

Zbl Arbeitsmed

<https://doi.org/10.1007/s40664-023-00505-0>

Eingegangen: 1. November 2022

Angenommen: 4. April 2023

© The Author(s), under exclusive licence to Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2023



F. Scharfenberg<sup>1</sup> · T. Nauert<sup>2</sup> · U. Kranz<sup>1</sup> · G. Korinth<sup>3,4</sup> · U. Bolm-Audorff<sup>5,6</sup>

<sup>1</sup> ehemals: Dezernat Gewerbeärztlicher Dienst/Arbeitspsychologie, Abteilung Arbeitsschutz, Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Potsdam, Deutschland

<sup>2</sup> Windeby, Deutschland

<sup>3</sup> Amt für Arbeitsschutz, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz, Hamburg, Deutschland

<sup>4</sup> Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Deutschland

<sup>5</sup> ehemals: Fachzentrum für medizinischen Arbeitsschutz/Landesgewerbeärzt, Abteilung Arbeitsschutz, Regierungspräsidium Darmstadt, Wiesbaden, Deutschland

<sup>6</sup> jetzt: Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

## Misstände in Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren aus gewerbeärztlicher Sicht

Über Berufskrankheiten (BKEn) wird seit Jahrzehnten kontrovers diskutiert. Medien berichten regelmäßig über Misstände in der Begutachtung von BKEn. Im Rahmen einer früheren Studie unserer Arbeitsgruppe (AG) der Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e. V. ergaben sich Hinweise auf einen Beweisnotstand sowie vielfältige Misstände in BK-Feststellungsverfahren [62].

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 84.853 BK-Verdachtsanzeigen erstattet. Davon wurden 20.422 (24,1 %) als BKEn anerkannt, 4806 Versicherte (5,7 %) bekamen eine Rente zugesprochen, 2581 (3 %) BKEn verliefen tödlich [19]. Die aktuelle Liste der BKEn enthält 82 Positionen [4]. Welche Erkrankungen in die BK-Liste aufgenommen werden, bestimmt die Bundesregierung mit Zustimmung der Länder. Das 7. Sozialgesetzbuch (SGB VII) regelt Anzeigepflichten von Ärzten, Zahnärzten und Unternehmern bei einem (begründeten) Verdacht auf eine BK oder einen Arbeitsunfall. In der Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) ist festgelegt, dass die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen

der Länder bei der Feststellung von BKEn mitwirken (§ 4 Abs. 1 BKV). Diese Aufgabe übernimmt in der Regel der Staatliche Gewerbearzt bzw. Landesgewerbearzt. Die Unfallversicherungsträger (UVT) müssen diese Stellen im BK-Verfahren beteiligen. Die für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stellen können mit den UVT Einzelheiten des Verfahrens vereinbaren (§ 4 Abs. 2 BKV). Wird der Gewerbearzt beteiligt, müssen die UVT ihn vor der abschließenden Entscheidung über die Ergebnisse ihrer Ermittlungen unterrichten. Sollten die Ermittlungen der UVT unvollständig sein, kann der Gewerbearzt ergänzende Beweiserhebungen vorschlagen; diesen Vorschlägen müssen die UVT folgen (§ 4 Abs. 3 BKV). Der Gewerbearzt kann Versicherte befragen und untersuchen oder andere Ärzte auf Kosten der UVT mit Untersuchungen beauftragen. Er kann auch eigene Zusammenhangsgutachten erstellen (§ 4 Abs. 4 BKV).

Die UVT sind branchennah organisiert, die Länder föderal. Dadurch entsteht für die gewerbeärztlichen Dienste und UVT ein erheblicher Organisationsaufwand. Zudem differiert die Zahl der Gewerbeärzte in den 16 Ländern stark. Obwohl sich Deutschland und die übrigen Mitgliedsländer der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) 1950 verpflichtet haben, der Arbeits-

schutzaufsicht eine ausreichende Zahl von Fachleuten auf den Gebieten der Heilkunde zur Seite zu stellen (Art. 9–10 des Übereinkommens 81 der ILO), hat sich die Zahl der Gewerbeärzte in Deutschland seit 1995 mehr als halbiert [19] und sinkt kontinuierlich weiter. Das liegt in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer.

Die Mitwirkung in BK-Verfahren steht in Konkurrenz zu weiteren gewerbeärztlichen Aufgaben. Dazu gehören u. a. die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, die praktische Umsetzung der arbeitsmedizinischen Betreuung und Vorsorge nach dem Arbeitssicherheitsgesetz und der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge, der Schutz besonderer Personengruppen und die Beratung zu psychischen Belastungen am Arbeitsplatz. Die einzelnen Länder setzen hier unterschiedliche Prioritäten. Dies führt zu einer unterschiedlichen Gewichtung und tatsächlichen Mitwirkung in BK-Feststellungsverfahren.

Gewerbeärzte sind in der Regel Fachärzte für Arbeitsmedizin mit langjähriger Berufserfahrung. Als Mitglieder der staatlichen Arbeitsschutzverwaltung sind sie von den UVT unabhängig und frei von Interessenkonflikten. Aus ihrer Aufsichts- und Beratungstätigkeit kennen sie die konkreten Expositionsbedingungen an Arbeitsplätzen. Ihre

Die Veröffentlichung gibt nicht die Auffassung der jeweiligen Landesregierung wieder.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde das generische Maskulinum verwendet. GK und UBA teilen sich die Letztautorschaft.

arbeitsmedizinische und versicherungsrechtliche Kompetenz ermöglicht es ihnen in besonderem Maße, Missstände in BK-Feststellungsverfahren zu erkennen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, anhand von eigenen Umfrageergebnissen und konkreten BK-Fallbeispielen sowie Erfahrungen aus der gewerbeärztlichen Mitwirkungspraxis im Sinne des § 4 der BKV die Qualität der BK-Feststellungsverfahren sowie Probleme und Missstände zu beschreiben. Auf Basis unserer Erkenntnisse werden Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der BK-Feststellungsverfahren abgeleitet.

### Methoden

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine deskriptive Beobachtungsstudie aus der gewerbeärztlichen Tätigkeit im Sinne des § 4 Abs. 1 BKV. Die Ergebnisse für Missstände in BK-Feststellungsverfahren sind tabellarisch dargestellt.

### Fallbeispiele für Missstände

Die Fallbeispiele ( $n=42$ ) stammen, bis auf wenige Fälle von besonderer Tragweite (weitere  $n=3$ ; 2 davon stammen aus der Tätigkeit eines Autors [UBA] als Gerichtsgutachter), aus der gewerbeärztlichen Mitwirkung der Autoren in den Ländern Brandenburg, Hamburg und Hessen im Rahmen der BK-Feststellungsverfahren der letzten 8 Jahre. Die Fallbeispiele wurden nach individueller Präferenz des jeweiligen Autors unter Berücksichtigung der länderspezifischen Bearbeitungsschwerpunkte vorgeschlagen. Sie wurden in Telefonkonferenzen kritisch diskutiert und nur dann für das Manuskript ausgewählt, wenn alle Autoren sie für geeignet im Sinne der Ziele dieser Arbeit bewertet haben. Die Kategorien der Missstände für die Eingruppierung der Fallbeispiele wurden von den Autoren vor der Diskussion und Auswahl der Fallbeispiele anhand ihrer Erfahrung definiert. Die Zahl der Fallbeispiele wurde willkürlich auf jeweils 15 pro Kategorie des Missstandes limitiert und die konkreten Missstände wurden benannt. Es sollen möglichst viele verschiedene Missstände dargestellt werden, die relevant sind und sich

bei häufigen BKen zeigen. Die Darstellung erfolgt nach einem einheitlichen Schema.

### Umfrage zur Qualitätskontrolle der medizinischen Begutachtung in BK-Verfahren

Im Zeitraum 05–06/2018 befragte unsere AG schriftlich in standardisierter Form die DGUV, ihre Landesverbände, 10 gewerbliche UVT und 21 Unfallkassen zu Gutachterverzeichnissen, zur Qualifizierung ihrer beratenden Ärzte und Gutachter für die Aufgaben in BK-Feststellungsverfahren und zum Umgang mit mangelhafter Gutachtenqualität. Unsere Fragen werden nachfolgend zusammengefasst:

1. Wie werden Fachärzte in das Gutachterverzeichnis Ihrer Verwaltung aufgenommen?
2. Bieten Sie regelmäßige Fortbildungen für Ihre BK-Gutachter an? Falls ja, welche konkreten Fortbildungsveranstaltungen wurden im Jahr 2017 angeboten?
3. Wird die Qualität der Zusammenhangsgutachten überprüft? Falls ja, welche Methoden setzt Ihr UVT dabei ein? Wie wird mit ärztlichen Gutachtern bei mangelhafter Gutachtenqualität verfahren?
4. Werten Sie die Empfehlungen (Anerkennung bzw. Ablehnung einer BK) der Gutachter aus?

### Umfrage zur gewerbeärztlichen Bearbeitung von BK-Fällen

Die Mitwirkung der gewerbeärztlichen Dienste der Länder im BK-Verfahren wurde schriftlich mittels eines standardisierten Fragebogens erhoben. Die nachfolgenden Fragen (zur besseren Übersicht gekürzt aufgeführt) an die Gewerbeärzte der Länder wurden unter den Autoren abgestimmt:

1. Wie viele und welche BK-Fälle wurden 2019 in Ihrem Bundesland bearbeitet?
2. Welche BK-Ziffern wurden 2019/ werden in Ihrem Bundesland prinzipiell nicht bearbeitet?

Der Anteil der bearbeiteten BK-Fälle an allen Fällen wurde aus den erhobenen

Fragebogendaten unter Berücksichtigung der BK-Fallzahlen des jeweiligen Bundeslandes nach dem Unfallverhütungsbericht 2019 [19] ermittelt.

### Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Missstände in folgenden Bereichen dargestellt: Ermittlungen der arbeitstechnischen Voraussetzungen, Gutachterausswahl und -qualifikation, beratungsärztliche Stellungnahmen und Zusammenhangsbegutachtung, Behandlung der Verfahren in UVT-Verwaltungen, in Renten- und Widerspruchsausschüssen sowie im Sozialgerichtsverfahren und gewerbeärztliche Mitwirkung in BK-Verfahren.

### Probleme bei der Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen

Bei der Feststellung von BKen wird die berufliche Exposition durch Präventionsdienste bzw. Technische Aufsichtsdienste (TAD) der UVT ermittelt. Die Präventionsdienste sollen in allen Fällen „umfassend sowie mit größter Sorgfalt und Genauigkeit“ ermitteln [44]. Die gewerbeärztliche Erfahrung zeigt jedoch, dass die Feststellung der Höhe und Dauer der beruflichen Einwirkung häufig Mängel aufweist. Zur Veranschaulichung dienen Beispiele in **Tab. 1**.

Unsere Fallbeispiele in **Tab. 1** zeigen, dass Probleme bei Ermittlungen der arbeitstechnischen Voraussetzungen besonders BKen betreffen, für die eine Expositionsdiagnose auf wissenschaftlicher Grundlage ermittelt wurde (u.a. BK-Nrn. 1318, 2108, 4104).

### Zusammenhangsbegutachtung

Aus dem weiten Feld der medizinischen Zusammenhangsbegutachtung können nachfolgend nur Teilaspekte behandelt werden.

### Chronische bzw. wiederholt rückfällige Erkrankungen

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder allergische bzw. irritativ-toxische Erkrankungen der Lunge und

Zbl Arbeitsmed <https://doi.org/10.1007/s40664-023-00505-0>

© The Author(s), under exclusive licence to Der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2023

F. Scharfenberg · T. Nauert · U. Kranz · G. Korinth · U. Bolm-Audorff

### Missstände in Berufskrankheiten-Feststellungsverfahren aus gewerbeärztlicher Sicht

#### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Qualitätsmängel in Berufskrankheiten(BK)-Verfahren führen meist zur Ablehnung einer BK. Wir stellen Missstände dar, die sich bei der gewerbeärztlichen Mitwirkung gem. § 4 Berufskrankheiten-Verordnung zeigen und präsentieren Vorschläge zur Verbesserung der Qualität der BK-Verfahren.

**Methodik.** Eine Arbeitsgruppe der Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e. V. hat mittels strukturierter Fragen und anhand eigener Erfahrungen die Qualität der BK-Verfahren und deren Überprüfung durch gesetzliche Unfallversicherungsträger (UVT) untersucht. Missstände in BK-Verfahren aus 3 Bundesländern werden beschrieben und

jeweils 15 Fallbeispiele für die häufigsten Kategorien dargestellt.

**Ergebnisse.** Als Folge der kontinuierlichen Abnahme der Zahl der Gewerbeärzte liegt die gewerbeärztliche Bearbeitungsquote der BK-Fälle in 10 Ländern bei < 40 %, in 8 davon bei ≤ 28 % und in 4 bei ≤ 6 %. Im Zeitraum 2017–2022 wurden folgende Kategorien für Missstände festgestellt: „Probleme bei der Ermittlung arbeitstechnischer Voraussetzungen“, „fehlerhafte beratungsärztliche oder gutachterliche Stellungnahmen“ und „Verfahrensfehler der UVT-Verwaltungen“. Angaben der UVT deuten darauf hin, dass eine wirksame Qualitätskontrolle der BK-Verfahren nicht stattfindet.

**Diskussion.** Es wurde eine Vielzahl typischer Missstände festgestellt, die im Wesentlichen durch die UVT, beratende Ärzte und Gutachter verursacht werden. Unsere Ergebnisse sollten repräsentativ für Länder mit relevanter gewerbeärztlicher BK-Bearbeitung sein. Fehlt diese, ist von einer erheblichen Zahl unerkannter Missstände auszugehen. Eine höhere gewerbeärztliche Bearbeitungsquote und die Umsetzung unserer Vorschläge sind geeignet, die Qualität der BK-Verfahren wesentlich zu verbessern.

#### Schlüsselwörter

Berufskrankheit · Berufskrankheitenrecht · Medizinische Begutachtung · Qualitätskontrolle · Missstände in Berufskrankheitenverfahren

### Deficiencies in occupational disease determination procedures from the perspective of occupational physicians

#### Abstract

**Background.** Quality deficiencies in occupational disease (OD) procedures usually lead to rejection of an OD. This article describes the deficiencies evaluated within a project of occupational physicians in medical labor inspection divisions processing OD according to § 4 of the Ordinance of Occupational Diseases in Germany and presents suggestions for improving these procedures.

**Methods.** In this study a working group of the Association of German Federal State Occupational Physicians evaluated the quality of the OD procedures and their review by statutory accident insurance institutions using structured questionnaires and own experience. Deficiencies in OD procedures from 3 federal states are described and

15 cases are presented for common deficiency categories.

**Results.** Following the decrease in the number of occupational physicians in the federal states in Germany, the processing rate of OD cases is < 40% in 10 states, ≤ 28% in 8 and ≤ 6% in 4 states. Between 2017 and 2022 the following deficiency categories were identified: problems in the investigation of hazardous occupational exposure, incompetent medical advice or expert opinions and procedural errors by the statutory accident insurance institutions administration. Statutory accident insurance institution statements indicate that no effective supervision of the quality of OD procedures is implemented.

**Discussion.** Numerous deficiencies were identified for which the statutory accident

insurance institutions, advisory physicians, or appraisers were responsible in most cases. The results of this study should be representative for federal states with relevant OD processing rates. In the absence of quality evaluation a considerable number of deficiency cases can be assumed. Higher processing rates in the federal states by occupational physicians and implementation of these proposals are suitable to improve the quality of OD procedures.

#### Keywords

Occupational disease · Occupational disease law · Medical expert opinions · Quality control · Deficiencies in occupational disease procedures

der Haut müssen, um als BKen anerkannt zu werden, einen chronischen bzw. wiederholt rückfälligen Verlauf zeigen [72]. Innerhalb von 26 Wochen abgeheilte Erkrankungsfolgen können nicht entschädigt werden [41]. Eine Hauterkrankung kann als BK nach Nr. 5101 auch bei besonderer Erkrankungsschwere anerkannt werden. Bei einem leichteren bzw. limitierten Kontaktekzem zwingt das BK-Recht Versicherte nach Abheilung

oder weitgehender Besserung mindestens 2 Mal zur erneuten Gefährdung und Provokation eines Rückfalls, damit ihre Hauterkrankung anerkannt werden kann [41]. Häufig geben Berufsanfänger, z. B. in Koch- oder Friseurberufen, ihre Ausbildung oder Tätigkeit auf, um Krankheitsrückfälle zu vermeiden. Dies führt dazu, dass Umschulungskosten auf andere Sozialversicherungsträger verlagert werden.

### Konkurrierende Teilursachen

Bei Atemwegserkrankungen, Lungen- und Harnblasenkrebs kann das Rauchen eine wesentliche persönliche und damit nichtversicherte Teilursache darstellen [72]. In der gewerbeärztlichen Praxis sehen wir bestimmte Gutachter, die BKen auch bei nicht wesentlichen persönlichen Risiken grundsätzlich ablehnen. Andere Gutachter vertreten dagegen die Meinung, dass persönliche Risiken der

**Tab. 1** Fallbeispiele zu Missständen bei der Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen durch UVT

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -Nummer	Missstand
<p><i>Fall 1 – BK 1318</i></p> <p>78-jähriger Versicherter mit Non-Hodgkin-Lymphom (NHL), 1950–91 Tätigkeit als Tischler und Bauarbeiter. Der Technische Aufwandsdienst (TAD) stellt fest, dass kein beruflicher Benzolkontakt vorlag; der Unfallversicherungsträger (UVT) möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt weist den UVT auf Kontakt mit Mattine hin und fordert Ermittlungen i. S. des IFA-Ringbuchs Nr. 9105 [39]. Die Nachermittlung ergibt 14,2 ppm-Benzoljahre (BJ). Der beratende Arzt weist auf die Unterschreitung der geforderten 16–20 ppm-BJ hin. Der TAD ermittelt nun unter Berücksichtigung verunreinigter Nitroverdünnung 16,6 ppm-BJ. Der beratende Arzt empfiehlt jetzt eine BK. Der UVT erkennt eine BK 1318 mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 30 % an</p>	Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen
<p><i>Fall 2 – BK 1318</i></p> <p>71-jähriger Versicherter mit Mantelzell-Lymphom. Er hat 1969–2011 als Schlosser Metallteile und die Hände mit Waschbenzin gereinigt. Der TAD berechnet 13,8 ppm-BJ. Der UVT möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt weist auf fehlende Berücksichtigung der inhalativen Exposition hin. Gegebenenfalls sei die DGUV Clearingstelle „Benzol“ zu beteiligen. Die Neuberechnung der Exposition ergibt 35,8 ppm-BJ. In seinem Zusammenhangsgutachten empfiehlt der beratende Arzt des UVT die Anerkennung einer BK 1318 mit einer MdE von 70 %</p>	Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen
<p><i>Fall 3 – BK 1318</i></p> <p>69-jähriger Versicherter mit einem Plasmozytom. Als Maurer, Lackierer und Rohrreiniger 1974–89 Umgang mit Farben und Verdünnern. Der TAD stellt fest, dass eine Benzolexposition nicht nachweisbar bzw. unwahrscheinlich sei. Der UVT möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt empfiehlt eine weitere Klärung der Exposition, ggf. unter Einbeziehung der Clearingstelle „Benzol“. Jetzt geht der TAD von einer Verdünnung der Farben mit Benzol sowie einer Bystanderexposition aus und errechnet 17,3 ppm-BJ. Der beratende Arzt bejaht einen Zusammenhang und empfiehlt eine gestaffelte MdE. Der UVT erkennt eine BK 1318 an</p>	Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen
<p><i>Fall 4 – BK 1318</i></p> <p>59-jährige Versicherte mit einer akuten myeloischen Leukämie (AML). Als Werbemittelherstellerin 24 Jahre Kontakt mit Beschichtungen, Farben, Lösungsmitteln, Waschbenzin. Der TAD errechnet 5,9 ppm-BJ als „Worst-case-Betrachtung“. Der UVT möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt weist auf fehlende Berücksichtigung von Expositionen und Widersprüche in den Berechnungen hin. Er empfiehlt die Einschaltung der Clearingstelle „Benzol“. Die Clearingstelle geht von &gt; 10 ppm-BJ aus. Der UVT erkennt nach einer Begutachtung eine BK 1318 mit einer MdE von 100 % an</p>	Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen
<p><i>Fall 5 – BK 1318</i></p> <p>77-jähriger Versicherter mit NHL, Tätigkeit als Traktorist, Kraftfahrer und Hilfsschlosser in einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft (LPG), Reinigung von Luft-/Kraftstofffiltern mit Waschbenzin. Der TAD des UVT 1 errechnet für 1955–59 16,8 ppm-BJ bei täglich 1 h inhalativem Kontakt und Benetzung der Hände und Unterarme mit Waschbenzin. Der TAD des UVT 2 stellt für die gleiche Tätigkeit von 1959–68 1,7 ppm-BJ fest. Gelegentliche Benetzung der Hände mit Waschbenzin sei unbeachtlich. Der UVT 2 möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt weist auf die Differenz der Berechnungen hin und empfiehlt eine Begutachtung. UVT 2 fordert UVT 1 zur Korrektur auf, die nun 2,3 (gesamt: 4,0) ppm-BJ ergibt und teilt dem Gewerbearzt mit, dass die Exposition nicht ausreiche. Dieser weist auf die Differenz zwischen der Benzolkonzentration im Waschbenzin für die Berechnung und den Angaben im IFA-Ringbuch Nr. 9105 (1,5 vs. 5 Vol.-%; [39]) hin und empfiehlt, die Clearingstelle „Benzol“ zu beteiligen. Die Neuberechnung durch UVT 2 nach Vorgaben der Clearingstelle ergibt 19,7 ppm-BJ. Es erfolgen eine Begutachtung und Anerkennung einer BK 1318 mit einer MdE von 80 %</p>	Unterschiedliche Berechnung gleichartiger Expositionen durch UVT Nichtbeachtung der Konzentrationsangaben im IFA-Ringbuch Nr. 9105 [39]
<p><i>Fall 6 – BK 1318</i></p> <p>78-jähriger Versicherter ist an AML erkrankt. Er führte als Traktorist, Gleisbauarbeiter und Kranführer 1952–84 Reparaturarbeiten durch und reinigte Werkstücke und Hände mit Waschbenzin. Die TAD berechnen 5,3 ppm-BJ. UVT 1 stellt 1952–55 regelmäßige Reinigung mit Waschbenzin im Zuständigkeitsbereich des UVT 2 fest. Der UVT 1 veranlasst aber keine Berechnung der Benzolexposition durch UVT 2. Der Gewerbearzt weist auf die fehlende Beurteilung für 1952–55 hin. Die Nachermittlung ergibt weitere 2,5 (gesamt: 7,8) ppm-BJ. Der Gutachter ermittelt weitere Benzolexpositionen und empfiehlt die Anerkennung einer BK 1318. Der UVT erkennt eine BK mit einer MdE von 100 % an</p>	Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen

