage der Krankheitsverursachung durch arbeitsbedingte Einwirkungen (Zusammenhangsbeurteilung).

Die Gutachterinnen und Gutachter unterstützen den UV-Träger im Feststellungsverfahren als unabhängige Sachverständige bei der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Sie prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen der BK-Nr. 5101 vorliegen und unterbreiten dem UV-Träger einen Entscheidungsvorschlag. Aufgabe der medizinischen Begutachtung ist es dabei insbesondere, die jeweilige Krankheit zu diagnostizieren, die von der Erkrankung hervorgerufenen Funktionseinschränkungen zu ermitteln und Vorschläge zur Festlegung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sowie zur Heilbehandlung (s. [1.7.1](#)), zur Teilhabe (s. [1.7.1](#)) und zu Maßnahmen der Individualprävention (s. [1.7.2](#)) zu unterbreiten.

Wird der Versicherungsfall bejaht, ist gutachtlich umfassend festzustellen, ob und ggf. welche Gesundheitsstörungen/Funktionsausfälle der BK zuzuordnen sind und in welchem Ausmaß diese vorliegen.

Für die rechtliche Beurteilung und abschließende Entscheidung, ob im Einzelfall eine BK anzuerkennen ist und ob sowie ggf. in welchem Umfang ein Leistungsanspruch besteht, ist der UV-Träger zuständig.

Die Beurteilung erfolgt anhand der vom UV-Träger gestellten Fragen. Der UV-Träger ist als Auftraggeber verpflichtet, eine sachgerechte Begutachtung zu gewährleisten. Entsprechend muss der Gutachterauftrag klar formuliert sein.

Den ärztlichen Sachverständigen sind alle zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen und Befunde zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören insbesondere Unterlagen zur Krankheitsvorgeschichte und zu Erkrankungen, die in einer Beziehung zu der zu begutachtenden Krankheit stehen können, ggf. Befunde der arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie vollständige problemorientierte Ermittlungsergebnisse zur Arbeitsvorgeschichte mit Angaben zur Dauer und Intensität relevanter Einwirkungen. Eine Auflistung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Krankenkasse ist sinnvoll.

Bei Folgebegutachtungen sind zusätzlich auch die als Folge der Berufskrankheit anerkannten und abgelehnten Gesundheitsstörungen sowie das/die dafür maßgebliche(n) Gutachten zu übermitteln.

Die in der Akte enthaltenen Angaben sind kritisch auf ihre Aussagekraft zu prüfen (s. a. [2.4](#)) und, soweit sie die Grundlage für das Gutachtenergebnis bilden, ebenso wie die bei der Anamnese erhobenen Angaben der versicherten Person in das Gutachten aufzunehmen; auf für die Beurteilung bedeutsame Abweichungen zur Aktenlage hat die Gutachterin bzw. der Gutachter hinzuweisen und gegebenenfalls eine Alternativbeurteilung vorzunehmen. Im Einzelfall können ggf. Nachermittlungen des UV-Trägers erforderlich werden.

Das Gutachten kann seine Aufgabe als Beweisgrundlage nur erfüllen, wenn das Gutachtenergebnis überzeugend begründet ist. Für diese Beurteilung kommt es nicht auf die allgemeine wissenschaftliche Auffassung der jeweiligen ärztlichen Sachverständigen an, sondern auf den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand (vgl. BSG-Urteil v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R).

Die ärztlichen Sachverständigen müssen transparent machen, auf welche Quellen sie sich im Rahmen ihrer gutachtlichen Ausführungen stützen; ein Literaturverzeichnis am Ende des Gutachtens genügt dieser Anforderung nicht.

Fehlen für die Beurteilung des Einzelfalles relevante aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse, muss dies im Gutachten offengelegt werden. Besteht in der aktuellen wissenschaftlichen Fachwelt kein Konsens zu einer bestimmten Frage, so haben die ärztlichen Sachverständigen den Dissens darzustellen und bezogen auf den Einzelfall zu diskutieren.

Die mit der Begutachtung beauftragten Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihre Gutachten persönlich zu erstatten. Aus dem Auswahlrecht des § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII folgt zudem zwingend, dass die Kernaufgaben durch die Gutachterin bzw. den Gutachter wahrzunehmen sind, weil die versicherte Person gerade diese Gutachterin bzw. diesen Gutachter ausgewählt hat (BSG-Urteil vom 07.05.2019, B 2 U 25/17 R). Zu den Kernaufgaben der Gutachtenerstellung zählt die persönliche Begegnung, in der sich die Gutachterin bzw. der Gutachter einen persönlichen Eindruck verschaffen und die zu begutachtende Person ihre subjektiven Beschwerden selbst vorbringen kann.

Weiterhin sind von der beauftragten Gutachterin bzw. dem beauftragten Gutachter solche Untersuchungen und Befunde selbst zu beurteilen, die die besondere Fachkunde und Erfahrung der Gutachterin bzw. des Gutachters erfordern.

Wenn durch das Vorbringen und das Verhalten der versicherten Person bei einer Untersuchung auf das Ausmaß der Krankheitserscheinungen geschlossen werden soll oder Untersuchungsergebnisse nur im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung interpretiert werden können, ist die persönliche Anwesenheit der begutachtenden Person erforderlich.

Die beauftragte Gutachterin bzw. der beauftragte Gutachter darf sich im Übrigen der Unterstützung anderer Personen (andere Ärztinnen oder Ärzte, medizinisches Fachpersonal, Schreibkräfte etc.) bedienen. Dies ist im Gutachten zu dokumentieren.

Gemäß § 49 Abs. 2 Satz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist ein Gutachten innerhalb von drei Wochen zu erstatten; in Fällen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) beträgt die Frist nach § 17 Abs. 2 SGB IX zwei Wochen. Ist dies nicht möglich, so ist der UV-Träger hierüber

unverzüglich, also ohne schulhaftes Zögern, zu benachrichtigen (§ 49 Abs. 2 Satz 2 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

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

## 2.2 Anamnese

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

Die gutachtliche Arbeitsanamnese muss sich auf die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten der versicherten Person beziehen; eine umfassende detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung ist unter Bezugnahme auf die Ermittlungen des UV-Trägers erforderlich (s. [1.3](#)) und etwaige angebotene/durchgeführte Schutzmaßnahmen sind festzuhalten. Der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Hauterscheinungen und der zeitliche Zusammenhang zwischen Expositionen und dem Auftreten von Beschwerden kann dabei von Bedeutung sein. Insbesondere soll detailliert dokumentiert werden, ob und wie weit eine Expositionskongruenz der Beschwerden besteht. Bei allergischen Erkrankungen kommt zudem einer Familienanamnese eine große Bedeutung zu. Insbesondere sollte nach Hobbys, Haustieren und Wohnverhältnissen gefragt werden.

Die spezielle Hautanamnese gibt entscheidende Hinweise für die Beurteilung der Verursachung, der Schwere oder wiederholten Rückfälligkeit sowie der ggf. medizinisch begründeten Notwendigkeit zur Unterlassung der schädigenden Tätigkeit.

Deshalb sind unter Einbeziehung von Daten aus der Akte hervorzuheben:

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

Hautschutzmaßnahmen sind detailliert nach Produkten und Anwendungsart zu erfassen.

Eine strukturierte Erhebung wird empfohlen.

## 2.3 Befunde

### 2.3.1 Klinische Befunde

Die Erhebung und Dokumentation des Allgemeinzustandes aufgrund einer orientierenden körperlichen Untersuchung ist empfohlen. Die Untersuchung des gesamten Hautorgans ist erforderlich.

Bei der BK-Nr. 5101 ist die Hand die häufigste Lokalisation. Eine Detailbeschreibung der Ausdehnung und Befundlokalisierung (wie z. B. Fingerseitenkanten, Handrücken, Handinnenflächen, Daumenballen, Nagelveränderungen usw.) muss erfolgen. Die Hautveränderungen (Morphen) sind exakt zu benennen, ein Handsymbol oder eine Fotodokumentation kann hilfreich sein. Lokalisationen außerhalb der Hände können anhand eines Körpersymbols skizziert werden.

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

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

### 2.3.2 Testungen und diagnostischer Umfang

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

Testungen haben daher immer nur die Funktion eines diagnostischen Instrumentes, welches in seiner sachgerechten Anwendung, Durchführung und Interpretation beherrscht werden muss. Sachgerechte Anwendung heißt, die Auswahl der zu testenden Substanzen soll im Zusammenhang mit der speziellen Anamnese und dem Hautbefund stehen. Durchführung bedeutet, dass die Gutachterin bzw. der Gutachter über hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Allergologie verfügen und entsprechend handeln. Interpretation meint, dass einerseits z. B. bei Epikutantestreaktionen differenziert wird zwischen irritativen und allergischen Reaktionen. Andererseits ist bei nachgewiesenen Sensibilisierungen gegen getestete Substanzen zu prüfen, ob diese tatsächlich das Krankheitsbild bestimmt, mitbestimmt oder beeinflusst haben (Relevanzbeurteilung).

*Häufige Testverfahren sind:*

**Epikutantests** erfolgen in Übereinstimmung mit der S3-Leitlinie Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln (AWMF-Register-Nr.: 013-018, [Mahler et al., 2019a; Mahler et al., 2019b]). Leitliniengemäß wird eine Testpflaster-Expositionsdauer von zwei Tagen empfohlen. Eine weitere Ablesung im Anschluss an die Erstablesung ist obligat und wird an Tag 3 (nach 72 Stunden) oder Tag 4 (nach 96 Stunden) empfohlen. Eine weitere Ablesung nach sieben bis zehn Tagen ist empfehlenswert. Die Zahl der zu testenden Substanzen richtet sich nach den Expositionen der/des Versicherten im beruflichen und aus Abgrenzungsgründen auch im privaten sowie im therapeutischen Bereich, eine pauschale Begrenzung der Anzahl der zu testenden Allergene ist nicht sachgerecht.

**Berufsgruppenspezifische Testempfehlungen** sind bisher exemplarisch entwickelt worden für einzelne Berufe, in denen relativ häufig Hauterkrankungen auftreten (z. B. Diepgen et al., 2002; Struwe et al., 2005; Frosch et al., 2014; Geier, Krautheim, Lessmann, 2009; Diepgen, 2012). Sie geben der Gutachterin bzw. dem Gutachter einen Anhalt für seine tägliche Praxis. Zum anderen geben sie dem UV-Träger auch Hinweise darauf, ob notwendige Tests durchgeführt wurden und ob deren Durchführung auch sachgerecht war.

Bei der Gutachtenerstellung geht es immer darum, dem Einzelfall gerecht zu werden. Somit kann sich aus den Besonderheiten des Einzelfalles ein Anlass für weitergehende Testungen ergeben. Darüber hinaus sind berufsgruppenspezifische Testempfehlungen immer nur für einen begrenzten Zeitraum korrekt, da sich die Berufsstoffe und somit die potenziellen Allergene in einem steten Wandel befinden. Testempfehlungen sind daher kontinuierlich zu aktualisieren, auf die entsprechend publizierten Empfehlungen wird verwiesen.

Für die **Testung von Berufssubstanzen** sollen Sicherheitsdatenblätter, ggf. Rezepturen (arbeitsmedizinische Rahmenrezepturen), vorliegen, sofern für das jeweilige Produkt zutreffend, und es sind die Ausführungen des Arzneimittelgesetzes zu beachten (§ 67 AMG). Arbeitsstoffe, deren Zusammensetzung nicht hinreichend bekannt ist, sollen im Epikutantest nicht routinemäßig getestet werden, sondern nur im Einzelfall nach Abwägung der diagnostischen Bedeutung für das Gutachten, toxikologischer Aspekte und haftungsrechtlicher Konsequenzen (z. B. zunächst nur im offenen Test) (Krautheim, Lessmann, Geier, 2020).

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

Substanzen, die in Vortestungen zu sehr starken Reaktionen (dreifach positiv) geführt haben, sollen nur begründet

erneut getestet werden. Eine Wiederholung von leitliniengerecht durchgeführten Epikutantests innerhalb von sechs Monaten ist in der Regel nicht notwendig.

Als in-vitro-Testungen stehen im Rahmen der allergologischen Testung serologisch die Bestimmung des Gesamt-IgE und spezifischen IgE, als zelluläre Testung der Basophilen-Aktivierungstest, der Lymphozyten-Transformationstest und der ELISpot-Test zur Verfügung. Bei der Durchführung sollen die Hinweise der Leitlinie zur Anwendung von in-vitro-Diagnostik bei allergischen Reaktionen berücksichtigt werden (Renz et al., 2010). Beispiele für ihre Anwendung sind IgE-Bestimmungen im Rahmen der Beurteilung von beruflichen Typ-I-Allergien (z. B. Proteinkontaktdermatitis und Kontakturtikaria).

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

Viele **Hautfunktions- und Hautirritabilitätstests** sind für die berufsdermatologische Ekzmdiagnostik und Differentialdiagnostik nicht relevant (John et al., 2006). Wissenschaftlich evaluierte Hautfunktionstests bedürfen besonderer Erfahrungen bei der Durchführung und Interpretation.

Ein Anlass für weitergehende, z. B. **serologische, dermatohistopathologische oder mikrobiologische Diagnostik** kann sich im Einzelfall bei spezifischen Krankheitsbildern ergeben und ist zu begründen. Hierbei ist die Diagnostik jeweils entsprechend dem aktuellen wissenschaftlichen Stand durchzuführen.

Eine Stufendiagnostik ist bei berufsdermatologischen Gutachten in der Regel nicht angezeigt. Die komplexe Pathogenese, die Berufsdermatosen häufig zugrunde liegt (z. B. allergische, irritative und endogene Einflüsse bei z. T. klinisch sehr uniformen Krankheitsbildern), macht es erforderlich, jeweils das erforderliche Diagnostik-Repertoire auszuschöpfen.

