



# Versorgungslandschaft des Chronischen Handekzems: Status Quo, Herausforderungen und Berufsdermatologie

Prof. Dr. med. Christoph Skudlik, Hamburg

## Zusammenfassung

Das akute Handekzem ist ein lokalisierter Hautausschlag an den Händen und Handgelenken, der <Monate andauert und höchstens einmal pro Jahr auftritt. Das Chronische Handekzem hingegen persistiert >3 Monate oder manifestiert sich mindestens zweimal jährlich. Mit einer 1-Jahres-Prävalenz >9 % in der Gesamtbevölkerung zählen Handekzeme zu den häufigsten Hauterkrankungen und stellen die häufigste beruflich bedingte Hauterkrankung dar. Die gesundheitsökonomischen und sozialmedizinischen Auswirkungen sind erheblich, bedingt durch berufliche, soziale und psychologische Belastungen.

Im Rahmen der Diagnostik ist eine gründliche Expositionsbewertung erforderlich, insbesondere im beruflichen Umfeld. Für die Behandlung ist eine Identifikation und Elimination des Auslösers essenziell. Darüber hinaus existieren stadiengerechte lokale und systemische Therapieoptionen, deren Wirksamkeit und Verträglichkeit allerdings weiter verbessert werden müssen. In Deutschland haben Patienten, die von einem Chronischen Handekzem als Berufskrankheit betroffen sind, besondere Leistungsansprüche seitens der Unfallversicherung. Daher sind die korrekte Identifikation und Meldung als Berufskrankheit essenziell.

## LERNZIELE

Am Ende dieser Fortbildung kennen Sie ...

- ✓ die Epidemiologie und sozialökonomische Bedeutung des Chronischen Handekzems,
- ✓ die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie des Chronischen Handekzems,
- ✓ die Bedeutung des Chronischen Handekzems als Berufskrankheit,
- ✓ die praktische Vorgehensweise bei Patienten mit berufsbedingtem Chronischen Handekzem.

## Teilnahmemöglichkeiten

Diese Fortbildung steht als Webinar-Aufzeichnung und zusätzlich als Fachartikel zum Download zur Verfügung. Die Teilnahme ist kostenfrei. Die abschließende Lernerfolgskontrolle kann nur online erfolgen. Bitte registrieren Sie sich dazu kostenlos auf: [www.cme-kurs.de](http://www.cme-kurs.de)

## Zertifizierung

Diese Fortbildung wurde nach den Fortbildungsrichtlinien der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz von der Akademie für Ärztliche Fortbildung in RLP mit 4 CME-Punkten zertifiziert (Kategorie D). Sie gilt für das Fortbildungszertifikat der Ärztekammern.

## Fortbildungspartner

LEO Pharma GmbH

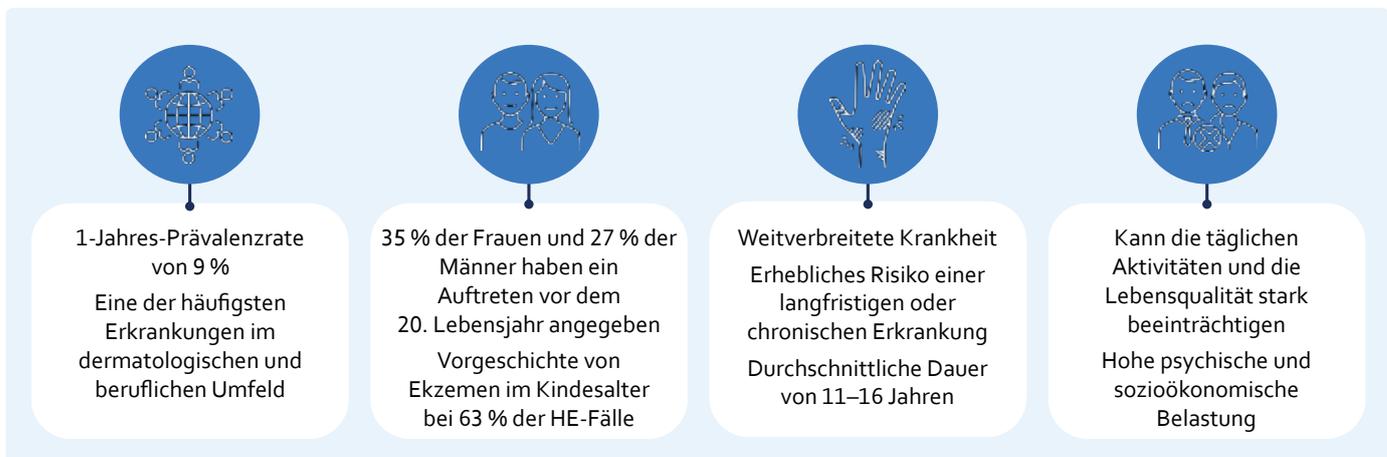


## EINLEITUNG

Beim akuten Handekzem handelt es sich um einen lokalen Hautausschlag an den Händen und Handgelenken, der eine Dauer <3 Monaten aufweist und höchstens einmal pro Jahr auftritt. Im Gegensatz dazu persistiert das Chronische Handekzem >3 Monate oder tritt mindestens zweimal im Jahr auf. Das Chronische Handekzem ist eine komplexe, entzündliche Hauterkrankung, die die Hände und Handgelenke betrifft. Diese Erkrankung ist durch eine Vielzahl von Faktoren bedingt und manifestiert sich vor allem durch zwei Hauptsymptome: quälenden Juckreiz und Schmerzen [1, 2]. Die Ausprägung dieser Symptome geht mit erheblichen Belastungen auf psychischer, funktioneller und beruflicher Ebene einher, wodurch eine spezifische und gezielte Therapie notwendig wird. Die andauernde oder rezidivierende Natur des Chronischen Handekzems verschärft die bereits bestehenden Herausforderungen für die Betroffenen und unterstreicht die Bedeutung zielgerichteter therapeutischer Ansätze [1, 2, 3].

## EPIDEMIOLOGIE UND KRANKHEITSLAST DES HANDEKZEMS

Die Prävalenzrate des Handekzems beträgt ca. 9 % pro Jahr, womit es zu den häufigsten Haut- und Berufserkrankungen gehört [4]. Etwa 35 % der Frauen und 27 % der Männer geben an, dass sie bereits vor dem 20. Lebensjahr erstmals vom Handekzem betroffen gewesen sind. Bei 63 % der Handekzemfälle besteht eine Vorgeschichte von Ekzemen in der Kindheit [5]. Es besteht ein erhebliches Chronifizierungsrisiko, wobei die durchschnittliche Dauer der Erkrankung zwischen elf und 16 Jahren liegt [4]. Sie kann erhebliche Auswirkungen auf die täglichen Aktivitäten und die Lebensqualität haben. Zudem geht das Chronische Handekzem mit einer signifikanten psychischen Belastung einher (● **Abb. 1**) [6–12].



### Abbildung 1

Epidemiologie und Krankheitslast des Handekzems; zusammengefasst nach [6–12]

Das Chronische Handekzem stellt die häufigste berufsbedingte Hauterkrankung dar, mit einer Punktprävalenz von bis zu 40 % unter Berufstätigen in Risikoberufen [2]. Das Chronische Handekzem geht mit einer erheblichen sozioökonomischen Belastung einher, da es die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigen kann. Die gesellschaftlichen Gesamtkosten in Deutschland, die sowohl direkte als auch indirekte Ausgaben einschließen, belaufen sich auf 1.576 € bis 3.613 € pro Patienten und Jahr. Dies entspricht durchschnittlich 418,30 € pro Patientenmonat. Diese Kosten resultieren aus Krankenstand, Produktivitätsverlust und Rehabilitationsmaßnahmen [3, 10–15].

