

Bamberger Merkblatt

Begutachtungsempfehlungen für die Berufskrankheit Nr. 5101 der Anlage zur BKV

Arbeitsgruppenmitglieder:

- Dr. med. Bernhard-Klimt, Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e.V.
Blome, Leitung und Koordination der Arbeitsgruppe, Hauptverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften (HVBG)
- Dr. jur. Brandenburg, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Prof. Dr. med. Diepgen, Leitung und Koordination der Arbeitsgruppe, Arbeitsgemein-
schaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD)
- Dr. Dostal, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Bundesanstalt für Arbeit
- Prof. Dr. med. Drexler, Deutsche Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin
- Dr. med. Frank, Arbeitsgemeinschaft der Bau-Berufsgenossenschaften
- Gobrecht, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG)
- PD Dr. med. John, Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD)
- Dr. med. Kleesz, Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten
- Pappai, Arbeitsgemeinschaft der Metall-Berufsgenossenschaften
- Dr. med. Schindera, Berufsverband der Deutschen Dermatologen
- Dr. med. Schmidt, Vereinigung Deutscher Staatlicher Gewerbeärzte e.V.
- Prof. Dr. phil. Dr. med. Schwanitz, Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermato-
logie (ABD)

Inhaltsverzeichnis:

	<u>Seite</u>
1. ZWECK, ANWENDUNGSBEREICH	3
2. ERFORDERLICHE UNTERSUCHUNGEN (GRUNDLAGEN DES AUFBAUS, DER DIAGNOSTIK UND DOKUMENTATION IM ARBEITSDERMATOLOGISCHEN GUTACHTEN)	4
2.1 Anamnese	4
2.2 Befunde	5
3. BEURTEILUNG	11
4. RECHTLICHE GRUNDLAGEN	12
4.1 Krankheit	12
4.2 Schädigende Einwirkungen	13
4.3 Verursachung, Entstehung/Verschlimmerung	13
4.4 Schwere	16
4.5 Wiederholte Rückfälligkeit	16
4.6 Wahlfeststellung	16
4.7 Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit	16
4.8 Rente	17
5. DIE EINSCHÄTZUNG DER MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT (MdE)	18
5.1 Begriffsbestimmung	18
5.2 Schätzung der MdE durch den Gutachter	20
5.3 Empfehlungen zur Schätzung der MdE	22
5.4 Erläuternde Hinweise	23
5.5 Besondere Hinweise	25
6. ANWENDUNG VON § 3 BKV	26
6.1 Rechtliche Grundlagen	26
6.2 Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 BKV	26
6.3 Maßnahmen nach § 3 Abs. 1 Satz 2 BKV	27
7. HINWEISE ZU WEITEREN HEILBEHANDLUNGSMAßNAHMEN BEI VORLIEGEN DES VERSICHERUNGSFALLES	30
8. LITERATUR	31

1. ZWECK, ANWENDUNGSBEREICH

In der Anlage (Berufskrankheiten-Liste) zur Berufskrankheiten-Verordnung sind unter Nr. 5101 als Berufskrankheit bezeichnet:

„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.“

Die Begutachtungsempfehlungen richten sich in erster Linie an den arbeitsdermatologischen Gutachter, der bei einer fraglich berufsbedingten Hautkrankheit eine Aussage über den ursächlichen Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit, die besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen und die durch die Folgen der Hautkrankheit bedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) trifft. Es ist gesetzliche Aufgabe des Unfallversicherungsträgers im Sinne der §§ 20 ff SGB X die relevante Exposition, die Krankheitsdaten und die anspruchsbegründenden Tatsachen vollständig zu ermitteln. Die erforderlichen Untersuchungsmethoden gelten als Gutachtenstandards und in Verbindung mit den MdE-Vorschlägen wird die erforderliche Schlüssigkeitsprüfung der Gutachten für die Unfallversicherungsträger (UV-Träger) und die Sozialgerichtsbarkeit erheblich leichter; hiermit wird aber auch mehr Transparenz für die betroffenen Versicherten erreicht. Die von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes geforderten formalen Voraussetzungen an ein antizipiertes Sachverständigengutachten sind für Begutachtungsempfehlungen bei Berufskrankheiten erstmals vollständig erfüllt worden; allerdings konnte die Frage, wie sich der Umfang, der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens nach § 56 Absatz 2 SGB VII objektiv bewerten lässt, mangels valider berufskundlicher arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse derzeit nicht gelöst werden. Mit dem erläuterten Verfahren wird eine weitgehende Gleichheit in der Beurteilung berufsbedingter Hautkrankheiten und eine möglichst objektive Bemessung der Folgen einer Berufskrankheit

der Haut nach Nr. 5101 der Anlage zur BKV (BK-Nr. 5101) sichergestellt. Sinngemäß gelten diese Empfehlungen auch für Nachuntersuchungen.

2. ERFORDERLICHE UNTERSUCHUNGEN (GRUNDLAGEN DES AUFBAUS, DER DIAGNOSTIK UND DOKUMENTATION IM ARBEITSDERMATOLOGISCHEN GUTACHTEN)

2.1 Anamnese

Die Anamnese ermöglicht unter anderem die Prüfung

- des ursächlichen Zusammenhangs zwischen der gefährdenden Einwirkung und der eingetretenen Hauterkrankung,
- der besonderen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Anerkennung als Berufskrankheit,
- der Voraussetzungen für die Gewährung vorbeugender Leistungen im Rahmen des § 3 BKV.

Ein Erhebungsbogen kann hilfreich sein [Schwanitz et al. 1998].

Widersprüche zwischen den Angaben des Untersuchten und der Dokumentation in der Akte des UV-Trägers sollen offengelegt und ggf. in der Diskussion erneut hervorgehoben werden, um unterschiedliche Konsequenzen der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Bei wesentlichen Unklarheiten oder Abweichungen ist der UV-Träger einzuschalten.

- 2.1.1.** Familienanamnese, insbesondere Erkrankungen der Haut und des atopischen Formenkreises
- 2.1.2.** Eigenanamnese, einschließlich Erkrankungen der Haut und des atopischen Formenkreises, u.a. anamnestische Atopiekriterien [Diepgen et al. 1991]
- 2.1.3.** Sozial- und Freizeit-Anamnese, insbesondere hautbelastende Aktivitäten

2.1.4. Berufsanamnese

Es kann bei komplizierten Berufsanamnesen unter Umständen geboten sein, die Hauterscheinungen gleich bei der Beschreibung der einzelnen Tätigkeiten zu erwähnen.

2.1.5. Arbeitsplatzbeschreibung (einschließlich Schutzmaßnahmen)

Eine umfassende detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung ist erforderlich (vgl. 4.2). Es kann sinnvoll sein, wichtige Daten aus der Akte wie die Arbeitsplatzbeschreibung durch die Präventionsabteilung oder den Betriebsarzt aufzuführen.

