

Übersicht

Review

©2023 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 1438-776X

Therapieformen bei der Behandlung von Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101

Begriffsdefinitionen für die Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung

S. Krohn¹, C. Skudlik², A. Bauer³, C. Altenburg⁴, S. Brandenburg⁵, R. Brans², D. Engel⁶, M. Fartasch⁷, M. Forchert⁸, U. Gerecke⁹, M. Gina⁷, A. Heratizadeh¹⁰, A. Köllner¹¹, B. Lindemann⁴, W. Römer¹², R. Rolff¹³, C. Ulrich¹⁴, W. Wehrmann¹⁵, E. Weisshaar¹⁶, M. Worm¹⁷ und S.M. John²

¹Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin, ²Abteilung Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück und Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation (iDerm) an der Universität Osnabrück, ³Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden, ⁴Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, ⁵BG Kliniken, Berlin, ⁶Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU), Berlin, ⁷Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IPA), Bochum, ⁸Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM), Mainz, ⁹Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte (VDBW), Hannover, ¹⁰Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Abteilung Immundermatologie und experimentelle Allergologie, Medizinische Hochschule Hannover (MHH), ¹¹Niedergelassener Arzt in Duisburg, für den Berufsverband der Deutschen Dermatologen, ¹²Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU), Bad Hersfeld, ¹³Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), Hönow, ¹⁴Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin; Collegium Medicum Berlin GmbH, ¹⁵Mitglied der Ständigen Gebührenkommission bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, ¹⁶Sektion Berufsdermatologie, Klinik für Dermatologie, Universitätsklinikum Heidelberg, ¹⁷Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Campus Charité Mitte, Universitätsmedizin Berlin

Schlüsselwörter

•••

Key words

•••

Einführung

Zum 1. Januar 2021 traten umfangreiche Änderungen im Recht der Berufskrankheiten (BK) in Kraft. Unter anderem ist bei der Berufskrankheit Nr. 5101 der Zwang zum Unterlassen der hautbelastenden Tätigkeit als Anerkennungs voraussetzung entfallen und die Bezeichnung der BK-Nr. 5101 lautet nunmehr nur noch „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen“.

Diese beiden Merkmale – die Schwere und die wiederholte Rückfälligkeit – waren

bis zu den Rechtsänderungen nur selten entscheidungserheblich für die BK-Anerkennung, denn bei einem krankheitsbedingten Zwang zur Aufgabe der Tätigkeit war in der Regel immer auch vom Vorliegen einer schweren Hauterkrankung auszugehen. Mit dem Wegfall des Unterlassungszwangs werden beide Merkmale zukünftig jedoch die BK-Anerkennung bestimmen. Für eine einheitliche Entscheidungspraxis braucht es ein einheitliches Verständnis der BK-Tatbestände, zu denen die AG „Bamberger Empfehlung“ erste Überlegungen publiziert hat (s. DBU Heft 4/2020, S. 149 – 152) und die

Krohn S, Skudlik C, Bauer A, Altenburg C, Brandenburg S, Brans R, Engel D, Fartasch M, Forchert M, Gerecke U, Gina M, Heratizadeh A, Köllner A, Lindemann B, Römer W, Rolff R, Ulrich C, Wehrmann W, Weisshaar E, Worm M, John SM.

Therapieformen bei der Behandlung von Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101 – Begriffsdefinitionen für die Praxis der gesetzlichen Unfallversicherung. Dermatologie in Beruf und Umwelt. 2023; 71: •••••. DOI 10.5414/DBX00462

citation

Manuskripteingang: ••••2023; akzeptiert in überarbeiteter Form: ••••2023
Korrespondenzadresse: Steffen Krohn, Referent Berufskrankheiten, Abteilung Versicherung und Leistungen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Glinkastraße 40, 10117 Berlin, Steffen.Krohn@dguv.de

●●●Bitte einen Merksatz für diese Seite ergänzen●●●

nun von der AG „Qualitätssicherung im BK-Verfahren“ für die Praxis weiter konkretisiert wurden. Hierfür wurde eine Übersicht zu Therapieformen bei der Behandlung von Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101 erarbeitet, die unter anderem eine Hilfestellung bei der versicherungsrechtlich relevanten Unterscheidung von pharmakologischen Therapien und nicht pharmakologischen Therapien (Basistherapien) geben soll.

Daneben ist durch den Wegfall des Unterlassungszwangs die Zahl der anerkannten Berufskrankheiten – nachvollziehbar und politisch durchaus gewollt – deutlich gestiegen. Liegt eine Berufskrankheit vor, ist die Heilbehandlung auf der Rechtsgrundlage des Siebten Sozialgesetzbuchs (SGB VII) zu erbringen. Vor den BK-Rechtsänderungen waren BK-Anerkennungen eher die Ausnahme und Leistungen wurden in der Regel auf der Grundlage des § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) erbracht und damit als vorbeugende Leistung, um das Entstehen einer Berufskrankheit (und damit eine Tätigkeitsaufgabe) zu verhindern. Diese geänderte Situation war für das Miteinander von UV-Trägern und Dermatologie nunmehr genauer zu beschreiben, insbesondere auch die Steuerungsfunktion des UV-Trägers in einem Heilverfahren auf der Grundlage des SGB VII.