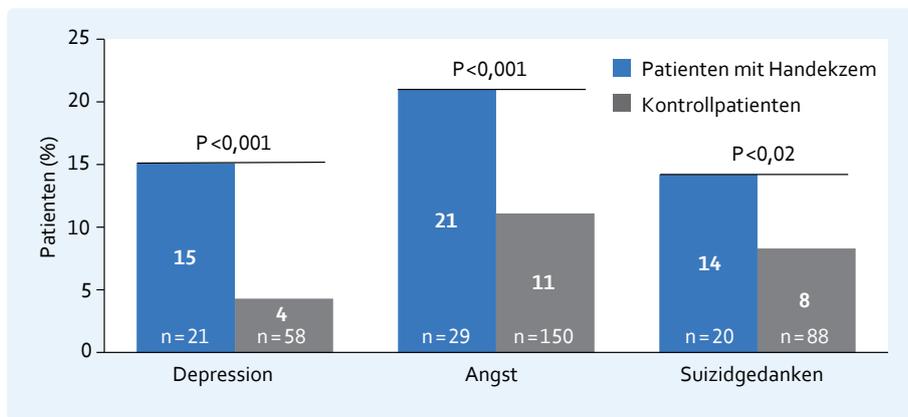
## LEBENSQUALITÄT

Die Hand fungiert als soziales und interaktives Organ im Kontakt mit der Umwelt. Das mittelschwere bis schwere Chronische Handekzem hat daher eine erhebliche

negative Auswirkung auf die Lebensqualität, die im Vergleich schwerer ausfällt als bei atopischer Dermatitis oder Psoriasis [6, 15, 16, 17]. Im Rahmen von Befragungen berichten Patienten mit Chronischem Handekzem über die folgenden psychischen Belastungen [6]:

- Frustration (85 %)
- Verlegenheit (80 %)
- Unsicherheit (80 %)
- Traurigkeit/Depression (<70 %)
- Angst vor Reaktionen anderer (<70 %)
- Geringes Selbstwertgefühl (<70%)

Zudem ist das Handekzem mit vermehrten psychischen Begleiterkrankungen verbunden. Depressionen, Angstzustände und Suizidgedanken treten bei Personen mit Handekzem signifikant häufiger auf (● **Abb. 2**) [9].



**Abbildung 2**  
Psychische Belastung bei Patienten mit Handekzem; adaptiert nach [9]

### KLASSIFIKATION UND MORPHOLOGIE

Die Klassifikation des Handekzems ist in der Literatur nicht einheitlich. Zumeist werden sowohl morphologisch deskriptive als auch ätiologische Aspekte berücksichtigt (● **Tab. 1**) [1, 2, 3]. Es zeigen sich unterschiedliche morphologische Erscheinungsbilder, die beispielsweise hyperkeratotisch oder vesikulär („dysidrosiform“) sein können. Zudem kann die Erkrankung an verschiedenen Stellen der Hände und Handgelenke auftreten. So kann sie sich u. a. als Pulpitis äußern oder interdigital lokalisiert sein [1, 2, 18]. Ätiologisch sind endogene, zumeist atopische, Handekzeme von exogenen, entweder irritativ oder allergisch verursachten Handekzemen abzugrenzen. Bei nachgewiesenen Typ-IV-Sensibilisierungen ist eine klinische Relevanzbeurteilung unabdingbar zur Beurteilung, ob eine allergische Ätiologie vorliegt oder nicht [1, 2, 18].

Die europäische und die deutsche Leitlinie zum Handekzem klassifizieren unterschiedliche Subtypen und Ätiologien. Dabei können Mischformen mit verschiedenen ätiologischen und klinischen Merkmalen auftreten, und das Krankheitsbild kann sich im Verlauf verändern. Es ist zu beachten, dass die zugrunde liegende Pathophysiologie aber bei allen Subtypen als gleich angenommen wird [1, 19, 20]. Die Verteilung der Subtypen des Chronischen Handekzems in Deutschland wurde im Chronischen Handekzem-Register zum Patienten-Langzeitmanagement (CARPE) erfasst. Im CARPE wurden 1163 Patienten mit schwerem Chronischen Handekzem basierend auf ihrem vorherrschenden Subtyp klassifiziert. Dabei waren Mischformen häufig; >50 % der Patienten wurden mehreren Subtypen zugeordnet [15]. In der klinischen Praxis tritt das Chronische Handekzem oft als Kombination von verschiedenen Subtypen und Ätiologien auf [21].

	Demografische Daten	Anamnese	Häufigste klinische Zeichen und Symptome	Häufigste betroffene Stellen
<b>Ätiologische Subtypen</b>				
<b>Irritatives Kontaktekzem (IKE)</b>	Häufigste Form des Handekzems; Frauen > Männer	Relevanter Kontakt mit irritativen Substanzen in der Freizeit und/oder am Arbeitsplatz	Erythem und Schuppung, Juckempfindungen, Schmerzen bei Rhagaden	Streckseiten und Seitenkanten der Finger, Fingerzwischenräume, Handrücken
<b>Allergisches Kontaktekzem (AKE)</b>	Männer > Frauen	Relevanter Kontakt mit Allergenen, positiver Epikutantest auf das/die auslösende(n) Allergen(e)	Erythem, häufig Bläschen, Juckempfindungen, Schmerzen bei Rhagaden	Bereiche der Allergenexposition, zum Beispiel Fingerkuppen oder Handrücken
<b>Atopisches Handekzem</b>	Beginn meist in jungem Alter	Atopische Dermatitis	Häufig Bläschenbildung, aber auch nummuläre, erythematöse, z. T. lichenifizierte Plaques	Handinnenflächen, oft angrenzende Bereiche des ventralen Handgelenkes, Handkanten, Fingerzwischenräume, Handrücken
<b>Proteinkontaktdermatitis (± Kontakturtikaria)</b>		Relevanter Kontakt mit Proteinen, Soforttypsensibilisierung auf das/die auslösende(n) Protein(e), gegebenenfalls Vorgeschichte von unmittelbaren urtikariellen Hautreaktionen	Gegebenenfalls initiale urtikarielle Reaktion, dann anhaltendes Erythem, Schuppung, Infiltration	Bereiche der Exposition mit Protein(en)
<b>Klinische Subtypen</b>				
<b>Hyperkeratotisches Handekzem</b>	Am häufigsten bei Männern	Keine offensichtliche exogene oder endogene Ursache erkennbar, negativer Epikutantest	Keine Bläschenbildung, wenig Juckempfindungen, Schmerzen durch Rhagaden	Handinnenflächen
<b>Akutes rezidivierendes vesikuläres Handekzem (vormals dyshidrotisches Ekzem oder Pompholyx)</b>		Wellenförmiger Verlauf	Starke Bläschenbildung, Juckempfindungen	Finger und Handinnenflächen
<b>Nummuläres Handekzem</b>		Häufig atopische Hautdiathese	Umschriebenes Ekzem, typischerweise auf Dorsalseite der Hände, Juckempfindungen	Handrücken
<b>Pulpitis</b>		Relevanter Kontakt mit irritativen Stoffen, relevanter Kontakt mit Allergenen, positiver Epikutantest auf das/die auslösende(n) Allergen(e), Fissuren, atopische Dermatitis	Wenig Juckempfindungen, häufig Schmerzen	Fingerkuppen
<b>Mischformen</b>				

**Tabelle 1**  
Klassifikation des Handekzems mit den Charakteristika der Subtypen; modifiziert nach [2]

Das Chronische Handekzem kann diverse morphologische Erscheinungsbilder aufweisen. So kann es sich in Form von Erythemen, Vesikeln, Bullae, Fissuren, Rhagaden, Schuppungen, Hyperkeratosen und nummulären Veränderungen äußern (● **Abb. 3**). Als chronisch degenerative Folgeschäden können Lichenifikation und Atrophie auftreten (● **Abb. 4**) [1].

