

Das Hautarztverfahren in der Praxis – ein persönlicher Erfahrungsbericht

The Dermatologist's Procedure – a Personal Experience Report

Autor

M. Häberle

Institut

Dermatologische Praxis, Künzelsau

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0886-9214> |

Akt Dermatol 2019; 45: 503–510

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0340-2541

Korrespondenzadresse

Dr. med. Michael Häberle, Dermatologische Praxis,
Stuttgarter Str. 5, 74653 Künzelsau
info@drhaeberle.de

ZUSAMMENFASSUNG

Das Hautarztverfahren bietet seit 1972 Personen mit beruflich verursachten Hauterkrankungen viele Möglichkeiten zu Prävention, Diagnostik und Therapie. Schwere und/oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen (BK 5101) werden von allen 80 gelisteten Berufskrankheiten der Berufskrankheitenverordnung (BKV) in Deutschland am häufigsten gemeldet. Für keine andere Berufskrankheit (BK) existiert ein dem Hautarztverfahren vergleichbares vorgeschaltetes Programm, das die Tätigkeitsaufgabe verhindern soll. Das Leistungsspektrum der Unfallversicherungsträger (UVT) geht weit über das der gesetzlichen Krankenkasse hinaus. Dazu gehören die Behandlung der Hauterkrankung „mit allen geeigneten Mitteln“ gemäß § 3 BKV, Präventionsmaßnahmen, Schulungen und Arbeitsplatzanalysen mit Optimierung der persönlichen Schutzausrüstung (PSA). Gemäß § 41 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger ist jeder Arzt verpflichtet, unverzüglich einen Versicherten dem Hautarzt vorzustellen, bei dem die Möglichkeit einer beruflichen Verursachung seiner Hauterkrankung besteht. Deshalb kommt

dem niedergelassenen Dermatologen eine Schlüsselrolle in der Versorgung zu. Die Zahl der Erstmeldungen ist in jüngster Zeit rückläufig. Schilderungen aus dem Praxisalltag sollen Neu- und Wiedereinsteigern Mut machen, die Berufsdermatologie als wichtiges Segment unseres Fachgebietes zu praktizieren.

ABSTRACT

As applied since 1972, the dermatologist's procedure offers people with occupational skin diseases many possibilities for prevention, diagnosis, and therapy. Serious and/or regularly reoccurring skin ailments (as defined under BK 5101) are the most often reported occupational diseases (Berufskrankheiten – BK) listed by the German Occupational Disease Regulation (Berufskrankheitenverordnung – BKV). No comparable set of procedures exists for any other occupational disease, aimed at keeping the patient active in his profession. The procedures exceed the recommendations of the health insurance sector. They implement the treatment of skin diseases “with all appropriate means” as listed by the BVK under § 3, prevention, training, and work place analysis. According to § 41 of the agreement between The National Association of Statutory Health Insurance Physicians and The German Statutory Accident Insurance, every doctor is required to refer a patient to a dermatologist without delay if an occupational cause is suspected as the source of the disease. The dermatologist is therefore a key figure in the treatment of such patients. The frequency of initial reports has decreased in recent times. The following reports of everyday events in a dermatological practice will hopefully encourage new and returning colleagues to regard occupational dermatology as an important segment of our professional field of activity.

Ein Tag in der berufsdermatologischen Sprechstunde

Aerogenes allergisches Kontaktekzem auf Epoxidharz im Tiefbau

Das Telefon klingelt. Eine Apotheke im Südschwarzwald bitet um ein Rezept über Prednisolontabletten und kortikoidhaltige Externa. Kurz danach schickt der Versicherte ein

Foto (► **Abb. 1**). Selbstverständlich erhält die Apotheke in St. Blasien das angeforderte Rezept per Fax und später im Original per Post. Der Maurerpolier steht seit 25 Jahren wegen seines rezidivierenden aerogenen allergischen Kontaktekzems in meiner kontinuierlichen dermatologischen Betreuung. Zu den Verlaufskontrollen stellt er sich meist an Sonntagvormittagen vor, weil er werktags auf Montage unterwegs ist. Er ist hochgradig gegen das volatile Kontaktallergen Epoxidharz sen-



► **Abb. 1** Akute Symptomatik eines aerogenen allergischen Kontaktekzems im Gesicht.

sibilisiert. Über das Vorkommen dieser Substanz auf dem Bau ist er gut informiert. Durch technisch-organisatorische Maßnahmen kann er weitgehend Allergenkontaminierung am Arbeitsplatz einhalten. Manchmal muss er allerdings seine Mitarbeiter selbst anleiten, so beim Abdichten der Schluchseetalsperre mit Zweikomponentenkleber. Ähnliche Situationen kommen bei der Sanierung von Autobahnbrücken und von Tiefgaragen vor. Akzidentelle Exposition gegenüber epoxidharzhaltigen Aerosolen lassen sich dabei nicht völlig vermeiden.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA) bietet keinen Schutz vor volatilen Allergenen auf dem Bau. Die Schwere der Hauterkrankung ergibt sich allein aus der Natur des Allergens. Dem Grunde nach besteht ein Unterlassungszwang für die gefährdende Tätigkeit [1]. Der Deutsche Bundestag wird noch in dieser Legislaturperiode über den Begriff des Unterlassungszwangs diskutieren. Eine Gesetzesvorlage wurde erstellt, in der die Anerkennung einer BK 5101 nicht in jedem Fall von der Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit abhängig sein soll. Fälle wie der geschilderte könnten somit in der Zukunft mit einer BK-Anerkennung rechnen. Eine berufliche Neuorientierung kommt für den 58-jährigen Versicherten nicht in Betracht. Seine verantwortungsvolle, abwechslungsreiche Tätigkeit ist sehr gut bezahlt. Die Sorge des Patienten, dass er sich an einem leidensgerechten Arbeitsplatz finanziell verschlechtern könnte, ist nicht unberechtigt. Er nimmt Schübe seines Ekzems in Kauf, um seinen Lebensstandard zu halten. In seiner leitenden Position als Polier kann er die unmittelbare Allergenexposition weitgehend

► **Tab. 1** Muster für einen persönlichen Hautschutzplan.

