

Dermatologie in Beruf und Umwelt



16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für
Berufs- und Umweltdermatologie (ABD):
Innovationen in der Berufsdermatologie

16. – 18. September 2021, Online
Abstracts

BK-Rechtsform

Minderung der Erwerbsfähigkeit bei
BK-Nummern 5101, 5102 und 5103

3. Quartal 2021

69/3



<http://www.dustri.de>

Editorial

Ein Jahr nach dem Aus für die BG-Klinik Falkenstein: Das Aus für die berufsdermatologische Prävention im Osten?

P. Elsner und C. Skudlik

101

Editorial

One year after the closure of BG-Klinik Falkenstein: Is this the end of occupational dermatological prevention in the East?

P. Elsner und C. Skudlik

BK Rechtsreform

Rechtsänderungen bei Berufskrankheiten – Auswirkungen auf die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101

S. Krohn, C. Skudlik, A. Bauer et al.

103

BK Law Reform

Legal changes with regard to occupational diseases – Effects on the assessment of reduced earning capacity in the case of work-related skin diseases related to BK no. 5101

S. Krohn, C. Skudlik, A. Bauer et al.

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingtem Hautkrebs: MdE-Tabellen zu den BK-Nummern 5102 und 5103

S. Krohn, C. Skudlik, A. Bauer et al.

108

Reduction of earning capacity in occupation-related skin cancer: Tables for BK no. 5102 and 5103

S. Krohn, C. Skudlik, A. Bauer et al.

Übersicht

Über die Vernetzung der Sozialversicherungsträger in Deutschland – Ein aktueller berufsdermatologischer Fall

E. Weisshaar und H.G. Hotz

114

Review

Connecting the different players in Germany's social security system – A current case report

E. Weisshaar und H.G. Hotz

Autorenreferate

16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD): Innovationen in der Berufsdermatologie

*16. – 18. September 2021,
Online-Veranstaltung
mit Live-Vorträgen*

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. A. Bauer,
Dresden

Prof. Dr. med. C. Skudlik,
Osnabrück & Hamburg

121

Abstracts

16th Meeting of Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD): Innovations in occupational dermatology

*September 16 – 18, 2021,
Online events with live lectures*

Scientific Committee:

Prof. Dr. med. A. Bauer,
Dresden

Prof. Dr. med. C. Skudlik,
Osnabrück & Hamburg

Schriftleitung

C. Skudlik, Osnabrück/Hamburg
(hauptverantwortlich)

A. Bauer, Dresden

P. Elsner, Jena

J. Geier, Göttingen

Frühere Herausgeber

T.L. Diepgen

H. Ippen

W. Schneider

K.H. Schölzke

K.-H. Schulz

H.J. Schwanitz

W. Uter



Editorial

Ein Jahr nach dem Aus für die BG-Klinik Falkenstein: Das Aus für die berufsdermatologische Prävention im Osten?



Peter Elsner, Jena



Christoph Skudlik,
Osnabrück & Hamburg

Zum 30. Juni 2021 war es ein Jahr her, dass die BG-Klinik im vogtländischen Falkenstein ihre Pforten für immer schloss. Die Klinik verfügte über 130 Planbetten, davon 110 Betten für berufsbedingte Erkrankungen der Atmungsorgane und 20 Betten für die Berufsdermatologie. In den 1990er Jahren von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung mit großem Aufwand zu einer modernen Klinik für Atemwegserkrankungen saniert, kam ab dem Jahr 2005 eine Berufsdermatologische Abteilung dazu. In Kooperation mit der Universitäts-Hautklinik Jena wurde diese Abteilung zunächst im Rahmen der Multi-Center-Studie „Medizinisch-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)“ aufgebaut und später in die Regelversorgung der Unfallversicherungsträger aufgenommen.

Die Berufsdermatologie in Falkenstein war über 15 Jahre ein Erfolgsmodell: Nicht nur konnte im Rahmen der tertiären Individualprävention eine hohe Zahl von berufsdermatologischen Patienten aus dem mitteldeutschen Raum und Nordbayern in hoher Qualität diagnostiziert und behandelt werden; darüber hinaus war die Klinik in berufsdermatologische Multicenterstudien eingebunden, beteiligte sich aktiv am Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK) und organisierte jährlich ein Berufs-

dermatologisches Symposium, das mit aktuellen Themen regelmäßig über 100 Dermatologen aus Kliniken und Praxen, aber auch Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger anzog und so zu einem wesentlichen Fortbildungsangebot in der Region avancierte. Die intensive Zusammenarbeit mit den universitären Zentren der Berufsdermatologie in Sachsen und Thüringen, mit den anderen TIP-Kliniken in Deutschland und last but not least mit den Unfallversicherungsträgern in Mitteldeutschland taten ein Übriges, um die Berufsdermatologie in Falkenstein zu einer festen Größe in der Berufsdermatologie werden zu lassen.

Das Aus für die Falkensteiner Berufsdermatologie kam, trotz hohen Bedarfs, guter Auslastung und hervorragender Leistungen von Ärzten und Schwestern, in Folge der Schließung der (größeren) Schwesterabteilung für berufsbedingte Erkrankungen der Atmungsorgane. Wir wissen, dass dieser für Patienten und alle in der Klinik Beschäftigten äußerst schmerzhafter Schritt das Ergebnis einer schwierigen und abgewogenen Entscheidung der Verantwortlichen war; gleichwohl ist die beklagenswerte Konsequenz, dass in den – inzwischen nicht mehr „neuen“ – Bundesländern des deutschen Ostens keine Einrichtung der berufsdermatologischen Tertiärprävention mehr zur Verfügung steht. Patienten äußern im ärztlichen Gespräch



durchaus ihr großes Erstaunen darüber, dass sie weite Anfahrten in die im Westen, Norden und Süden der Republik lokalisierten verbliebenen TIP-Zentren auf sich nehmen müssen, und dies ist letztlich auch verständlich. Selbstverständlich kann man in einem Flächenland nicht in jedem Nachbardorf eine Klinik der Maximalversorgung erwarten, aber eine einigermaßen wohnortnahe Versorgung sollte auch für Berufsdermatosen möglich sein, zumal dermatologische Akutkliniken aufgrund der Beschränkungen durch das DRG-System die Lücke nicht füllen können.

Das Ziel einer „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet“ ist im Grundgesetz verankert (Art. 72 Abs. 2 GG). Die aktuell noch im Amt befindliche Bundesregierung der Großen Koalition hatte sich in ihrem Koalitionsvertrag ausdrücklich zum Ausgleich von Unterschieden in den Lebensbedingungen bekannt. Der gerade im Osten Deutschlands in den vergangenen Jahren aufgekommene Rechtspopulismus wird nicht zuletzt auf den Umstand zurückgeführt, dass viele Menschen den Eindruck haben, diese Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse lasse auch mehr als 30 Jahre nach der Wiedervereinigung zu wünschen übrig, und sich als „Menschen zweiter Klasse“ fühlen. Diesem Eindruck gilt es durch Initiativen auf allen Ebenen entgegenzutreten.

Insofern sollte der Verlust der berufsdermatologischen Prävention in der Region durch die Schließung der BG-Klinik Falkenstein im Juni 2020 für die Unfallversicherungsträger Anlass sein, nach Lösungen für wohnortnahe – oder zumindest wohnortnähere – Angebote für ihre Versicherten, auch im Osten Deutschlands, zu suchen. Die Errichtung eines weiteren berufsdermatologischen TIP-Zentrums im Osten wäre eine solche Lösung. Dieses sollte optimalerweise auch ambulante Präventionsangebote machen, nicht zuletzt da die dermatologische Versorgung in den östlichen Flächenländern immer mehr ausgedünnt wird.

Weißer Flecken in der berufsdermatologischen Versorgung zeigen sich in den letzten Jahren jedoch auch zunehmend in vielen Regionen der alten Bundesländer. Dies ist

nicht zuletzt auch dem Umstand geschuldet, dass bundesweit in vielen Hautkliniken einschließlich Universitätsklinikum Dermatologie nur in eingeschränktem Umfang aktiv betrieben und gelehrt wird. Hier kommt speziell den berufsdermatologischen Schwerpunkt- bzw. TIP-Zentren die Funktion zu, diese Lücke in der qualifizierten Versorgung auf ambulanter und stationärer Ebene der von Berufsdermatosen betroffenen Bevölkerung zu schließen und gleichzeitig dafür Sorge zu tragen, dass angehende Dermatologinnen und Dermatologen in diesem wichtigen dermatologischen Teilgebiet auch weiterhin auf höchstem Niveau ausgebildet werden. Mit der zum 1. Januar 2021 in Kraft getretenen BK-Rechtsreform wurde der Präventionsgedanke, auch durch die Verpflichtung der Versicherten zur Mitwirkung, ja nochmals gestärkt, und mit einem vermehrten Bedarf für Leistungen der sekundären und tertiären Individualprävention ist bundesweit zu rechnen.

*Peter Elsner, Jena, und
Christoph Skudlik, Osnabrück/Hamburg*

Rechtsänderungen bei Berufskrankheiten – Auswirkungen auf die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101

Fallbeispiele und neue Mitwirkungspflichten

S. Krohn¹, C. Skudlik², A. Bauer³, C. Bernhard-Klimt⁴, H. Dickel⁵, H. Drexler⁶, P. Elsner⁷, D. Engel⁸, M. Fartasch⁹, S. Glaubitz¹⁰, G. Gauglitz¹¹, A. Goergens¹², A. Köllner¹³, D. Kämpf¹⁴, M. Klinkert¹⁵, E. Kublik¹⁶, H. Merk¹⁷, M. Müller¹⁸, K. Palsherm¹⁹, W. Römer²⁰, C. Ulrich²¹ und M. Worm²²

¹⁻²² *Institutsangaben siehe Auflistung am Ende des Artikels*

Schlüsselwörter

Berufskrankheit – berufsbedingte Hauterkrankung – BK-Nr. 5101 – Minderung der Erwerbsfähigkeit – Fallbeispiele

Key words

occupational disease – occupational skin disease – BK-No. 5101 – reduction in earning capacity – case reports

Einführung

Bei Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) sind von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung – den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften – Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe zu erbringen sowie Entschädigungsleistungen zu prüfen. Ist eine Rente zu zahlen, richtet sich deren Höhe u. a. nach der durch die Berufskrankheit bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE). Die MdE ist ein eigenständiges, von anderen Maßstäben, zum Beispiel des Versorgungsrechts (GdB/GdS) oder privatrechtlicher Versicherungsverhältnisse (Gliederungstaxe), unabhängiges Bewertungsinstrument [1, 2].

Um eine einheitliche MdE-Bewertung zu ermöglichen und so das grundgesetzlich garantierte Gleichbehandlungsgebot der Versicherten zu gewährleisten, werden von der DGUV zu ausgewählten Berufskrankheiten Begutachtungsempfehlungen herausgegeben. Für arbeitsbedingte Hautkrankheiten gibt es die „Bamberger Empfehlung“, die regelmäßig durch eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe (AG) überarbeitet wird. Zu den Mitgliedern zählen mandatierte Vertreter medizinischer Fachgesellschaften sowie weiterer Institutionen und UV-Träger (s. Autoren dieses Artikels).

Die AG Bamberger Empfehlung hat bereits Ende des Jahres 2020 zu den zum 1. Ja-

nuar 2021 in Kraft getretenen tiefgreifenden Änderungen des Berufskrankheitenrechts informiert. Zu den wichtigsten Änderungen zählt dabei der Wegfall des sog. „Unterlassungszwangs“ bei der BK-Nr. 5101, der bisher Voraussetzung für die Anerkennung einer Berufskrankheit und damit auch für eine Entschädigung war. Seit dem 1. Januar 2021 können auch bei fortgesetzter und damit oft hautbelastender Tätigkeit Leistungsansprüche entstehen und es stellt sich die Frage, in welchem Umfang die Erwerbsfähigkeit gemindert ist, wenn (sogar) noch die zur Krankheit führende Tätigkeit weiterhin ausgeübt werden kann.

Die allgemein akzeptierten MdE-Sätze der Bamberger Empfehlung haben bisher immer auch die Aufgabe der Tätigkeit beinhaltet, da eine BK-Anerkennung die Aufgabe der schädigenden Tätigkeiten voraussetzte. Werden die hautbelastenden Tätigkeiten weiter ausgeübt, sind Hautbefunde oft ausgeprägter als nach einer Tätigkeitsaufgabe – die ja eine Besserung erreichen soll –, ohne dass jedoch stärkere Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Arbeitsleben bestehen, insbesondere nicht im Vergleich zu Personen, die – bei gleichem Hautbefund – ihre Tätigkeit medizinisch begründet aufgegeben haben. Die Anwendung der bisherigen Tabelle kann in diesen Fällen damit zu fehlerhaften – zu hohen – MdE-Bewertungen führen.

Werden die hautbelastenden Tätigkeiten weiter ausgeübt, sind Hautbefunde oft ausgeprägter als nach einer Tätigkeitsaufgabe – die ja eine Besserung erreichen soll –, ohne dass jedoch stärkere Beeinträchtigungen in der Teilhabe am Arbeitsleben bestehen

Zur Korrektur dieser (neuen) Inkonsistenz in der Tabelle empfiehlt die AG Bamberger Empfehlung – im Sinne einer Übergangslösung – bei medizinisch möglichem Fortsetzen der hautbelastenden Tätigkeiten für die MdE-Einschätzung einen jeweils um einen Grad geringeren Schweregrad anzunehmen. Damit wird der allgemeine Erfahrungssatz berücksichtigt, dass bei Wegfall von hautbelastenden Einwirkungen auch eine wesentliche Besserung bis Abheilung des arbeitsbedingt verursachten oder verschlimmerten Hautbefundes zu erwarten ist.

Zur abschließenden Lösung der beschriebenen Inkonsistenz erscheint eine Anlehnung der MdE-Bewertung an das biopsychosoziale Modell der „ICF“ erfolgversprechend. Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der WHO ermöglicht es, Erkrankungsfolgen mit ihren funktionellen Einschränkungen und den hieraus resultierenden Beeinträchtigungen bei der Teilhabe am Arbeitsleben ganzheitlich zu beschreiben [3]. Die Überlegungen hierzu sind inhaltlich jedoch komplex und mit umfangreichen und mit BK-Tatbeständen übergreifenden Abstimmungsprozessen verbunden.

Bis zum Vorliegen erster Ergebnisse sollten aus Sicht der AG Bamberger Empfehlung die in der Praxis bewährten MdE-Sätze auch weiterhin die Basis für MdE-Einschätzungen bilden, sie wären aber im oben beschriebenen Sinne für die Anwendung bei fortgesetzter schädigender Tätigkeit zu modifizieren. Erste Überlegungen hat die AG Bamberger Empfehlung bereits publiziert und verschiedene Fallkonstellationen gebildet, zu denen in diesem Artikel nun konkrete Fallbeispiele zur Veranschaulichung vorgestellt werden.

Verbunden mit der angedachten ICF-Basierung der MdE-Empfehlungen wird perspektivisch eine MdE-Abstufung ausschließlich in 10er Schritten für sinnvoll gehalten. Damit würde eine Angleichung an die MdE-Empfehlungen zu den BK-Nrn. 5102 und 5103 sowie an andere Begutachtungsempfehlungen erfolgen. Gleichzeitig wird hiermit mehr Raum für individuelle Einschätzungen gegeben. Hiervon abweichend kann in begründeten Fällen die MdE auch weiterhin in Zwischenschritten (zum Beispiel 25%) festgestellt werden.

Neben dem Wegfall des Unterlassungszwangs hat der Gesetzgeber zur Stärkung des Präventionsgedankens die bereits bestehenden Pflichten für Versicherte zur Mitwirkung um die Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger und die Mitwirkung an Maßnahmen zur Verhaltensprävention erweitert. Eine fehlende Mitwirkung kann zukünftig zum gänzlichen oder teilweisen Versagen von Leistungen führen. Einer exakten Spezifikation der gutachterlich empfohlenen Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen im Gutachten kommt daher ein noch höherer Stellenwert als in der Vergangenheit zu.

Fallkonstellationen und Fallbeispiele

Fallkonstellation a

Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden Art von hautbelastenden Tätigkeiten ist mit Hilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen medizinisch möglich.

In diesen Fällen ist die Teilhabe am Arbeitsleben nicht bzw. nur in geringem Maße beeinträchtigt und der Arbeitsmarkt ist nicht nennenswert verschlossen. Eine MdE ist in der Regel nicht anzunehmen bzw. nur in besonderen Fällen, zum Beispiel bei Allergien gegenüber mehreren Arbeitsstoffen.

Beispiel 1

Ein Maurer entwickelt ein arbeitsbedingtes irritatives Handekzem. Durch verbesserte Prävention und medizinische Maßnahmen können die Hautveränderungen deutlich gebessert werden. Die Tätigkeit als Maurer kann aus medizinischer Sicht fortgesetzt werden. Das Handekzem bedarf wenige Male pro Jahr einer Behandlung, die über die Basistherapie hinausgeht. Das Ausmaß der arbeitsbedingten Hautveränderungen ist „leicht“ im Sinne der Bamberger Empfehlung (2017). Es besteht keine messbare MdE (< 10).

Erläuterung: Nach den bis zum 31. Dezember 2020 geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei Anerkennung einer BK-Nr. 5101 zwingend das Unterlassen der Tätigkeit forderten, wäre die Berufskrank-

heit nicht anzuerkennen gewesen. Legt man die bisherige Tabelle als Maßstab an, die von einer notwendigen Aufgabe der Tätigkeit ausgeht, würde hieraus eine MdE von 10 resultieren. Da die zur Erkrankung führende Art von hautbelastenden Tätigkeiten aber weiter ausgeführt werden kann, besteht faktisch keine Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben und es liegt keine MdE im messbaren Grade vor.

Beispiel 2

Ein Maurer entwickelt ein Handekzem mit irritativer und kontaktallergischer Komponente. Es liegen berufsbedingte und berufsrelevante Kontaktallergien gegen Kaliumdichromat und Thiuramverbindungen vor. Durch verbesserte Prävention, Allergenmeidung bzw. Allergenreduzierung (chromatarmer Zement, thiuramfreie Schutzkleidung) und medizinische Maßnahmen können die Hautveränderungen deutlich gebessert werden. Die Tätigkeit als Maurer kann aus medizinischer Sicht fortgesetzt werden. Das Handekzem bedarf wenige Male pro Jahr einer Behandlung, die über die Basistherapie hinausgeht. Das Ausmaß der arbeitsbedingten Hautveränderungen ist „leicht“ im Sinne der Bamberger Empfehlung (2017). Das Ausmaß der Auswirkung der Allergie ist als mittelgradig einzuschätzen [4, 5]. Die MdE wird mit 10% bemessen.

Erläuterung: Aus den irritativen Hautveränderungen resultiert keine messbare MdE (s. Erläuterungen zu Beispiel 1). Die festgestellten Allergien führen dagegen zu einer relevanten Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben, da die betroffenen Teile des Arbeitsmarktes zu meiden sind. Aufgrund der Verbreitung der Allergene und der Klinik der Hauterscheinungen ist die MdE mit 10% zu bewerten.

Fallkonstellation b

Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden Art von hautbelastenden Tätigkeiten ist mit Hilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen medizinisch nur dann möglich, wenn die hautbelastende Einwirkung reduziert wird.

Das Vorliegen einer MdE ist im Einzelfall zu klären, jedoch muss die MdE im

Regelfall niedriger sein als bei Fallkonstellation c, weil die Teilhabe am Arbeitsleben weniger beeinträchtigt ist.

Beispiel 3

Ein KFZ-Mechaniker mit atopischer Hautdiathese entwickelt ein irritatives Handekzem. Durch verbesserte Prävention und medizinischer Maßnahmen lässt sich das Handekzem nicht wesentlich bessern. Nach Reduktion des Umfanges der hautbelastenden Tätigkeiten durch eine teilweise Umsetzung mit halbtägiger Arbeit im Kundendienst und Fortsetzen der bisherigen Therapie- und Präventionsmaßnahmen gelingt es, das Handekzem wesentlich zu bessern. Das Handekzem bedarf wenige Male pro Jahr einer Behandlung, die über die Basistherapie hinausgeht. Es besteht keine messbare MdE (< 10).

Erläuterung: Nach den bis zum 31. Dezember 2020 geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen, die bei Anerkennung einer BK-Nr. 5101 zwingend das Unterlassen der Tätigkeit forderten, wäre die Berufskrankheit nicht anzuerkennen gewesen. Legt man die bisherige Tabelle als Maßstab an, die von einer notwendigen Aufgabe der Tätigkeit ausgeht, würde hieraus eine MdE von 10 resultieren. Da die zur Erkrankung führende Art von hautbelastenden Tätigkeiten aber weiterhin (teilweise) ausgeführt werden kann, ist die MdE geringer einzuschätzen und liegt unter 10%.

Fallkonstellation c

Das Fortsetzen der zur Erkrankung führenden Art von hautbelastenden Tätigkeiten ist mit Hilfe angemessener Therapie- und Präventionsmaßnahmen medizinisch nicht möglich.

Für die Einschätzung der MdE gelten die MdE-Sätze der (bisherigen) Bamberger Empfehlung.

Beispiel 4

Ein Maurer leidet unter einem atopischen Handekzem, das durch arbeitsbedingte Einflüsse (irritativ und kontaktallergisch) wesentlich verschlimmert wird.

Es liegen berufsbedingte und berufsrelevante Kontaktallergien gegen Kaliumdichro-

Zur Stärkung des Präventionsgedankens hat der Gesetzgeber mit § 9 Abs. 4 Satz 3 SGB VII die bereits nach den §§ 60 ff. SGB I bestehenden Pflichten zur Mitwirkung bei ärztlichen Untersuchungen und an Heilbehandlungen um die Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger und die Mitwirkung an Maßnahmen zur Verhaltensprävention erweitert

mat und Thiuramverbindungen vor. Trotz verbesserter Prävention, Allergenmeidung bzw. Allergenreduzierung (chromatarmer Zement, thiuramfreie Schutzkleidung) und intensiver medizinischer Maßnahmen können die Hautveränderungen nicht deutlich gebessert werden. Das Fortsetzen der Tätigkeit als Maurer ist aus medizinischer Sicht nicht möglich. Nach Aufgabe der schädigenden Tätigkeit heilt der arbeitsbedingte Anteil der Handekzeme ab.

Arbeitsbedingte Hautveränderungen liegen nicht mehr vor. Das Ausmaß der Auswirkung der Allergie ist als mittelgradig einzuschätzen [1, 2]. Die MdE wird mit 10% bemessen.

Erläuterung: Die MdE-Einschätzung erfolgt hier wie bisher. Die BK-Rechtsänderungen haben keine Auswirkung auf die Beurteilung dieses Falles.

Beispiel 5

Eine Pflegekraft leidet unter einem atopischen Handekzem, das durch arbeitsbedingte Einflüsse (irritativ und kontaktallergisch) wesentlich verschlimmert wird.

Es liegt eine berufsbedingte und berufsrelevante Kontaktallergie gegen Glutaraldehyd vor. Trotz verbesserter Prävention und Allergenmeidung und intensiver medizinischer Maßnahmen können die Hautveränderungen nicht deutlich gebessert werden. Das Fortsetzen der Tätigkeit als Pflegekraft ist aus medizinischer Sicht nicht möglich. Die Betroffene setzt ihre Tätigkeit als Pflegekraft fort. Es kommt zu dauerhaften bzw. chronisch rezidivierenden, klinisch ausgeprägten ekzematösen Hautveränderungen der Hände.

Das Ausmaß der arbeitsbedingten Hautveränderungen bei Fortführung der beruflichen Tätigkeit ist „schwer“. Das Ausmaß der Auswirkung der Allergie ist als geringgradig einzuschätzen [6]. Die MdE wird mit 20% bemessen.

Erläuterung: Nach den bis zum 31. Dezember 2020 geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen wäre die Berufskrankheit nicht anzuerkennen gewesen. Legt man die bisherige Tabelle als Maßstab an, die von einer notwendigen Aufgabe der Tätigkeit ausgeht, wäre die MdE bei Tätigkeitsaufgabe mit 25% zu bemessen. Da das („schwere“) Ausmaß der arbeitsbedingten Hautveränderungen aus der fortgesetzten Hautbelastung resul-

tiert und nach allgemeiner Erfahrung bei Tätigkeitsaufgabe eine wesentliche Besserung der arbeitsbedingten Hauterscheinungen zu erwarten ist, ist für die MdE-Einschätzung ein um einen Grad geringerer Schweregrad anzunehmen („mittel“) mit der Folge einer MdE von 20%.

Mitwirkungspflichten

Zur Stärkung des Präventionsgedankens hat der Gesetzgeber mit § 9 Abs. 4 Satz 3 SGB VII die bereits nach den §§ 60 ff. SGB I bestehenden Pflichten zur Mitwirkung bei ärztlichen Untersuchungen und an Heilbehandlungen um die Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger und die Mitwirkung an Maßnahmen zur Verhaltensprävention erweitert [7].

Kommen die Versicherten dem nicht nach, besteht die Möglichkeit der völligen oder teilweisen Versagung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder einer Rente. Dies gilt aber nur, wenn diese Leistungen nachweislich wegen der fehlenden Mitwirkung notwendig werden und nur so lange, bis diese nachgeholt wird.

Aus der Formulierung der gesetzlichen Regelung wird deutlich, dass die objektive Beweislast für den (wahrscheinlichen) Ursachenzusammenhang zwischen der fehlenden Mitwirkung und der Verschlimmerung bzw. dem Wiederaufleben der Krankheit der Unfallversicherungsträger trägt. Da diese Mitwirkungspflichten der Versicherten erst nach dem Eintritt und der Anerkennung der Berufskrankheit ansetzen, erstrecken sich die Folgen fehlenden Handelns nur auf danach eintretende Gesundheitsschäden. Zudem hat der Gesetzgeber die für die Versicherten unmittelbar erforderlichen Leistungen, wie zum Beispiel Heilbehandlung oder Verletzungsgeld, von den Sanktionsmöglichkeiten ausgenommen. Zur Begründung dafür, dass eine fehlende Mitwirkung der Versicherten nur in beschränktem Umfang leistungsrechtliche Auswirkungen hat, heißt es in der Gesetzesbegründung, dass auch in solchen Fällen die eigentliche Ursache des Gesundheitsschadens die schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz seien [8].

Interessenkonflikt

Alle Autoren sind jeweils von den in den Autorenangaben aufgeführten Institutionen mandatiert.

Literatur

- [1] Kranig, Kommentierung Hauck/Noftz zu § 56 SGB VII, RdNr. 46
- [2] LSG NRW 9.3. 2021- L 15 U 523/19 RdNr. 6.
- [3] Krohn S, Skudlik C, Bauer A, et al. Rechtsänderungen bei Berufskrankheiten – Auswirkungen auf die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten im Sinne der BK-Nr. 5101. *Dermatol Beruf Umw.* 2020; 68: 153-158. [CrossRef](#)
- [4] Geier J, Lessmann H, Bauer A, Becker D, Dickel H, Fartasch M, Häberle M, John SM, Krohn S, Mahler V, Skudlik C, Weisshaar E, Werfel T, Diepgen TL. Auswirkungen einer arbeitsbedingten Kontaktallergie gegen Chrom (VI)-Verbindungen bei der BK-Nr. 5101. *Dermatol Beruf Umw.* 2016; 64: 175-182. [CrossRef](#)
- [5] Diepgen TL, Dickel H, Becker D, John SM, Geier J, Mahler V, Rogosky E, Schmidt A, Skudlik C,

Wagner E, Weisshaar E. Beurteilung der Auswirkung von Allergien bei der Minderung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen der BK 5101: Thiurame, Mercaptobenzothiazole, Dithiocarbamate, N-Isopropyl-N-phenyl-p-phenylendiamin. *Dermatol Beruf Umw.* 2008; 56: 11-24.

- [6] Landeck L, Skudlik C, John SM, Becker D, Dickel H, Geier J, Häberle M, Lessmann H, Mahler V, Zagrodnik F, Wagner E, Weisshaar E, Diepgen TL. Bewertung der Auswirkung einer berufsbedingten Sensibilisierung gegen Glutaraldehyd im Rahmen der Feststellung einer Minderung der Erwerbsfähigkeit gemäß der Nummer 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung. *Dermatol Beruf Umw.* 2011; 59: 36-40. [CrossRef](#)
- [7] Römer/Keller, Neues vom Gesetzgeber im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung. *SGb* 2020; 651.
- [8] *BT-Drucks.* 19/17586, S. 104 f.

Steffen Krohn
Referent Berufskrankheiten
Hauptabteilung Versicherung und Leistungen
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Steffen.Krohn@dguv.de

Institutsangaben Autoren

¹Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin, ²Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück und Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, für die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie in der DDG, ³Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden, als Leitlinienkoordinatorin der Leitlinie Management von Handekzemen, ⁴Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz Saarland, Saarbrücken, für die Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte, ⁵Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Josef-Hospital, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum (UK RUB), Bochum, für die Deutsche Kontaktallergie-Gruppe (DKG), ⁶Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, FAU Erlangen-Nürnberg für die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, ⁷Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena, Jena, für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), ⁸Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), Berlin, ⁹Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV, Institut der Ruhr Universität Bochum (IPA), ¹⁰Unfallkasse Berlin (UK Berlin), Berlin, ¹¹Klinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, München, für die Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie, ¹²Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Dortmund, ¹³Niedergelassener Arzt in Duisburg, für den Berufsverband der Deutschen Dermatologen, ¹⁴Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät der TU Dresden, Dresden, für die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, ¹⁵Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW), Mannheim, ¹⁶Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel, ¹⁷Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, für den Ärztenverband Deutscher Allergologen (AeDA), ¹⁸Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Erfurt, ¹⁹Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, München, ²⁰Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU), Campus Bad Hersfeld, ²¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, für die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie in der DDG, ²²Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, für die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie

Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei arbeitsbedingtem Hautkrebs

MdE-Tabellen zu den BK-Nummern 5102 und 5103

S. Krohn¹, C. Skudlik², A. Bauer³, C. Bernhard-Klimt⁴, H. Dickel⁵, H. Drexler⁶, P. Elsner⁷, D. Engel⁸, M. Fartasch⁹, S. Glaubitz¹⁰, G. Gauglitz¹¹, A. Goergens¹², A. Köllner¹³, D. Kämpf¹⁴, M. Klinkert¹⁵, E. Kublik¹⁶, H. Merk¹⁷, M. Müller¹⁸, K. Palsherm¹⁹, W. Römer²⁰, C. Ulrich²¹ und M. Worm²²

¹⁻²² *Institutsangaben siehe Auflistung am Ende des Artikels*

Schlüsselwörter

Berufskrankheit – berufsbedingte Hauterkrankung – BK-Nummer 5102 – BK-Nummer 5103 – Minderung der Erwerbsfähigkeit

Key words

occupational disease – occupational skin disease – BK-No. 5102 – BK-No. 5103 – reduction in earning capacity

Einführung

Bei Vorliegen einer Berufskrankheit (BK) sind von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung – den Unfallkassen und Berufsgenossenschaften – Leistungen zur Heilbehandlung, zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe zu erbringen sowie Entschädigungsleistungen zu prüfen. Ist eine Rente zu zahlen, richtet sich deren Höhe u. a. nach der durch die Berufskrankheit bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE).