2.1.6. Spezielle Hautanamnese

Die Anamnese gibt u.a. entscheidende Hinweise für die Beurteilung

- a) der Verursachung,
- b) der Schwere oder wiederholten Rückfälligkeit,
- c) des Zwangs zur Tätigkeitsaufgabe.

Deshalb sollen unter Einbeziehung von Daten aus der Akte hervorgehoben werden,

- a) die Lokalisation der Hauterscheinungen,
- b) der Verlauf unter Berücksichtigung dokumentierter ärztlicher Behandlungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- c) die vom Versicherten und behandelnden Hautarzt beschriebenen Hautveränderungen.

Hautschutzmaßnahmen sind detailliert nach Produkten und Anwendungsart zu erfassen.

2.2 Befunde

2.2.1. Klinische Befunde

Die Erhebung und Dokumentation des Allgemeinzustandes auf Grund einer orientierenden körperlichen Untersuchung ist erforderlich.

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

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

Kriterien einer atopischen Hautdiathese [Diepgen et al. 1991] sind zu erheben und als positiver oder negativer Befund zu dokumentieren (ein Erhebungsbogen kann hilfreich sein). Entsprechendes gilt für andere Hautkrankheiten.

2.2.2. Testungen und diagnostischer Umfang

Die Diagnostik berufsbedingter Hautkrankheiten hängt entscheidend ab von einer effizienten Anamnese und sehr detaillierten dermatologischen Befunderhebung (Informationserfassung). Diese wird ergänzt durch spezifische allergologische und ggf. hautphysiologische Tests und ermöglicht im Anschluss die Erstellung einer Diagnose (Informationsverdichtung). Im Anschluss ist eine arbeitsdermatologische Beurteilung möglich, die dem UV-Träger eine sachgerechte Entscheidung erleichtern soll (Informationsverknüpfung). Dieser Verfahrensablauf verdeutlicht, dass Tests immer nur die Funktion eines diagnostischen Instrumentes haben, welches beherrscht werden muss in seiner sachgerechten Anwendung, Durchführung und Interpretation. Anwendung heißt, die Auswahl der zu testenden Substanzen soll im Zusammenhang mit der speziellen Anamnese und dem Hautbefund stehen. Durchführung bedeutet, dass der Gutachter über hinreichende Kenntnisse und Erfahrungen in der Allergologie verfügt und entsprechend handelt. Interpretation meint, dass z.B. bei Epikutantest-Reaktionen differenziert

wird zwischen irritativen und allergischen Reaktionen einerseits. Andererseits ist bei nachgewiesenen Sensibilisierungen gegen getestete Substanzen zu prüfen, ob diese tatsächlich eine klinische Relevanz haben, d.h. das Krankheitsbild bestimmt, mitbestimmt oder beeinflusst haben.

2.2.2.1 Epikutantests sollen in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Deutschen Kontaktallergiegruppe (DKG) erfolgen [Schnuch et al. 2001]. Ableesungen sind nach 24 bzw. 48 sowie nach 72 h zwingend durchzuführen. In Zweifelsfällen sind weitere Ableesungen (z.B. nach 96 h) notwendig.

2.2.2.2 Die Arbeitsgruppe „Gutachtenqualität“ in der Arbeitsgemeinschaft für Berufsdermatologie in der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (ABD) bzw. die Vereinigung der Metall-Berufsgenossenschaften (VMBG) haben **berufsgruppenspezifische Testempfehlungen** bisher exemplarisch für einzelne Berufe, in denen relativ häufig Hauterkrankungen auftreten, entwickelt; zum einen, um dem Gutachter einen Anhalt für seine tägliche Praxis zu geben, zum anderen, um den Sachbearbeitern in den zuständigen Berufsgenossenschaften einen Anhalt zu geben für die Prüfung der Frage: Sind die notwendigen Tests durchgeführt worden und waren die durchgeführten Tests sachgerecht?

Bei der Gutachtenerstellung geht es immer darum, dem Einzelfall gerecht zu werden. Somit kann sich aus den Besonderheiten des Einzelfalls ein Anlass für weitergehende Testungen ergeben (Frosch et al. 1997). Darüber hinaus sind berufsgruppenspezifische Testempfehlungen immer nur für einen begrenzten Zeitraum korrekt, da sich die Berufsstoffe und somit die potenziellen Allergene in einem steten Wandel befinden. Deshalb sind Testempfehlungen kontinuierlich zu aktualisieren, auf die entsprechend publizierten Empfehlungen wird verwiesen.

2.2.2.3 Für die **Testung mitgebrachter Berufsstoffe** sollen Sicherheitsdatenblätter, ggf. Rezepturen (arbeitsmedizinische Rahmenrezepturen) vorliegen. Berufsstoffe, deren Zusammensetzung nicht hinreichend bekannt ist, sollen im

Epikutantest nicht routinemäßig getestet werden, sondern nur im Einzelfall nach Abwägung der diagnostischen Bedeutung für das Gutachten, toxikologischer Aspekte und haftungsrechtlicher Konsequenzen (z.B. zunächst nur im offenen Test) [Frosch et al. 1997].

Wenn die Rezepturen bzw. Produktinformationen nicht vom UV-Träger dem Gutachter zur Verfügung gestellt werden, soll der Gutachter den Versicherten im Einbestellschreiben bitten, die für den Versicherten relevanten Berufsstoffe und die hierzu vorliegenden Informationen zur Untersuchung mitzubringen. Weitere konkrete Informationen zu derartigen Berufsstoffen hat sich der Gutachter dann beim UV-Träger über dessen Präventionsdienst zu beschaffen.

2.2.2.4 Substanzen, die in Vortestungen zu sehr starken Reaktionen (dreifach positiv) geführt haben, sollen nur begründet reproduziert werden. Eine **Wiederholung von Epikutantests** innerhalb von sechs Monaten ist in der Regel nicht notwendig.

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

2.2.2.6 Anerkannte **Hautfunktionstests** sind fakultativ und bedürfen besonderer Erfahrungen bei der Durchführung und Interpretation [John 2001].

2.2.2.7 Ein Anlass für **weitergehende Diagnostik** kann sich im Einzelfall ergeben und ist zu begründen.

2.2.3. Stufendiagnostik

Eine Stufendiagnostik im Rahmen von arbeitsdermatologischen Gutachten bzw. Nachgutachten bei der BK-Nr. 5101 ist generell nicht sinnvoll. Die komplexe Pathogenese, die Berufsdermatosen häufig zu Grunde liegt (z.B. allergische, irritative und endogene Einflüsse bei z. T. klinisch sehr uniformen Krankheitsbildern), macht es erforderlich, jeweils das erforderliche Diagnostik-Repertoire auszuschöpfen. Darüber hinaus ist wegen des erheb-

lichen Zeitaufwands mancher Untersuchungen (z.B. Epikutantestungen) auch unter Kostengesichtspunkten eine solche Mehrschrittdiagnostik nicht sinnvoll.