<b>Tab. 1 (Fortsetzung)</b>	
<b>Berufskrankheiten(BK)-Fall und -Nummer</b>	<b>Misstand</b>
<p><i>Fall 7 – BK 2103</i></p> <p>44-jähriger Versicherter mit Arthrose des Schultereckgelenkes links, Bursitis subacromialis et subdeltoidea und inkompletter Ruptur der Supraspinatussehne. Er hat lt. TAD als Maurer, Trockenbauer und Putzer fast 27 Jahre 10 % seiner Arbeitszeit mit Stemmhämmern und pressluftgetriebenen Werkzeugen gearbeitet. Der TAD bewertet die Belastung als nicht ausreichend. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Die vom Gewerbearzt veranlasste Neuberechnung durch einen spezialisierten Physiker ergibt 25fach höhere Exposition als vom TAD geschätzt. Der Gewerbearzt empfiehlt eine Begutachtung.</p> <p>Der orthopädische Gutachter empfiehlt eine Anerkennung, die vom beratenden Arzt des UVT kritisiert wird. Der UVT veranlasst ein 2. Gutachten durch einen beratenden Arzt. Dieser empfiehlt eine Ablehnung ohne geeigneten Literaturnachweis.</p> <p>Der Gewerbearzt erstellt ein eigenes Zusammenhangsgutachten und empfiehlt eine Anerkennung. Der UVT lehnt eine BK 2103 ab</p>	<p>Fehlerhafte Berechnung der Schwingungsbelastung</p> <p>Obwohl 2 Gutachten eine Anerkennung empfehlen, folgt der UVT dem Gutachten seines beratenden Arztes</p>
<p><i>Fall 8 – BK 2108</i></p> <p>30-jährige Schreinerin mit einem Bandscheibenprolaps im Segment L5/S1 und ohne außerberuflich bedingte konkurrierende Faktoren. Der TAD ermittelt eine kumulative Dosis nach dem Mainz-Dortmunder-Dosismodell (MDD) von 3,6 Mega-Newton-Stunden (MNH). Wegen Unterschreitung des Richtwertes von 17 MNh wird eine BK 2108 abgelehnt sowie eine Klage vor dem Sozialgericht abgewiesen.</p> <p>Im Verfahren vor dem Landessozialgericht (LSG) berechnet ein arbeitsmedizinischer Gutachter, der das MDD mitentwickelt hat, 16,2 MNh, bejaht das 2. und 3. Zusatzkriterium der Konstellation B2 der Konsensempfehlungen [21] und empfiehlt eine BK. Der Gutachter berücksichtigt dabei das Bundessozialgerichts(BSG)-Urteil vom 30.10.2007 (Az.: B 2 U 4/06 R), in dem die MDD-Dosis für Männer halbiert wurde und überträgt die Rechtsprechung auf Frauen. Das LSG schließt sich dem Gutachten an und verurteilt den UVT, eine BK 2108 mit einer MdE von 20 % anzuerkennen. Das BSG-Urteil mit MDD-Gesamtdosis-Halbierung sei auf Frauen zu übertragen (rechtskräftiges Urteil des Hessischen LSG vom 29.10.2013, Az.: L 3 U 248/07)</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>
<p><i>Fall 9 – BK 2108</i></p> <p>46-jährige Melkerin mit einer drittgradigen Chondrose im Segment L5/S1; keine außerberuflich konkurrierenden Faktoren. Der TAD ermittelt eine MDD-Dosis in Höhe von 7,3 MNh. Der UVT lehnt die arbeitstechnischen Voraussetzungen und eine BK ab. Der Widerspruchsausschuss und das Sozialgericht lehnen eine BK ab.</p> <p>Im Verfahren vor dem LSG kommt ein arbeitsmedizinischer Gutachter, der das MDD mitentwickelt hat, zu einer Gesamtdosis von 57,35 MNh. Er stuft das „Schaufeln“ von Mist als wirbelsäulenbelastende Tätigkeit ein und empfiehlt die Anerkennung einer BK wegen einer Konstellation B1 [21]. Das LSG verurteilt den UVT zur Anerkennung einer BK 2108 mit einer MdE von 20 % (rechtskräftiges Urteil des Sächsischen LSG vom 12.12.2013, Az.: L 2 U 125/12)</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>
<p><i>Fall 10 – BK 2301</i></p> <p>60-jähriger Schmied und Bauarbeiter. Der UVT lehnt eine BK ab, weil die berufliche Lärmexposition 17 Jahre vor dem Bemerkten der Hörminderung beendet wurde.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt aufgrund erheblicher Lücken TAD-Nachermittlungen und ggf. eine Begutachtung. Es zeigt sich, dass eine Lärmexposition von 46 Jahren bis zum Beginn der Hörminderung bestand. Der Gewerbearzt kritisiert das Zusammenhangsgutachten des HNO-Arztes wegen Nichtbeachtung der Königsteiner Empfehlung [43] und empfiehlt eine Anerkennung einer BK 2301.</p> <p>Der UVT folgt seiner Empfehlung und erkennt eine BK ohne MdE an</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>
<p><i>Fall 11 – BK 2301</i></p> <p>59-jähriger Betonwerker. Der TAD ermittelt eine Lärmexposition für 15 Jahre von 84–87 dB (A) durch Rütteltische. Der Versicherte sei 4 Jahre vor Bemerkten seiner Schwerhörigkeit nicht mehr lärmexponiert gewesen. Der beratende HNO-Arzt lehnt eine BK 2301 wegen zu geringer Exposition und Seitendifferenz der Hörkurve ab.</p> <p>Der Gewerbearzt kritisiert die nicht nachvollziehbare Berechnung der Lärmexposition und fordert Angaben zu Messverfahren/-toleranzen.</p> <p>Der TAD teilt mit, dass die Berechnung orientierend und der Versicherte weiterhin zu 50 % der Arbeitszeit im Lärmbereich tätig sei. Er errechnet jetzt 90 dB (A) für die ersten 15 Jahre und bis zur BK-Anzeige 85 dB (A). Da das Zusammenhangsgutachten Widersprüche aufweist, empfiehlt der Gewerbearzt eine weitere Begutachtung. Der Zweitgutachter empfiehlt eine BK. Der Gewerbearzt schließt sich diesem an. Der UVT erkennt eine BK 2301 mit einer MdE von 10 % an</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>
<p><i>Fall 12 – BK 4104</i></p> <p>71-jähriger Versicherter erkrankt mit 59 Jahren an Lungenkrebs. Nach Remission 12 Jahre später eine Neuerkrankung. Radiologisch keine asbesttypischen Lungen-/Pleuraveränderungen. Als Isolierer und Dachdecker Sägen und Bohren von Wellasbest und Fassadenplatten, Kontakt zu Asbestschnüren/-dichtungen. Der TAD des UVT 1 errechnet für 1958–66 12,1 Asbestfaserjahre (AFJ). Für gleichartige Tätigkeit 1972–90 errechnet der TAD des UVT 2 10,4 AFJ (gesamt: 22,5 AFJ). Der für das Verfahren verantwortliche UVT 2 möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Dem Gewerbearzt fällt auf, dass die TAD die Expositionen bei gleichen Arbeitsabläufen unterschiedlich bewerten. Er weist den UVT 2 auf Abweichungen vom DGUV-Report „Faserjahre“ [37] hin und empfiehlt Nachermittlungen.</p> <p>Der UVT 2 möchte eine BK weiterhin ablehnen. Auf erneute Intervention des Gewerbearztes ermittelt dieser 12,3 AFJ und der UVT 1 13,2 AFJ (gesamt: 25,5 AFJ). Es erfolgt die Anerkennung als BK 4104</p>	<p>Unterschiedliche Bewertung gleicher Expositionen durch TAD verschiedener UVT</p> <p>Nichtbeachtung der Empfehlungen zu Nachermittlungen</p>

Tab. 1 (Fortsetzung)

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -Nummer	Misstand
<p><i>Fall 13 – BK 4201</i></p> <p>58-jähriger Mann mit fibrosierender exogen allergischer Alveolitis (EAA), seit 2011 zunehmende Atemnot. Als Produktionsmitarbeiter (1987–91) und als Produktions- (1992–2004) und Betriebsleiter (seit 2004) Verarbeitung von Obst/Gemüse. Der TAD lehnt die arbeitstechnischen Voraussetzungen ab, da Schimmelpilze nicht gesehen wurden. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt eine Begutachtung, die der UVT nach längerer Weigerung in Auftrag gibt.</p> <p>In einer Spezialklinik wird u. a. mittels Spiral-CT und Lavage eine chronische EAA bestätigt und eine BK 4201 mit einer MdE von 40% empfohlen. Der beratende Arzt rät, dieser Empfehlung zu folgen. Auf Nachfrage des Gewerbearztes teilt der UVT mit, dass eine BK wegen fehlender arbeitstechnischer Voraussetzungen abgelehnt wurde. Gewerbeärztlich geforderte Arbeitsplatzmessungen lehnt der UVT ab</p>	<p>Weigerung des UVT zur Ausschöpfung von Arbeitsplatzermittlungen</p> <p>Nichtbeachtung gutachterlicher Empfehlungen</p> <p>Information des Gewerbearztes über die abweichende UVT-Entscheidung erst auf Nachfrage</p>
<p><i>Fall 14 – BK 5103</i></p> <p>Ein ehemaliger Berufsfußballer erkrankt mit 61 Jahren an rezidivierenden aktinischen Keratosen bzw. Plattenepithelkarzinom in situ an verschiedenen Stellen am Kopf. Der UVT schickt dem Gewerbearzt, ohne Beteiligung im Verfahren, einen BK-Ablehnungsbescheid. Laut TAD wurde eine berufliche UV-Belastung von 40% der Lebensbelastung nicht erreicht. Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass Expositionen in Trainingslagern und Turnieren in subtropischen Regionen nicht berücksichtigt wurden.</p> <p>Der UVT reicht eine TAD-Beurteilung nach, die die gewerbeärztlichen Anmerkungen nicht berücksichtigt und bleibt bei einer Ablehnung. Auf dieser Basis verweigert der Gewerbearzt eine weitere Stellungnahme.</p> <p>Bei einer Abfrage des UVT-Bescheides nach 6 Monaten stellt sich heraus, dass die arbeitstechnischen Voraussetzungen schließlich als erfüllt bewertet und eine BK 5103 ohne Rente anerkannt wurde</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>
<p><i>Fall 15 – „wie BK“ gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII (vor Aufnahme in BK-Liste)</i></p> <p>Bei einem Glashüttentechniker mit Kehlkopfkrebs lehnt der TAD eine geeignete Einwirkung ab, weil der Versicherte aufgrund seiner Ausbildung mit Führungsaufgaben keiner relevanten Asbestexposition ausgesetzt gewesen sein könne. Im Sozialgerichtsverfahren ermittelt ein Uni-Institut für Arbeitsmedizin, dass der Glashüttentechniker häufig im Produktionsprozess anwesend und einer wesentlichen Asbesteinwirkung ausgesetzt war. In seiner Expertise bestätigt ein ehemaliger leitender TAD der BG der keramischen und Glas-Industrie eine hohe Asbeststaubexposition [63]</p>	<p>Fehlende/unzureichende Berücksichtigung aller relevanten Expositionen</p>

Versicherten gesetzlich unfallversichert sind, da diese in der Regel bereits vor der Aufnahme der beruflichen Tätigkeit vorlagen. Insbesondere beim Harnblasenkrebs sind die Misstände häufig, da hier eine kumulative Expositionsdosis für aromatische Amine (BK-Nr. 1301) mit breiter wissenschaftlicher Akzeptanz bisher nicht evaluiert wurde. Ein solches Beispiel ist in *Fall 3* in [Tab. 5](#) dargestellt.

Beschäftigte sind mit ihren individuellen genetischen Merkmalen gesetzlich unfallversichert [71]. Bei Hauterkrankungen wird häufig die atopische Hautdiathese, die auch genetische Ursachen hat, als Kofaktor (ca. 40% der Fälle) oder wesentliches persönliches Risiko für die Entstehung oder Begünstigung von Ekzemen betrachtet [41, 46]. Die Hautatopie schließt daher in der Begutachtungspraxis die Anerkennung einer BK nach Nr. 5101 oftmals aus. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Berufsallergene nicht nachweisbar und Kontaktekzeme vorwiegend irritativer Genese sind.

### Minderung der Erwerbsfähigkeit

Erst ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 20% wird eine Rente gewährt. Landwirtschaftliche Unternehmer, deren mitarbeitende Lebenspartner und Familienangehörige haben erst ab einer MdE von 30% einen Rentenanspruch. Dies führt dazu, dass bei 76,5% der neu bestätigten bzw. anerkannten BKen keine Rente gezahlt wird [19]. Im Jahr 2019 erhielten bei häufigen BKen wie der Nr. 2301 oder 5103 sogar 97,4 bzw. 89,2% der Versicherten keine Rente [19], obwohl sie lebenslang unter den beruflichen Gesundheitsschäden leiden werden. Bei ihnen wird ein Versicherungsfall anerkannt, der lediglich zu Präventions- und Rehabilitationsleistungen des UVT berechtigt. Die Erwartung der Versicherten, eine Rente als Entschädigung zu erhalten, erfüllt sich meist nicht.

Schwierigkeiten bei Bemessung der MdE ergeben sich besonders bei obstruktiven bzw. gemischten restriktiv/obstruktiven Atemwegserkrankungen, da eine Begutachtung ohne Medikamenteneinfluss meist nicht durchführbar ist. Deshalb sind Vorbefunde zur Beschrei-

bung des Krankheitsverlaufs zu würdigen [7], um frühzeitig eine Verschlechterung oder nach erfolgter Expositions-karenz ggf. eine Verbesserung [60] zu erkennen. Gewerbeärzten sind Gutachter bekannt, die bei ihren Entscheidungen externe Vorbefunde nicht berücksichtigen. Ein solches Beispiel, bei dem gleich 2 Gutachter so verfahren, ist in *Fall 14* in [Tab. 4](#) dargestellt.

Ein weiteres Problem ist die fehlende oder nicht eindeutige Benennung von BK-Folgen in den Bescheiden der UVT, obwohl Versicherte darauf einen Anspruch haben (BSG vom 27.07.1989, 2 RU 54/88, Rn 13). Aber auch die Ausgrenzung von Lungenfunktionseinschränkungen als BK-Folge in Bescheiden bei Frühformen von asbest- und quarzstaubbedingten Pneumokoniosen führt zur Benachteiligung der Versicherten, da diese Erkrankungen auch nach Beendigung der Exposition oftmals progredient verlaufen [35, 42]. In den Anerkennungsbescheiden fehlen regelmäßig Angaben zur Höhe der MdE, wenn diese noch nicht zu einer Rente berechtigt (MdE von 10–15%). Den Versicherten wird lediglich mitgeteilt, dass

**Tab. 2** Ergebnisse der Umfrage bei UVT-Institutionen zur Auswahl der Gutachter sowie zur Qualitätskontrolle

Fragen	Antworten der Unfallversicherungsträger (UVT)	
	DGUV als Dachverband und im Namen der UVT	Unfallkassen (UK)
Aufnahme in das Gutachterverzeichnis der DGUV bzw. des UVT	Eigene Bewerbung der Gutachter Werbung um Gutachter bei Fachseminaren Voraussetzungen werden durch Landesverbände nach Begutachtungsempfehlung [56] geprüft Ggf. werden Mustergutachten verlangt	Eigene Bewerbung der Gutachter, Vorschläge durch Beratungsärzte, Gewerbeärzte, bekannte Fachärzte Nennung im DGUV-Verzeichnis, Gutachter aus Sozialgerichtsverfahren, eigene Recherche Nennung durch UVT oder Sozialversicherungsträger
Eigene Gutachterverzeichnisse der UVT	Landesverbände führen ein gemeinsames DGUV-Verzeichnis In der Regel keine eigenen Gutachterverzeichnisse In Einzelfällen Beauftragung anderer Gutachter	Die meisten UK greifen auf das DGUV-Verzeichnis zurück Einzelne UK führen eigene Gutachterverzeichnisse
Gutachterbezogene Auswertung der Ergebnisse	Keine	Überwiegend keine; einzelne UK werten die Ergebnisse aus
Überprüfung der Gutachtenqualität	Verweis auf Begutachtungsempfehlungen Prüfung auf Schlüssigkeit, Rückfrage beim Gutachter, Einholung eines Zweitgutachtens nach Akte UVT informiert den Gutachter, falls sein Gutachten aus formal/inhaltlichen Gründen nicht verwertbar ist Vorlage beim beratenden Arzt	Durch Sachbearbeiter, Sachgebietsleiter anhand der DGUV Handlungsanleitungen und Begutachtungsempfehlungen Vorlage beim beratenden Arzt Vereinzelte interne Bewertungssysteme
Umgang mit mangelhaften Gutachten	Bei wiederholten Qualitätsmängeln Kontaktaufnahme des Landesverbandes mit dem Gutachter Im Extremfall Ausschluss aus dem Gutachterverzeichnis	Rücksprache mit dem Gutachter, Aufforderung zu einer ergänzenden Stellungnahme Bei wiederholten Qualitätsmängeln kein neuer Vorschlag als Gutachter Ggf. Meldung an den Landesverband
Fortbildungsangebote für Gutachter	Mitwirkung der DGUV an Fortbildungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbände	Keine

ihre Erwerbsfähigkeit infolge der BK „nicht um wenigstens 20 %“ gemindert sei. Es fehlt die Information, dass ihnen bei Hinzutreten einer weiteren MdE von 10 % eine Rente zusteht (Stützrententatbestand).