Die MdE ist ein eigenständiges, von anderen Maßstäben, zum Beispiel des Versorgungsrechts (GdB/GdS) oder privatrechtlicher Versicherungsverhältnisse (Gliedertaxe), unabhängiges Bewertungsinstrument [1, 2].

Um eine einheitliche MdE-Bewertung zu ermöglichen und so das grundgesetzlich garantierte Gleichbehandlungsgebot der Versicherten zu gewährleisten, werden von der DGUV zu ausgewählten Berufskrankheiten Begutachtungsempfehlungen herausgegeben.

Für arbeitsbedingte Hautkrankheiten gibt es diese bereits seit dem Jahr 1987, später bekannt unter dem Namen „Bamberger Merkblatt“, heute als „Bamberger Empfehlung“. Die Bamberger Empfehlung wird in einem turnusmäßigen Rhythmus von ca. 5 Jahren regelmäßig durch einen interdisziplinär besetzten Arbeitskreis überarbeitet. Zu den Mitgliedern zählen mandatierte Vertreter der relevanten medizinischen Fachgesellschaften

sowie weiterer Institutionen und UV-Träger (s. Autoren dieses Artikels).

Im Jahr 2020 war die Bamberger Empfehlung erneut zu überprüfen und an den aktuellen Stand des medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstandes sowie an Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen. Mit dem Artikel sollen die von der zuständigen Arbeitsgruppe erarbeiteten Anpassungen zur Einschätzung der MdE bei Hautkrebserkrankungen vorgestellt werden. Die Publikation erfolgt schon zu diesem frühen Zeitpunkt, da die Überarbeitung der „Bamberger Empfehlung“ wegen der Komplexität der Anpassungen insbesondere wegen der BK-Rechtsänderungen zur BK-Nr. 5101 noch Zeit in Anspruch nehmen wird. Auf diesem Wege sollen der Praxis kurzfristig weitere Hilfestellungen für ein einheitliches Verständnis der Krankheitsaktivität bei Hautkrebserkrankungen gegeben werden, zum anderen soll die Publikation eine fachliche Diskussion noch vor Fertigstellung der „Bamberger Empfehlung“ ermöglichen.

Historie

Mit Wirkung zum 1. Januar 2015 wurden „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ als neue BK Nr. 5103 in die sog. Berufskrankheitenliste aufgenommen. Zu dieser neuen Berufskrankheit waren Kriterien für die Einschätzung der Minderung

der Erwerbsfähigkeit zu entwickeln. Im Ergebnis wurde eine völlig neue MdE-Tabelle für die BK-Nr. 5103 konsentiert. Gleichzeitig wurde die bereits bestehende MdE-Tabelle zu den bisher vom BK-Recht erfassten Hautkrebserkrankungen vollständig überarbeitet und sollte für die BK-Nrn. 5102, 1108 und 2402 gelten [3].

Am 19. Mai 2016 wurde die erste Fassung der MdE-Tabellen im Rahmen des Kolloquiums zur Bamberger Empfehlung in der Fachöffentlichkeit vorgestellt. In der Diskussion wurde deutlich, dass verschiedene Interpretationen möglich sind, die zu unterschiedlichen MdE-Bewertungen gleichgelagerter Fälle führen können [4].

Im Ergebnis des Kolloquiums wurden die Fallkonstellationen klarer gefasst und am 24. Januar 2017 von der Arbeitsgruppe „Bamberger Empfehlung“ konsentiert. Eine wichtige Anpassung war, dass sich die Krankheitsaktivität nicht mehr an der Intensität der Behandlung, sondern an der Zahl der Neubildungen orientiert, die innerhalb definierter Zeiträume auftreten [5]. Grund war vor allem, dass die tatsächliche Intensität der Behandlung nicht nur von der Schwere der Erkrankung abhängig ist, sondern auch von der Verfügbarkeit einer regelmäßigen fachärztlichen Betreuung und der Compliance der Erkrankten.

Dieser neue Ansatz hat sich in den letzten Jahren grundsätzlich bewährt und sollte aus Sicht der zuständigen Arbeitsgruppe beibehalten werden. Dennoch treten bei Begutachtungen und in der Fallbearbeitung der UV-Träger weiterhin Fragen auf, deren Klärung für ein einheitliches Verständnis der MdE-Empfehlungen im Zuge der aktuell laufenden Überarbeitung der Bamberger Empfehlung erfolgen soll. Vor diesem Hintergrund soll der Abschnitt 5.2 aus Teil 2 der Bamberger Empfehlung bei unveränderten MdE-Tabellen neu gefasst werden.

Empfehlungen zur Einschätzung der MdE zu arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen im Sinne der Berufskrankheiten Nr. 1108, 2402, 5102 und 5103

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

Vor allem bei kosmetischer Entstellung oder deutlicher funktioneller Einschränkung durch die Behandlung der Berufskrankheit ist ggf. die MdE entsprechend dem klinischen Bild zu erhöhen. Gleiches gilt für psychische Beeinträchtigungen, die das erwartbare Maß deutlich übersteigen. Diese sind durch ein fachspezifisches Gutachten festzustellen. Bei der Bewertung kosmetischer Entstellungen ist auf publizierte Erfahrungswerte, insbesondere auf die Art der Entstellung, zurückzugreifen [6].

Sollten die Tumore auf Grund der Lokalisation und/oder Ausdehnung nicht vollständig entfernbar sein (operativ keine R0 Situation herstellbar), ist dies bei der MdE-Bemessung zu berücksichtigen. Haben die Folgen der Berufskrankheit Auswirkungen auf andere Organe/Organsysteme, können zur Beurteilung von Funktionseinschränkungen Zusatzgutachten aus den jeweiligen Fachgebieten erforderlich sein. Bei fortgeschrittenen Hauttumoren im Kopfbereich können derartige Funktionseinschränkungen insbesondere das neurologische, das ophthalmologische, MKG- und das HNO-ärztliche Fachgebiet betreffen [7, 8, 9, 10, 11].

Bei einer Metastasierung ist ebenfalls von der Tabelle nach den Gegebenheiten im Einzelfall abzuweichen. Bei der MdE-Einschätzung bei Metastasierung arbeitsbedingt verursachter Hautkrebserkrankungen ist in Analogie auf die publizierten Erfahrungswerte bei anderen arbeitsbedingten Krebserkrankungen zurückzugreifen [12].

Wichtig für das Verständnis der MdE-Tabellen ist, dass sich die Krankheitsaktivität rückschauend über den Krankheitsverlauf bestimmt; eine gute Dokumentation bildet hierfür eine wichtige Grundlage. Das erstmals vorgefundene Krankheitsbild lässt in

Nach den allgemeinen MdE-Bewertungsgrundsätzen fließen mögliche Verschlimmerungen erst dann in die MdE ein, wenn sie relevant werden

der Regel keine sichere Aussage zum weiteren Krankheitsverlauf bzw. zur Krankheitsaktivität zu und es kann daher nicht automatisch von Beginn an von einer hohen Krankheitsaktivität ausgegangen werden. Treten im Verlauf weitere Plattenepithelkarzinome, Basalzellkarzinome (BK-Nrn. 5102, 1108, 2402) bzw. aktinische Keratosen oder Feldkanzerisierungen auf, steigt damit auch die Krankheitsaktivität. Grundlage für diese Annahme ist, dass Funktionseinschränkungen und darüberhinausgehende Beeinträchtigungen mit wesentlichen Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit in der Regel nicht aus dem erstmaligen Auftreten eines (behandelten) Hauttumors resultieren, sondern vielmehr aus dem nachfolgenden Verlauf der Erkrankung. Denn nach den allgemeinen MdE-Bewertungsgrundsätzen fließen mögliche Verschlimmerungen erst dann in die MdE ein, wenn sie relevant werden. Bei Krankheitsbildern mit relevanter kosmetischer Entstellung oder deutlicher funktioneller Einschränkung durch die Behandlung der Berufskrankheit ist jedoch auch bei erstmaliger Feststellung ggf. die MdE entsprechend dem klinischen Bild zu erhöhen.

Als Feldkanzerisierung werden Hautareale bezeichnet, die chronisch gegenüber UV-Licht exponiert waren mit der Folge einer klonalen Proliferation von p53-mutierten Feldern und nachfolgenden multifokalen aktinischen Keratosen, Plattenepithelkarzinomen in situ und kutanen Plattenepithelkarzinomen. Eine wissenschaftlich allgemein anerkannte Definition des Begriffs der Feldkanzerisierung am Hautorgan existiert zurzeit jedoch nicht. Wissenschaftlicher Konsens besteht, dass eine Feldkanzerisierung im Sinne der wissenschaftlichen Begründung zur BK-Nr. 5103 ein Hautareal umfasst, in dem mehrere aktinische Keratosen von sichtbaren UV-bedingten Hautschäden umgeben sind [13]. Sichtbare UV-Licht-bedingte Schädigungen der Haut (zum Beispiel tiefe Falten mit Ausnahme mimischer Falten, Teleangiectasien, Hypo- und Hyperpigmentierungen, Atrophien, Faltenbildungen am Nacken) ohne Nachweis aktinischer Keratosen sind in diesem Sinne nicht als Feldkanzerisierung der Haut zu werten.

Das Ziel der Therapien bei aktinischen Keratosen und Feldkanzerisierungen ist in der Regel die partielle, wenn möglich die

klinische Erscheinungsfreiheit der betroffenen Hautareale sowie die Vermeidung der Progression präinvasiver Keratinozytendysplasien (aktinische Keratosen) in invasive Plattenepithelkarzinome. Verbleiben nach der Therapie nicht sichtbare genetisch veränderte Zellen in der Haut, die durch den Wirkmechanismus der jeweiligen Therapie nicht erfasst wurden, können hieraus im weiteren Verlauf erneut sichtbare Hautveränderungen entstehen. Diese sind entsprechend der MdE-Tabelle als Neuauftreten aktinischer Keratosen im Rahmen der Feldkanzerisierungen zu bewerten.

Verbleiben nach der Therapie sichtbare aktinische Keratosen oder Feldkanzerisierungen, wurde das angestrebte therapeutische Ziel der klinischen Erscheinungsfreiheit nicht vollständig erreicht, und die Behandlung ist in der Regel fortzusetzen. Begrifflich würde es sich bei diesen fortbestehenden Hauterscheinungen nicht um Neubildungen handeln. Vielmehr können therapieresistente Hauterscheinungen auch als Ausdruck für schwerere bzw. bereits fortgeschrittene Erkrankungsformen gewertet werden. Mit Blick auf die Krankheitsaktivität sind sie im Einzelfall daher wie eine Neubildung zu bewerten. Werden hingegen Hautkrebserkrankungen nicht behandelt, sind diese fortbestehenden Hautschädigungen im Verlauf nicht als Neubildungen zu bewerten.

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

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

Tab. 1. MdE-Tabelle zur BK-Nr. 5102.

Tumorgruppe	Krankheitsaktivität/-intensität		
	keine/ gering	mittel- gradig	hoch- gradig
A Carcinomata in situ (ohne Basalzellkarzinom, ohne Plattenepithelkarzinom)	0*	0*	10
B Plattenepithelkarzinom(e) und/oder Basalzellkarzinom(e) (und ggf. Carcinomata in situ)	0*	10	≥ 20

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

rungswerte, die sich in der bisherigen Begutachtungspraxis und Literatur bewährt haben.

Erläuterungen zur Krankheitsaktivität

Die Einordnung in die Tumorgruppen A oder B ist einzig davon abhängig, ob bereits ein PEK oder ein BZK aufgetreten ist. Ist bislang kein PEK oder BZK als Folge der

Berufskrankheit aufgetreten, liegt Tumorgruppe A vor.

Ist mindestens ein PEK oder ein BZK aufgetreten, liegt Tumorgruppe B vor. Dabei ist der weitere Verlauf unerheblich. Auch wenn kein weiteres PEK oder BZK auftritt, ist die MdE gemäß Tumorgruppe B einzuschätzen.

Wird zum Beispiel ein weiteres PEK innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren nach dem letzten PEK diagnostiziert, ist die Krankheitsaktivität als hochgradig einzuschätzen. Die hochgradige Krankheitsaktivität besteht dann ab dem Auftreten des weiteren PEKs für die Dauer von 2 Jahren. Tritt in diesem Zeitraum kein weiteres PEK auf, liegt nach Ablauf von 2 Jahren nur noch eine mittelgradige Krankheitsaktivität vor, sofern eine hochgradige Krankheitsaktivität nicht über das Auftreten von BZK oder Carcinomata in situ begründet wird.

Tritt nach einem PEK oder BZK kein weiteres PEK oder BZK auf, bemisst sich die Krankheitsaktivität am Neuauftreten von Carcinomata in situ. Die Krankheitsaktivität ist in diesen Fällen hochgradig ab dem Zeitpunkt, an dem mehr als 20 Keratosen innerhalb von 12 Monaten aufgetreten sind. Dabei ist es nicht von Bedeutung, wann das (letzte) PEK aufgetreten ist.

Eine hochgradige Krankheitsaktivität ist in diesem Fall zunächst für die Dauer von 12 Monaten anzunehmen. Nach Ablauf des 12-monatigen Intervalls sollte eine medizinische Überprüfung des Erkrankungsverlaufes erfolgen.

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

Tab. 2. Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe A.

keine/gering	Neuauftreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig	Neuauftreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
hochgradig	Neuauftreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten

Tab. 3. Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe B.

keine/gering	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 4 Jahren bzw. keine Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren und Neuauftreten von weniger als 6 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren bzw. Neubildung eines weiteren Basalzellkarzinoms innerhalb von 2 Jahren oder Neuauftreten von 6 bis 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten
hochgradig	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome bzw. eines oder mehrerer Basalzellkarzinome und Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren bzw. mehrerer Basalzellkarzinome innerhalb von 2 Jahren oder Neuauftreten von mehr als 20 Carcinomata in situ innerhalb von 12 Monaten

Tab. 4. MdE-Tabelle zur BK 5103.

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

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

Tab. 5. Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe A.

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

Tab. 6. Krankheitsaktivität bei Tumorgruppe B.

keine/gering	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome und – keine Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb der letzten 4 Jahre und – Neuaufreten von weniger als 6 aktinischen Keratosen innerhalb von 12 Monaten
mittelgradig	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome und – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms nach mehr als 2 und weniger als 4 Jahren oder – Neuaufreten von 6 bis 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe 4 – 50 cm ² innerhalb von 12 Monaten
hochgradig	Zustand nach Behandlung eines oder mehrerer Plattenepithelkarzinome und – Neubildung eines weiteren Plattenepithelkarzinoms innerhalb von 2 Jahren oder – Neuaufreten von mehr als 20 aktinischen Keratosen oder Entstehen einer klinisch sichtbaren Feldkanzerisierung(en) von in der Summe mehr als 50 cm ² innerhalb von 12 Monaten

MdE Einschätzung bei der BK-Nr. 5103

Unter der BK-Nr. 5103 können nur PEK und Carcinomata in situ vom Typ aktinische Keratose und M. Bowen anerkannt werden. Die grundsätzlichen Erwägungen und Erläuterungen bei der Einschätzung der MdE zur BK 5102, 1108 und 2402 gelten auch bei der BK 5103.

Interessenkonflikt

Alle Autoren sind jeweils von den in den Autorenangaben aufgeführten Institutionen mandatiert.

Literatur

- [1] Kranig, Kommentierung Hauck/Noftz zu § 56 SGB VII, RdNr. 46.
- [2] LSG NRW 9.3. 2021- L 15 U 523/19 RdNr. 6.
- [3] Krohn B, Palfner R. MdE bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen, Teil 1: Bamberger Empfehlung und rechtliche Hintergründe zu MdE. Dermatol Beruf Umw. 2016; 64: 137-141. [CrossRef](#)
- [4] Krohn B, Palfner R. MdE bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen, Teil 2: Die neuen MdE-Tabellen in der Praxis. Dermatol Beruf Umw. 2016; 64: 139-142. [CrossRef](#)
- [5] Diepgen TL, Bauer A, Bernhard-Klimt C, Elsner P, Drexler H, Fartasch M, John SM, Köllner A, Letzel S, Merk H, Mohr P, Skudlik C, Ulrich C, Wehrmann W, Worm M. MdE bei arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen. Dermatol Beruf Umw. 2017; 65: 7-12. [CrossRef](#)
- [6] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 5.12 Entstellung in: Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 275-277.
- [7] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 5.4 Schädel-Hirn-Verletzungen in: Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 188-207.
- [8] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 5.7 Schmerz in: Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 228-246.
- [9] Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 5.8 Verletzung des peripheren Nervensystems in: Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeits-

- unfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 247-253.
- [10] *Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 6.0 Auge:* Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 291-323.
- [11] *Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 7.0 Ohr in:* Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 326-377.
- [12] *Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H. 18.0 Berufsbedingte Krebserkrankungen in:* Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (Hrsg). Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte. 9. Auflage. 2017. p. 1135-1214.
- [13] AWMF Leitlinie „Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut“; RegNr. 032 – 022OL, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/032-022OL.html>; aufgerufen am 21.05.2021.

Steffen Krohn
Referent Berufskrankheiten
Hauptabteilung Versicherung und Leistungen
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin
Steffen.Krohn@dguv.de

Institutsangaben Autoren

¹Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin, ²Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück und Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, für die Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie in der DDG, ³Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden, als Leitlinienkoordinatorin der Leitlinie Management von Handekzemen, ⁴Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz Saarland, Saarbrücken, für die Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte, ⁵Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, St. Josef-Hospital, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum (UK RUB), Bochum, für die Deutsche Kontaktallergie-Gruppe (DKG), ⁶Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, FAU Erlangen-Nürnberg für die Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, ⁷Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena, Jena, für die Deutsche Dermatologische Gesellschaft (DDG), ⁸Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), Berlin, ⁹Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV, Institut der Ruhr Universität Bochum (IPA), ¹⁰Unfallkasse Berlin (UK Berlin), Berlin, ¹¹Klinik für Dermatologie und Allergologie der Ludwig-Maximilians-Universität München, München, für die Deutsche Gesellschaft für Dermatochirurgie, ¹²Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Dortmund, ¹³Niedergelassener Arzt in Duisburg, für den Berufsverband der Deutschen Dermatologen, ¹⁴Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Medizinische Fakultät der TU Dresden, Dresden, für die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention, ¹⁵Berufsgenossenschaft Handel und Warenlogistik (BGHW), Mannheim, ¹⁶Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Kassel, ¹⁷Klinik für Dermatologie und Allergologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, für den Ärzteverband Deutscher Allergologen (AeDA), ¹⁸Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten, Erfurt, ¹⁹Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, München, ²⁰Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU), Campus Bad Hersfeld, ²¹Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, für die Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie in der DDG, ²²Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité Universitätsmedizin Berlin, für die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie

Über die Vernetzung der Sozialversicherungsträger in Deutschland – ein aktueller berufsdermatologischer Fall

E. Weisshaar¹ und H.G. Hotz²

¹Berufsdermatologie, Hautklinik, Universitätsklinikum Heidelberg,

²Ärztlicher Dienst der Bundesagentur für Arbeit, Arbeitsagentur Karlsruhe-Rastatt

Schlüsselwörter

Arbeitslosigkeit – Berufsgenossenschaft – Berufsaufgabe – Bundesagentur für Arbeit – Unfallversicherung

Key words

unemployment – statutory and accident insurance – job assignment – Federal Employment Agency

Über die Vernetzung der Sozialversicherungsträger in Deutschland – ein aktueller berufsdermatologischer Fall

In Deutschland existiert ein differenziertes Sozialversicherungssystem mit fünf verschiedenen Trägern der Sozialversicherungsleistungen. Die grundsätzlichen Zuständigkeiten sind in den entsprechenden Sozialgesetzbüchern geklärt. Die Gefahr von aufgeschobenen Entscheidungen mit konsekutiven Verzögerungen der Leistungserbringung besteht potenziell an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungsträger, wenn zum Beispiel das Vorliegen einer Berufskrankheit noch nicht endgültig geklärt ist. Dies kann zu Lasten des Versicherten gehen, nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern potenziell auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung und die berufliche Zukunft. Potenziell benachteiligende Kontextfaktoren wie Migrationshintergrund, Bildungsdefizite und Alleinerziehendenstatus können zusätzlich dazu beitragen, dass der Versicherte entsprechende Zuständigkeiten bzw. Anlaufstellen nicht adäquat erkennt. An einem aktuellen Fall aus der Berufsdermatologie wird diese Problematik aufgezeigt und versucht, Impulse für künftige Verbesserungen zu geben.

Connecting the different players in Germany's social security system – A current case report

Germany has a differentiated social security system with five different social insurance providers. Their responsibilities are defined according to the relevant social security codes. In the past few years, we have repeatedly observed cases in which social insurance institutions did not fulfil their obligations or postponed important decisions, although certain circumstances like a suspected occupational disease had not been ruled out. This may occur at the expense of the insured person, not only in financial terms but also in terms of medical care and occupational status. Migration background, educational status, and single parenting status

may constitute further aggravating factors that prevent the insured person from anticipating the relevant responsibilities or contact points. The problem will be discussed based on a current case in occupational dermatology, and ideas for future improvements are suggested in this article.

Berufsanamnese

Wir berichten über eine 36-jährige Versicherte, die 2019 auf Veranlassung der zuständigen Berufsgenossenschaft ein medizinisch berufliches Rehabilitationsverfahren Haut (Maßnahme der Tertiären Individualprävention (TIP)) mit Begutachtung in der Berufsdermatologie des Universitätsklinikums Heidelberg absolvierte. Im Gutachtenauftrag wurde um die Erstellung eines hautfachärztlichen Zusammenhangsgutachtens zum Vorliegen einer Berufskrankheit nach Nr. 5101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV) gebeten.

Die Versicherte erwarb im Alter von 16 Jahren den Realschulabschluss, begann dann eine Ausbildung zur Arzthelferin, brach diese jedoch nach eineinhalb Jahren (wegen psychosozialer Probleme) ab. Es folgte eine einjährige Periode der Arbeitslosigkeit. Über weitere vier Jahre wurden anamnestisch diverse berufliche Tätigkeiten wie Aushilfe im Einzelhandel, Kindermädchen in einem Privathaushalt und Zimmermädchen in einem Hotel durchgeführt, unterbrochen von Phasen der Arbeitslosigkeit. Arbeitsplatzbeschreibungen hierzu und Angaben zum Ausmaß hautbelastender Tätigkeiten lagen nicht vor.

2003 – 2006 absolvierte die Versicherte eine Ausbildung zur Gesundheits- und Kran-

**Bei mehrjähriger
Pflegetätigkeit
sollten Hautpro-
bleme frühzeitig
fachärztlich
abgeklärt werden**

kenpflegerin. 2006 – 2008 war sie in Vollzeit einer Pflegeklinik, bei einer kirchlichen Sozialstation und in einem Privathaushalt tätig. Bei diesen beruflichen Tätigkeiten habe sie die tätigkeitstypischen hautbelastenden Arbeiten durchgeführt. 2009 – 2011 übte sie eine Honorarbeschäftigung als Musiklehrerin für Klavier aus und absolvierte ein Gesangsstudium, da sie eigentlich in den künstlerischen Bereich wechseln wollte. Zur Finanzierung des Lebensunterhalts wurde in dieser Zeit, zumeist als geringfügig Beschäftigte (450 Euro), die berufliche Tätigkeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin in verschiedenen Pflegeeinrichtungen fortgeführt. Nach Angaben der Versicherten habe sie eine Kehlkopfentzündung gezwungen, ihre ursprünglich geplante Karriere als Sängerin aufzugeben. 2009 – 2013 arbeitete sie als Gesundheits- und Krankenpflegerin in Vollzeit in der ambulanten Krankenpflege, erwarb Zusatzqualifikationen wie zum Beispiel zur Wundexpertin und zur Pflegedienstleitung. Dabei war sie hautbelastend tätig.

2013 und 2014 war sie erstmalig als stellvertretende Pflegedienstleitung tätig und übte hautbelastende Tätigkeiten aus. 2017 bis 2019 arbeitete sie in zwei verschiedenen Einrichtungen als Pflegedienstleitung und übte dabei überwiegend Bürotätigkeiten und keine hautbelastenden Tätigkeiten aus. Berufsbegleitend wurde zusätzlich die Qualifikation „Staatlich anerkannte Sozialwirtin“ erworben. Die Versicherte trat im Oktober 2018 eine Stelle als Pflegedienstleitung in einer Pflegedienstleistung in Vollzeit an. Das Arbeitsverhältnis wurde durch den Arbeitgeber durch Probezeitkündigung beendet. Die Versicherte ist seit Mai 2019 arbeitslos gemeldet. Sie bezog über 12 Monate Arbeitslosengeld I und bezieht seit 01.05.2020 Arbeitslosengeld II (Hartz IV).

Dermatologische Anamnese

Die Versicherte gab an, in der Vorgeschichte noch nie an Hauterkrankungen gelitten zu haben, insbesondere nicht an Neurodermitis oder anderen Erkrankungen des atopischen Formenkreises.

Während der Ausbildung zur Kranken- und Gesundheitspflegerin entwickelte sie 2004 erstmalig Spannungsgefühle, milden

Pruritus und Bläschenbildungen an den Händen. Dabei seien letztgenannte vor allem an den Fingerseitenkanten aufgetreten. Bezüglich der weiteren dermatologischen Anamnese fällt auf, dass alle Angaben bis 2018, also über einen Zeitraum von 14 Jahren, ausschließlich auf der Anamnese der Versicherten beruhen. Ein Dermatologe wurde zwischen 2004 und 2018 nie aufgesucht. Dies begründete die Versicherte damit, dass sie sich stets an ihren Arbeitsplätzen an den zuständigen Betriebsarzt gewandt habe. Allerdings enthielt die diesbezügliche Versichertenakte keinerlei Hautarztberichte, obwohl in Deutschland auch Betriebsärzte berechtigt sind, das Hautarztverfahren einzuleiten. Sie erinnerte sich, im Jahr 2004 die Hauterkrankung dem damals zuständigen Betriebsarzt gezeigt zu haben. Dieser habe ihr andere Handschuhe und Sterilium-Hautdesinfektionsmittel ausgehändigt. Das habe dann zu einer deutlichen Befundbesserung geführt, die jedoch nur kurzfristig angehalten habe. Allerdings sei ihr auch nahegelegt worden, die Hände häufiger einzucremen. In den Jahren 2006 bis 2011 habe sie anamnestisch immer wieder leichte Hauterscheinungen gehabt, wobei dies nie einem Arzt gezeigt wurde und auch diesbezüglich keinerlei Befunddokumentationen existieren. Die Versicherte bezog sich immer wieder darauf, Anweisungen von den entsprechenden Betriebsärzten bekommen zu haben, hinsichtlich der Verwendung von Desinfektionsmitteln und bezüglich des Tragens von Handschuhen; zumeist habe sie dann Vinylhandschuhe getragen.

Ab 2013 war sie dann erstmalig als stellvertretende Pflegedienstleiterin tätig, der Anteil hautbelastender Tätigkeiten reduzierte sich, der Anteil organisatorischer Arbeiten stieg. Sie war von 2018 bis Ende April 2019 (betriebliche Kündigung) als Pflegedienstleitung tätig. Dabei habe sie immer wieder Effloreszenzen gehabt, die sich jedoch stets auf die Daumen, Zeige- und Mittelfinger beider Hände bezogen, hier vor allem die Beugeseiten mit Übergang auf die randständigen Handteller. Erst 2018 erfolgte erstmalig eine hautärztliche Behandlung und das Hautarztverfahren wurde eingeleitet.

Gemäß Sichtung der Versichertenakte und den Angaben der Versicherten wurden verschiedene kortisonhaltige Lokaltherapien seit Einleitung des Hautarztverfahrens

**Die verzögerte
Meldung auf eine
Berufskrankheit
bzw. die verzö-
gerte Einleitung
des Hautarztver-
fahrens sind zu
vermeiden**

im Jahr 2018 durchgeführt, allerdings ohne Abheilung. Weiterhin gab die Versicherte an, dass in den vergangenen Jahren eigentlich nie eine vollständige Abheilung der Hauterkrankung eingetreten sei. Einmalig wurde eine Creme-PUVA-Therapie der Hände durchgeführt, die jedoch auch nicht zu einer vollständigen Abheilung führte. Eine Systemtherapie war wegen der Hauterkrankung noch nie durchgeführt worden.

Als die Versicherte im August 2019 das medizinisch-berufliche Heilverfahren antrat, bestanden an beiden Daumen und Zeigefingern beugeseitig mit Übergang auf beide Plamae milde Infiltrationen, relativ scharf begrenzt mit Desquamation der Haut in Form von kleinen, fetzenartigen Ablösungen. Alle Fingerzwischenräume waren unauffällig ebenso die Handgelenksinnenseiten und Handrücken. Das weitere Integument ist frei von pathologischen Effloreszenzen.

Verlauf und Darstellung des Sachverhalts

Die Versicherte gab an, sie habe die Hautbefunde stets den jeweils zuständigen Betriebsärzten gezeigt. Aus berufsdermatologischer Sicht ist dieses Vorgehen äußerst ungewöhnlich. In Deutschland ist ein unmittelbarer Zugang zum Facharzt möglich und es ist üblich, dass Betroffene mit einem Handekzem direkt den Hautarzt aufsuchen. Dieser leitet dann in der Regel bei einem begründeten Verdacht das Hautarztverfahren ein. Letztgenanntes kann auch durch einen Betriebsarzt erfolgen. Es bleibt daher die Frage offen, ob die von der Versicherten konsultierten Betriebsärzte (von denen es keine Namen und keine Befundbeschreibungen in der Versichertenakte gibt) einen begründeten Verdacht zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit nicht gesehen haben oder ob sie den begründeten Verdacht nicht gemeldet haben. Da die Versicherte von 2004 bis 2018 in mehreren Arbeitsverhältnissen beschäftigt war, ist es unwahrscheinlich, dass alle Betriebsärzte diesbezüglich nicht reagierten bzw. einen beruflichen Zusammenhang übersahen. Auch scheint der Leidensdruck der Versicherten nicht groß genug gewesen zu sein, denn sonst hätte sie

einen Hautarzt aufsuchen können; zumal sie in Städten lebte, in denen eine gute hautärztliche Versorgung gegeben ist.