Hautgefährdung	Schutzhandschuhe	Hautschutz	Hautreinigung	Hautpflege

durch organisatorische Maßnahmen meiden. Mit den Leistungen der BG Bau ist der Versicherte hoch zufrieden. Sie gewährt seit vielen Jahren – zeitlich unbefristet – Maßnahmen nach § 3 BKV. Alle 2 Jahre darf er für 3 Wochen zur stationären TIP-Maßnahme (TIP: Tertiäre Individual-Prävention) in eine geeignete Fachklinik. Vielen seiner Kollegen auf der Baustelle geht es nicht so gut. Sie arbeiten für Nachunternehmer (früher Subunternehmer genannt) aus Rumänien und Polen. Es ist Realität, dass auf deutschen Baustellen nur wenige Arbeiter bei deutschen Bauunternehmungen angestellt sind. Viele Hauterkrankungen werden dem Unfallversicherungsträger (UVT) nicht gemeldet. Arbeitnehmer, die für einen Nachunternehmer arbeiten, sind nicht in Deutschland unfallversichert.

Rezepte

Meine medizinische Fachangestellte (MFA) legt mir ein BG-liches Rezept zur Unterschrift vor. Die verordneten Externa sollen für 2–3 Monate reichen. Mit einem starken und einem schwachen topischen Kortikoid sowie einem Basistherapeutikum mit 10% Harnstoff sind viele Versicherte gut bedient. Eine Reinigungskraft stellt sich vor und bittet um ein Wiederholungsrezept. Die MFA weist mich darauf hin, dass der Behandlungsauftrag abgelaufen ist. Sie ruft bei der Sachbearbeiterin des UVT an und schildert die Situation. Meist liegt nach kurzer Zeit die Verlängerung per Fax vor. In einem anderen Fall erhält die Versicherte ein Kassenrezept. Die Verlängerung des § 3-Behandlungsauftrags wird im Verlaufsbericht beantragt.

Hautschutzberatung

Für eine Bäckerin wird von der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe (BGN) ein individueller Hautschutzplan nach GZI 17a angefordert. Kein anderer UVT nützt nach meiner Erfahrung diese Möglichkeit. Dies liegt daran, dass die BGN für ihre Mitglieder – meist Kleinbetriebe mit wenigen Beschäftigten – keinen Technischen Aufsichtsdiens (TAD) mit Besuchen vor Ort anbieten kann. In meiner Praxis hat sich dazu eine Maske für unterschiedliche hautbelastende Tätigkeiten bewährt (► **Tab. 1**). Eine solche Beratung kann auch nach Aktenlage erfolgen. Eine optimale Hautschutzberatung, z. B. zur Anwendung von Desinfektionsmitteln im Pflegebereich, schließt Übungen mit dem Dermalux®-Gerät (► **Abb. 2**) ein. Dabei wird nach dem Auftragen einer fluoreszierenden Creme überprüft, welche Hautareale an den Händen bei der Anwendung vergessen wurden. Meist sind dies die Daumen und Parungualregionen. Diese Maßnahme ist eine komplett delegierbare Leistung.



► **Abb. 2** Dermalux-Gerät zur Schulung der richtigen Handpflege und -hygiene (Quelle: Dr. Udo Schöpf/Berufsgenossenschaft für den Einzelhandel, Bonn, mit freundlicher Genehmigung).



► **Abb. 3** Akutes Handekzem, verursacht durch Kontakt mit Flüssigkeiten in der Metallbearbeitung.

Patientenaufklärung über Sprachbarrieren hinweg

Im Sprechzimmer wartet ein Maschinenbediener mit einem akuten Handekzem (► **Abb. 3**). Er arbeitet in der zerspannenden Metallbearbeitung. Er präsentiert ein Fläschchen mit einer übelriechenden, graubraunen Flüssigkeit, die er getestet haben möchte. Meine MFA hat mithilfe eines Dolmetschers bereits die Arbeitsanamnese erhoben. Die Sprachbarriere ist nicht nur bei Ausländern, sondern auch bei Spätaussiedlern ein Problem. Ein Übersetzungsprogramm auf dem Smartphone – es gehört zur Grundausstattung von Migranten – kann bei der Verständigung helfen. Meine MFA hat bereits die Arbeitsanamnese erhoben, den für den Arbeitgeber zuständigen UVT ausfindig gemacht und die Datenschutzerklärung für den Hautarztbericht vorbereitet. Für die Meldung ist das schriftliche Einverständnis des Patienten erforderlich. Die Vorteile seiner Teilnahme an dem Hautarztverfahren werden dem Versicherten von der MFA erläutert. Ein Argument neben den Leistungen der BG „mit allen geeigneten Mitteln“ ist im ländlichen Raum die Möglichkeit, vom UVT Fahrtkosten erstattet zu bekommen.