### Maßnahmen nach § 3 BKV

Im § 3 der BKV ist der Anspruch der Versicherten auf Übergangsleistungen im Arbeitsleben durch die UVT mit allen geeigneten Mitteln bei einer drohenden oder eingetretenen BK verankert. Dennoch sehen wir regelmäßig Fälle, in denen insbesondere eine berufliche Umschulung von UVT abgelehnt wird. Als Gründe geben die UVT unverhältnismäßig hohe Kosten, fehlende Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit (nach Entfallen des Unterlassungszwanges zukünftig weniger relevant) oder außerberufliche Teilursachen für die Entstehung der Erkrankung an. Auch ein Alter von über 50 Jahren ist erfahrungsgemäß ein Ablehnungsgrund für die Finanzierung einer Umschulung oder beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen, da hier aus den Ausgaben und den Einkünften aus der versicherten Tätigkeit kein wirtschaftli-

cher Gewinn bis zum Ruhestand mehr erwartet wird. Bei der Wahl geeigneter Mittel ist dem UVT ein Ermessen nach den Geboten der Wirtschaftlichkeit und Verhältnismäßigkeit aber nur dann einzuräumen, wenn zwischen mehreren geeigneten Maßnahmen zu entscheiden ist [69]. Eine solche Konstellation ist in *Fall 4* in **Tab. 4** dargestellt. Außer der Finanzierung einer beruflichen Weiterqualifizierung kann hier keine andere geeignete Maßnahme abgeleitet werden.

### Gutachterausswahl und Qualitätskontrolle

Das ärztliche Zusammenhangsgutachten spielt bei der Verwaltungsentscheidung über die Anerkennung einer BK eine zentrale Rolle [54]. Die Auswahl des Gutachters hat dabei praktisch die Funktion eines verfahrensentscheidenden Präjudiz [23, 59, 64]. Den UVT wird seit Jahren vorgeworfen, sie steuern den Verfahrensausgang, indem sie Gutachter mit hohen Ablehnungsquoten auswählen [23, 24].

Im Jahr 1997 hat der Gesetzgeber die UVT verpflichtet, den Versicherten das

Recht zur Auswahl des Zusammenhangsgutachters zu gewähren (**Infobox 1**).

Dazu schlägt der UVT dem Versicherten 3 Gutachter vor. Der Versicherte kann auch einen anderen Gutachter benennen. Die UVT folgen dem Gutachterwunsch des Versicherten, „wenn die Eignung dieses Arztes als Gutachter nachgewiesen ist“ [41]. Die Landesverbände der DGUV führen ein gemeinsames Verzeichnis der „Gutachter für Berufskrankheiten“, auf das die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verweist [5]. Auch auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM) sind zertifizierte Gutachter aufgeführt. Wir sehen im Rahmen unserer Tätigkeit Ablehnung von BKen durch UVT allein auf der Basis beratungsärztlicher Stellungnahmen zum Ursachenzusammenhang, ohne dass den Versicherten die Wahl eines Gutachters ermöglicht wurde (siehe auch Abschn. „Beauftragung beratender Ärzte als Gutachter“).

**Tab. 3** Häufige Fallkonstellationen mit Überschreitung beratungsärztlicher Kompetenz

Nr.	Fallkonstellation	Erläuterung
1	Der beratende Arzt beurteilt ohne Kenntnis der beruflichen Exposition den Zusammenhang nach Aktenlage	Der beratende Arzt nimmt eine Begutachtung vorweg, indem er allein auf Basis medizinischer Unterlagen den Ursachenzusammenhang beurteilt. Nur wenn er eine Berufskrankheit für wahrscheinlich hält, werden Ermittlungen zur beruflichen Exposition bzw. ein Zusammenhangsgutachten veranlasst. Liegen persönliche Risiken vor bzw. sieht er keinen Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit, wird seine Stellungnahme von der Unfallversicherungsträger(UVT)-Verwaltung als Grundlage für den Ablehnungsbescheid eingesetzt. <sup>a</sup> Dies widerspricht der Vereinbarung zur Abgrenzung zwischen einer beratungsärztlichen Stellungnahme und gutachterlicher Tätigkeit (■ <b>Infobox 3</b> )
2	Der beratende Arzt erstattet eine „beratungsärztliche Stellungnahme zum Krankheitsbild“. In der Regel äußert er sich zum Ursachenzusammenhang und lehnt die medizinischen BK-Voraussetzungen sowie weitere Ermittlungen (z. B. zur Exposition) ab	Der beratende Arzt untersucht den Versicherten, veranlasst Röntgenuntersuchungen und wertet sie aus, beurteilt konkurrierende Faktoren und nimmt ohne Kenntnis der Exposition zum Zusammenhang Stellung. Dabei ordnet er z. B. die Konstellationen B2/B3 nach den Konsensempfehlungen für die BK 2108 spekulativ zu. Der Versicherte, der vom UVT zur „Untersuchung“ bzw. „Beratung“ einbestellt wird, dürfte keinen Unterschied zu einer Zusammenhangsbegutachtung erkennen. Die Rechtsauffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten lautet: Bei ärztlicher Beurteilung nach körperlicher Untersuchung ist von einer gutachterlichen Tätigkeit auszugehen, auch bei Diagnosesicherung. <sup>b</sup> Damit wäre § 200 Abs. 2 SGB VII zu beachten (■ <b>Infobox 1</b> )
3	Der beratende Arzt urteilt auf der Grundlage unzureichender medizinischer Befunde oder er überschreitet seine fachliche Kompetenz	Der beratende Arzt teilt dem UVT mit, dass medizinische Voraussetzungen (z. B. asbestbedingte Veränderungen der Lunge) nicht vorliegen. Das radiologische Bildmaterial, die Betrachtungstechnik und/oder die Qualifikation des beratenden Arztes entsprechen nicht den Begutachtungsempfehlungen
4	Der beratende Arzt fungiert als letzte gutachterliche Instanz	Der beratende Arzt soll Stellung zum Zusammenhangsgutachten nehmen. Bei fehlender Schlüssigkeit, besonders wenn eine BK, ggf. mit Rente, empfohlen wird, erstellt er ein Zusammenhangsgutachten nach Aktenlage. Faktisch kommt ihm die Rolle des entscheidenden Gutachters zu, der dem Versicherten nicht vorgeschlagen wurde. Nur selten empfiehlt er eine ergänzende Stellungnahme bzw. ein weiteres Gutachten
5	Der beratende Arzt entscheidet maßgeblich über die Höhe der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	In der Regel folgt der UVT der Empfehlung des beratenden Arztes zur MdE-Höhe. Da diese über die Gewährung einer Rente entscheidet, sollte der Versicherte auch hier das Recht zur Gutachterausswahl haben. <sup>c</sup> Beratende Ärzte reduzieren auch die vom Gutachter empfohlene MdE. Die niedrigere MdE wird vom UVT übernommen. Eine Rücksprache mit dem Gutachter erfolgt häufig nur nach Aufforderung des Gewerbeärztes

<sup>a-c</sup>Die gewerbeärztlichen Erfahrungen entsprechen den Interpretationen des Bundesdatenschutzbeauftragten, <sup>a</sup>[16], <sup>b</sup>[10], <sup>c</sup>[13]

## Angaben der Unfallversicherungsträger

In ■ **Tab. 2** sind Antworten der UVT-Institutionen auf unsere Umfrage zusammenfassend deskriptiv dargestellt, die einen Überblick über den Prozess der Gutachterausswahl und Qualitätskontrolle gewähren.

Unsere Fragen, die jedem UVT und den Landesverbänden separat gestellt wurden, hat die DGUV für die gewerblichen UVT (BG Bau, BG ETEM, BGHM, BGHW, BGN, BG RCI, BG Verkehr, BGW und VBG) und die Lan-

desverbände „koordiniert“ beantwortet. Von 21 befragten Unfallkassen haben 6 nicht geantwortet bzw. die Antwort verweigert, da unsere Fragen interne Verwaltungsabläufe betreffen würden. Nach Auskunft der DGUV orientieren sich die BK-Sachbearbeiter im Wesentlichen am gemeinsamen Gutachterverzeichnis der Landesverbände. Eine Unfallkasse hat uns mitgeteilt: „Jeder UVT führt eigene Gutachterlisten.“ Fast alle UVT verneinten in unserer Umfrage eine Auswertung der Begutachtungsergebnisse bezogen auf einzelne Gutachter.

## Gewerbeärztliche Erfahrungen

Im Rahmen unserer Mitwirkung in BK-Verfahren stellen wir häufig Qualitätsmängel beratungsärztlicher Stellungnahmen und Gutachten fest. Bei bestimmten BKen (besonders bei den BK-Nrn. 2102/2112, 2108/2110 und den Krebserkrankungen) findet nach unserer Erfahrung eine Bevorzugung von Gutachtern statt, die in einem Vertragsverhältnis mit dem UVT stehen wie beratende Ärzte

oder Ärzte, die in berufsgenossenschaftlichen Institutionen bzw. privaten Gutachteninstituten tätig sind.

## Beauftragung beratender Ärzte als Gutachter

Die UVT verpflichten Ärzte, die den Sachbearbeiter im BK-Feststellungsverfahren beraten sollen. Informationen zu beratenden Ärzten werden nicht bekannt gegeben. Obwohl UVT die Auffassung vertreten, dass Zusammenhangsbegutachtung nicht zu den Aufgaben der beratenden Ärzte gehört [18], ist ihre Beauftragung als Gutachter zu komplexen Fragen alltägliche Praxis. So wird bei einigen UVT insbesondere bei der BK-Nr. 1318 nahezu ausschließlich derselbe Gutachter beauftragt, der auch als beratender Arzt bei denselben UVT tätig ist.

Die Entscheidung, ob eine beratungsärztliche Stellungnahme oder ein Gutachten in Auftrag gegeben wird, liegt ausschließlich im Ermessen des UVT [15]. Typische Überschreitungen der beratungsärztlichen Kompetenz sind in

### Infobox 1 SGB VII, § 200, Abs. 2 – Einschränkung der Übermittlungsbefugnis

Vor Erteilung eines Gutachtauftrages soll der Unfallversicherungsträger dem Versicherten mehrere Gutachter zur Auswahl benennen; die betroffene Person ist außerdem auf ihr Widerspruchsrecht nach § 76 Abs. 2 des Zehnten Buches hinzuweisen und über den Zweck des Gutachtens zu informieren.

**Tab. 4** Fallbeispiele für fehlerhafte beratungsärztliche oder gutachterliche Beurteilung

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Misstand
<p><i>Fall 1 – BK 1301</i></p> <p>68-jähriger Versicherter ist an einem multilokulären Harnblasenkarzinom erkrankt. Als Maurer in einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft hat er Dächer mit Heißeer ausgebessert und war in 12 Jahren &gt; 3000 h gegenüber 2-Naphthylamin exponiert. Beratungsärztlich wird die kumulative 2-Naphthylamin-Dosis mit <math>\approx 1</math> mg berechnet und der berufliche Zusammenhang mit Verweis auf die von Weiß et al. [74] vorgeschlagene Verdoppelungsdosis von 6 mg als wenig wahrscheinlich bezeichnet.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt eine Begutachtung.</p> <p>Die Gutachter und Autoren der o. g. Publikation bewerten die Exposition jedoch als ausreichend und empfehlen eine BK-Anerkennung mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50 %. Der Unfallversicherungsträger (UVT) folgt dieser Empfehlung.</p>	Fehlerhafte Berechnung der Exposition durch den Beratungsarzt
<p><i>Fall 2 – BK 2101 und 2113</i></p> <p>56-jährige Versicherte beklagt seit 2017 Beschwerden des rechten Ellenbogens und der rechten Hand. Als Fußpflegerin verrichtet sie seit 1998 ca. 90 % der Arbeit mit angewinkelttem rechtem Arm. 2017 Sicherung einer Epicondylitis humeri radialis mit Operation rechts und Karpaltunnelsyndrom (CTS) bds. Der beratende Arzt verneint einen Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und den o. g. Erkrankungen.</p> <p>Der Gewerbearzt bemängelt, dass der UVT die berufliche Belastung nicht ermittelt und der Beratungsarzt seine Kompetenz überschritten hat.</p> <p>Daraufhin veranlasste Ermittlungen des Technischen Aufsichtsdienstes (TAD) ergeben repetitive Belastungen des rechten Handgelenks und der Sehnen [3] sowie das Vorliegen arbeitstechnischer Voraussetzungen i. S. der BKen 2101 und 2113 für die rechte Hand. Der UVT erkennt nach gewerbeärztlichem Gutachten eine BK 2101 als Versicherungsfall (nach Aufgabe der Tätigkeit als BK) und BK 2113 (CTS bds.) an</p>	Unkenntnis der Kausalitätsgrundsätze beim Beratungsarzt
<p><i>Fall 3 – BK 2102</i></p> <p>55-jähriger Maurer und Fliesenleger mit Kniebeschwerden bei Innenmeniskusschäden bds. Der beratende Arzt lehnt einen Ursachenzusammenhang ab, da der 5-jährige Zeitraum zwischen dem Ende der Fliesenlegertätigkeit und Erkrankungsbeginn zu lang sei. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt macht den UVT auf die fehlende Berücksichtigung von Zeiten mit kniender Tätigkeit aufmerksam und weist darauf hin, dass eine 5-jährige Latenz nicht zwingend gegen eine BK spricht, da lt. Merkblatt ein chronischer Meniskusschaden lange Zeit nicht bemerkt werden kann. Er fordert Ermittlungen des TAD und eine Zusammenhangsbegutachtung.</p> <p>Es stellt sich heraus, dass der Versicherte &gt; 30 Jahre lang bis zur Feststellung der Meniskusschäden kniebelastend tätig war. Der Gutachter empfiehlt die Anerkennung einer BK 2102 mit einer MdE von &lt; 10 %. Der Gewerbearzt schließt sich dem Gutachter an, und es erfolgt die Anerkennung als BK</p>	Unzutreffende Bewertung der Exposition durch den Beratungsarzt
<p><i>Fall 4 – BK 2103</i></p> <p>56-jähriger Drechsler, seit 35 Jahren Bearbeitung von Motorenmanschetten aus Verbundmaterialien. 2016 Lunatumnekrose rechts, 8-wöchige Ruhigstellung des Handgelenks mit Besserung der Symptome im Einklang mit MRT-Befund. Unfallchirurgische und radiologische Bestätigung der Diagnose an Uni-Kliniken. Der TAD lehnt arbeitstechnische Voraussetzungen ab, da die Schwingungen vergleichbar mit rotierenden zahnärztlichen Instrumenten seien. Der Gutachter einer UVT-Klinik kann nach 9 Monaten Expositionskaenz die Diagnose nicht bestätigen; Fremdbefunde werden nicht berücksichtigt. BK und § 3-Maßnahmen seien nicht begründbar. Der UVT möchte der Ablehnungsempfehlung folgen.</p> <p>Der Gewerbearzt sichert in Gegenwart des Versicherten und einer Aufsichtsperson des UVT am Arbeitsplatz eine grobfrequente Erschütterung der werkzeugführenden Hand. Die Belastung ist konform mit dem Merkblatt. Der Gewerbearzt erstattet ein wissenschaftliches Zusammenhangsgutachten auf Basis eigener Ermittlungen und aller medizinischen Befunde und empfiehlt eine BK 2103 und § 3-Maßnahmen mit Arbeitsplatzumsetzung.</p> <p>Der UVT erkennt eine BK an. Empfohlene § 3-Maßnahmen wurden jedoch nicht umgesetzt</p>	Fehlende Berücksichtigung von Vorbefunden durch den Gutachter
<p><i>Fall 5 – BK 2105</i></p> <p>46-jähriger Fußbodenleger mit chronischer Bursitis im linken Knie. Der Beratungsarzt des UVT sieht das Krankheitsbild für BK 2105 als nicht gegeben an und äußert sich zum Zusammenhang, obwohl Ermittlungen zur beruflichen Exposition fehlen. Der UVT möchte daraufhin eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt sieht die medizinischen Voraussetzungen als gegeben an, empfiehlt TAD-Ermittlungen und eine orthopädische Begutachtung.</p> <p>Der TAD stellt schleimbeutelbelastende Körperhaltungen seit 23 Jahren fest. Der orthopädische Gutachter empfiehlt eine BK-Anerkennung ohne MdE. Der Gewerbearzt empfiehlt jedoch eine MdE von 10 %, da dem Versicherten lt. Gutachten kniende Tätigkeiten verschlossen sind. Der Anerkennungsbescheid wird ohne Beteiligung des Rentenausschusses und ohne Erwähnung einer MdE von 10 % erlassen</p>	Unkenntnis des Krankheitsbildes beim Beratungsarzt Äußerung des Beraters zum Kausalität

■ **Tab. 3** an Beispielen von beobachteten Fallkonstellationen dargestellt.

Im Falle einer vom Gutachter empfohlenen BK-Anerkennung mit rentenberechtigender MdE fungieren einige beratende Ärzte als Quasi-Obergutach-

ter. Unter Bezug auf die beratungsärztliche Stellungnahme schließt die UVT-Verwaltung das BK-Verfahren in der Regel mit einem Ablehnungsbescheid ab, selbst wenn das Ergebnis im Widerspruch

zu DGUV-Begutachtungsempfehlungen steht.

Bei Beratungsärzten und Gutachtern in privaten Gutachteninstituten fällt häufig auf, dass sie persönliche Risiken der Versicherten in den Vordergrund stel-

Tab. 4 (Fortsetzung)

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Misstand
<p><i>Fall 6 – BK 2108</i></p> <p>57-jähriger Versicherter mit rezidiv. Radikulärsyndrom bei Bandscheibenvorfällen der 3 unteren LWS-Segmente und tiefer LWS-Skoliose. Während 38-jähriger Tätigkeit als Fleischer/-meister Belastung der Wirbelsäule durch Tragen von Schweinehälften und Rindervierteln auf der Schulter und von schweren Kisten. Der TAD ermittelt eine außergewöhnlich hohe Exposition (69,2 Mega-Newton-Stunden). Der Gutachter einer UVT-Klinik und Mitautor der Konsensempfehlungen [21] empfiehlt die BK-Anerkennung mit einer MdE von 20 %. Die grenzwertige Skoliose sei zwar als konkurrierender Faktor zu berücksichtigen, bei der besonders hohen Exposition spräche jedoch mehr für den Zusammenhang als dagegen. Der UVT bittet seinen beratenden Radiologen, Stellung zur Verursachung des Rückenleidens durch die Skoliose zu nehmen. Dieser sieht die Skoliose als Ursache der Bandscheibenschäden an. Der UVT möchte daraufhin eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt fordert die Einwände des beratenden Arztes dem Gutachter vorzulegen. Dieser begründet seine Entscheidung und empfiehlt die BK 2108 anzuerkennen. Der UVT erkennt die BK an</p>	Unkenntnis der Kausalitätsgrundsätze beim Beratungsarzt
<p><i>Fall 7 – BK 2112</i></p> <p>74-jähriger Versicherter, seit 2003 zunehmende Schmerzen im rechten Knie. Tätigkeiten 1959–65 und 1974–2007 als Schlosser, vorwiegend bei Instandsetzung von Lkw. In der Röntgenuntersuchung Aufhebung des medialen und lateralen Kniegelenkspalts rechts (Kellgren IV), Kniegelenkersatz 2017, keine relevanten Auffälligkeiten links. Der TAD dokumentiert rechtsseitiges Knie in 80 % der Arbeitszeit beim Wechseln von Rädern, Bremsen, Radlager. Für 1975–2003 werden 17.425 (Richtwert: 13.000) Kniebelastungsstunden berechnet. Der unfallchirurgische Gutachter eines privaten Gutachteninstituts stellt eine „idiopathische Gonarthrose“ rechts fest; einseitige Gonarthrose sei als BK „grundsätzlich nicht wahrscheinlich zu machen“. Ein beratender Arzt bestätigt dies. Der UVT möchte den Empfehlungen folgen.</p> <p>Der Gewerbearzt weist auf fehlende Anamnese des Gutachters zur einseitigen Kniebelastung, entsprechende Angaben des Versicherten und des UVT, die Voraussetzungen in der wissenschaftlichen Begründung zur BK 2112 und die Rechtsprechung hin und empfiehlt eine orthopädische Begutachtung in einer spezialisierten Uni-Klinik.</p> <p>Der Gutachter dieser Klinik bestätigt die gewerbeärztliche Beurteilung und empfiehlt eine BK mit einer MdE von 30 %. Der beratende Arzt revidiert seine Meinung. Der UVT erkennt eine BK 2112 an</p>	Unvollständige Anamnese des Gutachters Unkenntnis der Kausalitätsgrundsätze beim Gutachter und Beratungsarzt
<p><i>Fall 8 – BK 2113</i></p> <p>52-jähriger Straßenbauer mit CTS bds., Z. n. Operation links mit fortbestehenden Symptomen. Der TAD ermittelt 17 Jahre repetitive Belastungen im Kanalbau und als Pflasterer mit Schwingungen bei Bedienung von Pressluftschlämmern. Circa 11 Jahre nach Aufnahme der Tätigkeit begannen die Beschwerden. Der neurologische Gutachter empfiehlt eine BK mit einer MdE von 20 % auf seinem Fachgebiet. Der beratende Arzt des UVT lehnt eine BK ab, da ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Auftreten des CTS und der beruflichen Einwirkung bestehen müsse.</p> <p>Der Gewerbearzt widerspricht dieser Auffassung, für die sich in der wiss. Begründung und in einer DGUV-Handlungsanleitung keine Evidenz findet. Er empfiehlt eine BK 2113 mit einer MdE von 10 %.</p> <p>Der UVT lehnt die Anerkennung ab. Dem Gutachter wird keine Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben. Die gewerbeärztliche Beurteilung wird im Ablehnungsbescheid nicht erwähnt</p>	Unkenntnis der Kausalitätsgrundsätze beim Beratungsarzt Der Beratungsarzt fungiert als der entscheidende Gutachter
<p><i>Fall 9 – BK 4103</i></p> <p>46-jähriger Zimmermann. BK-Verdacht wegen auffälligem Thorax-Röntgen-Befund. Der Radiologe bestätigt in der 5-mm-Spiral-CT verdächtige Pleuraverdickungen bds. Der beratende Arbeitsmediziner des UVT sieht allenfalls grenzwertige Befunde „aus denen sich später eventuell Plaques entwickeln könnten“. Der UVT möchte ohne Ermittlungen zur Asbestexposition und ohne High-resolution(HR)CT eine BK ablehnen.</p> <p>Gewerbeärztlich empfohlene Ermittlungen ergeben eine berufliche Asbestexposition und in der HRCT asbesttypische Pleura-Veränderungen gem. Falkensteiner Empfehlung [35].</p> <p>Der UVT erkennt nun eine BK an</p>	Unkenntnis des Krankheitsbildes beim Beratungsarzt
<p><i>Fall 10 – BK 4104</i></p> <p>78-jähriger Versicherter, ehem. Raucher, fortgeschrittenes Lungenkarzinom. Der TAD ermittelt 6,6 Asbestfaserjahre (AFJ) als Maurer (Zuschnitt von Wellasbestplatten, Arbeit mit Spritzasbest). Der beratende Pneumologe beurteilt vorhandene CT-Bilder und verneint asbestbedingte Veränderungen. Da die CT in 5-mm-Schichten erfolgt ist, empfiehlt er aber eine HRCT gem. Falkensteiner Empfehlung [35]. In der HRCT beschreibt ein Radiologe Pleuraschwien und -plaques. Der Beratungsarzt sieht im HRCT keine Asbestinhalationsfolgen; der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt weist auf die Diskrepanz hin und empfiehlt eine radiologische Begutachtung.</p> <p>Ein spezialisierter Radiologe stellt Pleuraverkalkungen links und hyaline Plaques rechts als Brückenbefunde fest. Der Gewerbearzt empfiehlt eine BK 4104.</p> <p>Der UVT erkennt diese mit einer MdE von 100 % an</p>	Unkenntnis des Krankheitsbildes beim Beratungsarzt