2.2.4. Stationäre Begutachtungen

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

2.2.5. Dokumentation

Zur Dokumentation der Anamnese und der klinischen Befunde siehe 2.1 und 2.2.1. Darüber hinaus sind Testmodalitäten einschließlich Art der Aufbringung der Testsubstanzen (z. B. Finn Chambers Testkonzentrationen, Testvehikel und Ablesezeitpunkte) ausführlich zu dokumentieren, ggf. sind weitere Befunde (z.B. Histologie) beizulegen.

2.2.6. Indikationsstellung für eine Begutachtung nach Aktenlage bei der BK-Nr. 5101

Vorbemerkungen:

- a) Der Regelfall ist das Gutachten mit persönlicher Untersuchung des Versicherten. Nur unter besonderen Voraussetzungen oder besonderen Fallkonstellationen (s.u.) wird eine Begutachtung lediglich nach Aktenlage im Sinne eines als Ausnahme durchgeführten, vereinfachten Entscheidungsverfahrens für gerechtfertigt gehalten.
- b) Grundsätzlich sind nach Aktenlage nur die Fälle zu beurteilen, die hinsichtlich der Befunddokumentation und allergologischen Diagnostik den etablierten Standards entsprechen (ABD, DKG), besonders wird hier auf die einschlägigen Ausführungen in den von der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung im BK-Verfahren“ der ABD erarbeiteten „Empfehlungen zur Begutachtung bei der BK Haut“ verwiesen [Brandenburg et al. 1999].

Gutachten nach Aktenlage sind z. B. in folgenden Fallkonstellationen möglich:

- Ein beruflicher Zusammenhang mit der aufgetretenen Hautkrankheit ist nach Aktenlage eindeutig ausgeschlossen (z.B. seborrhoisches Ekzem im Brustbereich bei Schreibtischtätigkeit, systemische Mastozytose, T-Zell-Lymphome).
- Bei dem Versicherten wurde eine Maßnahme der Individualprävention (z.B. stationäres Heilverfahren) mit Erfolg durchgeführt, so dass ein Unterlassungszwang nicht besteht.
- Bei dem Versicherten bestehen nach Berufsaufgabe keine Hautveränderungen mehr und die Aktenlage ist ausreichend.
- Ein Versicherter hat wiederholt erkennen lassen, dass er trotz eingehender Aufforderung nicht bereit ist, seiner Mitwirkungspflicht nach zu kommen.

2.2.7 Empfehlungen für Wiederholungsgutachten

Wiederholungsgutachten sind angezeigt bei Versicherten, bei denen wegen der anerkannten BK eine rentenberechtigende MdE besteht, solange noch mit einer Änderung zu rechnen ist. Aber auch in anderen Fallkonstellationen können Wiederholungsgutachten indiziert sein:

- Übt der Versicherte nach einer ablehnenden Entscheidung des UV-Trägers die für die Auslösung der Erkrankung ursächliche Tätigkeit weiter aus, empfiehlt sich eine Befundkontrolle nicht später als 1 Jahr nach der letzten Begutachtung. Bestehen nach dem Ergebnis der Befundkontrolle oder auch einer Rückfrage beim Versicherten weiter Hautveränderungen oder Beschwerden, ist eine Nachbegutachtung zu veranlassen. Hierbei sollte der Schwerpunkt insbesondere bei Maßnahmen zur Verbesserung der Prävention am Arbeitsplatz liegen (z. B. Überprüfung des eingesetz-

ten Hautschutzes auf Praktikabilität unter Berücksichtigung der aktuellen Situation am Arbeitsplatz).

- Ist Folge der anerkannten Berufskrankheit ein irritativer Schaden, empfehlen sich regelmäßige Nachbegutachtungen, wenn die Hauterkrankung weitere dermatologische Behandlung erforderlich macht.
- Wenn als Folge der Berufskrankheit lediglich persistierende Sensibilisierungen ohne eine manifeste Hauterkrankung vorliegen oder wenn sich bei konstantem Sensibilisierungsspektrum in einer Beobachtungsphase von etwa 4 Jahren mit 1-2 Nachbegutachtungen keine sonstigen Änderungen ergeben haben, sind weitere Wiederholungsgutachten in aller Regel nicht erforderlich.

Kann der Gutachter bei der Erstbegutachtung eine Verdachtsdiagnose noch nicht sichern oder eine versicherungsrechtliche Bewertung noch nicht vornehmen, soll er dies im Gutachten begründet darlegen und die Notwendigkeit einer Nachbegutachtung zu einem späteren Zeitpunkt ggf. mit den Bedingungen für eine dann voraussichtlich mögliche abschließende Diagnostik bzw. Bewertung erläutern.

Die Empfehlungen für Wiederholungsgutachten und die Notwendigkeit von Befundkontrollen sowie deren Intervalle soll der Gutachter grundsätzlich begründen.

3. BEURTEILUNG

Die Beurteilung erfolgt anhand der vom UV-Träger gestellten Fragen. Alle Antworten sind eingehend anhand der Aktenunterlagen, der Anamnese und der Befunde zu begründen. Hierbei sind die unter Punkt 4 zusammengefassten rechtlichen Grundlagen zu beachten.

Es kann hilfreich sein, vor Beantwortung der Fragen eine freie zusammenfassende Beurteilung zu formulieren.

4. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

4..1 Krankheit

Eine umfassende und detaillierte Bezeichnung des diagnostizierten Krankheitsbildes ist Voraussetzung für eine nachvollziehbare Zusammenhangsbeurteilung und für die bei der Bescheiderteilung vorzunehmenden Differenzierungen.

Es sind alle Krankheiten der Haut oder Hautanhangsgebilde mit Ausnahme von Hautkrebs (vgl. dazu Nr. 5102 der Anlage zur BKV) eingeschlossen.

Die Diagnose der Hautkrankheit muss im Vollbeweis gesichert sein.

Hautkrankheiten als Erscheinung einer Allgemeinerkrankung entsprechend den BK-Nrn. 1101 bis 1110, 1201 und 1202, 1302 bis 1309 und 1315 der Anlage zur BKV sind unter diesen BK-Nrn. zu prüfen.

Bei Hautinfektionen sind die BK-Nrn. 3101, 3102 und 3104 der Anlage zur BKV in Betracht zu ziehen.

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

Auf die BK-Nr. 2402 (Einwirkung durch ionisierende Strahlen) der Anlage zur BKV wird hingewiesen.

