

## **Berufskrankheitenrecht 2016**

Probleme – Herausforderungen – Lösungen

## Impressum

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

Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 288763-800  
Fax: 030 288763-808  
E-Mail: info@dguv.de  
Internet: www.dguv.de

Layout & Gestaltung:  
GMF I Gathmann Michaelis und Freunde, www.gmf-design.de

Foto Titel: ©Leigh Prather – Fotolia.com

Ausgabe: Dezember 2016

## Inhalt

<b>Vorwort der DGUV Vorstandsvorsitzenden</b> .....	<b>4</b>
<b>Vorwort des DGUV Hauptgeschäftsführers</b> .....	<b>6</b>
<b>Einführung</b> .....	<b>8</b>
„Berufskrankheit“ – was ist das eigentlich? .....	8
Wie läuft das Verwaltungsverfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit? .....	11
Das Berufskrankheitengeschehen in Zahlen: .....	12
Wofür bzw. warum sollten Anpassungen im Bereich der Berufskrankheiten erfolgen? ...	16
<b>Handlungsfelder</b> .....	<b>19</b>
<b>I. Zusammenfassung</b> .....	<b>19</b>
<b>II. Qualitätssicherung – die Lösung aller Probleme?</b> .....	<b>21</b>
<b>III. Vorschläge der DGUV an den Gesetz- und Verordnungsgeber:</b> .....	<b>25</b>
1. Transparenz und Beschleunigung bei der Einführung neuer Berufskrankheiten ...	25
2. Forschung .....	29
3. Beweismaßstab für „Einwirkungen“ (Expositionsermittlung) .....	31
4. Unterlassungszwang .....	37
5. Rückwirkung .....	48
6. Begrifflichkeiten und Übergangsregelungen .....	52
<b>Glossar</b> .....	<b>53</b>
<b>Anhang Messparameter</b> .....	<b>55</b>
Messparameter „Laufzeit der BK-Verfahren“ .....	55
Messparameter „Widerspruchs- und Klageverfahren“ .....	55
<b>Anhang Gesetzestexte § 9 SGB VII, BKV, §§ 60-67 SGB I</b> .....	<b>56</b>

## Vorwort der DGUV Vorstandsvorsitzenden

Eine der großen Stärken der deutschen Sozialversicherung ist ihre Selbstverwaltung. Arbeitgeber und Versicherte prägen – anders als in anderen Ländern – die Entwicklung der sozialen Sicherheit deutlich. In der gesetzlichen Unfallversicherung beeinflusst die Selbstverwaltung nicht nur die Ausgestaltung der Prävention, der Rehabilitation und des Beitragsrechts. Sie nimmt auch immer wieder Stellung zu grundlegenden Fragen des Rechts in diesem Sozialversicherungszweig.

Das gilt auch für das Recht der Berufskrankheiten. Dieses Recht hat sich in fast hundert Jahren bewährt. Dennoch gibt es seit Jahren eine Debatte über seine Ausgestaltung: Werden zu wenige oder zu viele Fälle anerkannt? Wer muss was beweisen? Ist die Liste der Berufskrankheiten konkret genug und genügt ihr Zustandekommen unseren demokratischen Vorstellungen von Transparenz?

Im Laufe der Zeit haben sich alle relevanten Gruppen an Reform-Überlegungen beteiligt: Vertreter der Sozialpartner, Parteien, Bund und Länder. Auch die Unfallversicherung hat auf den Ebenen der Selbstverwaltung und Verwaltung analysiert, wo geltende Regelungen Probleme bereiten und wie Lösungen aussehen könnten. Allen Beteiligten war es dabei wichtig, zu betonen, dass sich die Grundprinzipien des BK-Rechts bewährt haben. Es geht also nicht um einen konzeptionellen Neuanfang, sondern um eine „Verbesserung des Bestehenden“.

Als Ergebnis dieser Analyse ist dieses „Weißbuch“ zur Weiterentwicklung des BK-Rechts entstanden. Es soll ein konkreter Beitrag zur weiteren Diskussion sein. Neben den veröffentlichten Positionen von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden sind die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger aus ihrer täglichen Arbeit in die Vorschläge eingeflossen, ebenso wie Impulse aus der Rechtsprechung.

Wichtig ist der Hinweis, dass es sich nicht um Einzelaspekte handelt, die isoliert betrachtet werden sollten. Wir legen vielmehr eine austarierte Lösung für bestehende Komplikationen vor. So erklärt sich auch das Titelbild dieses Buchs: Die verschiedenen Änderungen können nur gemeinsam eine ausgewogene Weiterentwicklung des Existierenden ergeben und die Grundlage für eine dauerhafte Zukunft des Berufskrankheitenrechts bilden.

Wir übergeben dieses Weißbuch an Bundesregierung und Bundestag in der Hoffnung, dass die von uns gemeinsam entwickelten Vorschläge richtungsweisend sein werden für die Weiterentwicklung des Rechts der Berufskrankheiten.



Manfred Wirsch

Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting

## Vorwort des DGUV Hauptgeschäftsführers

Eines der grundlegenden Prinzipien unseres Rechtssystems lautet: Wer einen Schaden verursacht, soll dafür geradestehen. Dieses Prinzip stand auch Pate für unser heutiges Unfallversicherungsrecht. Danach haftet der Arbeitgeber, wenn seine Beschäftigten einen Gesundheitsschaden durch die Arbeit erleiden, die Haftung und Entschädigung der Versicherten übernimmt jedoch seine Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse. Für Arbeitsunfälle ist es relativ einfach, einen Zusammenhang zwischen Unfall und Verletzung herzustellen, mit dem sich die Haftung begründen lässt. Für Berufskrankheiten ist dies ungleich schwerer. Die Frage „Was macht krank?“ oder vielmehr „Wer trägt die Verantwortung für eine Krankheit?“ ist nicht einfach zu entscheiden. Denn es können verschiedene Einwirkungen als Ursache in Frage kommen, sie können über einen längeren Zeitraum erfolgt sein oder bei Ausbruch der Erkrankung bereits Jahrzehnte zurückliegen. Diese Problematik zeigt sich bereits in dem Umstand, dass die ersten Berufskrankheiten erst 1925 eingeführt wurden - 40 Jahre nach Gründung der gesetzlichen Unfallversicherung.

Trotz dieser langen Anlaufphase – das Berufskrankheiten-Recht hat sich in den vergangenen 90 Jahren bewährt. Die Liste der Berufskrankheiten enthält aufgrund der fortschreitenden wissenschaftlichen Erkenntnis inzwischen 77 Positionen. Heute erhalten Monat für Monat rund 90.000 Versicherte Rentenzahlungen aufgrund einer Berufskrankheit, fast 40.000 Hinterbliebene kommen hinzu. Das bestehende Recht trägt zum sozialen Frieden bei: In anderen Ländern führte die Asbest-Krise zu Klagewellen und Unternehmenspleiten, manche der Opfer blieben unversorgt. In Deutschland entschädigen die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen jedes Jahr verlässlich mehrere tausend Neuerkrankte.

Aber nicht nur das: Die enge Verbindung zwischen Prävention und Versicherung stellt zudem sicher, dass neue Erkenntnisse über krankmachende Faktoren bei der Arbeit schnell in den Arbeitsschutz einfließen. Sehr viele Menschen konnten so davor bewahrt werden, überhaupt krank zu werden.

Das Berufskrankheitenrecht ist ein zentrales Instrument der Rechtssicherheit für Beschäftigte und Unternehmen. Aber wie jedes Werkzeug muss es beizeiten geölt und geschärft werden. Genau das tun wir mit den Vorschlägen in diesem Weißbuch.



Dr. Joachim Breuer  
Hauptgeschäftsführer

## Einführung

### „Berufskrankheit“ – was ist das eigentlich?

Die Antworten dazu dürften bei einer Befragung auf einer Straße in einer beliebigen deutschen Großstadt höchst unterschiedlich ausfallen. Wer damit noch nichts zu tun hatte, wird versuchen sich den Begriff selbst zu erschließen. Vermutlich führt das in der Mehrheit zu einer Entgegnung im dem Sinne, dass es sich dabei um eine Krankheit handelt, die jemand durch seinen Beruf bekommen hat.

Falsch ist diese Antwort natürlich nicht; ganz richtig ist sie aber auch nicht. „Berufskrankheit“ ist eigentlich ein Terminus technicus, in dem Medizin und Recht miteinander verschmolzen sind. Um die Berufskrankheit im rechtstechnischen Sinne zu verstehen, muss man sowohl die sich aus der Systematik der Unfallversicherung ergebenden Anforderungen, als auch medizinische und arbeitstechnische Zusammenhänge betrachten.

#### Rechtsgrundlage<sup>1</sup>:

Grundsätzlich müssten nach dem Zivilrecht die Arbeitgeber für gesundheitliche Schäden haften, die ihre Beschäftigten durch deren Tätigkeit erleiden. Diese **Haftung** übernimmt in Deutschland die gesetzliche Unfallversicherung als Teil der Sozialversicherung – im Gegenzug für die Beitragszahlung des Arbeitgebers. Im Fall einer Berufskrankheit trägt die Unfallversicherung die Kosten der Heilbehandlung und zahlt den Versicherten für bleibende Gesundheitsschäden eine Rente bzw. im Todesfall Hinterbliebenenrenten an die Angehörigen.

Die gesetzliche Unfallversicherung leistet grundsätzlich immer dann, wenn ein Gesundheitsschaden den Arbeitgebern haftungsrechtlich zuzurechnen ist. Voraussetzung für die Haftung ist, dass eine Einwirkung bei der Arbeit – zum Beispiel durch einen Gefahrstoff – den Gesundheitsschaden verursacht hat (sog. **Kausalzusammenhang**<sup>2</sup>).

Das Grundproblem dabei ist: Krankheit ist ein Prozess, in dem viele Faktoren eine Rolle spielen: Veranlagung, Lebensstil und weitere Faktoren, zum Beispiel

der Kontakt mit Gefahrstoffen. Die Herausforderung ist folglich, zwischen den Faktoren zu unterscheiden, die dem Arbeitgeber zuzurechnen sind, und den Faktoren, die anderen Lebensbereichen zuzurechnen sind. Diese Aufgabe ist je nach Erkrankung (seltene Erkrankung vs. Volkskrankheit) und Einwirkungen (ungewöhnliche Stoffe vs. alltäglich vorkommende Belastung) unterschiedlich schwierig.

Der Gesetzgeber hat sich vor diesem Hintergrund – wie die meisten Staaten der Welt – für das so genannte **Listenprinzip** entschieden. Als Berufskrankheit gelten danach nur die Krankheiten, die in der Berufskrankheiten-Liste in der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) benannt sind. Nur für diese Krankheiten ist die gesetzliche Unfallversicherung zuständig. Alle anderen Krankheiten fallen in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (Heilbehandlung) und der gesetzlichen Rentenversicherung (Rehabilitation und Erwerbsunfähigkeit).

Welche Krankheiten in die Liste aufgenommen werden, legt die Bundesregierung per Rechtsverordnung fest. Sie lässt sich dabei wissenschaftlich beraten (Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales). Nach den Vorgaben des SGB VII muss bei der Aufnahme von Krankheiten berücksichtigt werden, um welches **Krankheitsbild** es geht (Symptomatik), welche **Einwirkung** die Erkrankung auslöst und nach Möglichkeit auch wie dies geschieht (Pathomechanismus) und welche **Personengruppe(n)** davon betroffen ist(sind).

Die Liste der Berufskrankheiten wird als Anlage zur Berufskrankheiten-Verordnung geführt. Sie umfasst derzeit 77 Positionen.

Berufskrankheiten können grob vereinfacht unterschieden werden:

- „klarer Pathomechanismus“: Hier sind die Einwirkung, ihre Wirkweise im Körper und die dadurch ausgelöste Krankheit wissenschaftlich klar identifiziert – zum Beispiel Bauch- und Rippenfellkrebs (Mesotheliom) durch Asbest. Die Einwirkung kommt im Regelfall weit überwiegend in der Arbeitswelt vor. Es gibt nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand nur selten alternative Erkrankungsursachen.

<sup>1</sup> Zentrale Rechtstexte: Sozialgesetzbuch (SGB) VII und Berufskrankheiten-Verordnung.

<sup>2</sup> Weitere Erläuterungen siehe Glossar

- „epidemiologische Begründung“: Hierbei handelt es sich um Krankheiten, die sowohl durch Einflüsse im Privatleben als auch bei der Arbeit entstehen können – zum Beispiel Lungenkrebs. Bei diesen Krankheiten wird davon ausgegangen, dass sie durch die Arbeit verursacht worden sein können, wenn eine bestimmte Personengruppe durch ihre Tätigkeit ein erheblich höheres Risiko hat, an diesen Krankheiten zu erkranken als der Durchschnitt der Bevölkerung. Für die Wahrscheinlichkeit eines Ursachenzusammenhangs ist es vielfach unerlässlich, zu wissen ab welcher Expositionshöhe eine sogenannte Risikoverdoppelung vorliegt, da dann die Wahrscheinlichkeit der arbeitsbedingten Verursachung bei 50 Prozent liegt<sup>3</sup>. Auf dieser Basis nähert sich der Ordnungsgeber auch weit verbreiteten Krankheiten (Volkskrankheiten), z.B. dem weißen Hautkrebs. Die Kausalität der Arbeit für die Erkrankung ist in jedem Einzelfall auch unter Berücksichtigung anderer infrage kommender Ursachen zu prüfen.
- „gesetzliche Kausalitätsvermutung“: Bei einigen „epidemiologisch begründeten“ Erkrankungen haben sich die Erkenntnisse zur schädigenden Einwirkung so weit verdichtet, dass in der Definition der Berufskrankheit eine krankheitsverursachende Dosis dieser Einwirkung benannt werden konnte. Ist diese Dosis erreicht, gilt die Arbeit als Ursache der Erkrankung. Konkurrierende Faktoren sind dann in der Regel nicht mehr zu berücksichtigen.

Die naheliegende Vorstellung, eine Berufskrankheit sei jede Krankheit, die im Zusammenhang mit der Arbeit entsteht, ist also nicht ganz richtig. Die Basis für die Beurteilung einer Krankheit stellt die Berufskrankheitenliste dar. Auch wenn diese Liste ganz wesentlich auf medizinischen Erkenntnissen beruht, ist sie letztlich ein versicherungs- und sozialrechtliches Konstrukt.

<sup>3</sup> Da Krankheit nur in den seltensten Fällen ein linearer Prozess ist, bei dem Faktor X immer Ergebnis Y hervorruft, nutzt man bei Berufskrankheiten epidemiologische Erkenntnisse zur Abschätzung von Verursachungswahrscheinlichkeiten. Ein Beispiel: Krankheit Y betrifft in der Allgemeinbevölkerung (B) 3 von 100 Menschen. In einer bestimmten Gruppe von Beschäftigten (A) tritt Krankheit Y dagegen mit einer Häufigkeit von 6 von 100 Menschen auf. Das Risiko zu erkranken ist innerhalb Gruppe A also doppelt so hoch wie in Gruppe B. Daraus lässt sich folgern, dass 3 dieser 6 Krankheitsfälle in Gruppe A – also 50 Prozent – durch einen Faktor X (die Arbeit) verursacht sind, der diese Gruppe von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Schließt man daraus also, dass Faktor X Krankheit Y verursacht, liegt man genauso oft richtig wie falsch. Liegt die Erkrankungshäufigkeit in Gruppe A dagegen bei 4,5 Fällen pro 100, dann ist davon auszugehen, dass nur 1,5 dieser Fälle auf das Konto von Faktor X gehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Faktor X hinter der Erkrankung steht, liegt damit bei 33,3 Prozent. Sagt man also, dass Faktor X hinter der Erkrankung Y steht, liegt man häufiger falsch als richtig.

## Wie läuft das Verwaltungsverfahren zur Anerkennung einer Berufskrankheit?

Versicherte können einen Verdacht auf eine Berufskrankheit selbst formlos anzeigen. Arbeitgeber, Ärzte und Krankenkassen dagegen sind zu einer solchen Anzeige sogar verpflichtet.

Der jeweilige Unfallversicherungsträger prüft und ermittelt von Amts wegen die Krankheit und ihre Umstände sowie die an dem jeweiligen Arbeitsplatz vorhandenen Einwirkungen. Hierzu werden die Versicherten, die Arbeitgeber und behandelnde Ärzte befragt. Falls möglich und erforderlich untersucht der Präventionsdienst der Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse den aktuellen Arbeitsplatz, ob der Versicherte dort schädlichen Einflüssen ausgesetzt ist, die seine Erkrankung verursachen oder verschlimmern können.

Eine sehr große Herausforderung dabei ist: Viele, gerade schwere Berufskrankheiten haben eine lange Latenzzeit wie z.B. Lungenkrebs. Zwischen einer Einwirkung bei der Arbeit und dem Ausbruch der Krankheit vergehen in diesen Fällen in der Regel viele Jahre. Häufig existieren die Arbeitsstätten nicht mehr, an denen die Versicherten tätig waren.