In der Versichertenakte befand sich eine „Ärztliche Anzeige bei Verdacht auf eine Berufskrankheit“, erstellt von einem Allgemeinmediziner am 14.08.2018. Darin wird eine Latex-Allergie beschrieben, ohne dass eine entsprechende Anamnese oder Diagnostik hinweisgebend dafür war. Diese Diagnose wurde im Verlauf ausgeschlossen, da die Versicherte weder anamnestische noch klinische Hinweise für eine Latex-Kontakturtikaria hatte, noch das spezifische IgE auffällig war oder eine Typ-I-Sensibilisierung auf Latex bestand.

Die Versicherte war 2018 erstmalig bei der zuständigen Berufsgenossenschaft in der Hautsprechstunde vorstellig, nachdem sie sich schließlich doch an einen niedergelassenen Dermatologen gewandt hatte, der das Hautarztverfahren eingeleitet hatte. Der Dermatologe der Hautsprechstunde erklärte, dass die Hauterkrankung bislang nicht im Vollbeweis gesichert sei: Befundbeschreibungen fehlten, das Hautarztverfahren war noch nicht lange eingeleitet und somit keine Beurteilung des Verlaufs der Hauterkrankung über mindestens 6 Monate möglich und es war auch keine Allergiediagnostik durchgeführt worden. Die Verlaufsbeschreibung der Versicherten, einer stets vollständigen Abheilung der Hauterkrankung im Urlaub, war nirgendwo objektivierbar dokumentiert.

Die weitere Diskrepanz im Verlauf und in der Einstufung der Hauterkrankung bestand darin, dass die Versicherte seit 05/2019 durchgehend arbeitsunfähig war, eine Abheilung ohne berufliche Tätigkeit/Exposition über einen Zeitraum von über 15 Monaten aber nicht eintrat.

Der Diagnose „Abnutzungsdermatose/subtoxisch-kumulatives Handekzem“, unter der die Versicherte therapiert wurde, konnte aus berufsdermatologischer Sicht nicht gefolgt werden, da sich eine Abnutzungsdermatose nicht wie im vorliegenden Fall manifestiert: an drei Fingern palmarseitig, zum Teil auch zirkumferent, mit Übergang auf die distale Handinnenfläche. Weder klinisch-morphologisch noch vom Verlauf her konnte ein subtoxisch-kumulatives Handekzem nachvollzogen werden.

Bei der Frage nach beruflicher Neuorientierung sollte in der Regel eine persönliche Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur erfolgen

Die zuständige Berufsgenossenschaft veranlasste ein Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren mit Begutachtung im August 2020. Es bestanden immer noch Effloreszenzen im Sinne eines milden Handekzems, das palmarseitig bestand und sehr scharf begrenzt war. Die topische Kortisontherapie wurde beendet. Da sich der Befund nur langsam besserte, wurde eine Systemtherapie mit Alitretinoin 30 mg Kapseln täglich eingeleitet. Die ausführliche Allergiediagnostik war unauffällig. Es wurde ein hyperkeratotisch-rhagadiformes Handekzem mit einem eigendynamischen berufsunabhängigen Verlauf diagnostiziert. Während des Heilverfahrens fiel auf, dass das Handekzem durch Abzupfen, starke Nervosität mit Manipulieren der Haut und durch das eigenständige Abschneiden von überstehender Haut mit einer Schere verschlimmert beziehungsweise unterhalten wurde. In Gesprächen mit berufsdermatologisch geschulten Psychologen konnte eruiert werden, dass mehrere traumatische Situationen in der Herkunftsfamilie erlebt worden waren, die bis heute nicht aufgearbeitet sind. Depressive Verstimmungen seit November 2019 schob die Versicherte auf ihre Arbeitslosigkeit und ihre finanzielle Situation (Schulden, Privatinsolvenz). Im Rahmen der interdisziplinären Diagnostik im Heilverfahren erlitt die Versicherte vor einem Zahnarztbesuch eine derart starke Panikattacke, dass keine Untersuchung möglich war. Daraufhin berichtete sie, bereits in der Vergangenheit an Panikattacken gelitten zu haben, immer aber im Zusammenhang mit Zahnarztbesuchen. Zusammenfassend wurde von den Fachpsychologen die zeitnahe Durchführung einer ambulanten Psychotherapie (zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung) empfohlen. Mit Ausnahme der oben beschriebenen Panikattacken sei die psychische Vorgeschichte unauffällig gewesen.

Im Anamnesegespräch des Arztes mit der Versicherten erwähnte diese, dass auch bereits bei der Agentur für Arbeit ein Gutachten erstellt worden sei. Nach ihrer Kenntnis sei darin mitgeteilt worden, dass sie nicht mehr in der Pflege arbeiten dürfe. Sie erklärte sich damit einverstanden, in dieses Gutachten Einblick zu erhalten und stellte die Kontaktdaten der zuständigen Arbeitsagentur und des dortigen Arztes zur Verfügung.

Involvierung des Ärztlichen Dienstes und der Arbeitsvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Der ärztliche Dienst (ÄD) der BA erhielt von der Arbeitsvermittlung der BA 06/2019 einen Auftrag zur sozialmedizinischen Begutachtung der Versicherten; diese hatte sich zuvor als arbeitslos und arbeitssuchend gemeldet. Bei bundesweit rund 500.000 gutachterlichen Stellungnahmen des ÄD im Jahr werden etwa 80% nach Aktenlage bearbeitet – wenn ausreichend aktuelle und aussagekräftige Fremdbefunde vorliegen. Neben den hauptamtlichen Kollegen des ÄD werden regional unterschiedlich 20 – 40% der gutachterlichen Stellungnahmen aus Kapazitätsgründen von externen Kollegen erstellt, sog. Vertragsärzten. Auch im Fall der Versicherten erfolgte die (einmalige) Begutachtung nach Aktenlage durch einen vertragsärztlichen Kollegen 07/2019.

Im Fall der Versicherten lagen zwei Hautarztberichte von Januar und März 2019 an den Unfallversicherungsträger, ein Seminarbericht der BGW-Hautsprechstunde von 02/2019 und eine „Ärztliche Anzeige bei Verdacht auf Berufskrankheit“ des Hausarztes von 08/2018 vor; ferner der von der Versicherten 05/2019 ausgefüllte Gesundheitsfragebogen (entsprechend einem ausführlichen medizinisch-beruflichen Anamnesebogen) des ÄD. Nach den vorliegenden Informationen stellte sich die Situation für den Gutachter erst einmal eindeutig dar: eine gelernte Gesundheits- und Krankenpflegerin, weitergebildet zur Pflegedienstleitung, hatte im Rahmen ihrer Tätigkeit ein Handekzem entwickelt. Hausärztlich wurde der Verdacht auf eine Berufskrankheit angezeigt, von Seiten der BG erfolgte ein Hautseminar, und im aktuellen Hautarztbericht für den Unfallversicherungsträger war die Notwendigkeit einer beruflichen Neuorientierung festgehalten worden. Passend zur vermuteten Assoziation der Hauterkrankung mit der beruflichen Tätigkeit war dokumentiert, dass es im Urlaub zu einer kompletten Abheilung des Lokalbefundes gekommen sei.

Die Fragen der Arbeitsvermittlung wurden daraufhin vom Gutachter wie folgt beantwortet: die bisherige Tätigkeit ist nicht mehr leidensgerecht; folglich wurde die

**Ein stationäres
medizinisch-
berufliches
Heilverfahren
Haut ermöglicht
die kontinuierliche
Verlaufsbe-
obachtung einer
Dermatose und
die Aufdeckung
von Komorbiditäten**

Prüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) empfohlen, um der Versicherten perspektivisch eine leistungsbildgerechte Tätigkeit zu ermöglichen. Das allgemeine Leistungsbild beschrieb eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit, unter Vermeidung von Hautbelastungen durch Schmutz, Feuchtigkeit und Allergene. Diese gutachterliche Einschätzung des ÄD teilte die Arbeitsvermittlung der Versicherten mit. Die Versicherte wurde informiert, dass bei der vorliegenden Konstellation einer mutmaßlichen beruflichen Verursachung die Berufsgenossenschaft im Falle der Anerkennung einer Berufskrankheit als Kostenträger für LTA-Maßnahmen zuständig ist. Eine Vermittlung in eine leistungsbildgerechte Tätigkeit fand im weiteren Verlauf nicht statt.

Diskussion

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) ist der Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallkassen. Diese versichern zusammen 70 Millionen Menschen gegen die Folgen von Arbeitsunfällen, Wegeunfällen und Berufskrankheiten. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften (BG) sind die Träger der gesetzlichen Unfallversicherungen für die Unternehmen der deutschen Wirtschaft und deren Beschäftigte. Besteht der begründete Verdacht auf eine berufsbedingte Hauterkrankung, können Hautärzte, Arbeitsmediziner und Betriebsärzte in Deutschland das sogenannte Hautarztverfahren einleiten, dabei hat sich in den letzten Jahren in Deutschland ein effektives System mit verschiedenen Stufen der Prävention entwickelt [1]. Für berufsbedingte Hauterkrankungen stehen hier insbesondere die Maßnahmen der Sekundären und Tertiären Individualprävention im Vordergrund [2]. Dabei hat sich vor allem das Medizinisch-berufliche Rehabilitationsverfahren für schwere, ambulant therapierefraktäre und für ätiologisch unklare Hauterkrankungen etabliert [3, 4, 5, 6]. Es wäre wünschenswert gewesen, wenn die stationäre Maßnahme bereits vorher eingeleitet worden wäre, auch wenn angeblich keine Effloreszenzen mehr bestanden hätten. Dies hätte auch der Sicherung der Diagnose

im Vollbeweis gedient. So hätte das stationäre Heilverfahren statt im August 2020 bereits im Mai 2019 stattfinden können. Wie dieser Fall zeigt, kann die Beobachtung des Verlaufs über 3 – 4 Wochen sehr aufschlussreich sein.

In dem dargestellten Fall ist es nicht nachvollziehbar, warum über einen Zeitraum von 14 Jahren kein Hautarztverfahren eingeleitet wurde. Dies mag insbesondere daran liegen, dass die Versicherte nie einen Hautarzt aufsuchte, ein Umstand, der bereits für sich alleine die tatsächliche Schwere und Chronizität der Dermatose in Frage stellen lässt. Auch muss kritisch diskutiert werden, warum die von ihr konsultierten Betriebsärzte nie das Hautarztverfahren einleiteten. Kollegen, die nicht im Bereich der Berufsdermatosen erfahren sind oder Betriebe ohne hautbelastende Arbeitsplätze betreuen, sind möglicherweise mit diesem System weniger vertraut. Dennoch ist es dann üblich, dass Betriebsärzte die Versicherten zu einer direkten Vorstellung beim Dermatologen auffordern. Auch hier ist kritisch zu hinterfragen, warum dies nicht erfolgte. Es bleibt auch anzumerken, dass nicht beurteilt werden kann, ob die Angaben der Versicherten tatsächlich stimmten. In der Regel haben Versicherte mit einer Dermatose an den Händen, meist in Form eines Handekzems, einen großen Leidensdruck und machen eine Vorstellung beim Dermatologen nicht abhängig von einem Betriebsarzt.

Die Versicherte wurde dann zwar rasch zu einem sogenannten Hautschutzseminar (Seminar der Sekundären Individualprävention) eingeladen, dem dabei untersuchenden Dermatologen war es allerdings nicht möglich, eine klare Diagnose zu stellen und einen Zusammenhang zwischen der Dermatose und der beruflichen Tätigkeit nachzuvollziehen. Dies ist soweit plausibel, da die Diagnose üblicherweise im Vollbeweis gesichert werden muss. Der Dermatologe schlug dann sinnvollerweise die Durchführung einer Maßnahme der Tertiären Individualprävention vor, ein Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut. Allerdings wurde diese Maßnahme von der zuständigen BG nicht sofort durchgeführt, da das Arbeitsverhältnis der Versicherten zwischenzeitlich in der Probezeit gekündigt worden war. Als der beratende Arzt nochmals bezüglich der Not-

Kommunikation zwischen den Sozialversicherungsträgern erleichtert eine korrekte Befundinterpretation und vermeidet Verzögerungen bei Leistungsgewährung und beruflicher Re-Integration

wendigkeit der TIP-Maßnahme konsultiert wurde, kam dieses Argument ebenso zum Tragen wie der Umstand, dass die Versicherte angeblich kein Handekzem mehr habe. Das stimmte nicht, denn gemäß Anamnese mit der Versicherten bestand das Handekzem durchgehend.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA; www.arbeitsagentur.de) sowie die Jobcenter als gemeinsame Einrichtungen sind für die Zahlung von unterhaltssichernden Lohnersatzleistungen wie Arbeitslosengeld I und II zuständig. Auch Anträge auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) zur Förderung einer beruflichen Weiterqualifizierung oder Umschulung können bei der zuständigen Arbeitsagentur eingereicht werden. Ziel von LTA ist es, die Erwerbsfähigkeit chronisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Innerhalb der BA ist die Rehabilitations-Abteilung für die Prüfung und Gewährung von LTA zuständig; hier tritt die BA im Rechtskreis des SGB IX in Erscheinung.

Zur Klärung des sozialmedizinischen Sachverhalts beauftragt die Rehabilitations-Abteilung wiederum den Ärztlichen Fachdienst (ÄD) der BA. Die entscheidende Zielfrage an den ÄD in der LTA-Terminologie der BA lautet: Liegt eine schwerwiegende Leistungseinschränkung vor, welche die Aussichten am Arbeitsleben teilzuhaben, oder weiter teilzuhaben, nicht nur vorübergehend wesentlich mindert, oder droht eine solche? Im Falle der Bejahung wird der ÄD der Reha-Abteilung die Prüfung und Gewährung von LTA empfehlen. Die gutachterliche Stellungnahme des ÄD dient in der Regel als Entscheidungsgrundlage, sie hat jedoch bezüglich der letztendlichen Gewährung von LTA keinen rechtsverbindlichen Charakter.

Die BA tritt als Kostenträger für LTA grundsätzlich nachrangig in Erscheinung, wenn beispielsweise eine Zuständigkeit der Berufsgenossenschaft oder des Rentenversicherungsträgers nicht gegeben ist. Da der ÄD und konsekutiv die Arbeitsvermittlung der BA von einer Berufskrankheit mit erforderlichem Tätigkeitswechsel ausgingen, wurde die Versicherte an die Berufsgenos-

senschaft als zuständigen Träger von erforderlichen LTA verwiesen.

Die grundsätzliche Notwendigkeit einer Begutachtung der meisten Fälle nach Aktenlage durch den ÄD, wurde weiter oben bereits erörtert. Dies ist durchaus legitim, da sich auf dem Boden einer validen und aktuellen externen Befundlage eine aussagekräftige gutachterliche Stellungnahme nach Aktenlage erstellen lässt. Das Vorgehen des ÄD im aktuellen Fall ist allerdings in zweifacher Hinsicht ungewöhnlich und kritisch zu hinterfragen: in der Regel werden Fälle mit wichtigen beruflichen Weichenstellungen wie Umschulung von hauptamtlichen Kollegen des ÄD und nicht, wie im vorliegenden Fall, von Vertragsärzten bearbeitet. Weiterhin ist es bei solchen Fragestellungen üblich, eine persönliche Begutachtung durchzuführen. Auch dann bleibt zwar das Dilemma einer üblicherweise singulären Begutachtungssituation als Momentaufnahme, doch hätte bei einer persönlichen Begutachtung der Versicherten zumindest potenziell die Möglichkeit bestanden, die geschilderten Inkongruenzen der beruflichen und medizinischen Vorgeschichte aufzudecken und möglicherweise auch die erhebliche und relevante psychische Problematik der Versicherten zu erkennen. Konkret wäre auch eine differenziertere Beratung der Arbeitsvermittlung möglich gewesen: eine Pflegeleitungs-Tätigkeit ohne Hautbelastung war durchaus noch möglich und damit die grundsätzliche Option gegeben, den Bezugsberuf zu erhalten und eine unverzügliche Vermittlung mit Vermeidung einer längeren Arbeitslosigkeit einzuleiten.

Fazit

Ohne Zweifel hat die erst spät im Verlauf diagnostizierte psychische Begleiterkrankung der Versicherten den dargestellten Ablauf der vermeintlich dermatologischen Berufserkrankung erheblich (negativ) beeinflusst. Dennoch verdeutlicht diese Kasuistik nach unserer Meinung grundsätzliche Schwachstellen der Kommunikation an den Schnittstellen der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland.

Während die deutschen Sozialversicherungsträger stets bemüht sind, Leistungen

zum Nutzen der Versicherten zu erbringen [6], bleibt festzuhalten, dass im Tagesgeschäft häufig keine oder nur wenig Kommunikation zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern stattfindet. Diesen Punkt hatte die Versicherte stets kritisiert: dass ihr von Seiten der BG andere Angaben gemacht wurden, als von der Agentur für Arbeit und dass sie sich zwischen beiden Institutionen hin und her geschoben fühlte.

Der Datenschutz ist ein potenzieller Grund einer fehlenden Kommunikation: die rechtliche Notwendigkeit des Vorliegens einer entsprechenden, expliziten Schweigepflichtentbindung für andere Sozialversicherungsträger durch die Versicherte stellt hier jedoch keine unüberwindliche organisatorische Hürde dar und ist beispielsweise bereits obligatorischer Standard im Prozessablauf der Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst der BA. Ein weiterer Punkt stellt die unterschiedliche Interessenlage der einzelnen Sozialversicherungsträger dar: zunächst einmal gilt es den Anforderungen und Erfordernissen der eigenen Institution und der jeweiligen internen Prozesse gerecht zu werden; angefangen bei der Einhaltung von Bearbeitungsfristen und Laufzeiten bei Begutachtungen, fortgesetzt bei der Einhaltung von internen Budgets für Leistungen.

Es wäre für die Zukunft wünschenswert, wenn eine optimierte Kommunikation zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern erfolgen würde und dies auch in verbindlichen Handlungsanweisungen abgebildet wird. Die deutschen Rentenversicherungsträger haben 2017 ihr Projekt „Fallmanagement bei Leistungen zur Teilhabe“ vorgestellt: Ziel war die Ausarbeitung eines Fallmanagement-Konzeptes für Versicherte in komplexen Problemlagen, das bei allen Rentenversicherungsträgern einheitlich angewendet werden kann. Ein gemeinsames Fallmanagement der verschiedenen Sozialversicherungsträger bei komplexen medizinisch-beruflichen Problemlagen mit längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und im Raum stehender Leistungsunfähigkeit für den Bezugsberuf, wäre für die Versicherten ein Gewinn und hätte erhebliches Potenzial für Synergien und Einsparungen im Gesamtsystem der sozialen Sicherung.

Im vorliegenden Fall einer Versicherten, die darauf bestand, wegen einer Hauterkrankung nicht in ihren Beruf zurückkehren zu können, hätten sich sowohl die Agentur für Arbeit als auch die Berufsgenossenschaft gegenseitig wertvolle und richtungsweisende Informationen zukommen lassen können.

Ebenso wichtig wie verbindliche Handlungsanweisungen ist die Schaffung eines Bewusstseins auf allen Ebenen der sozialen Sicherungssysteme, die Kommunikation mit den anderen Akteuren aktiv zu suchen und die vorhandenen Kompetenzen und Expertisen zum Wohle der Versicherten zu bündeln.

Interessenkonflikte

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Voss H, Mentzel F, Wilke A, Maier B, Gediga G, Skudlik C, John SM. Optimierte Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut. Randomisierte Evaluation der Eckpfeiler der berufsdermatologischen Prävention. *Hautarzt*. 2009; 60: 695-701. [CrossRef PubMed](#)
- [2] Skudlik C, Weisshaar E. Individuell ambulante und stationäre Prävention bei Berufsdermatosen. *Hautarzt*. 2015; 66: 160-166. [CrossRef PubMed](#)
- [3] Weisshaar E, Skudlik C, Scheidt R, Mattered U, Wulfhorst B, Schönfeld M, Elsner P, Diepgen TL, John SM; ROQ Study Group. Multicentre study “rehabilitation of occupational skin diseases – optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)” – results from 12-month follow-up. *Contact Dermatitis*. 2013; 68: 169-174. [CrossRef PubMed](#)
- [4] Brans R, Skudlik C, Weisshaar E, Scheidt R, Offenloch R, Elsner P, Wulfhorst B, Schönfeld M, John SM, Diepgen TL; ROQ Study Group. Multicentre cohort study “rehabilitation of occupational skin diseases – optimization and quality assurance of inpatient management (ROQ)” – results from a 3-year follow-up. *Contact Dermatitis*. 2016; 75: 205-212. [CrossRef PubMed](#)
- [5] Weisshaar E. Saving the barrier by prevention. *Curr Probl Dermatol*. 2016; 49: 152-158. [PubMed](#)
- [6] Krohn S, Lenz O. § 14 SGB IX – auch ein Thema bei Berufskrankheiten? *Dermatol Beruf Umw*. 2014; 3: 133-135.

apl. Prof. Dr. med. Elke Weisshaar
Universitätsklinikum Heidelberg
Berufsdermatologie
Hautklinik
Voßstraße 2
69115 Heidelberg
Elke.Weisshaar@
med.uni-heidelberg.de

16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD)

Innovationen in der Berufsdermatologie

16. – 18. September 2021 –
ONLINE-Veranstaltung mit Live-Vorträgen

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Andrea Bauer (Dresden)
Prof. Dr. med. Christoph Skudlik (Osnabrück)

Vorwort	121
DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) – Forum 2021	122
Plenarsitzung 1 – Berufsbedingte Hautkrankheiten	125
Plenarsitzung 2 – Berufsbedingter Hautkrebs	127
Parallelsitzung 1 – Berufsdermatologie	129
Parallelsitzung 2 – Gesundheitspädagogik und Prävention	131
Parallelsitzung 3 – Arbeitsmedizin und Umweltdermatologie	134
Parallelsitzung 4 – Versorgungsforschung	136
Berufsdermatologie: Interessantes aus der Praxis und für die Praxis	138
Plenarsitzung 3 – Atopie/Typ I- und Typ IV-Allergien	140
Plenarsitzung 4 – Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen	142

Vorwort

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir laden Sie herzlich zur Teilnahme an der 16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie vom 16. – 18. September 2021 ein, die erstmals als Online-Veranstaltung mit Live-Vorträgen und -Diskussionen stattfinden wird.

Wir beginnen die Tagung in bewährter Weise mit dem Forum der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung am 16. September 2021. Das wissenschaftliche Hauptprogramm vom 17. – 18. September 2021 umfasst unter dem Leitthema „Innovationen in der Berufsdermatologie“ alle aktuellen Themen der Berufsdermatologie von den Auswirkungen der BK-Rechtsreform auf die BK 5101 bis zum berufsbedingten Hautkrebs.

Themenschwerpunkte sind in bewährter Weise die Prävention, Diagnostik und Therapie von arbeitsbedingten Haut- und Hautkrebs-erkrankungen. Wesentliche Schwerpunkte der Tagung liegen auf dem Management von berufsbedingten Hauterkrankungen nach Abschaffung des Unterlassungszwangs für die BK 5101, auf neuen Therapiemöglichkeiten für die Behandlung des Handekzems, berufliche irritative und allergische Kontaktekzeme sowie Typ I Allergien. Darüber hinaus werden die aktuellen Projekte der Hand Eczema Core Outcome Set Initiative (HECOS), zur Qualitätssicherung im

Heilverfahren und der Allergiediagnostik, sowie viele weitere Themen aus Gesundheitspädagogik, Arbeitsmedizin, epidemiologischer und Versorgungsforschung vorgestellt.

Wir freuen uns auf eine intensive Fortbildung, anregende wissenschaftliche Diskussionen und eine spannende 16. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie gemeinsam mit Ihnen!

*Prof. Dr. med. Andrea Bauer, MPH,
stellvertretende Vorsitzende der
ABD, Tagungspräsidentin*

*Prof. Dr. med. Christoph Skudlik,
Vorsitzender der ABD,
Tagungspräsident*

DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) – Forum 2021

Update BK Haut • Neues Berufskrankheitenrecht – Auswirkungen auf die Praxis • Forschung

Update zu den Berufskrankheiten Nr. 5101 und 5103

S. Krohn

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Abteilung Versicherung und Leistungen, Bereich Berufskrankheiten, Berlin

In einem kurzen Überblick zu Neuigkeiten bei den Berufskrankheiten der Haut werden unter anderem auch aktuelle Zahlen zu den Berufskrankheiten Nr. 5101 und 5103 vorgestellt. Im Jahr 2022 wurden den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand 18.345 Fälle von BK-Nr. 5101 gemeldet. In 15.797 Fällen wurde die arbeitsbedingte Verursachung bestätigt und ein Behandlungsauftrag erteilt, sehr oft zusammen mit weiteren Maßnahmen nach § 3 BKV. Dies wird von den Versicherten honoriert. Eine repräsentative Befragung im Jahr 2017 zur Zufriedenheit der Versicherten mit ihrem BK-Verfahren hat gezeigt, dass 84,5% der Versicherten mit dem Verfahren bei der BK-Nr. 5101 insgesamt zufrieden sind. Zur BK-Nr. 5103 gingen im Jahr 2020 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften und den Unfallversicherungsträgern der öffentlichen Hand insgesamt 7.112 Anzeigen auf Verdacht einer BK-Nr. 5103 ein. Damit wurden im Vergleich zum Jahr 2019 insgesamt 4,8% weniger Anzeigen auf Verdacht einer BK-Nr. 5103 gestellt. Der Großteil der Versicherten ist bei der Meldung des BK-Verdachts bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Im Durchschnitt waren die Versicherten bei der Anzeige 72 Jahre alt. Nur knapp ein Viertel der Versicherten, für die im Jahr 2020 eine Verdachtsanzeige gestellt wurde, ist 65 Jahre alt oder jünger. Die BK-Nr. 5103 ist 2020 die nach BK-Nr. 3101 (vor allem COVID-19 = 33.614), BK-Nr. 5101 und BK-Nr. 2301 (Lärmschwerhörigkeit) am

vierthäufigsten gemeldete Erkrankung. In 4.023 Fällen wurde die Berufskrankheit im Jahr 2020 anerkannt. Als berufliche Tätigkeit der Erkrankten wurden am häufigsten dokumentiert: Maurer (15,2%), Führer von Erdbewegungsmaschinen (7,1%), Hilfsarbeiter im Tiefbau (4,3%), Baukonstruktions- und verwandte Berufe (3,8%), Dachdecker (3,7%). Zusammen entfallen auf diese Tätigkeiten gut ein Drittel aller Anerkennungen des Jahres 2020. In 820 Fällen wurde 2020 erstmalig eine rentenberechtigende Höhe der MdE festgestellt. Dies entspricht einer Erhöhung gegenüber dem Vorjahr um 50,7%. 15 Versicherte verstarben an den Krankheitsfolgen. Grund für die weiterhin relativ geringe Zahl an Rentenleistungen ist sicher, dass der helle Hautkrebs gut therapierbar ist und die Beeinträchtigungen mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit weniger stark sind. Knapp 85% der Fälle mit Anerkennung beinhalten lediglich Krebsvorstufen in Form von aktinischen Keratosen und Morbus Bowen. In rund 15% der anerkannten Fälle wurde bei den Versicherten ein Plattenepithelkarzinom diagnostiziert.

Hautkrebsberichte – Erfahrungen aus Sicht der BG BAU

D. Engel

Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), Berlin

Die BK 5103 nimmt seit ihrer Aufnahme in die Liste der Berufskrankheiten zum 01.01.2015 durchgängig die Spitzenposition der gemeldeten Berufskrankheiten bei der BG BAU ein. In etwa 3.000 Neumeldungen können jährlich verzeichnet werden. Die hohen Fallzahlen belegen die Notwendigkeit für effiziente Verfahren zur Feststellung einer Berufskrankheit und damit einhergehender Leistungsansprüche sowie zur Prüfung des BK-Folgezustands. Die Voraussetzung für ein solches Verfahren stellt ein standardisiertes und aussagekräftiges Berichtswesen dar. In diesem Zusammenhang wurden die DGUV Formtexte F6120-5103 „Bericht Hautkrebs BK-Nr. 5103“ und F6122-5103 „Nachsorgebericht Hautkrebs BK-Nr. 5103“ entwickelt. Die Inhalte der Berichte stel-

len die Weichen für das Vorgehen der BG BAU. Ein zentrales Element ist dabei die Verlaufs- und Übersichtstabelle, die wichtige Informationen zur Diagnosevalidierung, aber unter anderem auch zur Krankheitsaktivität liefert. Mithilfe dieser Angaben kann frühzeitig das Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen des BK-Tatbestands festgestellt bzw. es können gezielt weitere Ermittlungen angestellt werden. Fragen zu konkurrierenden Ursachenfaktoren oder chronischen Lichtschädigungen liefern zudem wichtige Hinweise für die Kausalitätsfeststellung. Insbesondere der Verlaufsbericht bietet zudem die Möglichkeit unzureichende Aktivitäten zum Sonnenschutz festzustellen und weitere Maßnahmen wie eine Optimierung der Bedingungen am Arbeitsplatz einzuleiten. Weiterhin ermöglicht der Nachsorgebericht durch seinen jährlichen Turnus eine engmaschige Prüfung des BK-Folgezustands. Diese Prüfung wird zudem durch die unterjährig zu erstattenden Krankheitsauskünfte unterstützt, die bei Besonderheiten beziehungsweise Hinweisen auf schwerwiegende Entwicklungen des Krankheitszustands erstattet werden. Die Hautkrebsberichte haben sich aus Sicht der BG BAU in der Praxis grundsätzlich bewährt und sind somit zu einem unverzichtbaren Instrument in der Bearbeitung von arbeitsbedingten Hautkrebserkrankungen geworden. Um die Prozesse weiter zu beschleunigen, ist zu diskutieren, ob und unter welchen Voraussetzungen der Hautkrebsbericht F6122-5103 als BK-Anzeige gelten und damit für die Erstmeldung genutzt werden kann. Die jetzige Rechtslage erlaubt das noch nicht. Weiterhin ist eine elektronische Übermittlung der Daten anzustreben. Das würde insbesondere die Nachvollziehbarkeit und Bewertung des Krankheitsverlaufs unterstützen.