Bei einzelnen Sensibilisierungen, wie z. B. Latex, kommt es vor, dass sowohl eine Haut- als auch eine Atemwegssymptomatik besteht. Da es sich um ein einheitliches allergisches Krankheitsgeschehen mit Symptomen an verschiedenen Organen handelt, sind derartige Konstellationen als Systemerkrankung als ein Versicherungsfall – gestützt auf die BK-Nr. 5101 und BK-Nr. 4301 – zu behandeln und es ist eine Gesamt-MdE mit Einschluss der Auswirkungen der Allergie zu bilden (Schönberger, Mehrrens, Valentin, Abschnitt 17.9.16, S. 1040, Urteil des BSG vom 24.08.1978 in SozR 5677 Anlage 1 Nr. 42 Nr. 1 und LSG Nordrhein-Westfalen vom 28.03.2001 L 17 U 289/99).

4.2. Schädigende Einwirkungen

Das Vorkommen von und der berufliche Umgang mit angeschuldigten Allergenen oder Irritantien physikalischer und/oder chemischer Art am Arbeitsplatz muss im Allgemeinen auf Grund einer speziellen Arbeitsplatzanalyse im Vollbeweis gesichert sein; offene Fragen sollen unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten (z. B. Informationen über Berufsstoffe, Gefahrstoffdatenblätter, Hautschutzprogramme und persönliche Schutzausrüstung) geklärt werden. Einer konkreten Arbeitsplatzanalyse bedarf es nicht bei Vorliegen entsprechendem allgemeinen arbeitsdermatologischen Erfahrungswissens. Die Wahrscheinlichkeit reicht nicht aus. Ggf. müssen offene Fragen durch den UV-Träger geklärt werden.

4.3. Verursachung, Entstehung/Verschlimmerung

Zwischen der versicherten Tätigkeit und der Hautkrankheit muss ein ursächlicher Zusammenhang bestehen. Dieser ist dann gegeben, wenn die Tätigkeit die alleinige oder eine rechtlich wesentlich mitwirkende Bedingung für die Erkrankung darstellt. Für die Annahme des ursächlichen Zusammenhangs muss Wahrscheinlichkeit bestehen, die bloße Möglichkeit reicht nicht aus. Hinreichende Wahrscheinlichkeit ist dann gegeben, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernsthafte Zweifel hinsichtlich einer anderen Verursachung ausscheiden.

Ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Entstehung ist gegeben, wenn die Hautkrankheit durch die beruflichen Einwirkungen erstmals manifest geworden ist.

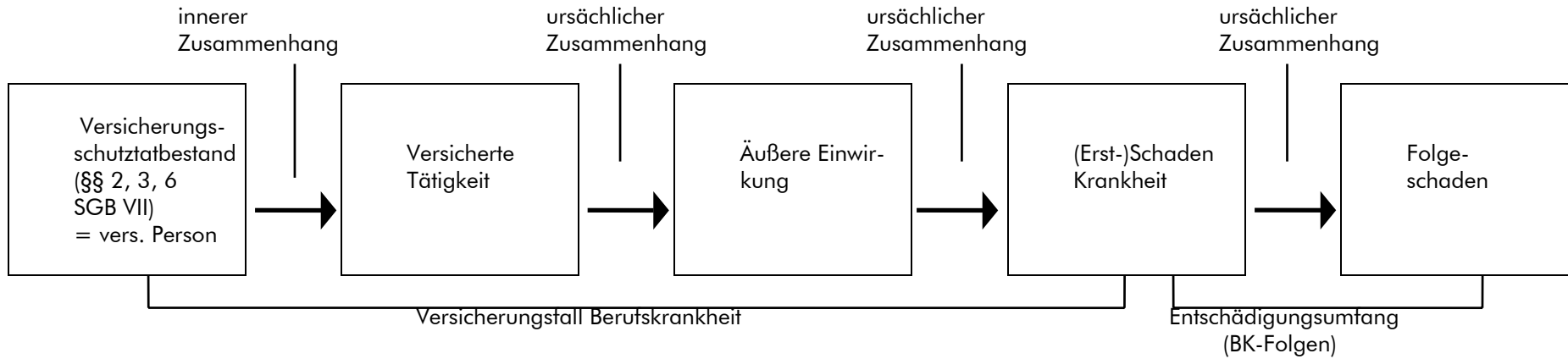
Ein Ursachenzusammenhang im Sinne der Verschlimmerung setzt eine bereits bestehende berufsunabhängige Hautkrankheit voraus, die durch berufliche Einwirkungen wesentlich verschlimmert worden ist.

Ein rechtlich wesentlicher Ursachenzusammenhang ist zu verneinen, wenn zur Entstehung bzw. Verschlimmerung der Hautkrankheit eine Krankheitsanlage mit Sicherheit festgestellt ist, die so leicht ansprechbar ist, dass für die Auslösung konkreter Krankheitserscheinungen auch gewöhnliche Belastungen des täglichen Lebens ausgereicht hätten (Gelegenheitsursache).

Wesentliche Kriterien bei der Beurteilung des Ursachenzusammenhangs sind:

- Art und Intensität der beruflichen Einwirkungen
- Relevanz berufsspezifischer Sensibilisierungen für das Erkrankungsge-
schehen
- Schwerpunkt der Lokalisation der Hauterscheinungen
- Erkrankungsverlauf vor, während und nach Beendigung der gefährden-
den Tätigkeit bzw. in belastungsfreien Intervallen.
- Art und Intensität konkurrierender Einwirkungen

Zusammenhangsschema für Berufskrankheiten (nach Brandenburg):



Für die einzelnen Tatbestände sind nachfolgend dargestellte Beweisanforderungen zwingend zu beachten:



4.4 Schwere

Die Schwere der Hautkrankheit kann begründet sein z. B. insbesondere durch das klinische Bild, durch die Dauer der Krankheit sowie durch eine klinisch und beruflich relevante Allergie. Bei einer klinisch nicht schweren Erscheinungsform kann die Schwere gegeben sein, wenn z. B. eine dokumentierte ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit trotz angemessener Behandlung von etwa sechs Monaten bestanden hat. Sofern im Einzelfall weder vom Krankheitsbild noch von der Dauer der Hauterkrankung, jedoch aus anderen Gründen ein schwerer Erkrankungsfall vorliegt, soll dies der Gutachter ausführlich begründen (z. B. Zwang zur Tätigkeitsaufgabe bei einer Argyrie – BSG 1988).

4.5 Wiederholte Rückfälligkeit

Die Hautkrankheit ist wiederholt rückfällig, wenn nach dem ersten Erkrankungsschub noch mindestens zwei weitere eingetreten sind. In den dazwischen liegenden Zeiträumen darf weder Arbeitsunfähigkeit noch Behandlungsbedürftigkeit wegen der Hautkrankheit vorgelegen haben. Ferner müssen Rückfälle mit der Ersterkrankung in ursächlichem Zusammenhang stehen (bei nicht-allergischen Hautkrankheiten ist dies in der Regel der Fall, wenn mehrere Schübe auf die gleiche Art der Einwirkung zurückzuführen sind). Grundlage der Beurteilung ist der dokumentierte Behandlungsverlauf.