len und die für eine BK sprechenden Sachverhalte kaum beachten. Als Gründe für BK-Ablehnungen werden von diesen Ärzten eigene praktische, von der wissenschaftlichen Literatur abweichende Erfahrungen angeführt (z. B. *Fall 7* in [Tab. 4](#)). Fehlende Ermittlungen zur be-

ruflichen Exposition oder medizinische Untersuchungen werden häufig nicht benannt (z. B. 2. und 3. Zusatzkriterium der Konstellation B2 bei der BK 2108 [21] oder eine HRCT („high-resolution computed tomography“, hochauflösende Computertomographie) der Lunge bei

den BKen 4103 und 4104). Empfiehlt der Gewerbearzt weitere Ermittlungen, eine Zusammenhangsbegutachtung bzw. eine ergänzende Stellungnahme des Gutachters, führt dies in vielen Fällen zur Anerkennung von BKen, wie unsere Fallbeispiele in [Tab. 1](#) und [4](#) zeigen.

**Tab. 4** (Fortsetzung)

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Misstand
<p><i>Fall 11 – BK 4104</i></p> <p>57-jähriger Bauarbeiter. Plattenepithelkarzinom der Lunge, Raucher (42 Packungsjahre). Der TAD ermittelt für 11 Jahre, in denen der Versicherte Wellasbestplatten auf Dächern gereinigt/beschichtet hat, 0,1 AFJ. Der beratende Pneumologe des UVT sieht in den CT (5-, 2- und 0,75-mm-Rekonstruktionen) keine Brückenbefunde, ICOERD-Befund fehlt. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt eine HRCT im Rahmen der Verlaufskontrolle mit radiologischer Befundung gem. Falkensteiner Empfehlung [35]. Der UVT verweist auf den Befund des Beratungsarztes und lehnt weiterhin eine BK ab. Daraufhin verweigert der Gewerbearzt eine abschließende Stellungnahme wegen Nichtbefolgung seines Ermittlungsvorschlages durch UVT. Nun beauftragt der UVT einen Radiologen mit der Begutachtung. Dieser sieht eine Pleuraverkalkung i. S. eines Brückenbefundes und empfiehlt eine Anerkennung, der sich der beratende Arzt und der Gewerbearzt anschließen. Der UVT erkennt eine BK 4104 mit einer MdE von 100 % an</p>	<p>Unkenntnis der Falkensteiner Empfehlung [35] beim Beratungsarzt</p>
<p><i>Fall 12 – BK 4301</i></p> <p>29-jährige Schäferin, seit 5 Jahren berufstätig, mit Rhinopathie bei Typ-I-Allergie gegen Schafantigene.</p> <p>Der beratende Arzt teilt dem UVT mit, dass das Vollbild einer BK 4301 noch nicht vorliege. Es drohe jedoch deren Entstehung, deshalb empfiehlt er § 3-Maßnahmen. Der UVT beabsichtigt eine BK und die Gewährung von Berufshilfemaßnahmen abzulehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass bereits bei Rhinopathie die medizinischen Voraussetzungen vorliegen und empfiehlt die BK-Anerkennung mit einer MdE &lt; 10 % und § 3-Maßnahmen.</p> <p>Der UVT erkennt eine BK 4301 mit §3-Maßnahmen an</p>	<p>Unkenntnis des Kausalitätsbildes beim Beratungsarzt</p>
<p><i>Fall 13 – BK 4302</i></p> <p>56-jähriger Maler und Lackierer mit Belastungsdyspnoe und arbeitsplatzbezogener Zunahme der Beschwerden bei COPD GOLD IV. Der beratende Arzt des UVT sieht das Rauchen (3 Zig./Tag) als Ursache der COPD an und lehnt eine BK ab, obwohl kaum Unterlagen vorliegen.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt weitere Ermittlungen. Diese ergeben eine 40-jährige Exposition gegenüber Lacken, Lösungsmitteln, Rauchen, Epoxidharzen u. a. lungenreizenden Arbeitsstoffen.</p> <p>Eine Begutachtung bestätigt einen Zusammenhang i. S. der Krankheitsentstehung; das Rauchen sei von geringer Bedeutung. Es erfolgt die Anerkennung einer BK 4302 mit einer MdE von 80 %</p>	<p>Beratungsärztliche Beurteilung trotz fehlender Ermittlungen zur Exposition</p> <p>Unkenntnis der Kausalitätsgrundsätze beim Beratungsarzt</p>
<p><i>Fall 14 – BK 4301/4302</i></p> <p>Ein Elektromechaniker entwickelt mit 35 Jahren eine chronische obstruktive Atemwegserkrankung nach 15-jähriger Exposition gegenüber allergisierenden/irritativen Stoffen (u. a. Kolophonium, Isocyanate, Säureanhydride). Die arbeitstechnischen Voraussetzungen werden vom UVT als erfüllt bewertet. Ein Gutachter einer UVT-Klinik stellt unter antiobstruktiver Medikation lediglich eine bronchiale Hyperreagibilität fest und lehnt eine BK ab.</p> <p>Der Gewerbearzt weist auf die Missachtung der Anforderungen der Reichenhaller Empfehlung [36] hin und empfiehlt eine Neu-Begutachtung, da der Gutachter 4 Asthmaanfalle im Zeitraum 2007–15 nicht berücksichtigt hat.</p> <p>Bei einer Begutachtung in einem Krankenhaus schließt sich ein Pneumologe dem Erstgutachter an und argumentiert, dass eine Obstruktion bei der Untersuchung unter Medikation ebenfalls nicht vorlag sowie IgE-Antikörper gegenüber Isocyanaten nicht nachweisbar sind. Der Gutachter merkt an, dass eine Tätigkeitsaufgabe nicht erfolgte, da der Versicherte immer noch im selben Betrieb tätig ist.</p> <p>Der Gewerbearzt führt hier die Missachtung der Begutachtungsempfehlungen in 7 Punkten an und weist darauf hin, dass die Sensitivität bei der Bestimmung von spez. Antikörpern gegenüber Isocyanaten bei 5–20 % liegt (BK-Merkblatt 1315). Die Tätigkeitsaufgabe sei durch eine innerbetriebliche Umbesetzung an einen Büroarbeitsplatz bereits im Jahr der BK-Anzeige erfolgt.</p> <p>Ein beratender Pneumologe des UVT schließt sich der Beurteilung des Gewerbearztes an, kann eine Abgrenzung der BKen 4301/4302 aber nicht vornehmen. Auf dieser Grundlage erkennt der UVT nach über 4-jähriger Verfahrensdauer eine BK 4301/4302 mit einer MdE von 20 % an</p>	<p>Fehlende Berücksichtigung von Vorbefunden durch den Gutachter</p> <p>Missachtung der Begutachtungsempfehlung</p> <p>Unkenntnis der Kausalität durch die Gutachter</p>
<p><i>Fall 15 – BK 5103</i></p> <p>58-jähriger Versicherter mit einem Plattenepithelkarzinom am linken Arm und Lungenmetastasen, zwischenzeitlich am Krebs verstorben. Während der Tätigkeit als Gärtner, später als Dachdecker bestand eine berufliche solare UV-Strahlenexposition &gt; 40 % der Lebensbelastung. Der Gutachter einer Uni-Klinik empfiehlt eine BK 5103 mit einer MdE von 100 %. Der beratende Arzt des UVT sieht keinen ursächlichen Zusammenhang, da beim Versicherten keine chronischen Lichtschäden bestanden hätten. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt die Anerkennung, da chronische Lichtschäden keine Voraussetzung sind. Der UVT erkennt nun eine BK 5103 an</p>	<p>Unkenntnis der Begutachtungsempfehlung beim Beratungsarzt</p>

### Wahl des Gutachters durch Versicherte.

Versicherte können sich bei ihrer Gutachterwahl lediglich an akademischen Titeln und Tätigkeitsort des Gutachters (Praxis, Gutachteninstitut, Klinik, Universität) orientieren. Hinweise auf wirtschaftliche Abhängigkeit des Gutachters

vom beauftragenden oder einem anderen UVT (siehe auch Bayerisches LSG, Az.: L 2 SF 64/13 B) fehlen in der Regel.

Meistens wählen Versicherte den örtlich nächstgelegenen Gutachter. Von ihrem Recht, einen eigenen Gutachter vorzuschlagen (siehe auch [Infobox 1](#)), ma-

chen sie nur sehr selten Gebrauch. Im Rahmen unserer Bearbeitung von BKen und bei der Zusammenarbeit mit staatlichen Beratungsstellen für Versicherte beobachten wir Fälle, in denen Versicherte von BK-Sachbearbeitern beeinflusst werden, bestimmte Gutachter zu

**Tab. 5** Fallbeispiele für häufige Missstände in den Unfallversicherungsträger(UVT)-Verwaltungen

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Fehler der Verwaltung
<p><i>Fall 1 – BK 1301 bzw. BK 91 BKVO-DDR</i></p> <p>73-jähriger Versicherter erleidet nach 30 Jahren ein Harnblasenkarzinom-Rezidiv. Es erfolgt die Anlage und wegen Komplikationen Neuanlage eines Ileumkonduits sowie Versorgung mit Dauerkatheter. Tätigkeit als Maurer in einer landwirtschaftlichen Produktionsgenossenschaft (LPG), u. a. 14 Jahre lang mit Heißeer beim Eindecken von Dächern und Staufferfett bei Wartung von Baumaschinen. Laut Technischem Aufsichtsdienst (TAD) lag eine Exposition gegenüber aromatischen Aminen (AA) vor. Der UVT möchte eine BK ablehnen, da es sich um ein Tumorrezidiv handele und der Versicherte Raucher sei. Eine AA-Exposition sei nicht im Vollbeweis gesichert.</p> <p>Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass eine langjährige Exposition vorlag und empfiehlt eine Begutachtung.</p> <p>Der Gutachter bewertet die berufliche Exposition als wesentliche Teilursache. Er empfiehlt die Anerkennung des Primärkarzinoms und des Rezidivs als BK mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 100 %. Der UVT erkennt eine BK an</p>	<p>Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen (wesentliche Teilursache)</p> <p>Falsche Interpretation der TAD-Ergebnisse</p> <p>Keine Einholung med. Sachverständes</p>
<p><i>Fall 2 – BK 1301</i></p> <p>76-jähriger Versicherter mit einem Harnblasenkarzinom, Nichtraucher. Er war überwiegend in der Landwirtschaft als Traktorist und Tierpfleger tätig. Eine BK 1318 ist anerkannt. Er war 1958–61 außerhalb der Zuständigkeit des UVT im Straßenbau (Schwarzdecken) tätig. Expositionsermittlungen hierzu fehlen. Der UVT möchte eine BK wegen fehlender Exposition ablehnen.</p> <p>Nach gewerbeärztlicher Beanstandung stellt der zuständige TAD 51 Benzo(a)pyren(BaP)-Jahre sowie eine Exposition von 200 Tagen/Jahr gegenüber Heißeer (AA) fest.</p> <p>Der Zusammenhangsgutachter empfiehlt die Anerkennung einer BK mit einer MdE von 50 %. Der UVT erkennt daraufhin eine BK 1301 an</p>	<p>Gesamtschau aller Expositionen fehlt, dadurch Übersehen einer ausreichenden Exposition</p>
<p><i>Fall 3 – BK 1301</i></p> <p>Der Versicherte erkrankte mit 66 Jahren an einem Urothelkarzinom des Nierenbeckens. Die Niere wurde entfernt. Als Maler war er 21 Jahre lang bis 5 % der Arbeitszeit im Sommer gegenüber 2-Naphthylamin beim Anstrich von Zäunen/Carports mit Carbolineum exponiert. Eine Berechnung der Dosis sei lt. TAD nicht möglich. Der UVT-Gutachter bewertet die Exposition als gering und das Rauchen (22,5–44 Packungsjahre) als ursächlich. Der UVT möchte eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt schätzt die Exposition als sehr hoch ein und empfiehlt eine wissenschaftliche Begutachtung.</p> <p>Der Zusammenhangsgutachter schätzt die dermale Aufnahme von 2-Naphthylamin auf 12,6–24,4 mg, bewertet die berufliche Exposition als eine wesentliche Teilursache und empfiehlt die Anerkennung einer BK mit einer MdE von 80 %. Der UVT folgt dieser Empfehlung</p>	<p>Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen (wesentliche Teilursache)</p>
<p><i>Fall 4 – BK 1318</i></p> <p>63-jähriger Versicherter, Marginalzonen-Lymphom, Bauschlosser- und Dachdeckertätigkeit. Weil nur 5,3 statt der aus Sicht des UVT erforderlichen <math>\geq 12</math> ppm-BJ nachgewiesen seien, möchte der UVT eine BK ablehnen. In der TAD-Stellungnahme sind jedoch 15,1 ppm-BJ ausgewiesen.</p> <p>Der Gewerbearzt weist darauf hin und empfiehlt eine Anerkennung als BK 1318 sowie eine Begutachtung zur Feststellung der MdE.</p> <p>Die Verwaltung räumt ihr Versehen ein und veranlasst die Begutachtung. Der Gutachter empfiehlt die Anerkennung mit einer MdE von 50 %. Der UVT folgt dieser Empfehlung</p>	<p>Gesamtschau aller Expositionen fehlt, dadurch Übersehen einer ausreichenden Exposition</p>
<p><i>Fall 5 – BK 2102</i></p> <p>48-jähriger Straßenbauer mit Innenmeniskusschäden der Knie (links &gt; rechts). Der beratende Arzt veranlasst MRT, stellt medizinische Voraussetzungen fest und empfiehlt eine Begutachtung, falls arbeitstechnische Voraussetzungen vorliegen.</p> <p>Der TAD stellt meniskusbelastende Tätigkeiten als Pflasterer für 5–65 % der Schichten über 23 Jahre bis zum Erkrankungsbeginn fest. Der UVT möchte eine BK ablehnen, weil die arbeitstechnischen Voraussetzungen nicht vorliegen.</p> <p>Der Gewerbearzt widerspricht dem und empfiehlt eine Begutachtung.</p> <p>Der Gutachter empfiehlt die Anerkennung einer BK 2102 ohne MdE. Der UVT erkennt eine BK an</p>	<p>Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen</p> <p>Falsche Interpretation der TAD-Ergebnisse</p>
<p><i>Fall 6 – BK 2108</i></p> <p>62-jähriger Bauarbeiter, Radikulärsyndrom L4, Bandscheibendegeneration L3–L5. Der Präventionsdienst errechnet 53,4 MNh für 46-jährige Tätigkeit als Maurer und Einschaler. Der Gutachter empfiehlt die Anerkennung einer BK mit MdE von 20 %. Der beratende Arzt empfiehlt bei einer anderen Befundinterpretation eine Ablehnung. Der UVT möchte deshalb eine BK ablehnen.</p> <p>Der Gewerbearzt empfiehlt, die Stellungnahme des beratenden Arztes dem Gutachter vorzulegen. Der Gutachter begründet seine BK-Empfehlung ausführlich, der sich der Gewerbearzt anschließt. Nach 5 Monaten Nachfrage des Gewerbearztes zum Verfahrensausgang.</p> <p>Der UVT übersendet den 3 Monate zuvor erlassenen Ablehnungsbescheid ohne Rentenausschussbeteiligung. Gutachter- und Gewerbearzt-Empfehlungen sind nicht erwähnt</p>	<p>Vorlage der Einwände des beratenden Arztes beim Gutachter erst auf Aufforderung des Gewerbearztes</p> <p>Keine Mitteilung an den Gewerbearzt über abweichende Entscheidung</p>