Vorbehalte hinsichtlich der Information des Arbeitgebers werden manchmal von Versicherten in befristeten Arbeitsverträgen geäußert. In solchen Fällen ist der Patient beruhigt, wenn auf der Datenschutzerklärung handschriftlich vermerkt wird „Patient wünscht keine Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber“. Dies ist formal gar nicht notwendig, weil der Versicherte nach der Einleitung des Hautarztverfahrens als nächsten Schritt stets vom UVT zu diesen und anderen Punkten einen Fragebogen erhält, den er unterschreiben muss. Der Wunsch des Versicherten nach Diskretion wird vom UVT respektiert.

Im akuten Stadium ist ein Patient mit einem schweren Handekzem gar nicht testfähig. Meine MFA erläutert ihm das weitere Vorgehen: Der Hautarztbericht sollte immer bei der Erstkonsultation erstattet werden (Definition gemäß UV-GOÄ „unverzüglich“ = 8 Werkzeuge). An Diagnostik können IgE-Bestimmung, Pricktest und RAST-Untersuchungen bei entsprechender Indikation sofort durchgeführt werden. Der Epikutantest erfolgt einige Wochen später. Die Testung eigener Berufsstoffe macht erst am Ende der Diagnostik Sinn. Entnahme und Etikettierung von Proben aus Maschinen oder Behältern am Arbeitsplatz ist nicht Sache des Maschinenbedieners. Wenn der Patient ohne Erlaubnis seines Arbeitgebers Kühlschmiermittel aus dem Betrieb mitnimmt, erfüllt dies juristisch sogar den Tatbestand des Diebstahls. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit kann i. d. R. professionell Proben zur Testung konfektionieren. Am besten gelingt die Probengewinnung durch den TAD des UVT. Die GZi 379 ist genehmigungspflichtig. Deshalb wird handschriftlich bei solchen Fällen bereits auf dem Erstbericht vermerkt: „Ich beantrage die Testung von arbeitsplatzspezifischen Berufsstoffen gemäß GZi 379 und beantrage einen schriftlichen Auftrag.“ Die zu Beginn erwähnte mitgebrachte Flüssigkeit wird entsorgt. Der Versicherte versteht dies nach den Erläuterungen durch die MFA.

Abschätzen: Was übernimmt der Versicherungsträger?

Eine Physiotherapeutin erscheint nach einer TIP-Maßnahme mit einem Wunschzettel, auf dem über 10 Hautreinigungs- und Hautpflegemittel stehen. Vor dem Ausstellen des BG-Rezepts muss die Liste auf wenige Produkte gekürzt werden. Die Großzügigkeit der UVT bei Sekundärer Individualprävention (SIP) und TIP weckt Begehrlichkeiten. Einige UVT sind großzügig bei der Gewährung von Hautmitteln, die meisten nicht. SVLFG, UKBW und andere Versicherungen legen die Bestimmung, dass die Kosten für PSA vom Arbeitgeber zu übernehmen sind, sehr eng aus. So soll eine Reinigungskraft selbst geeignete Schutzhandschuhe von ihrem Chef fordern. Dies wird jedoch aus Sorge um den Arbeitsplatz nur sehr selten erfragt. Der Migrantenhintergrund von Reinigungskräften ist mit einer Sprachbarriere verbunden. Der UVT könnte der Versicherten in einer solchen Situation – natürlich mit deren Einverständnis – mit schriftlichem Informationsmaterial einfach helfen.

Wirklich eine Berufskrankheit?

Ein Lackierer präsentiert nach einem zweitägigen Arbeitsversuch in der Autowerkstatt seine nässenden und blutenden Handinnenflächen. Der Faustschluss ist beidseits nicht möglich. Mit einem Gesichtsausdruck, der an das Leiden Christi erinnert, stellt er die rhetorische Frage: „Soll ich so wieder arbeiten gehen?“ Er erhält ohne längere Diskussion den gewünschten Krankengeld-Auszahlungsschein bis zum Monatsende.

Ein externes, vom UVT beauftragtes Hautschutzzentrum hat den Fall nach Aktenlage als „problematisch“ eingestuft. Kontaktsensibilisierungen konnten schon früher ausgeschlossen werden. Der Unterlassungszwang wird vom Versicherten selbst definiert. Auf die Frage, wie er sich seine berufliche Zukunft vorstelle, gibt er die Antwort: „Ich will auf keinen Fall mehr als Lackierer arbeiten. Meine schwere, verschmutzende und mechanisch belastende Arbeit bildet sich in keiner Weise in meinem Verdienst ab.“ Auf den Verlaufsbericht kommt der Vermerk: „V. a. Artefakt. Feststellungsverfahren mit Begutachtung einleiten!“

Eine Physiotherapeutin mit chronischem Handekzem huscht an mir vorbei. Sie kommt zur Creme-PUVA-Therapie. An der Anmeldung hat sie ihre rauen und roten Handrücken präsentiert und die suggestive Frage gestellt: „Kann ich mit diesen Händen arbeiten?“ Selbstverständlich bekommt sie die gewünschte AU-Bescheinigung. Sie ist glücklich über ein paar zusätzliche freie Tage. Sie ist allergisch gegen (Chlor-)Methylisothiazolinon (MCI) und weiß, wie sie ihr allergisches Kontaktekzem provozieren kann. SIP- und TIP-Maßnahmen hat sie schon hinter sich. Die Teilnahme daran hat zu einem Lerneffekt geführt. Chronisch Kranke stehen in einem Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach Heilung einerseits und der Gewährung von sozialen Leistungen andererseits. Ein Kompromiss zwischen diesen beiden Zielen lässt die Logik nicht zu. Manchmal ist der sekundäre Krankheitsgewinn größer als der Wille zur nachhaltigen Heilung.