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

## 2.4 Dokumentation

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

Die Testungen von patienteneigenen Substanzen sind nach einem Mindeststandard zu dokumentieren. Es wird empfohlen, den DGUV Testbogen zu verwenden (s. [www.dguv.de/testbogen-arbeitsstoffe](http://www.dguv.de/testbogen-arbeitsstoffe)). Werden andere Dokumentationsbögen verwendet, sollen diese mindestens die Angaben aus dem DGUV Testbogen enthalten.

Weitere Befunde (z. B. Histologie) sind beizulegen.

Die festgestellten Diagnosen sind exakt zu benennen und zusätzlich ist der zugehörige ICD-Code anzugeben. Eine umschreibende Bezeichnung des Krankheitsbildes ist nicht ausreichend.

## 2.5 Begutachtung nach Aktenlage

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

Nach Aktenlage soll nur beurteilt werden, wenn die fallbezogene Befunddokumentation und allergologische Diagnostik den etablierten Standards entspricht (ABD, DKG).

Ist der berufliche Zusammenhang mit der aufgetretenen Hautkrankheit nach Durchsicht der Akte eindeutig auszuschließen (z. B. seborrhoisches Ekzem im Brustbereich bei Schreibtischtätigkeit, systemische Mastozytose), ist vom Gutachter bzw. von der Gutachterin zu prüfen, ob eine persönliche Untersuchung erforderlich ist, und mit dem UV-Träger abzustimmen.

## 2.6 Wiederholungsgutachten

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

Zur Überprüfung des BK-Folgezustandes wegen z. B. zu erwartender Änderungen der MdE-Höhe wird auf den [Abschnitt 4](#) verwiesen.

# 3 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

## 3.1 Empfehlungen zur Einschätzung der MdE

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

Für einen Rentenanspruch muss die Erwerbsfähigkeit über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus gemindert sein. Bei der erstmaligen Begutachtung ist die MdE in der Regel auch für eine gewisse zurückliegende Zeit (entsprechend den Vorgaben des Gutachtenauftrags, in der Regel ab dem Zeitpunkt des Versicherungsfalles, s. [1.6](#)) einzuschätzen. Sofern sich bis zum Begutachtungszeitpunkt die klinische Ausprägung der Erkrankung wesentlich ändert, ist ggf. eine zeitlich differenzierende gestufte MdE-Beurteilung erforderlich (s. [3.2.4](#)). Der tatsächliche Beginn der Rentenzahlung richtet sich nach leistungsrechtlichen Vorgaben, die vom UV-Träger geprüft werden (s. [1.9](#)).

Die BK-Nr. 5101 hatte bis zum 31.12.2020 zur Voraussetzung, dass für die Anerkennung als Berufskrankheit der objektive Zwang zur Aufgabe der schädigenden Tätigkeit sowie deren tatsächliche Aufgabe (Unterlassungzwang) vorliegen musste. Daher erfolgten die gutachtlichen Feststellungen der BK-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen in der Regel immer nach Expositionsende und damit unter Karenz zur schädigenden Einwirkung. Meist kommt es unter dieser Expositionskarenz zur Besserung des Gesundheitszustands bzw. der Funktionsstörungen bis hin zur Abheilung (s. a. AWMF-Leitlinie Kontaktekzem, RegNr. 013-055; s. a. Dickel et al., 2022; AWMF-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems, RegNr. 013-053; s. a. Bauer et al., 2023).

Mit dem Wegfall des Unterlassungzwangs werden gutachtliche Feststellungen zu den BK-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen auch zu einer Zeit erforderlich, in der die Versicherten weiterhin hautbelastende Tätigkeiten ausüben.

Zu berücksichtigen ist daher,

- ob die erhobenen Beschwerden und Befunde noch unter fortgesetzter Exposition und unter welchen individuellen Präventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz zur Expositionsminderung erhoben wurden oder
- ob die Befunde in Expositionskarenz nach Tätigkeitsaufgabe gewonnen wurden und
- welche Therapie zum Zeitpunkt der Erhebung durchgeführt wurde.

Hierdurch können sich zu begründende Abweichungen in der MdE-Bewertung ergeben.

Die unter Exposition erhobenen Befunde und festgestellten Einschränkungen sind dahingehend zu beurteilen, inwieweit diese aus medizinischer Sicht eine zeitnahe und wesentliche Besserung unter Expositionskarenz absehen lassen. Dabei sind der aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand und die Gegebenheiten im individuellen Einzelfall wie z. B. der aktenkundigen Daten zur Anamnese, Exposition und zum Befund- bzw. Behandlungsverlauf zu berücksichtigen.

Solche belastungsabhängigen Befunde oder Einschränkungen stehen der Aufnahme einer anderen geeigneten Tätigkeit kurzzeitig nach Beendigung der Exposition nicht entgegen, führen deshalb nicht zu relevanten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und haben daher keine MdE-Relevanz.

In die MdE-Bewertung dürfen vielmehr nur die Funktions einschränkungen einfließen, die unter Expositionskarenz verbleiben. Die Einschätzung ist einzelfallbezogen zu begründen. Ist eine zeitnahe und wesentliche Besserung unter (angenommener) Expositionskarenz nach dem aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand und den Gegebenheiten im individuellen Einzelfall nicht begründet absehbar, erfolgt die Einschätzung entsprechend dem zum Begutachtungszeitpunkt vorliegenden Befund.

Belastungsabhängige (nicht MdE-relevante) Erkrankungsfolgen sind Hauterscheinungen, die sich in einem Zeitraum von bis zu sechs Wochen nach Wegfall der schädigenden arbeitsbedingten Einwirkungen wesentlich bessern oder abheilen. Diese absehbare Besserung ist im Gutachten begründet darzulegen und kann sich – analog der Kausalbeurteilung – z. B. auf den wechselnden Verlauf der Hauterscheinungen, insbesondere in expositions-freien oder -armen Zeiten, stützen. Bei der häufigsten Erkrankung, dem Kontaktekzem, sind akut-entzündliche Hauterscheinungen von länger bestehenden belastungs-unabhängigen Hauterscheinungen und Folgezuständen wie chronifizierten ekzematösen Hauterscheinungen oder einer erhöhten Vulnerabilität der Haut aufgrund einer eingetretenen Hautbarrierestörung, Atrophie oder Lichenifikation infolge des beruflichen Kontaktekzems oder dessen Behandlung abzugrenzen. Beruflich erworbene Allergien sind immer als belastungsunabhängige Folgen der Berufserkrankung zu werten.

Ist aus ärztlicher Sicht die Aufgabe der hautbelastenden Tätigkeit(en) geboten (s. [1.7.2](#) und [1.8](#)), so ist für die ausgeübte Tätigkeit und für alle vergleichbaren Tätigkeiten eine Verschlossenheit des Arbeitsmarktes zu bejahen. Bei irritativen Hauterkrankungen kann in seltenen Fällen dieser Teil des Arbeitsmarktes verschlossen bleiben, auch wenn sich primär reversible Hauterscheinungen bei Tätigkeitsaufgabe vollständig zurückbilden würden. Das ist bei der Bemessung der MdE entsprechend zu berücksichtigen. Bei allergischen Hauterkrankungen zeigt sich der Umfang des verschlossenen Arbeitsmarktes in der MdE-Tabelle (s. [Tabelle 1](#)) durch die Spalte „Auswirkung der Allergie“. Dies gilt sowohl, wenn die versicherte Person sich in dieser Situation zur Tätigkeitsunterlassung entschließt, als auch, wenn sie trotz Hinwirken des UV-Trägers auf eine Tätigkeitsunterlassung nach § 9 Abs. 4 Satz 2 SGB VII die Tätigkeit fortsetzt.

Bei der Bemessung der MdE sind sowohl positive als auch negative Auswirkungen medizinischer Therapien zu berücksichtigen. Wird der gesundheitliche Zustand der

versicherten Person durch die verordnete Medikation deutlich gebessert, spiegelt sich dies in dem geringeren Beschwerdegrad und einer geringeren Funktionseinschränkung wider. Die MdE kann dann geringer ausfallen.

Haben Therapien dagegen Nebenwirkungen, die zu weiteren Funktionsstörungen führen, sind die hieraus resultierenden Beeinträchtigungen angemessen zu berücksichtigen (s. a. [3.2.3](#)).

Eine unzureichende Compliance und/oder Adhärenz der versicherten Person ist dem UV-Träger mitzuteilen.

In langjähriger gutachtlicher Praxis haben sich Erfahrungssätze herausgebildet, die auch von der Rechtsprechung bestätigt worden sind; die MdE-Bewertung bei der BK-Nr. 5101 umfasst hiernach in der Regel Sätze bis 30 v. H. Eine MdE von mehr als 30 v. H. ist nur in ungewöhnlich schweren Fällen angezeigt und bedarf einer besonderen Begründung.

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

**Tabelle 1**

| Auswirkung einer Allergie | Ausmaß der Hauterscheinungen |        |        |        |
|---------------------------|------------------------------|--------|--------|--------|
|                           | keine                        | leicht | mittel | schwer |
| keine                     | 0*                           | 10     | 20     | 25     |
| geringgradig              | 0*                           | 10     | 20     | 25     |
| mittelgradig              | 10                           | 15     | 25     | 30     |
| schwerwiegend             | 20                           | 20     | 30     | ≥ 30   |

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

## 3.2 Erläuterungen

### 3.2.1 Ausmaß der Hauterscheinungen

**Hinweis:** Soweit der aktuelle Hautbefund nach Art und Intensität auf die besonderen Beanspruchungen der noch ausgeübten hautbelastenden Tätigkeit zurückzuführen ist, sind die hierdurch hervorgerufenen reversiblen Belastungsreaktionen (= belastungsabhängige Hauterscheinungen) nicht MdE-relevant, wenn eine zeitnahe und wesentliche Besserung der Hauterscheinungen nach Wegfall der Hautbelastung absehbar ist (s. [Abschnitt 3.1](#)).

#### Leichte Hauterscheinungen:

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

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

#### Mittlere Hauterscheinungen:

- Krankhafte Hautveränderungen, die mehr als dreimal pro Jahr auftreten und trotz adäquater dermatologischer Therapie und Mitwirkung der versicherten Person mehrere Wochen bestehen, und/oder
- lichenifizierte oder dünne, leicht vulnerable Haut als Folgezustand eines langwierigen beruflichen Ekzems oder nach Kortikosteroid-Behandlung und/oder
- dokumentierte krankhafte Hautveränderungen nach mäßiger (irritativer, toxischer etc.) Hautbelastung.

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

#### Schwere Hauterscheinungen:

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

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

### 3.2.2 Auswirkung der Allergie

Die Stärke der Testreaktion kann ein Hinweis auf eine intensive Sensibilisierung sein, wesentlicher ist jedoch der klinische Befund bei Exposition. Allein aus einer „+++“-Reaktion“ kann nicht auf eine schwerwiegende Auswirkung einer Allergie geschlossen werden. Beim Umfang der Sensibilisierung dürfen positive Testreaktionen nicht einfach addiert werden, sondern der Umfang der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ist zu beurteilen.

Auch „klinisch stumme Sensibilisierungen“ sind unter bestimmten Voraussetzungen bei der MdE-Einschätzung zu berücksichtigen. Definitionsgemäß wird auf das Vorliegen einer „stummen Sensibilisierung“ geschlossen, wenn zwar einerseits eine als allergisch bewertete positive Epikutantestreaktion vorliegt, jedoch andererseits gutachtlie nicht mit Wahrscheinlichkeit festzustellen ist, dass diese im Epikutantest identifizierte Sensibilisierung im Rahmen der versicherten Tätigkeit auch tatsächlich ein manifestes allergisches Kontaktekzem verursacht hat (Fartasch et al., 2008).

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

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

Nach der MdE-Tabelle (s. [Tabelle 1](#)) geht nicht nur die Verbreitung der Allergene in die MdE-Bemessung ein, sondern auch die Auswirkung der Allergie nach ihrem Umfang und nach ihrer Intensität, also im Wesentlichen der klinische Befund zum Zeitpunkt beruflicher Exposition als Zeichen der Ansprechbarkeit durch die Sensibilisierung. Definitionsgemäß fehlt bei einer stummen Sensibilisierung aber ein klinisches Korrelat (im Sinne eines allergischen Kontaktekzems), deshalb werden bei einer stummen Sensibilisierung die Auswirkungen der Allergie niedriger, d. h. in der Regel nur als geringgradig zu bewerten sein. Dies sollte allerdings nicht schematisch erfolgen, sondern im Gutachten sollte ggf. dargelegt werden, dass wegen der geringen Ansprechbarkeit durch die Sensibilisierung die Auswirkungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tatsächlich geringer als bei einer klinisch relevanten Sensibilisierung einzuschätzen sind. Dies ist der Fall, wenn dem von einer stummen Sensibilisierung betroffenen Versicherten weniger Berufstätigkeiten verschlossen sind als Versicherten mit klinisch relevanter Allergie.

#### **Geringgradige Auswirkung:**

Einzelner Berufsstoff wenig verbreitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

#### **Mittelgradige Auswirkung:**

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

#### **Schwergradige Auswirkung:**

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

Für die Beurteilung der Auswirkungen einer Allergie werden seit dem Jahr 2000 von der Arbeitsgruppe „Bewertung der Allergene bei der BK-Nr. 5101“ Kriterien für die MdE-Bewertung von Einzelallergenen publiziert (s. QR-Code oder [www.abderma.org](http://www.abderma.org)). Diese orientieren sich am klinischen Bild, am Sensibilisierungsgrad sowie an der Verbreitung des jeweiligen Allergens auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Aktualität der Empfehlungen wird von der Arbeitsgruppe regelmäßig überprüft (s. a. Geier et al., 2025). Weitere Gesundheitsstörungen, die die Einsatzfähigkeit im Arbeitsleben beeinträchtigen können, sind gegebenenfalls zusätzlich zu berücksichtigen; dazu gehören z. B. erhebliche Schmerzen oder entstellende Hautveränderungen.



#### **3.2.3 MdE-relevante Besonderheiten**

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

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

### 3.2.4 Beginn und Staffelung der MdE

Bei einem sich bis zum Begutachtungszeitpunkt verändernden Erkrankungsverlauf ist ggf. eine zeitlich differenzierende, gestufte MdE-Einschätzung erforderlich.