Darüber hinaus gibt es aktuell viele pharmazeutische Innovationen, die in Form von zum Beispiel Biologika und JAK-Inhibitoren auch bei Berufsdermatosen indiziert sein können. Auch hier waren Kriterien zum Einsatz der Therapeutika im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung zu entwickeln.

Heilbehandlung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung hat nach einem Versicherungsfall die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit von Versicherten „mit allen geeigneten Mitteln“ wiederherzustellen (§ 1 SGB VII).

Zu den geeigneten Mitteln können bei Berufskrankheiten (BK) neben der Heilbehandlung auch Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention zählen. Insbeson-

dere bei Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101 können zielgerichtete individualpräventive Maßnahmen die arbeitsbedingte Hautbelastung reduzieren und somit unmittelbar der Krankheitsursache entgegenwirken.

Individualpräventive Maßnahmen, die eine Besserung der Hauterscheinungen erwarten lassen, sollten zum Wohle und Schutz der versicherten Personen vorrangig vollständig ausgeschöpft werden. Dies gilt insbesondere vor der Einleitung von pharmakologischen Therapien, die starke Nebenwirkungen haben können oder die auf lange Zeit ausgerichtet sind und in ihren Langzeit- und Nebenwirkungen (noch) nicht abschließend beurteilt werden können. U. a. deshalb können ausgewählte Therapien seitens des UV-Trägers zustimmungspflichtig sein. Soweit die Kostenübernahme erfolgt, sind vom UV-Träger ggf. flankierende Präventionsmaßnahmen sicherzustellen.

Bei der Auswahl von geeigneten Maßnahmen ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 Abs. 2 SGB IV) zu beachten. Nach diesem Gebot sind bei gleicher Eignung vor dem Einsatz kostenintensiver Maßnahmen andere geeignete Maßnahmen auszuschöpfen. Darüber hinaus sind UV-Träger nicht zur Erbringung von Leistungen verpflichtet, deren Aufwand (für den UV-Träger) und Nutzen (für die Versicherten) in einem erheblichen Missverhältnis stehen. Auch in solchen Konstellationen wäre das Rehabilitationsziel mit anderen geeigneten Mitteln zu verfolgen.

Soweit eine Heilbehandlung erforderlich ist, bestimmen die Unfallversicherungsträger (UV-Träger) im Einzelfall deren Art, Umfang und Durchführung nach pflichtgemäßem Ermessen (§ 26 Abs. 5 SGB VII). Hierfür können die UV-Träger die Heilbehandlung aktiv steuern sowie geeignete Maßnahmen veranlassen. Dies gilt sowohl für Leistungen nach § 3 Berufskrankheitenverordnung vor Eintritt eines Versicherungsfalls als auch für Leistungen nach Anerkennung einer Berufskrankheit. Zur Optimierung der Heilverfahren können sich die UV-Träger fachärztlich beraten lassen und ggf. auch zur Indikation vorgeschlagener (intensiver) Maßnahmen eine Zweitmeinung einholen.

Ist das Ziel der Heilbehandlung mit Arznei- und Verbandmitteln zu erreichen, für die Festbeträge im Sinne des § 35 oder § 35a des Fünften Buches festgesetzt sind, trägt der Unfallversicherungsträger die Kosten bis

●●●Bitte einen Merksatz für diese Seite ergänzen●●●

zur Höhe dieser Beträge. Verordnet der Arzt in diesen Fällen ein Arznei- oder Verbandmittel, dessen Preis den Festbetrag überschreitet, hat der Arzt die Versicherten auf die sich aus seiner Verordnung ergebende Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.

Versicherte Personen haben die gesetzliche Pflicht zur Mitwirkung an geeigneten und zumutbaren Maßnahmen. Hierzu zählen ab der BK-Anerkennung auch die Teilnahme an individualpräventiven Maßnahmen der Unfallversicherungsträger und die Mitwirkung an Maßnahmen zur Verhaltensprävention. Maßnahmen der Heilbehandlung können ggf. nicht duldpflichtig sein. Eine fehlende Mitwirkung kann zum gänzlichen oder teilweisen Versagen von Leistungen führen.

Ziele der „Begriffsdefinitionen“

Die Begriffsdefinitionen von Therapieformen zur Behandlung von Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101 sollen zu einem einheitlichen Verständnis verschiedener Sachverhalte beitragen.

Zum einen ist die Therapieform und deren jeweilige Anwendungsdauer ein wichtiges Kriterium für die versicherungsrechtliche Entscheidung über das Vorliegen einer „schweren und wiederholt rückfälligen Hautkrankheit“ im Sinne der BK-Nr. 5101. Die Kriterien wurden von der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Bamberger Empfehlung“ entwickelt und werden im Hautarztbericht (F6050) und im Verlaufsbericht (F6052) abgefragt. Danach sind in der gesetzlichen Unfallversicherung Erkrankungen versicherungsrechtlich voneinander abzugrenzen, die mit Basistherapien beherrschbar sind von solchen Erkrankungen, die regelmäßig und über längere Zeit wirkungsstärkerer pharmakologischer Therapien bedürfen.