Eine Anerkennung erfolgt grundsätzlich dann, wenn

- die Versicherten einer in der BK-Verordnung beschriebenen Einwirkung bei der Arbeit ausgesetzt waren,
- das Krankheitsbild dem Krankheitsbild entspricht, das in der BK-Verordnung beschrieben ist, und
- zwischen der Einwirkung und der Erkrankung ein ursächlicher Zusammenhang nachgewiesen werden kann.

Eine Ablehnung erfolgt, wenn mindestens eins dieser Kriterien nicht erfüllt ist.

## Das Berufskrankheitengeschehen in Zahlen:

Schaut man sich den Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2014“ der Bundesregierung (BAuA im Auftrag des BMAS) an, stellt sich die Situation wie folgt dar:

Berufskrankheiten – Gesamtzahlen <sup>1)</sup> in den Jahren 2012 bis 2014	2014	2013	2012	Veränderung		von 2013 zu 2012	
				von 2014 zu 2013 absolut	%	absolut	%
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit</b>	<b>75.102</b>	74.680	73.574	+422	+0,6	+1.106	+1,5
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	<b>65.334</b>	65.605	64.639	-271	-0,4	+966	+1,5
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	<b>3.513</b>	3.199	3.108	+314	+9,8	+91	+2,9
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	<b>6.255</b>	5.876	5.827	+379	+6,4	+49	+0,8
<b>Anerkannte Berufskrankheiten</b>	<b>16.969</b>	16.413	15.949	+556	+3,4	+464	+2,9
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	<b>15.025</b>	14.576	14.196	+449	+3,1	+380	+2,7
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	<b>867</b>	762	664	+105	+13,8	+98	+14,8
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	<b>1.077</b>	1.075	1.089	+2	+0,2	-14	-1,3
<b>Neue Berufskrankheitenrenten</b>	<b>5.277</b>	4.926	5.053	+351	+7,1	-127	-2,5
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	<b>4.906</b>	4.571	4.718	+335	+7,3	-147	-3,1
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	<b>122</b>	111	130	+11	+9,9	-19	-14,6
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	<b>249</b>	244	205	+5	+2,0	+39	+19,0
<b>Berufl. Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt</b>	<b>20.869</b>	20.686	20.061	+183	+0,9	+625	+3,1
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	<b>18.858</b>	18.822	18.392	+36	+0,2	+430	+2,3
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	<b>270</b>	188	112	+82	+43,6	+76	+67,9
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	<b>1.741</b>	1.676	1.557	+65	+3,9	+119	+7,6
<b>Todesfälle Berufserkrankter mit Tod infolge der Berufskrankheit.</b>	<b>2.469</b>	2.357	2.468	+112	+4,8	-111	-4,5
davon:							
Gewerbliche Berufsgenossenschaften	<b>2.414</b>	2.303	2.389	+111	+4,8	-86	-3,6
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	<b>12</b>	14	14	-2	-14,3	--	0,0
Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand	<b>43</b>	40	65	+3	+7,5	-25	-38,5

Quelle: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

<sup>1)</sup> incl. Berufskrankheiten nach Recht der ehemaligen DDR (siehe Tabelle TC 3)

Zum Verständnis dieser Zahlen folgende Hinweise:

Klar erkennbar sind aus diesen Zahlen jährlich ca. 74.000 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit, die bei den Unfallversicherungsträgern eingehen. Es werden jährlich ca. 16.000 Fälle anerkannt und ca. 5.000 neue Renten gewährt. Ca. 2.500 Menschen sterben pro Jahr infolge einer anerkannten Berufskrankheit. Aus diesen Zahlen ergeben sich Fragen bzw. Kritik zur Differenz zwischen Anzeigen und Anerkennungen, also zur Menge der anerkannten Berufskrankheiten. Auf diese Fragen soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden:

*Was sind das für Fälle, die in der Zeile „Berufl. Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt“ aufgeführt werden?*

Diese Kategorie wird erst seit dem neuesten Bericht der Bundesregierung dargestellt. Schon beim Betrachten der Zahl wird deutlich, dass es sich bei diesen Fällen um einen sehr großen Teil des Berufskrankheitengeschehens handelt. In der ganz überwiegenden Zahl handelt es sich um Erkrankungen, bei denen im Tatbestand der Berufskrankheit das Merkmal des Unterlassungszwangs (detailliertere Ausführungen dazu im entsprechenden Abschnitt unten) verankert wurde. Liegt dieser nicht vor oder geben die Versicherten die gefährdende Tätigkeit nicht auf, so kommt eine Anerkennung schon aus diesen formalen Gründen nicht in Betracht. Allerdings bedeutet dies nicht, dass die gesetzliche Unfallversicherung in diesen Fällen gar keine Leistung erbringt. Ganz im Gegenteil: die beschriebene Konstellation führt zu einem Anspruch auf Leistungen nach § 3 BKV<sup>4</sup>, dem vom Bundessozialgericht (BSG) so genannten „kleinen Versicherungsfall“. Als Beispiel sei hier insbesondere auf Hauterkrankungen nach Nr. 5101 verwiesen: Hier erhalten die hauterkrankten Versicherten in der Regel von Ihrer Unfallversicherung ein ganzes Bündel an Maßnahmen, um das Entstehen der Berufskrankheit zu verhindern. Neben ggf. Behandlungen durch wenn möglich besonders qualifizierte Berufsdermatologen gehören zum Leistungsportfolio u.a. tätigkeitsspezifische Schulungen, individuelle Beratung zum persönlichen Hautschutz und/oder intensive Beratungen der Arbeitgeber zur Reduzierung der Belastungen. So durch die Unfallversicherung beraten und unterstützt, kann die weit überwiegende Zahl der Betroffenen ihrer Tätigkeit dauerhaft weiter nachgehen.

<sup>4</sup> Siehe Anhang 1

*Warum werden angezeigte Krankheiten nicht als Berufskrankheiten anerkannt?*

Die Gründe dafür sind vielfältig. Sie reichen vom fehlenden Versicherungsschutz bei Selbständigen, die auf ihre Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung verzichtet haben, bis zum nicht hinreichend wahrscheinlichen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Art der Einwirkung und der Erkrankung. Weiterhin gibt es bislang bewusst keine Mindestkriterien für die Anzeige auf Verdacht einer Berufskrankheit. Der Gedanke dahinter ist: Lieber ein falscher Alarm als eine Möglichkeit zur Prävention verpasst. Dies führt allerdings dazu, dass sich in den Ermittlungen dann auch häufiger zeigt, dass die erforderliche Einwirkung bei der Arbeit oder das im BK-Tatbestand konkret beschriebene Krankheitsbild entgegen des ersten Anscheins doch nicht vorliegt.

*Werden in Deutschland „genug“ Berufskrankheiten anerkannt?*

Die Beantwortung dieser Frage ist objektiv unmöglich. Denn was ist „genug“? Steht die Antwort in Relation zu den angezeigten Erkrankungen, so spielen Meldeverhalten und Meldekriterien eine erhebliche Rolle. In dem bisherigen Grundverständnis der Unfallversicherung, dass es besser ist, Krankheiten bzw. Unfälle zu vermeiden als zu rehabilitieren, können sich aber gerade auch aus letztlich nicht zur BK-Anerkennung führenden Verdachtsanzeigen Präventionschancen ergeben. Aus diesem Grund gibt es bisher keine Bestrebungen, für BK-Anzeigen höhere Hürden aufzubauen. Damit verbietet sich aber auch, eine – häufig vorgenommene – relative Betrachtung von Anzeigen und Anerkennungen. Denn eine aus der Präventionsperspektive anstrebenswerte hohe Anzahl von Anzeigen lässt die „Anerkennungsquote“ automatisch sinken. Überhaupt nicht abzuschätzen ist eine Dunkelziffer der Berufskrankheiten, die niemals zur Anzeige kommen.

Bemüht man sich um einen Vergleich mit anderen Ländern, ergeben sich neue Schwierigkeiten:

Unterschiedliche rechtliche und sozialpolitische Traditionen sowie wirtschaftliche und technologische Entwicklungen (Grad der Industrialisierung, Einsatz von Gefahrstoffen, usw.) haben dazu geführt, dass sich Berufskrankheitenrecht und -geschehen von Land zu Land erheblich unterscheiden. Selbst im europäischen Vergleich gibt es unterschiedlichste Systeme (vgl. dazu „Report on the current situation in relation to occupational diseases’ systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommenda-

tion 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects“<sup>5</sup>) und Organisationsformen. So ist schon die Verbindung von Prävention und Rehabilitation nicht der Regelfall – weshalb das deutsche Unfallversicherungssystem vom Ausland um diese Konstellation und die damit verbundenen Chancen sehr häufig beneidet wird. Zugleich können die Anforderungen, die an die Anerkennung von Berufskrankheiten, z.B. im Hinblick auf die erforderliche Verursachungswahrscheinlichkeit, zu stellen sind, unterschiedlich sein, je nachdem ob aus einer Anerkennung ein umfangreiches Leistungspaket resultiert oder die Leistungen nicht wesentlich über dem allgemeinen Niveau der sozialen Sicherung liegen. Wenn zum Beispiel in einem Land keine gesonderte Kompensation für die Versicherten (Rente) und Ärzte (Vergütung) erfolgt, kann dies auch das Anzeigeverhalten und damit auch die Zahl der Anerkennungen erheblich beeinflussen. Gleiches gilt natürlich für den Umfang der Berufskrankheitenliste ebenso wie für den Umfang des versicherten Personenkreises (Schüler, Rehabilitanden, Selbständige). Nicht zuletzt können unterschiedliche Zahlen zu Berufskrankheiten auch Ausdruck eines unterschiedlichen Arbeitsschutzniveaus sein. Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern haben daher bei Berufskrankheiten nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft und bedürfen einer sehr differenzierten Auseinandersetzung mit den jeweiligen Rahmenbedingungen.

Fazit: zahlenmäßige Relationen von Anerkennungen zu Vergleichsparametern gleich welcher Art sind kein Maßstab für ein wirksames oder effizientes Berufskrankheitenrecht!

<sup>5</sup> <https://osha.europa.eu/de/legislation/guidelines/commission-recommendation-concerning-the-european-schedule-of-occupational-diseases>

## Wofür bzw. warum sollten Anpassungen im Bereich der Berufskrankheiten erfolgen?

Das Berufskrankheitenrecht in Deutschland hat sich grundsätzlich als rechtssicher und zuverlässig erwiesen, dennoch gibt es immer wieder Kritik zum Beispiel an der „geringen Zahl der Anerkennungen“ oder zur Beweislast. Auch wenn sich manche Kritikansätze bei genauerer Betrachtung schnell entkräften lassen, so sind dennoch Schwächen der heutigen BK-Systematik erkennbar. Es erscheint daher sinnvoll, Anpassungen vorzunehmen, die zu einer Klarheit und Transparenz verbessern sollten, zum anderen aber auch den Wandel in der Arbeitswelt so gut wie möglich berücksichtigen.

Insgesamt geht es nicht um eine Systemänderung. Als Fundament bleibt es beim „Versicherungsfallprinzip“, d.h. Voraussetzung für die umfassenden Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung ist die wahrscheinliche Verursachung der Erkrankung (Krankheit der BK-Liste) durch die Arbeit. Maßstab dafür ist, dass es wahrscheinlicher ist, dass die Krankheit durch die Arbeit hervorgerufen wurde als durch andere Faktoren (Verdoppelungsrisiko). Eine geringere Erhöhung des Risikos reicht nicht aus.

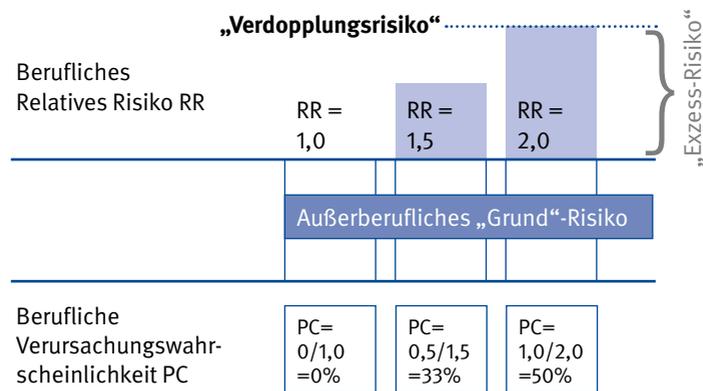
Verdoppelungsrisiko: Im Gesetz ist nicht von einem Verdoppelungsrisiko<sup>6</sup> die Rede, aber derzeit wird das gesetzliche Kriterium „erheblich höheres Risiko“ folgendermaßen ausgelegt: Die Wahrscheinlichkeit, dass die Erkrankung durch berufliche Einflüsse bedingt ist, muss mindestens genauso hoch sein wie die Wahrscheinlichkeit, dass sie anders hervorgerufen wurde. Dazu wird das Risiko, eine bestimmte Erkrankung zu bekommen, zwischen verschiedenen Personengruppen verglichen. Nur wenn das Risiko für die Beschäftigten, die einer bestimmten Einwirkung ausgesetzt sind, um 100 Prozent höher ist als das der Allgemeinbevölkerung, liegt die Wahrscheinlichkeit bei mindestens 50 Prozent, dass die Arbeit diese Erkrankung hervorgerufen hat.

Akzeptiert man eine geringere Erhöhung des Erkrankungsrisikos, bedeutet das also: Es ist im Einzelfall nicht einmal zu 50 Prozent sicher, dass die Arbeit Ursache der Erkrankung war. Dennoch wäre dann zu entschädigen.

Bedenkt man, dass es hier darum geht, wer die Verantwortung und Haftung für die Erkrankung übernimmt, entspricht die bisher geforderte Wahrscheinlichkeit bereits dem rechtlich vertretbaren Minimum. Eine Absenkung dieses Maßstabes muss die Frage aufwerfen, inwiefern die Arbeitgeber noch für von ihnen zu vertretende Risiken zahlen oder schon die Absicherung gegen allgemeine Lebensrisiken übernehmen, die eigentlich den anderen, paritätisch finanzierten Zweigen der Sozialversicherung obliegt.

Dies würde zur Grundsatzfrage führen, ob die Gliederung der gesamten Sozialversicherung für das Handlungsfeld der Berufskrankheiten neu zu ordnen wäre.

<sup>6</sup> Siehe dazu FN 2



**Grafikquelle:** Seidler, Wissenschaftliche Erkenntnisse zur beruflichen und außerberuflichen Ätiologie der Gonarthrose, in: Schiltenswolf (Hrsg.), Berufskrankheit Gonarthrose (BK 2112), 2012, S.25, Abb.1.

Bei Vorliegen des Versicherungsfalls „Berufskrankheit“ gilt dafür das Alles-oder-Nichts-Prinzip, d.h. es erfolgt keine reduzierte Leistung oder Kostenteilung mit den anderen Zweigen der Sozialversicherung wegen anderer mitverursachender Faktoren. Dementsprechend entfallen auch denkbare – und schwer lösbare – Streitigkeiten um die präzise Bezifferung von Verursachungsanteilen oder die Auswahl von z.B. Rehabilitationsmaßnahmen als „notwendig“ (SGB V) oder „geeignet“ (SGB VII).

Insgesamt sollen die in diesem Papier vorgeschlagenen Maßnahmen Rahmenbedingungen dafür verbessern, dass

- möglichst alle Berufskrankheiten zur Anzeige und Anerkennung kommen,
- in möglichst vielen relevanten Fällen die individuellen Präventionsmaßnahmen verbessert werden und
- zielgerichteter vor allem solche Erkrankungen angezeigt werden, die wesentlich arbeitsbedingt beeinflusst sind.

## Handlungsfelder

### I. Zusammenfassung

Mit den von der gesetzlichen Unfallversicherung initiierten Maßnahmen der Qualitätssicherung wurde und wird die Qualität der Entscheidungen und damit auch die Einzelfallgerechtigkeit erheblich verbessert. Dazu gehört u.a. auch das Übersenden der Ergebnisse der Ermittlungen des Präventionsdienstes an die Versicherten.

Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung können aber Schwachpunkte in der Systematik des BK-Rechts nicht ausgleichen.

Gesetzgeberischer Regelungsbedarf zeigt sich aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung in den Handlungsfeldern Transparenz bei der Einführung neuer Berufskrankheiten, Forschung, Beweismaßstab für „Einwirkungen“ (Expositionsermittlung) sowie Rückwirkung.

Mit der rechtlichen Verankerung des ÄSVB wird eine stärkere Transparenz und Beschleunigung der Prozesse, die zur Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten führt, erreicht. Seine Aufgaben und Arbeitsweise sind wie schon bisher rein auf die wissenschaftliche Beratung orientiert. Die Rahmenbedingungen und Unterstützung für die Tätigkeit des ÄSVB einschließlich der möglichen Einbeziehung anderer wissenschaftlicher Disziplinen werden optimiert. Möglichst konkrete Beschreibungen der BK-Tatbestände verbessern die Rechtsanwendung.

Der Stellenwert von Forschung mit BK-Relevanz in der öffentlichen Wahrnehmung sowie die Transparenz der Forschung und der Forschungsförderung der gesetzlichen Unfallversicherung können durch eine gesetzlich verankerte Berichterstattung erhöht werden.