Die Abstufung erfolgt in Schritten von mindestens 10 % und bedarf der gutachtlichen Begründung. Veränderungen der MdE von weniger als 10 % können nach dem

derzeitigen medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstand nicht zuverlässig beurteilt werden.

Bei insbesondere unter Fortführung der beruflichen Tätigkeit schwankendem Verlauf der klinischen Ausprägung der beruflichen Hauterscheinungen sollte die MdE unter Berücksichtigung von Zeitintervallen von nicht kürzer als sechs Monaten eingeschätzt werden.

## 4 Überprüfungen des BK-Folgezustandes

Überprüfungen des BK-Folgezustandes sollen erfolgen, wenn wesentliche Änderungen ( $\geq 10\%$ ) in den Erkrankungsfolgen zu erwarten sind. Dies ist insbesondere der Fall, wenn weitere Behandlungen erforderlich sind.

Sind lediglich persistierende Sensibilisierungen ohne eine manifeste Hauterkrankung Folge der Berufskrankheit oder zeigen sich bei konstantem Sensibilisierungsspektrum in einer Beobachtungsphase von etwa vier Jahren mit ein bis zwei Überprüfungen keine Befundänderungen, sind weitere Überprüfungen in der Regel nicht erforderlich.

Veränderungen der Befunde sind nicht zwangsläufig mit einer Veränderung der MdE gleichzusetzen. Nur wenn die

erhobenen Befunde zweifelsfrei eine funktional wesentliche Veränderung (Verbesserung/Verschlechterung) belegen, ist begründet darzulegen, ob damit auch eine Veränderung der MdE eingetreten ist.

Die Gutachterinnen bzw. Gutachter sollen eine begründete Empfehlung aussprechen, ob und wann eine Überprüfung des BK-Folgezustandes angezeigt ist. Für die Festlegung der Zeitintervalle sind der individuelle Gesundheitszustand, insbesondere Verlauf und Schwere der Erkrankung (Ausmaß der Funktionsänderungen), eine ggf. weiterbestehende Exposition sowie ggf. Begleiterkrankungen zu berücksichtigen. Überprüfungen können auch von den versicherten Personen beantragt werden.

## **Teil II: Hautkrebserkrankungen**

# 1 Rechtliche Grundlagen

## 1.1 Hautkrebserkrankungen als Berufskrankheit

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

Als Berufskrankheiten werden solche Erkrankungen anerkannt und entschädigt, die nach den gesetzlichen Maßgaben dem Risikobereich des Unternehmens zuzurechnen sind. Ob dies der Fall ist, wird im Verfahrensverfahren der UV-Träger, ggf. auch im Widerspruchs- oder Klageverfahren unter Beachtung der Verfahrens- und Mitwirkungsrechte der Beteiligten, geklärt.

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

Arbeitsbedingte Hautkrebserkrankungen können durch die arbeitsbedingte Exposition gegenüber bestimmten Karzinogenen ausgelöst werden. Der Begriff „Hautkrebs“ ist allerdings unspezifisch und es werden darunter zahlreiche Erkrankungen verstanden, die Unterschiede in Klinik, Verlauf und Prognose zeigen (WHO, 2018; s. a. [1.4](#)).

### 1.1.1 Berufskrankheit Nr. 1108

Erkrankungen durch Arsen

Arsen und seine Verbindungen können Basalzellkarzinome (Syn. Basaliom) und Plattenepithelkarzinome inklusive Morbus Bowen und Bowen-Karzinom verursachen. Zu den pathognomonischen Erscheinungsformen gehören Palmoplantarkeratosen, die aber nicht immer vorhanden sein müssen. Die Exposition erfolgt hauptsächlich über die Atemwege, kann aber auch über den Magen-Darm-Trakt und unter besonderen Bedingungen auch über die Haut erfolgen.

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

Bei akuter kutaner Exposition können ekzemartige Hautveränderungen auftreten. Chronische Intoxikationsfolgen können sich in Follikulitiden, Pigmentverschiebungen,

Abszessen, Hyperkeratosen und Ulzera ausdrücken (sogenannte „Arsenhaut“).

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

### 1.1.2 Berufskrankheit Nr. 2402

Erkrankungen durch ionisierende Strahlen

Ionisierende Strahlen können in Abhängigkeit von der Dosis (s. wiss. Begründung zur BK-Nr. 2402) bösartige Erkrankungen der Haut auslösen, vornehmlich Basalzellkarzinome, selten Plattenepithelkarzinome (besonders in radiologisch geschädigter Haut), Fibrosarkome und Angiosarkome. Unter hoher akuter Strahlenbelastung (1 Sv und höher) ist die Entwicklung einer akuten Strahlendermatitis zu erwarten mit Rötung, Juckreiz und Infiltration der Haut.

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

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

### 1.1.3 Berufskrankheit Nr. 5102

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

Stoffe im Sinne der BK-Nr. 5102 können nach derzeitigem Kenntnisstand Plattenepithelkarzinome und Carcinomata in situ sowie Basalzellkarzinome verursachen. Ein direkter Hautkontakt spielt hierbei eine wesentliche Rolle, aber auch die systemische Aufnahme der Karzinogene z. B. durch Lunge und Haut kann von Bedeutung sein.

Bei den Stoffen der BK-Nr. 5102 handelt es sich um Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe

(Bek. des BMA v. 18.02.1963, BArBBl Fachteil Arbeitsschutz 1963, S. 25). Als ähnliche Stoffe sind vor allem Substanzen anzusehen, die einen hohen Gehalt an sog. polzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen (PAK) enthalten, z. B. Benzo[a]pyren und Benz[a]anthracen. Für Bitumen wurde bisher kein erhöhtes Hautkrebsrisiko (Melanom und Nicht-Melanom) beobachtet (Welge, 2018, S. 44).

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

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

#### 1.1.4 Berufskrankheit Nr. 5103

Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung

Natürliche UV-Strahlung kann in Abhängigkeit von der Dosis (s. wiss. Begründung zur BK-Nr. 5103) Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen (einschließlich des Morbus Bowen und des Bowen-Karzinoms) in sonnenlichtbelasteten Hautarealen auslösen. Betroffen sind nahezu ausschließlich Kopf, Hals, Dekolleté, Handrücken und Unterarme. Am Lippenrot der Unterlippe kann eine Cheilitis actinica entstehen.

Als multipel im Sinne dieser Berufskrankheit gelten aktinische Keratosen, wenn sie mit einer Zahl von mehr als fünf innerhalb von zwölf Monaten einzeln oder konfluierend in einer Fläche von größer als 4 cm<sup>2</sup> (Feldkanzerisierung) auftreten.

Für die Beurteilung, ob ein Kausalzusammenhang zwischen Hautkrebskrankung und arbeitsbedingter UV-Lichtexposition besteht, ist eine belastbare Erhebung von nicht arbeitsbedingter und arbeitsbedingter UV-Exposition erforderlich.

Wenn zu der individuellen nicht versicherten UV-Lebensbelastung am Ort der Tumorentstehung eine zusätzliche, durch die versicherte Außentätigkeit bedingte kumulative UV-Belastung von mehr als 40 % der alltäglichen UV-Lebensbelastung hinzugekommen ist, kann davon ausgegangen werden, dass der Anteil der beruflichen Verursachung wesentlich für die Tumorentstehung ist (Drexler, Diepgen, 2000) und damit ein Kausalzusammenhang bejaht werden muss.

Die außerberufliche Lebenszeitbestrahlung wird bislang pauschal abgeschätzt, wobei davon ausgegangen wurde, dass ein Mensch in Deutschland innerhalb eines Jahres 130 SED (standardisierte Erythemdosen) natürlichen Ursprungs (Sonne) im Privatbereich ausgesetzt ist (Knuschke et al., 2008).

Die arbeitsbedingten UV-Strahlungsexpositionen sind durch eine konkrete Berechnung zu ermitteln und müssen im Vollbeweis gesichert sein.

Dies erfolgt in der Regel durch eine spezielle Arbeitsanalyse des Präventionsdienstes (PD) des jeweils zuständigen UV-Trägers unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten (z. B. Befragung der versicherten Person, Arbeitgeberauskunft, Erfahrungswerte zu vergleichbaren Arbeitsplätzen, in geeigneten Fällen Messungen am Arbeitsplatz). Die Ermittlung der Exposition hat immer mit Blick auf die Tumorlokalisierung zu erfolgen (DGUV Handlungsempfehlung „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“).

Als Orientierungswert für eine versicherungsrechtlich relevante UV-Exposition zur Plausibilitätsprüfung im Rahmen der Begutachtung kann der in der wissenschaftlichen Begründung genannte Wert von 170 SED je volles Outdoorjahr dienen. Bei diesem Wert handelt es sich um einen Durchschnittswert für alle im Freien Beschäftigten. Das Berechnungsmodell der UV-Träger geht dagegen von einem Maximalwert für Outdoorworker (in Deutschland) in Höhe von 300 SED aus, von dem jeweils Abschläge aufgrund der Besonderheiten der Arbeitstätigkeit erfolgen. Sowohl dieser Wert als auch der Wert für die private Durchschnittsexposition werden zurzeit im Rahmen von Forschung (Strehl, Wittlich, 2021) überprüft.

### 1.1.5 Hautkrebskrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII

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

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

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

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

Mit den Neuregelungen des SGB VII wurde der für die Beratung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) zuständige Ärztliche Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ (ÄSVB) institutionalisiert (§ 9 Abs. 1a SGB VII, §§ 7 ff. BKV) und die jeweiligen Beratungsthemen werden mittlerweile veröffentlicht (§ 9 Abs. 3 BKV,

Beratungsthemen s. [BMAS-Website](#) [Link s. Literaturverzeichnis]). Bei den Beratungen zu Empfehlungen neuer Berufskrankheiten wird in eine „Vorprüfung“ und eine „Beratung“ unterschieden.

Ist ein Beratungsthema in der „Vorprüfung“, bedeutet das eine kurzratische Prüfung, ob hinreichende wissenschaftliche Evidenz für einen Ursachenzusammenhang zwischen einer potenziell schädigenden Einwirkung und der Entstehung einer bestimmten Krankheit besteht. Erst wenn dies bejaht wird, werden Beratungen zum Vorliegen der generellen Geeignetheit und dem Vorliegen der sog. gruppentypischen Risikoerhöhung aufgenommen. In beiden Beratungsstadien haben sich die Erkenntnisse noch nicht zur „BK-Reife“ und damit zur Empfehlung der Aufnahme einer neuen Berufskrankheit verdichtet. Eine solche Erkenntnisdichte ist in der Regel erst mit Verabsiedlung einer wissenschaftlichen Empfehlung anzunehmen. Allerdings kann allein die Nennung eines Beratungsthemas auf den Internetseiten des ÄSVB keine in der Vergangenheit diskutierte „Sperrwirkung“ für eine mögliche Anerkennung als Wie-Berufskrankheit entfalten (vgl. BSG, 27.06.2006, B 2 U 5/05 R, SGb 2007, 154 mit Anm. v. Rüfner; s. a. Anm. v. Keller, jurisPR-SozR 26/2006 Anm. 6; a. A. LSG NdS-Br, 12.11.2020, L 6 U 98/17, s. a. Anm. Römer zum Urteil, jurisPR-SozR 2/2021 Anm. 3).

Neben der Tätigkeit des ÄSVB besteht für jeden UV-Träger die Pflicht, ggf. selbst oder durch Einschaltung des BMAS möglichen Wie-BK-Tatbeständen nachzugehen. In der Regel wird dieses Vorgehen dazu führen, dass bei Vorliegen von entsprechenden Anhaltspunkten Beratungen beim ÄSVB in Gang gesetzt werden. In der Praxis dürfte es aus den genannten Gründen meist jedoch kaum möglich sein, ohne die Expertise des ÄSVB die erforderliche „BK-Reife“ zu bewerten.

Ein UV-Träger kann sich somit zwar nicht auf eine durch laufende Beratungen des ÄSVB bestehende Sperrwirkung für eine eigene Entscheidung berufen. Liegt eine BK-Reife nicht vor, ist zu diesem Zeitpunkt aber nur eine ablehnende Entscheidung des UV-Trägers möglich (Römer, Brandenburg, 2023).

Dies gilt auch für synkanzerogene Effekte. Auch hier bedarf es belastbarer wissenschaftlicher Erkenntnisse über generelle gruppenspezifische Ursachenzusammenhänge zwischen einzelnen Stoffen bzw. Stoffkombinationen und spezifischen arbeitsbedingten Belastungen bzw. Erkrankungen (Spellbrink, 2014). Solche Erkenntnisse liegen zum Zeitpunkt der Überarbeitung der Begutachtungsempfehlungen nicht vor.

Von der Einbeziehung künstlicher UV-Strahlung (z. B. beim Schweißen oder durch spezielle UV-Strahler bei der Lackhärtung) in die BK-Nr. 5103 wurde vom Verordnungsgeber abgesehen (BR-Drucks. 534/14, S. 18), da ein Zusammenhang zwischen arbeitsbedingter Belastung mit künstlicher UV-Strahlung und dem Auftreten von Hautkrebs aus epidemiologischen Studien derzeit nicht abgeleitet werden könnte (GMBL 2013, S. 671; Krohn, 2014, S. 29; Becker u. a., § 9 BK-Nr. 5103, Anm. 1). Da sich künstliches UV-Licht in Wellenlänge und Intensität je nach Strahlungsquelle und Arbeitsaufgabe erheblich von der natürlichen UV-Strahlung unterscheidet, verbietet sich auch eine analoge Übertragung der Erkenntnisse aus dem Bereich der arbeitsbedingten Exposition gegenüber der Sonnenstrahlung (Wittlich, DGUV forum 10/2017, S. 28; DGUV Arbeitshilfe „Hautkrebs durch UV-Strahlung“, Stand 05.09.2013, S. 7). Hierfür spricht auch, dass im Bereich der künstlichen UV-Strahlung vielfach Schutzmaßnahmen (z. B. beim Schweißen) zum Einsatz kommen (Wittlich, DGUV forum 10/2017, S. 28). Es kann daher derzeit auch keine Anerkennung nach § 9 Abs. 2 empfohlen werden (Brandenburg et al., DGUV forum 12/2017, S. 23; a. A. Siekmann, BPUVZ 2014, S. 461).