Darüber hinaus werden bei arbeitsbedingten Hauterkrankungen für die verschiedenen Therapieformen Indikationen verbunden mit Hinweisen zur Kostenübernahme beschrieben.

Basistherapien

Versicherungsrechtliche Einordnung: Eine schwere Hautkrankheit i. S. d. BK-Nr. 5101 liegt im Regelfall erst dann vor, wenn nach einem Zeitraum von mehr als 6 Monaten mit angemessener leitliniengerechter Behandlung und individualpräventiven Maßnahmen weiterhin Hauterscheinungen bestehen, die einer über eine Basistherapie hinausgehenden pharmakologischen Therapie bedürfen. Eine alleinige und ggf. dauerhafte Basistherapie begründet in der Regel keine Schwere im Sinne der BK-Nr. 5101.

Kostenübernahme: Die Kosten einer Basistherapie werden sowohl im DGUV Hautarztverfahren als auch nach Anerkennung einer BK-Nr. 5101 übernommen. Einzelheiten regelt der Behandlungsauftrag des UV-Trägers. Die Therapien sollen in den hautärztlichen Berichten (F6050, F6052) angegeben werden.

Basistherapeutika sind „pflegende/rückfettende Externa“, die als Bestandteil des Behandlungskonzeptes einer Hauterkrankung (zum Beispiel bei berufsbedingtem Kontaktekzem im Rahmen des Hautarztverfahrens) verordnet werden. Sie helfen, zum Beispiel durch konsequente Anwendung die gestörte Barrierefunktion der Haut wiederherzustellen und lindern erkrankungsbedingte Beschwerden bzw. Symptome.

Der Einsatz von Basistherapeutika ist bei jedem Schweregrad der Ekzeme sinnvoll, auch in symptomfreien Intervallen, da eine vollständige funktionelle Wiederherstellung der Barrierefunktion erst mehrere Wochen nach klinischer Abheilung eines Kontaktekzems zu erwarten ist. Daneben haben Basistherapeutika auch eine präventive Wirkung im Sinne der Rezidivprophylaxe von Berufsdermatosen.

Basistherapeutika sind frei von bestimmten spezifischen Arzneiwirkstoffen (wie zum Beispiel (Gluko-)Kortikosteroide, Antibiotika, Antimykotika, Calcineurininhibitoren) und werden unter Beachtung der Art der Erkrankung, eventuell bestehender kutaner Sensibilisierungen und Akzeptanz des Erkrankten individuell eingesetzt.

In der Regel handelt es sich um nicht verschreibungspflichtige Präparate. Zur Basistherapie gehören auch alle Fertigpräparate, sog. wirkstofffreie Basiscremes/-lotionen und -salben, die eine Zulassung als Arznei-

●●●Bitte einen Merksatz für diese Seite ergänzen●●●

mittel (AM) haben und in der Roten Liste mit dem Kürzel „Ap“ gekennzeichnet sind, sowie in der Apotheke anzufertigende AM, d. h. Magistral- bzw. Individualrezepturen. Der weitaus größere Teil der in Deutschland verfügbaren Basisexterna besitzt keine Arzneimittelzulassung (nicht apothekenpflichtige Arzneimittel, Medizinprodukte, Kosmetika). Es ist auch denkbar, dass in konkreten Fällen das entsprechende berufliche Hautpflege-mittel (vom Arbeitgeber gestellt) identisch mit dem verordneten Basistherapeutikum ist, weil es hier medizinisch keine klare Trennung der Produkte gibt.

Nicht zur Basistherapie im Rahmen des Hautarztverfahrens gehören:

- Externa zur Anwendung an nicht arbeitsbedingt belasteten Arealen
- Externa, die lediglich aufgrund rein kosmetischer Aspekte verordnet werden
- Produkte, deren bestimmungsgemäßer Verwendungszweck die Hautreinigung bzw. der Hautschutz (vor bestimmten schädlichen Außeneinwirkungen) ist (zum Beispiel Waschlotionen, Shampoos, industrielle Hautreiniger, Hautschutzpräparate).

Spezifische Inhaltsstoffe in Basistherapeutika können Gerbstoffe und Harnstoff sein.