Im Handlungsfeld Beweismaßstab ist die rechtliche Flankierung der aktuellen Praxis erforderlich. Insbesondere sollen die Möglichkeiten zur Beweiserleichterung durch das Heranziehen von Expositionsdaten aus vergleichbaren Fällen verbessert werden.

Die mit dem Unterlassungszwang verfolgten Zwecke können mit anderen Regelungen auch und teilweise sogar zielgenauer erreicht werden. Vorrangiges Ziel

muss in jedem Fall die Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen im Einzelfall sein. Unerlässlich sind dafür die Intensivierung der Präventionsaktivitäten und die aktive Mitwirkung der Betroffenen bei allen Berufskrankheiten. Dementsprechende gesetzliche Regelungen unterstützen die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Versicherten. Für die Abgrenzung von Bagatellerkrankungen ist eine Präzisierung der bestehenden BK-Tatbestände unverzichtbar.

Erstmalig wird gesetzlich geregelt, wie bei der Aufnahme neuer Berufskrankheiten in die Liste der Berufskrankheiten mit bereits bestehenden Erkrankungsfällen umzugehen ist.

Mit diesen Mitteln als „Gesamtpaket“ werden die identifizierten Schwachpunkte beseitigt und wird eine sinnvolle Weiterentwicklung des BK-Rechts erreicht.

## II. Qualitätssicherung – die Lösung aller Probleme?

*Ausgangslage: Was tut die gesetzliche Unfallversicherung bisher zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in Berufskrankheitenverfahren?*

Die Aktivitäten der gesetzlichen Unfallversicherung zum Qualitätsmanagement beziehungsweise zur Qualitätssicherung sind in den letzten 15 Jahren systematisch intensiviert worden. Als Qualität ist dabei im Qualitätssicherungskonzept der Unfallversicherungsträger zu Berufskrankheiten die sachlich richtige, schnelle und kundenorientierte Erreichung der Präventions-, Rehabilitations- und Entschädigungsziele im Sinne von § 1 SGB VII definiert worden. Dies kann nur mit zielorientierten und wirksamen Verwaltungsabläufen gelingen. Die gesetzliche Unfallversicherung hat darum zur Bewertung der Ergebnisqualität verschiedene Messparameter eingeführt.

Für die Messung der **Ergebnisqualität** haben sich mehrere Kennzahlen als besonders geeignet erwiesen. Drei davon sollen hier exemplarisch vorgestellt werden:

1. Die Zeitspanne zwischen BK-Meldung (Verdachtsanzeige, Hautarztbericht o.ä.) und versicherungsrechtlicher Entscheidung. Diese sogenannte Laufzeit konnte in den vergangenen Jahren mehr als halbiert werden, so dass die Fälle im Durchschnitt in unter 6 Monaten entschieden sind. Eine schnelle Entscheidung ist im Interesse aller Beteiligten. So erhalten im Falle einer Bestätigung des Zusammenhangs zwischen Erkrankung und Tätigkeit Versicherte und behandelnde Ärzte schnell Klarheit zur Zuständigkeit und Kostenträgerschaft.
2. Die Zahl der Fälle, in denen im Widerspruchs- und Klageverfahren eine Entscheidung zu Gunsten der Verwaltung getroffen wurde. Dieser Parameter ist gerade im Zusammenhang mit der Beschleunigung der Verfahren sehr aufmerksam beobachtet worden. Der Anspruch war und ist auch heute noch, dass Beschleunigung und Optimierung der Verwaltungsverfahren nicht zu einer schlechteren rechtlichen Qualität der Entscheidungen führen darf. Diese Erwartung konnte bisher erfüllt werden<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Siehe dazu Messparameter Laufzeit und Widerspruchs- und Klageverfahren im Anhang

3. Ein weiteres wichtiges Ziel der Unfallversicherungsträger ist, in Fällen, in denen Erkrankungen noch beeinflussbar sind und Versicherte weiterhin in ihrer beruflichen Tätigkeit exponiert sind, durch Maßnahmen der Prävention ein Fortschreiten der Krankheit zu vermeiden bzw. zu minimieren. Entsprechende Möglichkeiten bestehen in der Regel insbesondere bei obstruktiven Atemwegserkrankungen der BK-Nrn. 4301/4302 und Hauterkrankungen der BK-Nr. 5101. Als weiterer Messparameter hat sich darum die Auswertung etabliert, in wie vielen Fällen bei diesen Krankheiten technische und oder medizinische Maßnahmen der Individualprävention veranlasst wurden.

Für die Erreichung der Ziele und Optimierung der Verfahren wurde gleichzeitig eine Reihe von begleitenden Maßnahmen initiiert, um die **Struktur- und Prozessqualität** zu verbessern. Dazu gehört unter anderem die Schaffung einer elektronischen Informationsplattform, auf die alle Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger Zugriff haben.

Dort hinterlegt sind zum Beispiel Prozessbeschreibungen für die häufigsten Berufskrankheiten, in denen der Ablauf des Verfahrens für die jeweilige Berufskrankheit standardisiert beschrieben ist. Selbstverständlich dienen diese Beschreibungen nur zur Orientierung für die Mehrzahl der Fälle und es können individuell Abweichungen erforderlich sein.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden die Maßnahmen und Instrumente, die für die Ermittlungen und Beurteilungen der Arbeitsbedingungen entwickelt wurden, im Kapitel III. 3 *Beweismaßstab für „Einwirkungen“ (Expositionsermittlung)* beschrieben.

Ebenfalls der Qualitätssicherung dienen Forschungs- und oder Benchmarkingprojekte zur Nachhaltigkeit und/oder Effektivität der initiierten Maßnahmen wie zum Beispiel der stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Atemwegserkrankungen oder des optimierten Hautarztverfahrens einschließlich des Verwaltungsverfahrens Haut.

Die Ergebnisse fließen ebenso wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse in die zahlreichen Qualifizierungsangebote für am BK-Verfahren beteiligte Mitarbeiter ein.

Weitere wichtige Instrumente sind Arbeitshilfen und Handlungsanleitungen sowie Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten. Letztere sind in aufwändigen Beratungen mit den jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften und anderen fachlich betroffenen Institutionen und Gruppen erarbeitet worden. Die Begutachtungsempfehlungen bieten den am Berufskrankheitenverfahren Beteiligten (Ärzte, UV-Träger, Versicherte und ihre Vertreter) eine aktuelle, wissenschaftlich gesicherte Grundlage zu berufskrankheitsspezifischen und unfallversicherungsrechtlichen Fragestellungen, auf deren Basis eine einzelfallgerechte Entscheidung über eine Berufskrankheit getroffen werden kann. Für die Sozialgerichtsbarkeit, die Anwaltschaft und nicht zuletzt die Betroffenen sind sie eine wichtige Informationsquelle, die die Begutachtung im BK-Verfahren transparent macht.

Die Qualität der Begutachtung wird außerdem durch öffentliche elektronische Gutachterverzeichnisse verbessert, in denen Gutachterinnen und Gutachter gelistet sind, die über die für die jeweilige BK erforderliche Praxisausstattung und spezifische Qualifikation (Zertifizierung der medizinischen Fachgesellschaft) verfügen.

Optimierungspotenzial mag es in unterschiedlichem Grade noch bei der Zusammenarbeit mit Betriebs- und Werksärzten sowie der Beteiligung der staatlichen Gewerbeärzte geben. Für die Einbeziehung der Betriebsärzte gibt es eine Empfehlung über die Zusammenarbeit. Leider können die Versicherten ihre Betriebsärzte aber häufig nicht benennen oder lehnen eine Einbeziehung aus (unberechtigter) Sorge um ihren Arbeitsplatz ab.

Die Möglichkeiten der staatlichen Gewerbeärzte zur Mitwirkung am Verfahren variieren je nach Bundesland – unabhängig vom vorgegebenen rechtlichen Rahmen in § 4 BKV. Die personelle Ausstattung und die Schwerpunkte ihrer Tätigkeit sind höchst unterschiedlich. Daher ist diese qualitativ hochwertige Beteiligung **vor** Verfahrensabschluss bei **allen** Berufskrankheiten bundesweit mittlerweile der Ausnahmefall.

Um in Zukunft die Qualität der BK-Anzeigen zu erhöhen, erarbeitet die DGUV zurzeit in einem Projekt sogenannte BK-Informationen. In diesen vorwiegend elektronisch konzipierten Hilfestellungen sollen die wesentlichen Merkmale der

Listenberufskrankheiten so aufbereitet werden, dass ein Facharzt schnell einen Überblick über alle in seiner Praxis relevanten Erkrankungen erhält. Ziel ist es, die Fachärzte so bei der Erstellung der BK-Anzeige vom Lesen vieler umfangreicher wissenschaftlicher Begründungen zu entlasten und damit die Bereitschaft zur Meldung zu erhöhen.

Ebenfalls für die Zukunft wird überlegt, wie sich die Unfallversicherungsträger gerade bei einzelnen Trägern bei „seltener vorkommenden“ Berufskrankheiten gegenseitig unterstützen können. Hierzu hat es in der Vergangenheit gute Erfahrungen bei den Fällen des Bergbaus in der ehemaligen DDR gegeben, bei denen die Sachverhaltsaufklärung wesentlich durch die besonders erfahrenen Fachleute eines Unfallversicherungsträgers unabhängig von dessen Zuständigkeit erfolgt ist. Die Entscheidung über den Versicherungsfall muss sodann aber durch den zuständigen Träger getroffen werden, eine „Vertretung“ in diesem Bereich ist weder möglich noch sinnvoll.

Welches Verbesserungspotenzial darüber hinaus besteht, wird die gesetzliche Unfallversicherung im Blick behalten.

#### **Schlussfolgerung:**

Mit den vorgenannten – häufig noch zu wenig von der Kritik am BK-Recht wahrgenommenen – Maßnahmen, die die Unfallversicherung in eigener Verantwortung durchgeführt hat und weiter ausbauen wird, wurde und wird die Qualität der Entscheidung und damit auch die Einzelfallgerechtigkeit erheblich verbessert. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Handlungsfelder, für die eine gesetzliche Flankierung erforderlich bzw. sinnvoll ist. Auch können Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung in den Verwaltungsverfahren nicht Schwachpunkte in der Systematik des BK-Rechts ausgleichen.

### **III. Vorschläge der DGUV an den Gesetz- und Verordnungsgeber:**

#### **1. Transparenz und Beschleunigung bei der Einführung neuer Berufskrankheiten**

##### **Ausgangslage:**

Nach § 9 Absatz 1 Satz 2 SGB VII ist die Bundesregierung ermächtigt, solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Zuständiges Ressort für die Vorbereitung der Bezeichnung von Krankheiten als Berufskrankheit ist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Zur Beurteilung der Wirkungszusammenhänge zwischen bestimmten Einwirkungen und bestimmten Krankheiten ist medizinischer Sachverstand erforderlich. Das BMAS lässt sich dazu seit vielen Jahren durch externe Sachverständige beraten. Diese Beratung erfolgt durch ein zu diesem Zweck eingerichtetes ständiges Gremium von ehrenamtlich tätigen Wissenschaftlern, dem sogenannten Ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB).

Beim ÄSVB handelt es sich um ein internes Gremium zur Beratung des BMAS. Seine Mitglieder werden durch das BMAS berufen und üben ihre Sachverständigentätigkeit ehrenamtlich aus. Der ÄSVB hat die Aufgabe, im Auftrag des BMAS den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft zusammenzutragen und festzustellen.

Als internes Gremium trifft der ÄSVB keine Beschlüsse mit unmittelbarer Rechtswirkung.

Vielmehr trifft die Entscheidung über die Bezeichnung einer Krankheit als Berufskrankheit allein die Bundesregierung. Dabei sind sowohl die Erkenntnisse des ÄSVB als auch sozialpolitische Aspekte zu berücksichtigen.

Während die Feststellungen des ÄSVB in Bezug auf die Bezeichnung einer Krankheit als Berufskrankheit in der Anlage 1 zur BKV keine Rechtswirkung entfalten, haben sie jedoch faktisch zentrale Bedeutung im Zusammenhang mit der Ergänzungsklausel des § 9 Absatz 2 SGB VII. Danach haben die Unfallversicherungsträger 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 als Berufskrankheit gegeben sind.

In diesen Fällen hat also der Unfallversicherungsträger anlässlich eines Einzelfalls (ungeachtet der Zahl der Fälle) den Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ermitteln. Wenn im ÄSVB alle maßgeblichen Fachdisziplinen vertreten sind, müsste man davon ausgehen, dass Stellungnahmen dieses Gremiums den Stand der medizinischen Wissenschaft zutreffend wiedergeben.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind daher immer dann, wenn der ÄSVB eine „wissenschaftliche Begründung“ für die Bezeichnung einer neuen Berufskrankheit erstellt hat, die generellen Voraussetzungen für eine Anerkennung „wie“ eine Berufskrankheit nach § 9 Absatz 2 gegeben. Dies bedeutet, dass schon bevor der Verordnungsgeber die Entscheidung über die Aufnahme in die BK-Liste getroffen und die Anlage zur BKV ergänzt hat, auf der Grundlage der „Wissenschaftlichen Begründung“ Entscheidungen über die Anerkennung einer Krankheit getroffen werden. Die „Wissenschaftlichen Begründung“ nimmt damit faktisch die Ergänzung der BK-Liste durch den Verordnungsgeber ein Stück weit vorweg. Auf diesem Verständnis beruht auch die Einordnung der Regelung des § 9 Abs. 2 als zeitliche Überbrückungsregelung zwischen Verordnungsänderungen.

Da die „Wissenschaftliche Begründung“ faktisch den Stand der medizinischen Wissenschaft feststellt und mit ihrer Veröffentlichung durch das BMAS auch Rechtswirkungen entfaltet, stellt sich die Frage nach der wissenschaftlichen Repräsentanz und Legitimation. Diese ergibt sich jedenfalls nicht durch das Verfahren selbst, da der „Ärztliche Sachverständigenbeirat“ ein nicht verfasstes, sondern ein rein internes Gremium ist. Seine Zusammensetzung ist zudem nicht öffentlich bekannt, so dass z.B. die ausreichende Repräsentanz der verschiedenen wissenschaftlichen Schwerpunkte für die Öffentlichkeit nicht erkennbar

ist. Vielmehr muss sich aus dem Dokument selbst erschließen lassen, dass es die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zutreffend wiedergibt. Mit der – weder formalisierten noch rechtlich verankerten – Entscheidung über die Veröffentlichung einer „Wissenschaftliche Begründung“ gibt das BMAS (und nicht die Bundesregierung!) zu erkennen, dass es den Inhalt jeweils als Stand der aktuellen Wissenschaft anerkennt.

Grundsätzlich hat sich das Vorgehen des BMAS bewährt, sich in medizinischen Fragestellungen betreffend die Berufskrankheiten durch das Expertengremium „Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten“ beraten zu lassen. Simpel formuliert: der Verordnungsgeber verfügt eben nicht über ausreichende eigene Expertise und zieht daher sinnigerweise einen wissenschaftlichen Beraterkreis hinzu!

Allerdings wird immer wieder bemängelt, dass dieser Prozess nicht transparent ist. Weder ist das Gremium rechtlich verankert, noch sind die Besetzung des Beirats oder seine Beratungsthemen bekannt. Ebenfalls kritisch gesehen wird die nahezu rein ehrenamtliche Aufgabenerledigung, da sich die Beratungen zu vielen Fragestellungen wegen der begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen über Jahre hinziehen können.

#### **Regelungsbedarf:**

Da der ÄSVB über die Jahre hinweg eine gewisse Verfestigung erfahren hat und die von ihm verfassten wissenschaftlichen Begründungen faktisch eine große Bedeutung erlangt haben, sollte der ÄSVB im Gesetz verankert werden. Es ist hiermit keine Änderung des Charakters als reines Beratungsgremium für das BMAS beabsichtigt. Die Einzelheiten zur Zusammensetzung und Arbeitsweise sollten so wie bisher vom BMAS bestimmt, aber nach außen transparent werden. Vorgeschlagen wird daher diese Einzelheiten durch Verordnung zu regeln.

Des Weiteren erscheint es sinnvoll, die Arbeit des ÄSVB dadurch zu unterstützen, dass beim BMAS eine Geschäftsstelle eingerichtet wird, in der auch wissenschaftliches Hilfspersonal für z.B. Recherche- oder Formulierungsarbeiten zur Verfügung steht.

Weiterhin ist für die Handhabbarkeit der Berufskrankheiten, und damit auch für die Rechtssicherheit und Rechtsklarheit, eine möglichst konkrete Bezeichnung bzw. Beschreibung der Berufskrankheiten anzustreben. Einwirkungen und die Krankheitsbilder der zu entschädigenden Berufskrankheiten sollten so konkret wie möglich formuliert sein. Ebenso sind nach Möglichkeit entsprechend dem Vorliegen wissenschaftlicher Erkenntnisse auch Dosis-Grenzwerte in den Berufskrankheiten-Tatbeständen anzugeben.

#### Vorschlag:

Es wird vorgeschlagen, den ÄSVB und seine Tätigkeit rechtlich zu verankern. Die Einzelheiten sollen in einer Verordnung geregelt werden. Hierzu soll ein Dialog mit dem BMAS aufgenommen werden.