Hautkrebskrankungen, die nicht einem BK-Tatbestand unterfallen und auch nicht offenkundig im ÄSVB beraten werden, können von der Gutachterin bzw. vom Gutachter im Einzelfall zur Anerkennung nach § 9 Abs. 2 SGB VII empfohlen werden, wenn neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eine berufliche Verursachung belegen. Die Erkenntnisse müssen sowohl das Vorliegen der generellen Geeignetheit als auch das Vorliegen der sog. gruppentypischen Risikoerhöhung umfassen. Neu sind diese Erkenntnisse, wenn sie bei der letzten Änderungsverordnung noch nicht vorhanden bzw. dem Verordnungsgeber nicht bekannt waren oder wenn sie bekannt waren, aber bisher nicht geprüft wurden.

Erkrankungen nach § 9 Abs. 2a Nr. 2 SGB VII sind zu dem Zeitpunkt anzuerkennen, in dem die notwendigen neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse für eine Entscheidung nach § 9 Abs. 2 vorgelegen haben. Sofern der ÄSVB eine Empfehlung zur Anerkennung einer neuen Berufskrankheit beschlossen hat, ist der Zeitpunkt des Beschlusses maßgebend.

### 1.1.6 Narbentumoren

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

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

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

## 1.2 Beweismaßstäbe

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

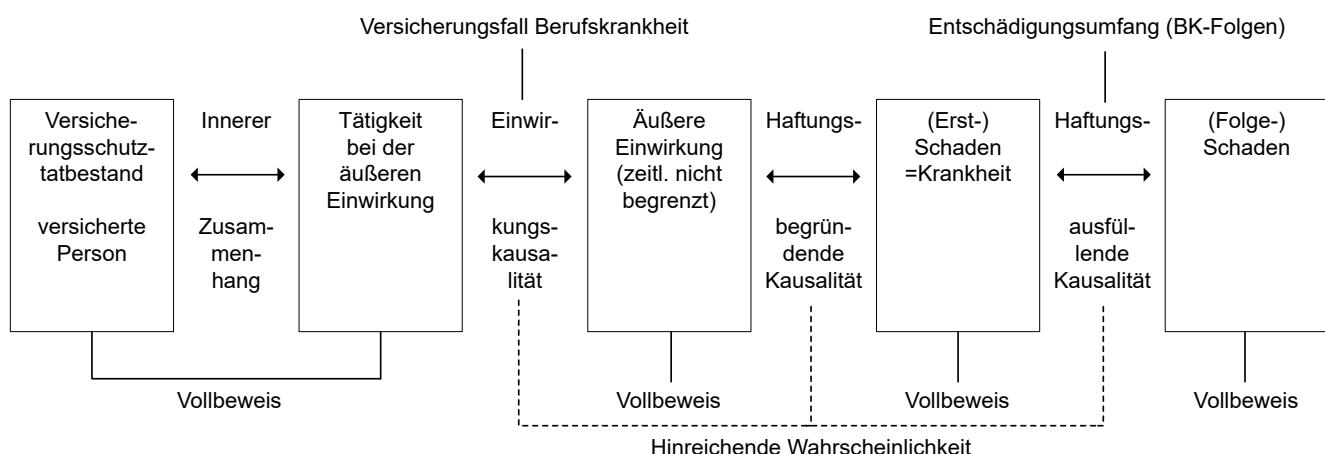
Dies ist insbesondere für die Diagnose der vom Tatbestand der jeweiligen BK-Nr. geforderten Krankheit (1.4) von Bedeutung. Liegt nur ein Verdacht auf diese Krankheit vor, muss dieser durch weitere Untersuchungen erhärtet werden. Allein der Verdacht genügt nicht. Liegen schwankende und/oder grenzwertige Befunde vor, müssen Untersuchungen – ggf. auch mit zeitlichem Abstand – wiederholt werden.

Allgemein anerkannt ist, dass für die Feststellung des haftungsbegründenden und des haftungsausfüllenden Ursachenzusammenhangs (s. 1.5) sowohl bei Arbeitsunfällen als auch bei Berufskrankheiten statt des Vollbeweises die hinreichende Wahrscheinlichkeit ausreicht. Es muss mehr für als gegen die tatsächliche Verursachung der Erkrankung durch die versicherte Einwirkung sprechen; die reine Möglichkeit der Schadensverursachung genügt nicht. Zu beantworten ist die Frage auf Basis des aktuellen medizinischen, naturwissenschaftlichen und technischen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (BSG, 27.06.2006, B 2 U 20/04 R).

Demgegenüber dient die zweite Prüfstufe des Ursachenzusammenhangs (s. 1.5.1) der rechtlichen Grenzziehung nach dem Schutzzweck der gesetzlichen Unfallversicherung. Es handelt sich damit nicht um die Feststellung einer naturwissenschaftlichen Kausalität, sondern um eine rechtliche Wertung.

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

**Abb. 4** Zusammenhangsschema für Berufskrankheiten (nach Brandenburg Stand 06/2022)



## 1.3 Versicherte, schädigende Einwirkung

Die arbeitsbedingte Einwirkung von unter die jeweilige BK-Nummer ([Abschnitt 1.1](#)) fallenden krebserzeugenden Stoffen bzw. von ionisierender Strahlung oder UV-Strahlung am Arbeitsplatz muss im Vollbeweis gesichert sein (vgl. [1.2](#); Schema in [Abb. 4](#)). Dies erfolgt in der Regel durch eine spezielle Arbeitsplatzanalyse des Präventionsdienstes des UV-Trägers (DGUV Handlungsempfehlung zur „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“).

Liegt für die zugrunde gelegte Tätigkeit/Exposition gesichertes berufsdermatologisches Erfahrungswissen vor und ist davon auszugehen, dass dies für den konkreten Arbeitsplatz zutrifft, kann auf eine konkrete Arbeitsplatzanalyse verzichtet werden.

## 1.4 Krankheit im Sinne einer Hautkrebs-BK

Zu den von Berufskrankheiten erfassten Hautkrebskrankungen (s. [Tabelle 2](#)) zählen epidermale Hauttumore wie Plattenepithelkarzinome, inklusive des Bowen-Karzinoms (ICD C44.xx), und deren Vorstufen (Carcinomata in situ [vom AK-Typ und/oder Bowen-Typ] [ICD L57.0/ D04xx]) sowie Basalzellkarzinome (ICD C44.xx). Nach ionisierender Strahlung können Angio- und Fibrosarkome auftreten.

Aktinische Keratosen (AK) sind als Carcinomata in situ anzusehen. Als Feldkanzerisierung wird ein Hautareal bezeichnet, in dem mehrere aktinische Keratosen liegen, die von sichtbaren UV-Licht-bedingten Hautschäden umgeben sind. Sichtbare UV-Licht-bedingte Schädigungen der Haut (zum Beispiel tiefe Falten mit Ausnahme mimischer Falten, Teleangiektasien, Hypo- und Hyperpigmentierungen, Atrophien, Faltenbildungen am Nacken) ohne Nachweis aktinischer Keratosen sind in diesem Sinne nicht als Feldkanzerisierung der Haut zu werten.

Der nicht genitale Morbus Bowen lässt sich histologisch von einer aktinischen Keratose unterscheiden. Er ist biologisch und versicherungsrechtlich einer aktinischen Keratose gleichzusetzen und muss daher auch multipel oder in einer Fläche von größer 4 cm<sup>2</sup> auftreten. Er kann in ein sogenanntes Bowen-Karzinom übergehen. Das Bowen-Karzinom ist versicherungsrechtlich dem Plattenepithelkarzinom gleichzusetzen.

Melanome (einschließlich des Lentigo-maligna-Melanoms) können nicht Folge einer Berufskrankheit sein.

Die hier angesprochenen Erkrankungen stellen bei der Zusammenhangsbeurteilung besondere Anforderungen an die ärztlichen Sachverständigen. Im Unterschied zu den typischen Fällen der BK-Nr. 5101 sind lange Latenzzeiten, zum Teil von mehreren Jahrzehnten, die Regel. Bei den Kriterien für die Feststellung des Ursachenzusammenhangs (s. [1.5](#)) muss dies beachtet werden.

Auswahl von bösartigen Hauterkrankungen, die zum Zeitpunkt der Überarbeitung der Bamberger Empfehlung als Berufskrankheit anerkannt werden können:

Tabelle 2

|   | Carcinomata in situ | Plattenepithel-karzinome | Basalzell-karzinome | Maligne Melanome | Angio-/ Fibrosarkome |
|---|---------------------|--------------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| Arsen<br>BK-Nr. 1108                      | x                   | x                        | x                   | -                | -                    |
| Ionisierende<br>Strahlung<br>BK-Nr. 2402  | x                   | x                        | x                   | -                | x                    |
| Teer, Pech usw.<br>BK-Nr. 5102            | x                   | x                        | x                   | -                | -                    |
| Natürliche<br>UV-Strahlung<br>BK-Nr. 5103 | x                   | x                        | -                   | -                | -                    |
| Narben                                    | x                   | x                        | x                   | -                | -                    |

## 1.5 Kausalitätsgrundsätze

Durch das Sondersystem der gesetzlichen Unfallversicherung wird die zivilrechtliche Haftung des Unternehmers (Arbeitgeber) abgelöst. Der UV-Träger tritt an die Stelle des Unternehmers. Entsprechend gelten für die Kausalitätsbeurteilung strenge rechtliche Maßstäbe, die nachfolgend dargestellt sind. Insbesondere müssen sich die in der Erkrankung realisierenden Risiken der Verantwortung des Unternehmers zuordnen lassen.

Die Anerkennung eines Versicherungsfalls setzt die abschließende Klärung der Kausalität zwischen arbeitsbedingter Einwirkung und dem vorliegenden Krankheitsbild voraus. Dabei ist zu unterscheiden zwischen

- dem Nachweis der generellen Eignung der Einwirkung zur Verursachung eines solchen Krankheitsbildes und
- der Feststellung der Verursachung im Einzelfall.

### 1.5.1 Kausalitätsgrundsätze für die Prüfung des Einzelfalls

Nach der aktuellen Rechtsprechung des BSG (30.03.2017, B 2 U 6/15 R) gilt für den Ursachenzusammenhang zwischen Einwirkung und Erkrankung im Berufskrankheitenrecht, wie auch sonst in der gesetzlichen Unfallversicherung, die **Theorie der wesentlichen Bedingung**, die

zunächst auf der naturwissenschaftlich-philosophischen Bedingungstheorie beruht, nach der jedes Ereignis (jede Bedingung) Ursache eines Erfolges ist, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfiele (Conditio sine qua non).

Die Prüfung erfolgt in zwei Schritten. Erst wenn in der **ersten Stufe** feststeht, dass ein bestimmtes Ereignis, hier die Einwirkung durch einen Arbeitsstoff, eine naturwissenschaftlich-philosophische Ursache der Krankheit ist, stellt sich in der zweiten Prüfungsstufe die Frage, ob die Einwirkung auch rechtlich die Realisierung einer in den Schutzbereich des jeweils erfüllten BK-Tatbestandes fallenden Gefahr ist.

Ob eine versicherte Einwirkung neben anderen Faktoren eine Ursache im naturwissenschaftlichen Sinn darstellt, beurteilt sich nach:

- Art und Intensität der arbeitsbedingten Einwirkungen unter Berücksichtigung nachgewiesener Schutzmaßnahmen, z. B. Kopfbedeckungen, bei der BK-Nr. 5103 Art und Intensität der arbeitsbedingten natürlichen UV-Strahlung,
- Ausmaß und Lokalisation der Hauterscheinungen, bei der BK-Nr. 5103 u. a. Übereinstimmung der Lokalisation der Hautkrebskrankung mit arbeitsbedingt

sonnenexponierten Körperstellen, Verteilungsmuster der Lichtschäden (s. a. [2.2](#)),

- Art und Intensität konkurrierender Einwirkungen und Erkrankungen.

In entsprechender Weise ist zu beurteilen, ob andere Faktoren, z. B. nicht versicherte arbeitsbedingte und private Einwirkungen, Krankheitsanlagen sowie anlagebedingte Erkrankungen Ursache(n) im naturwissenschaftlichen Sinn sind. Bereits auf dieser ersten (rein tatsächlichen) Prüfungsstufe sind alle im Einzelfall als Ursache in Betracht kommenden versicherten und unversicherten Faktoren und ihre jeweiligen Verursachungsanteile (z. B. die schädigende Einwirkung am Arbeitsplatz und die unversicherten Vorerkrankungen) darzustellen.

Dazu müssen die medizinischen Sachverständigen die Verursachungsanteile in ihrer Bedeutung gewichten, die einerseits der versicherten Einwirkung und andererseits den nicht versicherten Faktoren an der Verursachung der Erkrankung zukommt. Dabei ist auf Basis der aktuellen wissenschaftlich-medizinischen Erkenntnislage auch eine ggf. bestehende Wechselwirkung zu betrachten und zu bewerten. Diese Aufgaben fallen in den Verantwortungsbereich der medizinischen Sachverständigen.

Diese Einschätzung ist auch notwendig, damit auf der **zweiten Stufe** die rechtliche Wesentlichkeit der versicherten Einwirkungen vom Rechtsanwender (Verwaltung oder Gericht) beurteilt werden kann. Dazu kann das jeweilige Erkrankungsrisiko nicht ausschließlich rein mathematisch ermittelt und auch nicht zahlenmäßig abgewogen werden.