Das Clearingverfahren in der Dermatologie und Abrechnungsfragen

W. Wehrmann

Dermatologische Gemeinschaftspraxis, Münster

Clearingstellen dienen einer fach- und sachbezogenen Klärung von Problemstellungen im Rahmen

der Behandlungsaufträge zwischen Unfallversicherungsträger (UVTr) und Ärzten, die nach dem Vertrag Ärzte/UV-Träger zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) tätig werden. Zu Behandlungen und Abrechnungen der ärztlichen Leistungen ergeben sich zwischen Unfallversicherungsträger und Ärzten unterschiedliche Auffassungen und Bewertungen im Hinblick auf Leistungslegenden und Gebührensätzen. Die Clearingstelle trägt zur Klärung der Problemstellungen bei und kann in der Mehrzahl der Fälle zu einer einvernehmlichen Lösung beitragen. Clearingstellen sind zum einen bei der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) und zum anderen bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angesiedelt. Für Hauterkrankungsgeschehen können Ärztinnen und Ärzte Anfragen bei beiden Institutionen stellen. Beide Institutionen arbeiten im gemeinsamen internen Austausch und stellen eine umfassende Prüfung und Handlungsempfehlung durch die Mandatsträger der DGUV und ABD sicher. Anhand von Beispielen wird die Arbeit der Clearingstellen dargestellt.

Neues Berufskrankheitenrecht – Was sind die Änderungen?

W. Römer

Hochschule der DGUV (HGU), Bad Hersfeld

In diesem Vortrag werden die durch das „Siebte Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ zum 1.1.2021 in Kraft getretenen Änderungen im Recht der Berufskrankheiten vorgestellt. Die wichtigste Neuerung dürfte die Streichung des sogenannten „Unterlassungszwangs“ in § 9 Abs. 1 S. 2 SGB VII sein. Dies betrifft neben den Hauterkrankungen (BK-Nr. 5101) acht weitere BK-Tatbestände, als wichtigste sind die bandscheibenbedingten Erkrankungen der Wirbelsäule und die obstruktiven Atemwegserkrankungen zu nennen. Um weiterhin Bagatelkrankungen von der Anerkennung auszuschließen, wurden die hiervon betroffenen BK-Tatbestände

konkreter gefasst, z. B. durch den Zusatz „chronisch oder chronisch rezidivierend“ bei den bandscheibenbedingten Wirbelsäulenerkrankungen. Bei der BK-Nr. 5101 sah der Verordnungsgeber hierfür keinen Anlass, da sie bereits auf schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen beschränkt ist. Zur Stärkung des Präventionsgedankens wurde ein neuer Abs. 4 in § 9 SGB VII geschaffen. Danach haben die Unfallversicherungsträger (UVT) bei bestehender Gefahr, dass bei Fortsetzung der versicherten Tätigkeit die Krankheit wiederauftaucht oder sich verschlimmert und sich diese Gefahr nicht durch andere geeignete Mittel beseitigen lässt, darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen. Weiter sind die Versicherten über die Gefahren einer weiteren Tätigkeit aufzuklären. Im Gegenzug werden die Versicherten zur Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen und Maßnahmen der Verhaltensprävention verpflichtet. Um die notwendigen Nachweise oft lange zurückliegender Expositionen zu erleichtern, wurde in § 9 Abs. 3a SGB VII für die von Amts wegen ermittelnden UVT eine Rechtsgrundlage für die Einrichtung gemeinsamer Expositions-kataster sowie für Messungen an vergleichbaren Arbeitsplätzen geschaffen. Mehr Beschleunigung und Transparenz bei der Beratung über neue in die BK-Liste aufzunehmende Berufskrankheiten erhofft sich die Bundesregierung durch die Institutionalisierung des Ärztlichen Sachverständigenbeirats, der das BMAS berät. Zusätzlich wurden die UVT verpflichtet, jährlich in einem gemeinsamen Bericht über ihre Forschungsaktivitäten zu informieren. In einem ebenfalls neuen Abs. 2a des § 9 SGB VII wurde erstmals die rückwirkende Anerkennung von Berufskrankheiten gesetzlich geregelt. Werden BK-Tatbestände neu eingeführt, gelten diese nun kraft Gesetzes auch für Versicherte, die bereits vor deren Inkrafttreten erkrankten. Entschädigungen sind aber für zurückliegende Zeiten ausgeschlossen. Mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs sind ab dem 1.1.2021 alle schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankungen als BK anzuerkennen, auch wenn die Betroffenen weiter gefährdend tätig sind. Fälle, in denen die Anerken-

nung bisher am Fehlen der Aufgabe der schädigenden Tätigkeit scheiterte, sind nach dem ebenfalls neu geschaffenen § 12 BKV von Amts wegen durch die UVT aufzugreifen. Dies wird einen deutlichen Anstieg von Anerkennungen und Begutachtungen mit sich bringen. Dabei wird der Frage, ab wann eine schwere Hauterkrankung vorliegt, erhebliche Bedeutung zukommen. Um bei Versicherten, die im Beruf verbleiben, die Gefährdung auf ein Minimum zu reduzieren, sind die Maßnahmen der Individualprävention noch weiter zu intensivieren.

Neues Berufskrankheitenrecht – Was ändert sich „im Alltag“?

C. Drechsel-Schlund

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Bezirksverwaltung Würzburg

Mit der Fortentwicklung des Berufskrankheitenrechts und dem Wegfall des Unterlassungszwangs im Tatbestand der BK 5101 sind Auswirkungen sowohl auf das Hautarztverfahren als auch auf das Verwaltungsverfahren der Unfallversicherungsträger (UVT) eingetreten. Die BK 5101 lautet ab 01.01.2021: „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“, der Zusatz „die zur Unterlassung...“ wurde gestrichen. Die UVT wollen weiterhin das erfolgreiche Hautarztverfahren praktizieren und bereits beim bloßen Verdacht auf das Vorliegen einer arbeitsbedingten Hautkrankheit schnell mit vorbeugenden Maßnahmen nach § 3 BKV intervenieren. Zielsetzung der UVT ist unverändert, das Entstehen einer schweren oder wiederholt rückfälligen Hauterkrankung zu verhindern. Unabhängig von der nach neuem Recht „erleichterten“ Anerkennung der BK 5101 haben die UVT nach wie vor die Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln zu verhindern, dass die gefährdende Tätigkeit unterlassen werden muss. Die Rechtsänderungen haben es notwendig gemacht, den Hautarztbericht (Formtext F 6050) und den Verlaufsbericht (Formtext F 6052) anzupassen. Die UVT sind stärker als bisher auf eine präzise Dokumentation des Hautbefunds, des Krankheitsverlaufs und der therapeutischen Maßnahmen

angewiesen, um die Kriterien der „Schwere und wiederholten Rückfälligkeit“ beweiskräftig beurteilen bzw. im Einzelfall entscheiden zu können, ob die Aufforderung zur Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit geboten ist. Die Rechtsänderungen haben erhebliche Auswirkungen auf die Fallsteuerung der UVT. Änderungen ergeben sich für die Fallkonstellationen, bei denen sich eine Schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheit und damit das „Vollbild“ der neuen BK 5101 abzeichnet. Bei dieser Fallgruppe von Meldungen wird jetzt parallel zum § 3 BKV – Verfahren ein Verfahren zur Feststellung einer BK 5101 durchgeführt. Im Feststellungsverfahren haben die UVT entsprechend der jeweiligen Beweisanforderung das BK-typische Krankheitsbild, die Expositionsverhältnisse und die berufliche Verursachung zu ermitteln. Für diese Fallgruppe kommt es zu einem höheren Verwaltungsaufwand in der BK-Sachbearbeitung und in den Präventionsdiensten. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig weit mehr Fälle der BK 5101 als in der Vergangenheit anerkannt werden (2019: 448 Anerkennungen bei insgesamt 20.407 entschiedenen Fällen). Mit der Anerkennung der neuen BK 5101 haben versicherte Personen Anspruch auf (hautfachärztliche) Heilbehandlung. Der UVT wird mit der BK-Anerkennung bei einer hautbedingten Arbeitsunfähigkeit zuständiger Kostenträger für Entgeltersatzleistungen (Verletztengeld). Liegt eine BK 5101 mit rentenberechtigender Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, bestehen Entschädigungsansprüche. Ob der erwartete Anstieg der BK 5101-Anerkennungen auch zu einer Zunahme der Rentenfälle führt (2019: 117 BK-Renten), bleibt offen. Im Falle der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit sind, wie bisher auch, Leistungen der Teilhabe zu erbringen. Der aktuelle Stand zu den verwaltungspraktischen Auswirkungen der Rechtsänderungen auf die Fallsteuerung von BK 5101-Meldungen soll im Beitrag vorgestellt werden.

Neues Berufskrankheitenrecht – Stand der Überarbeitung der Bamberger Empfehlung

C. Skudlik^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Angesichts des am 12.06.2020 beschlossenen 7. Gesetzes zur Änderung des 4. Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze mit hieraus u. a. für die BK 5101 resultierendem Wegfall des Unterlassungszwangs, sowie der darüber hinaus erforderlichen turnusmäßigen Überprüfung der seitens der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Zusammenarbeit mit den einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften unter Federführung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) herausgegebenen Empfehlung zur Begutachtung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen und Hautkrebs Erkrankungen („Bamberger Empfehlung“), wurden seitens der neu konstituierten AG „Bamberger Empfehlung“ die Beratungen zur Überarbeitung der Begutachtungsempfehlungen am 13.07.2020 aufgenommen. Den Änderungsbedarf zu Teil I der Bamberger Empfehlung (Hauterkrankungen) betreffend, standen die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses und einer Präzisierung der verbleibenden Tatbestandsmerkmale der BK 5101 („Schwere“, „wiederholte Rückfälligkeit“), sowie auch die Weiterentwicklung der Beurteilungskriterien für die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei der BK 5101, insbesondere bei Fallkonstellationen mit Fortführung der schädigenden Tätigkeit, bislang im Vordergrund der Überarbeitung. Des Weiteren ergab sich aufgrund der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen auch die Notwendigkeit, die Kriterien der Kausalitätsbeurteilung, insbesondere hinsichtlich des Aspektes der Verschlimmerung bei anlagebedingten Dermatosen, weiter zu präzisieren. Darüber hinaus wurden Änderungsbedarfe zu Teil II der Bamberger Empfehlung (Hautkrebs-

erkrankungen) identifiziert und bearbeitet, beispielsweise bezüglich einer weiteren Differenzierung klinischer Fallkonstellationen hinsichtlich der MdE-Einschätzung bei den BKen 1108, 2402, 5102 und 5103. Die Ergebnisse der seit Juli 2020 erfolgenden regelmäßigen Beratungen der Arbeitsgruppe werden kontinuierlich seit Dezember 2020 in der Zeitschrift Dermatologie in Beruf und Umwelt in Form von Erläuterungen der einschlägigen Rechtsbegriffe und des Diskussionsstandes hinsichtlich der MdE-Einschätzung, sowie von Fallbeispielen und Prüfalgorithmen publiziert.

Protect UV-Studie – Anforderungsprofil beruflich eingesetzter Sonnenschutzpräparate

S. M. John^{1, 2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Seit Einführung der BK 5103 im Jahr 2015 werden mittlerweile jährlich ca. 10.000 Fälle von hellem Hautkrebs (BK 5103) gemeldet. Strategien zur Reduktion der Krankheitsaktivität bei den Erkrankten – die gegebenenfalls noch berufstätig sind und auch weiter beruflich UV-exponiert sein können – müssen deshalb entwickelt und die weitere UV-Einwirkung auf unbedeckten Hautpartien vermieden werden. Der notwendige topische UV-Schutz geht bei anerkannter BK 5103 zulasten der UVT, zumal auch der therapeutische Effekt eines konsequenten Lichtschutzes belegt ist (z. B. Rückbildung von AK). **Zielsetzung:** Durchführung einer wissenschaftlichen Evaluierung geeigneter Sonnenschutzpräparate für den Einsatz in der Individualprävention UV-induzierter Hauttumoren bei Versicherten mit BK 5103 sowie bei Außenarbeitern, um eine objektive Grundlage für wissenschaftlich begründete Empfehlungen zum UV-Schutz zu schaffen. **Methodik:** Zehn mittels einer Marktanalyse

bzgl. zu fordernder Eigenschaften identifizierte Präparate wurden von einem neutralen Prüfinstitut bzgl. der herstellereitig reklamierten Eigenschaften überprüft. Für zwei der danach geeignetsten Sonnenschutzpräparate (1 Kosmetik/1 Medizinprodukt) wurden anschließend in Experimentalstudien unter Einsatz nicht invasiver Biomarker die effektive Schutzwirkung in vivo bestimmt. **Fazit:** Es wurde erstmals ein spezifisches Anforderungsprofil für geeigneten topischen Lichtschutz bei beruflicher UV-Exposition entwickelt sowie ferner die spezifische Geeignetheit von Biomarkern zur Früherkennung, Nachsorge und medizinischen Beratungen ermittelt. Dadurch können gesundheitliche Beeinträchtigungen der Versicherten durch chronische Lichtschäden, aber auch MdE-relevante Verschlimmerungen (BK-Folgen) vermindert oder verhindert werden. Wünschenswert wäre ein DGUV-Prüfsiegel für geeigneten beruflichen Lichtschutz.

Stationäre Berufsdermatologische Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung: Entwicklungen am Beispiel des Zentrums Heidelberg

E. Weisshaar¹, C. Skudlik^{2,3,4} und R. Ofenloch¹

¹Abteilung Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg, ²Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ³Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ⁴Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Berufsdermatosen, die nach wie vor zu den am häufigsten angezeigten beruflichen Erkrankungen zählen, zeigen einen hohen Bedarf an Rehabilitation. Insbesondere in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten wurden wirksame Verfahren der ambulanten und stationären Individualprävention entwickelt, hier insbesondere das Medizinisch-berufliche Rehabilitationsverfahren Haut (Maßnahme der tertiären Individualprävention (TIP)).

Diese Maßnahme ist im Rahmen des Verfahrens Haut angezeigt, wenn Berufsdermatosen durch eine ambulante Diagnostik und Behandlung sowie ambulante Präventionsmaßnahmen nicht zur Abklärung und nicht zur Abheilung gebracht werden können. Die DGUV-Multicenterstudie ROQ/ROQII (2005 – 2015) zeigte eine hohe Wirksamkeit dieser Maßnahme. Seit Beendigung der Studie werden derartige Maßnahmen der stationären berufsdermatologischen Individualprävention an den vier TIP-Zentren Universitätsklinikum Heidelberg, BG Klinik Bad Reichenhall, iDerm am BG Klinikum Hamburg und iDerm an der Universität Osnabrück weiterhin durchgeführt. Am Beispiel des TIP-Zentrums Heidelberg werden aktuelle Entwicklungen hinsichtlich Indikationsstellung, Patientencharakteristika, Gesundheitsstatus, Bildungsstatus, und Lebensqualität vorgestellt. So werden zunehmend Patienten zugewiesen, bei denen die Diagnose sowie die Ursache der Hauterkrankung ungeklärt sind bzw. der Zusammenhang zur beruflichen Tätigkeit zu klären ist. Auch fallen immer mehr Patienten mit erhöhten Bedürfnissen, insbesondere im Bereich der Schulungsinhalte, Arbeits- und Hautschutzmaßnahmen, auf. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass die Lebensqualität der Versicherten in den letzten Jahren zunehmend eingeschränkt ist und besondere Belastungen z. B. durch die umzusetzenden Therapie- und Präventionsmaßnahmen bestehen. Zusammenfassend zeigen die Analysen weiterhin einen hohen Bedarf an medizinischer Rehabilitation in der Berufsdermatologie, insbesondere an Unterstützungsbedarf bezüglich der Umsetzung von Arbeits- und Hautschutzmaßnahmen einschließlich psychologischer Betreuung.

Plenarsitzung 1 – Berufsbedingte Hautkrankheiten

Handekzem: Neue diagnostische Möglichkeiten

E. Weisshaar

Abteilung Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

Das Handekzem gehört zu den häufigsten Hauterkrankungen. Dabei handelt es sich um eine komplexe, oft multifaktorielle und therapeutisch herausfordernde Erkrankung. Die Differenzialdiagnostik kann schwierig sein, insbesondere wenn Betroffene z. B. auch Effloreszenzen an der Körperhaut, insbesondere an den Füßen haben und/oder Nagelveränderungen aufweisen. Die dermatohistopathologische Untersuchung trägt meistens nicht zur sicheren Unterscheidung zum Beispiel zwischen einer Psoriasis und einer Ekzemerkrankung bei, unter anderem weil Ekzeme psoriasiforme Charakteristika haben können und andererseits eine Psoriasis der Hände ekzematoid erscheinen kann. Zudem kann dies auch von einem zusätzlichen, meist allergischen, Kontaktekzem überlagert sein. All dies zeigt, dass die Diagnostik des Handekzems vielschichtig ist und eine besonders große Bedeutung hat, denn die richtige Diagnose ist Voraussetzung für eine wirksame und erfolgreiche Therapie. Seit Oktober 2020 wird mithilfe der Förderung durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) eine berufsdermatologische Kohorte am Universitätsklinikum Heidelberg aufgebaut. Dabei wird ein neues Diagnostikum, der sog. Molekulare Klassifikator bei berufsdermatologischen Patienten eingesetzt. Es werden hierzu neue Erkenntnisse vorgestellt.

Handekzem: Neue Therapiestrategien

M. Worm

Allergologie und Immunologie, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Das Handekzem spielt neben den dermato-onkologischen Hauterkrankungen im Kontext der BK 5101 eine zentrale Rolle. Die Therapie des chronischen Handekzems erfolgt nach Schweregrad und umfasst topische und systemische Maßnahmen. Bezüglich der topischen Behandlung werden nach wie vor die Glukokortikoide eingesetzt, wobei vor allem Glucocorticoide mit einem günstigen therapeutischen Index (z. B. Methylprednisolonaceponat) eingesetzt werden sollten. Auch topische Calcineurininhibitoren wie Tacrolimus oder Pimecrolimus können zur topischen Behandlung des Handekzems, insbesondere bei Patienten mit atopischer Dermatitis, erfolgreich eingesetzt werden. Zur Systemtherapie hat sich Alitretinoin bewährt und kann vor allem bei chronisch persistierenden Verläufen und insbesondere bei Handekzemen vom hyperkeratotisch-rhagadiformen Typ eingesetzt werden. Da sowohl die zur topischen Behandlung verfügbaren Therapeutika als auch das Alitretinoin nicht immer zum klinischen Erfolg führen bzw. aufgrund von Nebenwirkungen der Einsatz limitiert sein kann, befinden sich neue Moleküle in der klinischen Entwicklung. Hierzu gehören die Januskinase-Inhibitoren zur topischen und systemischen Therapie aber auch biologische Therapien, wie der IL-4-/IL-13-Rezeptor Antikörper Dupilumab. Für beide Substanzgruppen gibt es frühe klinische Studien, die erfolgsversprechende Ergebnisse bezüglich Wirksamkeit und Verträglichkeit gezeigt haben. Eine Phase 2 Dosis-Findungsstudie mit dem topischen JAK-Inhibitor Delgocitinib hatte kürzlich im Rahmen einer prospektiven placebokontrollierten Dosis-Findungsstudie eine gute Wirksamkeit in Abhängigkeit verschiedener Konzentrationen bei guter Verträglichkeit zeigen können. Hier wird derzeit eine Phase 3 Studie begonnen und wenn die Ergebnisse positiv ausfallen, besteht in der Zukunft eine Möglichkeit das therapeutische Spektrum zur Behandlung des chro-

nischen Handekzems zu erweitern. Auch der Antikörper Dupilumab befindet sich derzeit in einer klinischen Prüfung für Patienten mit Handekzem, nachdem erste Fallberichte hierzu positiv ausgefallen sind. Trotz optimierter aktueller und zukünftiger Therapiemöglichkeiten des chronischen Handekzems ist es wichtig bei diesen Patienten mögliche Ursachen (z. B. Kontaktallergene) zu identifizieren und entweder zu eliminieren oder den direkten Kontakt am Arbeitsplatz bzw. auch im privaten Bereich konsequent auszuschalten. Insgesamt ist es unter Einbeziehung optimaler Hautschutz- und Hautpflegetechniken möglich, bei Patienten mit chronischem Handekzem das Therapiemanagement auf unterschiedliche Säulen aufzubauen, um somit den Betroffenen effiziente Behandlungsmöglichkeiten zu ermöglichen. Die Innovationen im Bereich der antientzündlichen Behandlung chronischer Dermatosen werden derzeit in klinischen Prüfungen auch für Patienten mit Handekzem untersucht und ermöglichen perspektivisch den Einsatz gezielter und potenziell nebenwirkungsarmer Therapien.

BK Rechtsreform 2021: Chancen und Herausforderungen für Praxis und Klinik

C. Skudlik^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Die zum 01.01.2021 in Kraft getretenen Änderungen im Berufskrankheitenrecht haben weitreichende Auswirkungen für Meldung, Versorgung und Begutachtung arbeitsbedingter Hauterkrankungen in Praxis und Klinik. Maßgebliches Kriterium für die Anerkennung einer BK 5101 ist, neben der wiederholten Rückfälligkeit, nunmehr vor allem die Schwere der arbeitsbedingten Hauterkrankung. Neben der Ausprägung einer etwaigen, arbeitsbedingt verursachten Allergie sind hier insbe-

sondere die klinische Symptomatik und das Ansprechen der Hauterkrankung auf angemessene dermatologische Therapie und Prävention von wesentlicher Bedeutung. Insofern kommt der hautärztlichen Therapie, einschließlich Dokumentation der Behandlungsbedürftigkeit und des Verlaufes der Hauterkrankung, die entscheidende Rolle für die Beurteilung der relevanten Anerkennungskriterien zu. Das jahrzehntelang bewährte Hautarztverfahren, welches bislang ausschließlich als Frühinterventionsverfahren im Rahmen des § 3 BKV im Vorfeld der Anerkennung einer Berufskrankheit angesiedelt war, bleibt auch nach eingetretener Rechtsänderung unverändert. Ziel ist, dass die betroffenen Versicherten auch weiterhin rasch und umfassend alle erforderlichen Maßnahmen einer dermatologischen Therapie im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, sowie weitere Maßnahmen der Individualprävention, wie beispielsweise ambulante Hautschutzschulungsseminare, erhalten. Entsprechend der Gesetzesänderung ist die Teilnahme an derartigen individualpräventiven Maßnahmen seitens der betroffenen Hauterkrankten verpflichtend. Insgesamt ist mit einer erheblichen Steigerung der Anerkennungszahlen der BK 5101 zu rechnen, was zur Folge hat, dass eine Vielzahl der in hautärztlichen Praxen und Kliniken betreuten berufsdermatologischen Patienten Anspruch auf Leistungen durch den jeweiligen Unfallversicherungsträger, wie Heilbehandlung, ggf. Rentenzahlung bei entschädigungspflichtiger MdE, oder Teilhabeleistungen, hat. Voraussichtlich wird sich hieraus ein noch höherer Bedarf als bisher hinsichtlich einer hautärztlichen Dokumentation zur Prüfung der BK-Folgen und des Erfolges individualpräventiver Maßnahmen, sowie an gutachterlichen Beurteilungen ergeben. Somit wird voraussichtlich sowohl quantitativ als auch qualitativ der Bedarf an berufsdermatologischer Expertise erheblich steigen. Für Praxen und Kliniken, die bislang keinen berufsdermatologischen Schwerpunkt aufweisen, ergibt sich hieraus die Chance, angesichts dieses Bedarfes das jeweilige Tätigkeitsspektrum optimal zu erweitern.

Plenarsitzung 2 – Berufsbedingter Hautkrebs

Berufsbedingter Hautkrebs: Basalzellkarzinom – Update 2021

A. Bauer

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, UniversitätsAllergie-Centrum, Dresden

Das Basalzellkarzinom (BZK) der Haut ist der weltweit am häufigsten auftretende maligne Tumor. Solare UV-Exposition ist der wichtigste Risikofaktor für die Entstehung von BZK. Arbeiter im Freien sind beruflich deutlich höheren UV-Expositions Dosen ausgesetzt als der Rest der Bevölkerung. Eine Meta-Analyse der epidemiologischen Literatur im Jahr 2011 ergab ein um 43% erhöhtes BZK-Risiko bei beruflich UV-exponierten Arbeitern im Vergleich zu Arbeitern in Innenräumen. Aufgrund der limitierten Qualität der eingeschlossenen Studien konnte eine Berufskrankheitenreife auf der Basis der vorliegenden Evidenz für das BZK zum damaligen Zeitpunkt nicht festgestellt werden. Aktuell wurden Daten einer populationsbasierten Multicenter Fall-Kontroll-Studie von Schmitt und Kollegen [1] in Deutschland publiziert, der zeigen konnte, dass Personen mit hoher beruflicher solarer UV-Exposition ein 1,97-fach signifikant erhöhtes BZK-Risiko (95% CI 1,20 – 3,22) im Vergleich zu moderater beruflicher UV-Exposition hatten. Weiterführende Untersuchungen des o. g. Patientenkollektivs von Bauer und Kollegen [2] verglichen Fälle mit inzidentem BZK an üblicherweise sonnenexponierten Körperstellen mit alters- und geschlechtsgematchten, populationsbezogenen Kontrollen mit dem Ziel, festzustellen, inwieweit die etablierte signifikante Assoziation von beruflicher solarer UV-Exposition auch in diesem Kollektiv Bestand hatte. Der Zusammenhang konnte bestätigt werden. Teilnehmer mit hoher versus moderater beruflicher UV-Exposition hatten ein mehr als 2-fach signifikant erhöhtes Risiko (OR 2,05; 95% CI 1,15 – 3,65; $p = 0,015$), an häufig UV-exponierten Körperstel-

len ein BZK zu entwickeln. Um die Robustheit der Daten zu untermauern, wurden Sensitivitätsanalysen zur Überprüfung der Modellannahmen durchgeführt. Der Risikoschätzer für den Zusammenhang von beruflicher solarer UV-Exposition und dem Risiko an einem BZK zu erkranken, zeigte für alle untersuchten Einflussgrößen einen hohen Grad an Stabilität und Robustheit. Die Analysen untermauern damit die kürzlich publizierten Ergebnisse zur Verdopplung des BZK-Risikos bei Außenbeschäftigten mit hoher beruflicher UV-Exposition.

Literatur

- [1] Schmitt J, et al. Occupational UV-exposure is a major risk factor for basal cell carcinoma: Results of the Population-Based Case-Control Study FB-181. *J Occup Environ Med.* 2018; 60: 36-43.
- [2] Bauer A, et al. Basal cell carcinoma risk and solar UV exposure in occupationally relevant anatomic sites: do histological subtype, tumor localization and Fitzpatrick phototype play a role? A population-based case-control study. *J Occup Med Toxicol.* 2020; 10: 28.

Berufsbedingter Hautkrebs: Malignes Melanom als Berufskrankheit?

P. Elsner

Universitätsklinikum Jena, Klinik für Hautkrankheiten, Jena

In seiner Wissenschaftlichen Begründung (WB) von 2013 zur Einführung einer neuen Berufskrankheit (BK) „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ hatte sich der Ärztliche Sachverständigen-Beirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales nicht dazu geäußert, ob und inwiefern eine ebenfalls auf beruflich exponierter, chronisch durch natürliches UV-Licht geschädigter Haut auftretende Lentigo maligna (LM) bzw. ein Lentigo-maligna-Melanom (LMM) bei Outdoorarbeitern die rechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung als Berufskrankheit (BK) erfüllen könnte. Die WB verwies lediglich darauf, dass die verschiedenen Subtypen des malignen Melanoms unterschiedlich durch

UV-Expositionen beeinflusst werden. Klinisch und histologisch unterscheidet die aktuelle WHO-Klassifikation vier Melanomtypen (LMM, superficial spreitendes Melanom, knotiges Melanom, akrolentiginöses Melanom). Die LM ist klinisch definiert als eine auf chronisch UV-exponierter, typischerweise elastotischer Haut auftretende, unscharf begrenzte, unregelmäßig bräunlich bis schwärzlich pigmentierte Macula. Diese kann nach oftmals langjährigem Bestehen in ein invasives LMM übergehen. Das LMM muss gemäß neuer molekularbiologischer Untersuchungen klar abgegrenzt werden von anderen Melanomtypen. Während Melanome auf nicht sonnenexponierter Haut mit häufigen BRAF- und NRAS-Mutationen assoziiert sind, finden sich diese nicht bei Melanomen auf chronisch sonnenexponierter Haut, die vielmehr erhöhte Kopienzahlen von CDK4 und CCD1 und KIT-Mutationen aufweisen. Während somit eine pathogenetisch begründete Plausibilität für die Verursachung der LM und folgend des LMM durch solare UV-Exposition und in der Konsequenz für eine berufliche Kausalität bei Outdoorworkern besteht, ist der epidemiologische Nachweis schwierig, da es sich beim LMM um eine seltene Krankheit handelt. LMM machen nur ca. 5 – 15% aller kutanen Melanome aus; die Inzidenz des LMM in Süddeutschland beträgt nur ca. 1/100.000/Jahr. Der gemäß § 9 Abs. 2 SGB VII im Allgemeinen erforderliche Nachweis einer gruppenspezifischen Risikoerhöhung mittels einer epidemiologischen Studie durch „langfristige zeitliche Überwachung des Krankheitsbildes zum Nachweis einer größeren Anzahl gleichartiger Gesundheitsstörungen“ konnte daher bisher nicht erbracht werden, zumal Studien zur beruflichen Verursachung des malignen Melanoms meist nicht nach Melanomtypen differenzieren [1]. So analysierte eine retrospektive australische Studie basierend auf dem Krebsregister von Queensland Patienten mit LM und LMM ($n = 76$) in der Korrelation zu Daten zur Sonnenexposition im Schulalter sowie zur beruflichen und Freizeit-Sonnenexposition im Erwachsenenalter [2]. LM- und LMM-Patienten berichteten zwar über eine höhere berufliche Exposition und eine geringere Freizeit-Sonnenexpo-

sition als Patienten mit einem Melanom im Stammbereich; dies war allerdings nicht signifikant [2], was bei der beschränkten Zahl der Fälle zu erwarten war. Für den Nachweis der beruflichen Risikoerhöhung für das LMM bei Outdoorworkern sollte daher eine Fallkontrollstudie, möglicherweise auch in internationaler Kooperation, mit einer ausreichenden Zahl von Fällen und Kontrollen geplant werden. Da nach der WB die „bestimmte Personengruppe“ der Outdoor-Arbeiter, die in einem erheblich höheren Maße als die übrige Bevölkerung der besonderen Einwirkung des natürlichen UV-Lichtes ausgesetzt sind, definiert ist, sollten gemäß der Anregung des BSG Angehörige dieser Personengruppe, die an einer LM oder einem LMM erkranken und bei denen der begründete Verdacht auf eine BK nach § 9 Abs. 2 SGB VII besteht, publiziert und den Unfallversicherungsträgern mit Zustimmung der Versicherten durch eine ärztliche Verdachtsanzeige zur Kenntnis gebracht werden [3].