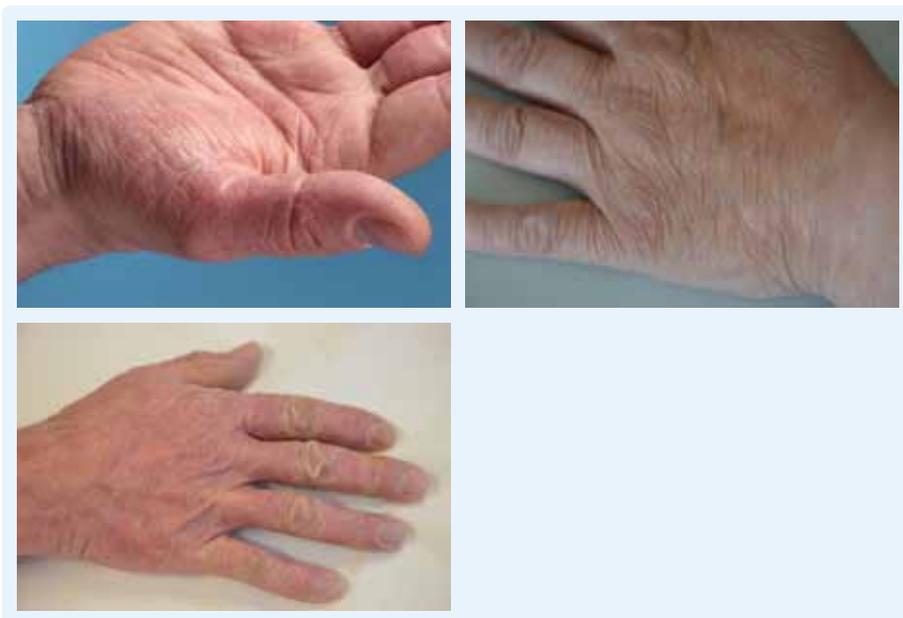
### ÄTIOLOGIE

Das Chronische Handekzem kann auf endogene und/oder exogene Ursachen zurückzuführen sein [1]. Umweltfaktoren erklären bis zu 59 % der Ätiologie [22]. Risikofaktoren, die häufig mit Handekzem in Verbindung stehen, sind u. a. eine atopische Dermatitis in der Kindheit, persistierende/schwere atopische Dermatitis,



**Abbildung 3**  
Schuppungen und Hyperkeratosen  
bei Chronischem Handekzem

Fotos zur Verfügung gestellt  
von Prof. Dr. med. Skudlik



**Abbildung 4**  
Degenerative Folgeschädigungen  
des Chronischen Handekzems:  
Lichenifikation und Atrophie

Fotos zur Verfügung gestellt  
von Prof. Dr. med. Skudlik

früheres Handekzem und junges Alter bei Erkrankungsbeginn. Weitere Risikofaktoren sind vorbestehende Kontaktallergien sowie eine Exposition gegenüber feuchter Arbeit, kalten/trockenen Wetterbedingungen und geringer Luftfeuchtigkeit in Innenräumen [23]. Darüber hinaus haben Lebensstilfaktoren wie Tabakrauchen Einfluss auf den Verlauf. In einer kürzlich durchgeführten Register-basierten Kohortenstudie aus Dänemark wurde körperliche Bewegung mit einer besseren Heilungschance in Verbindung gebracht, während Tabakrauchen und psychischer Stress mit einer Chronifizierung assoziiert waren [24]. Die Dysfunktion der Hautbarriere ist ein wichtiger pathogenetischer Aspekt des Chronischen Handekzems. Die beeinträchtigte Hautbarriere ist gekennzeichnet durch einen erhöhten trans-epidermalen Wasserverlust (TEWL), einen niedrigen Hydratationsindex, eine ausgeprägte Staphylokokken-Besiedlung und einen erhöhten Interleukin-(IL)-8-Spiegel. Zudem lassen sich häufig Filaggrin-Mutationen feststellen [19, 20, 25–28].

## DIAGNOSTIK

Die Diagnose des Handekzems erfordert eine ausführliche Anamnese, unter Berücksichtigung privater und beruflicher Expositionen. Zudem gehören die klinische Untersuchung und verschiedene Hauttests zu den Pfeilern der Diagnostik. Eine präzise Beschreibung der Lokalisation und des klinischen Verlaufes sind entscheidend für die diagnostische Einordnung. Ein verbessertes Verständnis der Pathophysiologie könnte in Zukunft eine differenziertere Diagnostik ermöglichen. Zukünftig könnte auch eine molekulare Subtypisierung relevant werden; die Evidenzlage dafür ist aber bislang noch nicht ausreichend [1, 2]. Bei Bedarf kann das diagnostische Spektrum durch histopathologische Untersuchungen und mikrobiologische Tests erweitert werden [1, 2, 3].

## ANAMNESEERHEBUNG UND KLINISCHE UNTERSUCHUNG

Die Anamnese soll systematisch durchgeführt werden und Informationen zu aktuellen Symptomen, Krankheitsdauer, Verlauf, berufsbezogenen Aktivitäten, Exazerbationen, Rezidiven, Eigen- und Familienanamnese bezüglich atopischer Diathese (atopische Dermatitis, allergisches Asthma, allergische Rhinokonjunktivitis), früheren und aktuellen Haut- oder Systemerkrankungen, Medikamenteneinnahme sowie Nikotinkonsum erfassen [2]. Des Weiteren wird eine Fotodokumentation der Krankheitsschübe empfohlen. Informationen zu vorher dokumentierten allergischen Sensibilisierungen und Testverfahren sowie zur Verwendung von und Reaktionen auf topische Medikamente, Hautpflegeprodukte, Feuchtarbeit und aktuelle/frühere Expositionen gegenüber bekannten Kontaktallergenen und Irritantien in Beruf, Haushalt und Freizeit sollten ebenfalls erfasst werden [2]. Die klinische Untersuchung beginnt mit der Inspektion der Hände und setzt sich fort mit der Untersuchung des gesamten Integuments, einschließlich der Füße [2]. Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung des Handekzems von anderen Dermatosen ist entscheidend. Bei allergischer Kontaktdermatitis sollte auch eine Genitalbeteiligung exploriert werden [2].

## EXPOSITIONSBEWERTUNG

Die Beurteilung der Exposition ist essenziell für die Planung von Prick- und Epikutantestungen. Ebenso dient sie als Instrument für die ätiologische Diagnose von allergischer Kontaktdermatitis, Proteinkontaktdermatitis und/oder irritativer Kontaktdermatitis. Die Expositionsbewertung ermöglicht auch die wichtige Einschätzung, ob eine Berufserkrankung vorliegt. Zudem ist die Expositionsbewertung Grundlage für eine künftige Prävention. Die Erfahrung zeigt, dass Expositionen leicht übersehen werden, deshalb muss ein systematischer Ansatz verfolgt werden [2, 29].

## EPIKUTANTEST

Der Epikutantest gilt als Goldstandard zur Diagnose einer Kontaktallergie. Bei Patienten mit einer Dauer des Handekzem >3 Monate und/oder fehlendem Ansprechen auf eine angemessene Therapie sowie klinischem Verdacht auf eine Kontaktallergie sollten Epikutantestungen durchgeführt werden [2]. Die Indikation für einen Epikutantest und das Spektrum der zu testenden Substanzen sollten unter Berücksichtigung der Anamnese, der Arbeitsplatz- und Freizeitexposition sorgfältig abgewogen werden. Eine positive Reaktion im Epikutantest erfordert eine gründliche Bewertung, wobei die klinische Relevanz der identifizierten Allergene besonders wichtig ist. Bei identifizierten berufsbedingten Auslösern sollte der Arbeitsplatz des Patienten überprüft und das verursachende Allergen durch Austausch oder geeignete Hautschutzmaßnahmen gemieden werden [2]. Da ein

allergisches Kontaktekzem der Hände nur durch konsequente Vermeidung der auslösenden Substanzen abheilen kann, ist es entscheidend, die Patienten umfassend über die Art der Kontaktallergene und deren Vorkommen aufzuklären. Es ist allerdings zu betonen, dass ein negativer Epikutantest eine Kontaktsensibilisierung nicht sicher ausschließen kann, da falsch negative Ergebnisse möglich sind und eine umfassende Testung aller potenziellen Allergene nicht immer gewährleistet werden kann [2]. Nach dem Epikutantest sollte bei unerwartet positiven Ergebnissen eine erneute Durchführung der Expositionsanalyse erfolgen. Für bestimmte Allergene stehen moderne Methoden zur Identifizierung oder sogar Quantifizierung der Exposition zur Verfügung. Im abschließenden Schritt der Expositionsanalyse gilt es festzustellen, ob aktuelle Expositionen gegenüber Allergenen und/oder Irritantien die vorliegende Ekzemerkrankung verursacht haben und ob gegebenenfalls Präventionsmaßnahmen zu empfehlen sind [2]. Es wurden gemeinsame europäische Minimalstandards für die Prävention und Behandlung berufsbedingter Hauterkrankungen entwickelt, die auch Mindestanforderungen für die Expositionsabschätzung am Arbeitsplatz einschließen [30].