Weitere Erkrankungen

Keinesfalls darf die Zielgruppe für das Hautarztverfahren auf Handekzempatienten reduziert werden. Auch folgende Fälle sollten gemeldet werden:

Eine Friseurmeisterin mit einer Psoriasis vulgaris (► **Abb. 4**), die Schutzhandschuhe mit abgeschnittenen Fingerlingen trägt, damit ihr Feingefühl nicht beeinträchtigt wird, hat kein Handekzem. Die Effloreszenzen entsprechen einem isomorphen Reizeffekt nach Köbner bei Psoriasis inversa. Diese ist konstitutionell verursacht. Die berufliche Einwirkung ist eine Gelegenheitsursache.

Das Two-Foot-One-Hand-Syndrom [2] eines Metallarbeiters (► **Abb. 5**), der sich immer wieder an seiner rechten Handinnenfläche mit dem Dermatophyten *Trichophyton rubrum* von seinen Vorfüßen infizierte, muss vom chronischen Handekzem abgegrenzt werden. Neben der allergologischen Diagnostik sind bei entsprechender Indikation im Rahmen der fachärztlichen Untersuchung oft auch Biopsien und mykologische Kulturen angezeigt. Die Kosten dafür werden nach Rücksprache vom UVT i. d. R. übernommen.



► **Abb. 4** Psoriasis an den Händen einer Friseurin.



► **Abb. 5** Infektion der rechten Handinnenfläche mit *Trichophyton rubrum* im Rahmen eines Two-Foot-One-Hand-Syndroms.

An der Anmeldung sehe ich beim Postausgang 3 Briefe an Patienten. Meine MFA teilt mir mit, dass es sich um Einladungen für Versicherte handelt, über die der UVT einen Verlaufsbericht angefordert hat.

Was ist der gemeinsame Nenner der oben genannten Beispiele? Ohne die Einbindung des Praxispersonals ist die Berufsdermatologie nicht umsetzbar. Die oben geschilderten Konsultationen fanden während der normalen Sprechstunde, zum Teil sogar zwischen operativen Eingriffen statt. Der ärztliche Zeitaufwand beschränkte sich auf Befunderhebung, Diagnose, kurze Beratung und das Festlegen des Prozedere. Die Formulare von Erst- und Folgebericht im Hautarztverfahren sind so angelegt, dass ein großer Teil der Fragen von einer geschulten MFA beantwortet werden können. In meiner Praxis wird ein großer Teil des BGlichen Schriftverkehrs von einer erfahrenen MFA, die von zu Hause aus arbeitet, erledigt. Nur so kann die Berufsdermatologie in der Hautarztpraxis effizient integriert werden.

Die Anfänge des Hautarztverfahrens

Am 12.05.1925 wurde die Ausdehnung der Zuständigkeit der 1884 gegründeten Unfallversicherung auf Berufskrankheiten erweitert. Ursprünglich waren 11 Krankheiten gelistet. Arzt und Unternehmer wurden anzeigepflichtig [3]. Die 2. Verordnung vom 11.02.1929 nannte bereits 5 spezielle Hauterkrankungen. In der Fassung von 1936 tauchte erstmals unter der Nr. 15 folgende Formulierung auf: „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zum Wechsel des Berufs oder zur Aufgabe jeder Erwerbsarbeit zwingen.“

Der Unterlassungszwang als Kriterium zur Anerkennung wurde 1968 eingeführt. Seither erfolgten entsprechend neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse kontinuierlich Ergänzungen der Berufskrankheitenverordnung. Aktuell sind 80 Berufskrankheiten gelistet. Eine der jüngsten Berufskrankheiten in unserem Fachgebiet ist die BK 5103.

Hauterkrankungen stehen in fast allen westlichen Industrienationen an der Spitze aller berufsbedingten Erkrankungen – geschätzte 30–40% – und verursachen erhebliche volkswirtschaftliche Kosten. Direkte (Therapie, Berufshilfe) und indirekte Kosten wurden in Deutschland auf 1,5–1,8 Mrd. € geschätzt [4]. Der hohe Stellenwert der BK 5101 bildet sich auch in der Steigerung der Zahl der jährlichen Verdachtsmeldungen seit 1950 ab. Die UVT erkannten schon vor 40 Jahren, welches Potenzial präventive Maßnahmen in der Dermatologie bieten. Deshalb wurde am 01.07.1972 auf Anregung von S. Borelli von Noeske das „Verfahren zur Früherfassung beruflich bedingter Hautkrankheiten (Hautarztverfahren)“ eingeführt. Die wichtigsten Bestimmungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger lauten (§41 – §43):

„§41 Vorstellungspflicht beim Hautarzt

1. Jeder Arzt ist verpflichtet, einen Versicherten mit krankhaften Hautveränderungen, bei dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne der BK 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung (Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, die zur Unterlassung aller Tätigkeiten gezwungen haben, die für die Entstehung, die Verschlimmerung oder das Wiederaufleben der Krankheit ursächlich waren oder sein können) entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.
2. Der Hautarzt untersucht den Versicherten. Er erstattet unverzüglich den Hautarztbericht – Einleitung Hautarztverfahren/Stellungnahme Prävention nach Formtext F 6050 – dem Unfallversicherungsträger und übersendet Durchschriften dem behandelnden Arzt.
3. Der Unfallversicherungsträger teilt dem Hautarzt unverzüglich mit, ob und ab welchem Zeitpunkt Heilbehandlung zu Lasten des Unfallversicherungsträgers durchzuführen ist.