Tab. 5 (Fortsetzung)	
Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Fehler der Verwaltung
<p><i>Fall 7 – BK 2108</i></p> <p>47-jähriger Transportarbeiter mit Bandscheibenvorfall im Segment L5/S1 und Protrusion im Segment L4/5. In der MRT Signalverlust der Bandscheibe L3/4. Der beratende Arzt sieht medizinische Voraussetzungen als nicht gegeben an, da ein monosegmentaler Bandscheibenvorfall vorliege. Der UVT möchte eine BK ablehnen. Dem Gewerbearzt werden die radiologischen Befunde, auf die sich der beratende Arzt des UVT bezieht, nicht vorgelegt. Er stellt fest, dass Messungen der Bandscheibenhöhe und Ermittlungen der Exposition fehlen. Damit wurde eine B2-Konstellation nicht geprüft. Er empfiehlt dem TAD die Überprüfung der arbeitstechnischen Voraussetzungen. Eine Woche später teilt der UVT dem Gewerbearzt mit, dass eine BK 2108 abgelehnt wurde. Der Rentenausschuss wurde nicht beteiligt</p>	Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen Missachtung der Ermittlungsvorschläge des Gewerbearztes
<p><i>Fall 8 – BK 2112</i></p> <p>58-jähriger Fußbodenleger, Gonarthrose bds., rechts ausgeprägter als links. Ohne Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen möchte der UVT eine BK 2112 ablehnen, weil nur eine einseitige Gonarthrose vorliege. Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass beide Kniegelenke Funktionseinschränkungen aufweisen und empfiehlt die Prüfung der arbeitstechnischen Voraussetzungen. Ermittlungen des UVT ergeben 42.616 h kniende Tätigkeit. Der unfallchirurgische Zusammenhangsgutachter empfiehlt die Anerkennung einer BK mit einer MdE von 20 %. Es erfolgt die BK-Anerkennung</p>	Fehlinterpretation medizinischer Befunde Keine Einholung medizinischen Sachverständigen
<p><i>Fall 9 – BK 4103</i></p> <p>68-jähriger Versicherter. Im Röntgenbild verkalkte Pleuraplaques bds. Die Anamnese ergibt Tätigkeiten u. a. als Schlosser in einer LPG, darunter 1984–87 Asbestexposition beim Wechseln von Bremsbelägen von Nutzfahrzeugen. Der Präventionsdienst errechnet 0,042 Asbestfaserjahre (AFJ). Der UVT möchte eine BK ablehnen wegen zu geringer Exposition. Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass es bei BK 4103 keine Mindestexposition gibt. Da diese über der Hintergrundbelastung liegt, sind arbeitstechnische Voraussetzungen erfüllt. Er empfiehlt eine Begutachtung. Es folgt eine Begutachtung und die BK-Anerkennung mit einer MdE &lt; 10 %</p>	Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen
<p><i>Fall 10 – BK 4103</i></p> <p>65-jähriger Arbeiter in der Kabelproduktion, Exposition gegenüber Talkum mit Asbestverunreinigung. Bei „Gesundheitsvorsorge“(GVS)-Kontrolle 2016 verdächtiger Befund der Lunge. Im High-resolution(HR)CT asbesttypische Lungen- und Pleuraveränderung. Der pneumologische Gutachter wertet die Lungenveränderungen ohne Kenntnis des HRCT-Befundes nicht als Asbestose. Der UVT möchte eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt empfiehlt eine erneute Bewertung aller radiologischen Befunde. Der Gutachter befürwortet jetzt die Anerkennung einer BK 4103. Der UVT erkennt nun eine BK ohne MdE an</p>	Unkenntnis der Anerkennungsvoraussetzungen Nichtbeachtung der Falkensteiner Empfehlung [35] Unvollständige Akte für den Gutachter
<p><i>Fall 11 – BK 4104 (fälschlich zunächst Ermittlungen zu BK 4103)</i></p> <p>72-jähriger Versicherter mit Lungenkarzinom; als Bauschlosser Zuschnitt von Asbestzementmaterial, lt. Präventionsdienst 25,4 AFJ. Der UVT möchte eine BK 4103 ablehnen, da lt. beratendem Pneumologen in der HRCT asbestbedingte Veränderungen fehlen (ICOERD und radiologischer Befund fehlen, lediglich das Kästchen „keine Veränderungen“ ist angekreuzt). Der Gewerbearzt empfiehlt die Anerkennung einer BK 4104 und rügt die Nichtbeachtung der Falkensteiner Empfehlung [35] durch den beratenden Arzt. Wegen der Exposition von &gt; 25 AFJ erfolgt eine BK-Anerkennung mit einer MdE von 100 %. Der UVT räumt ein Übersehen des Lungenkarzinoms ein</p>	Falsche BK ermittelt Nichtbeachtung der Falkensteiner Empfehlung [35] durch den beratenden Arzt
<p><i>Fall 12 – BK 4104</i></p> <p>57-jähriger Versicherter mit Kehlkopfkrebs. Für Isolierertätigkeit mit asbesthaltigen Dämmstoffen ermittelt der UVT 2,3 AFJ. In der radiologischen Stellungnahme verneint der beratende Arzt des UVT Brückenbefunde. Die Beurteilung bezieht sich auf eine Thorax-CT in 5-mm-Schichten und entspricht nicht der Falkensteiner Empfehlung [35]. Der Gewerbearzt empfiehlt eine HRCT in 1-mm-Schichten und eine radiologische Befundung. Nach 7 Monaten erfragt er den Bearbeitungsstand. Der UVT schickt einen Ablehnungsbescheid, der einen Monat nach der gewerbeärztlichen Empfehlung ohne weitere Ermittlungen erlassen wurde. Der Bescheid enthält die Aussage, dass der Gewerbearzt vor Entscheidung des UVT informiert wurde. Dies entspricht nicht der Wahrheit</p>	Nichtbeachtung der Falkensteiner Empfehlung [35] Nichtbefolgung gewerbeärztlicher Empfehlung

wählen. Dies wird mit „besonders guten Erfahrungen der Verwaltung“ mit diesen Gutachtern oder mit einer „Verfahrensbeschleunigung“ begründet. Oft handelt es sich bei diesen Gutachtern um beratende Ärzte des UVT.

### Fehlerhafte Beurteilung von BK-Fällen durch beratende Ärzte und Gutachter.

Die allgemeinen Anforderungen an Gutachter sind in den „Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten“ [56] aufgeführt und hier in der **Infobox 2** in gering gekürzter Form dargestellt.

In **Tab. 4** sind Missstände im Zusammenhang mit der Beurteilung von BK-Fällen durch beratende Ärzte und Gutachter aus gewerbeärztlicher Praxis dargestellt.

Von 15 in **Tab. 4** dargestellten Fallbeispielen basieren 10 beabsichtigte BK-Ablehnungen des UVT auf Fehlern beratender Ärzte. Es ist aber auch festzustel-

Tab. 5 (Fortsetzung)

Berufskrankheiten(BK)-Fall und -nummer	Fehler der Verwaltung
<p><i>Fall 13 – BK 4104</i></p> <p>65-jährige Versicherte erkrankt an einem Kehlkopfkarcinom. Totale Kehlkopfentfernung, „neck dissection“ bds. und Versorgung mit einer Sprechkanüle. 12 Jahre später werden Lungenmetastasen festgestellt und entfernt. Der TAD ermittelt 54 AFJ als Näherin asbesthaltiger Schutzkleidung. Bei der Begutachtung Angabe von Dyspnoe bei geringster Belastung, Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn. Der HNO-Gutachter, der auch beratender Arzt des UVT ist, empfiehlt die Anerkennung mit einer MdE von 70 %, ab dem Auftreten der Lungenmetastasen von 100 %. Der UVT erkennt eine BK 4104 mit einer MdE von 70 % an, weil nach der Entfernung der Lungenmetastasen bereits 6 Monate vergangen waren. Der Gewerbearzt kritisiert die schematische Herabsetzung der MdE und empfiehlt aufgrund des schlechten Allgemeinzustands der Versicherten eine MdE von 100 %.</p> <p>Ein beratender Arzt bestätigt eine MdE von 70 % nach Aktenlage. Der Gewerbearzt weist auf fehlende Befunde hin und empfiehlt eine pneumologische Begutachtung. Der Gutachter empfiehlt eine MdE von 100 %. Der UVT folgt dieser Empfehlung</p>	<p>Reduzierung der MdE-Höhe ohne Untersuchung Keine Rücksprache mit dem Gutachter</p>
<p><i>Fall 14 – BK 4114</i></p> <p>59-jähriger Stahlwerker ist an einem neuroendokrinen Lungenkarzinom verstorben. Die arbeitstechnischen Voraussetzungen sind erfüllt. Der UVT möchte eine BK ablehnen, da es sich um ein Karzinoid handle, welches gemäß einer internen Konvention nicht als BK 4114 anerkennungsfähig sei. Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass es sich hier um ein großzelliges neuroendokrines Karzinom handelt, das nicht mit einem Karzinoid gleichzusetzen sei und empfiehlt die BK-Anerkennung mit einer MdE von 100 %. Der UVT erkennt eine BK an</p>	<p>Fehlinterpretation med. Befunde Intransparente UVT-Konvention zu med. Voraussetzungen</p>
<p><i>Fall 15 – BK 5103</i></p> <p>65-jähriger früherer Bauarbeiter erkrankt an Plattenepithelkarzinomen an den Ohren und an einem Finger sowie an multiplen aktinischen Keratosen. Wegen eines Basaliomverdachts am Ohr möchte der UVT eine BK ablehnen. Der Gewerbearzt weist darauf hin, dass sich der Basaliomverdacht histologisch als Plattenepithelkarzinom erwiesen hat. Er empfiehlt die Ermittlung der beruflichen UV-Exposition. Ermittlungen mehrerer UVT ergeben für 41 Berufsjahre eine ausreichende UV-Exposition. Der dermatologische Gutachter stellt weitere Plattenepithelkarzinome und aktinische Keratosen an Wangen und Handrücken fest. Er empfiehlt eine BK 5103 mit einer MdE von 10 %</p>	<p>Nichtbeachtung med. Voraussetzungen</p>

len, dass Empfehlungen beratender Ärzte zu weiteren Ermittlungen zu arbeits-technischen und medizinischen Voraussetzungen von den UVT-Verwaltungen nicht umgesetzt werden.

### Verfahrensfehler der UVT-Verwaltungen

In **Tab. 5** sind Fallbeispiele aus unserer Praxis dargestellt, die Verfahrensfehler der UVT-Verwaltungen dokumentieren.

Unsere Fallbeispiele in **Tab. 5** zeigen, dass UVT-Verwaltungsfehler auf der Basis der Entscheidungen der BK-Sachbearbeiter entstanden sind, weil kein arbeitstechnischer (5 Fälle) und medizinischer Sachverstand (5 Fälle) eingeholt wurde. In 4 weiteren Fällen hat der beratende Arzt eine falsche Entscheidung empfohlen. Somit wurden zwei Drittel der fehlerhaften BK-Ablehnungen durch Unkenntnis der medizinischen Voraussetzungen in UVT-Verwaltungen verursacht.

### Renten- und Widerspruchsausschuss

Nach § 36a SGB IV kann der UVT durch Satzung Renten- und Widerspruchsausschüsse einrichten, die über Leistungen wie Renten entscheiden. Diese Ausschüsse bestehen in der Regel aus je einem

Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter. Ein Mitarbeiter der UVT-Verwaltung präsentiert den Sachverhalt und empfiehlt die Anerkennung oder Ablehnung einer BK. Einigen sich die Mitglieder des Rentenausschusses bei der Beschlussfassung nicht, so gilt die Leistung als abgelehnt bzw. nur bis zur nicht strittigen Höhe als bewilligt.

Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass die Rentenausschüsse der UVT „jeden Versicherungsfall vorgelegt bekommen“ [54] und „jede Entscheidung über eine Anerkennung oder Ablehnung einer Berufskrankheit immer unter Beteiligung eines Arbeitnehmervertreters zustande kommt“ [34]. Nach Auskunft des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BSS) – Aufsichtsbehörde der UVT – sollen die Rentenausschüsse jedoch nur in den Fällen entscheiden, in denen ein Beurteilungsspielraum vorhanden ist (Schreiben des BSS an den Gewerbeärztlichen Dienst des Landes Brandenburg vom 17.08.2020). Allerdings findet sich diese Voraussetzung nicht im Wortlaut des § 36a SGB IV und auch nicht in den

### Infobox 2 Anforderungen an Gutachter zur Begutachtung bei Berufskrankheiten

- Anerkennung als Facharzt bezogen auf das jeweilige Begutachtungsgebiet
- Befähigung zur BK-Begutachtung, einschließlich spezifischer Kenntnisse einschlägiger Arbeitsplätze, deren gesundheitlichen Auswirkungen sowie der (Differenzial-)Diagnostik
- Nachweis des Hilfspersonals, der räumlichen und apparativen Ausstattung sowie Zugang zu aktueller Fachliteratur
- Übernahme der Pflichten eines BK-Gutachters nach dem Vertrag Ärzte/UVT
- Bereitschaft, erforderlichenfalls fachspezifische Zusatzgutachten einzuholen
- Teilnahme an einschlägigen Fortbildungsmaßnahmen

Satzungen der UVT. Ebenso wenig existieren rechtliche Vorgaben, wann ein Beurteilungsspielraum vorhanden ist. Die DGUV verweist auf ihre fehlende Befugnis, Vorgaben zur Beteiligung der Rentenausschüsse zu erteilen (DGUV-Schreiben vom 14.08.2020 an Landesgewerbeärzte Brandenburg), da es sich hier um autonomes Satzungsrecht der UVT handelt. Angesichts der Abnahme der bearbeiteten BK-Fälle durch Gewerbeärzte und der von UVT zu UVT unterschiedlich geregelten und nur bestimmten Fällen vorbehaltenen Beteiligung der Rentenausschüsse gehen wir davon aus, dass über die Anerkennung von BKen überwiegend die UVT-Verwaltungen allein entscheiden. Sofern der Versicherte gegen den Bescheid des UVT Widerspruch einlegt, entscheidet über diesen nach § 85 Abs. 2 Nr. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) die von der Vertreterversammlung bestimmte Stelle. Dabei handelt es sich nach den Satzungen der UVT um Widerspruchsausschüsse. Nach der Erfahrung der Autoren im Rahmen des Austausches mit Renten- und Widerspruchsausschussmitgliedern verschiedener UVT bestehen bei diesem Verfahren folgende Probleme:

1. Bei den Renten- und Widerspruchsausschussmitgliedern handelt es sich um arbeitsmedizinische Laien, die kaum über rechtliche Grundlagen und Kenntnisse in der Beurteilung von BKen verfügen.
2. Während einer Sitzung werden Dutzende BK-Fälle entschieden, ohne dass die Ausschussmitglieder den Akteninhalt kennen. Diese entscheiden in der Regel auf der Grundlage der Fallvorstellung durch den Mitarbeiter der UVT-Verwaltung.
3. Die Rechte der Renten- und Widerspruchsausschussmitglieder, beispielsweise auf Fortbildung in Fragen der BK-Beurteilung und das Fordern von ergänzenden Ermittlungen, sind weder in den UVT-Satzungen noch gesetzlich geregelt.

## Sozialgerichtsverfahren

Das Sozialgericht prüft die Unterlagen im BK-Feststellungsverfahren und hat die Möglichkeit, weitere Beweise, u. a. zur

Höhe der beruflichen Einwirkung, zu erheben. Die Erfahrung zeigt, dass damit nahezu ausschließlich die Präventionsabteilungen der beklagten UVT beauftragt werden. Dies halten wir für problematisch, weil es wenig wahrscheinlich ist, dass die Präventionsabteilungen von ihrer ursprünglichen Auffassung abweichen. Vielmehr sollten Sozialgerichte generell unabhängige technische Sachverständige mit den Ermittlungen zur beruflichen Einwirkung beauftragen, sofern diese strittig ist. Ferner sollte der § 109 SGG dahingehend ergänzt werden, dass Kläger einen technischen Sachverständigen ihrer Wahl benennen können, der Stellung zur Höhe der beruflichen Einwirkung nimmt.

Sofern das Sozialgericht die Notwendigkeit sieht, kann es im Rahmen des § 106 SGG einen medizinischen Sachverständigen mit der Untersuchung des Klägers beauftragen. Dabei sollte unseres Erachtens darauf geachtet werden, dass andere Sachverständige als im BK-Feststellungsverfahren beauftragt werden. Dies ist nicht immer der Fall. Die Sozialgerichte sollten Gutachter mit hohen BK-Ablehnungsquoten nicht beauftragen. Die Kläger haben die Möglichkeit, selbst einen medizinischen Sachverständigen ihrer Wahl gegenüber dem Sozialgericht zu benennen, der mit einem Zusammenhangsgutachten beauftragt wird (§ 109 SGG). Dabei handelt es sich um eine wichtige Errungenschaft, die in der Vergangenheit zur Anerkennung von BKen geführt hat. In letzter Zeit hat es wiederholt Versuche gegeben, den § 109 SGG abzuschaffen, um die Verfahrensdauer zu verkürzen ([29, 30], Sächsisches Staatsministerium der Justiz: Schreiben an die Landesjustizverwaltungen vom 02.07.2015). Diesen Vorschlägen sollte die Sozialpolitik aus Sicht der Autoren nicht Rechnung tragen.

## Gewerbeärztliche Mitwirkung in den Bundesländern

Die gewerbeärztliche Mitwirkung im Sinne von § 4 BKV in den Ländern wurde für das Jahr 2019 erhoben. Die Ergebnisse sind in der [Tab. 6](#) deskriptiv dargestellt.

Aus [Tab. 6](#) ergeben sich 62 Gewerbeärzte im Jahr 2019. Davon waren 40 % in

Bayern und Baden-Württemberg tätig. Die gewerbeärztliche Bearbeitungsquote von BK-Fällen (2–76 %) unterscheidet sich in den Ländern sehr stark. In 3 Ländern ist diese mit 2–6 % sehr gering. In 4 Ländern findet somit keine bzw. keine relevante gewerbeärztliche Mitwirkung in BK-Verfahren statt. In 2 Ländern wurden viele BK-Nummern gar nicht bearbeitet. Hier betrug die Bearbeitungsquote 2 bzw. 15 % ([Tab. 6](#)).

## Diskussion und Ausblick

Unsere Arbeit zeigt, dass Missstände charakteristisch für das gesamte BK-Feststellungsverfahren sind und sich nicht auf einige gutachterliche Ausnahmen begrenzen. Obwohl Gewerbeärzte regelmäßige Beschwerden beim Bundesamt für Soziale Sicherung einlegen, ist nicht erkennbar, dass die UVT Missstände abstellen wollen. Die von uns hier aufgezeigten Missstände sind zu großen Teilen bereits vor über 30 Jahren thematisiert worden [59].

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass 4 Bundesländer ([Tab. 6](#)) die Qualitätskontrolle nach §§ 3–5 BKV inzwischen weitgehend aufgegeben haben. In Ländern, in denen die Autoren tätig sind oder tätig waren, wird diese Aufgabe in einem geringen Umfang noch ausgeübt. Im Jahr 2019 wurden hier ca. 3, 15, 19 und 47 % der BK-Fälle bearbeitet. Die Fallbeispiele dieser Arbeit stammen aus 3 Bundesländern (Brandenburg, Hamburg und Hessen). Sie wurden aus alltäglicher gewerbeärztlicher Arbeit nach bester Erinnerung kontinuierlich erfasst. Deshalb gehen wir nicht von einer relevanten Verzerrung aus. Wir fanden verschiedene Missstände in den 3 Kategorien „Probleme bei der Ermittlung arbeitstechnischer Voraussetzungen“ ([Tab. 1](#)), „fehlerhafte beratungsärztliche oder gutachterliche Stellungnahmen“ ([Tab. 4](#)) und „Verfahrensfehler der UVT-Verwaltungen“ ([Tab. 5](#)). Zum besseren Verständnis haben wir bestimmte Details bereits im Ergebniskapitel vertieft. Im Rahmen unserer Studie haben wir keine Fälle diskutiert, bei denen fälschlicherweise BKen durch die UVT anerkannt wurden. Solche Fälle kommen aufgrund der hohen Beweisanforderungen des BK-

Tab. 6 Berufskrankheiten(BK)-Bearbeitung im Jahr 2019

Land	GA-Zahl <sup>a</sup>	Bearbeitete BK-Fälle			Nichtbearbeitete BK-Ziffern
		Angaben der Länder	Anzeigen bei UVT <sup>b</sup>	Quote (%) <sup>c</sup>	
Baden-Württemberg	7	2856	10.084	28	–
Bayern	18	5239	11.206	47	–
Berlin	5	1225	2860	43	–
Brandenburg	3	973	2064	47	–
Bremen	0	0	936	0	Entfällt
Hamburg	2	451	2402	19	4101-05
Hessen	4	743	4958	15	1101-02, 1105-1202, 1304-06, 1308-17, 2101, 2103-11, 2201-2401, 3103-4103, 4106-11, 4201-02, 4301-5101
Mecklenburg-Vorpommern	3	1056	1454	73	–
Niedersachsen	1	207	9846	2	1301-02, 1313, 1317-18, 2102, 2105, 2107-14, 2301, 2401-02, 4101-04, 4106-14, 5101-03
Nordrhein-Westfalen	4	1264	20.406	6	–
Rheinland-Pfalz	4	1786	4138	43	–
Saarland	3	855	1120	76	–
Sachsen	4	2076	5282	39	2108-10, 2402, 4101-03, 4111-12
Sachsen-Anhalt	1	395	2828	14	Keine Angabe
Schleswig-Holstein	1	72	2708	3	–
Thüringen	2	842	2518	33	–

<sup>a</sup>GA ist eine Abkürzung für Gewerbearzt. Die Zahlen sind dem Unfallverhütungsbericht 2019 [19] entnommen

<sup>b</sup>Die Zahlen sind dem Unfallverhütungsbericht 2019 [19] entnommen

<sup>c</sup>Anteil der gewerbeärztlich bearbeiteten im Vergleich zu bei Unfallversicherungsträgern (UVT) 2019 angezeigten BK-Fällen

Rechts an die geeignete Erkrankung, berufliche Exposition sowie Kausalität kaum vor bzw. sie sind nicht widerlegbar.