#### Ergänzung § 9 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB VII

**Neu:** Zur Unterstützung bei der Aufgabenerfüllung nach Satz 2 wird beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Ärztlicher Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten (ÄSVB) gebildet. Das Nähere regelt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch Rechtsverordnung, die nicht der Zustimmung des Bundesrates bedarf.

#### Schlussfolgerung:

Mit der rechtlichen Verankerung des ÄSVB sowie Regelung der wesentlichen Aufgaben und Organisation des ÄSVB wird eine stärkere Transparenz und Beschleunigung der Prozesse, die zur Aufnahme einer Erkrankung in die Liste der Berufskrankheiten führen, erreicht. Dies ermöglicht eine klare Abgrenzung der Legitimität erfordernden Rechtswirkung der Tätigkeit zur rein wissenschaftlichen Beratung. Die Rahmenbedingungen und Unterstützung für die Tätigkeit des ÄSVB einschließlich der möglichen Einbeziehung anderer wissenschaftlicher Disziplinen werden optimiert. Möglichst konkrete Beschreibungen der BK-Tatbestände verbessern die Rechtsanwendung.

## 2. Forschung

### Ausgangslage

Forschung zu Berufskrankheiten als eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Unfallversicherung ist bereits gesetzlich verankert (§ 9 Abs. 8 SGB VII, Text siehe Anhang 1).

Die DGUV und ihre Mitglieder forschen selbst in ihren Instituten und fördern externe Forschung sowohl finanziell als auch durch Kooperationen. Die Ausgaben allein für die externe Forschung betragen im Zeitraum zwischen 2011 und 2015 ca. 24 Millionen Euro. Die Forschung bezieht sich auf alle Handlungsfelder der gesetzlichen Unfallversicherung.

In der Praxis ist es dabei teilweise schwierig, Forschungsprojekte dem Bereich Berufskrankheiten zuzuordnen, wenn sie sich z.B. mit den grundlegenden Wirkungen von „Belastungen“ oder der Früherkennung oder der Therapie von Krankheiten befassen. Über die Förderung von Forschungsprojekten und die Bereitstellung der notwendigen finanziellen Mittel entscheiden die Sozialpartner in den Gremien der Selbstverwaltung der Unfallversicherung.

Forschungsprojekte aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung werden an die öffentlich zugängliche „Forschungsdatenbank Arbeitsschutz“ des BMAS gemeldet. Diese Datenbank enthält Informationen über laufende und abgeschlossene Forschungsprojekte, die von den Unfallversicherungsträgern in eigenen Instituten bearbeitet wurden (Eigenforschung) oder von ihnen gefördert, aber von Dritten durchgeführt wurden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Forschungsprojekte letztlich zu verwertbaren Ergebnissen geführt haben, d.h. es ergibt sich ein vollständiges Bild der Forschungsaktivitäten unter Beteiligung der Unfallversicherung. Auch Projekte von Einrichtungen, an denen die Unfallversicherungsträger maßgeblich beteiligt sind, sind in der Datenbank zu finden.

Die in einzelnen Reformvorschlägen angeregte Festschreibung einer bestimmten Höhe von Forschungsausgaben indes ist nicht zielführend. So sind die Leistungsausgaben für Berufskrankheiten in der Regel ein Indikator für unzureichende Prävention in der Vergangenheit. Eine Vorhersage für den aktuellen oder zukünftigen Forschungsbedarf kann z.B. aufgrund der Latenzzeiten daraus nicht hergeleitet werden.

Aufgrund der Veränderungen in der Hochschul- und Hochschulmedizinlandschaft sind zudem immer weniger Einrichtungen in der Lage, sich auf wissenschaftlichem Niveau mit arbeitsmedizinischer Forschung zu befassen. Ein fest bezifferter Forschungsfonds der Unfallversicherung würde diese Situation nicht ändern. Es bestünde das Risiko, dass die Finanzierung durch Bund und Länder mit Hinweis auf den Forschungsfonds der Unfallversicherung weiter reduziert würde, ggf. sogar so weit, dass am Ende insgesamt weit weniger Mittel als bisher zur Verfügung stehen.

Es besteht Einigkeit, dass ein weiterer Ausbau der Forschung mit Bezug zu Berufskrankheiten wünschenswert ist. Dies betrifft insbesondere auch die Frage der Kombinationswirkung verschiedener Einwirkungen, um so eine ausreichende Grundlage für eine Befassung im ÄSVB zu schaffen.

#### Regelungsbedarf und Vorschlag:

Um die Transparenz der Forschung und Forschungsförderung der gesetzlichen Unfallversicherung und den Stellenwert von Forschung mit BK-Relevanz in der öffentlichen Wahrnehmung weiter zu erhöhen, wird die Einführung einer Berichtspflicht vorgeschlagen.



#### Ergänzung § 9 Abs. 8 Satz 2 und 3 SGB VII

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. veröffentlicht jährlich einen Bericht über ihre Forschungsaktivitäten und die Forschungsaktivitäten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung mit Ausnahme der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau. Der Bericht erstreckt sich auf die Titel/Themen der Forschungsvorhaben, die Höhe der aufgewendeten Mittel sowie die Zuwendungsempfänger und Forschungsnehmer externer Projekte.

#### Schlussfolgerung

Der Stellenwert von Forschung mit BK-Relevanz in der öffentlichen Wahrnehmung sowie die Transparenz der Forschung und der Forschungsförderung der gesetzlichen Unfallversicherung können durch eine gesetzlich verankerte Berichtspflicht an das BMAS erhöht werden.

### 3. Beweismaßstab für „Einwirkungen“ (Expositionsermittlung)

#### Ausgangslage

Die retrospektive Expositionsermittlung in Berufskrankheiten (BK)-Verfahren ist für alle Beteiligten in der Praxis oft mit einigen Herausforderungen verbunden. Die Tätigkeitsanalyse einschließlich Ermittlung der erforderlichen Betriebs- und Expositionsdaten erfolgt in der Regel über Befragungen der Versicherten und betroffenen Unternehmen. Branchenspezifische Kenntnisse sind hierbei eine notwendige Grundlage, um eine aussagekräftige Anamnese zu erstellen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Erinnerung an Jahrzehnte zurückliegende Expositionssituationen in der Regel kaum die Detailtiefe und Genauigkeit erreichen kann, die beispielsweise für eine konsistente Dosisberechnung wünschenswert wären.

Wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, kann die Validität derartiger Befragungsergebnisse aufgrund von Erinnerungslücken sowie fehlender oder unterschiedlicher Wahrnehmung der Personen als unsicher eingestuft werden. Im Ergebnis einer entsprechenden Studie zu Kniebelastungen zeigten sich beispielsweise große Unterschiede; die Probanden waren weder unmittelbar im Anschluss an die entsprechende Tätigkeit noch sechs Monate später in der Lage, die Dauer ihrer Kniebelastung ausreichend valide einzuschätzen. In der Regel wurde die Belastungsdauer überschätzt, aber auch deutliche Unterschätzungen traten auf. Dabei lagen die Abweichungen zur objektiv gemessenen Dauer der Kniebelastungen im Median bei etwa 100 Prozent, bei etwa einem Zehntel der Probanden sogar über 1.000 Prozent. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen deutlich die Limitationen von Selbsteinschätzungen. Gleichzeitig ist es bei retrospektiven Ermittlungen schwierig, an objektive Expositionsdaten zu gelangen.

Bei Gefahrstoffexpositionen sind trotz des inzwischen ermittelten umfassenden Datenbestandes für eine Reihe von Tätigkeiten keine spezifischen Expositionsdaten vorhanden. Dies gilt insbesondere für Expositionen an Arbeitsplätzen vor dem Jahr 1980, da für viele Gefahrstoffe die Entwicklung entsprechend geeigneter Messverfahren erst in den 1970er-Jahren begonnen hatte. Die besondere Anforderung an die mit der technischen Ermittlung betrauten Personen besteht dann darin, für die betreffende Tätigkeit die Höhe der Exposition zum Beispiel durch Vergleich mit anderen dokumentierten Expositionssituationen abzuschätzen. Diese erfordert jedoch teilweise detaillierte Kenntnisse über eine Viel-

zahl von BK-relevanten Produkten, deren Ver- bzw. Bearbeitung und typischer Anwendungsbereiche. In vielen Fällen stellt sich das Problem, dass über die für die Beurteilung erforderlichen Gehalte von Gefahrstoffen in den Produkten keine betrieblichen Informationen vorliegen und auch von den Herstellern dieser Produkte aufgrund der verstrichenen Zeit keine Angaben mehr zu erhalten sind.

Die gesetzliche Unfallversicherung kennt diese Schwachpunkte und versucht, diese Lücken zu schließen.

So behilft sich die Unfallversicherung, indem sie auf Daten zu vergleichbaren Arbeitsplätzen und Tätigkeiten zurückgreift. In diesen Fällen beschreiben die Versicherten ihre Arbeitsbedingungen möglichst genau, und die mit der technischen Ermittlung betrauten Personen schließen auf der Grundlage der Vergleichsdaten auf ihre Belastungen. Dabei kommen im Optimalfall Katasterdaten auf der Grundlage messtechnischer Analysen zum Einsatz wie z.B. die Datenbank „GonKatast“ (Expositionsdaten zu tätigkeitsbezogenen Kniebelastungen für etwa 80 verschiedene Tätigkeiten aus 16 verschiedenen Berufen) oder der BK-Report „Faserjahre“, der erstmals 1993 und im Jahr 2013 in der inzwischen 5. Auflage erschienen ist. Für diesen Report wurden insgesamt mehr als 25.000 vorhandene Expositionsdaten aus dem Zeitraum von ca. 1955 bis in die 1980er Jahre bewertet und getrennt nach Branchen und Tätigkeiten aufbereitet.

Bei der Zusammenführung von Daten in ein Kataster ist ggf. auch ein Teil der Konzentrationswerte umzurechnen, um aus den zu unterschiedlichen Zeiten ggf. in wechselnden Verfahren ermittelten Messdaten einheitliche verwertbare Konzentrationsangaben zu erhalten.

Speziell für die Beschreibung der Expositionsverhältnisse in der DDR wurden zudem alle verfügbaren Expositionsdaten und Informationen über Regelwerke etc. bereits 1995 als Arbeitshilfe in einem separaten Report zusammengefasst.

Wenn für Tätigkeiten keine Expositionsdaten vorliegen, weil zum damaligen Zeitpunkt noch keine geeigneten Messverfahren zur Verfügung standen und diese von besonderem Interesse sind, können durch nachstellende Untersuchungen z.B. im Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) die erforderlichen Informationen ermittelt werden. Beispiele hierfür sind Reinigungsarbeiten mit benzolhaltigen Produkten oder die Freisetzung krebserzeugender aromatischer Amine bei

der Teerverarbeitung. Daneben gibt es auch Expositionen, bei denen erst durch genauere Analysen entschieden werden kann, ob diese BK-relevant sind. Auch hier bietet sich die Möglichkeit, derartige Expositionen im Labor nachzustellen und zu untersuchen.

Sofern historische Produkte verfügbar sind, können diese im Hinblick auf BK-relevante Stoffe analysiert werden. So wurden beispielsweise im IFA Teer und bestimmte Fette auf krebserzeugende aromatische Amine sowie zahlreiche Produkte auf Asbest untersucht.

Bei anderen Produkten steht die Frage im Vordergrund, ob evtl. BK-relevante Gefahrstoffe bei Tätigkeiten entstehen oder freigesetzt werden können. Das IFA hat in diesem Zusammenhang zum Beispiel Textilfarbstoffe und Farbmittel aus dem Baubereich im Hinblick auf die Freisetzung von krebserzeugenden aromatischen Aminen aus Azofarbstoffen oder Verbrennungsrückstände auf Chrom(VI)-Verbindungen oder Kolophonium untersucht.

Insbesondere in Fällen von Unternehmensinsolvenzen, bei fehlender Dokumentation von Unterlagen durch die Unternehmen oder bei langen Latenzzeiten von Krankheiten kann es für die Versicherten aber zu Schwierigkeiten beim Nachweis von Tätigkeiten kommen. Mit den dargestellten Hilfsmitteln wird der „Beweis“ von Einwirkungen zugunsten der Versicherten teilweise überhaupt erst möglich, in jedem Fall aber deutlich erleichtert. Eine rechtliche Verankerung dieser Praxis erscheint daher dringend erforderlich.

Im Bereich der retrospektiven Expositionsermittlung wurden ebenfalls Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergriffen. Neben Hilfsmitteln für die Befragung der Versicherten gehören dazu insbesondere Schulungen für die Ermittler, die jeweils auf die Besonderheiten der einzelnen Unfallversicherungsträger abgestimmt sind. Diese dienen neben der Vermittlung sachlicher Grundlagen und der Anwendung von Berechnungstools vor allem dem Erfahrungsaustausch der Ermittler. Neben der Optimierung interner Abläufe beim betreffenden UVT können sie auch als Plattform genutzt werden, um Erkenntnisse über und Erfahrungen zu früheren Einwirkungen an Arbeitsplätzen, die aktuell nicht mehr zu finden sind, weiterzugeben und damit einen generationenübergreifenden Wissenstransfer zu begleiten.

**Zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahme:**

Ein weiterer Schritt zur Qualitätssicherung ist das Übersenden der Ergebnisse der Ermittlungen des Präventionsdienstes, insbesondere aus persönlichen Befragungen der Versicherten, in Form einer beschreibenden Zusammenfassung (ohne die ggf. für das Verwaltungsverfahren zusätzlich notwendige Dosis-Berechnung und/oder technische Details) an die Versicherten. Dies ermöglicht es dem Versicherten, zu prüfen, ob die Ermittlungen ein vollständiges und zutreffendes Bild seiner Arbeitstätigkeiten ergeben haben oder möglicherweise ein wichtiger Aspekt vergessen wurde, weil er sich daran bei der ersten Befragung nicht erinnert hatte. Auf diese Weise kann schon vor der Verwaltungsentscheidung Klarheit über den zugrundeliegenden Sachverhalt gewonnen werden. Durch die Beteiligung der Versicherten, kann es zu einem besseren Verständnis und damit verbunden zu einer höheren Akzeptanz der Entscheidungen im BK-Verfahren kommen.

**Regelungsbedarf:**

Für das BK-Feststellungsverfahren gilt der Amtsermittlungsgrundsatz, d.h. es ist Aufgabe des Unfallversicherungsträgers, den Sachverhalt und die Ursachenzusammenhänge richtig und vollständig aufzuklären. Dies umfasst sowohl für als auch gegen eine Anerkennung als BK sprechende Tatsachen. Für das Maß der Erkenntnis, die dabei gewonnen werden muss, gilt wie im Bereich des Arbeitsunfalls, dass Tatsachen im Vollbeweis und Ursachenzusammenhänge mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein müssen. Die eingangs beschriebene Verwaltungspraxis der Unfallversicherungsträger, die den besonderen Schwierigkeiten bei der Ermittlung lange zurückliegender Einwirkungen Rechnung trägt, hat zu wesentlichen Beweiserleichterungen zugunsten der Versicherten geführt. Ein weiterer Ausbau dieser Instrumente ist im Interesse der Versicherten anzustreben. Allerdings ist es geboten, mit Blick auf die grundsätzliche Anforderung des Vollbeweises dieses Vorgehen ausdrücklich gesetzlich zu legitimieren. Dies gilt auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Aspekte, die mit der Führung gemeinsamer Dateien im Zusammenhang stehen, sowie auf die Duldungspflicht der Unternehmer bei systematischen Erhebungen an Arbeitsplätzen.

**Zusätzlicher Optimierungsbedarf:**

Trotz aller Bemühungen zur Sachverhaltsaufklärung kann bei sehr lange zurückliegenden Einwirkungen auch unter Berücksichtigung von Aufbewahrungsfristen nicht realistisch erwartet werden, die stattgefundenen Einwirkungen aus Betriebsunterlagen immer belegen oder vergleichbare Erkenntnisse zur Hand haben zu können.

Als Maßnahme der Qualitätssicherung und um sicherzustellen, dass die UV-Träger zu Gunsten der Versicherten alle zur Verfügung stehenden Beweismittel umfassend ermitteln und im Rahmen des rechtlich Möglichen bewerten, werden in einem jüngst initiierten Projekt von der DGUV und den UV-Trägern einheitliche Qualitätsstandards und Werkzeuge für die Ermittlung der schädigenden Expositionen im Berufskrankheitenverfahren an einer zentralen Stelle beschrieben.

In diesem Zusammenhang werden zum einen die vom Gesetzgeber vorgegebenen und von der Rechtsprechung konkretisierten Beweisregeln des Unfallversicherungsrechts bezogen auf die Ermittlung und Bewertung der Expositionsbedingungen umfassend und verständlich dargestellt werden. Zum anderen sollen alle bereits bei den Unfallversicherungsträgern vorhandenen Beschreibungen zur BK-spezifischen Erhebung von Expositionsdaten und deren Bewertung an einer zentralen Stelle allen Unfallversicherungsträgern zugänglich gemacht werden. Soweit für bestimmte regelmäßig auftretende Konstellationen noch keine Beschreibungen vorhanden sind, sollen diese fortlaufend entwickelt werden.