§42 Wiedervorstellungspflicht

Soweit es aus Gründen der Diagnostik erforderlich ist, hat der Hautarzt den Krankheitsverlauf durch Wiedervorstellung des Versicherten zu überwachen. Er hat unverzüglich den Hautarzt-

bericht – Behandlungsverlauf nach Formtext F 6052 – dem Unfallversicherungsträger zu erstatten und Durchschriften dem behandelnden Arzt zu übersenden.

§43 Hauttestungen

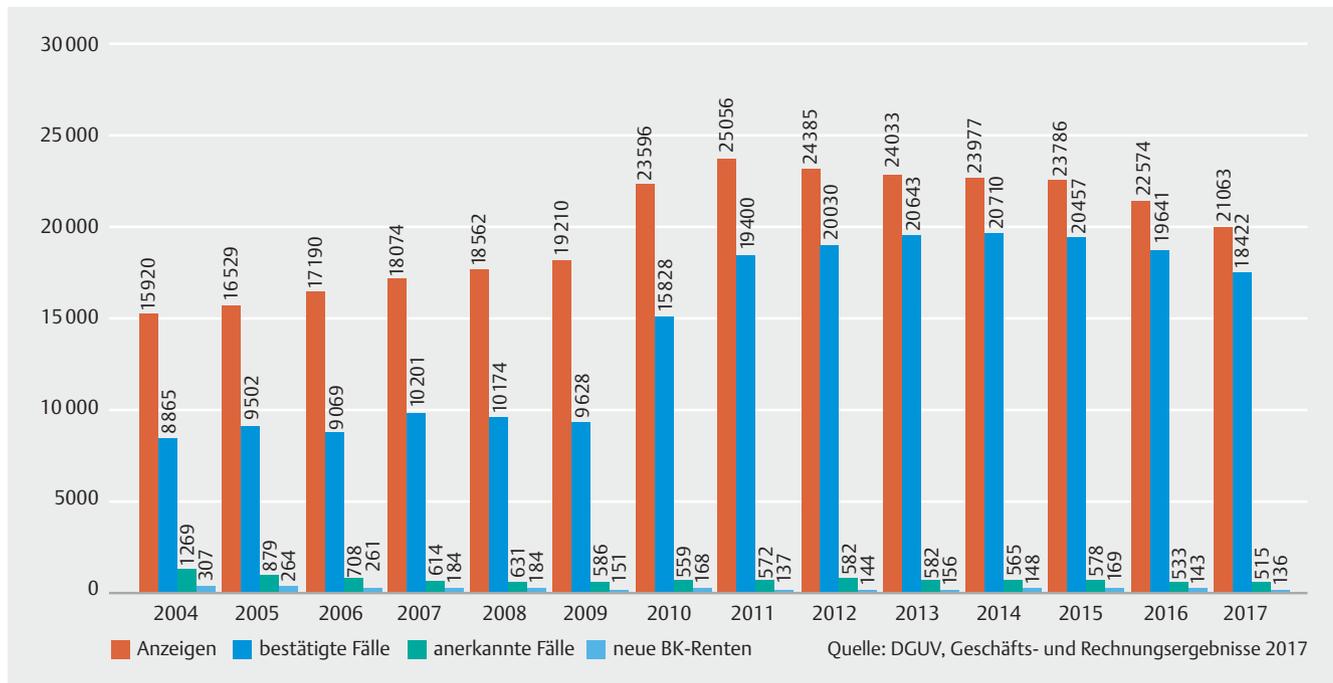
1. Der Hautarzt ist berechtigt, Tests durchzuführen, die zur Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen der Hauterkrankung und der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind.
2. Testungen sind auf das für die Erstattung des Hautarztberichts erforderliche Maß zu beschränken. Darüberhinausgehende Testungen bedürfen der Zustimmung des Unfallversicherungsträgers.“

Unter Ärzten anderer Fachrichtungen ist das Hautarztverfahren nach wie vor wenig bekannt. Etwas Vergleichbares gibt es bei anderen Berufskrankheiten nicht. Nur bei der BK 5101 ist ein solches Vorfeldverfahren etabliert [5]. Die Erfolge des Verfahrens sind eindrucksvoll. Weniger als 5% der gemeldeten Versicherten müssen in eine berufliche Neuorientierung. Durch gezielte Präventionsmaßnahmen sind früher häufige Erkrankungen, wie z. B. das Friseurekzem, sehr selten geworden [6].

Der Hautarztbericht muss bereits erstellt werden, wenn die Möglichkeit einer beruflichen Verursachung einer Hautkrankheit besteht. Darüber hinaus ist jeder Arzt, also auch ein Haus- oder Betriebsarzt, gemäß §41 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger eines Versicherten mit krankhaften Hautveränderungen, bei dem die Möglichkeit besteht, dass daraus eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit im Sinne der BKV entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, verpflichtet, diesen unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen. Der Dermatologe nimmt somit eine Schlüsselrolle bei der Erkennung, Bewertung und Behandlung von beruflich bedingten Hauterkrankungen ein. Die fachkompetente Betreuung umfasst auch Empfehlungen zu individualpräventiven Maßnahmen und deren Anwendung.