## Krankheitsbild und Diagnose

Um als BK anerkannt zu werden, muss eine Erkrankung zweifelsfrei gesichert sein. Dies ist der Fall, wenn die Diagnose mit wissenschaftlich anerkannten Verfahren gelingt [72]. Der medizinische Gutachter ist verpflichtet, sich kritisch mit der Validität der Diagnostikverfahren auseinanderzusetzen. Er muss auch darlegen, ob weitere Verfahren vorhanden sind, die nicht ausgeschöpft (z. B. spezifische Provokation mit allergisierenden Arbeitsstoffen, bildgebende Verfahren, histologische Untersuchungen im Rahmen einer Biopsie oder Sektion) und aus welchem Grund diese nicht angewandt wurden. Zur gewerbeärztlichen Beurteilung werden regelmäßig Fälle vorgelegt, bei denen Untersuchungen fehlen, weil der Gutachter selbst über die Möglichkeiten nicht verfügt. Auch der beratende Arzt des UVT ist verpflichtet, auf diese Verfahren hinzuweisen bzw. deren Einsatz zu

fordern. Gegebenenfalls ist eine Zusatzbegutachtung in einem anderen Fachgebiet zu veranlassen. In **Tab. 7** sind BKen mit oftmals unzureichender Diagnosesicherung dargestellt.

Der **Tab. 7** ist zu entnehmen, dass besonders bei Lungenerkrankungen die Möglichkeiten zum Kausalitätsnachweis nicht ausgeschöpft werden. Die Lunge kann durch mehrere Noxen additiv allergisch, irritativ-toxisch oder im Sinne der Synkanzerogenese geschädigt werden. Eine Quantifizierung der beruflichen Noxen könnte bei krebserzeugenden Stoffen durch Beurteilung von Expositionsäquivalenten gelingen [33].

In der Praxis fehlen einfach bestimmbare Biomarker. Krebserkrankungen der Lunge sind bei ihrer Entdeckung oftmals weit fortgeschritten und verlaufen rasch-progredient. Deshalb ist der Verdacht einer beruflichen Verursachung möglichst früh, idealerweise noch während des Aufenthaltes des Versicherten im Krankenhaus anzuzeigen, um bei der Biopsie, Operation oder Sektion ausreichend Gewebe für Lungenstaubanalysen oder Biomonitoring gewinnen zu können.

Dies dient der Sicherung der Diagnose, z. B. durch mikroskopische und analytische Untersuchung auf Stäube und Metalle. Hier ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Gewerbeärzten und pathologischen bzw. rechtsmedizinischen Instituten der Hochschulen bei der Materialasservierung vor der (Feuer-)Bestattung des Verstorbenen erforderlich. Die UVT sollten ihren Versicherten und ggf. Angehörigen früh die hohen Anforderungen des BK-Rechts an die Beweisführung erläutern und die notwendigen Untersuchungen als zwingende Voraussetzung benennen, was nach unserer Erfahrung nicht konsequent erfolgt. Die histologische Feststellung einer „Minimalasbestose“ ist bei Fehlen sonstiger Nachweise („Brückenbefunde“) ein Kriterium zur Feststellung einer Asbestose und gutachterlicher Abgrenzung von unspezifischen Fibrosen mit dem Bild der „usual interstitial pneumonia“ (UIP; [47]). Ergeben sich belastbare Anhaltspunkte für eine berufliche Verursachung, so scheidet die Diagnose UIP bzw. idiopathische Lungenfibrose aus [8]. In der gewerbeärztlichen Praxis entsteht der

**Tab. 7** Berufskrankheiten (BK) mit Ermittlungslücken und Möglichkeiten zur Sicherung der Diagnose

BK-Nr. (Erkrankung)	Problem	Untersuchungsverfahren	Leitlinie, Konsensempfehlung, Literatur
1101-1110 (Erkrankungen durch Metalle)	Chronische Organschäden, Krebserkrankungen	Biomonitoring unter Arbeitsplatzexposition, Bestimmung der Metalle im (Lungen-)Gewebe	AWMF „Human-Biomonitoring“ [1], Raithele [68], DGUV Grundsätze [38]
1315, 4301 (allergisches Asthma)	Nachweis der bronchialen Obstruktion	Peak-flow-Messungen am Arbeitsplatz, Provokation mit Arbeitsplatzallergenen	Reichenhaller Empfehlung [36]
2101-2102 (Krankheiten durch physikalische Einwirkungen)	Beurteilung altersvoraussetzender Degeneration	Bildgebende Verfahren (MRT)	Bolm-Audorff et al. [27]
2104 (vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen)	Nachweis des vasospastischen Syndroms zur DD/Schweregradeinteilung	Kälteprovokation, Messung der Hauttemperatur, Pallästhesiometrie	Merkblatt zur BK Nr. 2104, Schönberger et al. [72]
2108 (Erkrankungen der Bandscheiben der Lendenwirbelsäule)	Fehlende oder fehlerhafte Arbeitsanamnese, dadurch falsche Konstellation. MRT/CT werden von Orthopäden/Unfallchirurgen beurteilt, die dafür nicht qualifiziert sind	Qualifizierte Arbeitsanamnese, qualifizierte radiologische Zusatzbeurteilung	Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung [21]
2112 (Gonarthrose)	Verschmälerung des Kniegelenkspaltes (wird häufig nur qualitativ beurteilt). MRT werden von Orthopäden/Unfallchirurgen beurteilt, die dafür nicht qualifiziert sind	Radiologische Messung der Höhe des Kniegelenkspaltes, qualifizierte radiologische Zusatzbeurteilung	Begutachtungsempfehlung für BK Nr. 2112 [25]
2301 (Lärmschwerhörigkeit)	Bewertung des Tinnitus	Anamnestiche und apparative Analyse	Königsteiner Empfehlung [43], Feldmann et al. [48]
3101 (Infektionskrankheiten)	Ermittlung von Indexperson/-haus (z. B. bei Tuberkulose)	Umgebungsuntersuchungen	Nienhaus et al. [65]
4103 (Asbestose)	Fehlen der Röntgenbefunde/High-resolution(HR)CT mit ILO-Klassifikation/ICOERD-Bogen	Qualifizierte Beurteilung der konventionellen Röntgenbilder, qualifizierte radiologische Beurteilung des HRCT	Falkensteiner Empfehlung [35]
4104 (Lungenkrebs durch Asbest)	Nachweis von asbestbedingten Lungen-/Pleuraveränderungen (sog. Brückenbefunden)	Qualifizierte Beurteilung der konventionellen Röntgenbilder, qualifizierte radiologische Beurteilung des HRCT; pathologisch-anatomische und staubanalytische Untersuchungen (Aussagekraft umstritten)	Falkensteiner Empfehlung [35], Bolm-Audorff et al. [26]
4109 (Lungenkrebs durch Nickel)	Feststellung der Expositionshöhe am Arbeitsplatz	Biomonitoring unter Exposition, Bestimmung des Nickelgehalts im Lungengewebe	AWMF „Human-Biomonitoring“ [1], DGUV Grundsätze [38]
4115 (Siderofibrose)	Schwierigkeit bei der Kausalitätsbeurteilung bei starkem langjährigem Rauchen	Histologischer Nachweis der Ablagerung von Eisenoxid in fibrotischen Lungenarealen	Wissenschaftliche Begründung zur BK Nr. 4115
4201 (Exogen allergische Alveolitis)	Fehlende Untersuchungen (siehe Spalte 3), keine eindeutigen Biomarker	Anwendung eines Diagnostikalgorithmus, bronchoalveoläre Lavage und HRCT	Sennekamp et al. [73]

Eindruck, dass die seltene idiopathische Lungenfibrose (Inzidenz und Prävalenz: 3–9 vs. 2–29/100.000 Personen [50]) gutachterlich überdiagnostiziert ist, weil trotz beruflicher Asbest- bzw. Metall-expositionsanamnese eine qualifizierte Erfassung der Exposition unterbleibt.

### Qualitätskontrolle in BK-Feststellungsverfahren

Zu den Kernaufgaben der Gewerbeärzte gehört die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen der beruflichen Exposition und einer Erkrankung. Damit nehmen sie in der Qualitätskontrolle des BK-Verfahrens eine wichtige Rolle

ein [40]. Dennoch sinkt die Zahl der Gewerbeärzte in fast allen Bundesländern. Im Jahr 2020 hat sich diese Zahl auf 58 verringert [32]. Auch die Bundesländer der Autoren sind betroffen (in Brandenburg Reduzierung von 3 auf 1; in Hamburg von 2 auf 1 Gewerbearzt). Bremen hat seit 2016 keinen Gewerbearzt. Dies liegt an der Reduzierung der Stellen und am nicht konkurrenzfähigen Gehalt im Vergleich zu anderen arbeitsmedizinischen oder klinischen Tätigkeitsfeldern. Die freien Stellen sind für Bewerber nicht attraktiv. So konnte in Bremen im Zeitraum 05/2014 bis 10/2015 bei 4-maliger Ausschreibung einer gewerbeärztlichen Stelle und 3 Bewerbungen, von denen

2 zurückgezogen wurden, kein Gewerbearzt gefunden werden [28]. Auch in Brandenburg, Schleswig-Holstein und in weiteren Ländern konnten gewerbeärztliche Stellen mangels geeigneter Bewerber nicht nachbesetzt werden.

Universitäre Arbeitsmediziner nehmen in der Qualitätskontrolle in BK-Verfahren als qualifizierte und unabhängige Gutachter ebenfalls eine bedeutende Rolle ein. Dennoch werden z. B. in Hamburg gewerbeärztliche Vorschläge zur Beauftragung universitärer orthopädischer oder unfallchirurgischer Kliniken mit der Begutachtung der Erkrankungen der BK-Reihe 21 von UVT ohne Begründung abgelehnt. Universi-

täre Gutachter können die Zahl der in unserer Arbeit dargestellten Missstände nicht wesentlich verringern, da sie nur in einem sehr geringen Prozentsatz der BK-Fälle beauftragt werden. Staatliche Beratungsstellen sind im gesamten BK-Verfahren beratend tätig und können Versicherte unterstützen. Solche Stellen sind bislang nur in Bremen („Beratungsstelle zu Berufskrankheiten“ an der Arbeitnehmerkammer), Hamburg („Beratungsstelle Arbeit & Gesundheit“) und seit 2020 in Berlin („Beratungsstelle Berufskrankheiten“ bei der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales) eingerichtet. Die Zahl der Berater ist jedoch sehr gering. Wir empfehlen, solche Beratungsstellen in allen Bundesländern einzurichten.

### Berufskrankheiten mit aufwendigen Ermittlungen

Unsere Fallbeispiele stellen Missstände bei 18 BK-Ziffern dar. Missstände in BK-Verfahren kommen bei Krebserkrankungen überdurchschnittlich häufig vor. Die Einrichtung der Zentralen Expositionsdatenbank (ZED) der DGUV für die Arbeitgeber [45], um ihrer Verpflichtung zur Prävention nach der Gefahrstoffverordnung nachzukommen (§ 14, Abs. 3), kann den Beweisnotstand und Missstände bei Expositionsermittlungen verringern. Eine Verzerrung der Expositionsdaten ist jedoch nur dann zu vermeiden, wenn der Eintrag in die ZED für Unternehmen verpflichtend ist, da hier frühestens in 30 Jahren eine ausreichende Datenbasis zu erwarten ist. Wenn historische Expositionen nicht erfasst werden, dann werden auch zukünftig BKen durch Asbest, aromatische Amine und Benzol fälschlicherweise nicht anerkannt. Bei der BK 1318 treten besonders häufig Fehler bei der Ermittlung der kumulativen Benzolexposition durch UVT auf. Darüber hinaus sind Ermittlungsergebnisse der UVT zur Exposition häufig widersprüchlich und unterscheiden sich in denselben BK-Fällen um Faktor 10 oder höher, wie unser *Fall 5* in [Tab. 1](#) belegt (Ermittlung kumulativer Benzolexposition). Am Institut für Arbeitsschutz (IFA) der DGUV ist die Clearingstelle „Benzol“ zur Beratung der

UVT etabliert. Arbeitsgruppen des IFA verfügen wie bei Benzol über spezielle Kenntnisse [66]. Die Clearingstelle wird nach unserer und universitärer arbeitsmedizinischer Erfahrung [67] von den UVT jedoch nur selten konsultiert. In mehreren unserer Fallbeispiele haben wir die UVT aufgefordert, die Clearingstelle einzubinden. In vielen Fällen (Nr. 2–5, [Tab. 1](#)) kam es dadurch zur Anerkennung von BKen. Bestimmte UVT beziehen die Clearingstelle trotz gewerbeärztlicher Empfehlung nicht ein.

Wir präsentieren 7 Fälle mit Kehlkopf-/Lungenkrebs (Nr. 12 in [Tab. 1](#), Nr. 10–11 in [Tab. 4](#), Nr. 11–14 in [Tab. 5](#)), die ohne gewerbeärztliche Intervention als BKen abgelehnt worden wären. Wir beobachten, dass die UVT die Falkensteiner Empfehlung missachten, obwohl es sich hier um eine Begutachtungsrichtlinie der DGUV [35] und wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften handelt. In [Tab. 7](#) führen wir weitere BKen auf, bei denen indizierte diagnostische Verfahren durch Gutachter nicht angewandt werden. Auch hierbei sind Muskel-Skelett- und Lungenerkrankungen besonders häufig betroffen. Eine Beauftragung von spezialisierten Radiologen würde in diesen BK-Reihen die Qualität der Diagnosesicherung erheblich verbessern. In [Tab. 4](#) beschreiben wir 3 Fälle, in denen nach gewerbeärztlicher Empfehlung nur durch spezialisierte radiologische Beurteilungen eine Anerkennung von BKen 4103 und 4104 erfolgen konnte.

### Gutachterliche Probleme in BK-Feststellungsverfahren

Ein Problem sehen wir in der Qualifikation von Gutachtern bei der Umsetzung der Anforderungen des BK-Rechts. BKen werden im Medizinstudium und in den Facharztweiterbildungen allenfalls am Rande behandelt. Das für eine Zusammenhangsbegutachtung erforderliche Fachwissen können Ärzte lediglich in Gutachterfortbildungen und an spezialisierten Einrichtungen erwerben. Hier erhalten sie auch Erfahrungen zur Berücksichtigung der juristischen Rechtsprechung des 2. Senats des Bundessozialgerichts (gesetzliche Unfallversicherung). Fortbildungen für Gutachter

in BK-Verfahren werden fast ausschließlich von der DGUV in Zusammenarbeit mit wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften durchgeführt. Unter den Referenten der DGUV-Veranstaltungen dominieren Ärzte, beratende Ärzte, Juristen und Techniker der UVT-Institutionen. Dies trifft z. B. auf den 2-tägigen Kurs „Begutachtung von Berufskrankheiten“ der Akademie Deutscher Orthopäden und auf die von der Dresden International University veranstaltete Fortbildung „Qualifizierung zum medizinischen Sachverständigen (cpu)“ zu. Hier wird unter der ärztlichen Leitung eines privaten Gutachteninstitutes, das UVT berät, ein 4-tägiger Kurs „Sozialversicherung“ angeboten, der auch die Begutachtung von BKen beinhaltet. Eine besondere Bedeutung hat aus unserer Sicht die Fortbildung der DGAUM im Zusammenwirken mit mehreren Akademien für Arbeitsmedizin zum Erwerb des Zertifikates „Arbeitsmedizinische Zusammenhangsbegutachtung“. Hier werden in 3 Blöcken an insgesamt 6 Tagen spezifische Kenntnisse über Expositionen, deren gesundheitliche Auswirkungen sowie (Differenzial-)Diagnostik und Beurteilung kausaler Zusammenhänge bei BKen vermittelt. Regelmäßig werden Refresher-Kurse veranstaltet. Die Dozenten sind überwiegend Lehrstuhlinhaber für Arbeitsmedizin mit umfassenden Begutachtungskenntnissen. Die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) veranstaltet ebenfalls Gutachtenseminare. Das „Zertifikat Berufsdermatologie ABD“ ist Voraussetzung für die Aufnahme der Hautärzte in die Gutachterverzeichnisse der UVT. Für Pneumologen gibt es die Möglichkeit, in einem 4-tägigen Kurs speziell zur BK-Begutachtung ein Gutachterzertifikat zu erwerben. Der Kurs wird vom Bundesverband der Pneumologen, Schlaf- und Beatmungsmediziner und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin in Zusammenarbeit mit der DGUV veranstaltet. Es existieren somit vielfältige Möglichkeiten, BK-spezifisches Wissen zu erwerben, es fehlt jedoch die Pflicht für Gutachter zur Fortbildung in Fragen der Zusammenhangsbegutachtung. Unsere Umfrage und Erfahrungen zeigen,

dass eine Qualitätskontrolle der UVT für Gutachter praktisch nicht vorhanden ist (■ **Tab. 2**, ■ **Infobox 2**).

Wir haben als häufige Ursache für Missstände auch Gutachter identifiziert, die private Gutachteninstitute betreiben. Abgesehen davon, dass die Bezeichnung „Institut“ für Versicherte irreführend sein kann, weil die Verwechslung mit einer öffentlichen Einrichtung droht (vgl. OLG Frankfurt 2001, Az.: 20 W 84/01), haben wir die Erfahrung gemacht, dass dort die Anerkennungs Voraussetzungen der BKen besonders häufig fehlinterpretiert werden (beispielhaft *Fall 7*, ■ **Tab. 4**). UVT beauftragen solche Gutachter bevorzugt bei BKen der Reihe 21 und bei Krebserkrankungen. Es besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen der niedrigen Anerkennungsquote von BKen bei solchen Einrichtungen im Vergleich zu Gutachtern der universitären arbeitsmedizinischen Institute, die nach unserer Erfahrung eine wesentlich höhere Quote aufweisen. Nienhaus [64] beschrieb, dass bei der BK 2108 nicht die Exposition und das Krankheitsbild für die Entscheidung ausschlaggebend waren, sondern der beauftragte Gutachter.

Bei unserer Befragung zur Gutachterausswahl haben die Landesverbände mitgeteilt, dass die UVT außer einem gemeinsamen Gutachterverzeichnis in der Regel keine eigenen Verzeichnisse führen (■ **Tab. 2**). Eine im Zeitraum 2018–20 durchgeführte interne Erhebung des gewerbeärztlichen Dienstes des Landes Brandenburg hat ergeben, dass nur 91 von 210 (43 %) der von UVT vorgeschla-

genen bzw. ausgewählten Gutachtern im Verzeichnis der DGUV aufgeführt waren. Daraus kann abgeleitet werden, dass UVT eigene intransparente Gutachterverzeichnisse führen. Angesichts der Bedeutung der Gutachter [64] und der Intransparenz bei deren Benennung stellt dies einen Missstand dar, der den Ausgang der BK-Verfahren zu Ungunsten der Versicherten wesentlich beeinflusst.

Im Rahmen der gewerbeärztlichen Mitwirkung in BK-Verfahren sehen wir Gutachter, die auch als beratende Ärzte für UVT tätig sind. Anhaltende Kritik an dieser Praxis und an der Gutachterausswahl wird von den Bundesdatenschutzbeauftragten geäußert [9, 11, 12, 15–17]. Es wird bezweifelt, ob ein beratender Arzt „wegen der engen wirtschaftlichen Verflechtung mit der Berufsgenossenschaft von dieser überhaupt als unabhängiger Gutachter geführt und vorgeschlagen werden sollte“ [9]. Beratende Ärzte werden als Bestandteil der UVT-Verwaltung angesehen [16]. Die UVT haben sich bereits im Jahr 2003 zur Offenlegung von vertraglichen Beziehungen zu Gutachtern verpflichtet [55] und mit dem Bundesversicherungsamt (heutige Bezeichnung: Bundesamt für Soziale Sicherung) und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz auf Fallgruppen zur Abgrenzung beratungsärztlicher und gutachterlicher Tätigkeit verständigt (■ **Infobox 3**), die dem BK-Sachbearbeiter die Entscheidung erleichtern sollen.

Während UVT für beratungsärztliche Tätigkeiten die eigenen beratenden Ärzte beauftragen dürfen, ist dies für gutachterliche Stellungnahmen unzulässig [14, 55]. In der gewerbeärztlichen Praxis beobachten wir jedoch, dass viele UVT ihren eigenen Grundsätzen nicht folgen. Auf eine kleine Anfrage von Mitgliedern der Partei Die Linke antwortete die Bundesregierung: „Sofern im Berufskrankheitenverfahren ein Versicherungsträger im Einzelfall einen Gutachter vorschlägt, der in anderen Fällen vom Versicherungsträger als Beratungsarzt in Anspruch genommen wird, wird der Versicherte bei der Gutachterwahl ausdrücklich auf diesen Umstand hingewiesen.“ [31]. In der gewerbeärztlichen Praxis sehen wir sehr selten Fälle, in denen Versicherte infor-

miert werden, dass die vorgeschlagenen Gutachter auch als beratende Ärzte tätig sind. BK-Gutachter sind bisher nicht verpflichtet, Interessenkonflikte offen zu legen.