- *Gerbstoffe* können in der Lokalthherapie von entzündlichen, nässenden und juckenden Hauterkrankungen eingesetzt werden. Sie sind in verschiedenen Grundlagen verfügbar zum Beispiel Badezusatz, Creme oder Fettcreme. Beim bläschenförmigen Handekzem ist ein Bad oder eine Creme empfehlenswert, die zur Austrocknung der Bläschen sehr gut beiträgt, beim hyperkeratotischen Handekzem kann die Fettcreme eingesetzt werden. Gerbstoffe können, abhängig vom Hautzustand, als Langzeittherapeutikum oder zur Intervalltherapie des Handekzems eingesetzt werden [1].
- *Harnstoff* erhöht den Feuchtigkeitsgehalt der Haut und trägt dazu bei, sie weich und geschmeidig zu erhalten. Außerdem verstärkt Harnstoff das Eindringen anderer Wirkstoffe in die Haut, was beispielsweise genutzt wird, um verschiedene weitere hautpflegende Substanzen (Vitamin A, Vitamin E und

Dexpanthenol) besser eindringen zu lassen. Diese Eigenschaft von Harnstoff lässt sich auch nutzen, um die Wirkung bestimmter Arzneistoffe bei der Therapie von Hauterkrankungen zu verstärken (zum Beispiel bei atopischer Dermatitis, Schuppenflechte). Zur Pflege von trockener Haut sind alle harnstoffhaltigen Mittel geeignet mit einer 5 – 10%igen Harnstoff-Konzentration. Externa mit höheren Harnstoff-Konzentrationen (> 10%) zählen dagegen nicht zur Basistherapie, sondern werden therapeutisch zur Keratolyse bei zum Beispiel hyperkeratotischen Handekzemen eingesetzt.

Weitere Inhaltsstoffe in Basistherapeutika bzw. als Basistherapeutika zu wertende Präparate können sein:

- zum Beispiel Octenidindihydrochlorid, Polyhexanid (in Antiseptika)
- Aluminiumchloridhexahydrat
- Schieferöl
- Polidocanol
- Salicylsäure < 10%
- Zinkoxid

Zur physikalischen Basistherapie gehört zum Beispiel die Leitungswasseriontophorese zur Behandlung der Hyperhidrosis manuum et pedum (weitere Informationen zur physikalischen Therapie s. Physikalische Therapie).

Pharmakologische/physikalische Therapien

Pharmakologische Therapien mit topischer oder systemischer Applikationsform sowie bestimmte physikalische Therapien zählen im Vergleich zu den Basistherapien zu den wirkungsstärkeren Therapien.

Versicherungsrechtliche Einordnung: Allein die Anwendung von bestimmten Medikamenten kann das Vorliegen einer schweren Hauterkrankung als Tatbestandsmerkmal nicht begründen. Eine schwere Hautkrankheit i. S. d. BK-Nr. 5101 liegt im Regelfall erst dann vor, wenn nach einem Zeitraum von mehr als sechs Monaten mit angemessener, leitliniengerechter Behandlung und individualpräventiven Maßnahmen

●●●Bitte einen Merksatz für diese Seite ergänzen●●●

weiterhin Hauterscheinungen bestehen, die einer pharmakologischen Therapie bedürfen.

Kostenübernahme: Die Kosten von wirkungsstärkeren Therapien können sowohl im DGUV Hautarztverfahren als auch nach Anerkennung einer BK-Nr. 5101 übernommen werden. Für systemische Therapien können Besonderheiten gelten, die in den nachfolgenden Abschnitten näher beschrieben sind. Einzelheiten regelt der Behandlungsauftrag des UV-Trägers. Die Therapien sollen in den hautärztlichen Berichten (F6050, F6052) angegeben werden.

4.1. Topische Pharmakotherapie

Die topische Pharmakotherapie ist eine örtlich begrenzte Anwendung mit dem Ziel einer örtlich begrenzten Wirkung (in der Regel das Auftragen von Cremes/Salben/Lotionen). Zu den topischen Pharmakotherapeutika zählen u. a. (Gluko-)Kortikosteroide, Calcineurininhibitoren, Retinoide.

Topische (Gluko-)Kortikosteroide sind Therapie der ersten Wahl beim Handekzem, jedoch wird eine Anwendung nur kurzfristig (präparateabhängig) unter sorgfältiger ärztlicher Kontrolle empfohlen [2] u. a. wegen der Beeinträchtigungen der epidermalen Barrierefunktion.

Calcineurinantagonisten (Tacrolimus, Pimecrolimus) sind nichtsteroidale, antientzündlich wirkende Wirkstoffe, die die typischen Nebenwirkungen von Glukokortikoiden nicht zeigen.

Calcineurinantagonisten können zur Einsparung von Glukokortikoiden und zur Rezidivprophylaxe eingesetzt werden.

Topische Retinoide (VAS), im Regelfall mit Harnstoff in höherer Konzentration kombiniert, sind indiziert bei hyperkeratotischen Hautveränderungen.

4.2. Physikalische Therapie

Der Begriff der physikalischen Therapie fasst Therapieverfahren zusammen, die auf physikalischen Methoden beruhen. Zu den physikalischen Therapien zählen sowohl basistherapeutische Therapien (zum Beispiel Leitungswasseriontophorese, s. 2.2) als auch

wirkungsstärkere Therapien (zum Beispiel PUVA-Therapie, UVB-311nm, UVA-1, UVB).

Die PUVA-Therapie ist in der gesetzlichen Unfallversicherung unter bestimmten Voraussetzungen auch als Heimtherapie möglich [3].