Aktuelle Situation

Nur ein Teil der Dermatologen in Deutschland erstellt Hautarztberichte. Über 70% aller Hautärzte nehmen nicht am Hautarztverfahren teil. Der durchschnittliche Hautarzt erstellt 2,3 Hautarztberichte pro Jahr. Eine Hautarztpraxis in den KV-Bezirken Nordrhein, Baden-Württemberg oder Bayern erwirtschaftet unter 5% ihres Umsatzes in der Berufsdermatologie. 20% der Praxen in den Bundesländern Westfalen-Lippe, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern erwirtschaften bis zu 10% ihres Umsatzes mit BG-Leistungen. Nur 15% der in diesem Gebiet aktiven Praxen kommt auf einen Umsatz von über 500€ an Honorar nach der UV-GOÄ pro Quartal. Diese Zahlen wurden von Klaus Strömer 2012 im Rahmen einer repräsentativen Umfrage ermittelt. Die Ergebnisse der Umfrage wurden auf Tagungen vorgetragen, aber nicht schriftlich publiziert [7]. Diese Zahlen sind inzwischen etwas in die Jahre gekommen. Es ist aber unwahrscheinlich, dass sich die Akzeptanz des Hautarztverfahrens inzwischen wesentlich gesteigert hat. Die Zahl der Erstmeldungen ist 2018 dramatisch eingebrochen [8].



► **Abb. 6** Entwicklung der Fallzahlen berufsbedingter Hauterkrankungen (BK Nr. 5101) von 2004 – 2017. Datenquelle: DGUV, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2017.

Nach Erreichen einer Plateauphase ist die Zahl der Erstmeldungen im Hautarztverfahren in der zweiten Hälfte des Jahres 2018 rückläufig (► **Abb. 6**). Dies ist bemerkenswert, weil gleichzeitig die Zahl der Beschäftigten in Deutschland auf einem absoluten Höchststand angekommen ist. Eine plausible Erklärung dafür gibt es nicht. Folgende Hypothesen bieten sich an [9]:

Abnahme der hautbelastenden Arbeitsplätze? Dies ist unwahrscheinlich, da sich in Deutschland sowohl im Produktions- als auch im Dienstleistungsbereich nichts Grundlegendes geändert hat. Es ist möglich, dass manche angelernten Personen in den zweiten Arbeitsmarkt abgerutscht sind, für Personaldienstleister arbeiten und befristete Arbeitsverträge haben. In manchen Fällen mag die Sorge um den Arbeitsplatz größer sein als der Wunsch nach einer kompetenten fachärztlichen Behandlung. Deshalb wird die Konsultation beim Hautarzt zurückgestellt. Arbeitnehmer, die für Nachunternehmer arbeiten, sind nicht unfallversichert und tauchen deshalb in keiner Statistik auf. Kontaktallergien gegen Epoxidharz sind wahrscheinlich viel häufiger als gemeldet, weil viele Betroffene durch keinen UVT geschützt sind.

Besserer Arbeitsschutz? Intensive SIP- und TIP-Maßnahmen haben sicher zu einer Reduktion der schweren, fortgeschrittenen Fälle geführt. Paradebeispiel für eine solche erfolgreiche Strategie ist die fast vollständige Ausrottung des Friseurkeuzems durch die SchuBerZ der BGW in den 90er- und 00er-Jahren. Etwas Ähnliches ereignet sich derzeit in den Pflegeberufen. Die TeilnehmerInnen von Hautschutzseminaren profitieren nicht nur selbst von den intensiven Präventionsmaßnahmen des UVT, sondern kehren mit ihrem profunden Wissen über

Prävention in ihren Betrieb zurück und wirken so als Multiplikatoren im Hautschutz bei ihren KollegInnen.

Mangelndes Engagement der Dermatologen? Für niedergelassene Hautärzte ist das wichtigste Alltagsproblem im Praxismanagement der Fachkräftemangel. Der Arbeitsmarkt für MFAs ist leergefegt. Die Industrie bietet in Zeiten guter Konjunktur hochdotierte kaufmännische Arbeitsplätze mit attraktiven Arbeitszeiten. Viele MFAs wandern in dieses Arbeitsmarktsegment ab. Die Hautarztpraxen in Deutschland arbeiten am Anschlag. In Zeiten steigender Hautkrebszahlen liegt der Schwerpunkt der Versorgung der Patienten im Hautscreening und in der konservativen und operativen Behandlung von Hauttumoren, was personalintensiv ist. Ohne die Einbindung qualifizierter MFAs ist die Berufsdermatologie nicht effektiv zu betreiben. Sie ist obligat mit zeitaufwendigem Schriftverkehr verbunden. In der einen oder anderen Praxis kann so die Priorität für BG-liche Fälle leiden.

Gibt es eine Erklärung für das nachlassende Interesse der deutschen Dermatologen an dem Hautarztverfahren?

Nach wie vor nehmen viele Kollegen an den Zertifizierungsseminaren der ABD teil, um die Zusatzbezeichnung „Berufsdermatologie (ABD)“ zu erwerben. Dieses Angebot ist sehr wichtig, weil nur wenig Weiterbildungseinrichtungen, insbesondere kaum Universitätskliniken, Berufsdermatologie in Lehre und Forschung praktizieren.