4.6 Wahlfeststellung

Ist eine eindeutige Zuordnung des Krankheitsbildes entweder zur Schwere (Ziffer 4.4) oder zur wiederholten Rückfälligkeit (Ziffer 4.5) nicht möglich, ohne dass die Frage der Kausalität an sich in Frage gestellt wird, kann der UV-Träger von dem Rechtsinstitut der sogenannten Wahlfeststellung Gebrauch machen.

4.7 Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit

Die Anerkennung als entschädigungspflichtige Berufskrankheit setzt voraus, dass die Aufgabe der hautgefährdenden Tätigkeit objektiv medizinisch ge-

boten war. Der objektive Zwang zur Tätigkeitsaufgabe ist erst dann zu bejahen, wenn die Möglichkeiten der Abhilfe ausgeschöpft sind:

- Ersatzstoffprüfung
- technische/organisatorische Maßnahmen
- persönliche Schutzmaßnahmen (Schutzhandschuhe, Hautschutzmittel)
- Beratung/Schulung über hautschonende Arbeitstechniken/
Gesundheitspädagogik
- ambulante oder stationäre hautärztliche Behandlung oder Heilverfahren/med. Rehabilitation

und

- der Versicherte jede ihn gefährdende Tätigkeit tatsächlich aufgegeben hat und diese auf Dauer unterlässt.

Regelmäßig tritt zu diesem Zeitpunkt der Versicherungsfall und der Leistungsfall der Berufskrankheit ein.

Wenn die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit noch nicht erfolgt ist, aber alle anderen Voraussetzungen erfüllt sind, wird dies durch eine verbindliche Entscheidung gegenüber dem Versicherten bestätigt (§9 Abs. 4 SGB VII).

Dadurch hat der Versicherte die Gewissheit, dass eine Berufskrankheit anerkannt wird, sobald er die gefährdende Tätigkeit aufgibt.

Vom Gutachter ist nur die Frage zu beantworten, welche gefährdenden Tätigkeiten nicht ausgeübt werden können, die weiteren Schlussfolgerungen zieht der UV-Träger; dies ist eine Rechtsfrage.

4.8 Rente

Rente nach § 56 SGB VII kann nur geleistet werden, wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20 % oder in Folge mehrerer Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten oder diesen gleichgestellter Schäden jeweils um mindestens 10 % gemindert ist und die Summe der durch die einzelnen Unfälle/Berufskrankheiten verursachten MdE wenigstens 20 % beträgt. Grundsätzlich beginnt die Rente nach dem Wegfall des Verletztengeldes.

In allen Fällen muss der Rentenbeginn nach Möglichkeit im Gutachtenauftrag benannt werden.

5. DIE EINSCHÄTZUNG DER MINDERUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT (MdE)

5.1 Begriffsbestimmung

§ 56 SGB VII regelt gesetzlich die Voraussetzungen und die Höhe des Rentenanspruchs von Versicherten. § 56 Abs. 2 SGB VII definiert den Begriff der MdE wie folgt:

„Die Minderung der Erwerbsfähigkeit richtet sich nach dem Umfang der sich aus der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens ergebenden verminderten Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens. Bei jugendlichen Versicherten wird die MdE nach den Auswirkungen bemessen, die sich bei Erwachsenen mit gleichem Gesundheitsschaden ergeben würden.“

Die individuelle Befähigung zur auf Erwerb gerichteten Arbeit und deren Ausnutzung im wirtschaftlichen Leben kann durch eine BK-Nr. 5101 beeinträchtigt werden. Dem Versicherten sind je nach Einzelfall bestimmte Arbeitsplätze mit nicht meidbaren Hautbelastungen oder Allergeneinwirkungen verschlossen. Weitere Gesundheitsstörungen, die die Einsatzfähigkeit im Arbeitsleben beeinträchtigen können, sind ggf. zusätzlich zu berücksichtigen; dazu gehören z.B. erhebliche Schmerzen, entstellende Hautveränderungen.

Für die Bemessung der MdE durch die Folgen der BK-Nr. 5101 sind zwei Faktoren von Bedeutung:

- a) der Umfang der Beeinträchtigung des körperlichen und geistigen Leistungsvermögens des Versicherten durch die BK-Folgen,
- b) der Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Rechnerisch ist die Erwerbsfähigkeit ohne die Auswirkungen der BK mit 100 % anzusetzen. Diese Größe stellt den Beziehungswert dar, auf den das nach Eintreten der BK verbleibende Ausmaß an der Erwerbsfähigkeit bezogen werden muss. Die Differenz beider Werte ergibt die sogenannte MdE. Es wird dabei auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalls und deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgestellt. Die Feststellung einer MdE und ggf. eines Rentenanspruchs erfolgen unabhängig davon, ob eine Erwerbstätigkeit tatsächlich ausgeübt wurde oder ob ein Einkommenschaden eingetreten ist. Da die Erwerbsminderung an den Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens gemessen wird, ist der Grad der MdE auch grundsätzlich (vgl. aber hierzu 5.5.2) unabhängig:

- vom bisher ausgeübten Beruf
- vom bisherigen Qualifikationsniveau
- von Alter und Geschlecht
- und von den Wohnortverhältnissen des Versicherten.

Für die Bemessung der MdE kommt es auf die individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge des Versicherungsfalls an, daher können vorbestehende Behinderungen, Erkrankungen oder sonstige gesundheitliche Beeinträchtigungen für das Ausmaß der MdE relevant sein. Solche sog. Vorschäden können dazu führen, dass die MdE im Vergleich zu einem „gesunden“ Versicherten höher oder niedriger zu bewerten ist. Dies ist der Fall, wenn zwischen dem beruflich verursachten Gesundheitsschaden und dem sog. Vorschaden eine funktionelle Wechselbeziehung besteht und die konkreten Auswirkungen auf die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dadurch beeinflusst werden.

Beispiel 1: Ein blinder Masseur erkrankt an einem schweren Handekzem. In diesem Fall wirkt sich die Funktionseinschränkung an den Händen auf Grund des Vorschadens (Blindheit) erheblich anders aus als bei einem Gesunden. Der Blinde ist wegen des Verlustes eines Sinnesorgans für seine

Erwerbsfähigkeit in besonderer Weise auf die Funktionsfähigkeit anderer Organe z.B. auch der Hände angewiesen. Durch die nur noch eingeschränkte Einsetzbarkeit der Hand z.B. als Tast- und Greiforgan wird die verbleibende Erwerbsfähigkeit besonders stark eingeschränkt. Zwischen den Funktionseinschränkungen besteht eine Wechselbeziehung.