### PRICKTESTUNG UND MESSUNG DES SPEZIFISCHEN IgE

Handekzempatienten können nach Kontakt mit Handschuhen aus Naturkautschuklatex oder mit Proteinen pflanzlicher oder tierischer Herkunft unmittelbare urtikarielle Hautreaktionen (Kontakturtikaria) entwickeln. Bei anhaltender oder wiederholter Exposition gegenüber unverträglichen Proteinen können ekzematöse Reaktionen auftreten, die als Proteinkontaktdermatitis bezeichnet werden [2]. Im Verdachtsfall auf Proteinkontaktdermatitis, ohne das Vorliegen systemischer Symptome, ist der Prick-zu-Prick-Test mit frischem proteinhaltigen Material (Lebensmittel und Pflanzen) ein sicheres und wichtiges diagnostisches Verfahren [2]. Alternativ kann eine direkte etwa 20-minütige Exposition gegenüber dem vermuteten Allergen an der Stelle, an der die Proteinkontaktdermatitis auftritt (zum Beispiel Fisch oder Fleisch an den Fingern), zu Quaddeln und sogar Bläschen führen und somit die Diagnose bestätigen [31]. Bei Patienten mit früheren generalisierten Symptomen sollte jedoch stets das Risiko einer Anaphylaxie in Betracht gezogen werden. Die Testung sollte bei entsprechender Anamnese unter Notfallbereitschaft durchgeführt werden [2]. Gegebenenfalls muss ganz auf sie verzichtet werden. Die Auswertung von Prick-zu-Prick-Tests mit frischem Material erfordert aufgrund des Risikos unspezifisch positiver (irritativer) Reaktionen eine kritische Bewertung. Gegebenenfalls sind Kontrolltests erforderlich. Zusätzlich zur Pricktestung kann die Bestimmung spezifischer IgE-Antikörper im Serum ergänzende Informationen zu individuellen Sensibilisierungsprofilen liefern und die Diagnose einer Überempfindlichkeit vom Soforttyp stützen [2].

### MIKROBIOLOGISCHE TESTS

Die klinische Untersuchung kann den Verdacht auf eine Sekundärinfektion lenken, die hauptsächlich durch das Bakterium *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) verursacht wird. Insbesondere bei Patienten mit Atopie wird diese häufig als begleitender oder verschlimmernder Faktor vorgefunden. In solchen Fällen sollte der Erreger durch einen Hautabstrich identifiziert werden. Gleichzeitig sollte eine Antibiotikaresistenztestung erfolgen [2]. Es ist jedoch wichtig zu betonen, dass die Verschreibung von Antibiotika ausschließlich bei Anzeichen einer klinischen Infektion erfolgen sollte [32]. Es sollte die Möglichkeit einer Dermatophyteninfektion (Tinea) oder Hefepilzinfektion (Candidose) in Erwägung gezogen und diagnostisch abgeklärt werden, insbesondere bei unilateralem Befall [2]. Zur Diagnose sollten Hautabstriche oder Schuppenmaterial für Mikroskopie, Kultur und, falls verfügbar, für die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) entnommen werden. Bei Dermatophyten-

infektion der Hände können auch die Füße betroffen sein. Zudem sollte Scabies (Krätze) als Differenzialdiagnose berücksichtigt werden. Bei Vorliegen von Bläschen, insbesondere wenn nur ein Finger betroffen ist, sollte auch an eine Herpes-simplex-Infektion gedacht werden [2].

### UNTERSUCHUNG MITTELS HAUTBIOPSIE

Hautbiopsien sind in seltenen Fällen notwendig, um Differenzialdiagnosen wie Psoriasis, Lichen planus oder Lymphome auszuschließen. Sie ermöglichen in aller Regel keine sichere Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Ätiologien des Handekzems [2].

### MOLEKULARE DIAGNOSTIK

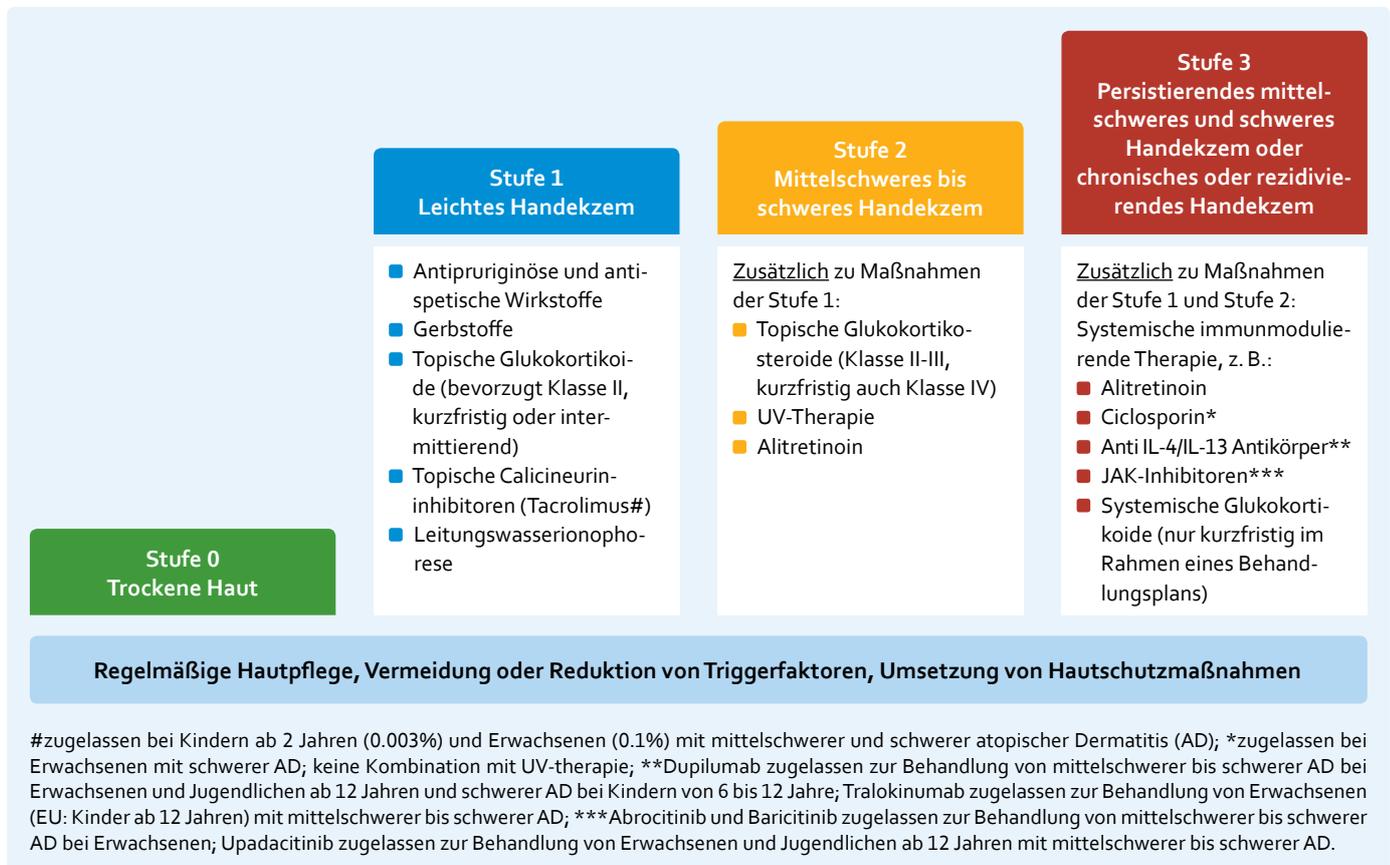
Seit einigen Jahren besteht die Möglichkeit, Handekzem und die Psoriasis palmaris, die klinisch und oft auch histologisch schwer voneinander zu unterscheiden sind, mithilfe des sogenannten molekularen Klassifikators zu differenzieren. Dies geschieht anhand der krankheitsspezifischen Expression der Gene NOS2 und CCL27 in der Hautbiopsie. Dieser, derzeit noch evaluierte Ansatz ermöglicht eine präzisere Unterscheidung, selbst wenn die klinischen und morphologischen Merkmale nicht eindeutig sind. Alternativ kann das molekulare Profil verschiedener Ätiologien und klinischer/morphologischer Subtypen des Handekzems nun auch ohne Hautbiopsie analysiert werden. Dies erfolgt durch die Anwendung von Klebestreifenabrisen der Epidermis in Verbindung mit der Gesamt-Transkriptom-Sequenzierung (WTS) und der globalen Proteomanalyse [2].