Für die Umsetzung entsteht weder bei den Unternehmen noch bei der Unfallversicherung ein Mehrbedarf an Ressourcen.

Die Effekte dieser Maßnahme sollten 5 Jahre nach Abschluss des Projekts (also dem zur Verfügung stehen der Handlungsempfehlung) evaluiert werden.

**Vorschlag:**

Eine rechtliche Verankerung der Praxis zum Umgang mit Expositionsdaten aus vergleichbaren Fällen ist erforderlich. Zusätzlich ist die Beweisführung in Sonderfällen neu zu gewichten.

**Ergänzung § 9 xx SGB VII – BK-Ermittlungsverfahren**

- (1) Der Unfallversicherungsträger erhebt alle Beweismittel, die zur Ermittlung des Sachverhalts erforderlich sind. Dabei kann er neben den in § 21 Absatz 1 Satz 1 des Zehnten Buches genannten Beweismitteln auch auf Erkenntnisse zurückgreifen, die er oder ein anderer Unfallversicherungsträger an vergleichbaren Arbeitsplätzen oder zu vergleichbaren Tätigkeiten gewonnen hat. Dies gilt unter anderem in den Fällen, in denen die Ermittlungen zu den Umständen der versicherten Tätigkeit dadurch erschwert sind, dass der Arbeitsplatz nicht mehr oder nur in geänderter Ausprägung vorhanden ist.
- (2) Die Unfallversicherungsträger können zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 1 Satz 2 und 3 einzeln oder gemeinsam tätigkeitsbezogene Expositionskataster erstellen. Grundlage für diese Kataster können die Ergebnisse aus systematischen Erhebungen, aus Ermittlungen in Einzelfällen sowie aus Forschungsvorhaben sein. Die Unfallversicherungsträger können Erhebungen an geeigneten Arbeitsplätzen durchführen.

**Schlussfolgerung**

Eine rechtliche Verankerung der Praxis zum Umgang mit Expositionsdaten aus vergleichbaren Fällen ist erforderlich.

**4. Unterlassungszwang****Ausgangslage:**

Aktuell führt die Berufskrankheiten-Liste 77 Berufskrankheiten auf.

Von diesen enthalten neun die übereinstimmende Formulierung „[,] die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können.“ Es handelt sich um die Berufskrankheiten der Nummern 1315, 2101, 2104, 2108 – 2110, 4301, 4302 und 5101. Trotz dieser zunächst gering anmutenden absoluten Anzahl an Bken, die das versicherungsrechtliche Tatbestandsmerkmal „Unterlassungszwang“ beinhalten, beziehen sich ca. 50 % aller BK-Verdachtsanzeigen auf diese BK-Nummern. Bei diesen Krankheiten sind die Symptome in der Regel zeitlich eng mit den Einwirkungen verknüpft, so dass es bei Entfall der Einwirkungen häufig zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes kommt. Diese Reversibilität ist bei den genannten Berufskrankheiten allerdings unterschiedlich stark.

Berufskrankheiten, deren Anerkennung u.a. vom Tatbestandsmerkmal „Unterlassungszwang“ abhängig gemacht wird, gibt es bereits seit 1936. Mit Einführung des SGB VII und Ablösung der RVO im Jahr 1997 wurde mit § 9 Abs. 1 Satz 2 2. Halbsatz SGB VII erstmals eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage für diese versicherungsrechtliche Bedingung geschaffen.

Grundsätzliche Zielsetzungen, die bei der Einführung des Unterlassungszwangs angeführt wurden, waren im Wesentlichen folgende:

- **Anhaltspunkt für Kausalität**

Nach einer gewissen Zeit des Unterlassens einer schädigenden Tätigkeit können aus dem Verlauf der Erkrankung Rückschlüsse gezogen werden. Deshalb kann darin auch ein Indikator für die berufliche Verursachung der Erkrankung gesehen werden.

- **Ausschluss von Bagatellfällen**

Durch den Unterlassungszwang soll ein gewisses Ausmaß bzw. eine Schwere der Erkrankung beschrieben werden, um Bagatellerkrankungen auszuschließen und damit aufwändige Verwaltungsverfahren bei geringerem Krankheitsausmaß zu vermeiden.

- **Prävention**

Zusätzlich hat die Unterlassung bei diesen Erkrankungen, bei denen der akute Gesundheitszustand sich in der Regel noch direkt beeinflussen lässt, den Sinn, die Versicherten sowohl in ihrem eigenen Interesse als auch im Interesse der Solidargemeinschaft vor einer weiteren Verschlimmerung ihrer Krankheit zu schützen.

Nicht jedes dieser drei wesentlichen Argumente wiegt bei allen an einen Unterlassungszwang gekoppelten Berufskrankheiten-Tatbeständen gleich schwer.

Diese Zielsetzungen stellen sich in der Praxis heute unterschiedlich dar:

- In der Kausalitätsbeurteilung ist die Beobachtung/Bewertung von belastungsfreien Zeiten (Wochenende, Urlaub, Arbeitsunfähigkeit) bei Erkrankungen, die in engem zeitlichen Zusammenhang zur Arbeitsbelastung auftreten – auch bei BK-Tatbeständen ohne Unterlassungszwang! – ohnehin ein unverzichtbares Element.
- Beim Präventionszweck kommt es zu einer Überlagerung mit der Regelung des § 3 BKV.

### § 3 Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung

(1) Besteht für Versicherte die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, daß die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

Hieraus kann – schon bevor eine Erkrankung als Berufskrankheit anerkannt werden kann – ein Anspruch auf bzw. eine Verpflichtung zu Leistungen der sogenannten Individualprävention bestehen. § 3 BKV gilt für alle Berufskrankheiten.

Von den jährlich ca. 20.800 beruflich bedingt Erkrankten<sup>8</sup> bei den neun Berufskrankheiten mit Unterlassungszwang können 92,5 %<sup>9</sup> ihre Tätigkeit nach individuellen Präventionsmaßnahmen (nach § 3 BKV) fortführen. In allen diesen Fällen werden entsprechende Maßnahmen individuell zusammengestellt. Sie können Informationen zur Krankheit, Schulung und Beratung zur Prävention am Arbeitsplatz für Versicherte und ggf. auch den Arbeitgeber sowie medizinische Behandlung beinhalten. Kostenträger für diese Maßnahmen ist die gesetzliche Unfallversicherung. Eine Anerkennung als Berufskrankheit ist in diesen Fällen in der Regel aufgrund des fehlenden Zwangs zum Unterlassen der Tätigkeit nicht möglich. Insgesamt wird in ca. 1.550 Fällen jährlich<sup>10</sup> eine Berufskrankheit anerkannt, davon wird in ca. 650 Fällen eine Rente gezahlt.

Die im Zeitpunkt der versicherungsrechtlichen Entscheidung getroffene Prognose der UV-Träger, dass Versicherte mit Atemwegs- oder Hauterkrankungen ihre Tätigkeit bei geeigneten Präventionsmaßnahmen fortführen können, scheint nach den Daten der BK-DOK weit überwiegend realistisch zu sein. Die geringe Zahl nachträglicher Anerkennungen in diesen Fällen<sup>11</sup> belegt dies augenscheinlich.

Die Daten zu den versicherungsrechtlichen Entscheidungen bei der BK 4301 und der BK 5101 sprechen dafür, dass Versicherte nach dem Ergreifen von Schutzmaßnahmen zumeist ohne Gefahr für ihre Gesundheit weiterarbeiten.

<sup>8</sup> „berufliche Verursachung bestätigt“, Durchschnitt der letzten 5 Jahre

<sup>9</sup> Durchschnitt der letzten 5 Jahre

<sup>10</sup> Durchschnitt der letzten 5 Jahre

<sup>11</sup> 87 von 970 Fällen bei der BK 4301 und 1.186 von 44.825 Fällen bei der BK 5101

Bei Hauterkrankungen erweist sich die Prävention als sehr erfolgreich. Die höhere Quote von Versicherten, die auf Grund von Atemwegserkrankungen gezwungen werden, ihre bisherige Tätigkeit zu unterlassen, hat vor allem zwei Gründe: Während Prävention bei Hauterkrankungen in der Mehrzahl der Fälle zu vollständiger Beschwerdefreiheit führt, ist bei Atemwegserkrankungen oft nur der Status quo zu erhalten. Zudem sind Schutzmaßnahmen bei Hauterkrankungen effektiver in der Wirkung und einfacher umzusetzen.

- Der Unterlassungszwang ist auch kein zuverlässiger Indikator für den Schweregrad der Erkrankung. Letztlich hängt es immer von den Gegebenheiten des Einzelfalls ab, ob ein Verbleib im Job auch durch eine Veränderung der Tätigkeit oder der Arbeitsbedingungen am bestehenden Arbeitsplatz möglich ist.

Auch rechtliche Bedenken werden zum Unterlassungszwang diskutiert:

In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (zuletzt B 2 U 5/03 v. 09.12.2003) ist das Tatbestandsmerkmal des Unterlassungszwangs faktisch bereits beschnitten worden. Nach dem Normzweck (teleologische Reduktion) stehe es der Anerkennung als Berufskrankheit nicht entgegen, wenn Versicherte aufgrund erfolgreicher Präventionsmaßnahmen (ihres Arbeitgebers) ihre Tätigkeit in vollem Umfang unter Bedingungen fortsetzen, die eine weitere Schädigung ausschließen, sofern im Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Schutzmaßnahmen bereits bleibende Gesundheitsschäden (MdE) in rentenberechtigendem Ausmaß, also von mindestens 10 vH (vgl. § 56 Abs. 1 Satz 3 SGB VII), bestünden.

Nach der Wertung des Bundessozialgerichts vermag es „keines der mit dem Unterlassungszwang verfolgten Ziele indessen zu rechtfertigen, eine beruflich erworbene Erkrankung, die zu einer – unter Umständen erheblichen – Einschränkung der Erwerbsfähigkeit geführt hat, anders als vergleichbare Folgen eines Arbeitsunfalls nur deshalb nicht zu entschädigen, weil der Versicherte dank einer die Krankheitsursachen beseitigenden Änderung der Arbeitsbedingungen seine Berufstätigkeit weiter ausüben kann. Ein solches Ergebnis würde gegen das dem Rechtsstaatsprinzip immanente Gebot der Verhältnismäßigkeit verstoßen. ... (RZ 24)

Auf diese Rechtsprechung hat der Ordnungsgeber nicht durch eine Anpassung der gesetzlichen Grundlage oder der bestehenden entsprechenden Tatbestände reagiert.

Keine der nach 1992 neu eingeführten Berufskrankheiten ist mit dem Merkmal Unterlassungszwang versehen. Schon bis dahin war keine Systematik erkennbar, nach welchen Kriterien ein BK-Tatbestand mit einem Unterlassungszwang versehen wurde oder nicht.

Beispielhaft seien hier die BK-Nrn. 2101 und 2113 genannt. Obwohl beide Krankheitsbilder teilweise durch vergleichbare Belastungen entstehen, ist nur die BK-Nr. 2101 mit dem Unterlassungszwang versehen, so dass an diesem Beispiel eine nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung zu den „anderen“ 68 BK-Tatbeständen besonders offensichtlich wird.

BK-Nr. 2101	BK-Nr. 2113
Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können	Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen

Unter dem Aspekt des Gleichheitssatzes (Art 3 GG) sollte auch kritisch angemerkt werden, dass es bei Arbeitsunfällen keine vergleichbaren Regelungen für gesundheitliche Risiken aufgrund von Unfallfolgen gibt.

Zudem kann das Bestehen auf die Unterlassung im Einzelfall einem Berufsverbot gleichkommen und damit einen Verstoß gegen die grundrechtlich garantierte Berufsfreiheit (Art. 12 GG) darstellen. Es ist dann ein Eingriff in die Selbstbestimmung von Versicherten und deren Teilhabemöglichkeiten im Arbeitsleben. In einem gewandelten Verständnis von der Arbeitswelt stellen Selbstbestimmung und möglichst weite Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben für alle

Menschen wichtige Werte dar. Dies gilt insbesondere auch unter dem Licht der UN-Behindertenrechtskonvention. Daher kann eine Aufforderung zu Arbeitsaufgabe nur ultima ratio sein. Sowohl in Familienbetrieben als auch in der Landwirtschaft gibt es die Möglichkeit der Unterlassung für die Unternehmer und ggf. auch ihre Angehörigen häufig faktisch ebenfalls nicht. In diesen Fällen ist es meistens existenziell wichtig, die Tätigkeit bis zu einer Betriebsübergabe o. Ä. weiter auszuüben.

Vor dem dargelegten Hintergrund ist es fraglich, ob ein Festhalten am Unterlassungszwang unter diesen veränderten Rahmenbedingungen noch gerechtfertigt ist.

### Regelungsbedarf:

#### a) Zielsetzung Prävention

Es besteht ein gemeinsames Interesse aller „Beteiligten“ – Versicherte, Arbeitgeber und gesetzliche Unfallversicherung – das Entstehen, eine Verschlimmerung oder ein Wiederaufleben einer Berufskrankheit zu verhindern. Wenn das Entstehen einer Erkrankung durch primärpräventive Maßnahmen nicht verhindert wurde, sollten alle zur Mitwirkung an Präventionsmaßnahmen verpflichtet sein.

#### Verwendung der Begrifflichkeiten im weiteren Text:

- Beruf: erlernte Betätigung des Versicherten
- Arbeit/Job: aktuelle Beschäftigung, Gesamtheit der Verrichtungen
- Tätigkeit: spezielle Verrichtung

Vorrangige Zielsetzung in der Prävention ist grundsätzlich die Gefahrbeseitigung mit allen geeigneten Mitteln vor einer Gefahrverminderung. Nach dem STOP-Prinzip sind Maßnahmen der Substitution vor technischen und organisatorischen Maßnahmen zu prüfen bevor eine Gefahrreduktion durch persönliche Schutzausrüstung erfolgt. Für das Wirksamwerden von Prävention sind sowohl Arbeitgeber als auch Versicherte verantwortlich. Die Arbeitssicherheit ist Sache des Arbeit-

gebers (§ 3 Arbeitsschutzgesetz), aber auch der Beschäftigten, die verpflichtet sind, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit Sorge zu tragen (§ 15 Arbeitsschutzgesetz). Insbesondere bei der Umsetzung von organisatorischen Maßnahmen und der Anwendung von zur Verfügung zu stellenden persönlichen Schutzmitteln ist die Mitwirkung der Versicherten essentiell.

Unbedingt zu vermeiden ist also, dass eine generelle Abschaffung des Unterlassungszwangs zu einer Vernachlässigung präventiver Maßnahmen am Arbeitsplatz führt. Die Motivation der Versicherten zu Präventionsmaßnahmen muss unbedingt gestärkt werden. Hierzu gehört die einzelfallbezogene Beratung durch die UV-Träger, um eine weitere Gefährdung bzw. Schädigung auch unter dem Aspekt des § 3 BKV zu vermeiden. Zu den Präventionsmaßnahmen gehören z.B. individuelle Beratung durch Gesundheitsexperten (Mediziner, Gesundheitspädagogen, Aufsichtspersonen), die Teilnahme an Seminaren, das Nutzen von bereitgestellten persönlichen Schutzmitteln, die Mitwirkung an einer Heilbehandlung etc. . Der Fokus im Einzelfall muss dabei auf die Reduzierung der relevanten Gefährdungen bei den individuellen Tätigkeiten gelegt werden.

Wenn dies alles nicht erfolversprechend umgesetzt werden kann bzw. der Versicherte weiterhin relevant gefährdet ist, sollte der UV-Träger auf einen Arbeitswechsel hinwirken, um eine weitere Gefährdung und damit verbundene Gesundheitsschäden zu vermeiden. In diesen Prozess ist auch der Arbeitgeber mit einzubeziehen. Wie beim Versicherungsfall „Arbeitsunfall“ hat der Versicherte selbstverständlich Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§§ 35 ff SGB VII, ggf. auch § 3 BKV) wenn er in diesen Fällen aufgrund der Berufskrankheit seinen Job aufgibt.

In vielen Fällen werden die Versicherten von sich aus die gefährdenden Tätigkeiten oder sogar ihren Job unterlassen, wenn sich aus der Tätigkeit – wie bei bestimmten Allergien – eine nicht zu beseitigende akute Lebensgefahr ergibt.

Dabei ist es auch im Sinne der Solidargemeinschaft eine legitime Forderung, dass Versicherte an zumutbaren Präventionsmaßnahmen mitwirken und ihre konkret schädigenden Tätigkeiten (=Verrichtungen) nicht unverändert fortsetzen. Als flankierende Maßnahme zu einem Entfall des Unterlassungszwangs sollte

daher die Mitwirkung der Versicherten an Prävention einschließlich Teilnahme an angebotenen Maßnahmen und/oder Unterlassen definierter schädigender Verrichtungen als Voraussetzung für Leistungen analog zu den Regelungen des ersten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB I)<sup>12</sup> gesetzlich verankert werden.

Die Mitwirkungspflichten nach dem SGB I umfassen bisher:

- § 60 Angabe von Tatsachen
- § 61 Persönliches Erscheinen
- § 62 Untersuchungen
- § 63 Heilbehandlung
- § 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

jeweils in den in § 65 beschriebenen Grenzen der Mitwirkung.