Das BSG hat dabei schon immer betont, dass bei dieser Prüfung „wesentlich“ nicht gleichzusetzen ist mit „gleichwertig“ oder „annähernd gleichwertig“. Auch eine nicht annähernd gleichwertige, sondern rechnerisch verhältnismäßig niedriger zu bewertende Ursache kann für den Erfolg rechtlich wesentlich sein, solange die andere Ursache keine überragende Bedeutung hat. Welche Ursache im Einzelfall rechtlich wesentlich ist und welche nicht, muss nach der Auffassung des praktischen Lebens über die besondere Beziehung der Ursache zum Eintritt des Erfolgs vom Rechtsanwender wertend entschieden werden. Eine Rechtsvermutung dafür, dass die versicherte

Einwirkung wegen ihrer objektiven Mitverursachung der Erkrankung auch rechtlich wesentlich war, besteht nicht.

Die versicherungsrechtliche Einstandspflicht des UV-Trägers setzt voraus, dass die Rechtsgutsverletzung der/des Versicherten in den jeweiligen Schutzbereich der begründeten Versicherung fällt. Entscheidend ist, ob der begründete Versicherungsschutz den Sinn und Zweck hat, gegen Schäden der konkret eingetretenen Art zu schützen.

Die rechtliche Wesentlichkeit ist entsprechend dem Schutzzweck der BK-Tatbestände nicht gegeben, wenn die schädigende Einwirkung als durch (unversicherte) alltägliche Einwirkungen austauschbar zu bewerten ist (Gelegenheitsursache). Dies folgt daraus, dass das BK-Recht entsprechend den Vorgaben in § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII nur vor besonderen Einwirkungen schützen soll, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

## 1.6 Tag des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall einer Berufskrankheit liegt vor, wenn alle Tatbestandsmerkmale der jeweiligen Berufskrankheit erfüllt sind (s. [Abschnitt 1.1](#)). Die Festlegung erfolgt durch den UV-Träger.

## 1.7 Therapie, Rehabilitation, Teilhabe und Individualprävention

### 1.7.1 Therapie, Rehabilitation und Teilhabe

Zu den Aufgaben der gesetzlichen Unfallversicherung zählt die Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit der Versicherten nach Eintritt eines Arbeitsunfalls und/oder einer Berufskrankheit. Nach § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII haben die UV-Träger ein durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden möglichst frühzeitig zu beseitigen oder zu bessern und seine Verschlimmerung zu verhüten sowie seine Folgen zu mildern. Hierzu zählen auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Auf regelmäßige Hautkrebskontrolluntersuchungen (Nachsorgeuntersuchungen) durch den Dermatologen ist zu achten. Die zeitlichen Abstände dieser dermatologischen Untersuchungen hängen von dem Ausmaß und der Aktivität der Hauterkrankung ab (S3-Leitlinie Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut, Langversion 2.0, 2022, AWMF-Registernummer: 032/022OL, <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/aktinische-keratose-und-plattenepithelkarzinom-der-haut>, sollten jedoch nicht länger als ein Jahr betragen).

Soweit der Hautzustand aktuell weitere medizinische Behandlungsmaßnahmen erfordert, sind entsprechende Hinweise zu geben. Empfehlungen zur Therapie der Hautkrebskrankung sollen leitliniengerecht sein (AWMF-Leitlinien, s. a. <http://www.awmf.org>).

Sollte die Gutachterin bzw. der Gutachter feststellen, dass die Therapie nicht den aktuellen medizinischen Standards entspricht, ist seitens des UV-Trägers auf eine leitliniengerechte Therapie hinzuwirken.

### 1.7.2 Individualprävention

bei bösartigen oder zur Bösartigkeit neigenden Erkrankungen der Haut

Die Verhütung von Berufskrankheiten ist gesetzlicher Auftrag der Unfallversicherung (vgl. §§ 1, 14 SGB VII) und hat Vorrang vor Rehabilitation und Entschädigung.

Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die UV-Träger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die UV-Träger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen (§ 9 Abs. 4, Abs. 6 SGB VII i. V. m. § 3 Abs. 1 und 2 BKV).

Liegt eine Gefahr im Sinne des § 3 Abs. 1 S. 1 BKV vor, sind erfolgversprechende Maßnahmen zur Beseitigung bzw. Minderung der gefährdenden Einwirkung am Arbeitsplatz zu ergreifen. Bei Hautkrebskrankungen können es stoffliche Einwirkungen oder Einwirkungen durch Strahlung sein.

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

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

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

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

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

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

## 1.8 Hinwirken auf das Unterlassen der Tätigkeit (§ 9 Abs. 4 SGB VII neu)

Versicherte Personen, bei denen eine Berufskrankheit anerkannt wurde, sind seitens des UV-Trägers über die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen umfassend aufzuklären. Besteht die Gefahr, dass bei der Fortsetzung der versicherten Tätigkeit die Krankheit wiederauflebt oder sich verschlimmert, und lässt sich diese Gefahr nicht durch andere geeignete Mittel beseitigen, haben die UV-Träger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen (§ 9 Abs. 4 SGB VII).

Liegt in seltenen Fällen (noch) keine Berufskrankheit vor, ergibt sich die gleiche Forderung aus § 3 BKV.

Die medizinische Notwendigkeit zur Tätigkeitsaufgabe ist erst dann zu bejahen, wenn erfolgversprechende Möglichkeiten der Abhilfe (s. [1.7](#)) ausgeschöpft sind (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16.08.2005, Az.: L 2 U 7/04, Rdschr. d. HVBG BK 019/2006; LSG NRW Urteil vom 28.09.2005, Az.: L 17 U 2/04, HVBG-Info 001/2006, S. 55-63). Dabei ist von der Gutachterin bzw. vom Gutachter zu bewerten, ob diese Maßnahmen medizinisch geeignet und erfolgversprechend sind bzw. waren.

Im Gutachten ist nur die Frage zu beantworten, welche gefährdenden Tätigkeiten nicht ausgeübt werden können. Die weiteren Schlussfolgerungen zieht der UV-Träger. Die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit stellt für Versicherte stets einen einschneidenden Eingriff in die persönliche Sphäre dar und kann daher nur das letzte Mittel sein.

Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen, soll sich deren Rangfolge am „DGUV Handlungsleitfaden zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) in der gesetzlichen Unfallversicherung“ (2023) orientieren.

## 1.9 Rente

Die Entschädigung der versicherten Person, ihrer Angehörigen oder Hinterbliebenen in Form einer Rente ist nach dem Eintritt einer BK eine Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Höhe der Rente richtet sich nach der durch die BK bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) (s. [1.9.1](#) und [3](#)).

Eine Rentenzahlung kommt in Betracht, wenn die Erwerbsfähigkeit der versicherten Person über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 % oder infolge mehrerer Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten oder diesen gleichgestellten Schäden jeweils um mindestens 10 % gemindert ist und die Summe der durch die einzelnen Unfälle/Berufskrankheiten verursachten MdE wenigstens 20 % beträgt (§ 56 Abs. 1 SGB VII, sogenannte Stützrente). Für landwirtschaftliche Unternehmer/-innen, deren mitarbeitende Ehegatten und deren nicht nur vorübergehend mitarbeitende Familienangehörige muss die MdE abweichend wenigstens 30 % betragen (§ 80 a SGB VII).

Der Anspruch auf Rente setzt nicht voraus, dass die BK-bedingte Körperschädigung bei der versicherten Person konkrete wirtschaftliche Nachteile zur Folge hat. Nicht die Minderung des Erwerbseinkommens, sondern die Minderung der Erwerbsfähigkeit soll entschädigt werden. Rente wegen einer Berufskrankheit kann deshalb auch dann geleistet werden, wenn die versicherte Person nach Anerkennung der BK keinen geringeren Arbeitsverdienst als vor Erkrankungsbeginn erzielt. Selbst wenn sie durch berufliche Rehabilitationsmaßnahmen des UV-Trägers mehr Einkommen erzielt als vor der Berufskrankheit, hat dies keinen Einfluss auf die Höhe der BK-Rente.

Grundsätzlich beginnt die Rente nach dem Wegfall des Verletztengeldes. Ist Verletztengeld nicht zu zahlen, beginnt die Rente mit dem Tag des Versicherungsfalls bzw. dem Beginn der MdE.

### 1.9.1 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

Die MdE ist ein eigenständiges, von anderen Maßstäben, z. B. des Versorgungsrechts (GdB/GdS) oder privatrechtlicher Versicherungsverhältnisse (Gliedertaxe), unabhängiges Bewertungsinstrument. Sie stellt auf die „Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt“ ab, während für den GdB die „Teilhabebeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen (einschließlich des Arbeitsmarktes)“ maßgebend sind. Deshalb sind die für den GdB/GdS über

§ 30 Abs. 1 Bundesversorgungsgesetz (BVG) und die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) geltenden „Versorgungsmedizinischen Grundsätze“ nur bedingt auf die gesetzliche Unfallversicherung übertragbar (DGUV, Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten, 2019).

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

Bei der Festsetzung des Grades der MdE handelt es sich um die Beantwortung einer Rechtsfrage. Das ärztliche Gutachten dient dem UV-Träger dabei als wesentliche Entscheidungsgrundlage für die rechtliche Beurteilung, es bindet ihn aber nicht.

Die MdE richtet sich abstrakt nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens (§ 56 Abs. 2 Satz 1 SGB VII).

Da die Erwerbsminderung grundsätzlich nur 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,
- vom Geschlecht,
- von den Wohnortverhältnissen der versicherten Person und
- von einem konkreten wirtschaftlichen Schaden (z. B. Minder verdienst).

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

- Welche gesundheitlichen Funktionseinschränkungen liegen vor? Inwieweit sind sie auf die Berufskrankheit zurückzuführen? Lassen sich bei Fortführen der hautbelastenden Tätigkeiten belastungsabhängige

Beschwerden abgrenzen? Welchen Umfang und welchen Schweregrad weisen die Funktionseinschränkungen auf?

- Welche Arbeitsmöglichkeiten bleiben der versicherten Person unter Berücksichtigung der festgestellten, auf die BK zurückzuführenden Funktionseinschränkungen zugänglich? Dabei sind auch individualpräventive Maßnahmen zu berücksichtigen. Abzustellen ist hierbei auf die üblicherweise im Erwerbsleben gestellten gesundheitlichen Anforderungen an Beschäftigte.
- Die MdE wird anhand der Differenz zwischen dem vorher vorliegenden positiven Leistungsbild (entsprechend 100 %) und den verbliebenen Arbeitsmöglichkeiten ermittelt. Dies erfolgt durch Festsetzung eines Prozentsatzes. Dieser drückt den Anteil der Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens aus, die der versicherten Person wegen der Folgen der Berufskrankheit verschlossen sind.
- Wesentliche Aufgabe der Gutachterinnen bzw. Gutachter ist es, die oben in dem ersten Punkt angesprochenen tatsächlichen Grundlagen für die Bemessung zu ermitteln und unter Berücksichtigung von Vor- und Nachschäden (siehe unten [1.9.2](#)) darzustellen.
- Da allgemeingültige Bemessungsgrundsätze für die Auswirkungen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt fehlen, haben sich in langjähriger gutachtlicher Praxis Erfahrungssätze in Form von MdE-Tabellen herausgebildet, die von der Rechtsprechung bestätigt worden sind. Die Gutachterinnen bzw. Gutachter sollen anhand der MdE-Tabelle (s. [3](#)) zur Bemessung der MdE einen Vorschlag in Form eines Prozentwertes machen.

## 1.9.2 Bewertung von Vor- und Nachschäden

Für die Bemessung der MdE kommt es auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalles an. Daher können vorbestehende Behinderungen, Erkrankungen oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Ausmaß der MdE relevant sein.

Solche sogenannten „Vorschäden“ können dazu führen, dass die MdE im Vergleich zu „gesunden“ Versicherten höher oder niedriger zu bewerten ist. Dies ist der Fall, wenn zwischen dem beruflich verursachten Gesundheits-

schaden und dem sogenannten „Vorschaden“ eine funktionelle Wechselbeziehung besteht und die konkreten Auswirkungen auf die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dadurch beeinflusst werden.

Die Berücksichtigung von „Vorschäden“ ist keineswegs auf die Schädigung paariger Organe oder die Betroffenheit desselben Organs oder derselben Körperfunktion beschränkt. Auch hängt die Berücksichtigung von Vorerkrankungen nicht davon ab, dass diese ihrerseits als Berufskrankheit oder als Folgen eines Arbeitsunfalls erkannt sein müssen.

Begrifflich ausgeschlossen ist eine MdE dann, wenn bereits zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls keine individuelle Erwerbsfähigkeit der/des Versicherten mehr bestand, die gemindert werden könnte. Bestand bereits dauernde völlige Erwerbsunfähigkeit, dann hatte die/der Versicherte bereits vor dem Versicherungsfall keine Möglichkeit, sich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Erwerb zu verschaffen. Die völlige dauernde Erwerbsunfähigkeit ist

nicht identisch mit der Erwerbsunfähigkeit bzw. vollständigen Erwerbsminderung im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung, sondern liegt erst dann vor, wenn der/dem Versicherten die Fähigkeit fehlt, sich trotz Nutzung aller nach seinen Kenntnissen und Fähigkeiten gegebenen Arbeitsmöglichkeiten im gesamten Wirtschaftsleben noch einen nennenswerten Verdienst zu verschaffen (Scholz in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB VII, 3. Aufl., § 56 SGB VII, Stand: 15.01.2022, Rn. 53).

Eine weitere Aufgabe der Gutachterin bzw. des Gutachters kann darin bestehen, einen eventuellen Nachschaden von der arbeitsbedingten Hautkrankheit abzugrenzen. Ein Nachschaden ist eine unabhängig von der Berufskrankheit bestehende Gesundheitsstörung. Es geht also um die zeitlich nach dem Versicherungsfall eingetretene, von dem Versicherungsfall der BK unabhängige Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Diese Verschlechterung ist bei der MdE-Einschätzung nicht zu berücksichtigen.

## 2 Gutachtliche Untersuchung

### (Grundlagen des Aufbaus, der Diagnostik und Dokumentation im berufsdermatologischen Gutachten)

#### 2.1 Zusammenwirken von UV-Trägern und ärztlichen Sachverständigen

Zu den Aufgaben der UV-Träger gehört es, über die Anerkennung und Entschädigung von Berufskrankheiten zu entscheiden.