Beispiel 2: Ein Versicherter, der bereits an einem vorbestehenden Ekzem beider Hände leidet und bei dem ein beruflich verursachtes Handekzem hinzutritt, hat eine andere Ausgangslage. Das beruflich verursachte Handekzem überlagert das bereits vor dem Versicherungsfall bestehende Ekzem und hat geringere Auswirkungen auf den Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens.

Rentenbegutachtung ist in der Regel Funktionsbegutachtung. Ärztliche Beurteilungen sind dabei nicht nur bedeutsame, sondern unentbehrliche Anhaltspunkte für den UV-Träger. Da sich jedoch die ärztliche Beurteilung vorwiegend auf den Umfang der Beeinträchtigung körperlicher und geistiger Fähigkeiten bezieht, besteht hinsichtlich des ärztlichen Vorschlags zur Höhe der MdE eine Bindung weder für den UV-Träger noch für die Sozialgerichtsbarkeit. Nach der gesicherten höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Festsetzung der MdE eine Rechtsfrage. Die Empfehlungen für die Begutachtung und die MdE-Tabellen (Erfahrungswerte) berücksichtigen den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand, einschl. der Berufsforschung.

5.2. Schätzung der MdE durch den Gutachter

Eine Begutachtung zur Schätzung der MdE soll erst nach Rückbildung akuter Hauterscheinungen erfolgen (ggf. nach hautärztlicher Behandlung) bzw. nach Ablauf der 26. Woche. Die MdE wird unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde nach arbeitsdermatologischen Gesichtspunkten geschätzt.

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

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

Der Umfang der Beeinträchtigungen durch die BK-Folgen unter Berücksichtigung der nach Nr. 4.7 auf Dauer zu unterlassenden gefährdenden Tätigkeiten mit dem Umfang der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten auf dem gesamten Gebiet des Erwerbslebens sind die Kriterien für die Bewertung der MdE. Für häufig vorkommende Allergene ist die Vorgehensweise exemplarisch dargestellt, siehe Diepgen et al [2002].

5.3. Empfehlungen zur Schätzung der MdE

Die Anwendung der Tabelle setzt die Kenntnis der nachstehenden Erläuterungen voraus. Es soll keine schematische Anwendung erfolgen.

Auswirkung einer Allergie	Ausmaß der Hauterscheinungen, auch nach irritativer Schädigung			
	keine	leicht	mittel	schwer
keine	0	10	20	25
geringgradig	0	10 ^{b)}	20 ^{b)}	25
mittelgradig	10 ^{a)}	15 ^{b)}	25 ^{b)}	30
schwerwiegend	20 ^{a)}	20 ^{b)}	30 ^{b)}	≥ 30

- a) Für die Auswirkungen einer Allergie ohne Hauterscheinungen können sich in begründeten Fällen Abweichungen um 5 Prozentpunkte ergeben.
- b) Ein Abgleich der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten durch die Auswirkungen der Allergie(n) und das Ausmaß der Hauterscheinungen kann eine Abweichung um 5 Prozentpunkte begründen.

Eine grenzwertige MdE von 15 % sollte begründet werden.

Beispiel zu Fußnote a)

Ein Fliesenleger leidet an einer Allergie gegenüber Dichromationen. Er reagiert mit einem allergischen Kontaktekzem bei Hautkontakt zu Zement, zu Lederhandschuhen und Lederschuhen – nicht jedoch bei Exposition gegenüber luftgetragene Zementstaub, die Auswirkung der Allergie wird zwischen mittelgradig und schwerwiegend beurteilt. Ohne solche Kontakte ist er hauterscheinungsfrei. In diesem Fall ist eine MdE von 15 v.H. gerechtfertigt.

Beispiel zu Fußnote b)

Ein Modellbauer leidet an einem Handekzem bei einer Allergie gegenüber Epoxidharz-Komponenten. Nach Tätigkeitsaufgabe hat er weiterhin dauerhaft eine trockene, raue Haut; auch bei geringfügiger irritativer Hautbelastung treten

Handekzeme auf. In diesem Fall wird die Minderbelastbarkeit der Haut zwischen leicht- und mittelgradig eingestuft. Zusätzlich wird die Auswirkung der Allergie als mittelgradig beurteilt. Eine MdE von 20 v.H. ist gerechtfertigt.

5.4 Erläuternde Hinweise

5.4.1 Ausmaß der Hauterscheinungen, auch nach irritativer Schädigung

- In der waagerechten Spalte der Tabelle finden sich Hinweise für die Beurteilung von Hauterscheinungen. Diese können durch erneute Einwirkung von Allergenen verursacht sein und/oder auch bei adäquater Therapie persistieren. Das Persistieren nicht-allergischer Ekzeme ist eher die Ausnahme und betrifft Versicherte mit schweren Hautveränderungen auf Grund jahrelanger Einwirkung von irritativen Noxen (s. auch 4.2).
- In der waagerechten Spalte finden sich außerdem Hinweise zur Beurteilung einer irritativen Schädigung, wenn seit der Tätigkeitsaufgabe keine floriden Hauterscheinungen mehr aufgetreten sind, aber auf Grund von diskreten Befunden bei Hautbelastung eine irritative Schädigung zu diagnostizieren ist. Kann eine irritative Schädigung bzw. der Zwang zur Meidung irritativer Belastung für die MdE relevant sein, so ist die zur Auslösung von Hauterscheinungen notwendige Intensität der irritativen Wirkung zu beurteilen und zuvor, soweit möglich, hautphysiologisch zu objektivieren.

Leichte Hauterscheinungen:

- Hauterscheinungen, die bis zu dreimal pro Jahr auftreten und bei adäquater Therapie schnell wieder abheilen. Gering lichenifizierte oder gering atrophische Haut als Folgezustand eines langwierigen beruflichen Ekzems oder nach Kortikosteroid-Behandlung.
- Unverträglichkeit intensiver sonstiger (irritativer, toxischer etc.) Hautbelastung.

Mittlere Hauterscheinungen:

- Häufig auftretende Rezidive. Krankheitsschübe, die trotz adäquater Therapie mehrere Wochen bestehen. Lichenifizierte oder dünne, leicht vulnerable Haut als Folgezustand eines langwierigen beruflichen Ekzems oder nach Kortikosteroid-Behandlung.
- Unverträglichkeit mäßiger sonstiger Hautbelastung.

Schwere Hauterscheinungen:

- Ausgedehnte Krankheitsschübe oder dauernd bestehende Hauterscheinungen mit Rhagaden, Lichenifikation oder Superinfektion.
- Unverträglichkeit schon geringer sonstiger Hautbelastung.