### AKTUELLE BEHANDLUNGSSTRATEGIEN

Das Therapiemanagement des Handekzems wird ausführlich in der deutschen Leitlinie von 2023, der europäischen Leitlinie von 2022 und der kanadischen Leitlinie von 2010 behandelt [1, 2, 3]. Es existieren diverse Therapieoptionen zur Behandlung des Chronischen Handekzems. Ein Cochrane-Review, das die Grundlage des Kapitels zur Therapie in der deutschen Leitlinie von 2023 bildet, identifizierte 60 randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) mit insgesamt 5469 erwachsenen Patienten [8]. Jedoch erfolgen die meisten in der Leitlinie diskutierten Behandlungen bislang off Label, sind also nicht offiziell zugelassen, da in den meisten Fällen kein ausreichender Wirksamkeitsnachweis durch klinische Studien vorliegt [2]. Die Therapie richtet sich nach dem Schweregrad des Handekzems. Zur Beurteilung der Schwere bietet sich der sogenannte „Hand Eczema Severity Score“ an, der eine validierte, morphologiebasierte Einschätzung ermöglicht (abgeheilt = 0; fast abgeheilt = 1 bis 16; mittelschwer = 17 bis 37; schwer = 38 bis 116; sehr schwer =  $\geq 117$ ). Alternativ kann auch auf den validierten „Photographic Guide“ zurückgegriffen werden [2]. Bei der Betreuung von Patienten mit Handekzem sollten die allgemeinen Therapieprinzipien der stadiengerechten Behandlung sowie die Ätiologie, Intensität, Morphologie, die Komorbiditäten und die Lokalisation und Verteilung der Erkrankung berücksichtigt werden.

Eine erfolgreiche Therapie erfordert die Identifikation und Elimination der ursächlichen exogenen Faktoren [2]. Im Fall eines akuten Handekzems ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Klassifikation und Behandlung notwendig, um die Entwicklung eines Chronischen Handekzems zu verhindern. In den meisten Fällen stellen topische entzündungshemmende Medikamente in Verbindung mit stadiengerechter Hautpflege eine wirksame Behandlung für einen akuten Schub des Handekzems dar. Die vollständige funktionelle Regeneration der epidermalen Barriere kann mehrere Wochen oder Monate nach dem Abklingen der klinischen Ekzemercheinungen dauern. Einer erneuten Exposition der Haut gegenüber den

auslösenden Irritantien und/oder Allergenen muss vorgebeugt werden. Ebenso soll eine längere Anwendung von potenten topischen Kortikosteroiden vermieden werden, weil dies die Hautbarriere negativ beeinflussen und zu Folgeschäden führen kann (■ Abb. 5) [2].



### BEHANDLUNGSSTRATEGIEN BEIM CHRONISCHEN HANDEKZEM

Basismaßnahmen, wie Hautpflegemittel und Hautschutz, sollen zur Behandlung des Chronischen Handeczems eingesetzt werden, obwohl es nur begrenzte Evidenz für ihre Wirksamkeit gibt. Die deutsche Leitlinien-Arbeitsgruppe empfiehlt dennoch ausdrücklich den Einsatz der Basismaßnahmen auf jeder Stufe der Behandlung [2]. Bei der Auswahl der Hautpflegemittel spielen die Patientenpräferenzen sowie bestehende (Kontakt-)Allergien eine entscheidende Rolle. Eine Schulung durch medizinische oder gesundheitspädagogische Fachkräfte, die Aufklärung darüber bietet, wann, wie und welches Produkt anzuwenden ist, kann die Anwendung und Adhärenz optimieren [2]. Die Wahl der spezifischen Therapie ist abhängig von der Schwere und Chronizität des Handeczems. Es gibt derzeit keine speziell für das mittelschwere bis schwere Chronische Handeczem zugelassene topische Therapie, die sowohl ein schnelles Ansprechen als auch eine langfristige Krankheitskontrolle garantiert [2]. Die Eskalation der Therapie kann mit zunehmendem Schweregrad die folgenden Optionen umfassen [2]:

- Topische Therapie mit Kortikosteroiden oder Calcineurininhibitoren
- Topische Therapie mit hochwirksamen Kortikosteroiden in Kombination mit Phototherapie oder Retinoiden
- Topische Therapie in Kombination mit systemischer Therapie, darunter Kortikosteroide, Cyclosporin, Azathioprin, Methotrexat, Alitretinoin, Anti-IL-4/IL-13-Antikörper und Januskinasen-(JAK-)Inhibitoren

**Abbildung 5**

Therapie des Handeczems nach der aktuellen deutschen S2k-Leitlinie; adaptiert nach [2]

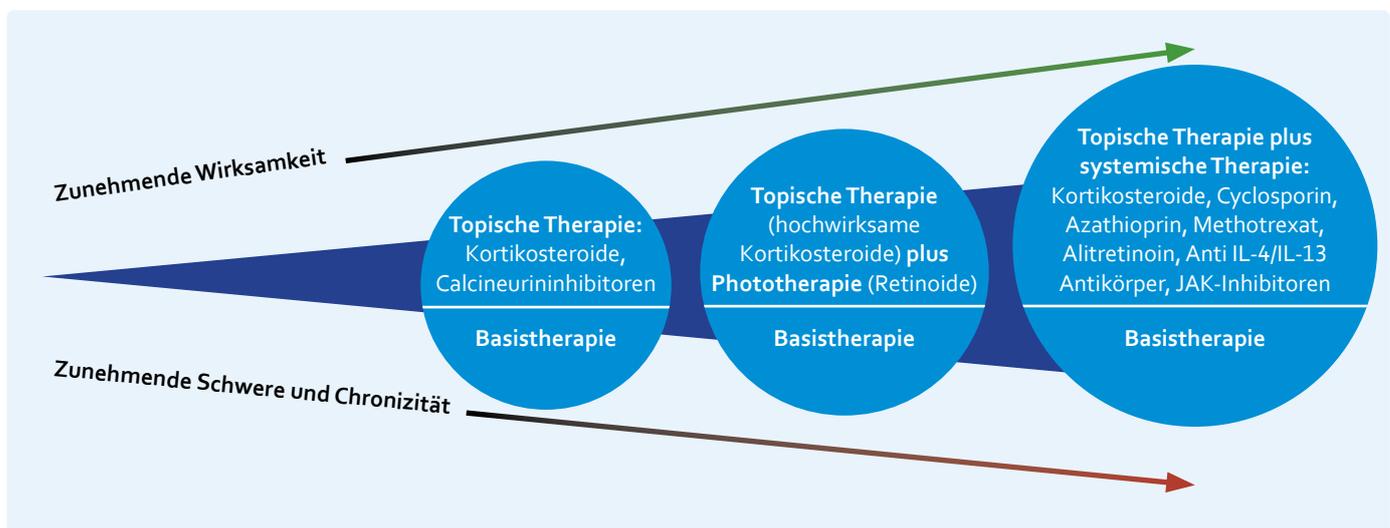
Topische Kortikosteroide sollen als kurzfristige Erstlinientherapie für die Behandlung des Handekzems verwendet werden. Zur Erhaltungstherapie kann eine intermittierende Anwendung von topischen Kortikosteroiden in Betracht gezogen werden, wobei solche mit geringem atrophogenen Potenzial bevorzugt werden sollen [2].

Als alternative Kurzzeittherapie kann Tacrolimus-Salbe (0,1 %) verwendet werden. Zur Erhaltungstherapie kann eine proaktive Anwendung in Betracht gezogen werden. Das Konzept der proaktiven Therapie, bei dem eine antientzündliche Lokalthherapie ein- bis dreimal pro Woche durchgeführt wird, um Rückfälle zu verhindern, kann bei Patienten mit atopischem Handekzem insbesondere an den Handrücken eingesetzt werden. Bei allen anderen Handekzemtypen ist diese Behandlung off Label. Es ist zudem zu beachten, dass es bisher keine kontrollierten Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit dieses Vorgehens gibt [2]. Für erwachsene Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Chronischen Handekzem, das auf topische Kortikosteroide nicht anspricht, sollte eine Phototherapie der Hände (topische PUVA [Psoralen plus UVA], Schmalband-UVB, UVA1) erfolgen. Aufgrund der möglichen langfristigen Nebenwirkungen infolge der kumulativen UV-Dosis soll die Phototherapie jedoch nicht für Langzeitbehandlungen verwendet werden [2].