Im Einzelfall können die zu beurteilenden Erkrankungen auf vielfältige Einwirkungen sowohl aus dem unversicherten/privaten als auch aus dem versicherten Bereich zurückzuführen sein.

Die Begutachtung von Berufskrankheiten erfordert

- eine spezifische Anamnese, insbesondere Arbeitsanamnese,
- eine geeignete Diagnostik und Differentialdiagnostik sowie
- eine differenzierte Beurteilung der Frage der Krankheitsverursachung durch arbeitsbedingte Einwirkungen (Zusammenhangsbeurteilung).

Die Gutachterinnen bzw. Gutachter unterstützen den UV-Träger im Feststellungsverfahren als unabhängige Sachverständige bei der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Sie prüfen, ob die medizinischen Voraussetzungen der BK-Nummer vorliegen, und unterbreiten dem UV-Träger einen Entscheidungsvorschlag. Aufgabe der medizinischen Begutachtung ist es dabei insbesondere, die jeweilige Krankheit zu diagnostizieren, die von der Erkrankung hervorgerufenen Funktionseinschränkungen zu ermitteln und Vorschläge zur Festlegung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sowie zur Heilbehandlung (s. [1.7.1](#)), zur Teilhabe (s. [1.7.1](#)) und zu Maßnahmen der Individualprävention (s. [1.7.2](#)) zu unterbreiten.

Wird der Versicherungsfall bejaht, ist gutachtlich umfassend festzustellen, ob und ggf. welche Gesundheitsstörungen/Funktionsausfälle der BK zuzuordnen sind und in welchem Ausmaß diese vorliegen.

Für die rechtliche Beurteilung und abschließende Entscheidung, ob im Einzelfall eine BK anzuerkennen ist und ob sowie ggf. in welchem Umfang ein Leistungsanspruch besteht, ist der UV-Träger zuständig.

Die Beurteilung erfolgt anhand der vom UV-Träger gestellten Fragen. Der UV-Träger ist als Auftraggeber verpflichtet,

eine sachgerechte Begutachtung zu gewährleisten. Entsprechend muss der Gutachtauftrag klar formuliert sein.

Den ärztlichen Sachverständigen sind alle zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen und Befunde zur Verfügung zu stellen. Dazu gehören insbesondere Unterlagen zur Krankheitsvorgeschichte und zu Erkrankungen, die in einer Beziehung zu der zu begutachtenden Krankheit stehen können, ggf. Befunde der arbeitsmedizinischen Vorsorge sowie vollständige problemorientierte Ermittlungsergebnisse zur Arbeitsvorgeschichte mit Angaben zur Dauer und Intensität relevanter Einwirkungen. Bei der BK-Nr. 5103 sind die Ermittlungen des Präventionsdienstes des jeweiligen UV-Trägers zu den arbeitsbedingten und nicht arbeitsbedingten UV-Lichtexpositionen beizufügen. Eine Auflistung der Arbeitsunfähigkeitszeiten der Krankenkasse ist sinnvoll. Bei Folgebegutachtungen sind zusätzlich auch die als Folge der Berufskrankheit anerkannten und abgelehnten Gesundheitsstörungen sowie das/die dafür maßgebliche(n) Gutachten zu übermitteln.

Die in der Akte enthaltenen Angaben sind kritisch auf ihre Aussagekraft zu prüfen (s. a. [2.4](#)) und, soweit sie die Grundlage für das Gutachtenergebnis bilden, ebenso wie die bei der Anamnese erhobenen Angaben der versicherten Person in das Gutachten aufzunehmen; auf für die Beurteilung bedeutsame Abweichungen zur Aktenlage hat die Gutachterin bzw. der Gutachter hinzuweisen und gegebenenfalls eine Alternativbeurteilung vorzunehmen. Im Einzelfall können ggf. Nachermittlungen des UV-Trägers erforderlich werden.

Das Gutachten kann seine Aufgabe als Beweisgrundlage nur erfüllen, wenn das Gutachtenergebnis überzeugend begründet ist. Für diese Beurteilung kommt es nicht auf die allgemeine wissenschaftliche Auffassung der jeweiligen ärztlichen Sachverständigen an, sondern auf den aktuellen medizinischen Erkenntnisstand (vgl. Rüfner, Urt. v. 09.05.2006 – B 2 U 1/05 R).

Die ärztlichen Sachverständigen müssen transparent machen, auf welche Quellen sie sich im Rahmen ihrer gutachtlichen Ausführungen stützen; ein Literaturverzeichnis am Ende des Gutachtens genügt dieser Anforderung nicht.

Fehlen für die Beurteilung des Einzelfalles relevante aktuelle medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisse, muss dies im Gutachten offengelegt werden. Besteht in der aktuellen wissenschaftlichen Fachwelt kein Konsens zu einer bestimmten Frage, so haben die ärztlichen Sachverständigen den Dissens darzustellen und bezogen auf den Einzelfall zu diskutieren.

Die mit der Begutachtung beauftragten Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, ihre Gutachten persönlich zu erstatten. Aus dem Auswahlrecht des § 200 Abs. 2 Halbsatz 1 SGB VII folgt zudem zwingend, dass die Kernaufgaben durch die Gutachterin bzw. den Gutachter wahrzunehmen sind, weil die versicherte Person gerade diese Gutachterin bzw. diesen Gutachter ausgewählt hat (BSG-Urteil vom 07.05.2019, B 2 U 25/17 R). Zu den Kernaufgaben der Gutachtenerstellung zählt die persönliche Begegnung mit der Probandin bzw. dem Probanden, in der sich die Gutachterin bzw. der Gutachter einen persönlichen Eindruck der Probandin bzw. des Probanden verschafft und die zu begutachtende Person ihre subjektiven Beschwerden selbst vorbringen kann.

Weiterhin sind von der beauftragten Gutachterin bzw. dem beauftragten Gutachter solche Untersuchungen und Befunde selbst zu beurteilen, die die besondere Fachkunde und Erfahrung der Gutachterin bzw. des Gutachters erfordern.

Wenn durch das Vorbringen und das Verhalten der versicherten Person bei einer Untersuchung auf das Ausmaß der Krankheiterscheinungen geschlossen werden soll oder Untersuchungsergebnisse nur im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung interpretiert werden können, ist die persönliche Anwesenheit der begutachtenden Person erforderlich.

Die beauftragte Gutachterin bzw. der beauftragte Gutachter darf sich im Übrigen der Unterstützung anderer Personen (andere Ärztinnen oder Ärzte, medizinisches Fachpersonal, Schreibkräfte etc.) bedienen. Dies ist im Gutachten zu dokumentieren.

Gemäß § 49 Abs. 2 Satz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger ist ein Gutachten innerhalb von drei Wochen zu erstatten; in Fällen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) beträgt die Frist nach § 17 Abs. 2 SGB IX zwei Wochen. Ist

dies nicht möglich, so ist der UV-Träger hierüber unverzüglich, also ohne schuldhaftes Zögern, zu benachrichtigen (§ 49 Abs. 2 Satz 2 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

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

Wünscht die Gutachterin bzw. der Gutachter aus Gründen der Qualitätssicherung eine Rückmeldung zur Entscheidung des UV-Trägers, sollte mit dem Gutachten eine entsprechende Einverständniserklärung der/des Begutachteten übersandt und um Auskunft über das Ergebnis des Verwaltungsverfahrens gebeten werden. Datenschutzrechtliche Bedenken gegen eine Auskunft des UV-Trägers bestehen in diesem Fall nicht.

Falls das Gutachten der Entscheidung aus inhaltlichen oder formalen Gründen nicht zugrunde gelegt werden kann, informiert der UV-Träger die Gutachterin bzw. den Gutachter (Nr. 2.5 der „Empfehlungen der UV-Träger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ [HVBG, BUK, BLB, 2004]).

## 2.2 Anamnese

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

Die gutachtliche Arbeitsanamnese muss sich auf die tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten der versicherten Person beziehen; eine umfassende detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung ist unter Bezugnahme auf die Ermittlungen des UV-Trägers erforderlich (s. [1.3](#)) und etwaige angebotene/durchgeführte Schutzmaßnahmen sind festzuhalten. Der Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens von Hauterscheinungen und der zeitliche Zusammenhang zwischen Expositionen und dem Auftreten von Beschwerden kann dabei von Bedeutung sein.

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

- die Lokalisation der Hauterscheinungen,
- der Verlauf der Erkrankung unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlungen,
- die von der versicherten Person und der behandelnden Hautärztin/dem behandelnden Hautarzt beschriebenen Hautveränderungen,
- die histologischen Befunde der operativ entfernten Läsionen,
- die UV-Lichtempfindlichkeit (Hauttyp nach Fitzpatrick), eventuell geänderte UV-Lichtempfindlichkeit der Haut und
- Anamnese zur androgenetischen Alopezie,
- eine Bewertung der kosmetischen und funktionellen Folgen durch die versicherte Person.

Eine strukturierte Erhebung wird empfohlen.

## 2.3 Befunde

### 2.3.1 Klinische Befunde

Die Erhebung und Dokumentation des Allgemeinzustandes aufgrund einer orientierenden körperlichen Untersuchung ist empfohlen. Die Untersuchung des gesamten Hautorgans ist erforderlich.

Die Hautveränderungen sind exakt zu benennen, ein Körpersymbol oder eine Fotodokumentation können hilfreich sein. Klinische Indikatoren für das Ausmaß der Hautschädigung (z. B. [multiple] aktinische Keratosen, Feldkanzerisierung, Plattenepithelkarzinome, Teerwarzen, Elastose der Haut, Verfärbungen der Haut, Epheliden usw.) sowie funktionelle und/oder kosmetische Beeinträchtigungen der/des Versicherten sind zu dokumentieren.

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

### 2.3.2 Spezielle Diagnostik

Hautveränderungen, bei denen der begründete Verdacht auf eine bösartige oder zur Bösartigkeit neigende Erkrankung besteht, sind durch eine dermatohistologische Untersuchung (ggf. Exzisionsbiopsie, Probebiopsie) abzuklären, soweit dies noch nicht erfolgt ist.

Die histologische Sicherung multipler aktinischer Keratosen ist nicht erforderlich bei entsprechender klinischer/photographischer Dokumentation einschließlich Benennung und Lokalisationsangabe jeder einzelnen Läsion. Die histologische Sicherung der Diagnose durch Entnahme einzelner Läsionen ist empfehlenswert, insbesondere wenn eine Feldkanzerisierung der Haut angenommen wird.

## 2.4 Dokumentation

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

Um eine Feldkanzerisierung im Vollbeweis feststellen zu können, bedarf es einer detaillierten Befunddokumentation. Histologische Befunde sind im Original bzw. als Kopie beizulegen, Paraphrasierungen von histologischen Befunden, z. B. in Krankenunterlagen oder Arztbriefen, sind nicht ausreichend.

Die festgestellten Diagnosen sind exakt zu benennen und zusätzlich ist der zugehörige ICD-Code anzugeben. Eine umschreibende Bezeichnung des Krankheitsbildes ist nicht ausreichend.

## 2.5 Begutachtung nach Aktenlage

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

# 3 Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)

## 3.1 Empfehlungen zur Einschätzung der MdE

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

Daneben sind bei Krebserkrankungen, zu denen grundsätzlich auch arbeitsbedingte Malignome zählen, Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die über eine Funktionseinschränkung hinausgehen (BSG-Urteil vom 20.06.2004, AZ: B 2 U 14/03 R). Bei derartigen Erkrankungen sind entsprechend den Verhältnissen des Einzelfalles besondere Aspekte der Genesungszeit, z. B. Vorliegen einer Dauertherapie, ein Schmerzsyndrom mit Schmerzmittelabhängigkeit, Anpassung und Gewöhnung an den ggf. reduzierten Allgemeinzustand, die notwendige Schonung zur Stabilisierung des Gesundheitszustandes, psychische Beeinträchtigungen (Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit), soziale Anpassungsprobleme sowie sonstige zunächst bestehende psychosomatische Bewältigungsprobleme, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit haben, zu berücksichtigen.

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

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

Vor allem bei kosmetischer Entstellung oder deutlicher funktioneller Einschränkung durch die Behandlung der Berufskrankheit ist ggf. die MdE entsprechend dem klinischen Bild zu erhöhen. Gleiches gilt für psychische Beeinträchtigungen, die das erwartbare Maß deutlich übersteigen. Diese sind durch ein fachspezifisches Gutachten festzustellen. Bei der Bewertung kosmetischer Entstellungen ist auf publizierte Erfahrungswerte, insbesondere auf

die Art der Entstellung, zurückzugreifen (Schönberger, Mehrtens, Valentin, 2024, siehe dort Kapitel 4.11 Entstellung).

Sollten die Tumore aufgrund der Lokalisation und/oder Ausdehnung nicht vollständig zu entfernen sein (operativ keine R0-Situation herstellbar), ist dies bei der MdE-Bemessung zu berücksichtigen. Haben die Folgen der Berufskrankheit Auswirkungen auf andere Organe/Organ-systeme, können zur Beurteilung von Funktionseinschränkungen Zusatzgutachten aus den jeweiligen Fachgebieten erforderlich sein. Bei fortgeschrittenen Hauttumoren im Kopfbereich können derartige Funktionseinschränkungen insbesondere das neurologische, das ophthalmologische, MKG- und das HNO-ärztliche Fachgebiet betreffen (Schönberger, Mehrtens, Valentin, 2024, siehe dort Kapitel 5.2 Schädel-Hirn-Verletzungen). Bei einer Metastasierung ist ebenfalls von der Tabelle nach den Gegebenheiten im Einzelfall abzuweichen. Bei der MdE-Einschätzung bei Metastasierung arbeitsbedingt verursachter Hautkrebserkrankungen ist in Analogie zu den publizierten Erfahrungswerten bei anderen arbeitsbedingten Krebs-erkrankungen zurückzugreifen (Schönberger, Mehrtens, Valentin, 2024, siehe dort Kapitel 18.0 Berufsbedingte Krebserkrankungen).