Eine häufige Einlassung von Kollegen, die ihr Engagement reduziert haben, ist der hohe Zeitaufwand für den BG-lichen

Schriftverkehr. Manche fühlen sich durch standardisierte Empfehlungen von Hautschutzzentren, die Fälle nach Aktenlage oder im Rahmen von SIP- und TIP-Maßnahmen beurteilen, in ihrer Therapiefreiheit eingeschränkt. Die Briefe von BG-lichen Sachbearbeiterinnen sind standardisiert und gehen oft nicht auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten ein. Ein zunehmendes Problem ist der Datenschutz. Wenn dem betreuenden Dermatologen ein TAD-Bericht verweigert wird, weil das Unternehmen dazu kein Einverständnis gegeben hat, ist dies kontraproduktiv für Therapie und Prävention. Manche Entscheidungen der Sachbearbeiter sind nicht nachvollziehbar. Das Totschlagargument lautet: „Die BG ist Herr des Verfahrens.“ Aufträge für Zusammenhangsgutachten werden von den UVT nur noch selten an niedergelassene Dermatologen vergeben. Feststellungsverfahren werden meist hausintern abgeschlossen. Der Aufwand für Prozeduren in der Hautarztpraxis steht und fällt mit dem Grad der Standardisierung. Das Qualitätsmanagement kennt dazu den Begriff Behandlungspfad. Geschultes Personal kann dem Arzt viele Aufgaben abnehmen. Es lohnt sich, MFAs zu Qualifizierungsseminaren der ABD zu schicken. Neben der Ökonomisierung der Alltagsarbeit gibt das Delegieren von Verantwortung der zertifizierten MFA ein Alleinstellungsmerkmal. Ihre Tätigkeit ist anspruchsvoll und mit Wertschätzung verbunden. Die Einbindung des Praxispersonals ist der Schlüssel für einen erfolgreichen berufsdermatologischen Schwerpunkt.

Vorteile des Hautarztverfahrens

Die Behandlung von GKV-Versicherten erfolgt nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Ärztliche und technische Leistungen sind budgetiert. Die Verordnung von teuren Arzneimitteln ist von Regressen bedroht. Honorare für allergologische Leistungen werden im Rahmen des Regelleistungsvolumens (RLV) nicht leistungsgerecht durch den EBM abgebildet.

Das Leistungsspektrum der UVT nach erteiltem Behandlungsauftrag geht weit über das Angebot der GKV hinaus. Die rechtliche Vorgabe dazu gibt der § 3 BKV:

„Besteht für den Versicherten die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, so hat der Träger der Unfallversicherung **mit allen geeigneten Mitteln** dieser Gefahr entgegenzuwirken. Ist die Gefahr für den Versicherten nicht zu beseitigen, hat der Träger der Unfallversicherung ihn aufzufordern, die gefährdende Tätigkeit zu unterlassen. Der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle ist Gelegenheit zur Äußerung zu geben.“

Die Leistungen nach § 3 BKV umfassen nicht nur Heil- und Pflegemaßnahmen, sondern auch Schulungen sowie technische und organisatorische Maßnahmen. Verlaufsberichte an den UVT sollen in mindestens zweimonatigen Abständen erfolgen. Sie können aber auch anlassbezogen erstattet werden, wenn sich die Situation am Arbeitsplatz negativ verändert, bei langer Arbeitsunfähigkeit oder wenn es vom UVT angefordert wird. Zentrales Ziel des Hautarztverfahrens ist es, hautkranken Beschäftigten den Berufsverbleib durch Optimierung des Haut- und Arbeitsschutzes sowie stadiengerechter Therapie zu ermöglichen [10].

Neben den Sach- und Beratungsleistungen ist noch ein anderer Aspekt wichtig: BG-liche Patienten erfahren Wertschätzung und Zuwendung in der Praxis. Ihre Wartezeiten sind kurz. Sie werden wie VIP behandelt. Dies bekommen Patienten, die durch andere Kostenträger versichert sind, nicht geboten.

Abrechnung

Die Vergütung BG-licher Leistungen erfolgt nach der UV-GOÄ, die sich in einigen wesentlichen Punkten von anderen Abrechnungsregelwerken unterscheidet [11]. So gilt als Behandlungsfall die gesamte ambulante Versorgung, die von demselben Arzt nach der ersten Inanspruchnahme innerhalb von 3 Monaten an demselben Patienten zulasten desselben gesetzlichen UVT vorgenommen worden ist [12]. Es gibt keine Steigerungsfaktoren und keine Analogziffern. Rechtsgrundlage ist der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger, der kontinuierlich Änderungen unterworfen ist. In den letzten Jahren wurden die Honorare deutlich angehoben. Bei der DGUV kann kostenfrei eine UV-GOÄ (Stand 01.01.2019) angefordert werden. Die Gebührenordnung ist ständig im Fluss. So ist die GZi 5 seit Anfang 2019 abgeschafft; ihr Inhalt ist jetzt Bestandteil der GZi 4. Am 01.10.2017 wurde eine Steigerung aller Honorare um 8% für das laufende Jahr und um je 3% bis 2020 vereinbart [13]. Es empfiehlt sich, grundsätzlich nach der im Internet veröffentlichten und laufend aktualisierten UV-GOÄ abzurechnen. Allergologische Diagnostik kann schon mit dem Erstbericht erfolgen. Der Epikutantest ist in der UV-GOÄ deutlich besser vergütet als in der GOÄ und der GKV, um den höheren Aufwand für die Bereitstellung der Testsubstanzen für die Abklärung einer Berufskrankheit zu entschädigen. Der Testumfang ergibt sich aus der spezifischen Exposition des Versicherten [11].