Die Folgen fehlender Mitwirkung in diesen Punkten sind in § 66 SGB I geregelt. Je nach Sachverhalt kommen unterschiedliche Maßnahmen zum Tragen. Insbesondere der Absatz 2 dreht sich um beantragte Sozialleistungen „wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit“. Werden in diesen Fällen Pflichten nicht erfüllt und „ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass deshalb“ ... „die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen“.

Gerade im Bereich der beruflich verursachten Erkrankungen können Präventionsmaßnahmen bei noch im Erwerbsleben Stehenden aber großen Einfluss auf die aktuelle bzw. zukünftige Gesundheit und damit die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit haben.

Zu diesen zählen individualpräventive Maßnahmen und Verhaltensprävention wie z.B.

- die Teilnahme an individuellen Schulungsmaßnahmen z.B. im Rahmen von Hautsprechstunden,
- die Teilnahme an krankheits- oder tätigkeitsspezifischen Seminarangeboten,
- das Nutzen von bereitgestellten persönlichen Schutzmitteln,
- das Unterlassen konkret gefährdender Arbeitsweisen oder Verrichtungen,
- das Meiden bestimmter Allergene
- die Mitwirkung an präventiven Heilbehandlungsmaßnahmen
- etc.

Trotz der inzwischen teilweise durchaus vergleichbaren Auswirkungen auf die Gesundheit der Versicherten sind Maßnahmen der Prävention bisher nicht in den Mitwirkungspflichten des SGB I enthalten. Es wäre daher nur konsequent, wenn diese bei Erwerbstätigen einen vergleichbaren Stellenwert wie die Heilbehandlung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bekommen.

Damit würde gleichzeitig auch noch einmal die grundsätzliche Wichtigkeit von Prävention unterstrichen. Durch die Möglichkeit, dass Versicherte die Mitwirkung nachholen und ihnen dann – abhängig von den Gegebenheiten des Einzelfalls – Sozialleistungen teilweise oder ganz gewährt werden, kann ggf. eine zusätzliche Motivation für Präventionsmaßnahmen geschaffen werden.

Für bereits **eingetretene** dauerhafte Gesundheitsschäden bleiben die Leistungsansprüche aus der anerkannten Berufskrankheit unberührt.

#### b) Zielsetzung Ausschluss von Bagatellerkrankungen

Insbesondere bei häufig auftretenden Erkrankungen mit unterschiedlichsten Verursachungsmechanismen kann es zweckmäßig sein, eine Krankheit nur dann als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn sie einen bestimmten Schweregrad erreicht hat und sich daraus gesundheitliche Folgen ergeben, die eine Behandlung im Regime der Unfallversicherung angezeigt erscheinen lassen. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen aufgrund der Bedeutung für die Arbeitstätigkeit besondere Maßnahmen im Arbeitsumfeld erforderlich werden oder das Ausmaß des Gesundheitsschadens eine Verletztenrente bedingen kann. Zum Ausschluss von Bagatellerkrankungen ist eine möglichst präzise Beschreibung des erforderlichen Krankheitsausmaßes im BK-Tatbestand bzw. in seiner wissenschaftlichen Begründung notwendig.

<sup>12</sup> Gesetzestext siehe Anhang

### c) Umgang mit bestehenden BK-Tatbeständen mit Unterlassungszwang

Bezüglich der vorhandenen BK-Tatbestände muss bei jedem bisher mit einem Unterlassungszwang versehenen BK-Tatbestand auch unter Einbeziehung entsprechender medizinischer Experten geprüft werden, welche vorrangige Zielsetzung mit dem Unterlassungszwang verfolgt wurde. Abhängig vom Ergebnis ist ggf. eine Modifizierung des Tatbestandes bzw. der entsprechenden Erläuterungen (z.B. im amtlichen Merkblatt) erforderlich, um z.B. das erforderliche Krankheitsausmaß in die Beschreibung der Krankheit im BK-Tatbestand aufzunehmen.

Nach Wegfall des Unterlassungszwangs werden die Auswirkungen einschließlich des Aufwandes / der Kosten für einen Zeitraum von 5 Jahren ab Wegfall evaluiert. Die Sozialpartner in der Selbstverwaltung der Unfallversicherung werden hieraus gemeinsam Schlussfolgerungen für ggf. weiteren Handlungsbedarf ziehen. Dies hat zum Ziel, unerwartete Entwicklungen zu kompensieren.

[Für bereits entschiedene Einzelfälle sind noch Übergangsregelungen erforderlich.<sup>13</sup>]

<sup>13</sup> Konkrete Vorschläge werden noch erarbeitet.

#### Vorschlag:

Ersetzen des Unterlassungszwangs durch zielgenauere Regelungen und Maßnahmen:



1. § 9 Absatz 1 Satz 2 2. Halbsatz 2. Alternative SGB VII („oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können“) wird gestrichen.
2. § 9 Absatz 4 SGB VII wird neu gefasst:
  - Satz 1:** *Besteht für Versicherte, bei denen eine Berufskrankheit anerkannt wurde, 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 Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen.*
  - Satz 2:** *Die Versicherten sind über die mit der Tätigkeit verbundenen Gefahren und mögliche Schutzmaßnahmen umfassend aufzuklären.*
  - Satz 3:** *Bei Berufskrankheiten werden von der Pflicht zur Mitwirkung iSd §§ 60 ff des ersten Buches dieses Gesetzes (SGB I) auch die Teilnahme an angebotenen individualpräventiven Maßnahmen und die dauerhafte Mitwirkung an Verhaltensprävention umfasst.*
3. Die bisher bestehenden BK-Tatbestände mit Unterlassungszwang sind bezüglich der Zielrichtung bis XX.XX.201X [zeitnah zum Inkrafttreten / + max. 1 Jahr] durch den Ordnungsgeber zu überprüfen. Sofern der Unterlassungszwang bei einem BK-Tatbestand vorrangig die Zielsetzung Prävention verfolgt, ist dieses versicherungsrechtliche Merkmal ersatzlos zu streichen. In allen übrigen Fällen sind die Tatbestände bis zum XX.XX.201Y zu präzisieren, insbesondere zum Ausmaß/Schweregrad der Erkrankung.

Für eine Streichung des Unterlassungszwangs (1.) ist die Flankierung durch die anderen Maßnahmen (2.-3.) unabdingbar.

**Schlussfolgerung:**

Die mit dem Unterlassungszwang verfolgten Zwecke können mit anderen Regelungen auch und teilweise sogar zielgenauer erreicht werden. Vorrangiges Ziel muss in jedem Fall die Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankungen im Einzelfall sein. Unerlässlich sind dafür die Intensivierung der Präventionsaktivitäten und die aktive Mitwirkung der Betroffenen bei allen Berufskrankheiten. Dementsprechende gesetzliche Regelungen unterstützen die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Versicherten. Für die Abgrenzung von Bagatellerkrankungen ist eine Präzisierung der bestehenden BK-Tatbestände unverzichtbar.

**5. Rückwirkung****Ausgangslage**

Die BK-Liste (Anlage 1 der BKV) kann durch Aufnahme neuer Berufskrankheiten erweitert werden. Die Liste ist insoweit nicht abgeschlossen.

Der Ordnungsgeber erlässt hierfür Änderungsverordnungen zur jeweils bestehenden BKV, in welcher er die Bezeichnungen der neuen Berufskrankheiten festlegt.

Der Versicherungsfall einer „Berufskrankheit“ kann erst ab dem Moment vorliegen, in dem sämtliche Merkmale erfüllt sind. Neben dem notwendigen Krankheitsbild, entsprechender Einwirkung und dem Kausalzusammenhang gehört dazu auch, dass die entsprechende Norm, d.h. in diesem Fall die Aufnahme in die BK-Liste, vorliegt. Mit Aufnahme einer Erkrankung in die BK-Liste kann diese also für die Zukunft, d.h. für den Zeitraum, der der Aufnahme folgt, als Versicherungsfall Berufskrankheit anerkannt und ggf. entschädigt werden. Vor Ergänzung der BK-Liste ist eine Anerkennung nach § 9 Abs. 2 SGB VII „wie eine Berufskrankheit“ möglich, soweit die entsprechenden Voraussetzungen vorliegen.

Grundsätzlich sind rechtliche Regelungen, die mit Rückwirkung ausgestattet sind und in bestehende Rechtspositionen eingreifen, verfassungsrechtlich nur in engen Grenzen zulässig. Ebenso gelten neue rechtliche Regelungen ohne eine Rückwirkungsregelung erst für nach dem Inkrafttreten eintretende Sachverhalte.

In Abweichung von diesen allgemeinen Grundsätzen wurden in § 6 der BKV wiederholt Rückwirkungsregelungen aufgenommen mit denen grundsätzlich der Umgang mit den bereits in der Vergangenheit eingetretenen Erkrankungen geregelt werden soll.

Für die mit der ersten und zweiten Änderungsverordnung zur BKV neu eingeführten Berufskrankheiten sind in den Absätzen 2-6 des § 6 BKV sogenannte Stichtagsregelungen formuliert. Diese Regelungen befristen die Anwendung der neu eingeführten Tatbestände zeitlich durch einen Stichtag, den Zeitpunkt der letzten Änderungsverordnung. Nur Erkrankungen bzw. nach dem Wortlaut der Verordnung „Versicherungsfälle“, die zwischen der jeweils aktuellen und der letzten Erweiterung der BK-Liste, eingetreten waren, konnten danach anerkannt und entschädigt werden. Vorher eingetretene Erkrankungen konnten nach der Aufnahme in die BK-Liste nicht als Versicherungsfall anerkannt werden – weder als Berufskrankheit (§ 9 Abs. 1) noch „wie eine Berufskrankheit“ (§ 9 Abs. 2).

Diese Regelungen wurden sowohl vom BSG als auch vom Bundesverfassungsgericht für zulässig gehalten. Mit Hinblick auf das Sozialstaatsprinzip hat das BSG allerdings eine rückwirkende Einbeziehung in den Versicherungsschutz in gewissen Grenzen als geboten angesehen.

Grundsätzlich setzen Entschädigungsleistungen nach § 40 Absatz 1 SGB I einen Versicherungsfall voraus. Dieser kann erst mit Vorliegen sämtlicher Voraussetzungen vorliegen. Als frühester möglicher Zeitpunkt des Versicherungsfalles einer Berufskrankheit kommt damit nur der Zeitpunkt der erstmaligen Bezeichnung der jeweiligen Berufskrankheit in der BK-Liste (Aufnahme der Berufskrankheit in die BK-Liste) in Betracht.

**Regelungsbedarf:**

Bislang ist in § 9 SGB VII weder eine unmittelbare Regelung zur Rückwirkung der Aufnahme von Berufskrankheiten-Tatbeständen in die BK-Liste noch eine Ermächtigungsgrundlage für den Ordnungsgeber zum Erlass von Rückwirkungsregelungen enthalten. Da neue gesetzliche Regelungen nach allgemeinen Grundsätzen nur für zukünftige Sachverhalte gelten und nur für die Zukunft Rechtsfolgen zeitigen, bedarf es jedoch zwingend einer gesetzlichen Regelung, wenn von diesen allgemeinen Grundsätzen abgewichen werden soll. Im

Sinne einer Gleichbehandlung aller Erkrankungsfälle soll diese Regelung für alle zukünftigen Berufskrankheiten-Tatbestände einheitlich gelten und daher unmittelbar in § 9 SGB VII verankert werden. Ziel ist es, einerseits die Anerkennung von Erkrankungen als Berufskrankheit nicht vom Fortschritt des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes abhängig zu machen, d.h. alle Erkrankungen unabhängig vom Zeitpunkt ihres erstmaligen Auftretens anerkennen zu können, sobald ausreichende wissenschaftliche Erkenntnisse für die „BK-Reife“ vorliegen. Solange diese wissenschaftlichen Erkenntnisse noch keinen Eingang in die Liste der Berufskrankheiten gefunden haben, ist dies nach Maßgabe des § 9 Abs. 2 SGB VII festzustellen.

Andererseits soll durch diese tatbestandliche Rückanknüpfung nicht vom allgemeinen Grundsatz abgewichen werden, dass Normen grundsätzlich Rechtswirkungen nur für die Zukunft entfalten. Ein Versicherungsfall nach § 9 Abs. 1 i.V.m. der BKV kann daher frühestens ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der (Änderungsverordnung zur) BKV vorliegen. Entsprechend kann auch in den Fällen einer Anerkennung unter den Voraussetzungen des § 9 Abs. 2 SGB VII ein Versicherungsfall frühestens ab dem Zeitpunkt vorliegen, ab dem nach dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand eine Anerkennung grundsätzlich möglich war. Der Tag des Versicherungsfalles bestimmt in allen Fällen (§ 9 Abs. 1 und Abs. 2) den Zeitpunkt, ab dem Leistungen in Betracht kommen. Es gelten die allgemeinen Verjährungsregelungen.

Maßgeblich für eine Anerkennung und ggf. damit verbundene Leistungsgewährung ist damit der Zeitpunkt der Meldung beim UV-Träger: Geht diese Meldung vor dem Inkrafttreten einer BKV-Änderungsverordnung ein, ist der Fall in der Regel nach § 9 Abs. 2 zu entscheiden. Eine Anerkennung und entsprechende Leistungen kommen frühestens ab „BK-Reife“ in Betracht. Geht die Meldung ab dem Inkrafttreten ein, kommt nur eine Anerkennung als BK nach § 9 Abs. 1 iVm der entsprechenden BK-NR. der BKV frühestens ab dem Tag des Inkrafttretens in Betracht; Gleiches gilt für die entsprechenden Leistungen.

### Vorschlag:

Einführung einer einheitlichen Rückwirkungsregelung.



*§ 9 Absatz 5 wird durch neue Sätze 1 bis 4 ergänzt und damit wie folgt neu gefasst:*

- <sup>51</sup> Der Versicherungsfall kann in den Fällen des Absatzes 1 frühestens ab dem Tag des Inkrafttretens der Rechtsverordnung vorliegen.
- <sup>52</sup> Der Versicherungsfall kann in den Fällen des Absatzes 2 frühestens ab dem Zeitpunkt vorliegen, zu dem die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Sinne des Absatz 2 vorliegen.
- <sup>53</sup> Leistungen nach dem dritten Kapitel werden nicht für Zeiträume vor dem Tag des Versicherungsfalles im Sinne der Sätze 1 und 2 erbracht.
- <sup>54</sup> Krankheiten, die vor dem Tag der Bezeichnung in der Rechtsverordnung eingetreten sind, sind auf Antrag als Berufskrankheit nach Absatz 1 anzuerkennen, soweit zu diesem Zeitpunkt noch ein Gesundheitsschaden infolge der Erkrankung vorgelegen hat.
- <sup>55</sup> Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalles abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen.<sup>1</sup>

Es bedarf einer Regelung in den Übergangsvorschriften, durch die sichergestellt wird, dass in Bezug auf alle BK-Tatbestände, die bereits in der BKV geregelt sind, die bisherigen Regelungen zur Rückwirkung fortgelten.

<sup>1</sup> Neuer Satz 4 ist bisheriger Satz 1 der Vorschrift

**Schlussfolgerung**

Durch die vorgeschlagene Regelung wird erstmals gesetzlich geregelt, wie bei der Aufnahme eines neuen BK-Tatbestandes in die BK-Liste bereits bestehende Erkrankungsfälle einzuordnen sind.

**6. Begrifflichkeiten und Übergangsregelungen**

Zur Abrundung des Maßnahmenpaketes sollte noch die Definition und Abgrenzung der in SGB VII und BKV verwendeten Begriffe „Versicherungsfall“, „Leistungsfall“ und „Krankheitsfall“ erfolgen, damit eine sachgerechte und konsistente Anwendung in der Praxis möglich ist.

Es ist außerdem klar, dass für einige Rechtsänderungen Übergangsregelungen festgelegt werden müssten. Da sich die konkreten Formulierungen aber erst nach Festlegung der Maßnahmen ergeben können, wird hier auf eine Darstellung der Möglichkeiten verzichtet.