Wichtig für das Verständnis der MdE-Tabellen ist, dass sich die Krankheitsaktivität rückschauend über den Krankheitsverlauf bestimmt; eine gute Dokumentation bildet hierfür eine wichtige Grundlage. Das erstmals vorgefundene Krankheitsbild lässt in der Regel keine sichere Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf bzw. zur Krankheitsaktivität zu und es kann daher nicht automatisch von Beginn an von einer hohen Krankheitsaktivität ausgegangen werden. Treten im Verlauf weitere Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome (BK-Nrn. 5102, 1108, 2402) bzw. aktinische Keratosen oder Feldkanzerisierungen auf, steigt damit auch die Krankheitsaktivität. Grundlage für diese Annahme ist, dass Funktionseinschränkungen und darüber hinausgehende Beeinträchtigungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit in der Regel nicht aus dem erstmaligen Auftreten eines (behandelten) Hauttumors resultieren, sondern vielmehr aus dem nachfolgenden Verlauf der Erkrankung. Denn nach den allgemeinen MdE-Bewertungsgrundsätzen fließen mögliche Verschlimmerungen erst dann in die MdE ein, wenn sie

relevant werden. Bei Krankheitsbildern mit relevanter kosmetischer Entstellung oder deutlicher funktioneller Einschränkung durch die Behandlung der Berufskrankheit ist jedoch auch bei erstmaliger Feststellung ggf. die MdE entsprechend dem klinischen Bild zu erhöhen.

Als Feldkanzerisierung wird ein Hautareal bezeichnet, in dem mehrere aktinische Keratosen liegen, die von sichtbaren, UV-Licht-bedingten Hautschäden umgeben sind. Sichtbare UV-Licht-bedingte Schädigungen der Haut (zum Beispiel tiefe Falten mit Ausnahme mimischer Falten, Teleangiektasien, Hypo- und Hyperpigmentierungen, Atrophien, Faltenbildungen am Nacken) ohne Nachweis aktinischer Keratosen sind in diesem Sinne nicht als Feldkanzerisierung der Haut zu werten. Das Vorliegen einer Feldkanzerisierung bzw. deren Abheilung muss durch aussagekräftige Befunde belegt sein (s. [2.4](#)).

Verbleiben nach der Therapie nicht sichtbare genetisch veränderte Zellen in der Haut, die durch den Wirkmechanismus der jeweiligen Therapie nicht erfasst wurden, können hieraus im weiteren Verlauf erneut sichtbare Hautveränderungen entstehen. Diese sind entsprechend der MdE-Tabelle als Neuaufreten aktinischer Keratosen zu bewerten.

Verbleiben nach der Therapie sichtbare aktinische Keratosen oder Feldkanzerisierungen, ist die Behandlung in der Regel fortzusetzen bzw. zu eskalieren. Begrifflich würde es sich bei diesen fortbestehenden Hauterscheinungen nicht um Neubildungen handeln. Vielmehr können therapieresistente Hauterscheinungen auch als Ausdruck für schwere bzw. bereits fortgeschrittene Erkrankungsformen

gewertet werden. Mit Blick auf die Krankheitsaktivität sind sie im Einzelfall daher wie eine Neubildung zu bewerten. Werden hingegen Hautkrebskrankungen nicht oder mit nicht erfolgversprechenden Maßnahmen behandelt, sind diese fortbestehenden Hautschädigungen im Verlauf nicht als Neubildungen zu bewerten.

In besonders gelagerten Fällen (z. B. Alter, Behinderung) kann ein Hinweis der Gutachterin bzw. des Gutachters auf eine schon vor Eintritt der Berufskrankheit bestehende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nützlich sein (s. a. [1.9.2](#)).

### **3.1.1 MdE-Einschätzung bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402**

Die folgende Tabelle bezieht sich auf Plattenepithelkarzinode (PEK), Carcinomata in situ und Basalzellkarzinome (BZK) als Folge der BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402. Im Gegensatz zur BK-Nr. 5103 sind diese Hauttumoren teilweise durch systemisch aufgenommene Karzinogene bedingt; daher können auch Hauttumoren anerkannt werden, die außerhalb der direkt beruflich exponierten Körperstellen aufgetreten sind. Fibrosarkome und Angiosarkome sind seltene Tumoren, bei denen die MdE im Einzelfall bewertet werden muss. Eine schematische Darstellung der MdE in tabellarischer Form ist bei diesen seltenen Tumorarten nicht sinnvoll. Bei den jeweiligen Zeitspannen (12 Monate, 2 Jahre, 4 Jahre) handelt es sich um qualifizierte Erfahrungswerte, die sich in der bisherigen Begutachtungspraxis und Literatur bewährt haben.

**Tabelle 3**

|  | Krankheitsaktivität/-intensität |              |            |
|--|---------------------------------|--------------|------------|
|  | keine/gering                    | mittelgradig | hochgradig |
| <b>Tumorgruppe A</b><br>Carcinomata in situ (ohne Basalzellkarzinom, ohne Plattenepithelkarzinom)              | 0*                              | 0*           | 10         |
| <b>Tumorgruppe B</b><br>Plattenepithelkarzinom(e) und/oder Basalzellkarzinom(e) (und ggf. Carcinomata in situ) | 0*                              | 10           | ≥ 20       |

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

**Tabelle 4**

| Krankheitsaktivität bei <b>Tumorgruppe A:</b><br>Zustand ohne vorheriges Plattenepithelkarzinom oder Basalzellkarzinom |  |
|--|--|
| keine/gering   | Neuaufreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten |
| mittelgradig   | Neuaufreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten      |
| hochgradig   | Neuaufreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten   |

**Tabelle 5**

| Krankheitsaktivität bei <b>Tumorgruppe B:</b><br>Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und |   |
|--|---|
| keine/gering   | <ul style="list-style-type: none"> <li>keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 4 Jahren bzw. keine Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren und</li> <li>Neuaufreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten</li> </ul>   |
| mittelgradig   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren bzw. Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren oder</li> <li>Neuaufreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten</li> </ul> |
| hochgradig   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren bzw. ≥ 2 Basalzellkarzinome innerhalb von 2 Jahren oder</li> <li>Neuaufreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten</li> </ul>                                      |

### **Erläuterungen zur Krankheitsaktivität:**

Die Einordnung in die Tumorgruppen A oder B ist einzig davon abhängig, ob bereits ein PEK oder ein BZK aufgetreten ist. Ist bislang kein PEK oder BZK als Folge der Berufskrankheit aufgetreten, liegt Tumorgruppe A vor. Ist mindestens ein PEK oder ein BZK aufgetreten, beurteilt sich die MdE immer nach Tumorgruppe B.

Wird zum Beispiel ein weiteres PEK innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nach dem letzten PEK diagnostiziert, ist die Krankheitsaktivität als hochgradig einzuschätzen. Die hochgradige Krankheitsaktivität besteht dann ab dem Auftreten des weiteren PEKs für die Dauer von zwei Jahren. Tritt in diesem Zeitraum kein weiteres PEK auf, liegt nach Ablauf von zwei Jahren nur noch eine mittelgradige Krankheitsaktivität vor, sofern eine hochgradige Krankheitsaktivität nicht über das Auftreten von BZK oder Carcinomata *in situ* begründet wird.

Tritt nach einem PEK oder BZK kein weiteres PEK oder BZK auf, bemisst sich die Krankheitsaktivität am Neuaufreten von Carcinomata *in situ*. Die Krankheitsaktivität ist in diesen Fällen hochgradig ab dem Zeitpunkt, an dem mehr als 20 Keratosen innerhalb von zwölf Monaten bzw. eine Feldkanzerisierung von größer als 50 cm<sup>2</sup> aufgetreten sind. Eine hochgradige Krankheitsaktivität ist in diesem Fall zunächst für die Dauer von zwölf Monaten anzunehmen. Nach Ablauf des zwölftmonatigen Intervalls sollte eine medizinische Überprüfung des Erkrankungsverlaufes

erfolgen. Bei großflächigen Feldkanzerisierungen ist nicht automatisch nach Ablauf von zwölf Monaten von einer geringeren Krankheitsaktivität auszugehen.

Die Therapie bei PEK und BZK ist in der Regel die vollständige chirurgische Entfernung. Das Ziel ist dabei eine „R0-Resektion“, das heißt die Entfernung des Tumors im Gesunden (in der Histopathologie ist kein Tumorgewebe im Resektionsrand nachweisbar und der in der jeweiligen Leitlinie definierte Sicherheitsabstand ist unter Berücksichtigung der anatomischen Gegebenheiten und der Funktionalität gewahrt). Tritt in Fällen einer R0-Resektion an gleicher Stelle erneut ein PEK bzw. ein BZK auf, ist dieses mit Blick auf die Krankheitsaktivität als weiteres/neues PEK bzw. BZK zu bewerten.

Sollten Tumore aufgrund der Lokalisation und/oder Ausdehnung nicht vollständig zu entfernen sein, ist dies bei der MdE-Bemessung entsprechend zu berücksichtigen.

### **3.1.2 MdE-Einschätzung bei der BK-Nr. 5103**

Unter der BK-Nr. 5103 können nur Plattenepithelkarzinome und Carcinomata *in situ* vom Typ aktinische Keratose und Morbus Bowen anerkannt werden. Die grundsätzlichen Erwägungen und Erläuterungen bei der Einschätzung der MdE zu den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402 gelten auch bei der BK-Nr. 5103.

**Tabelle 6**

|  | Krankheitsaktivität/-intensität |              |            |
|--|---------------------------------|--------------|------------|
|  | keine/gering                    | mittelgradig | hochgradig |
| <b>Tumorgruppe A</b><br>multiple aktinische Keratosen/Morbus Bowen/Feldkanzerisierung (ohne Plattenepithelkarzinom[e]) | 0*                              | 0*           | 10         |
| <b>Tumorgruppe B</b><br>Plattenepithelkarzinom(e) (und ggf. weitere aktinische Keratosen und/oder Feldkanzerisierung)  | 0*                              | 10           | ≥ 20       |

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

**Tabelle 7**

**Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe A:  
Zustand ohne vorheriges Plattenepithelkarzinom**

|              |   |
|--------------|---|
| keine/gering | Neuaufreten von weniger als 6 aktinischen Keratosen innerhalb von 12 Monaten  |
| mittelgradig | Neuaufreten von 6 bis 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen klinisch sichtbarer Feldkanzerisierung(en) von in der Summe 4–50 cm <sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten           |
| hochgradig   | Neuaufreten von mehr als 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen klinisch sichtbarer Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm <sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten |

**Tabelle 8**

**Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe B:  
Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome und**

|              |   |
|--------------|---|
| keine/gering | <ul style="list-style-type: none"> <li>keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb der letzten 4 Jahre und</li> <li>Neuaufreten von weniger als 6 aktinischen Keratosen innerhalb von 12 Monaten</li> </ul>   |
| mittelgradig | <ul style="list-style-type: none"> <li>Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren oder</li> <li>Neuaufreten von 6 bis 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen klinisch sichtbarer Feldkanzerisierung(en) von in der Summe 4–50 cm<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten</li> </ul> |
| hochgradig   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren oder</li> <li>Neuaufreten von mehr als 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen klinisch sichtbarer Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm<sup>2</sup> innerhalb von 12 Monaten</li> </ul>         |

### 3.1.3 MdE bei gleichzeitigem Vorliegen einer BK-Nr. 5102 und BK-Nr. 5103

Sind die Anerkennungsvoraussetzungen sowohl der BK-Nr. 5102 als auch der BK-Nr. 5103 erfüllt, sind beide BK-Tatbestände anzuerkennen. Für die Feststellung der durch diese Berufskrankheiten bedingten MdE ist es nicht erforderlich, eine getrennte Bemessung vorzunehmen, da deren Tatbestand die gleiche Krankheit beschreibt bzw. die das gleiche Zielorgan hat. Es ist eine einheitliche MdE integrativ zu bilden und nur eine Rente zu zahlen, da es

sich um eine in ihren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit einheitlich zu beurteilende Erkrankung handelt (BSG, 27.06.2006, B 2 U 9/05 R, SGb 2007, S. 558 mit Anm. von Mell unter Berufung auf Becker, MedSach 2005, S. 115-116; LSG NRW, 30.06.2015, L 15 U 755/12, juris RdNr. 31).

Bei gleichzeitigem Vorliegen der BK-Nrn. 5102 und 5103 ist für die Bildung der integrativen MdE die Tabelle 4 der Bamberger Empfehlung anzuwenden (MdE-Einschätzung bei den BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402), da diese Tabelle alle relevanten Hautkrebsentitäten enthält.

## 4 Überprüfungen des BK-Folgezustandes

Überprüfungen des BK-Folgezustandes sollen erfolgen, wenn wesentliche Änderungen in den Erkrankungsfolgen zu erwarten sind. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sich Veränderungen in der Krankheitsaktivität ergeben.

Bei der BK-Nr. 5103 wird der Krankheitsverlauf nach BK-Anerkennung mit dem Formular „Nachsorgebericht“ (F6122-5103) dokumentiert (<https://www.dguv.de/form-texte/aerzte/index.jsp>). Der Bericht soll einmal jährlich erstattet werden. Bei Auftreten eines PEK, einer Metastasierung oder einer stationären Aufnahme ist der UV-Träger sofort zu informieren.

Die Gutachterinnen bzw. Gutachter sollen eine begründete Empfehlung aussprechen, ob und wann eine Überprüfung des BK-Folgezustandes angezeigt ist. Für die Festlegung der Zeitintervalle sind der individuelle Gesundheitszustand, insbesondere Verlauf und Schwere der Erkrankung (Ausmaß der Funktionsänderungen), eine ggf. weiterbestehende Exposition sowie ggf. Begleiterkrankungen zu berücksichtigen. Überprüfungen können auch von den versicherten Personen beantragt werden.