4.3. Systemische Therapie

Systemische Therapien führen zu einer Wirkstoffverteilung im gesamten Körper (zum Beispiel Tabletten). Sie können starke Nebenwirkungen haben. Bei neuartigen Arzneimitteln (zum Beispiel Biologika und JAK-Inhibitoren) sind darüber hinaus die Langzeit- und Nebenwirkungen bei auf Dauer gerichteten Therapien (noch) nicht abschließend bekannt bzw. erforscht. Zum Wohle und Schutz der versicherten Personen ist vor und während systemischer Therapien daher sorgfältig abzuwägen, ob eine Besserung des Krankheitsbildes auch durch andere geeignete Maßnahmen möglich ist, insbesondere durch eine Reduktion von Hautbelastungen durch Maßnahmen der Prävention (s. a. Abschnitt 1). Dies gilt auch für Verlängerungen von Therapien. U. a. deshalb können systemische Therapien seitens des UV-Trägers zustimmungspflichtig sein.

Die Therapien sollen in den hautärztlichen Berichten (F6050, F6052) angegeben werden.

Bei Berufsdermatosen sind folgende systemische Therapien relevant:

4.3.1. Systemische Therapie mit Retinoiden (am Beispiel von Alitretinoin)

Retinoide sind chemische Substanzen, die mit dem Vitamin A verwandt sind.

Alitretinoin ist ein Arzneistoff aus der Gruppe der Retinoide, der in der Behandlung des chronischen Handekzems eingesetzt wird. Alitretinoin wirkt antientzündlich und immunmodulierend, greift also regulierend in den Krankheitsprozess im Immunsystem ein. Alitretinoin ist in Form von Kapseln im Handel (Toctino®, Alitrederm®).

Heilverfahrenssteuerung: Wegen der möglichen, ggf. starken Nebenwirkungen ist das Heilverfahren zu überwachen und ggf.

●●●Bitte einen Merksatz für diese Seite ergänzen●●●

aktiv zu steuern. Der UV-Träger sollte alle 8 Wochen einen Verlaufsbericht einholen und ggf. beratungsärztlich bewerten lassen. Ggf. ist die Therapie anzupassen (s. Forschungsbericht iDerm zur Langzeittherapie mit Alitretinoin).

Mitwirkung/Duldungspflicht: Nicht duldungspflichtig.

Indikation/Kontraindikation: s. Fachinformation und Publikation in DBU 1/2022, S. 34-44 [4].

Eine Behandlung mit Alitretinoin ist indiziert bei erwachsenen Versicherten mit beruflich (mit-) verursachtem Handekzem bei Vorliegen eines schweren chronischen Handekzems, das auf die Behandlung mit potenten topischen Kortikosteroiden nicht anspricht nach Ausschluss etwaiger Sensibilisierungen gegenüber relevanten, das Handekzem auslösenden Allergenen und erfolgloser Umsetzung geeigneter Präventionsmaßnahmen.

Bei einem arbeitsbedingtem Fußekzem ist die Behandlung mit Alitretinoin möglich, wenn zuvor alle sonstigen präventiven Maßnahmen (zum Beispiel atmungsaktive Sicherheitsschuhe) ausgeschöpft wurden. Dies wäre allerdings eine off-label Therapie [5].

Bei Frauen im gebärfähigen Alter ist aufgrund der möglichen gravierenden Nebenwirkungen von Alitretinoin im Falle einer Schwangerschaft besondere Vorsicht geboten. Wenn die Therapie in diesen Fällen ärztlich indiziert und verantwortbar erscheint, kann die Therapie entsprechend der Leitlinie und der Fachinformation durchgeführt werden. Der Behandlungserfolg sollte nach 12 und 24 Wochen überprüft werden.

Kostenübernahme: Die Kostenübernahme für eine Behandlung mit Retinoiden ist beim UV-Träger zu beantragen, soweit der Behandlungsauftrag nichts Abweichendes bestimmt. Bei der Kostenübernahme ist aus den vorgenannten Erwägungen (s. Abschnitt 1 und 4.3) sorgfältig zu prüfen, ob die Rehabilitationsziele im Einzelfall auch durch Maßnahmen mit einem für Versicherte geringeren Gefährdungspotenzial erreicht werden können.

Werden die Kosten der Therapie übernommen, sind auch die Kosten für notwendige Zusatzuntersuchungen zu übernehmen. Zu den Zusatzuntersuchungen können bei Frauen im gebärfähigen Alter zum Beispiel regelmäßige Schwangerschaftstests zählen

die vor, während und nach der Therapie jeweils im Abstand von einem Monat durchzuführen sind. Es ist ein schriftlicher Nachweis eines in der dermatologischen Praxis durchgeführten Schwangerschaftstests notwendig. Eigenständige Testungen der Versicherten können wegen der Gefahr einer nicht korrekten Anwendung mit falsch-negativem Ergebnis nicht anerkannt werden.