Mit Ausnahme von Alitretinoin gibt es gegenwärtig keine weiteren zugelassenen Systemtherapien für die Behandlung des Chronischen Handekzems [2]. Dieses orale Vitamin-A-Derivat soll bei Patienten mit schwerem Chronischen Handekzem eingesetzt werden, wenn topische und/oder Phototherapien allein nicht ausreichend wirksam sind. Kopfschmerzen sind die häufigste Nebenwirkung von Alitretinoin; sie treten in der Regel zu Beginn der Behandlung auf und lassen in aller Regel nach etwa ein bis zwei Wochen nach. Mögliche weitere Nebenwirkungen sind ein Anstieg der Plasmacholesterin- und Triglyceridwerte sowie eine Störung der Schilddrüsenfunktionsparameter, die daher während der Therapie überwacht werden müssen [2]. Es wurden bisher keine RCT zu oralen Kortikosteroiden für die Behandlung des Handekzems veröffentlicht [8]. Erfahrungsgemäß können Kortikosteroide zwar sehr wirksam sein, ihre langfristige oder wiederholte Anwendung sollen jedoch vermieden werden, da sie mit ernststen Nebenwirkungen verbunden sind [2]. Das Sicherheitsprofil von Alitretinoin entspricht dem der anderen Wirkstoffe aus der Retinoid-Klasse. Daher gilt Alitretinoin wie alle Vertreter seiner Klasse als teratogen. Bei Frauen im gebärfähigen Alter sind daher vor, während und bis einen Monat nach Abschluss einer Alitretinoin-Behandlung Maßnahmen zur sicheren Schwangerschaftsverhütung sowie regelmäßige Schwangerschaftstests angezeigt [2, 33].

Leider zeigen die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten häufig unbefriedigende Ergebnisse. Es ist entscheidend, mehr hochwertige Daten aus gut kontrollierten

**Abbildung 6**  
 Behandlungsstrategien beim Chronischen Handekzem;  
 modifiziert nach [1, 2, 34]



klinischen Studien zu gewinnen. Eine zukünftige Forschungspriorität sollte in der Entwicklung einer individualisierten Therapie des Chronischen Handekzems bestehen. Die Ätiologie, Morphologie und die endotypischen Merkmale des Handekzems können erheblich zwischen einzelnen Patienten variieren. Neue Erkenntnisse darüber, wie verschiedene Medikamente bei unterschiedlichen Subgruppen wirken, könnten zu einer Optimierung der Therapie beitragen (● **Abb. 6**) [2].

### GESETZLICHE ANSPRÜCHE VON PATIENTEN MIT BERUFSDERMATOSEN

Die Versorgungsstruktur des berufsbedingten Handekzems in Deutschland basiert auf einer vertieften ärztlichen Prüfung der Kausalität und der Präventionsmöglichkeiten. Diese Versorgungsstruktur wird im Stufenverfahren Haut der gesetzlichen Unfallversicherung abgebildet. Das Verfahren umfasst einen Qualitätsstandard für die Versorgung bei Berufsdermatosen sowie eine gezielte Steuerung von ambulanten und stationären Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen. Dieses weltweit einzigartige, evaluierte und effektive Präventionskonzept könnte als beispielgebend für andere Bereiche dienen [35, 36].

Die Versorgung zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung ist im Sozialgesetzbuch (SGB) VII geregelt und nicht, wie die Versorgung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, im Rahmen des SGB V. Gemäß § 1 SGB VII obliegt es der gesetzlichen Unfallversicherung, durch alle geeigneten Mittel Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten ist es ihre Aufgabe, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Versicherten durch alle geeigneten Mittel wiederherzustellen und sie ggf. durch Geldleistungen zu entschädigen. Die konkreten Vorteile der gesetzlichen Unfallversicherung umfassen unter anderem:

1. Hautärztliche Behandlung nach der UV-GOÄ im Auftrag der Berufsgenossenschaft (BG) mit außerbudgetären Leistungen, Verordnung von Basistherapeutika und UV-Schutz ohne Rezeptgebühr etc.
2. Präventionsmaßnahmen wie kostenlose Hautschutzseminare und stationäre Rehabilitation in berufsdermatologischen Schwerpunktzentren.
3. Wahrung rechtlicher Ansprüche, beispielsweise die Anerkennung von Berufskrankheiten, Rentenansprüche sowie berufliche Reha- oder Umschulungsmaßnahmen.

Beruflich bedingte Handekzeme werden unter der Berufskrankheitennummer (BK) 5101 erfasst. Die Definition der Berufskrankheit 5101 umfasst schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen. Es ist wichtig zu beachten, dass der Begriff „Schwere“ in diesem Kontext ein Rechtsbegriff ist, der über das klinische Verständnis eines schweren Handekzems hinausgeht. Er berücksichtigt auch das Ansprechen auf Therapie und Prävention [37, 38, 39].

Die Anerkennung als Berufskrankheit durch die Berufsgenossenschaft erfordert neben einer beruflichen Verursachung und einer bestimmten klinischen Ausprägung auch die Überprüfung, ob eine leitliniengerechte hautfachärztliche Therapie und zusätzliche Präventionsmaßnahmen (z. B. in Form von Hautschutzseminaren) das Krankheitsbild positiv beeinflussen können. Sollte das Handekzem nach sechs Monaten unter solchen Maßnahmen weiterhin behandlungsbedürftig sein, erfüllt es den Rechtsbegriff der Schwere.

Bei einer derartigen Konstellation liegen somit die Voraussetzungen zur Anerkennung einer Berufskrankheit (BK) 5101 vor. Hierbei ist es seit Eintritt der BK-Rechtsänderung zum 01.01.2021 für die Anerkennung nicht mehr erforderlich, dass auch der objektive Zwang zur Unterlassung der gefährdenden Tätigkeit vorliegt und diese Tätigkeit tatsächlich unterlassen wurde.

Für den Fall, dass durch leitliniengerechte hautfachärztliche Therapie und angemessene Präventionsmaßnahmen aber innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten eine vollständige Abheilung oder zumindest eine derartige Besserung erzielt werden kann, dass lediglich nur noch basistherapeutische Maßnahmen erforderlich sind, gilt das versicherungsrechtliche Kriterium der Schwere als nicht erfüllt; somit liegen bei derartigen Konstellationen die Voraussetzungen zur Anerkennung der beruflich verursachten Hauterkrankung als Berufserkrankung im Rechtssinne nicht vor. Bei derartigen Fallkonstellationen kann allerdings dennoch unter präventiven Aspekten eine hautfachärztliche Behandlung durch den Unfallversicherungsträger weiterhin gewährt werden. Die Voraussetzung für Leistungen einschließlich der Heilbehandlung zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung ist allerdings, dass die Hauterkrankung an den zuständigen Unfallversicherungsträger durch die behandelnden Ärzte gemeldet wird.