Auf die Ausführungen unter Punkt 2.2.1 wird hingewiesen.

5.4.2 Auswirkung der Allergie

In der senkrechten Spalte der Tabelle finden sich Hinweise zur Beurteilung der Allergie. Positive Ergebnisse von Allergietestungen sind sorgfältig auf ihre klinische und berufliche Relevanz anhand der Anamnese und des klinischen Befundes zu überprüfen; die Prüfung ist zu dokumentieren (s. auch 4.2. und 2.2.2). Die Auswirkung der Allergie ist zu beurteilen nach ihrem Umfang und nach ihrer Intensität, beides im Hinblick auf die verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten. Die Stärke der Testreaktion kann ein Hinweis auf eine intensive Sensibilisierung sein, wesentlicher ist jedoch der klinische Befund bei Exposition. Auf keinen Fall kann allein aus einer „+++ - Reaktion“ auf eine besonders intensive Sensibilisierung geschlossen werden. Beim Umfang der Sensibilisierung dürfen positive Testreaktionen nicht einfach addiert werden, sondern der Umfang der verschlossenen Arbeitsmöglichkeiten ist zu beurteilen.

Bei der Bewertung der Verbreitung von Allergenen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in krankheitsauslösender Form ist auf den Stand der berufsdermatologisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zurückzugreifen. Zu Einzelheiten siehe Diepgen et al. [2002].

Geringgradige Auswirkung:

Einzelner Berufsstoff wenig verbreitet auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Mittelgradige Auswirkung:

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

Schwergradige Auswirkung:

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

5.5 Besondere Hinweise

5.5.1 In klinisch besonderen Fällen (z.B. systemische Wirkungen einer Kortikosteroid-Medikation, persistierende Lichtdermatose u.ä.) sind auch höhere MdE-Werte angezeigt, die jedoch der besonderen Begründung gegenüber dem UV-Träger bedürfen.

5.5.2 Bei der Bemessung der MdE werden Nachteile berücksichtigt, die die Versicherten dadurch erleiden, dass sie bestimmte von ihnen erworbene besondere berufliche Kenntnisse und Erfahrungen in Folge des Versicherungsfalles nicht mehr oder nur noch in vermindertem Umfang nutzen können, soweit solche Nachteile nicht durch sonstige Fähigkeiten, deren Nutzung ihnen zugemutet werden kann, ausgeglichen werden (§ 56 Abs.2 Satz 3 SGB VII).

In besonders zu begründenden Einzelfällen ist ein Hinweis auf eine besondere berufliche Betroffenheit des Versicherten durch die Folgen der Berufskrankheit hilfreich. Die Beurteilung obliegt jedoch nicht dem Gutachter, da es sich um eine Rechtsfrage handelt.

- 5.5.3** In besonders gelagerten Fällen (z.B. Alter, Behinderung) kann ein Hinweis des Gutachters auf eine schon vor Eintritt der Berufskrankheit bestehende Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nützlich sein.

6. ANWENDUNG VON § 3 BKV

6.1 Rechtliche Grundlagen

§ 3 Abs. 1 BKV lautet:

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

6.2 Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 BKV

Sofern die berufliche Verursachung/Verschlimmerung gegeben ist, aber die übrigen Voraussetzungen für eine BK-Nr. 5101 nicht – vollständig – erfüllt sind, ist die konkrete Gefahr der Entstehung einer solchen Berufskrankheit zu prüfen. Es ist zu beurteilen, ob die Gefahr der Entwicklung einer berufsbedingten Hauterkrankung, die alle versicherungsrechtlichen Merkmale einschließlich des Unterlassungszwangs erfüllt, bei dem Versicherten auf Grund seines individuellen Gesundheitszustandes konkret besteht.

Vorbeugende Leistungen wegen der konkreten Gefahr der Entstehung einer BK-NR. 5101 kommen vor allem dann in Frage, wenn

- eine durch berufliche Einwirkungen verursachte Hautschädigung bereits vorliegt,
- eine Anerkennung als Berufskrankheit aber ausgeschlossen ist, weil

- die Erkrankung noch nicht schwer oder wiederholt rückfällig ist
- und/oder
- die Erkrankung – noch – nicht zum Unterlassen der gefährdenden Tätigkeiten zwingt.

Ein „Hinwirken“ von Seiten des Unfallversicherungsträgers auf eine Unterlassung einer gefährdenden Tätigkeit ist nach § 3 BKV nur vorgesehen, wenn feststeht, dass die Gefahr mit anderen Mitteln (siehe 6.3) nicht zu beseitigen ist. Von dem Gutachter sind die aus medizinischer Sicht zur Gefahrabwendung erforderlichen Maßnahmen zu beschreiben. Die Prüfung, ob und inwieweit die vorgeschlagenen Maßnahmen unter den konkreten Arbeitsplatzverhältnissen durchführbar sind, obliegt dem Unfallversicherungsträger.

Die Umstände, welche die Gefahr der Entstehung einer BK-Nr. 5101 begründen, bedürfen im Gutachten einer eingehenden Darlegung.

6.3 Maßnahmen nach § 3 Abs. 1 Satz 2 BKV

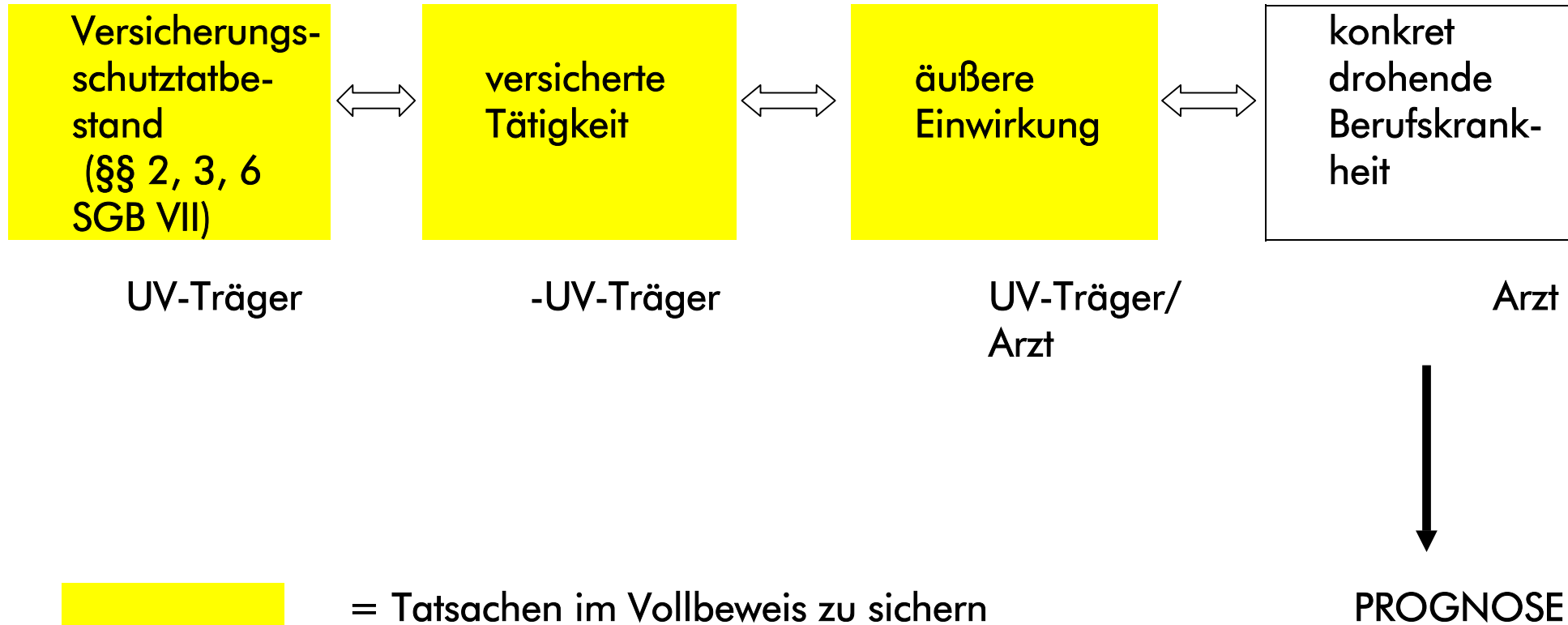
§ 3 Abs. 1 BKV entspricht dem Grundsatz Prävention vor Rehabilitation.