4.3.2. Systemische Therapie mit Biologika (am Beispiel von Dupilumab)

Biologika (Syn. Biopharmazeutika oder Biologicals): Der Begriff der Biologika beschreibt aus biologischen Substanzen gentechnisch hergestellte Arzneistoffe (zum Beispiel Antikörper), die u. a. gegen bestimmte Entzündungsbotsstoffe gerichtet sind bzw. Rezeptoren und Immunzellen blockieren. Eine Therapie mit Biologika ist im Vergleich zu bisherigen Therapien in der Regel deutlich teurer.

Dupilumab ist ein monoklonaler Antikörper, der die Signalwege der Schlüssel-Botensstoffe der atopischen Entzündung (Interleukine 4 und 13) blockiert. Dupilumab steht hier exemplarisch für weitere monoklonale TH2 Antagonisten, die einen ähnlichen Wirkmechanismus aufweisen (zum Beispiel Tralokinumab, Lebrikizumab) und mittlerweile verfügbar sind.

Heilverfahrenssteuerung: Zur Feststellung der Wirksamkeit und des Therapieerfolgs ist nach Erstverordnung nach Ablauf von 16 Wochen ein Verlaufsbericht einzuholen und ggf. beratungsärztlich zu bewerten.

Mitwirkung/Duldungspflicht: in Diskussion.

Indikation/Kontraindikation für Dupilumab: s. Fachinformation und Publikation in DBU 2/2022, Seite 61-72 [6].

Dupilumab ist für die Behandlung der mittelschweren bis schweren atopischen Dermatitis (AD) bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und für eine schwere atopische Dermatitis bei Kindern ab 6 Monaten, einschließlich der Hände und Füße, zugelassen. Aktuelle Studien bei Patienten mit Handekzem zeigen die Wirksamkeit von Dupilumab auch in dieser Indikation [7].

Bei arbeitsbedingten Hautkrankheiten kann eine Indikation bestehen, wenn eine

atopische Dermatitis durch arbeitsbedingte Einwirkungen im Sinne einer Erstmanifestation (Entstehung) bedingt ist oder im Sinne einer rechtlich wesentlichen Verschlimmerung [8].

Zur Therapie von Frauen im gebärfähigen Alter mit Dupilumab liegen derzeit nur begrenzte Daten zu den Themen Schwangerschaft, Stillzeit sowie Fertilität und einer Anwendung von Dupilumab vor.

Kostenübernahme: Die Kostenübernahme für eine Behandlung mit Biologika ist beim UV-Träger zu beantragen, soweit der Behandlungsauftrag nichts Abweichendes bestimmt. Bei der Kostenübernahme ist aus den vorgenannten Erwägungen (s. Abschnitt 1 und 4.3) sorgfältig zu prüfen, ob die Rehabilitationsziele im Einzelfall auch durch Maßnahmen mit einem für Versicherte geringeren Gefährdungspotenzial erreicht werden können.

Die Indikation zu einer systemischen Therapie mit Biologika ist mit dem Vorliegen von klinisch schweren Hauterscheinungen verbunden. Ein solcher Hautbefund ist in der Regel auch eine Indikation für die Durchführung einer stationären berufsdermatologischen Rehabilitationsmaßnahme (sog. TIP-Maßnahme), sodass empfohlen wird, die Entscheidung über die Einleitung einer systemischen Therapie mit Biologika im Rahmen dieses stationären Heilverfahrens zu treffen.

Die Kostenübernahme erfolgt in der Regel zunächst für 24 Wochen. Der Behandlungserfolg ist nach 16 Wochen zu überprüfen. Bei fehlendem Therapieerfolg ist die Kostenübernahme dieser Therapie zu beenden. Kann der Therapieerfolg nicht sicher eingeschätzt werden, ist ggf. eine medizinische Zweitmeinung (Hautsprechstunde, beratungsärztliche Stellungnahme, TIP-Zentrum) einzuholen.

Bei gutem Therapieansprechen ist über die ggf. befristete Verlängerung der Kostenübernahme zu entscheiden unter Beachtung der Vorgaben unter 4.3 zu präventiven Aspekten.

4.3.3. Systemische Therapie mit Immunsuppressiva (ohne Biologika und JAK-Inhibitoren)

Immunsuppressiva (ohne Biologika und JAK-Inhibitoren) sind Arzneimittel (Glukokortikoide, Ciclosporin A, Methotrexat, Azathioprin), die unspezifisch entzündliche Reaktionen unterdrücken. Immunsuppressiva werden u. a. zur Behandlung von Autoimmunkrankheiten eingesetzt. Die Anwendungsdauer ist für diese Substanzen gemäß Leitlinien in aller Regel begrenzt.

Heilverfahrenssteuerung: Zur Feststellung der Wirksamkeit und des Therapieerfolgs sowie wegen der möglichen ggf. starken Nebenwirkungen ist nach Ablauf der jeweiligen Therapie-Zyklen ein Verlaufsbericht einzuholen und ggf. beratungsärztlich zu bewerten.

Mitwirkung/Duldungspflicht: nicht duldungspflichtig.