Das Sächsische Landessozialgericht (LSG) hat 2010 (Az.: L 6 U 222/09 B) festgestellt, dass es einem ärztlichen Sachverständigen, der als beratender Arzt für den verfahrensbeteiligten UVT tätig ist, keinen Gutachtauftrag erteilen würde. Zuletzt hat das Bayerische LSG im Urteil vom 25.09.2015 (Az.: L 2 SF 64/13 B) die Besorgnis der Befangenheit beratender Ärzte zum Ausdruck gebracht, da hier eine vergütete Vertragsbeziehung mit der Interessenwahrnehmung des UVT besteht. Dabei ist es irrelevant, ob ein Sachverständiger objektiv tatsächlich befangen ist [2].

Jordan und Gresser [57] sehen ab 50 % des Gesamteinkommens durch Gutachterhonorare die Neutralität des medizinischen Sachverständigen als gefährdet an. Auch ein Vertreter einer Unfallkasse sieht solche Zweifel als gerechtfertigt an, sobald das Honorar von den UVT ca. 25 % des jeweiligen Jahreseinkommens ausmacht [70]. Folgt man diesen Ansichten, besteht bei Gutachtern wegen wirtschaftlicher Abhängigkeit grundsätzlich die Tendenz, die vermuteten Erwartungen seines Auftraggebers zu erfüllen [49]. Im Gegensatz zu Zivilgerichten, die Gutachter, die sich in einem wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zu einer Partei befinden, als befangen ansehen, akzeptieren Sozialgerichte diese im Unfallversicherungsrecht [22]. In Arzthaftpflichtverfahren und weiteren Gerichtsverfahren werden bedienstete Ärzte einer beklagten Institution als befangen angesehen und als gerichtliche Gutachter abgelehnt („absoluter Ablehnungsgrund“; Kern B-R, „Befangenheit des Gutachters – eine juristische Annäherung“. Vortrag beim 15. Kongress „Qualitätssicherung in der medizinischen Begutachtung“ vom 09.06.2018 in Dresden, Veranstalter: Dresden International University). In BK-Verfahren wird durch beratungsärztliche Stellungnahmen zu Zusammenhangsfragen (■ **Tab. 3**) die Regelung zur Gutachterausswahl gem. § 200 SGB VII (■ **Infobox 1**) umgangen [16]. Auch darf eine kritische Ausein-

### **Infobox 3** Abgrenzung zwischen beratungsärztlicher und gutachterlicher Tätigkeit nach HVBG [55] und BfDI [14]

#### Beratungsärztliche Tätigkeit:

- Erläuterung med. Sachverhalte
- Beantwortung einfacher medizinischer Fragen
- Verfahrenssteuerung

#### Gutachterliche Beurteilung:

- Beurteilung komplexer (Zusammenhangs-)Fragen
- Zweitexpertise zu vorhandenen Gutachten
- Erstellung von Gutachten als Beweismittel für das Verwaltungsverfahren

**Tab. 8** Häufige Defizite bei Unfallversicherungsträgern (UVT) in Berufskrankheiten(BK)-Verfahren

Verfahren/Kritik	Defizit (Rechtsverstoß durch UVT)
Beteiligung des Gewerbearztes	Keine Unterrichtung über Verfahrenseröffnung und/oder fehlende Beteiligung im BK-Verfahren (Missachtung § 4 Abs. 2 BKV) Verkürzung der gewerbeärztlichen Bearbeitungsfrist durch den UVT (Missachtung der Rahmenvereinbarung) Keine Benachrichtigung über die Änderung des zuständigen UVT Nichtbefolgung der Ermittlungsvorschläge (Missachtung § 4 Abs. 3 BKV) Keine Unterrichtung bei Abweichung von gewerbeärztlicher Empfehlung (Missachtung § 9 Abs. 7 SGB VII) Fehlende Darstellung eines abweichenden Votums im BK-Bescheid. Die Formulierung „der Gewerbearzt wurde beteiligt“ vermittelt den Eindruck, der Gewerbearzt hätte sich der BK-Ablehnung durch UVT angeschlossen
Ermittlung der entscheidungserheblichen Sachverhalte (§ 20 Abs. 2 SGB X)	UVT orientieren sich an intransparenten Handlungsanleitungen Fehlende Präventionsdienst-Ermittlungen im Zuständigkeitsbereich anderer UVT, ggf. fehlende zusammenschauende Beurteilung aller Expositionen Keine Ermittlungen zu arbeitstechnischen Voraussetzungen; Akzeptanz von spekulativen beratungsärztlichen Stellungnahmen zum Ursachenzusammenhang Fehlerhafte Ablehnung des Krankheitsbildes bzw. Ursachenzusammenhangs ohne Einholung des medizinischen Sachverständigen (ggf. Missachtung der Begutachtungsempfehlungen) Missachtung beratungsärztlicher Empfehlungen zu weiteren Ermittlungen Veranlassung von Gutachten nach Aktenlage, obwohl Untersuchungsgutachten erforderlich sind Ablehnungsbescheid trotz fehlender medizinischer Untersuchungen i. S. der Begutachtungsempfehlungen
Information zur Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE)	Intransparente Entscheidungen zur Höhe/Herabsetzung der MdE ohne Einholung/unter Missachtung der Empfehlungen von Gutachtern Fehlende Information im Anerkennungsbescheid über eine MdE i. S. eines Stützrententatbestandes (siehe auch Abschn. „Minderung der Erwerbsfähigkeit“)

andersetzung des beratenden Arztes mit einem Zusammenhangsgutachten nicht dazu führen, dass seine Beurteilung die Beurteilung des vom Versicherten ausgewählten Gutachters ersetzt. Dies ist jedoch die gängige Praxis bei den meisten UVT. So wird das vom Gesetzgeber mit der Einführung des § 200 SGB VII verfolgte Ziel einer Erhöhung der Transparenz in BK-Verfahren nicht erreicht.

### Misstände in UVT-Verwaltungen

Bei unserer Mitwirkung im BK-Verfahren stellen wir Missachtung des Amtsermittlungsgrundsatzes (§ 20 Abs. 2 SGB X) und Verstöße gegen Vorschriften des SGB VII bzw. der BKV fest. Andere Vorgehensweisen der UVT verletzen Vereinbarungen, die zwischen UVT und der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle des jeweiligen Landes abgeschlossen wurden (sog. Rahmenvereinbarungen). In [Tab. 8](#) ist eine Übersicht gewerbeärztlich beobachteter allgemeiner Defizite in der BK-Bearbeitung durch UVT-Verwaltungen dargestellt.

Der [Tab. 8](#) ist zu entnehmen, dass die Misstände vom Fehlen BK-relevanter Unterlagen über lückenhafte Ermittlungen und Kompetenzüberschreitungen

der BK-Sachbearbeiter bis zur Nichtbefolgung von Vorschlägen zu ergänzenden Beweiserhebungen reichen. Häufig sehen wir mehrere Rechtsverstöße im selben BK-Fall. Viele Versäumnisse der UVT betreffen die Beteiligung der gewerbeärztlichen Dienste. So räumte ein UVT nach der Beschwerde eines Landesgewerbearztes gegenüber dem Bundesversicherungsamt (BVA) ein, dass im Jahr 2015 in 7 % seiner BK-Verfahren der gewerbeärztliche Dienst nicht ordnungsgemäß beteiligt wurde (Schreiben des BVA an den Landesgewerbearzt Brandenburg vom 27.12.2017). Dabei bleibt offen, ob solche Fälle alle BK-Nummern betreffen oder sich auf bestimmte BK-Verfahren konzentrieren. Einige UVT verzichten in zunehmendem Maße auf Ermittlungen der arbeitstechnischen Voraussetzungen und fordern stattdessen lediglich eine beratungsärztliche Stellungnahme zum Vorliegen eines anererkennungsfähigen Krankheitsbildes an [\[61\]](#). Viele beratende Ärzte ohne arbeitsmedizinische Qualifikation überschreiten in solchen Fällen ihre Kompetenzen, indem sie z. B. bei einem monosegmentalen Bandscheibenvorfall in L5/S1 das Vorliegen eines geeigneten Krankheitsbildes verneinen, obwohl unter bestimmten arbeitstechnischen Voraussetzungen eine Anerkennung als BK

2108 möglich ist [\[21, 61\]](#). Auch bei BKen 2112 oder 2113 ist bei entsprechendem Krankheitsbild die Kenntnis der persönlichen Expositionsverhältnisse für die Bewertung des Ursachenzusammenhangs unerlässlich, wie unsere *Fälle Nr. 2 und 7* in [Tab. 4](#) zeigen. Wurden medizinische Unterlagen nicht eingeholt, stellen sowohl UVT-Verwaltungen als auch beratende Ärzte das Fehlen der medizinischen Voraussetzungen fest. Sie beurteilen dabei den Ursachenzusammenhang, obwohl der Ermittlungsstand eine solche Beurteilung nicht erlaubt. UVT-Verwaltungen versäumen auch, Ermittlungen zur beruflichen Exposition für Tätigkeitszeiträume im Zuständigkeitsbereich anderer UVT zu veranlassen. Inkomplette zusammenschauende Beurteilungen der Exposition durch mehrere Präventionsdienste führen dazu, dass arbeitstechnische Voraussetzungen übersehen werden. Dies betrifft besonders die BKen nach Nrn. 1301, 1318, 2108, 2112, 2301, 4104/4114 oder 5103, die eine bestimmte kumulative Expositions-dosis bzw. -zeit fordern (siehe auch Abschn. „Probleme bei der Ermittlung der arbeitstechnischen Voraussetzungen“). Auch werden Gutachten nach Aktenlage erstattet, obwohl Untersuchungsgutachten erforderlich sind. Aktengutachten sollen nur in Ausnah-

mefallen, in denen eine Untersuchung mit ausführlicher Anamnese des Versicherten nicht möglich ist, in Auftrag gegeben werden [51]. Dieser Missstand trifft besonders bei der BK-Nr. 1318 zu, wenn individuelle Auswirkungen einer Krebserkrankung und deren Therapie die Höhe der MdE wesentlich beeinflussen.

In **Tab. 1 und 4** haben wir Fallbeispiele für Missstände dargestellt, die bereits in einer sehr frühen Phase der BK-Verfahren entstanden sind. Die Verantwortung dafür liegt allein bei den UVT, die als „Herr des Verfahrens“ [58] das gesamte BK-Verfahren einschließlich der Missstände steuern. Bei BK-Ermittlungen ist auch zu beobachten, dass bei einer Beteiligung mehrerer UVT die Exposition des Arbeitslebens in Abschnitte zerteilt, die arbeitstechnischen Voraussetzungen verneint und eine BK für die Zuständigkeit des bearbeitenden UVT abgelehnt wird (*Fall 2* in **Tab. 5**). Dies ist auch der Fall, wenn versicherte Zeiträume zusätzlich bei staatlichen Stellen, z. B. der Bundeswehr oder des öffentlichen Dienstes, vorlagen.

Mayer [63] kritisierte, dass manche Aufsichtspersonen der UVT keine ausreichende Praxiserfahrung hätten. Gefordert wurden Ausbildungsmaßnahmen für jüngere Aufsichtspersonen anhand von Fallbeispielen, die eine Beurteilung der früheren betrieblichen Situation ermöglichen. Der Autor kommt zu dem Ergebnis, dass die Mehrzahl der Stellungnahmen der Präventionsabteilung der UVT „nicht optimal waren, weil gegebene betriebliche Situationen nicht sach- und fachgerecht dargestellt wurden“.

Darüber hinaus sind falsche Annahmen zu Expositionszeiträumen zu erwähnen (z. B. bei Asbest, aromatischen Aminen, Benzol oder natürlichen UV-Strahlen), die bei Berechnungen der kumulativen Exposition in der Regel zum Nachteil der Versicherten ausgelegt werden. Hier würde die von der DGUV [44] empfohlene „Einbindung der versicherten Person“, die in der Praxis kaum umgesetzt wird, Missstände vermeiden. Als problematisch erweist sich das von vielen UVT zunehmend praktizierte Vorgehen, die Versicherten nur noch mit standardisierten Fragebögen und/oder telefonisch

zu früheren Arbeitsplätzen zu befragen, anstatt sie persönlich aufzusuchen. Gerade bei Krebserkrankungen fällt es vielen älteren Versicherten bei lange zurückliegenden Expositionen schwer, sich unter Zeitdruck an Einzelheiten ihrer Arbeitsumstände zu erinnern.

Bei Jahrzehnte zurückliegenden Tätigkeiten und Expositionen fehlen oftmals betriebliche Unterlagen. Battenstein [22] beklagte, dass manche UVT die Betriebsakten mit Messergebnissen vernichten, sobald die Betriebe stillgelegt wurden. Diese Praxis sei problematisch, weil im Einzelfall Jahrzehnte später die Exposition nicht mehr bewiesen werden könne. Stattdessen wird versucht, die früheren Expositionen und Arbeitsbedingungen in nachstellenden Untersuchungen zu rekonstruieren. Experimentelle Modelle können stattgefunden Expositionen nie realitätsgetreu rekonstruieren. Sie sind in der Hierarchie der Expositionsbeurteilung von nachrangiger Bedeutung [33]. Auch dadurch entstandene Beweisnotstände wirken sich in BK-Verfahren zum Nachteil der Versicherten aus [6, 62]. Ein Abgleich der Expositionszeiten und Einwirkungen würde die Mitwirkung des Versicherten verbessern und die Akzeptanz der Entscheidungen des UVT erhöhen. Hollo [54] schlägt vor, die Präventionsabteilung „von der Berufsgenossenschaft loszulösen und als eigenständige unabhängige Stelle einzurichten, um das Mehr-Augen-Prinzip um ein weiteres Element zu erweitern“.

Gewerbeärzte werden auch gebeten, alle Erkrankungen der Versicherten hinsichtlich potenzieller BKen zu beurteilen, ohne dass dazu arbeitstechnische Ermittlungen erfolgten und bei denen ein BK-Verfahren nicht eröffnet wurde. Bestimmte UVT äußern sich im Anschreiben grundsätzlich nicht, ob sie eine BK anerkennen oder abzulehnen beabsichtigen. In solchen Fällen ist der Gewerbearzt gezwungen, die gesamte Vorgeschichte zu prüfen statt sich auf Berichte der Präventionsdienste und relevante medizinische Befunde zu fokussieren. Manche UVT teilen lediglich mit, dass eine BK „nicht vorliegt“, ohne Gründe für die Ablehnung anzugeben.

Wir sehen auch Beurteilungen des medizinischen Krankheitsbildes und des Ursachenzusammenhangs durch technische Präventionsdienste der UVT. Beispielhaft ist der *Fall 13* in **Tab. 1** aufgeführt, bei dem trotz der Komplexität einer chronischen exogen-allergischen Alveolitis, der technische Aufsichtsmitarbeiter eine eigene Zusammenhangsbeurteilung, einschließlich des Einflusses des Rauchens, vorgenommen hat. Da aus den Stellungnahmen eine medizinische Qualifikation der UVT-Präventionsdienstmitarbeiter in der Regel nicht erkennbar ist, führen solche Fälle zu gewerbeärztlichen Nachfragen, die die Bearbeitungszeit zu Lasten des Leistungsberechtigten unnötig erhöhen.

Die Arbeit der Renten- und Widerspruchsausschüsse wird von uns kritisch gesehen (siehe Abschn. „Renten- und Widerspruchsausschuss“). Die Aussage von Höland und Welti [53], dass drei Viertel der Mitglieder von Widerspruchsausschüssen in der gesetzlichen Unfallversicherung die Möglichkeit haben, Gutachten vor einer Sitzung einzusehen, ist aus folgenden Gründen anzuzweifeln. Die DGUV hatte ihren Mitglieds-UVT die Teilnahme an dieser Befragung der Universitäten Halle-Wittenberg und Kassel nicht empfohlen. So stammten von 978 befragten Mitgliedern von Widerspruchsausschüssen der gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Unfallversicherung nur 61 aus dem Bereich der UVT (6,2%). Da die Zahl der Mitglieder der Widerspruchsausschüsse von UVT, die Fragebögen erhalten haben, unbekannt ist, kann eine Teilnahmequote nicht berechnet werden. Das o.g. Ergebnis ist somit nicht repräsentativ für alle UVT. Hien [52] vertrat die Auffassung, dass die Arbeitnehmervertreter in den Renten- und Widerspruchsausschüssen der UVT nicht selten mit der BK-Problematik überfordert sind.

## Schlussfolgerungen und gewerbeärztliche Vorschläge

Unsere Fallbeispiele zeigen, dass Missstände in BK-Feststellungsverfahren zur Ablehnung von BKen führen. Dieses Problem dürfte in Ländern ohne relevante gewerbeärztliche BK-Bearbeitung

besonders häufig auftreten. Missstände gehen fast immer zu Lasten der Versicherten, Krankenkassen oder anderen Sozialversicherungsträgern. Während Beweisnotstand viele Gründe haben kann, sind Missstände häufig durch UVT verursacht. Vor dem Hintergrund der Erweiterung der BK-Liste, einem Anstieg der Zahl der BK-Feststellungsverfahren und kontinuierlich sinkender gewerbeärztlicher Beteiligung wird die Qualität der BK-Verfahren weiter abnehmen und sich die unbillige Härte gegenüber Versicherten verstärken. Nachfolgend sind gewerbeärztliche Vorschläge aufgeführt, die einfach umsetzbar wären und die Missstände in BK-Feststellungsverfahren verringern könnten:

1. BK-Sachbearbeiter, -Erstermittler und technische Sachbearbeiter der Präventionsdienste der UVT sollen sich kontinuierlich qualifizieren und ggf. spezialisieren.
2. Interne Handlungsanleitungen der UVT für die BK-Bearbeitung sind offenzulegen, damit Expertengruppen (u. a. Gewerbeärzte, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaften) Kenntnis erhalten und auf den Inhalt Einfluss nehmen können.
3. Für Expositionsermittlungen ist die Einrichtung von Clearingstellen wie bei der BK-Nr. 1318 zu befürworten, die insbesondere für Harnblasenkrebs (BK-Ziffern 1301, 1321) und Lungenkrebs (BK-Ziffern 4104, 4113) erforderlich sind.
4. Namen der beratenden Ärzte der UVT sind in öffentlichen Registern bekannt zu machen.
5. Beratenden Ärzten der UVT ist die Tätigkeit als Zusammenhangsgutachter grundsätzlich zu untersagen.
6. Dem Zusammenhangsgutachter ist bei abweichender beratungsärztlicher Beurteilung bzw. bei Absicht, entgegen seiner Empfehlung eine BK abzulehnen, eine ergänzende Stellungnahme zu ermöglichen.
7. Bei Verstößen gegen die in § 4 Abs. 3 BKV geregelte Verpflichtung der UVT, den Gewerbearzt vor Bescheiderteilung zu beteiligen, seinen Ermittlungsvorschlägen zu folgen und ihn bei Abweichung von seiner Empfehlung zu informieren, sind Sanktionen vorzusehen. Seine Beteiligung ist durch Rücknahme des Bescheides nachzuholen.
8. Die konkrete gewerbeärztliche Empfehlung ist im Bescheid des UVT zu vermerken. Empfiehlt der Gewerbearzt die Anerkennung einer BK, der UVT beabsichtigt aber eine Ablehnung, dann ist grundsätzlich eine wissenschaftliche Begutachtung zu veranlassen und der Rentenausschuss zu beteiligen.
9. Sofern die berufliche Exposition strittig ist, sind von UVT spätestens im Widerspruchsverfahren unabhängige technische Sachverständige zu beauftragen.
10. UVT sollen von beratenden Ärzten und Gutachtern regelmäßige Fortbildung in BK-rechtlichen Fragen durch Besuch von Zertifizierungskursen, z. B. von der DGAUM, einfordern.
11. Aus gewerbeärztlicher Sicht würde sich die Effektivität der Mitwirkung der Renten- und Widerspruchsausschüsse in BK-Feststellungsverfahren durch folgende Regelungen erhöhen (siehe auch [20, 24]):
  - a) Als Mitglieder der Renten- und Widerspruchsausschüsse sollen nur in der Thematik qualifizierte Personen benannt werden, die von gutachterlich qualifizierten Arbeitsmedizinern bzw. Unfallchirurgen beraten werden sollen.
  - b) Die Fallkonstellationen, in denen die Rentenausschüsse tätig werden, sollten verbindlich und einheitlich für alle UVT geregelt werden.
  - c) Die Anzahl der in einer Sitzung zu beurteilenden BK-Fälle sollte begrenzt werden. Dabei ist zu gewährleisten, dass für Akteneinsicht und Diskussion ausreichend Zeit zur Verfügung steht.
  - d) Die Rechte der Mitglieder der Renten- und Widerspruchsausschüsse ist gesetzlich oder einheitlich in allen UVT-Satzungen zu regeln.