Literatur

- [1] Kaskel P, Lange U, Sander S, et al. Ultraviolet exposure and risk of melanoma and basal cell carcinoma in Ulm and Dresden, Germany. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2015; 29: 134-142.
- [2] Whiteman DC, Stickley M, Watt P, Hughes MC, Davis MB, Green AC. Anatomic site, sun exposure, and risk of cutaneous melanoma. *J Clin Oncol.* 2006; 24: 3172-3177.
- [3] Elsner P, Diepgen TL, Schliemann S. Lentigo maligna and lentigo maligna melanoma as occupational skin diseases in a forestry worker with long-standing occupational UV-exposure. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2014; 12: 915-917.

BK 1108 und 2402: Erkrankungen durch Arsen und ionisierende Strahlung – Update 2021

H. Drexler

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial- u. Umweltmedizin der FAU Erlangen-Nürnberg, Erlangen

Erkrankungen durch Arsen waren bereits in der ersten Berufskrankheitenliste von 1925 als eine von 11 Positionen genannt. An der Haut können Arsen und seine anorganischen Verbindungen Plattenepithelkarzinome (PEK) und superfizielle Basalzellkarzinome (BSZ) verursachen. Als Ursache einer Berufskrankheit ist Arsen heute nicht mehr von großer Bedeutung. So wurden in den Jahren 2018 – 2020 nur 84 Erkrankungen angezeigt, wovon nur bei neun Patienten die Ursache bestätigt wurde. Die Belastung der Allgemeinbevölkerung mit Arsen ist im Vergleich zu anderen krebs-erzeugenden Metallen relativ hoch. Bei erhöhten Arsenwerten im Urin kann die Differenzierung der Arsenspezies Information über die Quelle der Belastung geben. Arsen kommt natürlicherweise in kleinen Mengen in der Erdoberfläche vor, wo es als Arsenid, Arsenit oder Arsenat in den Oxidationsstufen (–III, +III und +V) vorliegt. Verschiedene Formen anorganischen Arsens sind je nach Region auch in mehr oder weniger hohen Konzentrationen im Grundwasser enthalten. Diese anorganischen Arsenverbindungen stammen entweder aus natürlichen Quellen oder werden durch Bodenauftragungen oder Industrieabfälle in den Boden eingebracht. Besonders hohe Konzentrationen weisen Fische auf. Daher ist auf die Einhaltung einer Fischkarenz vor der Untersuchung zu achten. In den Jahren 2018 – 2020 wurde 1.072 Erkrankungen durch ionisierende Strahlung angezeigt, wovon nur 55 Erkrankungen in der Verursachung bestätigt wurden. Meist handelt es sich dabei um Bronchialkarzinome bei inhalativer Radonbelastung unter Tage. Am Hautorgan werden superfizielle BZK, PEK, Fibrosarkome und Angiosarkome induziert. Das Risiko für Maligne Melanome wird von der UNSCEAR als gering eingestuft (UNSCEAR, 2006). Studien zur Wirkung ionisierender Strahlung bei Vielfliegern zeigen übereinstim-

mend, dass Melanome häufiger bei Piloten und Flugbegleitern auftreten als bei der übrigen Bevölkerung. Als Erklärung für diese Assoziation erscheint ein Confounding durch die Freizeitgestaltung wahrscheinlicher als eine Verursachung durch ionisierende Strahlung.

BK5103: Prävention von berufsbedingtem Hautkrebs – Welche Strategie verspricht Erfolg?

C. Surber

Dermatologische Kliniken, Universitätsspitaler Basel und Zürich, Schweiz

Natürliche UV-Exposition ist der Hauptrisikofaktor für die Entstehung von aktinischen Keratosen, Plattenepithel- und Basalzellkarzinomen. UV-Schutzkampagnen der letzten Jahre fokussierten mehrheitlich auf die Hautkrebsprävention in der Freizeit. Mit Aufnahme der neuen Berufskrankheit (BK) 5103 „Plattenepithelkarzinome und multiple aktinische Keratosen durch solare UV-Exposition“ in die Liste der Berufskrankheiten zum 1. Januar 2015 gewinnt die Prävention von durch berufliche solare UV-Exposition bedingtem Hautkrebs eine ganz besondere Bedeutung [1, 2]. Neuere Studien haben gezeigt, dass Außenarbeiter nicht nur ein deutlich höheres Hautkrebsrisiko haben, sondern auch in Bezug auf UV-Exposition ein risikoreiches Freizeitverhalten zeigen [3, 4]. Organisatorisch-technische Maßnahmen, Sonnenbrillen, textiler Sonnenschutz sowie die Anwendung von topischen Sonnenschutzprodukten für die nicht bedeckte Haut sind Schlüsselemente eines umfassenden Sonnenschutzes am Arbeitsplatz. Obwohl der topische Sonnenschutz den meisten von uns vertraut erscheint, bestehen nach wie vor erhebliche Verständnislücken sowohl beim Laien wie auch bei Fachpersonen. Das Referat erläutert die wichtigsten Schutz- und Anwendungseigenschaften von Sonnenschutzprodukten unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Außenarbeiter [5]. Darüber hinaus werden Herausforderungen bei der Unterweisung von Außenarbeitern diskutiert.

Literatur

- [1] *Bauer A, et al.* [Prevention of occupational solar UV radiation-induced epithelial skin cancer]. *Hautarzt*. 2015; 66: 173-178.
- [2] *Weber A, et al.* High-risk body sites for actinic keratosis in outdoor and indoor workers: A retrospective review. *J Am Acad Dermatol*. 2020; 83: 655-657.
- [3] *John SM, et al.* Non-melanoma skin cancer by solar UV: the neglected occupational threat. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016; 30 (Suppl 3): 3-4.
- [4] *Rydz E, et al.* Sun protection use at work and leisure by outdoor workers in Alberta, Canada. *J Occup Environ Med*. 2021; 63: e138-e144.
- [5] *Surber C, Osterwalder U (eds).* Challenge in sun protection. Basel: Karger AG, 2021 (in press).

Parallelsitzung 1 – Berufsdermatologie

Fußdermatosen im Hautarztverfahren – Erkenntnisse aus der individuellen Fußschutzberatung

R. Brans^{1,2,3}, S. M. John^{1,2,3} und A. Hübner^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB), Standort Osnabrück

Hintergrund: Im Hautarztverfahren finden sich Patienten, die zusätzlich oder ausschließlich Hautveränderungen an den Füßen aufweisen. Bei Anhalt für einen beruflichen Kausalzusammenhang sind Möglichkeiten zur Optimierung der Fußschutzversorgung bzw. des Fußschutzverhaltens am Arbeitsplatz zu prüfen. Die in unserer Abteilung durchgeführte interdisziplinäre „Individuelle Fußschutzberatung“ (IFB) verbindet eine hautfachärztliche Untersuchung und Beratung mit einem gesundheitspädagogischen Beratungs- und Schulungskonzept, einschließlich Erarbeitung eines individuellen Fußschutz- und Fußhygieneplans. **Material und Methoden:** Von Januar 2016 bis Dezember 2019 wurden in unserer Abteilung zum Zeitpunkt der IFB (T1) Patienten konsekutiv rekrutiert und deren klinischen und mittels Fragebögen erhobenen Daten zur Fußdermatose und zum Fußschutzverhalten erfasst. Sechs Monate (T2) und 12 Monate (T3) später wurde den Patienten ein Fragebogen zugesandt. **Ergebnisse:** Es werden erste Ergebnisse der T1-Erhebung präsentiert. 231 Patienten wurden rekrutiert (Männer 70,6%; Durchschnittsalter: 47,4 Jahre). Die häufigsten Berufsgruppen waren: Metallgewerbe (n = 77, 33,3%), Bauindustrie (n = 28, 12,1%) und Gesundheitsberufe (n = 28, 12,1%). Eine atopische Disposition fand sich bei 77 Patienten (33,3%). 119 Patienten waren Raucher (51,5%). Die Mehrzahl wies auch eine Handder-

matose auf (n = 214, 92,6%). 168 Patienten verwendeten Sicherheitsschuhe (71,7%). Die Passform des beruflich verwendeten Schuhwerks wurde von 177 Patienten (76,6%) als gut/sehr gut bewertet. 145 Patienten (62,8%) beschrieben jedoch eine erhöhte Schwitzneigung in diesen Schuhen. Bei 60 Patienten ergab sich Anhalt für einen wesentlichen beruflichen Kausalzusammenhang der Fußdermatose (26,0%). Die häufigste Diagnose in dieser Gruppe war ein irritatives Kontaktekzem (n = 46). Häufige nicht beruflich bedingte Dermatosen waren ein atopisches Fußekzem und eine Tinea pedum. **Schlussfolgerung:** Bei Fußdermatosen ist eine dezidierte Kausalitätsbewertung erforderlich. Bei Anhalt für einen beruflichen Kausalzusammenhang ergibt sich häufig Bedarf für eine Optimierung der Fußschutzversorgung bzw. des Fußschutzverhaltens am Arbeitsplatz.

BK Rechtsreform 2021: Wie geht es mit dem Hautarztverfahren in der Praxis weiter?

W. Wehrmann

Dermatologische Gemeinschaftspraxis, Münster

Das Verfahren zur Früherfassung berufsbedingter Hautkrankheiten existiert seit 1972 und hat im Verlauf seiner Existenz viele Änderungen erfahren. Es ist immer wieder kritisch hinterfragt worden und muss bis heute aktiv in der Dermatologie beworben werden. Aktuell erfährt es durch eine neue Rechtsgrundlage zu Berufskrankheiten seit 1.1.2021 neue Aufmerksamkeit, weil es mit einer weiteren Zielsetzung verbunden ist. Aus diesem Grund werden die Hautarztberichte stärker als bisher auch eine wichtige Beweisfunktion für Entscheidungen über das Vorliegen und den Tag des Versicherungsfalles einer Berufskrankheit haben. Neben der Verhinderung einer BK durch präventive und therapeutische Maßnahmen stellt die Verhinderung einer Verschlimmerung der anerkannten Folgen einer BK durch stringente Anwendung und Umsetzung des neuen Hautarztberichtes das wesentlich neue Charakteristikum dar.

Zukunft der Berufsdermatologie: Image und Erwartungen junger Dermatolog/-innen an unser Fach

G. Girbig

JuDerm, AG des BVDD, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen

Die Berufsdermatologie ist ein wichtiger und unumgänglicher Bestandteil des Fachs Dermatologie. Bereits im Studium, spätestens in der dermatologischen Facharztausbildung kommt man damit zwangsläufig in Kontakt. Häufig erfolgt dieser Erstkontakt mit der berufsgenossenschaftlichen Bürokratie unerwartet und unvorbereitet. Der Stations- oder Praxisalltag lässt meist eine eingehende Auseinandersetzung mit dem Thema Berufsdermatologie nicht zu und die Einarbeitung in die Materie gestaltet sich für Unerfahrene ohne Unterstützung mühsam. Die ungewohnt ausführlichen Berichte können daher zunächst eine negative Konnotation hinterlassen, von der nicht mehr abgewichen wird, wenn man nur selten und damit unroutiniert wieder an das Thema herantritt. Wie in anderen Bereichen ist es die Routine, die einem die Arbeit leicht von der Hand gehen lässt. Kann eine solche nicht aufgebaut werden, resultiert daraus das Augenrollen der Assistent/-innen, wenn zusätzlich zur Alltagsbelastung ein unbequem aufwändiger Bericht zu verfassen ist, von dessen Abrechnung sie zu meist nicht profitieren. Der Zugang der angehenden Dermatolog/-innen zur Berufsdermatologie gestaltet sich also, abgesehen von den spezialisierten BG-Kliniken, etwas holprig, um nicht zu sagen durch die für Unroutinierte aufwändige Bürokratie unattraktiv. Dass die Bürokratie durchaus auch ihren Sinn und Zweck erfüllt und pekuniär entschädigt wird, steht außer Frage. Um die Berufsdermatologie für angehende Dermatolog/-innen in das attraktive Licht zu rücken, das sie eigentlich verdient, gilt es ausbildungsstättenunabhängig den Zugang zu erleichtern. Die Generationen Y und Z lassen sich gut über die neuen Medien und simple Anreize erreichen: So könnten kurze, prägnante Aufklärungsvideos exemplarisch über YouTube Verständnisha-

minimieren und die Teilhabe an der Abrechnung der getanen Arbeit die Attraktivität steigern.

Aktuelle Herausforderungen der BK Haut in der Schweiz

H. Rast

Abteilung Arbeitsmedizin Suva, Luzern, Schweiz

Einleitend werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede im BK-Verfahren von Deutschland und der Schweiz dargestellt. In der BK-Statistik der Schweiz sind Hautkrankheiten nach den lärmbedingten BK die zweithäufigste Kategorie von Berufskrankheiten und „Kontaktdermatitis“ darin die klar häufigste Diagnose. Die Verhütung von Kontaktekzemen und von Hautkrebs durch Ultraviolett bei Outdoor-Tätigkeiten sind Schwerpunkte der BK-Prävention. Bezüglich Verhütung von Berufsektzemen sind Hautschutzkampagnen im Friseurgewerbe, bei Arbeiten mit Schmiermitteln und mit Epoxidharzen im Gange [1]. Sie sind langfristig ausgelegt. Betreffend Hautkrebs in Zusammenhang mit chronischer UV-Exposition laufen in der Schweiz schon seit Jahren eine Sensibilisierung für die Gefährdung und auch gezielte Präventionsbotschaften in typischen Outdoor-Branchen. Heller Hautkrebs, der durch chronische UV-Exposition im Beruf verursacht wurde, qualifiziert in der Schweiz als BK [2]. In Zusammenhang mit der Etablierung von dermatologischen Vorsorgeuntersuchungen ist auch eine Verbesserung der Meldung von BK-Fällen im Gange.

Literatur

- [1] Rast H. Kontaktekzeme: Ursachen und Prävention im Beruf. Dermatologie Praxis. 2020; 30: 2-5.
- [2] Rast H. Berufskrank durch chronische Ultraviolett-Exposition im Freien. Derm Hel. 2018; 30: 20-23.

Beruflich bedingte Kontaktekzeme bei Malern und Lackierern: Daten des Informationsverbundes Dermatologischer Kliniken (IVDK), 2000 – 2019

S. Schubert^{1,2}, A. Bauer³, U. Hillen⁴, T. Werfel⁵, J. Geier^{1,2} und R. Brans^{2,6,7}

¹Informationsverbund Dermatologischer Kliniken, An-Institut der Universitätsmedizin Göttingen; ²Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB); ³Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitäts AllergieCentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden; ⁴Vivantes Klinikum Neukölln, Klinik für Dermatologie und Venerologie, Berlin; ⁵Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Abteilung Immunodermatologie und Allergieforschung, Medizinische Hochschule Hannover; ⁶Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück; ⁷Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück

Hintergrund: Aufgrund ihrer beruflichen Exposition gegenüber Kontaktallergenen und Irritantien sind Maler und Lackierer in besonderer Weise gefährdet, an Kontaktekzemen zu erkranken. **Zielsetzung:** Ziel dieser Arbeit ist es, das Spektrum berufsbedingter Sensibilisierungen bei Malern und Lackierern zu beschreiben und die aktuelle Epikutantestempfehlung der Deutschen Kontaktallergie-Gruppe (DKG) zu überprüfen. **Patienten und Methoden:** Wir haben Daten des IVDK aus den Jahren 2000 – 2019 retrospektiv analysiert. Aufgrund der besonderen Geschlechts- und Altersverteilung der im IVDK erfassten Maler und Lackierer mit Berufsdermatose wurden folgende Patientengruppen definiert: Studiengruppe – männliche Maler und Lackierer mit Berufsdermatose im Alter von 20 bis 59 Jahren (n = 557), Kontrollgruppe I – altersgleiche männliche Maler und Lackierer ohne Berufsdermatose (n = 422), Kontrollgruppe II – männliche Patienten mit Berufsdermatose, die nie als Maler und Lackierer gearbeitet haben (n = 13.862). **Ergebnisse:** Männliche Ma-

ler und Lackierer mit Berufsdermatose haben im Vergleich zu männlichen Patienten mit Berufsdermatose, die in anderen Berufen arbeiten, signifikant häufiger allergische Kontaktekzeme (42,5 vs. 32,1%), Gesichtsekzeme (13,6 vs. 5,2%) und aerogene Ekzeme (4,1 vs. 1,2%). Positive Epikutantestreaktionen auf Epoxidharz (17,7%), Methylisothiazolinon (MI) (21,8%) und (Chlor-) Methylisothiazolinon (MCI/MI) (12,0%) waren bei Malern und Lackierern mit Berufsdermatose signifikant häufiger als in beiden Kontrollgruppen. Epoxidharz-Sensibilisierungen waren in der Studiengruppe signifikant mit Gesichtsdematitiden und aerogenen Ekzemen assoziiert. Bei 399 Patienten der Studiengruppe mit negativen Epoxidharzreaktionen wurden Sensibilisierungen gegenüber verschiedenen Glycidylethern (2,8%) und Härtern (3,8%) festgestellt. In der Testreihe „DKG industrielle Biozide“ waren Benzisothiazolinon (6,8%) und Octylisothiazolinon (6,3%) am häufigsten positiv. **Fazit:** Epoxidharz, MI und MCI/MI stellen die wichtigsten beruflichen Kontaktallergene bei Malern und Lackierern dar. Bei Malern und Lackierern mit Verdacht auf Berufsdermatose sollten neben der DKG Standardreihe, die DKG-Testreihen „Kunstharze und Kleber“ und „industrielle Biozide“ getestet werden.

Parallelsitzung 2 – Gesundheitspädagogik und Prävention

Ambulante Individualprävention – Und was passiert danach? Ergebnisse einer Langzeitbeobachtungsstudie mit regelmäßigen Follow-Ups einer Patientenkohorte über 5 Jahre nach Teilnahme an einer interdisziplinären Hautschutzschulung

A. Wilke^{1,2,3}, M. Ludewig^{1,2,3} und C. Skudlik^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Seit mehr als 20 Jahren werden Arbeitskräften, die an einer Berufsdermatose erkrankt sind, interdisziplinäre Maßnahmen auf der Ebene der ambulanten Individualprävention angeboten. Diese zielen darauf ab, den Berufsverbleib zu ermöglichen und den Hautzustand signifikant zu verbessern sowie das Hautschutzverhalten und das Erkrankungsmanagement zu optimieren. Die Maßnahmen beinhalten in der Regel eine hautfachärztliche Untersuchung, eine Beratung zu individuell geeigneter Schutzausrüstung (v. a. Schutzhandschuhe) sowie eine mehrstündige, gesundheitspädagogische Gruppenschulung zum Hautschutz. Die bis dato vorliegenden Evaluationsergebnisse umfassen im Regelfall eher kurze Beobachtungszeiträume und/oder vergleichsweise wenige Erhebungszeitpunkte, sodass die langfristigen Verläufe von entsprechenden Patientenkohorten bis dato kaum systematisch untersucht worden sind. Vor diesem Hintergrund wurden im Rahmen einer Langzeitbeobachtungsstudie (Ein-Gruppen-Prä-Post-Design) insgesamt 276 Teilnehmende an einer Maßnahme der ambulanten Individualprävention („ASIP-Maßnahme“/Allgemeine Sekundäre Individualprävention) schriftlich (nach-)befragt. Der Studienzeitraum umfasste die Jahre 2012 – 2018 sowie insge-

samt acht Erhebungs- bzw. Follow-Up-Zeitpunkte bis zu 5 Jahre nach Teilnahme. Der Fragebogen beinhaltete verschiedene, sowohl proximale, interventionsnahe Outcomes (z. B. Zufriedenheit, Wissensstand) sowie distale, interventionsferne Outcomes (z. B. Hautzustand, Berufsverbleib). Während der bis zu zweimaligen klinischen Vorstellung wurden ergänzend durch Berufsdermatolog/-innen erhobene Parameter (z. B. Krankheitsschwere mittels OHSI/Osnabrücker Hand Eczema Severity Index, Diagnose) erfasst. Im Rahmen der Tagung werden erste Ergebnisse dieser Langzeitbeobachtungsstudie präsentiert.

Transparente und standardisierte Beschreibung gesundheitspädagogischer Interventionsinhalte: Der Einsatz von Verhaltensänderungstechniken im Anwendungsfeld der stationären Individualprävention berufsbedingter Hauterkrankungen

N. Ristow^{1,2,3}, M. Ludewig^{1,2,3}, C. Skudlik^{1,2,3}, S. M. John^{1,2,3} und A. Wilke^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

In den Maßnahmen der ambulanten und stationären Individualprävention sind gesundheitspädagogische Interventionen zentrale Elemente. Als wesentliches Kennzeichen komplexer Interventionen setzen sich gesundheitspädagogische Schulungen und Beratungen aus mehreren, miteinander interagierenden Interventionskomponenten zusammen, die in der Regel eine Verbesserung in der Umsetzung der Hautschutzmaßnahmen initiieren und unterstützen sollen. Existierende Richtlinien, wie die „Template for Intervention Description and Replication“ (TIDieR), beschreiben solche Interventionen primär anhand verwendeter Materialien, Medien oder Methoden. Die

konkreten Inhalte, die für eine Änderung des Gesundheitsverhaltens maßgeblich sein können, werden jedoch in vielen Interventionsbeschreibungen unpräzise und uneinheitlich beschrieben. Um die Qualität der Interventionsbeschreibungen in Bezug auf die konkreten Inhalte zu verbessern, können aus der Gesundheitspsychologie bekannte Verhaltensänderungstechniken („Behaviour Change Techniques“, BCTs) Anwendung finden. Sie beschreiben die aktiven und kleinsten Komponenten einer Intervention, die auf eine Gesundheitsverhaltensänderung abzielen. Am Beispiel der Berufsdermatologie kann z. B. die Demonstration des korrekten Ausziehens von Einmalhandschuhen durch eine/-n Gesundheitspädagog/-in als BCT „Verhalten demonstrieren“ klassifiziert werden. Zur methodischen Anwendung der BCTs existiert eine hierarchisch gegliederte Taxonomie mit 93 definierten BCTs (v1-Taxonomie), die 16 übergeordneten Kategorien zugeordnet sind (z. B. „Ziele und Planung“ oder „Wissen bilden“) [1]. Mithilfe von Schulungsmaterialien, Patientenbroschüren sowie durch Feldbeobachtungen in den gesundheitspädagogischen Schulungen und Beratungen der stationären Individualprävention wurden im Kontext der Berufsdermatologie BCTs erstmals identifiziert und systematisch der v1-Taxonomie zugeordnet. Dies trägt dazu bei, den Prozess einer Verhaltensänderung im Kontext der Berufsdermatologie auf inhaltlicher Ebene zu beleuchten und zukünftige Interventionsinhalte an die adressierte Personengruppe optimaler anpassen zu können. Im Rahmen der ABD-Tagung werden das Konzept der BCTs sowie erste Ergebnisse vorgestellt.

Literatur

- [1] *Michie, et al.* The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building and international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*. 2013; 46: 81-95.

Entwicklung und Exploration der Effektivität eines Interventionskonzeptes zur Prävention von beruflich bedingten Handekzemen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen während der COVID-19-Pandemie

C. Symanzik^{1,2}, M. Rocholl^{1,2}, L. Stasielowicz³, A. Wilke^{1,2,4}, C. Skudlik^{1,2,4}, R. Brans^{1,2,4} und S.M. John^{1,2,4}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Institut für Psychologie, Universität Osnabrück, ⁴Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Beschäftigte im Gesundheitswesen haben ein erhöhtes Risiko beruflich bedingte Handekzeme auszubilden. Maßgeblich hierfür ist insbesondere Feuchtarbeit, die vorwiegend im Zusammenhang mit der Händehygiene und Verwendung okklusiver Schutzhandschuhe auftritt. Die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden erhöhten Hautbelastungen haben bei Beschäftigten im Gesundheitswesen zu einer Zunahme von Handekzemen geführt. **Zielsetzung:** Untersuchung der Wirksamkeit einer gesundheitspädagogischen (Online-) Schulungsmaßnahme in Kombination mit der Zurverfügungstellung eines geeigneten Hautreinigungs- und Hautpflegemittels hinsichtlich der Erhaltung der Hautgesundheit, einer Optimierung des Hautschutz- und Hautpflegeverhaltens sowie einer Zunahme des Wissens über die Pathogenese und Prävention von beruflich bedingten Handekzemen im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung der Pandemie bedingten Anforderungen an die Händehygiene. **Material und Methoden:** Durchführung einer kontrollierten prospektiven Interventionsstudie bei > 280 Beschäftigten im Gesundheitswesen in zwei großen überregionalen Krankenhäusern. Die Interventionsgruppe erhält eine gesundheitspädagogische (Online-)Schulung zur Pathogenese und Prävention von (beruflich bedingten) Handekzemen und

wird mit einem geeigneten Hautreinigungs- und Hautpflegeprodukt ausgestattet. Eine Kontrollgruppe erhält initial keine derartige Intervention. Zu Beginn, nach 3 und 6 Monaten, werden in beiden Kohorten das Auftreten von Hautveränderungen an den Händen, die Hautbelastung, das Hautschutz- und Pflegeverhalten und das Wissen zu Handekzemen und deren Prävention mittels Fragebögen erfasst. Zusätzlich wird der Hautbefund an den Händen zu Beginn und am Ende dermatologisch untersucht und mittels des Osnabrück Hand Eczema Severity Index (OHSI) beurteilt. **Fazit:** Die vorliegende Untersuchung soll perspektivisch dazu beitragen, adäquate Interventionskonzepte zur Vermeidung von (beruflich bedingten) Handekzemen bei Beschäftigten im Gesundheitswesen unter den besonderen Belastungen und Bedingungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zu etablieren. Im Rahmen der Tagung sollen erste Ergebnisse vorgestellt werden.

Sind milde Hautreinigungsmittel bei starker Verschmutzung immer besser?

M. Gina¹, B. Pieper², I. Lenssen³, T. Brüning¹ und M. Fartasch¹

¹Institut für Prävention und Arbeitsmedizin (IPA) der DGUV, Institut der Ruhr-Universität Bochum, ²Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Dortmund, ³Berufsgenossenschaft Handel und Waren (BGHW), München

Einleitung: Bei stärkerer Verschmutzung wird in den Präventionsempfehlungen (TRGS 401) zurzeit die Anwendung möglichst milder Hautreinigungsmittel (HRM) statt reibekörperhaltiger empfohlen. Um das gleiche Reinigungsziel zu erreichen, müssen milde HRM jedoch oft mehrfach, länger oder mit manuellem Druck/Reibung (z. B. mit Bürste) angewendet werden. Bis dato ist nicht bekannt, ob die kurzfristige Anwendung von reibekörperhaltigen HRM aufgrund der kürzeren Anwendungszeit, um das Reinigungsziel zu erreichen – zu geringeren irritativen Reaktionen der Haut führt als dies mit milden Reinigungsmitteln der Fall wäre. **Ziel:** Vergleichende Un-

tersuchungen zum Ausmaß und zur Relation der schädigenden Wirkung der reibkörperhaltigen Hand- bzw. Hautreinigungsmittel im Vergleich zu milden HRM. Material und Methoden: Teil 1: Durch eine standardisierte Verschmutzung (pastöser Modellschmutz Typ „Altöl“) wurde im Bereich der Handrücken von Probanden zunächst die Reinigungszeit mit milden vs. groben HRM ermittelt. Das Reinigungsziel wurde colorimetrisch kontrolliert. Teil 2: Danach wurde an bisher 20 Probanden im randomisierten intraindividuellen Vergleich eine Quantifizierung des Ausmaßes der unterschiedlichen Irritationsreaktion der beiden HRM (milder mit und ohne Verwendung einer Bürste) mittels klinischer und nicht invasiver hautphysiologischer Messverfahren (TEWL-Messung, Corneometrie, Colorimetrie, Visioscan) bei einem 4-tägigen repetitiven Waschversuch durchgeführt. Ergebnisse und Zusammenfassung: Durch Teil 1 der Studie zeigte sich bereits, dass bei definierter Verschmutzung die Anwendung eines reibkörperhaltigen HRM die Reinigungszeit auf die Hälfte verkürzt. Teil 2: In der vorläufigen Auswertung der repetitiven Exposition über 4 Tage zeigte sich, dass bei der Anwendung der milden HRM in Kombination mit Bürste ein stärkerer irritativer Effekt auftrat als bei der Anwendung des groben Reinigungsmittels. Weitere Auswertungen werden zeigen, ob der kürzere (aber intensivere) Waschprozess mit groben Reinigungsmitteln entgegen der bisherige Beratungspraxis zu geringeren Hautschäden führen könnte.

Patienten ohne Berufsausbildung in der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation – Eine häufig anzutreffende Herausforderung

R. Ofenloch und E. Weisshaar

Abteilung Berufsdermatologie,
Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

In der stationären berufsdermatologischen Rehabilitation werden Patienten mit beruflich verursachten Dermatosen, insbesondere mit Handekzemen behandelt. Erwartungsgemäß treten diese nur sehr selten bei

Personen mit hohem Bildungsabschluss (Abitur/Hochschule) auf, da diese in der Regel nicht in hautbelastenden Berufen arbeiten. Die überwiegende Mehrheit der berufsdermatologischen Patienten hat eine Berufsausbildung (BA) absolviert, es findet sich aber auch ein relevanter Anteil an Personen ohne BA in diesem Patientengut. Ziel der hier vorgestellten Arbeit war es zu untersuchen inwieweit sich die Charakteristika der Patienten ohne BA von unseren übrigen Patienten unterscheiden. Insgesamt wurden 1.699 Patienten aus der berufsdermatologischen Rehabilitation am Universitätsklinikum Heidelberg in die Stichprobe eingeschlossen. Davon waren 41,1% Frauen, das durchschnittliche Alter betrug 45,7 Jahre (SD 12,6). Insgesamt hatten 79,0% der Patienten eine BA absolviert, 5,3% hatten einen Meister oder Techniker-Abschluss und 1,7% der Patienten hatten einen Hochschulabschluss – 13,9% der Patienten waren ohne BA. Der Frauenanteil in der Gruppe der Patienten ohne BA betrug 52,0%, auch das Alter lag mit 47,9 Jahren (SD 11,2) signifikant höher in dieser Gruppe. Ebenso lag der Anteil der Raucher in dieser Gruppe mit 47,8% signifikant höher als in der restlichen Stichprobe (35,6%). Am höchsten war der Anteil der Patienten ohne BA bei der Unfallkasse (23,9%) gefolgt von der BG HW (20,8%) und der Bau BG (20,6%). Der Anteil der Erwerbslosen bei Aufnahme in die Reha war unter den Patienten ohne BA mit 4,5% mehr als doppelt so hoch wie in der übrigen Stichprobe (2,0%). Bei Patienten ohne BA war die Dauer von Beginn der beruflich belastenden Exposition bis zum Beginn der Hauterkrankung im Vergleich zu den restlichen Patienten 2,9 Jahre kürzer, die Dauer von Auftreten der Hauterkrankung bis Beginn des Reha-Verfahrens 1,9 Jahre länger. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage im letzten Jahr vor der Reha lag ebenfalls mit durchschnittlich 35,3 Tagen höher als in der Referenzgruppe (27,5 Tage). Gleichzeitig berichteten diese Patienten zu Beginn der Reha-Maßnahme eine signifikant stärkere Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Unsere Ergebnisse zeigen eine höhere Krankheitslast bei Patienten ohne BA. Auch private Belastungsfaktoren (z. B. Rauchen), die einen Ein-

fluss auf die Berufsdermatose haben können, sind stärker ausgeprägt. Unsere Erfahrungen zeigen, dass diese Patienten (vor allem bzgl. zukünftiger Präventionsmaßnahmen) schwieriger zu erreichen sind. Insgesamt sollten Maßnahmen ergriffen werden, um diese Patienten schneller in die stationäre berufsdermatologische Rehabilitation aufzunehmen, außerdem sollten Konzepte entwickelt werden, um diese Patienten während der Reha intensiver zu betreuen, damit eine Umsetzung von präventiven Maßnahmen nach der Reha besser gewährleistet werden kann.