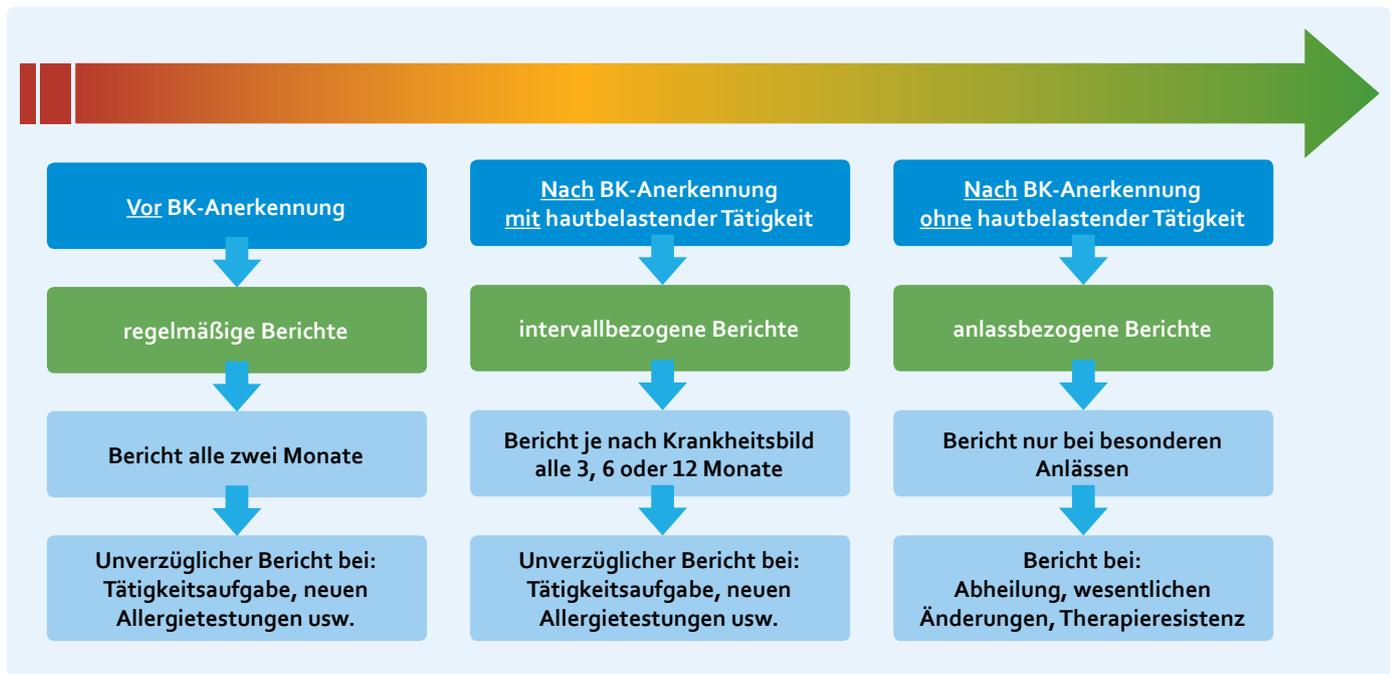
Im Kontext des beruflichen Handekzems und der Berufserkrankung 5101 zeigt sich eine hohe Dunkelziffer und ein unzureichendes Meldeverhalten seitens der Fachpersonen. Ein Beispiel dafür sind Meldungen bei Patienten, die in der Altenpflege tätig sind. In einem untersuchten Altenpflegekollektiv mit einer Stichprobengröße von 1375 wurden 243 Fälle von Handekzem identifiziert, was einer Punktprävalenz von 18 % entspricht. Die Schlussfolgerung lautet, dass bei jeder fünften Fachperson im Altenpflegewesen der Verdacht auf ein berufsbedingtes Handekzem besteht [23]. In Deutschland gibt es mittlerweile >600.000 Altenpflegerinnen und Altenpfleger [41]. Dies ergibt eine Anzahl von möglicherweise 110.000 Betroffenen allein in dieser Berufsgruppe.

Grundsätzlich besteht für alle Ärzte eine Anzeigepflicht bei begründetem Verdacht auf eine Berufserkrankung. In der Dermatologie gibt es jedoch die Besonderheit des Hautarztberichtes, der besser vergütet wird als die ärztliche Berufserkrankungsanzeige und zudem umfassendere Informationen bietet. Der Hautarztbericht bleibt auch nach den Rechtsänderungen bei Berufserkrankungen das zentrale Instrument für die Meldung und die Kommunikation zwischen Hautarzt und Unfallversicherungsträger. Beim Ausfüllen des Berichtes sollte stets bedacht werden, dass er der Berufsgenossenschaft ermöglichen soll, schnell zu entscheiden, ob ein Behandlungsauftrag erfolgen soll und welche weiteren Maßnahmen einzuleiten sind. Als positive Botschaft sollten betroffene Patienten darüber aufgeklärt werden, dass die Meldung die Vorteile der kostenlosen Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen sowie der besseren Leistungen für die Patienten mit sich bringt. Nicht zuletzt dient der Hautarztbericht auch der Wahrung rechtlicher Ansprüche.

Wenn seitens des Patienten keine Mitteilung an den Arbeitgeber gewünscht ist, darf die Berufsgenossenschaft sich auch nicht an den Arbeitgeber wenden. Eine arbeitsplatzbezogene Allergietestung ist möglich und wird angemessen vergütet. Therapeutische Maßnahmen können außerbudgetär erbracht werden, jedoch erst nach erteiltem Behandlungsauftrag. Die Berichtsintervalle variieren je nach Stadium des Verfahrens und werden durch die Berufsgenossenschaft vorgegeben. Bei neu gemeldeten Fällen vor Anerkennung einer Berufserkrankung werden die Berichte in der Regel alle zwei Monate erstattet, während sich die Intervalle nach Anerkennung verlängern können. Es ist wichtig, die Berichtsintervalle am jeweiligen Stadium des Verfahrens zu orientieren und bei Bedarf durch Arbeitsunfähigkeitszeiten oder besondere Ereignisse zu begründen. Weitere Informationen können auf den Homepages der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD) sowie der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGU) eingeholt werden, wobei die Broschüre „Honorare in der Berufsdermatologie“ als unverzichtbare Informationsquelle empfohlen wird (● **Abb. 7**) [42].

**Der Hautarztbericht bleibt das zentrale Instrument für die Meldung und die Kommunikation zwischen Hautarzt und Unfallversicherungsträger.**

**Praxistipps zu Hautarztbericht und Hautarztverfahren finden Sie ab Seite 17**



#### FAZIT

- Das Chronische Handekzem zeichnet sich durch eine Dauer von >3 Monaten oder mindestens zweimaliges Auftreten pro Jahr aus.
- Das Chronische Handekzem kann erhebliche Auswirkungen auf tägliche Aktivitäten und Lebensqualität haben, begleitet von signifikanter psychischer und sozioökonomischer Belastung.
- Das Krankheitsbild des Chronischen Handekzems ist heterogen; es existieren unterschiedliche ätiologische und klinische Subtypen.
- Die Ursachen des Chronischen Handekzems können endogen und/oder exogen sein, wobei Umweltfaktoren die wichtigste Rolle spielen.
- Eine präzise Lokalisations- und Verlaufsbeschreibung ist entscheidend für die diagnostische Einordnung.
- Eine systematische Anamnese, die Informationen zu aktuellen Symptomen, Krankheitsdauer, Verlauf, berufsbezogenen Aktivitäten, Exazerbationen, Rezidiven sowie zur Familienanamnese umfasst, ist essenziell.
- Eine sorgfältige Expositionsbeurteilung ist von entscheidender Bedeutung, um die möglichen Auslöser zu identifizieren.
- Die Therapie richtet sich nach dem Schweregrad des Handekzems, wobei es v. a. für das mittelschwere bis schwere Chronische Handekzem einen Mangel an zugelassenen Wirkstoffen gibt; für das schwere Chronische Handekzem ist bislang nur Alitretinoin zugelassen.
- Bei Verdacht auf ein beruflich bedingtes Chronisches Handekzem wird durch das Einleiten eines Hautarztverfahrens der Anspruch der Patienten auf Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung geprüft.

#### Abbildung 7

Konstellationen zur Behandlung beruflicher Handekzeme zulasten der gesetzlichen Unfallversicherung im Hautarztverfahren bei der BK-Nr. 5101; modifiziert nach [42]