**Glossar**

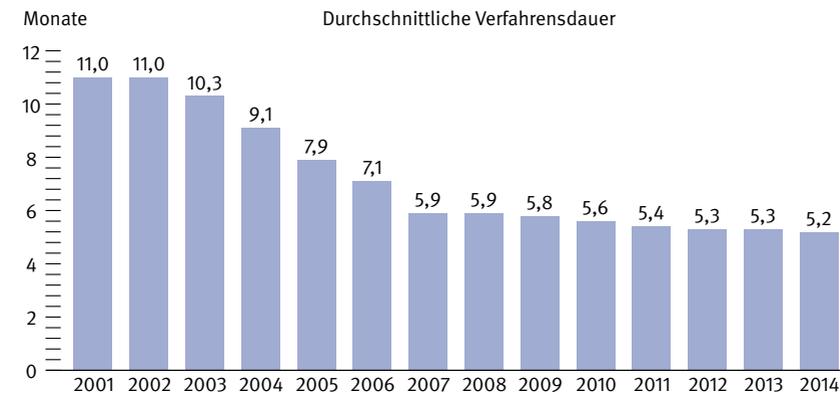
Abkürzung/Begriff	Bedeutung
Arbeitshilfen, Handlungsanleitungen etc.	Systematisch entwickelte Orientierungs- und Entscheidungshilfen für die Sachbearbeitung
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BK	Berufskrankheit
BK-Anzeige	Meldung des Verdachts einer Berufskrankheit an den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
BK-Liste	Liste der Berufskrankheiten in der Anlage 1 zur BKV
BKV	Berufskrankheitenverordnung (letzte Aktualisierung zum 01.01.2015)
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BSG	Bundessozialgericht
Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten	Systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die ärztliche Vorgehensweise. Sie werden im Konsens von einem interdisziplinär besetzten Arbeitskreis entwickelt. Weiteres dazu unter <a href="http://www.dguv.de">www.dguv.de</a> webcode: d145958
IFA	Institut für Arbeitsschutz der DGUV
Kausalzusammenhang	Zu den Voraussetzungen für die Haftung zählt zu einer der Arbeitstätigkeit der Versicherten zuzurechnende Einwirkung z.B. durch einen Gefahrstoff (sog. Einwirkungskausalität). Diese Einwirkung muss den Gesundheitsschaden verursacht haben (sog. haftungsbegründende Kausalität).

Abkürzung/Begriff	Bedeutung
SGB V	Fünftes Buch des Sozialgesetzbuchs, Recht der Krankenversicherung
SGB VII	Siebtens Buch des Sozialgesetzbuchs, Recht der Unfallversicherung
UVRG	Unfallversicherungsreformgesetz
Verdoppelungsrisiko	Bei Berufskrankheiten nutzt man epidemiologische Erkenntnisse zur Abschätzung von Verursachungswahrscheinlichkeiten. Ein Beispiel: Krankheit Y betrifft in der Allgemeinbevölkerung (B) 3 von 100 Menschen. In einer bestimmten Gruppe von Beschäftigten (A) tritt Krankheit Y dagegen mit einer Häufigkeit von 6 von 100 Menschen auf. Das Risiko zu erkranken ist innerhalb Gruppe A also doppelt so hoch wie in Gruppe B. Daraus lässt sich folgern, dass 3 dieser 6 Krankheitsfälle in Gruppe A – also 50 Prozent – durch einen Faktor X (die Arbeit) verursacht sind, der diese Gruppe von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Schließt man daraus also, dass Faktor X Krankheit Y verursacht, liegt man genauso oft richtig wie falsch. Liegt die Erkrankungshäufigkeit in Gruppe A dagegen bei 4,5 Fällen pro 100, dann ist davon auszugehen, dass nur 1,5 dieser Fälle auf das Konto von Faktor X gehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Faktor X hinter der Erkrankung steht, liegt damit bei 33,3 Prozent. Sagt man also, dass Faktor X hinter der Erkrankung Y steht, liegt man häufiger falsch als richtig.

## Anhang Messparameter

### Messparameter „Laufzeit der BK-Verfahren“

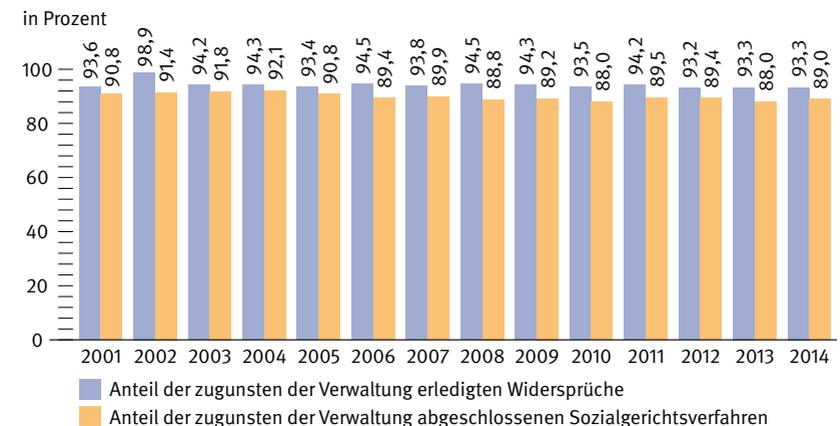
(Erfassung der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand ab 2007)



© DGUV Referat Statistik; erstellt am 20 Jan 16

### Messparameter „Widerspruchs- und Klageverfahren“

(Erfassung der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand ab 2010)



© DGUV Referat Statistik; erstellt am 12 Jan 16

## Anhang Gesetzestexte

### § 9 SGB VII, BKV, §§ 60-67 SGB I

<b>jurisAbkürzung:</b>	SGB 7	<b>Quelle:</b>	
<b>Fassung vom:</b>	07.08.1996	<b>FNA:</b>	FNA 860-7
<b>Gültig ab:</b>	01.01.1997		
<b>Dokumenttyp:</b>	Gesetz		

#### Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254)

##### § 9 Berufskrankheit

(1) <sup>1</sup>Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit erleiden. <sup>2</sup>Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, daß die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch Tätigkeiten in bestimmten Gefährdungsbereichen verursacht worden sind oder wenn sie zur Unterlassung aller Tätigkeiten geführt haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können. <sup>3</sup>In der Rechtsverordnung kann ferner bestimmt werden, inwieweit Versicherte in Unternehmen der Seefahrt auch in der Zeit gegen Berufskrankheiten versichert sind, in der sie an Land beurlaubt sind.

(2) 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.

(3) Erkrankten Versicherte, die infolge der besonderen Bedingungen ihrer versicherten Tätigkeit in erhöhtem Maße der Gefahr der Erkrankung an einer in der Rechtsverordnung nach Absatz 1 genannten Berufskrankheit ausgesetzt waren, an einer solchen Krankheit und können Anhaltspunkte für eine Verursachung außerhalb der versicherten Tätigkeit nicht festgestellt werden, wird vermutet, daß diese infolge der versicherten Tätigkeit verursacht worden ist.

(4) Setzt die Anerkennung einer Krankheit als Berufskrankheit die Unterlassung aller Tätigkeiten voraus, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können, haben die Unfallversicherungsträger vor Unterlassung einer noch verrichteten gefährdenden Tätigkeit darüber zu entscheiden, ob die übrigen Voraussetzungen für die Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllt sind.

(5) Soweit Vorschriften über Leistungen auf den Zeitpunkt des Versicherungsfalles abstellen, ist bei Berufskrankheiten auf den Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der Behandlungsbedürftigkeit oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, auf den Beginn der rentenberechtigenden Minderung der Erwerbsfähigkeit abzustellen.

(6) Die Bundesregierung regelt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates

1. Voraussetzungen, Art und Umfang von Leistungen zur Verhütung des Entstehens, der Verschlimmerung oder des Wiederauflebens von Berufskrankheiten,
2. die Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen bei der Feststellung von Berufskrankheiten sowie von Krankheiten, die nach Absatz 2 wie Berufskrankheiten zu entschädigen sind; dabei kann bestimmt werden, daß die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen berechtigt sind, Zusammenhangsgutachten zu erstellen sowie zur Vorbereitung ihrer Gutachten Versicherte zu untersuchen oder auf Kosten der Unfallversicherungsträger andere Ärzte mit der Vornahme der Untersuchungen zu beauftragen,

3. die von den Unfallversicherungsträgern für die Tätigkeit der Stellen nach Nummer 2 zu entrichtenden Gebühren; diese Gebühren richten sich nach dem für die Begutachtung erforderlichen Aufwand und den dadurch entstehenden Kosten.

(7) Die Unfallversicherungsträger haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständige Stelle über den Ausgang des Berufskrankheitenverfahrens zu unterrichten, soweit ihre Entscheidung von der gutachterlichen Stellungnahme der zuständigen Stelle abweicht.

(8) Die Unfallversicherungsträger wirken bei der Gewinnung neuer medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse insbesondere zur Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts mit; sie sollen durch eigene Forschung oder durch Beteiligung an fremden Forschungsvorhaben dazu beitragen, den Ursachenzusammenhang zwischen Erkrankungshäufigkeiten in einer bestimmten Personengruppe und gesundheitsschädlichen Einwirkungen im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit aufzuklären.

(9) <sup>1</sup>Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen dürfen zur Feststellung von Berufskrankheiten sowie von Krankheiten, die nach Absatz 2 wie Berufskrankheiten zu entschädigen sind, Daten erheben, verarbeiten oder nutzen sowie zur Vorbereitung von Gutachten Versicherte untersuchen, soweit dies im Rahmen ihrer Mitwirkung nach Absatz 6 Nr. 2 erforderlich ist; sie dürfen diese Daten insbesondere an den zuständigen Unfallversicherungsträger übermitteln. <sup>2</sup>Die erhobenen Daten dürfen auch zur Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren verarbeitet oder genutzt werden. <sup>3</sup>Soweit die in Satz 1 genannten Stellen andere Ärzte mit der Vornahme von Untersuchungen beauftragen, ist die Übermittlung von Daten zwischen diesen Stellen und den beauftragten Ärzten zulässig, soweit dies im Rahmen des Untersuchungsauftrages erforderlich ist.

**Amtliche Abkürzung:** BKV

**Ausfertigungsdatum:** 31.10.1997

**Gültig ab:** 01.12.1997

**Dokumenttyp:** Rechtsverordnung

**Quelle:**  **Juris**  
Das Rechtsportal

**Fundstelle:** BGBl I 1997, 2623

**FNA:** FNA 860-7-2

## Berufskrankheiten-Verordnung

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1 V v. 22.12.2014 I 2397

### Eingangsformel

Auf Grund des § 9 Abs. 1 und 6 und des § 193 Abs. 8 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) verordnet die Bundesregierung:

### § 1 Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind die in der Anlage 1 bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch begründenden Tätigkeit erleiden.

### § 2 Erweiterter Versicherungsschutz in Unternehmen der Seefahrt

Für Versicherte in Unternehmen der Seefahrt erstreckt sich die Versicherung gegen Tropenkrankheiten und Fleckfieber auch auf die Zeit, in der sie an Land beurlaubt sind.

### § 3 Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung

(1) <sup>1</sup>Besteht für Versicherte die Gefahr, daß eine Berufskrankheit entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert, haben die Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. <sup>2</sup>Ist die Gefahr gleichwohl nicht zu beseitigen, haben die Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, daß die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. <sup>3</sup>Den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

(2) <sup>1</sup>Versicherte, die die gefährdende Tätigkeit unterlassen, weil die Gefahr fortbesteht, haben zum Ausgleich hierdurch verursachter Minderungen des Verdienstes oder sonstiger wirtschaftlicher Nachteile gegen den Unfallversicherungsträger Anspruch auf Übergangsleistungen. <sup>2</sup>Als Übergangsleistung wird

1. ein einmaliger Betrag bis zur Höhe der Vollrente oder
2. eine monatlich wiederkehrende Zahlung bis zur Höhe eines Zwölftels der Vollrente längstens für die Dauer von fünf Jahren

gezahlt. <sup>3</sup>Renten wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit sind nicht zu berücksichtigen.

#### **§ 4 Mitwirkung der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen**

(1) Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen wirken bei der Feststellung von Berufskrankheiten und von Krankheiten, die nach § 9 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch wie Berufskrankheiten anzuerkennen sind, nach Maßgabe der Absätze 2 bis 4 mit.

(2) <sup>1</sup>Die Unfallversicherungsträger haben die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Einleitung eines Feststellungsverfahrens unverzüglich schriftlich zu unterrichten; als Unterrichtung gilt auch die Übersendung der Anzeige nach § 193 Abs. 2 und 7 oder § 202 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch. <sup>2</sup>Die Unfallversicherungsträger beteiligen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen an dem weiteren Feststellungsverfahren; das nähere Verfahren können die Unfallversicherungsträger mit den für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen durch Vereinbarung regeln.

(3) <sup>1</sup>In den Fällen der weiteren Beteiligung nach Absatz 2 Satz 2 haben die Unfallversicherungsträger vor der abschließenden Entscheidung die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen über die Ergebnisse ihrer Ermittlungen zu unterrichten. <sup>2</sup>Soweit die Ermittlungsergebnisse aus Sicht der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen nicht vollständig sind, können sie den Unfallversicherungsträgern ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen; diesen Vorschlägen haben die Unfallversicherungsträger zu folgen.

(4) <sup>1</sup>Nach Vorliegen aller Ermittlungsergebnisse können die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten erstellen. <sup>2</sup>Zur Vorbereitung dieser Gutachten können sie die Versicherten untersuchen oder andere Ärzte auf Kosten der Unfallversicherungsträger mit Untersuchungen beauftragen.

#### **§ 5 Gebühren**

(1) <sup>1</sup>Erstellen die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen ein Zusammenhangsgutachten nach § 4 Abs. 4, erhalten sie von den Unfallversicherungsträgern jeweils eine Gebühr in Höhe von 200 Euro. <sup>2</sup>Mit dieser Gebühr sind alle Personal- und Sachkosten, die bei der Erstellung des Gutachtens entstehen, einschließlich der Kosten für die ärztliche Untersuchung von Versicherten durch die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen abgegolten.

(2) Ein Gutachten im Sinne des Absatzes 1 setzt voraus, daß der Gutachter unter Würdigung

1. der Arbeitsanamnese des Versicherten und der festgestellten Einwirkungen am Arbeitsplatz,
2. der Beschwerden, der vorliegenden Befunde und der Diagnose

eine eigenständig begründete schriftliche Bewertung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Erkrankung und den tätigkeitsbezogenen Gefährdungen unter Berücksichtigung der besonderen für die gesetzliche Unfallversicherung geltenden Bestimmungen vornimmt.

#### **§ 6 Rückwirkung**

(1) Leiden Versicherte am 1. Januar 2015 an einer Krankheit nach Nummer 1319, 2113, 2114 oder 5103 der Anlage 1, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn sie vor diesem Tag eingetreten ist.

(2) <sup>1</sup>Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 2112, 4114 oder 4115 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. September 2002 eingetreten ist. <sup>2</sup>Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 4113 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versi-

cherungsfall nach dem 30. November 1997 eingetreten ist. <sup>3</sup>Leiden Versicherte am 1. Juli 2009 an einer Krankheit nach Nummer 1318 der Anlage 1, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall vor diesem Tag eingetreten ist.

(3) <sup>1</sup>Leidet ein Versicherter am 1. Oktober 2002 an einer Krankheit nach Nummer 4112 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 30. November 1997 eingetreten ist. <sup>2</sup>Satz 1 gilt auch für eine Krankheit nach Nummer 2106 der Anlage 1, wenn diese nicht bereits nach der Nummer 2106 der Anlage 1 in der am 1. Dezember 1997 in Kraft getretenen Fassung als Berufskrankheit anerkannt werden kann.

(4) <sup>1</sup>Leidet ein Versicherter am 1. Dezember 1997 an einer Krankheit nach Nummer 1316, 1317, 4104 (Kehlkopfkrebs) oder 4111 der Anlage 1, ist diese auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1992 eingetreten ist. <sup>2</sup>Abweichend von Satz 1 ist eine Erkrankung nach Nummer 4111 der Anlage 1 auch dann als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn die Erkrankung bereits vor dem 1. Januar 1993 eingetreten und einem Unfallversicherungsträger bis zum 31. Dezember 2009 bekannt geworden ist.

(5) Hat ein Versicherter am 1. Januar 1993 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Zweiten Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 18. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2343) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. März 1988 eingetreten ist.

(6) Hat ein Versicherter am 1. April 1988 an einer Krankheit gelitten, die erst auf Grund der Verordnung zur Änderung der Berufskrankheiten-Verordnung vom 22. März 1988 (BGBl. I S. 400) als Berufskrankheit anerkannt werden kann, ist die Krankheit auf Antrag als Berufskrankheit anzuerkennen, wenn der Versicherungsfall nach dem 31. Dezember 1976 eingetreten ist.

(7) <sup>1</sup>Bindende Bescheide und rechtskräftige Entscheidungen stehen der Anerkennung als Berufskrankheit nach den Absätzen 1 bis 6 nicht entgegen. <sup>2</sup>Leistungen werden rückwirkend längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren erbracht; der Zeitraum ist vom Beginn des Jahres an zu rechnen, in dem der Antrag gestellt worden ist.