# Literatur

Bauer, A.; Haufe, E.; Heinrich, L. et al. (2020 Sep 10). FB181 study group. Basal cell carcinoma risk and solar UV exposure in occupationally relevant anatomic sites: Do histological subtype, tumor localization and Fitzpatrick phototype play a role? A population-based case-control study. *J Occup Med Toxicol*, 15:28. und

Bauer, A.; Brans, R.; Brehler, R.; Büttner, M.; Dickel, H.; Elsner, P.; Fartasch, M.; Herzog, C.; John, S. M.; Köllner, A.; Maul, J.-T.; Merk, H.; Molin, S.; Nast, A.; Nikolakis, G. D.; Schliemann, S.; Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Werfel, T.; Zidane, M.; Worm, M. (2023 Sep). S2k-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems. *J Dtsch Dermatol Ges*, 21(9): 10541076.

Becker, P.; Burchardt, K.; Krasney, O. E.; Kruschinsky, M. (2020). *Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII), Kommentar, 37. Aktualisierung*

Blome, O. (1998). Neufassung der Empfehlungen für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei Berufskrankheiten der Haut nach BK-Nr. 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung. *Dermatosen*, 46: 29-33.

BMAS-Website, Beratungsthemen Ärztlicher Sachverständigenbeirat (ÄSVB). <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Gesetzliche-Unfallversicherung/Aerztlicher-Sachverständigenbeirat/aerztliche-sachverständigenbeirat.html>, aufgerufen am 06.03.2025.

Brans, R.; Skudlik, C. (2019). Prävention des Handekzems. *Hautarzt*, 70(10): 797-803.

Collie, C. J.; Ho, J. D. (2022). Skin nonmelanocytic tumor, general WHO classification. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/skinnonmelanocyticWHO.html>, aufgerufen am 28.01.2025.

DGUV. Handlungsempfehlung „Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren“. [www.dguv.de/publikationen > Webcode: p17652](https://www.dguv.de/publikationen > Webcode: p17652), aufgerufen am 06.03.2025.

DGUV. Handlungsleitfaden zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. <https://publikationen.dguv.de/DguvWebcode/index/query/p022100>, aufgerufen am 20.06.2025.

DGUV. Konsenspapier der MdE-Expertengruppe nach Überprüfung der MdE-Erfahrungswerte bei Gliedmaßenverlusten („MdE-Eckwerte“). [www.dguv.de/publikationen > Webcode p017667](https://www.dguv.de/publikationen > Webcode p017667), aufgerufen am 06.03.2025.

Dickel, H.; Bauer, A.; Brehler, R.; Mahler, V.; Merk, H. F.; Neustädter, I.; Strömer, K.; Werfel, T.; Worm, M.; Geier, J. (2022). S1-Leitlinie Kontaktekzem. *Dermatol Beruf Umwelt*, 70: 120-144.

Diepgen, T. L.; Fartasch, M.; Hornstein, O. P. (1991). Kriterien zur Beurteilung der atopischen Hautdiathese. *Dermatol. Beruf Umwelt*, 39: 79-83.

Diepgen, T. L.; Dickel, H.; Becker, D.; Blome, O.; Geier, J.; Schmidt, A.; Schwanitz, H. J.; Skudlik, Ch.; Wagner, E. (2002). Beurteilung der Auswirkung von Allergien bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen der BK-Nr. 5101. Teil 1: Acrylate/Methacrylate, Epoxidharz-Systeme, Formaldehyd, Dichromat, Kolophonium, Latex, Nickel, p-Phenylendiamin. *Dermatol. Beruf Umwelt*, 50: 139-154.

Diepgen, T. L. (2012). Berufsbedingte Hauterkrankungen. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 10: 297-316.

Diepgen, T. L.; Brandenburg, S.; Aberer, W.; Bauer, A.; Drexler, H.; Fartasch, M.; John, S. M.; Krohn, S.; Palfner, S.; Römer, W.; Schuhmacher-Stock, U.; Elsner, P. (2014). Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung als Berufskrankheit – Voraussetzungen für eine Meldung und Anerkennung. *J. Dtsch. Dermatol. Ges.*, 12: 1102-1106.

Diepgen, T. L. (2015). Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 – 3 Gutachtenfälle. *Dermatol Beruf Umwelt*, 63: 8-12.

Diepgen, T. L.; Drexler, H.; Krohn, S. (2015). Minderung der Erwerbsfähigkeit bei den Berufskrankheiten Nr. 5102, 1108 und 2402. *Dermatol Beruf Umwelt*, 63: 141-145.

Diepgen, T. L. et al. (2015). Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 – „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“. *Dermatol. Beruf Umw.*, 63: 3-7.

Diepgen, T. L. (2015): Minderung der Erwerbsfähigkeit bei BK 5103 – 3 Gutachtenfälle. *Dermatol. Beruf Umw.*, 63: 8-12.

Dix, C. R. (1960). Occupational trauma and skin cancer. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull*, 26: 546-554.

Drexler, H.; Diepgen, T. L. (2000). Lichtinduzierter Hautkrebs als Berufskrankheit? *Zbl Arbeitsmed.*, 50: 374-378.

Fartasch, M.; Drexler, H.; Diepgen, T. L.; John, S. M.; Brandenburg, S. (2008). Die stumme Sensibilisierung in der Begutachtung – Wie könnte damit umgegangen werden? *JDDG*, 6: 34-39.

Frosch, P.; Schnuch, A.; Uter, W. (2014). Kontaktdermatitis: Ein Leitfaden für die Praxis unter besonderer Berücksichtigung von Berufsdermatosen. Deisenhofen-Oberhaching: Dustri.

Geier, J.; Tiedemann, K. H.; Zoellner, G.; Adam, M.; Becker, D.; Boveleth, W.; Eck, E.; Eckert, C. H.; Englitz, H. G.; Koch, P.; Lessmann, H.; Müller, J.; Nöring, R.; Rocher, M.; Rothe, A.; Krautheim, A. (2009). Allergologische Diagnostik und aktuelle Allergene in der Berufsdermatologie. *Hautarzt*, 60: 708-717.

Geier, J.; Krautheim, A.; Lessmann, H. (2020). Patch testing with patient's own materials handled at work. In: John S., Johansen J., Rustemeyer T., Elsner P., Maibach H. (eds), *Kanerva's Occupational Dermatology*, Springer, Cham. pp 1289-1306 [https://doi.org/10.1007/978-3-319-68617-2\\_82](https://doi.org/10.1007/978-3-319-68617-2_82)

Geier et al., (2025). Bewertung der Allergene bei der BK 510. *DBU 1/2025*, S. 47 ff.

HVBG, BUK, BLB – Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften; Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften; Bundesverband der Unfallkasse (2004). Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten. Sankt Augustin: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG).

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

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

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

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

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

Krohn, S.; Skudlik, C.; Bauer, A. et al. (2021). Rechtsänderungen bei Berufskrankheiten. Auswirkungen auf die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101. Fallbeispiele und neue Mitwirkungspflichten. *Dermatol Beruf Umwelt*, 69: 103-107.

Krohn, S.; Skudlik, C.; Bauer, A. et al. (2021). Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingtem Hautkrebs. MdE-Tabellen zu den BK-Nummern 5102 und 5103. Dermatologie Beruf Umwelt, 69, 108-113.

Krohn, S.; Skudlik, C.; Bauer, A. et al. (2020). Rechtsänderungen bei Berufskrankheiten – Auswirkungen auf die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101. Dermatol Beruf Umwelt, 68: 153-158.

Mahler, V.; Nast, A.; Bauer, A. et al. (2019a). S3-Leitlinie: Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln – Kurzfassung Teil 1. J Dtsch Dermatol Ges, 17(10): 1076-1093.

Mahler, V.; Nast, A.; Bauer, A. et al. (2019b). S3-Leitlinie: Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen und Arzneimitteln – Kurzfassung Teil 2. J Dtsch Dermatol Ges, 17(11): 1187-1207.

Merkblatt zur BK-Nr. 5101, Bek. des BMA v. 23.04.1996, BArBBl 6/1996, S. 22 ff.; s. a. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Berufskrankheiten/Merkblaetter.html>, aufgerufen am 24.04.2025.

Renz, H.; Biedermann, T.; Bufe, A.; Eberlein, B.; Jappe, U.; Ollert, M.; Petersen, A.; Kleine-Tebbe, J.; Raulf-Heimsoth, M.; Saloga, J.; Werfel, T.; Worm, M. (2010). In-vitro-Allergiediagnostik. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) unter Beteiligung des Ärzteverbandes Deutscher Allergologen (ÄDA), der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin (GPA) und der Deutschen Dermatologische Gesellschaft (DDG). Allergo J, 19: 110-128.

Rocholl, M.; Ludewig, M.; Skudlik, C.; Wilke, A. (2018). Beruflicher Hautkrebs. Prävention und UV-Schutzempfehlungen im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren. Hautarzt, 69, 462-470.

Römer, W.; Brandenburg, St. (01/2023). Arbeitsbedingte Erkrankungen nach § 9 Abs. 2 SGB VII in SGB – Die Sozialgerichtsbarkeit, S. 14-17.

S3-Leitlinie Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut, Langversion 2.0, 2022, AWMF-Registernummer: 032/022OL. <https://www.leitlinien-programm-onkologie.de/leitlinien/aktinische-keratose-und-plattenepithelkarzinom-der-haut>, aufgerufen am 20.06.2025.

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

Schmitt, J.; Haufe, E.; Trautmann, F. et al. (2018 Jan). FB 181 study group. Occupational UV-exposure is a major risk factor for basal cell carcinoma: Results of the population-based case-control study FB-181. J Occup Environ Med., 60(1): 3643.

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

Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (2024). 4.11 MdE bei Entstellung und kosmetischer Beeinträchtigung. In: Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (Hrsg.). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 10. Auflage, 178-179.

Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (2024). 5.2 Schädel-Hirn-Verletzung. In: Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (Hrsg.). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 10. Auflage, 219-239; 257-275; 276-283; 291-323; 326-380.

Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (2024). 18 Berufsbedingte Krebserkrankungen. In: Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H. (Hrsg.). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 10. Auflage, 1225-1356.

*Skudlik, C. et al.* (2021). Berufskrankheit Nr. 5101 – Rechtsbegriff der schweren oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheit – Prüfalgorithmus und Fallbeispiele. DBU 1/2021: 6-10.

*Skudlik, C.; John, S. M.* (2024). Haut. In: *Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H.* (Hrsg.). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 10. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag, S. 865-960.

*Skudlik, C.; John, S. M.* (2024). Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung (BK-Nr. 5103). In: *Schönberger, A.; Mehrtens, G.; Valentin, H.* (Hrsg.). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 10. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag, S. 1341-1354.

*Skudlik, C.; Krohn, S.; Bauer, A. et al.* (2021). Berufskrankheit Nr. 5101 – Kausalitätsgrundsätze mit Fallbeispielen. Dermatol Beruf Umwelt, 69: 91-96.

*Skudlik, C.; Krohn, S.; Bauer, A. et al.* (2021). Berufskrankheit Nr. 5101 – Rechtsbegriff der Schwere oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheit. Prüfalgorithmus und Fallbeispiele. Dermatol Beruf Umwelt, 69: 6-10.

*Skudlik, C.; Krohn, S.; Bauer, A. et al.* (2020). Rechtsbegriff/Auslegung „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung“ ab dem 01.01.2021. Beratungsergebnis der AG „Bamberger Empfehlung“. Dermatol Beruf Umwelt, 68: 149-152.

*Spellbrink, W.*: Das Recht der Berufskrankheiten – Bilanz, Probleme, Perspektiven; Sozialrecht 4/2014, S. 153 und BSG, 30.01.1986 – 2 RU 80/84 – SozR 2200 § 551 Nr. 27; zuletzt BSG, 18.06.2013 – B 2 U, 6/12 R-BSG SozR 4-2700 § 9 Nr. 22 und BTDrucks 13/2204, 77 f.

*Strehl, C.; Wittlich, M.* (2021). Hautkrebs durch natürliche UV-Strahlung. Zbl Arbeitsmed, 71: 262-269. <https://doi.org/10.1007/s40664-021-00441-x>.

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

*WHO*, 2018. Classification of skin tumours, 4th edition.

# Mitwirkende

| Person   | Institution  |
|--|--|
| Prof. Dr. Christoph Skudlik<br>(wissenschaftliche Leitung)<br>Prof. Dr. Andrea Bauer<br>(als Koordinatorin der Leitlinie Handekzem)  | Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD)<br>in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) |
| Prof. Dr. Hans Drexler   | Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM)   |
| Dr. Claas Ulrich   | Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO)<br>in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)          |
| Prof. Dr. Margitta Worm  | Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI)   |
| Prof. Dr. Hans F. Merk   | Ärzteverband Deutscher Allergologen (AEDA)   |
| Dr. Caroline Bernhard-Klimt<br>(bis 12/2024)<br>Dr. Manuela Jacob-Niedballa<br>(ab 1/2025)   | Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte (VDSG)  |
| Dr. Arno Köllner   | Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD)  |
| Prof. Dr. Heinrich Dickel  | Deutsche Kontaktallergie-Gruppe (DKG)<br>in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG)                        |
| Prof. Dr. Gerd Gauglitz  | Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie (DGDC)  |
| Dr. Daniel Kämpf   | Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP)   |
| Prof. Dr. Peter Elsner   | Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG)  |
| Prof. Dr. Manigé Fartasch<br>Steffen Krohn (organisatorische Leitung)<br>Prof. Dr. Wolfgang Römer  | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)   |
| Daniel Engel (BG BAU)<br>Steffen Glaubitz (UK Berlin) bis 11/2022<br>Wolf Zirngast (UK Berlin) ab 1/2025<br>Andreas Goergens (BGHM) bis 7/2024<br>Erik Breitkopf (BGHM) ab 8/2024<br>Marita Klinkert (BGHW)<br>Eyke Kublik (SVLFG)<br>Dr. Maren Müller (BGN)<br>Kerstin Palsherm (BGW) | Unfallversicherungsträger  |

**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e. V. (DGUV)**

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)