Indikation/Kontraindikation: s. Fachinformation zum jeweiligen Wirkstoff/Medikament.

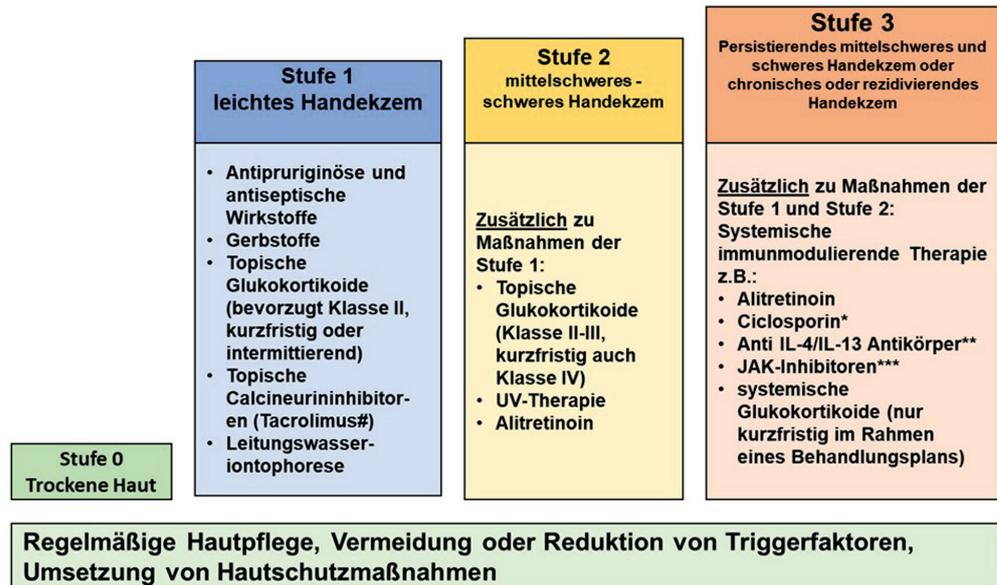
Kostenübernahme: Die Kostenübernahme für eine Behandlung mit den o.g. Immunsuppressiva ist beim UV-Träger zu beantragen (Ausnahme: systemischer Einsatz von Glukokortikoiden als kurzzeitige Akuttherapie), soweit der Behandlungsauftrag nichts Abweichendes bestimmt. Bei der Kostenübernahme ist aus den vorgenannten Erwägungen (s. Abschnitt 1 und 4.3) sorgfältig zu prüfen, ob die Rehabilitationsziele im Einzelfall auch durch Maßnahmen mit einem für Versicherte geringeren Gefährdungspotenzial erreicht werden können.

4.3.4. Systemische Therapie mit JAK-Inhibitoren

Januskinase-Inhibitoren (JAK-Inhibitoren) sind entzündungshemmende immunmodulierende Wirkstoffe, die Signalwege in Zellen beeinflussen. JAK-Inhibitoren werden als Tabletten mit täglicher Gabe eingenommen.

Heilverfahrenssteuerung: Zur Feststellung der Wirksamkeit und des Therapieerfolgs sowie wegen der möglichen ggf. starken Nebenwirkungen ist alle 8 Wochen ein Verlaufsbericht einzuholen und ggf. beratungsärztlich zu bewerten [9].

Abb. 1. Quelle: S2k-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems [2]



zugelassen bei Kindern ab 2 Jahren (0,03%) und Erwachsenen (0,1%) mit mittelschwerer und schwerer atopischer Dermatitis* zugelassen bei Erwachsenen mit schwerer atopischer Dermatitis; keine Kombination mit UV-Therapie; **Dupilumab zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer AD bei Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren und schwerer AD bei Kindern von 6 bis 11 Jahre; Tralokinumab zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis; *** Abrocitinib und Baricitinib zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis bei Erwachsenen; Upadacitinib zugelassen zur Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen ab 12 Jahren mit mittelschwerer bis schwerer atopischer Dermatitis

Mitwirkung/Duldungspflicht: nicht duldungspflichtig.

Indikation/Kontraindikation: s. Fachinformation zum jeweiligen Wirkstoff/Medikament.

Kostenübernahme: Die Kostenübernahme für eine Behandlung mit JAK-Inhibitoren ist beim UV-Träger zu beantragen, soweit der Behandlungsauftrag nichts Abweichendes bestimmt. Bei der Kostenübernahme ist aus den vorgenannten Erwägungen (s. Abschnitt 1 und 4.3) sorgfältig zu prüfen, ob die Rehabilitationsziele im Einzelfall auch durch Maßnahmen mit einem für Versicherte geringeren Gefährdungspotenzial erreicht werden können. Werden die Kosten der Therapie übernommen, sind auch die Kosten für notwendige Zusatzuntersuchungen zu übernehmen, wie zum Beispiel regelmäßige Laborkontrollen gem. Fachinformation des jeweiligen Medikaments.

Therapieschema bei Handekzemen

Stufenweise Therapie bei Handekzemen entsprechend des Schweregrades (Abb. 1).