Nach erteiltem Behandlungsauftrag gemäß § 3 BKV kann die Behandlung zulasten des UVT erfolgen. Dauer und Schwere der Erkrankung, hoher Aufwand und Gefahr des Arbeitsplatzverlustes können im Einzelfall Anlass für die Gewährung „besonderer Heilbehandlung“ sein. Der Atopie-Score nach GZi 128 wird nur nach vorheriger Anforderung durch den UVT erstattet. Auch der individuelle Hautschutzplan nach GZi 17a wird nur nach entsprechendem Auftrag des UVT erstellt. Die physikalische Behandlung, z. B. die Creme-PUVA-Therapie nach GZi 565 und 567, stellt eine effektive, nebenwirkungsarme Behandlung des chronischen Handekzems dar. Die Mitarbeit des Versicherten kann durch den Hinweis gesteigert werden, dass seine Fahrtkosten erstattet werden.

Ein Institutionskennzeichen erleichtert und beschleunigt den Zahlungsverkehr. Es kann bei der DGUV beantragt werden. Wenn für die BG-lichen Vergütungen ein separates Bankkonto eingerichtet ist, erleichtert dies die Kontrolle des Zahlungseingangs. Manchmal irritieren Informationen des UVT über – berechnete oder unberechnete – Kürzungen der Liquidationen. Ob es sich im Einzelfall lohnt, die Clearingstelle am iDerm in Osnabrück einzuschalten, hängt vom gekürzten Betrag ab. Die meisten Liquidationen werden rasch und vollständig bezahlt. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der BG-lichen Vorgänge sind Honorarkürzungen ein seltenes Ereignis. Sie fallen durch die

Pflicht der UVT zur Information im Posteingang auf und haben für den ganzen Gesamtumsatz eine geringe Bedeutung.

Fazit

Die Dermatologen tragen durch die optimale Versorgung von Patienten mit Berufsdermatosen entscheidend zur Reduktion von individuellen gesundheitlichen und sozioökonomischen Problemen bei. Der Praxisschwerpunkt Berufsdermatologie lohnt sich für die betroffenen Patienten, für die individuelle Praxis, aber auch für die gesundheitspolitische Stellung unseres Fachgebiets [13]. Die Umsetzung im Sprechstundenalltag erfordert die Einbindung und Qualifizierung des Praxispersonals. Deshalb ist die Teilnahme von MFAs an den von der ABD angebotenen Fortbildungsseminaren Berufsdermatologie für Pflegekräfte und Fachangestellte (DDA) dringend zu empfehlen. Ihre Anmeldung erfolgt über folgende E-Mailadresse: info@agentur-herzberg.de.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- [1] Wehrmann W. Schwere Hauterkrankung im medizinischen Sinn. In: Schwanitz HJ, Wehrmann W, Brandenburg S et al., Hrsg. Gutachten Dermatologie. Darmstadt: Steinkopff; 2003: 82
- [2] Weisshaar E. Two Feet-One Hand-Syndrom – eine wichtige Differentialdiagnose auch bei Begutachtung einer Berufskrankheit der Nr. 5101. *Dermatol Beruf Umw* 2018; 4: 181 – 183
- [3] Kühl M, Nauroth E. Gesetze und Verfahren. In: Kühl M, Klaschka F, Hrsg. Berufsdermatosen. München: Urban & Schwarzenberg; 1990: 7 – 25
- [4] Becker-Gellner U. Kosten von Berufsdermatosen – betriebswirtschaftliche Kosten. Vortrag Krefelder Hautschutztag 21.06.1998, Krefeld
- [5] Diepgen TL, Elsner P, Schliemann S et al. Guideline on the management of hand eczema ICD-10 Code: L20., L23., L24., L25., L30. *JDDG* 2009; 7 (Suppl. 03): 1 – 16
- [6] Fartasch M, Diepgen TL, Drexler H et al. S1-AWMF-Leitlinie (Langversion). Berufliche Hautmittel: Hautschutz, Hautpflege und Hautreinigung. ICD10: L23., L24. *Dermatol Beruf Umw* 2015; 63: 47 – 74
- [7] Strömer K, Präsident des BVDD, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin. Dermatologische Praxisstrukturen in Deutschland. Persönliche Mitteilung am 16.03.2019
- [8] Krohn S, Referat Berufskrankheiten der DGUV, Glinkastraße 40, 10117 Berlin. Persönliche Mitteilung am 15.02.2019
- [9] Elsner P, Direktor der Klinik für Hautkrankheiten, Erfurter Str. 35, 07743 Jena. Persönliche Mitteilung am 15.03.2019
- [10] John SM. Verfahren zur Früherfassung beruflich bedingter Hautkrankheiten (Hautarztverfahren). In: Schwanitz HJ, Wehrmann W, Brandenburg S et al., Hrsg. Gutachten Dermatologie. Darmstadt: Steinkopff; 2003: 33 – 59
- [11] Bauer A. Alles Wichtige zum Hautarztbericht. *Dermatol Beruf Umw* 2018; 66: 48 – 53
- [12] Pasch H. Hautarztverfahren. *Arzt & Wirtschaft Dermatologie* 2018; 10: 11 – 12
- [13] Schneider S, Krohn S. Individualprävention bei Hauterkrankungen. Eine Erfolgsgeschichte. *DGUV Forum* 2018; 12: 14 – 19
- [14] Wehrmann W, John SM, Skudlik C. Management und Abrechnung der BK 5103 – Tipps und Tricks. *Akt Dermatol* 2018; 44: 355 – 359