Parallelsitzung 3 – Arbeitsmedizin und Umweltdermatologie

BK 3101 in Zeiten der Pandemie/arbeitsbedingte COVID-19-Infektion/Long- COVID bei BGW-Versicherten

A. Nienhaus

Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), Hamburg

COVID-19 hat die Meldungen von beruflich bedingten Infektionskrankheiten entsprechend der BK 3101 komplett verändert. In den Jahren davor wurden pro Jahr rund 800 Infektionen gemeldet. Im Jahr 2020 waren es allein aufgrund von COVID-19 rund 80.000 Verdachtsanzeigen. Im Jahr 2021 ist diese Zahl auf weit über 100.000 gestiegen. Auch nach Kontrolle für außerberufliche Risiken ist das berufliche Infektionsrisiko für Beschäftigte im Gesundheitswesen deutlich erhöht. In einer deutschen Studie fand sich eine Verdopplung des Risikos, in einer britischen Studie sogar ein siebenfaches Risiko. Insgesamt wird geschätzt, dass etwa ein Viertel aller COVID-19-Fälle beruflich bedingt sind. Das betrifft hauptsächlich Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege, aber auch andere Beschäftigte sind betroffen (e. g. versorgungsrelevante Berufe). Bisher wurden bereits 73.000 Fälle (Stand: 31.7.2021) als Berufskrankheit von der BGW anerkannt. Mehr als 100 Versicherte der BGW sind an COVID-19 verstorben, ein großer Teil aufgrund einer beruflich bedingten Infektion. Der Anteil derjenigen, die an Langzeitfolgen leiden ist noch nicht genau bekannt. Entsprechend einer Befragung von 2.000 Versicherten mit COVID-19 als Berufskrankheit erlebt etwa jeder Dritte/jede Dritte deutliche Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nach COVID-19. Eine genauere Analyse zum zeitlichen Verlauf der Beeinträchtigungen steht allerdings

noch aus. Um die Langzeitfolgen von COVID-19 zu untersuchen und Erkenntnisse sowohl für die Rehabilitation als auch für die Entschädigung von COVID-19 als Berufskrankheit zu gewinnen, unterstützt die BGW verschiedene Forschungsprojekte. Auch jenseits der Pandemie wird COVID-19 wahrscheinlich noch lange einen Teil der Infizierten begleiten. Eine faire Entschädigung für die erhöhten Infektionsrisiken, jenseits des Beifalls vom Balkon, gilt es im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten für die Betroffenen sicherzustellen.

Entwicklung von Prüfverfahren zur Bewertung der sekundären Leistungsmerkmale von Sonnenschutzpräparaten für im Freien Beschäftigte

M. Rocholl^{1,2}, P. Weinert²,
S. Bielfeldt³, S. Laing³,
K.P. Wilhelm³, C. Ulrich⁴
und S.M. John^{1,2}

¹Institut für Gesundheitsforschung und Bildung (IGB), Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³proDERM Institut für Angewandte Dermatologische Forschung GmbH, Schenefeld/Hamburg, ⁴Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Hauttumorzentrum, Charité-Universitätsmedizin, Berlin

Beschäftigte im Freien sollten zum Schutz vor solarer ultravioletter Strahlung technische und organisatorische Schutzmaßnahmen regelhaft in ihren Arbeitsalltag implementieren und diese durch personenbezogene Schutzkomponenten (z. B. Kopfbedeckungen, lange Kleidung und Sonnenschutzpräparate) ergänzen. Idealerweise nehmen Sonnenschutzpräparate dabei eine untergeordnete Rolle ein und werden nachrangig, ausschließlich auf nicht durch Kleidung zu schützende Körperareale, aufgetragen. Im Freien Beschäftigte wenden Sonnenschutzpräparate am Arbeitsplatz jedoch häufig nur unregelmäßig an. Neben verhaltensassoziierten Barrieren (z. B. Vergesslichkeit) scheint die Akzeptanz der Produkte, die für eine regelmäßige

Anwendung von zentraler Bedeutung ist, häufig gering zu sein, da diese den vielfältigen Anforderungen eines Außenarbeitsplatzes nur bedingt gerecht werden. Aktuelle Untersuchungen mit im Freien Beschäftigten zeigen, dass Sonnenschutzpräparate schnell einziehen und leicht zu applizieren, kein unangenehmes Hautgefühl hinterlassen, nicht augenreizend und schweißresistent sein sollten. Darüber hinaus sollte Kleidung durch die Produkte nicht verschmutzt und die Griffsicherheit nicht beeinträchtigt werden. Wenngleich diese sekundären Parameter essenziell für die Akzeptanz von Produkten sind, existierten bislang keine standardisierten Testverfahren zu ihrer Bewertung. Im Rahmen des Projektes „Protect UV 5103“ wurden, basierend auf bereits etablierten Untersuchungen, sieben neue Prüfverfahren entwickelt, welche die realen Bedingungen eines Arbeitsplatzes im Freien simulieren. Diese können, ergänzend zu den Leistungsmerkmalen (UVB-) Lichtschutzfaktor, Wasserresistenz und UVA-Schutz, dazu beitragen, die Auswahl geeigneter Sonnenschutzpräparate für Beschäftigte und Unfallversicherungsträger zu erleichtern. Das Projekt „Protect UV 5103“ wurde von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung gefördert (DGUV; FF-FB 0278).

Bestätigung der Kriterien in der AMR 13.3 durch UV- Personendosimetrie

P. Knuschke

Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Med. Fak. „Carl-Gustav Carus“, TU Dresden

Vor dem Hintergrund der Risiken einer gesundheitlichen Gefährdung der Haut durch epidermale Hauttumoren und der Einführung der BK 5103 wurde die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) bezüglich solarer UV-Expositionen während des Arbeitsprozesses erweitert. Bis dahin enthielt die Verordnung keine Tätigkeiten, die die BK 5103 auslösen können. Eine arbeitsmedizinische Richtlinie, die AMR 13.3, konkretisiert, was unter „intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung“ und „regelmäßig“ zu verstehen ist. Vom AfAMed wurden Kriterien zur Ein-

grenzung von Tätigkeiten im Freien mit intensiver Belastung durch natürliche UV-Strahlung erstellt, auf die die AMR Anwendung findet. Wenn durch technische bzw. organisatorische Maßnahmen die solare UV-Exposition bei Außentätigkeiten nicht ausreichend zu reduzieren ist, „haben Arbeitgeber Beschäftigten eine Angebotsvorsorge unter folgenden Voraussetzungen, die alle erfüllt sein müssen, anzubieten: Bei Tätigkeiten im Freien – im Zeitraum April bis September, – zwischen 10 Uhr und 15 Uhr MEZ (entspricht 11 Uhr bis 16 Uhr MESZ), – ab einer Dauer von insgesamt mindestens einer Stunde pro Arbeitstag, – an mindestens 50 Arbeitstagen“ (AMR 13.3).

Diese Kriterien wurden teilweise als sehr scharf angesehen. Datenauswertungen zu diesen Kriterien aus UV-Personendosimetrischen Studien „Solare UV-Expositionsverteilung der Hautareale im Kopf-/Halsbereich im Verlauf des Sommers“ weisen aus, dass bei der Mindestaufenthaltsdauer mit 1 h selbst schon von 11 – 12 bzw. 15 – 16 MESZ für den gesamten Kopf-/Halsbereich eine UV-Expositionsgrenze von 30% der MED im Sommer (Mai – Juli) überschritten wird. Hautareale, wie das (unbehaarte) Haupt, Stirn, Nasenrücken, Ohrhelix werden in dieser Stunde mit dem Mehrfachen der MED im Freien exponiert. Weitere Areale sind beim Außenaufenthalt von 1 h über die Mittagszeit betroffen. Anfang April und Mitte September kommt es zu diesen grenzwertigen UV-Expositionen innerhalb einer Stunde noch während der Mittagszeit. Am Vormittag 11 – 12 MESZ und Nachmittag 15 – 16 MESZ zu diesen Jahreszeiten ist der Expositionslevel teilweise unter 30% MED (Kinn, Hals vorn/hinten, Wangen unten, Ohrmuschel seitlich). Die präsentierten Ergebnisse belegen, dass die Kriterien des AfAMed wohlabgewogen gewählt waren.

UV-Expositionskataster im BK-Verfahren – Einführung einer neuen Metrik

C. Strehl und M. Wittlich

Institut für Arbeitsschutz (IFA) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Hintergrund: Tätigkeitsbezogene Daten zur beruflichen und privaten

UV-Exposition als Grundlage sowohl für die retrospektive Überprüfung von Kriterien der BK-Nr. 5103, aber auch die prospektive Modellierung anderer möglicher epidemiologischer Zusammenhänge, lagen bisher nur in unzureichender Form vor. Ziel der Arbeit war es, durch systematische Messungen der UV-Exposition in Beruf und Freizeit ein Expositionskataster zu entwickeln, das als Grundlage zur Einführung einer neuen und wesentlich genaueren Metrik im Berufskrankheitenverfahren dienen soll. Material und Methoden: Im Rahmen der GENESIS-UV-Messkampagnen wurde seit 2014 die UV-Exposition bei beruflichen Tätigkeiten mittels eines Datenlogger-Dosimeters erfasst. Zur Vervollständigung der Datenlage wurde zudem seit 2019 die Messung der UV-Exposition auf den privaten Bereich ausgeweitet. An praktischen Rechenbeispielen zur retrospektiven Expositionsermittlung im Berufskrankheitenverfahren werden die Unterschiede zwischen alter und neuer Metrik herausgestellt. Ergebnisse: Die deutlichen Vorteile der neuen Metrik zeigen sich insbesondere bei detailreicheren beruflichen Expositionen, wie wechselnden Arbeitsverhältnissen oder Teilzeiterpositionen. Es wird deutlich, dass die bisher genutzte Metrik zum Teil nur unzureichend das reale Spektrum der Exposition im beruflichen Bereich wiedergeben kann. Diskussion: Es konnte gezeigt werden, dass die Anwendung der neuen Metrik im Berufskrankheitenverfahren eine weitaus differenziertere Bewertung der beruflichen Exposition zulässt und somit für die individuelle Expositionsermittlung wesentlich besser geeignet ist. Der Grund dafür ist in erster Linie die deutlich umfassendere Datenbasis der im Expositionskataster vorliegenden Werte.

UV-Strahlung in Beruf und Freizeit – Detailwissen für die holistische Prävention

M. Wittlich

Institut für Arbeitsschutz (IFA) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

In den vergangenen Jahren haben viele Aktivitäten auf dem Themengebiet des beruflich bedingten Hautkrebses stattgefunden: die Einfüh-

rung einer Berufskrankheit (2015), die Arbeitsmedizinische Vorsorge (2019), sowie die Aktualisierung der AWMF-S3-Leitlinie (2021), um nur einige zu nennen. Zusammen mit den durch die DGUV für Beruf und Freizeit erarbeiteten Kataster der UV-Bestrahlung stehen uns nun alle Mittel zur Verfügung, um in Zukunft durch einen holistischen Präventionsansatz zu deutlich geringerer Inzidenz für Hautkrebs durch UV-Strahlung zu gelangen. Das Kataster zur beruflichen Exposition hat bereits bewiesen, welche differenzierte Betrachtung der beruflichen Anamnese eines Beschäftigten retrospektiv möglich ist. Gleichmaßen können und werden diese Daten verwendet, um Präventionskonzepte zu unterstützen oder zu entscheiden, ob Beschäftigte hinsichtlich UV-Strahlung der Arbeitsmedizinischen Vorsorge unterliegen. Letztlich sind die dort gefundenen Zusammenhänge ein Plädoyer dafür, dass die Beschäftigten zukünftig deutlich früher und besser vor langfristigen Hautschädigungen geschützt werden müssen. Bislang wenig beachtet wurde das Verhalten und die damit verbundene Exposition von Personen im nicht-(UV)-versicherten, privaten Bereich, wobei diese einen wesentlichen Teil der Gesamtexposition darstellt. Auf Basis des Zeitverwendungsnachweises des Statistischen Bundesamtes konnten alle mit UV-Strahlungsexposition verbundenen Aktivitäten identifiziert und in ein Messprogramm eingebracht werden. Dies erlaubt zum einen die Bestimmung der durchschnittlichen Exposition der Bevölkerung, als auch die Bestimmung der detailgenauen individuellen Exposition. Hierbei ist auch die berufliche Exposition eingeschlossen. Schlussendlich erlauben Daten dieser Differenzierung und Güte eine wissenschaftliche Validierung beispielsweise der Kriterien für die Arbeitsmedizinische Vorsorge und eine hypothetische Spiegelung dieser Kriterien auf das Berufskrankheitenkonzept. Gerade aus dieser Analyse ergibt sich ein Petition für die unbedingte Berücksichtigung arbeitsmedizinischer Regelungen in der betrieblichen Praxis.

Parallelsitzung 4 – Versorgungsforschung

HECOS-Update 2021

C. Apfelbacher¹, H. Rönsch² und A. Bauer²

¹Institut für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, ²Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden

Hintergrund: Die Vergleichbarkeit von Studien zur Prävention und Therapie des Handekzems ist eingeschränkt, u. a. durch die uneinheitliche Messung der Endpunkte (Outcomes). Dies erschwert auch die Durchführung von Meta-Analysen und die Ableitung evidenz-basierter Empfehlungen für Prävention und Therapie. Ziel der HECOS (Hand Eczema Core Outcome Set) Initiative ist es, international ein minimales Set an Kerndomänen und Messinstrumenten (ein sog. Core Outcome Set; COS) für Studien zum Handekzem zu konsentieren. **Methodik:** Als Vorbereitung auf die Durchführung eines Verfahrens zur Konsentierung des COS wurde eine lange Liste an möglichen Kandidaten-Outcomedomänen erarbeitet. Der Fokus lag dabei zunächst auf therapeutischen Studien. Grundlage bildeten drei verschiedene Studien: – ein systematisches Literaturreview zu kontrollierten Handekzemstudien, die seit 2000 auf Englisch oder Deutsch publiziert wurden [1]; – Interviews mit 53 Patient*innen aus Dänemark, Deutschland, Kroatien, den Niederlanden und Spanien; – eine Befragung von 88 Expert*innen. In einem iterativen Prozess wurden innerhalb der Steuerungsgruppe von HECOS die in den drei Studien gefundenen bzw. berichteten Outcomes in Domänen und Subdomänen klassifiziert. **Ergebnisse:** Es ergaben sich folgende Domänen: sichtbare Zeichen (14 Subdomänen, z. B. Erythem, Fissuren), Symptome (10, z. B. Brennen, Pruritus), Lebensqualität (19, z. B. Arbeitsunfähigkeit, emotionale Auswirkungen), Hautphysiologie (5, z. B. Hautfeuchte, Haut-pH), Behandlungszufriedenheit und Behandlungsakzeptanz, Krank-

heitskontrolle (8, z. B. Schweregrad, Krankheitsschübe pro Zeitraum), andere (2, z. B. Heilung). **Schlussfolgerungen:** Die klassifizierten Domänen und Subdomänen bilden die Basis für eine systematische Konsentierung eines Core Outcome Sets für therapeutische Studien zum Handekzem. Die Abstimmung über diese Kandidatenliste erfolgt während des Meetings der HECOS Initiative im Rahmen des COMFA/COUSIN Meetings 2021 (<https://conline.eventsair.com/cs-cousin/>). Diskussionswürdig ist die Frage, welche Rolle existierende COS z. B. zum atopischen Ekzem, für das Handekzem COS spielen.

Literatur

- [1] Rönsch H, Apfelbacher C, Brans R, Mattern U, Molin S, Ofenloch R, Oosterhaven JAF, Schuttelaar MLA, Weisshaar E, Yew YW, Bauer A. Which outcomes have been measured in hand eczema trials? A systematic review. *Contact Dermatitis*. 2019; 80: 201-207.

CHEPEP: Chronisches Handekzem in Europa – die Patientenperspektive

F. Schiffrers¹, J. Macan², A. Bjelajac², M.L.A. Schuttelaar³, M. Romeijn³, A. Giménez-Arnau⁴, M.-S. Buse⁵, A. Hansen⁵, S.M. John⁵, E. Weisshaar⁶, R. Ofenloch⁶, L. Brok Nørreslet⁷, T. Agner⁷, C. Apfelbacher⁸, H. Rönsch¹ und A. Bauer¹

¹Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, ²Occupational Health and Environmental Medicine, Institute for Medical Research and Occupational Health, Zagreb, Croatia, ³Department of Dermatology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, The Netherlands, ⁴Department of Dermatology, Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona, Spain, ⁵Abteilung für Dermatologie Umweltmedizin Gesundheitstheorie an der Universität Osnabrück, ⁶Berufsdermatologie, Hautklinik, Universitätsklinikum Heidelberg, ⁷Bispebjerg Hospital Department of Dermatology, Copenhagen University Faculty of Health and Medical

Sciences, Denmark, ⁸Medizinische Soziologie, Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg

Hintergrund: Die zentrale Rolle im Management des chronischen Handekzems nimmt die konsequente Einhaltung präventiver sowie therapeutischer Maßnahmen ein. Diese häufig vorkommende Krankheit hat einen erheblichen Einfluss auf das Leben der Betroffenen und kann den Alltag, die Arbeit und das Sozialleben negativ verändern. Die Adhärenz an Behandlungspläne und Präventivmaßnahmen stellt den Schlüsselpunkt zu einer guten Kontrolle über die Krankheit dar; dem stehen jedoch vielfältige Barrieren gegenüber. **Ziele:** Die Studie soll Einblicke in die für betroffene Patienten relevanten Auswirkungen im Alltag bieten, ferner sollen deren Wünsche, Hoffnungen und Ziele aufgearbeitet werden. Die zentrale Fragestellung lautet: Was sind persönliche Erfahrungen der Patienten in Europa? Was stellen Barrieren in der Einhaltung von Behandlungsplänen dar? Welche Rolle spielt die Arzt-Patienten-Beziehung und sind Patienten zufrieden oder unzufrieden mit dem verfügbaren medizinischen Angebot? **Material und Methoden:** Es wurden 60 semi-strukturierte Interviews durchgeführt in Dresden, Heidelberg, Osnabrück, Kopenhagen, Barcelona, Zagreb und Groningen. Diese haben sich an einem einheitlichen Interviewleitfaden orientiert. Diese Interviews wurden mit dem Verfahren der Template Analyse kodiert. Als Ausgangspunkt wurde das Template einer dänischen Studie [1] ausgewählt und induktiv angepasst. **Ergebnisse:** Viele Patienten gaben an, nicht genug über die Erkrankung und deren Genese zu wissen. Der fehlende Hintergrund erschwerte es die Krankheit zu akzeptieren und an Behandlungsschemata festzuhalten. Die Patienten erfahren oft Stigmatisierungen in der Öffentlichkeit, haben Schwierigkeiten ihren Beruf auszuüben und der Zeitaufwand für präventive Maßnahmen sowie die fortwährende Erinnerung an die Erkrankung werden als negativ bewertet. Individuelle Barrieren verhindern eine vollständige Compliance. **Schlussfolgerung:** Eine umfassende Aufklärung der Patienten über die Ursachen und den chronischen Verlauf der Erkrankung, ist der

Schlüsselpunkt zu einer gesteigerten Lebensqualität für Patienten. So können mit den Patienten individuell realistische Ziele formuliert werden, um gemeinsam Behandlungspläne zu erarbeiten, was die Adhärenz an Therapie und Präventionsmaßnahmen stärkt.

Literatur

- [1] Møllerup A, Johansen JD, Thing LF. Knowledge, attitudes and behaviour in everyday life with chronic hand eczema: a qualitative study 2013, PMID: 23889257.

Lichtschutz bei Außenbeschäftigten: Erarbeitung und Validierung von standardisierten Instrumenten zur Erhebung von Verhalten, Wissen und gesundheitspsychologischen Konstrukten (Lischval)

H. Rönsch¹, M. Rocholl², M. Ludewig², M. Langner¹, F. Steeb³, A. Wilke², S.M. John², C. Berking³ und A. Bauer¹

¹Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Hautklinik, Universitätsklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen

Hintergrund: Die Evaluierung von Schulungsmaßnahmen zum UV-Schutz bei Außenbeschäftigten erfordert entsprechende Messinstrumente. Ziel dieser Studie ist die Entwicklung und Validierung von drei Fragebögen zum UV-Schutzverhalten, UV-Wissen und entsprechenden gesundheitspsychologischen Konstrukten. **Material und Methoden:** Die Instrumente wurden durch Literaturrecherche und Expertenkonsens entwickelt. Nach erfolgreichem Pretest schlossen in Dresden und Erlangen 68 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Studie ab. Die Reliabilität der Instrumente wurde durch Retest-Befragung bestimmt. Für mehrteilige gesundheitspsychologische Konstrukte wurde Cronbachs Alpha berechnet. Die Validität des Verhaltens-Fragebogens

wurde extern durch Vergleich mit der Anzahl der Sonnenbrände, Pigmentierungszunahme im Gesicht und einem einwöchigen Sonnenschutztagebuch sowie intern durch eine Kontrollfrage bestimmt. **Ergebnisse:** Beim Schutzverhalten lag die Retest-Reliabilität für den Gesamtscore bei $r > 0,9$ und für 19 der 31 Einzelitems bei Spearmans Rho bzw. Cohens Kappa $\geq 0,7$. Es bestanden signifikante Korrelationen ($p < 0,01$) mit der Kontrollfrage, dem Sonnenschutztagebuch mit Ausnahme der Mittagspause im Schatten sowie zu einem von zwei Zeitpunkten mit der Pigmentierungszunahme, nicht aber mit der angegebenen Anzahl der Sonnenbrände. Beim Wissen war die Reliabilität des Gesamtscores sowie eines der 25 Items (Zeitpunkt zum Auftragen von Lichtschutzmittel) ausreichend mit Spearmans Rho bzw. Cohens Kappa $\geq 0,7$. Für die gesundheitspsychologischen Konstrukte und Einzelitems lag die Retest-Reliabilität mit einer Ausnahme („gebräunte Haut wirkt gesünder“) unter 0,7. Die interne Konsistenz der Items war gut (Cronbachs Alpha $> 0,7$) mit Ausnahme der Handlungsergebniserwartung (Cronbachs Alpha = 0,454). **Schlussfolgerungen:** Das Instrument zum Schutzverhalten war überwiegend valide. Die Scores bezüglich Wissen und Schutzverhalten hatten eine ausreichende Reliabilität; die Antworten auf einzelne Items waren aber oft nicht reliabel. Die gesundheitspsychologischen Konstrukte waren im Retest nicht reliabel aber überwiegend intern konsistent.

Pandemiekontrolle in einem großen Unternehmen

A. Schlieter

Abteilung für Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz, BASF Coatings GmbH, Münster

Seitdem am 27. Januar 2020 der erste COVID-19 Fall bei Webasto auftrat, zeichnete es sich ab, dass Corona eine große Herausforderung für Unternehmen werden würde. Im März 2020 wurden Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie innerhalb der BASF getroffen. Dazu gehörten umfangreiche Hygienemaßnahmen, die Absage von Veran-

staltungen und die Aufforderung zum Homeoffice. Es bestand ein hoher Informationsbedarf seitens der Betriebe. In Münster erfolgte die Gründung eines Krisenstabs, bestehend aus der Werkleitung, der Werkfeuerwehr, des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin. Es wurden Regeln für „sicheres Arbeiten am Standort“ beschlossen, die im weiteren Verlauf regelmäßig an die sich immer wieder ändernde Pandemielage angepasst wurden. Es erfolgten zahlreiche Begehungen von Arbeitsplätzen mit Gefährdungsbeurteilungen, um die Gefährdung so gering wie möglich zu halten. Angepasste Hygienepläne wurden erstellt. Mitarbeiter mit Risiken für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion wurden identifiziert und zunächst nach Hause ins Homeoffice oder die Kurzarbeit geschickt. Dienstreisen wurden massiv zurückgefahren und virtuelle Besprechungen und Meetings haben sich etabliert. Viele Mitarbeiter konnten im Homeoffice produktiv arbeiten. Durch diese Maßnahmen konnten Ansteckungen im Arbeitsumfeld minimiert werden. Erst in der 3. Welle im März 2021 kam es bedingt durch die ansteckenderen Virusvarianten am Standort Münster zu einzelnen kleineren Clustern von Ansteckungen, die sich überwiegend auf den Aufenthalt in Sozial- und Umkleieräumen zurückführen ließen, was dazu führte, dass auch hier die Abstandsregeln verschärft wurden. Seitdem wirksame Impfstoffe gegen COVID-19 zur Verfügung standen, wurden Überlegungen getroffen, inwieweit betriebliche Impfungen ermöglicht werden konnten. Start der betrieblichen Impfungen war der 7. April 2021 in Ludwigshafen. Durch diese Maßnahmen ist es gelungen, die Produktion weitgehend aufrecht zu erhalten und gleichzeitig die Mitarbeiter zu schützen.

Berufsdermatologie: Interessantes aus der Praxis und für die Praxis

Dermatitis herpetiformis Duhring – eine Berufsdermatose?

V. Buß¹, S. Frick¹ und C. Skudlik^{1,2}

¹Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) BG-Klinikum Hamburg

Ein 52-jähriger Patient wurde mit mehrjährig bestehenden Hautveränderungen an den Ellenbogen, Knien und gluteal, die über 3 Jahre unter dem Verdacht eines berufsbedingten Ekzems frustriert behandelt worden waren, zu einer 3-wöchigen stationären Individualpräventionsmaßnahme aufgenommen. Wegen der Hautkrankheit hatte der Patient seine berufliche Tätigkeit als Produktionsleiter in einem metallverarbeitenden Betrieb mit u. a. regelmäßigem Umgang mit Kühlschmierstoffen im Herbst 2019 aufgegeben und eine Tätigkeit in der Produktion von Bewehrungsstahl aufgenommen. Der Patient wies disseminierte und gruppiert angeordnete, teils exkorierte, erythematöse Papeln und Bläschen, serohämorrhagische Krusten, Schuppung und flauere Erytheme gluteal beidseits, an den Streckseiten der Ellenbogen und Knie und am rechten Fußrücken auf. Die Hände waren erscheinungsfrei. Von einer zunächst geschilderten Arbeitskongruenz des Befundes nahm der Patient auf gezielte Nachfrage Abstand und gab stattdessen einen schubhaften Verlauf mit stechendem Juckreiz an. Außerdem berichtete er von mehrfach wöchentlich auftretenden grünlich-gräulichen Diarrhoen, die er bis dato auf eine 2014 erfolgte Darmresektion aufgrund eines GIST-Tumors im Jahr 2014 zurückgeführt hatte. Aufgrund des klinischen Bildes und der gastrointestinalen Beschwerden veranlassten wir Diagnostik unter der Verdachtsdiagnose einer Dermatitis herpetiformis (DH), einer vergleichsweise seltenen chronischen Autoimmunerkrankung, die auf eine Bildung von IgA-Antikörpern gegen

über Enzymen der Haut (epidermale Transglutaminase) zurückzuführen ist und die kutane Manifestation der glutensensitiven Enteropathie (GSE) darstellt, die bei etwa 5% aller GSE-Patienten auftritt. Histologisch und in der direkten Immunfluoreszenz ließ sich eine DH zwar nicht sichern, passend zu einer GSE wurden jedoch bei dem Versicherten erhöhte IgA-Antikörper gegenüber Endomysium und Transglutaminase sowie IgG-Antikörper gegenüber Gliadin festgestellt. Eine Jejunoskopie bestätigte die Diagnose einer GSE. Ausstehend ist derzeit, inwieweit sich der Hautbefund durch die Einleitung einer glutenfreien Diät und ggf. einer Systemtherapie mit Dapsone konsolidieren lässt. Mit diesem Fall möchten wir darauf aufmerksam machen, dass insbesondere bei langjährig refraktär und chronisch als Berufsdermatose im BG-lichen Heilverfahren betreuten Fällen u. a. zur diagnostischen Abklärung und Kausalitätsbewertung die Vorstellung in einem berufsdermatologischen Schwerpunktzentrum erwogen werden sollte. Ein beruflicher Ursachenzusammenhang einer DH ist aus berufsdermatologischer Sicht nicht wahrscheinlich.