### *Fußnoten*

§ 6 Abs. 1: Eingef. durch Art. 1 Nr. 1 Buchst. a V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 2 (früher Abs. 1): Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. a V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009; jetzt Abs. 2 gem. Art. 1 Nr. 1 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 3 (früher Abs. 2): Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. a V v. 5.9.2002 I 3541 mWv 1.10.2002; idF d. Art. 1 Nr. 2 Buchst. b u. c V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009; jetzt Abs. 3 gem. Art. 1 Nr. 1 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 4 bis 6: Früher Abs. 3 bis 5 gem. Art. 1 Nr. 1 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 4 (früher Abs. 3) Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 2 Buchst. c V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009; jetzt Abs. 4 Satz 1 gem. Art. 1 Nr. 1 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 4 (früher Abs. 3) Satz 2: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. d V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009; jetzt Abs. 4 Satz 2 gem. Art. 1 Nr. 1 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 7 (früher Abs. 6): IdF d. Art. 1 Nr. 2 Buchst. b u. c V v. 5.9.2002 I 3541 mWv 1.10.2002 u. d. Art. 1 Nr. 2 Buchst. b u. e V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009; jetzt Abs. 7 gem. u. idF d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. c V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

§ 6 Abs. 7 Satz 1: IdF d. Art. 1 Nr. 1 Buchst. c V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

### **§ 7**

(weggefallen)

§ 7: Aufgeh. durch § 6 Abs. 2 V v. 23.1.2002 I 554 mWv 1.8.2002

### **§ 8 Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Dezember 1997 in Kraft.

(2)

### *Fußnoten*

§ 8 Abs. 2: Aufhebungsvorschriften

## Anlage 1

Nr.	Krankheiten
<b>1</b>	<b>Durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>
11	Metalle und Metalloide
1101	Erkrankungen durch Blei oder seine Verbindungen
1102	Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen
1103	Erkrankungen durch Chrom oder seine Verbindungen
1104	Erkrankungen durch Cadmium oder seine Verbindungen
1105	Erkrankungen durch Mangan oder seine Verbindungen
1106	Erkrankungen durch Thallium oder seine Verbindungen
1107	Erkrankungen durch Vanadium oder seine Verbindungen
1108	Erkrankungen durch Arsen oder seine Verbindungen
1109	Erkrankungen durch Phosphor oder seine anorganischen Verbindungen
1110	Erkrankungen durch Beryllium oder seine Verbindungen
12	Erstickungsgase
1201	Erkrankungen durch Kohlenmonoxid
1202	Erkrankungen durch Schwefelwasserstoff
13	Lösemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) und sonstige chemische Stoffe
1301	Schleimhautveränderungen, Krebs oder andere Neubildungen der Harnwege durch aromatische Amine
1302	Erkrankungen durch Halogenkohlenwasserstoffe
1303	Erkrankungen durch Benzol, seine Homologe oder durch Styrol
1304	Erkrankungen durch Nitro- oder Aminoverbindungen des Benzols oder seiner Homologe oder ihrer Abkömmlinge
1305	Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff

Nr.	Krankheiten
1306	Erkrankungen durch Methylalkohol (Methanol)
1307	Erkrankungen durch organische Phosphorverbindungen
1308	Erkrankungen durch Fluor oder seine Verbindungen
1309	Erkrankungen durch Salpetersäureester
1310	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylaryloxide
1311	Erkrankungen durch halogenierte Alkyl-, Aryl- oder Alkylarylsulfide
1312	Erkrankungen der Zähne durch Säuren
1313	Hornhautschädigungen des Auges durch Benzochinon
1314	Erkrankungen durch para-tertiär-Butylphenol
1315	Erkrankungen durch Isocyanate, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
1316	Erkrankungen der Leber durch Dimethylformamid
1317	Polyneuropathie oder Enzephalopathie durch organische Lösungsmittel oder deren Gemische
1318	Erkrankungen des Blutes, des blutbildenden und des lymphatischen Systems durch Benzol
1319	Larynxkarzinom durch intensive und mehrjährige Exposition gegenüber schwefelsäurehaltigen Aerosolen
	Zu den Nummern 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 1303 bis 1309 und 1315: Ausgenommen sind Hauterkrankungen. Diese gelten als Krankheiten im Sinne dieser Anlage nur insoweit, als sie Erscheinungen einer Allgemeinerkrankung sind, die durch Aufnahme der schädigenden Stoffe in den Körper verursacht werden, oder gemäß Nummer 5101 zu entschädigen sind.
<b>2</b>	<b>Durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten</b>
21	Mechanische Einwirkungen

Nr.	Krankheiten
2101	Erkrankungen der Sehnscheiden oder des Sehngleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck
2106	Druckschädigung der Nerven
2107	Abrißbrüche der Wirbelfortsätze
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbare Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13 000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht

Nr.	Krankheiten
2113	Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen
2114	Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Krafteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)
22	Druckluft
2201	Erkrankungen durch Arbeit in Druckluft
23	Lärm
2301	Lärmschwerhörigkeit
24	Strahlen
2401	Grauer Star durch Wärmestrahlung
2402	Erkrankungen durch ionisierende Strahlen
<b>3</b>	<b>Durch Infektionserreger oder Parasiten verursachte Krankheiten sowie Tropenkrankheiten</b>
3101	Infektionskrankheiten, wenn der Versicherte im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium tätig oder durch eine andere Tätigkeit der Infektionsgefahr in ähnlichem Maße besonders ausgesetzt war
3102	Von Tieren auf Menschen übertragbare Krankheiten
3103	Wurmkrankheiten der Bergleute, verursacht durch Ankylostoma duodenale oder Strongyloides stercoralis
3104	Tropenkrankheiten, Fleckfieber
<b>4</b>	<b>Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells und Bauchfells</b>
41	Erkrankungen durch anorganische Stäube
4101	Quarzstaublungenerkrankung (Silikose)
4102	Quarzstaublungenerkrankung in Verbindung mit aktiver Lungentuberkulose (Siliko-Tuberkulose)

Nr.	Krankheiten
4103	Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose) oder durch Asbeststaub verursachte Erkrankungen der Pleura
4104	Lungenkrebs oder Kehlkopfkrebs <ul style="list-style-type: none"> <li>• in Verbindung mit Asbeststaublungenenerkrankung (Asbestose)</li> <li>• in Verbindung mit durch Asbeststaub verursachter Erkrankung der Pleura oder</li> <li>• bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Asbestfaserstaub-Dosis am Arbeitsplatz von mindestens 25 Faserjahren (25 x 10(hoch)6 ((Fasern/cbm) X Jahre))</li> </ul>
4105	Durch Asbest verursachtes Mesotheliom des Rippenfells, des Bauchfells oder des Perikards
4106	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Aluminium oder seine Verbindungen
4107	Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstäube bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen
4108	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Thomasphosphat (Thomasphosphat)
4109	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Nickel oder seine Verbindungen
4110	Bösartige Neubildungen der Atemwege und der Lungen durch Kokereirohgase
4111	Chronische obstruktive Bronchitis oder Emphysem von Bergleuten unter Tage im Steinkohlebergbau bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von in der Regel 100 Feinstaubjahren ((mg/cbm) X Jahre)
4112	Lungenkrebs durch die Einwirkung von kristallinem Siliziumdioxid (SiO <sub>2</sub> (tief)) bei nachgewiesener Quarzstaublungenenerkrankung (Silikose oder Siliko-Tuberkulose)
4113	Lungenkrebs durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis von mindestens 100 Benzo[a]pyren-Jahren [(µg/m <sup>3</sup> ) x Jahre]

Nr.	Krankheiten
4114	Lungenkrebs durch das Zusammenwirken von Asbestfaserstaub und polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen bei Nachweis der Einwirkung einer kumulativen Dosis, die einer Verursachungswahrscheinlichkeit von mindestens 50 Prozent nach der Anlage 2 entspricht
4115	Lungenfibrose durch extreme und langjährige Einwirkung von Schweißrauch und Schweißgasen – (Siderofibrose)
42	Erkrankungen durch organische Stäube
4201	Exogen-allergische Alveolitis
4202	Erkrankungen der tieferen Atemwege und der Lungen durch Rohbaumwoll-, Rohflachs- oder Rohhanfstaub (Byssinose)
4203	Adenokarzinome der Nasenhaupt- und Nasennebenhöhlen durch Stäube von Eichen- oder Buchenholz
43	Obstruktive Atemwegserkrankungen
4301	Durch allergisierende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen (einschließlich Rhinopathie), die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
4302	Durch chemisch-irritativ oder toxisch wirkende Stoffe verursachte obstruktive Atemwegserkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
<b>5</b>	<b>Hautkrankheiten</b>
5101	Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können
5102	Hautkrebs oder zur Krebsbildung neigende Hautveränderungen durch Ruß, Rohparaffin, Teer, Anthrazen, Pech oder ähnliche Stoffe
5103	Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung
<b>6</b>	<b>Krankheiten sonstiger Ursache</b>
6101	Augenzittern der Bergleute

*Fußnoten*

Anlage 1: Früher einzige Anlage, jetzt Anlage 1 gem. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009

Anlage 1 Nr. 1318: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. b V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009

Anlage 1 Nr. 1319: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. a V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

Anlage 1 Nr. 2106: IdF d. Art. 1 Nr. 3 Buchst. a V v. 5.9.2002 I 3541 mWv 1.10.2002

Anlage 1 Nr. 2112: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. c V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009

Anlage 1 Nr. 2113 u. 2114: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. b V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

Anlage 1 Nr. 4112: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. b V v. 5.9.2002 I 3541 mWv 1.10.2002

Anlage 1 Nr. 4113 bis 4115: Eingef. durch Art. 1 Nr. 3 Buchst. d V v. 11.6.2009 I 1273 mWv 1.7.2009

Anlage 1 Nr. 5103: Eingef. durch Art. 1 Nr. 2 Buchst. c V v. 22.12.2014 I 2397 mWv 1.1.2015

**Anlage 2 Berufskrankheit Nummer 4114 Verursachungswahrscheinlichkeit in Prozent**

Hier nicht abgedruckt

**jurisAbkürzung:** SGB 1

**Ausfertigungsdatum:** 11.12.1975

**Textnachweis ab:** 01.01.1980

**Dokumenttyp:** Gesetz

**Quelle:**  **Juris**  
Das Rechtsportal

**Fundstelle:** BGBl I 1975, 3015

**FNA:** FNA 860-1

**Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil –  
(Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015)**

Zum 27.06.2016 aktuellste verfügbare Fassung der Gesamtausgabe

**Sozialgesetzbuch (SGB) Erstes Buch (I) – Allgemeiner Teil –  
(Artikel I des Gesetzes vom 11. Dezember 1975, BGBl. I S. 3015)**

Stand: Zuletzt geändert durch Art. 1b G v. 21.12.2015 I 2408

**AUSZUG**

**Inhaltsübersicht**

	Dritter Titel
	Mitwirkung des Leistungsberechtigten
§ 60	Angabe von Tatsachen
§ 61	Persönliches Erscheinen
§ 62	Untersuchungen
§ 63	Heilbehandlung
§ 64	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
§ 65	Grenzen der Mitwirkung
§ 65a	Aufwendungsersatz
§ 66	Folgen fehlender Mitwirkung
§ 67	Nachholung der Mitwirkung

## Dritter Titel Mitwirkung des Leistungsberechtigten

### § 60 Angabe von Tatsachen

(1) <sup>1</sup>Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat

1. alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen,
2. Änderungen in den Verhältnissen, die für die Leistung erheblich sind oder über die im Zusammenhang mit der Leistung Erklärungen abgegeben worden sind, unverzüglich mitzuteilen,
3. Beweismittel zu bezeichnen und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers Beweisurkunden vorzulegen oder ihrer Vorlage zuzustimmen.

<sup>2</sup>Satz 1 gilt entsprechend für denjenigen, der Leistungen zu erstatten hat.

(2) Soweit für die in Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 genannten Angaben Vordrucke vorgesehen sind, sollen diese benutzt werden.

#### Fußnoten

(+++ § 60: Zur Anwendung vgl. § 42f Abs. 2 SGB 8 +++)

§ 60 Abs. 1 Satz 2: Eingef. durch § 28 Nr. 2 G v. 6.12.1985 | 2154 mWv 1.1.1986

§ 60 Abs. 2: IdF d. Art. 1 Nr. 7 G v. 21.12.2000 | 1983 mWv 1.1.2001

### § 61 Persönliches Erscheinen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers zur mündlichen Erörterung des Antrags oder zur Vornahme anderer für die Entscheidung über die Leistung notwendiger Maßnahmen persönlich erscheinen.

### § 62 Untersuchungen

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind.

#### Fußnoten

(+++ § 62: Zur Anwendung vgl. § 42f Abs. 2 SGB 8 +++)

### § 63 Heilbehandlung

Wer wegen Krankheit oder Behinderung Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll sich auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers einer Heilbehandlung unterziehen, wenn zu erwarten ist, daß sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.

### § 64 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wer wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit Sozialleistungen beantragt oder erhält, soll auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen, wenn bei angemessener Berücksichtigung seiner beruflichen Neigung und seiner Leistungsfähigkeit zu erwarten ist, daß sie seine Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit auf Dauer fördern oder erhalten werden.

#### Fußnoten

§ 64: IdF d. Art. 2 Nr. 11 nach Maßgabe d. Art. 67 G v. 19.6.2001 | 1046 mWv

1.7.2001 u. d. Art. 20 Abs. 4 Nr. 2 G v. 13.12.2007 | 2904 mWv 21.12.2007

### § 65 Grenzen der Mitwirkung

(1) Die Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 64 bestehen nicht, soweit

1. ihre Erfüllung nicht in einem angemessenen Verhältnis zu der in Anspruch genommenen Sozialleistung oder ihrer Erstattung steht oder
2. ihre Erfüllung dem Betroffenen aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden kann oder
3. der Leistungsträger sich durch einen geringeren Aufwand als der Antragsteller oder Leistungsberechtigte die erforderlichen Kenntnisse selbst beschaffen kann.

(2) Behandlungen und Untersuchungen,

1. bei denen im Einzelfall ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,

2. die mit erheblichen Schmerzen verbunden sind oder
3. die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten,

können abgelehnt werden.

(3) Angaben, die dem Antragsteller, dem Leistungsberechtigten oder ihnen nahestehende Personen (§ 383 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 der Zivilprozeßordnung) die Gefahr zuziehen würde, wegen einer Straftat oder einer Ordnungswidrigkeit verfolgt zu werden, können verweigert werden.

#### *Fußnoten*

(+++ § 65: Zur Anwendung vgl. § 42f Abs. SGB 8 +++)(+++ § 65 Abs. 1 u. 3: Zur Anwendung vgl. § 8 Abs. 1a BEEG F. v. 18.12.2014 +++)

§ 65 Abs. 1 Nr. 1: IdF d. § 28 Nr. 3 G v. 6.12.1985 I 2154 mWv 1.1.1986

§ 65 Abs. 3: IdF d. Art. II § 15 Nr. 1 Buchst. r G v. 4.11.1982 I 1450 mWv 1.7.1983

#### **§ 65a Aufwendersatz**

(1) Wer einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach den §§ 61 oder 62 nachkommt, kann auf Antrag Ersatz seiner notwendigen Auslagen und seines Verdienstausfalls in angemessenem Umfang erhalten. <sup>2</sup>Bei einem Verlangen des zuständigen Leistungsträgers nach § 61 sollen Aufwendungen nur in Härtefällen ersetzt werden.

(2) Absatz 1 gilt auch, wenn der zuständige Leistungsträger ein persönliches Erscheinen oder eine Untersuchung nachträglich als notwendig anerkennt.

#### *Fußnoten*

§ 65a: Eingef. durch Art. II § 28 Nr. 5 G v. 18.8.1980 I 1469 mWv 1.1.1981

#### **§ 66 Folgen fehlender Mitwirkung**

(1) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 60 bis 62, 65 nicht nach und wird hierdurch die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert, kann der Leistungsträger ohne weitere Ermittlungen die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen, soweit die Voraussetzungen der Leistung nicht nachgewiesen sind. <sup>2</sup>Dies gilt entsprechend, wenn der Antrag-

steller oder Leistungsberechtigte in anderer Weise absichtlich die Aufklärung des Sachverhalts erheblich erschwert.

(2) Kommt derjenige, der eine Sozialleistung wegen Pflegebedürftigkeit, wegen Arbeitsunfähigkeit, wegen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, anerkannten Schädigungsfolgen oder wegen Arbeitslosigkeit beantragt oder erhält, seinen Mitwirkungspflichten nach den §§ 62 bis 65 nicht nach und ist unter Würdigung aller Umstände mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß deshalb die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, die Arbeits-, Erwerbs- oder Vermittlungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht verbessert wird, kann der Leistungsträger die Leistung bis zur Nachholung der Mitwirkung ganz oder teilweise versagen oder entziehen.

(3) Sozialleistungen dürfen wegen fehlender Mitwirkung nur versagt oder entzogen werden, nachdem der Leistungsberechtigte auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden ist und seiner Mitwirkungspflicht nicht innerhalb einer ihm gesetzten angemessenen Frist nachgekommen ist.

#### *Fußnoten*

(+++ § 66: Zur Anwendung vgl. § 42f Abs. 2 SGB 8 +++)

§ 66 Abs. 2: IdF d. Art. 2 Nr. 6 nach Maßgabe des Vierten Teils (Art. 36 bis 52) G v. 26.5.1994 I 1014 mWv 1.1.1995 u. d. Art. 20 Abs. 4 Nr. 2 G v. 13.12.2007 I 2904 mWv 21.12.2007

#### **§ 67 Nachholung der Mitwirkung**

Wird die Mitwirkung nachgeholt und liegen die Leistungsvoraussetzungen vor, kann der Leistungsträger Sozialleistungen, die er nach § 66 versagt oder entzogen hat, nachträglich ganz oder teilweise erbringen.

#### *Fußnoten*

(+++ § 67: Zur Anwendung vgl. § 42f Abs. 2 SGB 8 +++)





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

Glinkastraße 40  
10117 Berlin

Telefon: 030 288763-800

Fax: 030 288763-808