## Limitationen

Unsere Arbeit stellt Erkenntnisse bis zum Beginn der „Corona-Pandemie“ dar. Die dargestellten Missstände sind begrenzt repräsentativ für 4 Bundesländer. Es fehlt ein vollständiger Überblick, da nicht alle BK-Fälle bearbeitet werden. Die Autoren haben keine länderspezifischen Abweichungen in ihrer langjährigen Tätigkeit beobachtet. Deshalb sollten die beschriebenen Missstände auf alle Bundesländer und alle UVT übertragbar sein. Die Autoren waren bemüht, möglichst viele relevante Missstände darzustellen, die sich in häufigen BKen zeigen. Eine quantitative Darstellung der Häufigkeit der Missstände ist jedoch weder generell noch für einzelne BK-Ziffern möglich, da eine Bearbeitung aller BKen mit der derzeitigen Personalausstattung im behördlichen Dienst nicht durchführbar ist.

## Fazit für die Praxis

**Die BK-Bearbeitung erfolgt in einem weitgehend geschlossenen UVT-System, das die Verfahren beschleunigen, aber auch den Ausgang zum Nachteil des Versicherten beeinflussen kann. Eine effektive Qualitätskontrolle zur Verringerung der Missstände in BK-Feststellungsverfahren fehlt. Dies führt dazu, dass Versicherte erst in sozialgerichtlichen Verfahren objektive Ermittlungen erwarten können, obwohl UVT dazu nach dem Amtsermittlungsgrundsatz bereits im BK-Verfahren verpflichtet sind.**

Die hauptsächlichlichen Defizite liegen in:

- Intransparenz der Handlungsanleitungen der UVT-Verwaltungen,
- Missständen bei den Ermittlungen der arbeitstechnischen Voraussetzungen,
- Unkenntnis bzw. fehlender Berücksichtigung wissenschaftlicher und BK-rechtlicher Voraussetzungen durch Verwaltungen der UVT sowie ihrer beratenden Ärzte und Gutachter,
- kontinuierlich abnehmender gewerbeärztlicher Mitwirkung bei der BK-Bearbeitung.

**Eine Umsetzung der Vorschläge dieser Arbeit durch Ergänzungen des SGB VII bzw. der BKV, die Implementierung von interessenkonfliktfreien technischen Sachverständigen und Kontrollgremien, eine bessere personelle Ausstattung und Aufwertung der Stellung der Staatlichen Gewerbeärzte würde die Zahl der Missstände in BK-Verfahren erheblich reduzieren.**

## Korrespondenzadresse

### PD Dr. med. G. Korinth

Amt für Arbeitsschutz, Behörde für Justiz und Verbraucherschutz  
Billstr. 80, 20539 Hamburg, Deutschland  
gintautas.korinth@justiz.hamburg.de

**Danksagung.** Die Autoren danken Kolleginnen und Kollegen für die Übermittlung der Daten ihrer Länder zur Mitwirkung in BK-Feststellungsverfahren und Verwaltungsangestellten für die Unterstützung bei der Dokumentation unserer BK-Fallbeispiele.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** F. Scharfenberg, T. Nauert, U. Kranz, G. Korinth und U. Bolm-Audorff geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Die vertretenen Positionen entsprechen der persönlichen Einstellung der Autoren und repräsentieren nicht die Auffassung der Organisationen, denen sie angehören oder angehört haben.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

## Literatur

- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2011) Human-Biomonitoring, umweltmedizinische Leitlinie (Stand: 09/2011; abgelaufen)
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (2019) Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/094-001.html> Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Barrot R (1999) Arbeitstechnische Voraussetzungen für die Entstehung einer BK 2101. *Ergo Med* 23:26–30
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021) Liste der Berufskrankheiten. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 5. Aufl. Dortmund. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis-kompakt/F3.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Praxis-kompakt/F3.pdf?__blob=publicationFile). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2022) Gutachter für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Datenbanken mit Gutachtern für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. <https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitsgestaltung-im-Betrieb/Gefahrungsbeurteilung/Service/Anlaufstellen-externe-Beratung/Gutachter-fuer-Arbeitsunfaell-und-Berufskrankheiten.html>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Baur X, Glensk E, Schneider J (2013) Die Bedeutung der Expositionsermittlung im Rahmen von Berufskrankheiten-Verfahren. *Zbl Arbeitsmed* 63:330–341. <https://doi.org/10.1007/BF03350879.pdf>
- Baur X, Heger M, Bohle RM, Hering KG, Hofmann-Preiß K, Nowak D, Tannappel A, Teschler H, Voshaar T, Kraus T (2016) S2k-Leitlinie nach AWMF-Schema der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin „Diagnostik und Begutachtung der Berufskrankheit Nr. 4101 Quarzstaublungenerkrankung (Silikose) der Berufskrankheitenverordnung“. *Pneumologie* 70:782–812. [https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/zw\\_pneumologie/s-0042-102939LL\\_Silikose.pdf](https://www.thieme.de/statics/bilder/thieme/final/de/bilder/zw_pneumologie/s-0042-102939LL_Silikose.pdf) Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Behr J (2017) S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der idiopathischen Lungenfibrose. *Bayer Ärztzbl* 72:480–485
- BfD (1999) Tätigkeitsbericht 1997 und 1998 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) – 17. Tätigkeitsbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/850. [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfD (2001) Tätigkeitsbericht 1999 und 2000 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz (BfD) – 18. Tätigkeitsbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 14/5555. [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfD (2003) Tätigkeitsbericht 2001 und 2002 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz – 19. Tätigkeitsbericht. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (BfD). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfD (2005) Tätigkeitsbericht 2003–2004 – 20. Tätigkeitsbericht. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz (BfD). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfDI (2007) Tätigkeitsbericht 2005–2006 – 21. Tätigkeitsbericht. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfDI (2009) Tätigkeitsbericht 2007–2008 – 22. Tätigkeitsbericht. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfDI (2013) Tätigkeitsbericht 2011–2012 – 24. Tätigkeitsbericht. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfDI (2015) Tätigkeitsbericht 2013–2014 – 25. Tätigkeitsbericht. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- BfDI (2017) Tätigkeitsbericht 2015–2016 – 26. Tätigkeitsbericht. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI). [https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte\\_node.html](https://www.bfdi.bund.de/DE/Service/Publikationen/Taetigkeitsberichte/taetigkeitsberichte_node.html). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Bischof M, Janke N (2013) Die Rolle beratender Ärzte bei der Feststellung von Leistungen der Berufsgenossenschaft. *Bgrci Mag* 4:8–9
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales), BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) (2020) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2019. Unfallverhütungsbericht Arbeit, 1. Aufl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, Berlin, Dresden. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/pdf/Suga-2019-barrierefrei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/pdf/Suga-2019-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
- Bolm-Audorff U, Albracht G (1995) Berufskrankheiten: Leitfaden für die betriebliche, medizinische und juristische Praxis. Luchterhand, Neuwied
- Bolm-Audorff U, Brandenburg S, Brüning T, Dupuis H, Ellegast R, Elsner G, Franz K, Grasshoff H, Grosser V, Hanisch L, Hartmann B, Hartung E, Heuchert G, Jäger M, Krämer J, Kranig A, Hering KG, Ludolph E, Luttmann A, Nienhaus A, Pieper W, Pöhl K-D, Remé T, Riede D, Rompe G, Schäfer K, Schilling S, Schmitt E, Schröter F, Seidler A, Spallek M, Weber M (2005) Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule (l). Konsensempfehlungen zur Zusammenhangsbegutachtung der auf Anregung des HVBG eingerichteten interdisziplinären Arbeitsgruppe. *Trauma Berufskrankh* 7:211–252. <https://doi.org/10.1007/s10039-005-1027-5>
- Bolm-Audorff U, Turcer E, Weg W, Gemein F-J (2007) Das Sachverständigen Gutachten im Berufskrankheitenverfahren. Tagung, Schloss Biebrich, Wiesbaden, 15. Nov. 2005 Hessisches Sozialministerium, Wiesbaden, S 12, 36
- Bolm-Audorff U (2009) Ethische Aspekte der arbeitsmedizinischen Begutachtung aus Sicht des Gewerbeärztes. In: Baur X, Letzel S, Nowak D (Hrsg) Ethik in der Arbeitsmedizin, Orientierungshilfe in ethischen Spannungsfeldern. *Ecomed, Landshut*, S 107–120
- Bolm-Audorff U (2013) Kritik des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens. *Gute Arb* 10:17–20
- Bolm-Audorff U, Braunschweig R, Ditchen D, Dunz T, Dwornik G, Eberth F, Ellegast R, Erlinghagen N, Glaser C, Gonschorek O, Griebel W, Grifka J, Grosser V, Hartmann B, Hering KG, Hoehne-Hückstädt U, Hofmann GO, Horng A, Kucklack M, Liebers F, Rosenbaum D, Schiele R, Schiltenswolf M, Schröter F, Spahn G, Westphal F, Zagrodnik F-D (2014) Begutachtungsempfehlung für die Berufskrankheit Nummer 2112 (Gonarthrose). Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin (<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4504>) Zugegriffen: 03.04.2023)
- Bolm-Audorff U, Arhelger R, Schneider J, Beus J, Hoffmann M (2016) Qualität der berufsgenossenschaftlichen Ermittlungen betreffend die Berufskrankheit 4104. Deutsche Gesellschaft

- für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (Hrsg) 56. Wissenschaftliche Jahrestagung 2016, Programm und Abstracts, S 87–88. [https://www.asu-arbeitsmedizin.com/sites/default/files/2019-08/dgaum-jahrestagung-2016-072dpi\\_njk4mjzq.pdf](https://www.asu-arbeitsmedizin.com/sites/default/files/2019-08/dgaum-jahrestagung-2016-072dpi_njk4mjzq.pdf). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
27. Bolm-Audorff U, Braunschweig R, Grosser V, Ochsmann E, Schiltenswolf M (2020) Das Krankheitsbild im Sinne der Berufskrankheit 2102 Meniskopathie. *Orthopade* 49:916–919
  28. Bremische Bürgerschaft (2016) Plenarprotokoll der 17. Landtagssitzung. <https://docplayer.org/135316079-17-sitzung-19-wahlperiode-inhalt-am-donnerstag-dem-17-maerz-2016.html>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  29. Deutscher Bundestag (2006) Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes. Drucksache 16/3660. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/036/1603660.pdf>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  30. Deutscher Bundestag (2008) Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes, Drucksache 16/7716. <https://dserver.bundestag.de/btd/16/077/1607716.pdf>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  31. Deutscher Bundestag (2017) Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ernst K, Karawansjij S, Kipping K, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 18/13543. <https://dserver.bundestag.de/btd/18/135/1813543.pdf>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  32. Deutscher Bundestag (2022) Bericht der Bundesregierung über den Stand von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit und über das Unfall- und Berufskrankheitengeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahr 2020. Drucksache 20/370. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/003/2000370.pdf>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  33. DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft) (2019) MAK- und BAT-Werte-Liste 2019: Ständige Senatskommission zur Prüfung gesundheitsschädlicher Arbeitsstoffe. Mitteilung 55. Wiley-VCH, Weinheim
  34. DGB (2002) Berufskrankheiten – was Sie darüber wissen sollten. Eine Information für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Berlin. <https://www.dgb.de/themen/++co++mediapool-63553d69813d9aabf0b17e73dc6d62c5>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  35. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011) Empfehlung für die Begutachtung asbestbedingter Berufskrankheiten – Falkensteiner Empfehlung. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2459>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  36. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2012) Empfehlung für die Begutachtung der Berufskrankheiten der Nummern 1315 (ohne Alveolitis), 4301 und 4302 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) – Reichenhaller Empfehlung. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1946>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  37. DGVU (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) (2013) BK-Report 1/2013 Faserjahre. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2757>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  38. DGVU (2014) Grundsätze für arbeitsmedizinische Untersuchungen, 6. Aufl. Gentner, Stuttgart
  39. DGVU (2016) Anwendungshinweise zur retrospektiven Beurteilung der Benzolexposition. IFA-Ringbuch, Bd. 9105. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin
  40. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2016) Berufskrankheitenrecht 2016 – Probleme – Herausforderungen – Lösungen. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3171>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  41. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017) Bamberger Empfehlung. Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebskrankungen. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/versicherungleistungen/berufskrankheiten/2058/bamberger-empfehlung>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  42. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2019) Empfehlung für die Begutachtung von Quarzstaublungenerkrankungen (Silikosen) – Bochumer Empfehlung. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2482>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  43. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2020) Empfehlung für die Begutachtung der Lärmschwerhörigkeit (BK-Nr. 2301) – Königsteiner Empfehlung. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/2559>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  44. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2021) DGVU-Handlungsempfehlung. Ermittlung und Bewertung der Einwirkung im Berufskrankheitenverfahren. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3652>. Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  45. DGVU (2022) Zentrale Expositionsdatenbank (ZED). [https://dguv.de/ifa/gestis/zentrale-expositionsdatenbank-\(zed\)/index.jsp](https://dguv.de/ifa/gestis/zentrale-expositionsdatenbank-(zed)/index.jsp). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  46. Diepgen T (2012) Berufsbedingte Hauterkrankungen. *J Dtsch Dermatol Ges* 10(2023):297–316. [https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2012.07890\\_suppl.x](https://doi.org/10.1111/j.1610-0387.2012.07890_suppl.x)
  47. Feder IS, Schulz F, Stühmer A-SC TA, Lockemann U, Tannapfel A, Püschel K (2016) Berufserkrankungen im Zusammenhang mit Asbest – Entwicklungen aus Hamburg und Umgebung. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 51:646–659
  48. Feldmann H, Alberty J, Brusis T, Deitmer T, Delank K-W, Hüttenbrink K-B, Stoll W (2012) Das Gutachten des Hals-Nasen-Ohren-Arzt. Feldmann H, Brusis T (Hrsg) 7. Aufl. Thieme, Stuttgart, New York
  49. Heinz TK (2014) Die Sachverständigenablehnung im Arzthaftungsprozess. *GesR* 3:141–146
  50. Helmholtz Zentrum München Lungenfibrose: Verbreitung. <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/lungenfibrose/verbreitung/index.html> (Erstellt: 24. Aug. 2018). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  51. Henry J, Prager H-M (2016) MdE-Bemessung bei der Berufskrankheit Nr. 1318. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 51:211–218
  52. Hien W (2012) Restriktives Recht, restriktive Praxis: Das Elend mit den Berufskrankheiten. Kritik an der bestehenden Situation und Ansätze für einen Wandel. *Soziale Sicherh* 61:382–391
  53. Höland A, Welti F (Hrsg) (2019) Recht und Praxis der Widerspruchsausschüsse in der Sozialversicherung. Bestandsaufnahme und Wirkungsanalyse. Study 411, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf, ISBN 978-3-86593-324-9. [https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync\\_id=HBS-07113](https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-07113). Zugegriffen: 3. Apr. 2023
  54. Hollo AL (2018) Das Verfahren zur Anerkennung von Berufskrankheiten. Nomos, Baden-Baden. ISBN 978-3-8452-9310-3.
  55. HVBG (2003) Rundschreiben vom 28.08.2003 an die Hauptgeschäftsführer/Geschäftsführungen der gewerblichen BGen: Abgrenzung Gutachter/Beratender Arzt. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Sankt Augustin
  56. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004) Empfehlungen der Unfallversicherungsträger zur Begutachtung bei Berufskrankheiten. HVBG, Sankt Augustin
  57. Jordan B, Gresser U (2014) Gerichtsgutachten: Oft wird die Tendenz vorgegeben. *Dtsch Arztebl* 111:A210–212
  58. Kaiser V, Zober A (2005) Hinweise zur Begutachtung von Berufskrankheiten, 5. Aufl. Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg), Heidelberg ([https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/medien/infomat/lv8\\_suedwest/documents/lv8\\_hinweis\\_bk.pdf](https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/medien/infomat/lv8_suedwest/documents/lv8_hinweis_bk.pdf)) Zugegriffen: 03.04.2023
  59. Konstanty R (1989) Skandal ohne Ende? Die Entscheidungspraxis der gewerblichen Berufsgenossenschaften bei Berufskrankheiten. *Soziale Sicherh* 38:129–134
  60. Korinth G, Broding HC, Uter W, Drexler H (2005) Secondary prevention of allergic symptoms in a dairy farmer by use of a milking robot. *Clin Mol Allergy* 3:8
  61. Korinth G (2016) Ermittlung arbeitstechnischer Voraussetzungen bei einer Berufskrankheit nach der Nr. 2108 der BKV. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 51:36–40
  62. Korinth G, Scharfenberg F, Nauert T, Bolm-Audorff U (2018) Gefährdende Exposition im Berufskrankheitenrecht. Gewerbeärztliche Vorschläge zum Beweisnotstand. *Zbl Arbeitsmed* 68:2–11
  63. Mayer P (2005) Qualität der sicherheitstechnischen Expertise. In: Bolm-Audorff U, Turcer E, Weg W, Gemein F-J, Hessisches Sozialministerium (Hrsg) Symposium „Das Sachverständigengutachten im Berufskrankheitenverfahren“ Tagung, Schloss Biebrich, Wiesbaden, 15. Nov. 2007, S 25–35
  64. Nienhaus A (2011) Das Kreuz mit dem Kreuz: berufsbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und die Qualität der Begutachtung. In: Nienhaus A, Volante G, Seidler A (Hrsg) *Arbeitsmedizin in sozialer Verantwortung*. VSA, Hamburg, S 55–65. ISBN 978-3-89965-468-465-3
  65. Nienhaus A, Brandenburg S, Teschler H (2012) Begutachtung der Tuberkulose als Berufskrankheit. In: Nienhaus A, Brandenburg S, Teschler H (Hrsg) *Tuberkulose als Berufskrankheit. Ein Leitfaden zur Begutachtung und Vorsorge*, 3. Aufl. *Ecomed Medizin*, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg, S 321–331
  66. Nies E, Barrot R, Drexler H, Hallier E, Kalberlah F, Prager HM, Schaller KH, Westphal G, Korinth G (2005) Perkutane Aufnahme von Benzol – Folgerungen für die retrospektive Expositionsabschätzung. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 40:585–594
  67. Nowak D (2018) Verdacht auf Berufskrankheit? Von der Diagnose zum Gutachten – darauf kommt es im Berufskrankheiten-Verfahren an! 3. Aufl. *Ecomed Medizin*, Landsberg am Lech
  68. Raitel HJ (2012) Gewebeprobe. In: Triebig G, Drexler H, Letzel S, Nowak D (Hrsg) *Biomonitoring in Arbeitsmedizin und Umweltmedizin. Orientierungshilfe für Betrieb, Praxis und Klinik*. *Ecomed Medizin*, Landsberg am Lech, S 141–149

- 
69. Römer W (2022) 3 Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung (Stand 05/2022). In: Hauck K, Noftz W SGB VII. Keller W (Hrsg). ESV, Berlin
  70. Schlaeger T (2016) Zur Befangenheit von Gutachtern mit Beratungsarztvertrag. MedSach 3:108–113
  71. Schmid K, Drexler H (2015) Berufsbedingte Tumorerkrankungen: Was ist bei der Begutachtung zu beachten? Dtsch Med Wochenschr 140:51–55
  72. Schönberger A, Mehrrens G, Valentin H (2017) Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 9. Aufl. ESV, Berlin
  73. Sennekamp J, Lehmann E, Joest M (2014) Berufsbedingte exogen-allergische Alveolitis. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 50:38–52
  74. Weiß T, Henry J, Brüning T (2010) Berufskrankheit 1301. Bewertung der beruflichen (Mit-)Verursachung von Harnblasenkreberkrankungen unter Berücksichtigung der quantitativen Abschätzung der Einwirkung der aromatischen Amine 2-Naphthylamin, 4-Aminobiphenyl und o-Toluidin. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 45:222–235