BK 5101 ohne Unterlassungszwang – Fallbeispiele und Reaktionen der UVTr auf BK-Anzeigen zu Altfällen

M. Häberle

Dermatologische Praxis, Künzelsau

Kasuistiken: Ein Maurerpolier mit hochgradiger Epoxidharzallergie leidet seit 27 Jahren an einem rezidivierenden aerogenen allergischen Kontaktekzem. Eine berufliche Neuorientierung ist für ihn aus finanziellen Gründen nie in Betracht gekommen. Ein Maler und Lackierer mit beruflich erworbener MI-Sensibilisierung lehnt eine Umschulung aufgrund der für ihn komplexen Anforderungen ab. **Hintergrund:** 2019 stellte das Bundesarbeitsministerium in seinem Referentenentwurf fest, dass „der Unterlassungszwang ein historisch überkommenes Instrument des Berufskrankheitenrechts ist, das heute nicht mehr erforderlich ist und dessen Auswirkungen

zu unangemessenen Nachteilen für die Versicherten führen“. Seit dem 01.01.2021 haben sich nach der vom Deutschen Bundestag am 12.06.2020 beschlossenen Gesetzesänderung die Rahmenbedingungen zur BK 5101 tiefgreifend geändert. Schwere oder wiederholt rückfällige Hautkrankheiten sind als BK 5101 anzuerkennen, auch wenn es nicht zur Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit kommt. Daraus resultieren Tausende von Altfällen. Gemäß § 202 SGB V ist der Arzt verpflichtet, jeden BK-Verdachtsfall zu melden. Die Rechtsauffassung der DGUV ist es, dass der Versicherte den Antrag auf ein Feststellungsverfahren stellt. UVTr wie die BGHM geben der Einleitung „von Amts wegen“ den Vorzug. **Ergebnisse:** Die Analyse der Reaktionen verschiedener UVTr auf 40 BK-Anzeigen zu Altfällen mit dem Hinweis auf § 45 UV-GoÄ war sehr heterogen und reichte von sofortiger BK-Anerkennung (BGN) über großzügige Gewährung von § 3 BKV-Leistungen (BGHW, UKBW) bis zur fehlenden Berücksichtigung (BG Bau). **Fazit:** Der gemeinsam von 22 Autoren aus ABD, DGUV, SVLFG und Fachgesellschaften erarbeitete Prüfalgorithmus [1] bildet die Entscheidungspraxis für das Feststellungsverfahren. Diese Bamberger Empfehlungen geben jedoch keine Antwort auf die Frage, wer dazu den Impuls zur Verfahrenseinleitung geben soll. Berufsdermatologen, Versicherte und Unfallversicherungsträger stehen dabei in Konkurrenz zueinander. Ihre Standpunkte zu dieser Frage gehen weit auseinander.

Literatur

- [1] Skudlik C, et al. Berufskrankheit Nr. 5101 – Rechtsbegriff der schweren oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheit. Dermatol Beruf Umwelt. 2021; 69: 6-10.

Corona-Berufsekzem-Sprechstunde: Unerwartete Ergebnisse

C. von Hodenberg, S. Bonness,
C. Skudlik und C. M. Schröder-Kraft

Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm), Standort BG Klinikum Hamburg

Im Zuge der aktuell anhaltenden COVID-19-Pandemie wurde im Juli 2020 am Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) Standort BG Klinikum Hamburg eine spezielle „Corona-Berufsekzem-Sprechstunde“ für Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) etabliert. Durch die notwendigen erhöhten Hygieneanforderungen (Händedesinfektion und Händereinigung) erwarteten wir eine Zunahme von Handekzemen (irritativer und/oder allergischer Genese) im Gesundheitssektor; Ziel der Sprechstunde war, für betroffene Versicherte der BGW ein niedrigschwelliges und zeitnahes Angebot für berufsdermatologische Beratung und Therapie anzubieten. Das Angebot wurde seitens der BGW in 19 Hamburger Krankenhäusern beworben. Bis zum 30.04.2021 wurde das Angebot dieser Sprechstunde von 31 Versicherten der BGW genutzt. Bemerkenswerterweise stellte sich heraus, dass es sich bei den Konsultationsgründen der Versicherten, anders als angenommen, selten um neu erworbene oder vorbestehende Handekzeme, sondern überwiegend um entzündliche Gesichtsdermatosen, teils aber auch fachfremde Erkrankungsbilder handelte. So konnten wir bei 20 von 31 Versicherten, vermutlich durch den okklusiven Effekt des ständigen Tragens eines Mund-Nasen-Schutzes oder FFP2-Masken, vermehrt follikuläre, entzündliche oder irritative Gesichtsdermatosen beobachten im Sinne von perioralen Dermatitis sowie von Akne vulgaris oder Rosacea. Lediglich 9 Versicherte hatten an den Händen lokalisierte Hautveränderungen, die jedoch in 4 Fällen nicht mit der vermehrten Hautbelastung im Zusammenhang standen. Zwei Patienten klagten über nicht dermatologische Beschwerden. Eine Versicherte stellte sich mit einer rezidivierenden hypertensiven Krise (DD Panikstörung) vor. Eine weitere

Versicherte klagte über eine Rhinorrhoe. Bei den von uns beobachteten Gesichtsdermatosen handelte es sich sowohl um bereits im Vorfeld bestehende Krankheitsbilder, welche unter den Schutzvorkehrungen exazerbierten, als auch um neu aufgetretene Erkrankungen. Unserer Ansicht nach könnte ein möglicher Erklärungsansatz für die von uns beobachtete relativ niedrige Frequenz der Nutzung der Sprechstunde aufgrund von Handekzemen der Tatsache geschuldet sein, dass Personen aus dem Gesundheitswesen bereits im Vorfeld der Pandemie an ein Hygieneregime mit regelmäßiger Händedesinfektion und entsprechenden Hautschutz- und Hautpflegemaßnahmen vertraut waren und somit möglicherweise eine Zunahme von Handekzemen speziell im Gesundheitssektor nicht zu verzeichnen ist. Dies steht im Einklang mit Berichten aus der BGW, gemäß derer seit Eintritt der Pandemie keine vermehrten Meldungen zur BK 5101 bei diesem UV-Träger zu verzeichnen sind. Unabhängig davon ist als vorläufiges Ergebnis der Corona-Berufsekzem-Sprechstunde ein Beratungsbedarf bei neuartigen Fragestellungen, insbesondere hinsichtlich Gesichtsdermatosen, zu verzeichnen. Wünschenswert ist zudem eine Ausdehnung des Sprechstundenangebotes auf weitere Einrichtungen des Gesundheitsdienstes innerhalb der BGW (z. B. in Arztpraxen und Altenheimen) und weiterer Unfallversicherungsträger (z. B. Unfallkassen).

Desinfektion medizinischer Einmalhandschuhe: Eine Frage der Perspektive in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie?

A. Hansen^{1,2}, A. Wilke^{1,2},
C. Skudlik^{1,2}, S.M. John^{1,2}
und F. Sonsmann^{1,2}

¹Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ²Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück

Die Desinfektion medizinischer Einmalhandschuhe mit alkoholischen Händedesinfektionsmitteln hat u. a.

vor dem Hintergrund der Materialknappheit im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie eine zunehmende Bedeutung erfahren. Für die mögliche Desinfektion von Einmalhandschuhen und der damit einhergehenden Zweckentfremdung des Einmalprodukts werden jedoch grundlegende Voraussetzungen formuliert, z. B. sollte der Handschuh chemikalienbeständig gemäß EN 374 sein und im Permeationstest mindestens 30 Minuten Beständigkeit gegenüber einem Alkohol aufweisen [1]. Werden medizinische Einmalhandschuhe betrachtet, so divergieren die diesbezüglichen Permeationszeiten erheblich, sodass nicht jedes Modell gleichermaßen geeignet ist. Aus hygienischer Perspektive sowie vor dem Hintergrund der Wirksamkeit und der Materialknappheit erscheint die Desinfektion medizinischer Einmalhandschuhe insbesondere während der Pandemie als probates Mittel. Alkoholische Desinfektionsmittel können jedoch zu einer Veränderung des Handschuhmaterials führen [2]. Bei einer Erweiterung um eine (berufs-)dermatologische Perspektive ist zudem zu berücksichtigen, dass rasch permeierende alkoholische Händedesinfektionsmittel unter Handschuhokklusion auf ggf. mazierte Hände einwirken. Ferner konnte zumindest für den Vulkanisationsbeschleuniger 1,3-Diphenylguanidin gezeigt werden, dass Alkohol diesen Stoff herauslösen kann. Ein Herauslösen anderer Vulkanisationsbeschleuniger (z. B. Dithiocarbamate) ist denkbar, sodass wiederkehrende Handschuhdesinfektionen bei hoher Handschuhtragedauer möglicherweise zu einem längeren Kontakt zu herausgelösten, potenziell allergenen Inhaltsstoffen führen können. Infolge der Handschuhokklusion ist hierbei zu vermuten, dass die Exposition gegenüber Beschleunigern in den betreffenden Berufsgruppen im Zuge der Pandemie ansteigen kann und damit assoziierte allergische Kontaktekzeme häufiger werden könnten. Wenngleich knappe Ressourcen und arbeitsorganisatorische Gründe insbesondere unter Pandemiebedingungen gewichtige Argumente für eine Desinfektion medizinischer Einmalhandschuhe sein können, sollten (berufs-)dermatologische Aspekte nicht unberücksichtigt bleiben und

Entscheidungen im jeweiligen Einzelfall abgewogen werden.

Literatur

- [1] Robert Koch-Institut (RKI). Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. 2016; 59: 1189-1220.
- [2] Garrido-Molina JM, Márquez-Hernández VV, Alcayde-García A, Ferreras-Morales CA, García-Viola A, Aguilera-Manrique G, Gutiérrez-Puertas L. Disinfection of gloved hands during the COVID-19 pandemic. The Journal of hospital infection. 2021; 107: 5-11.

Neues zur Kohortenstudie zur Langzeitbeobachtung von Patienten, bei denen der sog. „Molekulare Klassifikator“ zur Unterscheidung von Ekzem und Psoriasis eingesetzt wurde

P. Bentz¹, K. Eyerich², K. Weber², L. Kluge¹, R. Ofenloch¹ und E. Weisshaar¹

¹Abteilung Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg, ²Klinik für Dermatologie und Allergologie, Technische Universität München

Psoriasis und Ekzemerkrankungen gehören mit knapp einer Milliarde Betroffener zu den häufigsten Hauterkrankungen weltweit. Die Differenzialdiagnostik ist allerdings schwierig, auch für den erfahrenen Kliniker mit jahrelanger Erfahrung. Die korrekte Diagnose hat eine große Bedeutung für die Auswahl der richtigen Therapie, denn die eingesetzten Lokal- und Systemtherapeutika unterscheiden sich bei beiden Erkrankungen. Der seit kurzem zur Verfügung stehende Molekulare Klassifikator bietet eine Möglichkeit, mit großer Genauigkeit beide Erkrankungen voneinander zu unterscheiden und stellt damit einen hohen klinischen Gewinn sowohl für Patienten als auch für behandelnde DermatologInnen dar. Seit November 2020 wird, im Rahmen einer von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) geförderten Studie (FB 323), eine berufsderma-

tologische Kohorte in der Berufsdermatologie des Universitätsklinikums Heidelberg aufgebaut. In fünf Nachbefragungen über 3 Jahre hinweg wird untersucht, ob die auf diese Art gestellte Diagnose den Krankheitsverlauf verkürzt, die Therapiekosten reduziert, die Krankheitsfehltage vermindert, die individuelle Krankheitslast senkt, die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessert und es langfristig ermöglicht, die berufliche Tätigkeit weiterhin auszuüben. Zum aktuellen Zeitpunkt (29.04.2021) liegen bereits Daten von 70 Probanden (Männlich: 61%, Median: 50,5 Jahre (SD:13,09); Weiblich: 38,5%, Median: 53 Jahre (SD: 13,17)) verteilt auf 28 Zentren deutschlandweit vor. Dabei zeigte sich eine deutliche Dominanz von Ekzemen (71%) gegenüber Psoriasis (14,5%). In 10% zeigte der Klassifikator keine klare Tendenz. Bei 2 Teilnehmern ist der Klassifikator bisher noch nicht bestimmt worden, 1 screening failure liegt vor. Am häufigsten betroffen sind die Hände (Innenflächen (73,8%) und Finger (49,2%)); die Füße waren etwa bei der Hälfte der Probanden betroffen (49,2%). In 92% der Fälle wurden im Laufe der vorangegangenen 12 Monate topische Glukokortikosteroide eingesetzt; 35,7% erhielten in dieser Zeit eine systemische Therapie. In dieser prospektiven, multizentrischen Kohortenstudie sollen mindestens 262 Patienten eingeschlossen werden, sodass wir hiermit erneut die Berufsdermatologen auf diese Studie aufmerksam machen möchten.

Plenarsitzung 3 – Atopie/Typ I- und Typ IV-Allergien

Prävalenz von Kontaktallergien in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zu einem universitären dermatologischen Patientenkollektiv in Thüringen

S. Schliemann¹, A. Zetzmann¹, P. Elsner¹, R. Ofenloch², M. Bruze³, M. Gonçalo⁴, L. Naldi^{5,6}, M.L.A. Schuttelaar⁷, Å. Svensson⁸ und W. Uter⁹

¹Klinik für Hautkrankheiten, Universitätsklinikum Jena, ²Abteilung Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg, ³Abteilung für Arbeits- und Umweltdermatologie, Universität Lund, Universitätsklinikum Skåne, Malmö, Schweden, ⁴Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum und Medizinische Fakultät, Universität von Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁵Abteilung für Dermatologie, AULSS8 Ospedale San Bortolo di Vicenza, Vicenza, Italien, ⁶Centro Studi GISED, Bergamo, Italien, ⁷Abteilung für Dermatologie, Universität Medizinisches Zentrum Groningen, Universität Groningen, Groningen, Niederlande, ⁸Abteilung für Dermatologie, Universität Lund, Universitätsklinikum Skåne, Malmö, Schweden, ⁹Lehrstuhl für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Universität Erlangen/Nürnberg, Erlangen; Im Namen der EDEN Fragrance Study Group

Hintergrund: Die Prävalenz von Kontaktallergien bei Epikutan-Test-Patienten ist in der Regel höher als in der Bevölkerung, was auf eine morbiditätsbedingte Selektion zurückzuführen ist. **Zielsetzungen:** Untersuchung der Unterschiede zwischen zwei Stichproben, eine aus der Bevölkerung, eine aus einer Universitäts-Hautklinik, in einer Region Deutschlands (Jena, Thüringen). **Methoden:** Zwischen August 2008 und Oktober 2011 wurden insgesamt 519 Teilnehmer der bevölkerungsbezogenen europäischen dermatologisch-epidemiologischen Netzwerks (EDEN)-Duftstoffstudie in Jena mit einer TRUE-Test-Basisserie getestet, die um einige weitere Duftstoffe ergänzt wurde. Demgegenüber wurden

in der Klinikroutine zwischen 2007 und 2012 (einschließlich) 1.906 Patienten mit Verdacht auf allergisches Kontaktekzem getestet; davon 1.694 (83,2%) mit der Standardserie der Deutschen Kontaktallergiegruppe. **Ergebnisse:** Nach Adjustierung aufgrund unterschiedlicher Alters- und Geschlechterstruktur der Stichproben fanden sich in der Bevölkerungsstichprobe 19,6% im Vergleich zu 41,1% in der Klinikstichprobe gegen mindestens eines der betrachteten Allergene sensibilisiert. Die häufigsten Allergene der Standardserie waren Nickel (10,5 bzw. 13,2%), Duftstoffmix (FM) II (2,9 bzw. 6,7%), FM I (2,3 bzw. 8,3%) und Kobalt (1,6 bzw. 5%). **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse waren ähnlich, bei höheren Prävalenzen im klinischen Bereich. Weitere Vergleiche zwischen klinischen und bevölkerungsbezogenen Epikutantest-Ergebnissen wären wünschenswert, um zu einem tieferen Verständnis der Bedeutung von Kontaktallergien in der Bevölkerung zu gelangen.

Allergische Reaktionen bei Impfungen

V. Mahler

Paul-Ehrlich-Institut, Langen (Hessen), Deutschland

Bei Impfungen können, wie nach Anwendung aller Arzneimittel, allergische Reaktionen auftreten. Darunter fallen sowohl lokale Überempfindlichkeitsreaktionen als auch in sehr seltenen Fällen schwerwiegende und potenziell lebensbedrohliche Sofortreaktionen (Anaphylaxien), die sofort ärztlich behandelt werden müssen. Die Häufigkeit von anaphylaktischen Reaktionen nach Impfung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen werden je nach Studie und Impfstoff mit einem bis zehn Fällen pro 100.000 Impfdosen angegeben [1, 2]. Es gibt verschiedene Arten von Impfstoffen. Dazu zählen – Lebendimpfstoffe bzw. Lebendattenuierte-Impfstoffe; – Totimpfstoffe, zu denen Ganzvirus-, Untereinheiten- (Subunit-) und Spaltimpfstoffe, gezählt werden; – Vektorimpfstoffe; – mRNA-Impfstoffe. Zu neuesten Entwicklungen zählen die beiden letztgenannten Gruppen der gen-

basierten Impfstoffe (z. B. mRNA-Impfstoffe, Vektor-Impfstoffe), die „Baupläne“ für bestimmte Erregermerkmale beinhalten und die erstmals in Form von Impfstoffen gegen das SARS-CoV-2-Virus in Deutschland und der Europäischen Union Zulassungen erhielten. Auch auf diese neuen Impfstoffe treten in sehr seltenen Fällen schwerwiegende und potenziell lebensbedrohliche Sofortreaktionen auf, deren zugrundeliegender pathophysiologischer Mechanismus (allergisch/pseudoallergisch) noch nicht abschließend geklärt ist [3]. Impfstoffe unterscheiden sich wesentlich in ihrer Zusammensetzung an Wirkstoffen und Hilfsstoffen, die auch Bestandteile beinhalten, die allergische Nebenwirkungen hervorrufen können. Der Vortrag gibt einen Überblick über die verschiedenen Arten von allergischen Nebenwirkungen, die nach Impfungen (insbesondere auch auf Impfstoffe gegen das SARS-CoV-2-Virus) auftreten können, über einzelne Impfstoffbestandteile, die allergische Nebenwirkungen hervorrufen können und aktuelle Daten aus dem Pharmakovigilanz-Spontanmelderegister.

Literatur

- [1] Oberle D, et al. Anaphylaxis After Immunization of Children and Adolescents in Germany. *Pediatr Infect Dis J*. 2016; 35: 535-541.
- [2] Dreskin CD, et al. International Consensus (ICON): allergic reactions to vaccines. *World Allergy Organ J*. 2016; 9: 32.
- [3] Weißer K, et al. Was ist bei positiver Allergianamnese vor einer Impfung gegen COVID-19 zu beachten? *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit*. 2021; 1: 25-26.

Kontaktallergien bei Metallarbeitern mit und ohne Kühlschmierstoffexposition

J. Geier^{1,2} und S. Schubert^{1,2}

¹Informationsverbund Dermatologischer Kliniken (IVDK), Institut an der Universitätsmedizin Göttingen, ²Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Metallarbeiter sind durch den Umgang mit Werkzeugen, Metallen, Kühlschmierstoffen (KSS), technischen Ölen und Fetten, Gum-

mimaterialien usw. einer Vielzahl von Allergenen ausgesetzt. Die meisten umfangreichen Datenauswertungen zur Kontaktallergie durch KSS sind mehr als 10 Jahre alt, und es gibt nur wenige Untersuchungen über Kontaktallergien bei Mechanikern und anderen Metallarbeitern, die nicht regelmäßig gegenüber KSS exponiert sind. Das Monitoring beruflicher Kontaktallergien bei Metallarbeitern war Teil des OCCUDERM-Projekts. **Ziel der Arbeit:** Beschreibung eines aktuellen Spektrums von Kontaktallergenen bei Metallarbeitern mit Berufsdermatose (BD), wobei zwischen KSS-exponierten Metallarbeitern, Mechanikern und anderen Metallarbeitern unterschieden wurde. **Material und Methoden:** Retrospektive Analyse von IVDK-Daten, 2010 – 2018. Die Gruppengrößen waren: KSS-Exponierte – 804 Pat.; Mechaniker – 2.197; andere Metallarbeiter – 355. **Ergebnisse:** KSS-exponierte Metallarbeiter waren am häufigsten gegen Monoethanolamin (12,6%), Kolophonium/Abietinsäure (11,4%), Formaldehyd (4,6%) und Formaldehydabspalter (bis zu 8,5%) sowie Iodpropinylbutylcarbammat (4,6%) sensibilisiert. Mechaniker und andere Metallarbeiter waren zum Teil berufsbedingt gegenüber KSS, Klebstoffen und Kunstharzen exponiert, obwohl dies aufgrund ihrer Berufsbezeichnung nicht zu erwarten war. Dementsprechend wurden häufig auch Sensibilisierungen gegen KSS-Allergene, Komponenten von Epoxidharzsystemen und Methacrylate festgestellt. Mechaniker waren außerdem, wahrscheinlich durch Schwarzgummiprodukte (z. B. Reifen), gehäuft gegen N-Isopropyl-N'-phenyl-p-phenylendiamin (IPPD) sensibilisiert. **Schlussfolgerungen:** Das Spektrum der Kontaktallergene in KSS blieb in den letzten Jahren weitgehend unverändert. Die Erhebung einer umfassenden Berufs- und Krankengeschichte bei Metallarbeitern mit BD ist unerlässlich, um relevante Allergenexpositionen nicht zu übersehen. **Danksagung:** Das im NIB durchgeführte OCCUDERM-Projekt wurde aus Mitteln der Volkswagenstiftung gefördert (Niedersächsisches Vorab ZN2778). Diese Arbeit wurde open access publiziert: Schubert S, et al. *Contact Dermatitis*. 2020; 83: 487-496; doi: 10.1111/cod.13686.

Qualitätssicherung der Diagnostik von beruflichen Typ IV-Allergien: DGUV Forschungsprojekt FB 317b

S.M. John^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Epikutantestungen patienteneigener Substanzen sind besonders bedeutsam, da die Lücke zwischen verfügbaren kommerziellen Testsubstanzen und als Auslöser in Frage kommenden Allergenen immer weiter zunimmt (verschärft jüngstens in Zeiten von COVID-19 und Lieferschwierigkeiten bei den Allergen-Herstellern). Für eine adäquate Umsetzung derartiger Testungen sind jedoch besondere Kenntnisse zur Testdurchführung und deren Dokumentation erforderlich. **Zielsetzung:** Neben der Identifizierung von neuen Berufsallergenen ist die Analyse der Qualität der Epikutantestungen mit patienteneigenen Substanzen im Rahmen des Hautarztverfahrens und der BK 5101-Begutachtung Ziel des *DGUV-Forschungsprojektes FB 317b*. **Methodik:** Analysiert werden fortlaufend im Hautarztverfahrens/Begutachtung ab 01.10.2020 durchgeführte und bei den Unfallversicherungsträgern eingegangene Protokolle zu Epikutantestungen mit Berufsstoffen/patienteneigenen Substanzen. **Ergebnisse:** Inkludiert wurden bisher 210 Fälle mit 1.184 Testungen kommerzieller und 1.399 Testungen patienteneigener Substanzen. Ein vollständiger Produktname wurde bei 79,2% der getesteten Berufssubstanzen erfasst. Die Testkonzentration wurde in 93,9% der Fälle angegeben. Das Testvehikel wurde in 71,3% der Fälle dokumentiert. Der pH-Wert wurde in 15,5% der Fälle, bei denen dieser von Relevanz war (n = 439), angegeben. Die Testreaktionen wurden in 94,4% der Fälle zu geeigneten Ablesezeitpunkten bewertet. Die Bewertung der Testdokumentationsqualität orientierte sich am Testbogen Arbeitsstoffe der DGUV [1]. **Fazit:** Bezüglich der Dokumentationsqualität zeigen erste

Ergebnisse, dass Verbesserungsbedarf besteht. Nicht nur die korrekte Durchführung von Epikutantestungen mit patienteneigenen Substanzen, sondern auch deren adäquate Dokumentation ist unumgänglich für die Identifikation der Krankheitsursachen und die Nachvollziehbarkeit der Testergebnisse. Ferner sollte an die Abklärung der eigentlich auslösenden Einzelsubstanz(en) nach positiver Testreaktion auf Stoffgemische gedacht werden. Perspektivisch soll das Projekt zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Berufsdermatosen beitragen und zur sicheren Identifizierung von potenziellen beruflichen Kontaktallergenen und damit wichtige Impulse für eine zielgerichtete Prävention am Arbeitsplatz liefern.

Literatur

- [1] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Testbogen Arbeitsstoffe. 2020. <https://www.dguv.de/medien/inhalt/versicherung/berufskrankheiten/hauterkrankungen/testbogen-arbeitsstoffe.pdf> (letzter Zugriff: 31.07.2021).

Plenarsitzung 4 – Leitlinien und Begutachtungsempfehlungen

Leitlinie Kontaktekzem

H. Dickel

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Abteilung für Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie, St. Josef-Hospital, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

Das Kontaktekzem (Syn.: Kontaktdermatitis) ist eine durch äußere Einwirkungen ausgelöste Entzündung der Epidermis und der Dermis am Ort der Einwirkung. Die beiden Hauptformen sind das irritative und das allergische Kontaktekzem, die neben einer ausgeprägten Verminderung der Lebensqualität auch erhebliche gesundheits- und sozioökonomische Kosten verursachen. Wegweisend für die erforderlichen diagnostischen Maßnahmen sind die Anamnese und das klinische Bild. Eine möglichst genaue diagnostische Einordnung des Kontaktekzems ist wichtig für das Krankheitsmanagement, da hier nicht nur die klassische Ekzemtherapie, sondern auch das Meiden der exogenen auslösenden Faktoren von großer Bedeutung sind. Die Wahl der Therapie sollte sich nach der Akuität, dem klinischen Schweregrad, der Morphologie der Läsionen und der Lokalisation des Kontaktekzems richten. Erforderlich ist eine bedarfsadaptierte Kombination aus Basistherapie, topischer, physikalischer und systemischer Therapie, wobei nicht alle Therapieformen gleichzeitig durchgeführt werden müssen, sondern varierend eingesetzt werden können. Primäre, sekundäre und tertiäre Präventionsstrategien zielen auf die Erkennung der auslösenden Noxen bzw. der auslösenden Allergene mit nachfolgender Kontaktvermeidung oder -minimierung. Das Ziel des Updates dieser deutschen S1-Leitlinie ist es, vor allem Dermatologen, Allergologen sowie allergologisch und berufsdermatologisch tätigen Ärzten eine Entscheidungshilfe für die Auswahl sowie die Durchführung einer geeigneten und suffizienten Diagnostik, Therapie und Prävention zur Verfü-

gung zu stellen. Die Leitlinie wird unter Berücksichtigung mehrerer anderer hierfür relevanter aktueller Leitlinien und der Ergebnisse einer nicht systematischen Literaturrecherche durch Expertenkonsensus erstellt (Entwicklungsstufe S1). Die Expertenkommission ist multidisziplinär und besteht aus mandatierten Vertretern aus zehn medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Arbeitsgemeinschaften: DDG (Federführung), ABD, AeDA, BVDD, DAAU, Arbeitsgruppe Allergologie der DDG, DGAKI, DKG, GPA, IVDK. Methodisch wird die Expertenkommission durch die Division of Evidence-Based Medicine (dEBM) begleitet. Die Leitlinie wird nach einem Review durch die beteiligten Organisationen freigegeben.

Leitlinie Handekzem

A. Bauer

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, UniversitätsAllergie-Centrum, Dresden

Handekzeme (HE) zählen zu den häufigsten Hauterkrankungen. Sie stellen keine lebensbedrohlichen Erkrankungen dar und beeinflussen, solange sie mild ausgeprägt sind, das tägliche Leben nur in geringem Ausmaß. Schwere Fälle dagegen haben eine schlechte Prognose und beträchtliche Auswirkungen auf die Lebensqualität der Erkrankten. Darüber hinaus stellen sie nicht selten die weitere berufliche Laufbahn der Betroffenen in Frage. Die sozialen, ökonomischen und gesundheitspolitischen Auswirkungen dieser Tatsachen sind gravierend. HE sind keine homogene Krankheitsentität. Nicht selten sind umfangreiche differenzialdiagnostische Erwägungen erforderlich. Zahlreiche Therapieoptionen stehen zur Verfügung, dennoch ist die Therapie des chronischen Handekzems oft schwierig und unbefriedigend. Sie ist komplex und erfordert ein multimodales Management. Große randomisierte klinisch kontrollierte Studien hoher Qualität zur Wirksamkeit liegen nur für wenige Therapieoptionen vor. Die europäische Handekzemleitlinie wurde aktuell überarbeitet. Die Ergebnisse werden vorgestellt.

Leitlinie: Berufliche Hautmittel

M. Fartasch

Bereich klinische & experimentelle Berufsdermatologie, Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der DGUV, Institut der Ruhr- Universität Bochum (IPA)

In der zurzeit im Aktualisierungsprozess befindlichen Leitlinie der ABD-DDG-DGAUM „Berufliche Hautmittel“ (weitere Mitglieder der AG (alphabetische Reihenfolge): A. Bauer, H. Drexler, P. Elsner, J. Geier, M. Gina, SM. John, S. Schliemann) werden aktuelle experimentelle und epidemiologischen Erkenntnisse zum Einsatz von Hautschutz, Hautpflege und Hautreinigung evaluiert, sowie bezüglich des zu erwartenden Nutzens durch Beurteilung des Wirksamkeitsnachweises analysiert. Aspekte der Sicherheitsbewertung sowie der Problematik potenzieller Sensibilisierungen in beruflichen Hautmitteln enthaltenen Konservierungsmitteln, Emulgatoren und Duftstoffe werden ebenfalls angesprochen.

Bamberger Merkblatt – Aktuelle Änderungen im Rahmen der BK-Rechtsreform

C. Skudlik^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Im Zuge der für die BK 5101 relevanten BK-Rechtsreform zum 01.01.2021 hat die neu konstituierte interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Bamberger Empfehlung“ am 13.07.2020 ihre Beratungen zur Überarbeitung der Begutachtungsempfehlungen aufgenommen. Die bisherigen Beratungsergebnisse werden kontinuierlich publiziert. Hinsichtlich der für die Anerkennung einer BK 5101 jetzt wesentlichen Tatbestandsmerkmale der Schwere und wiederholten Rückfälligkeit wurden Präzisierungen vorgenommen. Beurteilungskriterien für die Schwere

sind – zusammengefasst – die klinische Symptomatik nach Morphe und Beschwerdebild, Ausdehnung, Verlauf und Dauer der Erkrankung unter Therapie- und Präventionsmaßnahmen, sowie die Ausprägung einer etwaigen arbeitsbedingt verursachten Allergie. Die wiederholte Rückfälligkeit ergibt sich weiterhin, wenn mindestens drei Krankheitsschübe, d. h. Ersterkrankung und zwei Rückfälle vorliegen, wobei ein weiterer Krankheitsschub im Sinne der wiederholten Rückfälligkeit dann zu konstatieren ist, wenn dieser innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten eintritt. Hinsichtlich der Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ergibt sich aus der BK-Rechtsreform, dass diese nunmehr auch in Fällen, bei denen die berufliche Tätigkeit weiter ausgeübt wird, einzuschätzen ist. Bezüglich dieser Konstellationen ist es Stand der Diskussion innerhalb der AG „Bamberger Empfehlung“, dass die MdE-Einschätzung nicht nur auf der reinen Beschreibung des medizinischen Befundes, sondern auch auf der hieraus resultierenden Funktionsbeurteilung und der ggf. resultierenden Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben fußen sollte. Grundsätzliche Fallkonstellationen hierzu wurden bereits publiziert; die Diskussion diesbezüglich ist jedoch nicht abgeschlossen. Für die künftige, detailliertere Beschreibung von Funktionseinschränkungen und den hieraus resultierenden Beeinträchtigungen hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben ist angedacht, als Grundlage die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) heranzuziehen.