Bei atopischen Handekzemen können abweichende Therapieempfehlungen gelten (s. a. Therapieschema in der Leitlinie „Atopische Dermatitis“ (Link s. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/013-027>).

6. Übersicht zu den Therapieformen bei der Behandlung von Berufsdermatosen der BK-Nr. 5101 (Tab. 1)

Tab. 1.

Therapieform	Beispiele	Duldungspflichtig*?
Basistherapie (<i>wirkungsschwächere Therapien</i>)		
Basistherapie (klassisch)	<ul style="list-style-type: none"> – Externa (Cremes) mit zum Beispiel Urea-Anteil – Desinfizierende Externa – Schieferöl – Polidocanol – Zinkoxid – Lotio alba – Pasta exsiccans – Zubereitungen mit Aluminiumchloridhexahydrat – Salicylsäure < 10% 	Ja
vergleichbare mildere Therapien	<ul style="list-style-type: none"> – Leitungswasser-Iontophorese – Handbäder – Hydrokolloidverbände für Rhagaden 	Ja
pharmakologische Therapie (<i>wirkungsstärkere Therapien inklusive bestimmter physikalischer Therapien</i>)		
Topische Therapie	Topisch (Wirkstoffe): <ul style="list-style-type: none"> – Kortikosteroide (Kortison) – Calcineurininhibitoren (Tacrolimus, Pimecrolimus) – lokale Antibiotika – Künftig: lokale JAK-Inhibitoren 	Ja in Diskussion
Systemische Therapie	mit Retinoiden <ul style="list-style-type: none"> – Alitretinoin – Acitretin (off-label) 	Nein
	mit Immunsuppressiva (ohne Biologika) <ul style="list-style-type: none"> – systemische Kortikosteroide – Ciclosporin (ggf. off-label) – Methotrexat (off-label) – Azathioprin (off-label) 	Nein
	mit Biologika (TH2-Antagonisten) <ul style="list-style-type: none"> – zum Beispiel Dupilumab, Tralokinumab usw. 	in Diskussion
	mit JAK-Inhibitoren (small molecules) <ul style="list-style-type: none"> – zum Beispiel Upadacitinib, Baricitinib, Abrocitinib 	Nein
Physikalische Therapie	Creme/Bade PUVA Therapie	Ja

* unter Berücksichtigung des individuellen Nutzen-/Risikoprofils, insbesondere der Therapiedauer.

Literatur

- [1] Berthold E, Weisshaar E. Therapie des Handekzems. *Hautarzt*. 2019; 70: 790-796.
- [2] Bauer A, Brans R, Brehler R, Büttner M, Dickel H, Elsner P, Fartasch M, Herzog C, John SM, Köllner A, Maul JT, Merk H, Molin S, Nast A, Nikolakis GD, Schliemann S, Skudlik C, Weisshaar E, Werfel T, Zidane M, Worm M. [S2k-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems: S2k guideline diagnosis, prevention and therapy of hand eczema]. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2023; 21: 1054-1076.
- [3] Skudlik C, Kagal V, Mählhop C, Köllner A, Becker D. Empfehlung zur Durchführung einer PUVA-Heimtherapie als Ausnahmeregel im BG-lichen Heilverfahren. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. 2016; 64: 166-171.
- [4] Symanzik C, Altenburg C, Awe S, Drechsel-Schlund C, Nienhaus A, John SM. Handlungsempfehlung: Langzeittherapie des beruflichen Handekzems mit Alitretinoin im BG-lichen Heilverfahren. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. 2022; 70: 35-52.
- [5] Skudlik C, Lindemann B, Woltjen M, Brandenburg S, John SM. "Mit allen geeigneten Mitteln". Off-label-Use und Berufsgenossenschaften. *Hautarzt*. 2013; 64: 743-747.
- [6] Symanzik C, Altenburg C, Awe S, Drechsel-Schlund C, Nienhaus A, Brandenburg S, Skudlik C, John SM. Indikation und Kostenübernahme von Biologika im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren am Beispiel von Dupilumab: eine Diskussionsgrundlage. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. 2022; 70: 61-72.
- [7] Änderung der Fachinformation zu Dupixent in 10/2023.
- [8] Skudlik C, Krohn S, Bauer A, Bernhard-Klimt C, Dickel H, Drexler H, Elsner P, Engel D, Fartasch M, Glaubitz S, Gauglitz G, Goergens A, Köllner A, Kämpf D, Klinkert M, Kublik E, Merk H, Müller M, Palsherm K, Römer W, Ulrich C, Worm M. Berufskrankheit Nr. 5101 – Kausalitätsgrundsätze mit Fallbeispielen. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. 2021; 69: 91-96.
- [9] Symanzik C, Altenburg C, Awe S, Drechsel-Schlund C, Nienhaus A, Brandenburg S, Skudlik C, John SM. Neuartige systemische Präparate für die Therapie entzündlicher Hauterkrankungen, speziell der atopischen Dermatitis, im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren: eine Diskussionsgrundlage. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*. 2022; 70: 97-105.