Vorrangig sind Maßnahmen zur Gefahrabwendung, die dem Versicherten eine Fortsetzung der bisher ausgeübten Tätigkeit ermöglichen. In Betracht kommende Maßnahmen sind:

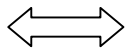
- Ersatzstoffprüfung
- technische und organisatorische Maßnahmen (z.B. Ersatz gefährlicher Arbeitsstoffe durch andere, Änderung der Arbeitsweise, technische Schutzvorrichtungen);
- persönliche Schutzmaßnahmen (z.B. Schutzhandschuhe, Hautschutzmittel);
- Beratung/Schulung über hautschonende Arbeitstechniken, gesundheitspädagogische Maßnahmen

- medizinische Maßnahmen (ambulante oder stationäre Heilbehandlung, spezielle therapeutische Maßnahmen).

Beweisanforderungen bei § 3 BKV*



= Tatsachen im Vollbeweis zu sichern



= Zusammenhänge bei hinreichender Wahrscheinlichkeit

*nach Blome

7. HINWEISE ZU WEITEREN HEILBEHANDLUNGSMABNAHMEN BEI VORLIEGEN DES VERSICHERUNGSFALLES

Soweit der Hautzustand aktuell weitere medizinische Behandlungsmaßnahmen erfordert, sollten entsprechende Hinweise gegeben werden.

8. LITERATUR

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

Brandenburg St, Schwanitz HJ, John SM (1999) Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten nach BK-Nr. 5101. *Dermatosen* 47: 109-114

BSGE 51, 251

Diepgen TL, Fartasch M, Hornstein OP (1991) Kriterien zur Beurteilung der atopischen Hautdiathese. *Dermatosen* 39: 79-83

Diepgen TL, Kühl M, Schmidt A (1995) Empfehlungen für die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bei Berufskrankheiten der Haut nach Nr. 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung. *Dermatosen* 43: 290-292

Diepgen TL, Schmidt A, Berg A, Plinske W (1995) Medizinische Hinweise für die berufliche Rehabilitation von hautkranken Beschäftigten. *Dt Ärztebl* 92:A 31-40

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

Diepgen TL, Drexler H, Lehnert G (2003) Berufsbedingte Haut- und Atemwegserkrankungen. Springer, Heidelberg Berlin New York

Fartasch M, Schmidt A, Diepgen TL (1993) Die "Schwere" der Hauterkrankung nach BKVO 5101 in der gutachtlichen Beurteilung. *Dermatosen* 41: 242-245

Frosch PJ, Pilz B, Peiler D, Dreier B, Rabenhorst S (1997) Die Epicutantestung mit patienteneigenen Produkten. In: Plewig G, Przybilla B (Hrsg), *Fortschr prakt Dermatologie und Venerologie* 15, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 116-181

Geier I, Tiedemann KH, Zoellner G, Adam M, Becker D, Boveleth W, Eck E, Eckert CH, Englitz HG, Koch P, Lessmann H, Müller J, Nöring R, Rocher M, Rothe A, Schmidt A, Schumacher TH, Uter W, Warfolomeow I und Wirtz C (2002)/Empfehlungen für die Epicatantestung bei Verdacht auf Kontaktallergie durch Kühlschmierstoffe. In *Dermatol. Beruf Umwelt/Occup. Environ. Dermatol.* 50, Nr. 5, 180 – 189)

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften: Kolloquium zu Fragen der Minderung der Erwerbsfähigkeit – insbesondere bei Berufskrankheiten am 10.01.2001 in Hennef. Schriftenreihe HVBG Januar 2002

John SM (2001) Klinische und experimentelle Untersuchungen zur Diagnostik in der Berufsdermatologie: Konzeption einer wissenschaftlich begründeten Qualitätssicherung in der sozialmedizinischen Begutachtung, S. 143 ff, Universitätsverlag Rasch, Osnabrück

Mehrtens G, Perlebach E (1996) Die Berufskrankheitenverordnung (BeKV), Abschnitt M 5101, Erich Schmidt-Verlag, Berlin

Schmidt A (1994) Atopie und Gutachten. Allergologie 17: 94-96

Schnuch A, Aberer W, Agathos M, et al. (2001) Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) zur Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen. Hautarzt, 52, 864-6

Schönberger A, Mehrtens G, Valentin H (1998) Arbeitsunfall und Berufskrankheit. Rechtliche und medizinische Grundlagen für Gutachter, Sozialverwaltung, Berater und Gerichte, 6. Auflage Schmidt, Berlin

Schwanitz HJ, John SM, Brandenburg St (1998) Empfehlungen für die Diagnostik von Berufskrankheiten nach BK-Nr. 5101. Dermatosen 46: 253-260

Schwanitz HJ, Szliska Chr (2001) Berufsdermatosen, Dustri-Verlag, München

Schwanitz HJ (2002) Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. Bericht über das Forschungsprojekt „Stationäre Präventionsmaßnahme für hautkranke Versicherte“, Dermatol. Beruf Umwelt 50: 212-217

Schwanitz HJ, Wehrmann W, Brandenburg S, John SM (2003) Gutachten und Dermatologie, Steinkopff Darmstadt