Poster

P01 Kompressionstherapie bei beruflich bedingten orthostatischen Beinbeschwerden (RCT)

S. Kindermann, H. Haase, S. Lutze, A. Arnold, M. Jünger und H. Riebe

Klinik und Poliklinik für Hautkrankheiten der Universitätsmedizin Greifswald

Einleitung: Eine hohe Sitz- oder Stehbelastung während der Arbeit kann zu Ödemen und subjektiv unterschiedlich ausgeprägten Beschwerden wie Spannungs- und Schweregefühl in den Beinen führen. Diese beruflich bedingten orthostatischen Ödeme basieren nicht auf klassisch venöser Insuffizienz oder Lympherkkrankungen, sondern sind Folge eines konstitutionellen lagerungsabhängigen erhöhten hydrostatischen Druckes im venösen System. Der resultierende ansteigende intrakapilläre Druck führt zu einem Ungleichgewicht zwischen Filtration und Reabsorption im Kapillarbett mit Anstieg der Gewebsflüssigkeit. Die medizinische Kompressionstherapie wird als Mittel der Wahl zur Behandlung propagiert, wobei die Auswahl der Kompressionsstärke zugunsten der Patient compliance erfolgen sollte. Da es pathophysiologisch möglich erscheint, dass orthostatische Ödeme Langzeitauswirkungen auf das Gewebe haben könnten, sollte die medizinische Indikation zur Prävention und Therapie dieser Beschwerden früh gestellt werden. **Material und Methoden:** 49 gesunde Probanden mit vorrangig Steh- oder Sitzbelastung während der Arbeit wurden in eine randomisierte, prospektive, placebokontrollierte Studie eingeschlossen. Es wurden zwei unterschiedliche Kompressionsstrümpfe mit einem Anpressdruck von 18–21 mmHg verglichen. Die Studienteilnehmer wurden in zwei Gruppen unterteilt und jeder Strumpf wurde für jeweils 3 aufeinander folgende Tage getragen mit einer Auswaschphase von 4 Tagen zwischen jedem Strumpf. Zielkriterien waren die Änderung der Unterschenkelvolumina sowie Effekte der Kompressionstherapie und Tragekomfort. **Ergebnisse:** Signifikante Reduktion des Bein-

volumens in Strumpf 1 um 205 ml und in Strumpf zwei um 153 ml ($p = 0,001$). Deutliche Verbesserung der Beschwerden in den Beinen unter Kompression. **Schlussfolgerung:** Kompressionsstrümpfe mit einem Anpressdruck von 18–21 mmHg reduzieren beruflich bedingte orthostatische Ödeme und Beschwerden der Beine bei langem Sitzen und Stehen signifikant. Niedrige Andrücke sind ausreichend, um eine Besserung der Ödeme und subjektiven Beschwerden zu erreichen und sollten in der Prävention und Behandlung orthostatischer Beschwerden zunehmend Beachtung erhalten.

P02 Qualitätssicherung der Diagnostik beruflicher Typ IV-Allergien (DGUV-Forschungsprojekt FB 317b)

C. Symanzik^{1,2}, K. Dicke^{1,2}, P. Weinert², C. Skudlik^{1,2,3}, R. Brans^{1,2,3} und S.M. John^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: In der Epikutantestung nimmt die Lücke zwischen den zur Verfügung stehenden kommerziellen Testsubstanzen und den als Auslöser in Frage kommenden Kontaktallergenen immer weiter zu. Daher kommt der Epikutantestung von patienteneigenen Substanzen eine besondere Bedeutung zu, insbesondere auch zur Abklärung von beruflich bedingten Hauterkrankungen. Für eine adäquate Umsetzung derartiger Testungen sind jedoch besondere Kenntnisse zur Testdurchführung (z. B. Aufbereitung, Verdünnung, Vehikel etc.) und deren Dokumentation erforderlich. **Zielsetzung:** Systematische Aufarbeitung der Ergebnisse von Epikutantestungen mit Berufsstoffen/patienteneigenen Substanzen im Hautarztverfahren zur Identifikation von häufig sensibilisierenden Produkten bzw. darin enthaltenen relevanten Allergenen, neuen Kontaktal-

lergenen, Kandidatensubstanzen für künftige kommerzielle Testallergene sowie weiterem Forschungsbedarf im Bereich der Primär- und Sekundärprävention beruflicher Kontaktekzeme. Zudem soll die Qualität der durchgeführten Epikutantestungen und deren Dokumentation analysiert werden. **Methodik:** Im DGUV-Forschungsprojekt FB 317b erfolgt eine prospektive, fortlaufende Analyse der im Rahmen des Hautarztverfahrens ab dem 01.10.2020 durchgeführten und bei den Unfallversicherungsträgern (UVT) eingegangenen Protokollen zu Epikutantestungen mit Berufsstoffen/patienteneigenen Substanzen und einhergehender patientenbezogener Daten. **Fazit:** Mit dem vorliegenden Projekt wird erstmals eine langfristige, kontinuierliche und systematische Aufarbeitung, Auswertung sowie Dokumentation der auf Veranlassung der UVT bundesweit erfolgten Epikutantestungen mit Berufsstoffen durchgeführt. Im Rahmen der Tagung sollen erste Ergebnisse präsentiert werden. Perspektivisch sollen die Erkenntnisse zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit Berufsdermatosen beitragen.

P03 Hautphysiologische und biochemisch-immunologische Untersuchungen zur Auswirkung einer erhöhten Waschdauer und -frequenz aufgrund von COVID-19-Hygienemaßnahmen auf die epidermale Barrierefunktion

C. Symanzik^{1,2}, F.K. Sonnsmann^{1,2}, K. Nordheider^{1,2}, S. Kezic³, C. Skudlik^{1,2,4}, R. Brans^{1,2,4} und S.M. John^{1,2,4}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam (AMC), Niederlande, ⁴Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Beschäftigte in Pflegeberufen leiden häufig an entzünd-

lichen Hautveränderungen, besonders der Hände. Dies liegt vor allem an einem hohen Maß an beruflicher Feuchtarbeit (einschl. Handschuh-okklusion), die das Auftreten irritativer Kontaktekzeme begünstigt. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat sich aufgrund der erhöhten privaten und beruflichen Hygieneanforderungen die Hautbelastung für Beschäftigte in Pflegeberufen noch verstärkt. Dies hat zu einer weiteren Zunahme von Handekzemen in dieser Berufsgruppe geführt. **Zielsetzung:** Experimentelle Objektivierung der Auswirkungen einer erhöhten Waschkdauer und einer erhöhten Waschfrequenz auf die Barrierefunktion sowie auf inflammatorische Prozesse in der Epidermis. Dies unter Verwendung eines lipidhaltigen Syndets im Vergleich zu einem Standardhautreiniger. Ferner soll der Effekt einer rückfettenden Creme nach der Hautwaschung überprüft werden. **Methodik:** Die vorliegende Arbeit stellt eine experimentelle, nicht invasive, anwendungsorientierte Studie an hautgesunden Teilnehmenden dar. Die Hautwaschungen werden standardisiert mittels des DGUV-Hautwaschapparates aus Osnabrück durchgeführt. Um Auswirkungen auf die epidermale Barriere und einhergehende inflammatorische Prozesse zu registrieren, werden hautphysiologische sowie biochemisch-immunologische Parameter erfasst. Zu den erfassten hautphysiologischen Parametern zählen der transepidermale Wasserverlust (TEWL), die relative Hornschichtfeuchte (RHF), der pH-Wert und der chromametrische a*-Wert (Erythem). Hinsichtlich der biochemisch-immunologischen Parameter werden mittels nicht invasiver tape strips die Kinetiken der Zytokine Interleukin (IL)-1 α - und IL-1-Rezeptorantagonist (IL-1RA) sowie der Natural Moisturizing Factor (NMF) im Stratum corneum erfasst. **Fazit:** Perspektivisch sollen mit Hilfe der Ergebnisse sowohl Hautschutzempfehlungen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst als auch für Bevölkerungsgruppen abgeleitet werden, die ebenfalls intensiven COVID-19-assoziierten, hygienebedingten bzw. vergleichbaren Hautbelastungen ausgesetzt sind. Im Rahmen der Tagung sollen erste Ergebnisse präsentiert werden.

P04 Auswirkungen von intensivierten COVID-19-Hygienemaßnahmen auf die Hautgesundheit an den Händen und im Gesicht bei Beschäftigten im Friseurhandwerk

C. Symanzik^{1,2}, G.-V. Mariani¹ und S.M. John^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Bei Beschäftigten im Gesundheitswesen wurde bereits über die Zunahme von Hautveränderungen an den Händen und im Gesicht unter intensivierten COVID-19-Hygienemaßnahmen berichtet. Auch die Hautbelastung im Friseurhandwerk hat durch die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen zugenommen. **Zielsetzung:** Mit der vorliegenden Arbeit soll analysiert werden, inwiefern sich die vorgeschriebenen Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie auf die Hautgesundheit an den Händen und im Gesicht der Beschäftigten im Friseurhandwerk auswirken. **Methodik:** Im März 2021 wurden 120 Beschäftigte im Friseurhandwerk in 15 Bundesländern mittels Online-Fragebögen zu seit Einführung der verschärften COVID-19-Hygienemaßnahmen auftretenden Hautveränderungen an den Händen und im Gesicht befragt. **Ergebnisse:** 94 (78,3%) der Befragten gaben an, dass sich ihr Hautzustand an den Händen seit Einführung der COVID-19-Hygienemaßnahmen verschlechtert hat. 7 (5,8%) Teilnehmende im Alter von 22 bis 55 Jahren ($\bar{O}$ 36,1 $\pm$ 13,2 Jahre), von denen 6 (85,7%) weiblich waren, berichteten, unter einem akuten Handekzem zu leiden. Alle 7 Teilnehmenden mit akutem Handekzem gaben an, dass sich unter Arbeitskarenz eine Besserung einstellt. 89 (74,2%) Befragte gaben an, dass sich ihr Hautzustand im Gesicht durch das regelmäßige Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes verschlechtert hat. **Fazit:** Beschäftigte im Friseurhandwerk zählen zur Hochrisikogruppe hinsichtlich der Entwicklung

einer Berufsdermatose. Bereits unter normalen Gegebenheiten liegt in dieser Berufsgruppe eine hohe Hautbelastung vor, die in einer Schwächung der epidermalen Barrierefunktion resultiert und die Entstehung eines proinflammatorischen Milieus und damit Kontaktsensibilisierungen begünstigt. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die im Gesundheitswesen bekannten Probleme durch die verstärkten Hygienemaßnahmen in ähnlicher Form auch im Friseurhandwerk auftreten. Um diesen Problemen effektiv zu begegnen, sollte die Risikowahrnehmung sowie auch das Wissen um Berufsdermatosen bei Beschäftigten im Friseurhandwerk gefördert werden, wodurch der Entstehung von beruflich bedingten Hauterscheinungen (primär-)präventiv begegnet werden kann. Derartige Inhalte können im Rahmen gesundheitspädagogischer Schulungen vermittelt werden.

P05 Experimentelle Analyse der Nickel- und Kobaltfreisetzung aus Metallwerkzeugen sowie Erfassung der Prävalenz von Nickel- und Kobaltallergien bei Beschäftigten im deutschen Friseurhandwerk

C. Symanzik^{1,2}, C. Skudlik^{1,2,3} und S.M. John^{1,2,3}

¹Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Eine Nickelfreisetzung aus Metallwerkzeugen im Friseurhandwerk konnte bereits nachgewiesen werden. Bislang wurden keine Untersuchungen bezüglich einer Kobaltfreisetzung aus metallischen Friseurwerkzeugen durchgeführt. **Zielsetzung:** Testung diverser Metallwerkzeuge hinsichtlich einer Nickel- und Kobaltfreisetzung sowie Erfassung der Prävalenz von Nickel- und Kobaltallergien im Friseurhandwerk. **Methodik:** In 18 zufällig ausgewählten Friseursalons in 3 Bundesländern wurden 475 Metallwerkzeuge mittels

eines Dimethylglyoxim-Tests auf eine Nickelfreisetzung und mittels eines Nitroso-R-Salz-Tests auf eine Kobaltfreisetzung getestet. Zudem wurden durch eine Mitarbeiterbefragung Daten zum Hersteller, Alter und Preis der getesteten Metallwerkzeuge erfasst. Des Weiteren wurden in einer Mitarbeiterbefragung 70 Friseure befragt, ob bei ihnen Nickel- und Koballergien vorliegen. **Ergebnisse:** Eine Nickelfreisetzung konnte bei 27,6% der insgesamt getesteten Metallwerkzeuge nachgewiesen werden. Eine Kobaltfreisetzung wurde bei 2,1% der insgesamt getesteten Metallwerkzeuge vorgefunden. Bei 12,7% der weiblichen Friseure lag eine Nickelallergie und bei 3,2% der weiblichen Friseure lag eine Kobaltallergie vor. **Fazit:** Sensibilisierungen gegenüber Nickel und Kobalt werden in der Regel als außerberuflich, aber fast nie als beruflich relevant eingeordnet. Mit der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass metallische Friseurwerkzeuge verschiedener Alters- und Preisbereiche sowohl Nickel als auch Kobalt in allergologisch relevanten Mengen freisetzen. Somit ist ein Teil der Metallwerkzeuge im Friseurhandwerk als potenzielle berufliche Nickel- und Kobaltexpositionsquelle einzustufen, wobei eine Ko-Exposition als besonders problematisch anzusehen ist. Neben einer strikten Überwachung der Einhaltung der REACH-Verordnung sollte auch die Einführung von Regularien zur Verwendung von Kobalt in Metallwerkzeugen angedacht werden. Besonders in Anbetracht der Tatsache, dass in der aktuellen Arbeit Nickelallergien auch bei Beschäftigten jüngerer Alters vorlagen, erscheint die zukünftige Ausgestaltung einschlägiger Handlungsvorschriften und -maßnahmen zur präventiven Vermeidung einer Nickel- und Kobaltexposition im Friseurhandwerk relevant.

P06 Die Bedeutung von Fußdermatosen bei Patienten, die ein medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut absolvieren

E. Steffens, V. Kölsch, R. Ofenloch und E. Weisshaar

Abteilung Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg

In der Berufsdermatologie am Universitätsklinikum Heidelberg werden stationäre berufsdermatologische Rehabilitationsverfahren durchgeführt. Wir haben in den letzten Jahren Veränderungen im Patiententum festgestellt, so zum Beispiel im Bereich der Fußdermatosen. In einer aktuellen Auswertung von 2010 – 2020 nahmen 1.699 Patienten am Reha Verfahren teil. Davon hatten 910 (53,6%) Dermatosen der Füße. Atopiker waren signifikant häufiger von einer Dermatoase der Füße, hier von einem atopischen Fußekzem, betroffen. So hatten 570 (62,63%) der Rehapatienten mit Fußekzem eine atopische Hautdiathese. Das atopische Fußekzem war signifikant mit der Akrozyanose assoziiert. Eine Akrozyanose als prädestinierender Faktor war bei 450 (49,45%) der Patienten feststellbar. Eine Tinea pedum fand sich bei 285 (31,32%) Patienten, davon hatten 128 (14,06%) zusätzlich eine Onychomykose. Eine Psoriasis an den Füßen wurde bei 56 (3,3%) der Patienten diagnostiziert. Interessanterweise absolvierten Patienten mit einer Fußdermatose eher eine längere Rehamassnahme (4 Wochen). Betrachtet man die zuweisende Berufsgenossenschaft, so zeigt sich, dass Fußdermatosen signifikant häufiger bei Versicherten der BG Holz & Metall (BGHM), der BG ETEM, der VBG und der BG Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI) auftraten. Signifikant seltener waren Fußdermatosen bei Patienten der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) aufzufinden (43,2%). Eine Akrozyanose sowie eine Tinea pedum an den Füßen trat signifikant häufiger bei den Berufsgruppen Metall, Bau, Holzgewerbe und Friseuren auf, die Tinea pedum zusätzlich im Lebensmittelbereich. Auch die plantare Hyperhidrose trat signifikant häufiger bei Beschäftigten in den Metall- und Bauberufen auf. Zusammenfassend zeigen diese Ergebnisse,

dass die Untersuchung und die Therapie der Füße ein wichtiger Bestandteil der dermatologischen Tätigkeiten bei Patienten, die ein medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut absolvieren, ist.

P07 Eine Onlineumfrage zum beruflichen Kontakt mit dem Eichenprozessionsspinner

S. Forkel¹, J. Mörlein², M. Sulk³, C. Beuter¹, W. Rohe⁴, M. P. Schön¹, J. Geier⁵ und Timo Buhl¹

¹Dermatologie, Universitätsmedizin Göttingen, ²Department für Nutztierwissenschaften, Georg-August-Universität Göttingen, ³Dermatologie, Universitätsklinikum Münster, ⁴Fakultät Ressourcenmanagement, HAWK Göttingen, ⁵IVDK, Göttingen

Hintergrund: Der Eichenprozessionsspinner (EPS) (*Thaumetopoea processioneae*) ist ein Schädling, welcher vor allem in Mitteleuropa heimisch ist. In den letzten Jahren kam es immer wieder zu regionalen Ausbrüchen. Der Kontakt zu den Brennhaaren im Larvenstadium kann zu gesundheitlichen Beschwerden führen. Die Symptome variieren von mildem Juckreiz, einer „Raupenhaar dermatitis“ bis hin zu schweren Anaphylaxien. Eine profunde wissenschaftliche Datenlage zur Pathophysiologie, Therapie, beruflichen Kontakten und der optimalen Schutzausrüstung fehlt bisher. **Methoden:** Zur Erfassung berufsbedingter Kontakte mit dem EPS wurde eine anonyme Onlineumfrage an Personen mit potenzieller Exposition in Deutschland verteilt (u. a. Forstarbeiter, Baumpfleger und Jäger). Die Teilnehmer wurden zu den aufgetretenen Symptomen, erforderlichen Behandlungen, Auswirkungen auf den Beruf und der Herkunftsregion in Deutschland befragt. **Ergebnisse:** Von den 719 Teilnehmern gaben 566 (78,7%) an, beruflich mit EPS in Kontakt gekommen zu sein. 351 dieser 566 (62,0%) litten in der Folge an gesundheitlichen Symptomen. Die meisten Personen berichteten über leichte Hautsymptome wie Juckreiz (97,2%) und Hautentzündungen (82,3%). Die Mehrheit gab an, dass die Beschwerden ca. 1 – 6 Stunden

nach dem Kontakt auftraten und für ≥ 24 Stunden persistierten. Allerdings entwickelten auch 10,3% der Umfrageteilnehmer schwerwiegendere Symptome wie asthmatische Beschwerden. 4,6% der Teilnehmer mussten aufgrund von Gesundheitsproblemen ihren Arbeitsplatz aufgeben. **Schlussfolgerung:** Die meisten beruflichen Kontakte mit EPS führten zu leichten Hautsymptomen. Obwohl die überwiegende Mehrheit keine medizinische Behandlung benötigte, berichteten einige Personen über schwere Symptome bei EPS-Kontakt. Medizinische Forschung zu EPS-bedingten Symptomen und Behandlungsmöglichkeiten, sowie die Einrichtung eines zentralen Registers für EPS-bedingte Gesundheitsgefahren werden dringend empfohlen.

P08 Transparente Beschreibung gesundheitspädagogischer Interventionen im Handlungsfeld der Berufsdermatologie

M. Ludewig^{1,2,3}, M. Rocholl^{1,2,3}, N. Ristow^{1,2,3}, S.M. John^{1,2,3} und A. Wilke^{1,2,3}

¹Institut für Gesundheitsforschung und Bildung (IGB), Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

„Komplexe Interventionen“ bestehen aus mehreren, interdependenten Bestandteilen. Sie finden sowohl in medizinischen (z. B. „Disease Management Programme“), als auch in gesundheitspädagogischen (z. B. Patientenschulungen im Bereich der Individualprävention) Bereichen Anwendung. Zur Entwicklung solcher Maßnahmen (z. B. der individuellen Lichtschutzberatung – ILB) existieren verschiedene Modelle, die zugrunde gelegt werden können. Dazu gehören u. a. das Model des Medical Research Council sowie das Logikmodell nach O’Cathain und Kollegen [1]. Trotz der theoretischen Fundierung zur Konzeption komplexer Interventionen, werden in wissenschaftli-

chen Publikationen oft eine fehlende Transparenz und unvollständige Interventionsbeschreibungen kritisiert. Die vollständige Beschreibung der Interventionsentwicklung sowie aller enthaltenen Komponenten ist jedoch eine zentrale Voraussetzung für die Reproduzierbarkeit, die Bewertung sowie die Interpretation von Evaluationsergebnissen (z. B. die Entscheidung über eine langfristige Implementation). Während Leitlinien zum Berichten klinischer Studien (z. B. CONSORT) etabliert und von den meisten wissenschaftlichen Zeitschriften gefordert werden, trifft dies nicht immer auf den Bericht über die Konzeption einer komplexen Intervention zu. Das EQUATOR Netzwerk (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) fördert transparente Berichterstattung wissenschaftlicher Studien und gibt einen Überblick über verschiedene Leitlinien (sog. „Reporting Guidelines“) mit dem Ziel, die Qualität von Publikationen zu erhöhen. Zwei mögliche Leitlinien in diesem Zusammenhang sind „CReDECI 2“ und „TIDieR“: Die Leitlinie „Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare“ (CReDECI 2) fokussiert sowohl die Entwicklungs- und Pilotierungsphase als auch den Evaluationsprozess. Das „Template for Intervention Description and Replication“ (TIDieR) setzt sich aus 12 Items (z. B. Kurzbezeichnung und Materialien) zusammen, aus denen eine Gesamtbeschreibung der konzipierten Maßnahme entsteht. Im Rahmen der Tagung wird an einem Anwendungsbeispiel zur Prävention von UV-induziertem, berufsbedingtem Hautkrebs bei Außenbeschäftigten die Verwendung solcher Leitlinien verdeutlicht.

Literatur

- [1] O’Cathain A, Croft L, Duncan E, Rousseau N, Sworn K, Turner KM, et al. Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare. *BMJ Open*. 2019; 9: e029954.

P09 Primärprävention arbeitsbedingter Kontaktekzeme: Einsatz und Anwenderakzeptanz von Unterzieh- und Schutzhandschuhen im Friseurhandwerk

T. Heichel^{1,2}, V. Mecklenburg² und C. Skudlik^{1,2,3}

¹Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ²Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ³Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Hintergrund: Das Friseurhandwerk gilt als Hauptrisikoberuf für die Entwicklung berufsbedingter Kontaktekzeme. Impermeable Handschuhe schützen vor exogenen Noxen, begünstigen jedoch das Auftreten von Okklusionseffekten [1]. Zur Minderung dieser Effekte werden textile Unterziehhandschuhe empfohlen [2]. Über deren praktische Eignung und Anwenderakzeptanz ist bislang wenig bekannt. **Ziel und Methodik:** Die Studie zielte darauf ab, den Einsatz und die Anwenderakzeptanz von Unterzieh- und Schutzhandschuhen an Beschäftigten des Friseurgewerbes zu evaluieren. Insgesamt erprobten 34 Personen (2 Männer, 32 Frauen, Alter Ø 33 Jahre) Baumwollhandschuhe („Maximo“, Fa. Strickmoden Bruno Barthel GmbH) unter Nitril-Einmalhandschuhen („Nitril 300“, Fa. New Gloves) anwendungsorientiert im Rahmen von zwei Haarwäschen. Es folgte eine Bewertung der erprobten Handschuhkombination im Vergleich zum bisher eingesetzten Hand(schuh)schutz mittels standardisierter Fragebögen. **Ergebnisse:** 88,2% (n = 30/34) der Befragten gaben an, Schutzhandschuhe „immer“ (35,5%), „oft“ (29,4%) oder „manchmal“ (23,5%) bei Haarwäschen zu verwenden. Der Einsatz textiler Unterziehhandschuhe war 52,9% (n = 18) bekannt, wobei 41,2% (n = 14) angaben, diese schon einmal verwendet zu haben. Die Kombination reduzierte signifikant das Schwitzempfinden, wurde aber im Vergleich zum bisher verwendeten Hand(schuh)schutz (v. a. singuläre Schutzhandschuhe unterschiedlicher Materialien) hinsichtlich Tast- und Tragegefühl, Temperatureinschätzung,

Bewegungsfreiheit und zeitl. Zusatzaufwand signifikant schlechter bewertet (Wilcoxon-Test). **Fazit:** Die Mehrheit der Befragten nutzt Schutzhandschuhe bei der Haarwäsche und erachtet diese Hautschutzmaßnahme grundsätzlich für wichtig. Parameter der Anwenderakzeptanz, wie die Taktilität, scheinen durch eine Handschuhkombination stärker als durch die alleinige Verwendung von Schutzhandschuhen beeinträchtigt zu werden. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um Daten zu möglichen Einsatzbereichen von Unterziehhandschuhen zu generieren. Der Fokus könnte dabei auf den in der beruflichen Praxis anwenderrelevanten Aspekten Schwitzempfinden, Taktilität und Beweglichkeit liegen. Hierauf aufbauend können edukative Strategien zur Nutzung von Schutzhandschuhen entwickelt werden.

Literatur

- [1] *Havmose M, Thyssen JP, Zachariae C, Johansen JD. Use of protective gloves by hairdressers: A review of efficacy and potential adverse effects. Contact Dermatitis. 2020; 83: 75-82.*
- [2] *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. TRGS 401: Gefährdung durch Hautkontakt – Ermittlung, Beurteilung, Maßnahmen. 2008. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Rechtstexte-und-Technische-Regeln/Regelwerk/TRGS/TRGS-401.html> (26.04.2021).*

P10 Der besondere Beruf: Lormen und Gebärdensprache – individuelle Kriterien in der Beurteilung beruflich bedingter Hautkrankheiten

E. Marquardt¹, C.M. Schröder-Kraft¹ und C. Skudlik^{1,2,4}

¹Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm), Standort BG Klinikum Hamburg, ²Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin, Gesundheitstheorie, Fachbereich Humanwissenschaften, Universität Osnabrück, ³Institut für interdisziplinäre Dermatologie Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ⁴Niedersächsisches Institut für Berufsdermatologie (NIB)

Taubblindheit ist eine komplexe Sinnesbehinderung, bei der Gehör-

losigkeit und Blindheit zusammen auftreten. Die Betroffenen können im Gegensatz zu blinden oder gehörlosen Menschen die Funktionseinschränkung eines Fernsinnes (Sehen/Hören) nicht durch den jeweils anderen Sinn ausgleichen. Ein zentrales Problem der betroffenen Menschen ist neben Mobilität und räumlicher Orientierung die Kommunikation, die mithilfe einer Vielzahl unterschiedlicher Kommunikationssysteme ermöglicht wird. In der Betreuung von Taubblinden wird unter anderem die Kommunikationsform des Lormens oder Lorm-Alphabets zur Verständigung verwendet. In der Anwendung des Tastalphabets tastet der „Sprechende“ dabei auf die Handfläche des „Lesenden“. Hierfür muss eine hohe Taktilität der Handinnenflächen und der Fingerkuppen gegeben sein. Dabei sind einzelnen Fingern sowie bestimmten Handpartien bestimmte Buchstaben zugeordnet. Eine weitere häufige Kommunikationsform der Taubblinden ist eine abgewandelte Form der Gebärdensprache, bei der der Taubblinde die Gesten der Gebärdensprache mit den Händen abtastet. Bei einer 50-jährigen, in einem Taub-Blindenzentrum tätigen Altenpflegerin besteht seit dem jungen Erwachsenenalter eine Psoriasis vulgaris mit Beteiligung der Handflächen, Handrücken und Unterarme. Beschrieben wurde sowohl anamnestisch als auch gemäß hautfachärztlicher Dokumentation eine Verschlimmerung der Hautveränderungen an den Händen und Unterarmen unter Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Insbesondere wurde eine Verschlechterung der Hautveränderungen durch die arbeitstägl. Kommunikation mittels Lormen und taktiler Gebärdensprache und einer dadurch resultierenden notwendigen hohen Handwaschfrequenz (bis zu 20 ×/Arbeitstag und Händedesinfektionen (bis 30 ×/Arbeitstag) angegeben. Aufgrund der durchzuführenden berufscharakteristischen Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege, unterstützenden Tätigkeiten im Alltag sowie anfallenden Reinigungstätigkeiten komme es zudem zu kumulativen Handschuhtragezeiten von 2 – 4 Stunden/Tag mit einer darunter auftretenden Hyperhidrosis manuum. Wir stellen im Rahmen einer stationären Maßnahme zur Individualprävention von Berufsdermatosen (TIP)

die Diagnose einer Psoriasis vulgaris an den Händen, wobei ein beruflicher kumulativ subtoxischer und iterativer Verschlimmerungsanteil an den Händen zunächst in Erwägung gezogen wurde. Im weiteren Verlauf konnte der ursprüngliche Verdacht einer arbeitsbedingten Verschlimmerung der Hauterkrankung, insbesondere in den korrespondierenden Arealen des Lormen-Alphabets, nicht mit Wahrscheinlichkeit bestätigt werden. Eine arbeitsbedingte Verursachung der Psoriasis durch Auslösen eines Köbner-Phänomens aufgrund etwaiger massiver mechanischer Einwirkungen (iterativ), also hier durch die o. g. weiteren taktilen Kommunikationsformen, wurde ebenso nicht konstatiert. Gleichwohl waren im besonderen Einzelfall angesichts der konstitutionellen Hauterkrankung der Hände alle eingeleiteten Maßnahmen bezüglich Hautschutz und Hautpflege zur Reduktion der beruflichen, kumulativ-subtoxischen Einwirkungen insbesondere unter dem Aspekt der besonderen erforderlichen Intaktheit und notwendigen Taktilität der Haut unter primär-präventiven Aspekten sinnvoll. **Fazit:** Bei der berufsdermatologischen Bewertung müssen mitunter besondere berufliche, arbeitstägl. Anforderungen der Versicherten, wie in diesem Fall eine spezielle Kommunikationsform mit daraus resultierender besonderer Angewiesenheit auf die Intaktheit der Hände und somit besondere Betroffenheit bei anlagebedingten Hauterkrankungen, grundsätzlich mit einbezogen werden. Im vorliegenden Einzelfall konnte durch geeignete präventive und therapeutische Maßnahmen die konstitutionelle Hauterkrankung soweit gebessert und stabilisiert werden, dass dadurch keine Beeinträchtigung für die besonderen Kommunikationsformen bestand.