## LITERATUR

1. Thyssen JP et al. Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2022;86:357–378
2. Bauer A et al. S2k-Leitlinie Diagnostik, Prävention und Therapie des Handekzems. *J Dtsch Dermatol Ges* 2023;21:1054–1076
3. Lynde C et al. Canadian Hand Dermatitis Management Guidelines. *J Cutan Med Surg* 2010;14:267–284
4. Quaade AS et al. Prevalence, incidence, and severity of hand eczema in the general population – A systematic review and meta-analysis. *Contact Dermatitis* 2021;84:361–374
5. Meding B, Järholm B. Incidence of Hand Eczema—A Population-Based Retrospective Study. *J Invest Dermatol* 2004;122:873–877
6. Grant L et al. Development of a Conceptual Model of Chronic Hand Eczema (CHE) Based on Qualitative Interviews with Patients and Expert Dermatologists. *Adv Ther* 2020;37:692–706
7. Agner T et al. Hand eczema severity and quality of life: a cross-sectional, multicentre study of hand eczema patients. *Contact Dermatitis* 2008;59:43–47
8. Christoffers WA et al. Interventions for hand eczema. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;4(4):CD004055
9. Dalgard FJ et al. The Psychological Burden of Skin Diseases: A Cross-Sectional Multi-center Study among Dermatological Out-Patients in 13 European Countries. *J Invest Dermatol* 2015;135:984–991
10. Politiek K et al. Systematic review of cost-of-illness studies in hand eczema. *Contact Dermatitis* 2016;75:67–76
11. Augustin M et al. Cost-of-illness of patients with chronic hand eczema in routine care: results from a multicentre study in Germany. *Br J Dermatol* 2011;165:845–851
12. Cortesi PA et al. Cost and quality of life in patients with severe chronic hand eczema refractory to standard therapy with topical potent corticosteroids. *Contact Dermatitis* 2014;70:158–168
13. Diepgen T et al. Cost-of-illness Analysis of Patients with Chronic Hand Eczema in Routine Care in Germany: Focus on the Impact of Occupational Disease. *Acta Derm Venereol* 2013;93:538–543
14. van Gils RF et al. Economic evaluation of an integrated care programme for patients with hand dermatitis. *Contact Dermatitis* 2013;69:144–152
15. Apfelbacher C et al. Characteristics and Provision of Care in Patients with Chronic Hand Eczema: Updated Data from the CARPE Registry. *Acta Derm Venereol* 2014;94:163–167
16. Kouris A et al. Quality of life, anxiety, depression and obsessive-compulsive tendencies in patients with chronic hand eczema. *Contact Dermatitis* 2015;72:367–370
17. Capucci S et al. Impact of Atopic Dermatitis and Chronic Hand Eczema on Quality of Life Compared With Other Chronic Diseases. *Dermatitis* 2020;31:178–184
18. Thyssen JP, Silverberg JI, Guttman-Yassky E. Chronic hand eczema understanding has ramifications on clinical management. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:e429–e430
19. Lee GR et al. Current and emerging therapies for hand eczema. *Dermatol Ther* 2019;32:e12840
20. Tauber M et al. Latent class analysis categorizes chronic hand eczema patients according to skin barrier impairment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:1529–1535
21. Skudlik C et al. First results from the multicentre study Rehabilitation of Occupational Skin Diseases – Optimization and Quality Assurance of Inpatient Management (ROQ). *Contact Dermatitis* 2012;66:140–147
22. Lerbaek A et al. Heritability of Hand Eczema Is Not Explained by Comorbidity with Atopic Dermatitis. *J Invest Dermatol* 2007;127:1632–40
23. Skudlik C et al. Hand eczema in geriatric nurses in Germany – prevalence and risk factors. *Contact Dermatitis* 2009;60:136–143

24. Olesen CM et al. Factors influencing prognosis for occupational hand eczema: new trends. *Br J Dermatol* 2019;181:1280–1286
25. Elias PM. Primary role of barrier dysfunction in the pathogenesis of atopic dermatitis. *Exp Dermatol* 2018;27:847–851
26. Thyssen JP et al. Filaggrin null mutations increase the risk and persistence of hand eczema in subjects with atopic dermatitis: results from a general population study. *Br J Dermatol* 2010;163:115–120
27. Molin S et al. Filaggrin mutations may confer susceptibility to chronic hand eczema characterized by combined allergic and irritant contact dermatitis. *Br J Dermatol* 2009;161:801–807
28. Molin S et al. Deletion of the late cornified envelope genes LCE3B and LCE3C may promote chronic hand eczema with allergic contact dermatitis. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2011;21:472–479
29. Friis UF et al. Occupational allergic contact dermatitis diagnosed by a systematic step-wise exposure assessment of allergens in the work environment. *Contact Dermatitis* 2013;69:153–163
30. Alfonso JH et al. Minimum standards on prevention, diagnosis and treatment of occupational and work-related skin diseases in Europe – position paper of the COST Action StanDerm (TD 1206). *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2017;31:31–43
31. Dickel H. Außergewöhnliche Berufsallergien durch Nahrungsmittel tierischen Ursprungs. *Der Hautarzt* 2021;72:493–501
32. Haslund P et al. Staphylococcus aureus and hand eczema severity. *Br J Dermatol* 2009;161:772–777
33. Menné T et al. Hand eczema guidelines based on the Danish guidelines for the diagnosis and treatment of hand eczema. *Contact Dermatitis* 2011;65:3–12
34. Elsner P, Agner T. Hand eczema: treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2020;34:13–21
35. Brans R, Skudlik C. Prävention des Handekzems. *Der Hautarzt*. 2019;70:797–803
36. Skudlik C, Schön MP, John SM. Berufsdermatologie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2023
37. Skudlik C. Rechtsbegriff/Auslegung „Schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankung“ ab dem 1. Januar 2021: Beratungsergebnis der AG Bamberger Empfehlung. *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 2020;68:149–152
38. Skudlik C et al. Berufskrankheit Nr. 5101 – Rechtsbegriff der schweren oder wiederholt rückfälligen Hautkrankheit. *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 2021;69:6–10
39. Krohn S, Skudlik C. Ärztliche Meldung von Berufskrankheiten der Haut in der dermatologischen Praxis. *Der Hautarzt* 2021;72:469–473
40. Skudlik C. Änderungen im Berufskrankheitenrecht: Auswirkungen für die Dermatologie und das Management der BK 5101 ab dem 1. Januar 2021. *J Dtsch Dermatol Ges* 2021;19:497–498
41. Statista. Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Bereich Altenpflege in Deutschland in den Jahren von 2012 bis 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/520516/umfrage/anzahl-beschaeftigter-altenpfleger-in-deutschland/> Stand: 03.01.2024
42. Skudlik C. Umsetzung der Berufskrankheiten (BK)-Reform: Auswirkungen in der Praxis. *Akt Dermatol im Druck*. 2024

#### Referent

Prof. Dr. med. Christoph Skudlik  
Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation  
(iDerm) an der Universität Osnabrück und BG Klinikum Hamburg, Dermatologie  
Am Finkenhügel 7a  
49076 Osnabrück

#### Veranstalter

CME-Verlag – Fachverlag für  
medizinische Fortbildung GmbH  
Siebengebirgsstr. 15  
53572 Bruchhausen  
redaktion@cme-verlag.de

#### Fortbildungspartner

LEO Pharma GmbH

#### Transparenzinformation

Ausführliche Informationen zu Interessenkonflikten und Sponsoring sind online  
einsehbar unterhalb des jeweiligen Kursmoduls.

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische  
Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten  
werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

#### Bildnachweis

Titelbild: © H\_Ko – stock.adobe.com

#### CME-Test

Die Teilnahme am CME-Test ist nur online möglich.  
Scannen Sie den nebenstehenden QR-Code mit Ihrem Mobiltelefon/Tablet  
oder gehen Sie auf die website: [www.cme-kurs.de](http://www.cme-kurs.de)



## PRAXISTIPP

### Hautarztbericht und Hautarztverfahren: Vorteile für Patient und Praxis

Stand Februar 2024  
(modifiziert nach [9])

- Vorteile für Patient und Praxis: Keine Budgetierung, angemessene Honorierung von Therapie und vor allem vor (allergologischer) Diagnostik, keine Zuzahlung, Basistherapeutika kostenlos, kostenloses Hautschutzseminar
- Beim Ausfüllen des Einleitungsberichtes (Formular F6050) stets bedenken: Der Bericht soll den Unfallversicherungsträger befähigen, sofort über Maßnahmen und Leistungen nach § 3 BKV entscheiden zu können, damit der Betroffene die berufliche Tätigkeit fortführen kann.
- Die Erstattung des Hautarztberichtes ist seitens des Betroffenen zustimmungspflichtig. Den Betroffenen daher möglichst vor Ausfüllen des Hautarztberichtes hierüber aufklären und die Erklärung unterschreiben lassen.
- Bei Erstkontakt in der Praxis bei allen Patienten mit Handekzemen, Verdacht auf Kontaktallergien oder Hauterscheinungen, die durch äußere Einwirkungen verschlimmert werden können, nach beruflicher Tätigkeit befragen. Das „Screening“ kann bereits an der Praxisanmeldung erfolgen!
- Bei Möglichkeit der Verursachung oder Verschlimmerung der Hauterscheinungen (kein Hautkrebs!) durch berufliche Einwirkungen sollte der Patient aktiv darauf angesprochen werden. Botschaften an den Patienten: Vorteilhafte Betreuung in BG-Spezialsprechstunde (s. o.: Vorteile für Patient und Praxis).
- Wichtig für Patienten: Verfahren dient auch zur Wahrung rechtlicher Ansprüche. Wenn keine Mitteilung an den Arbeitgeber gewünscht, wird dies explizit im Bericht vermerkt.
- Arbeitsplatzbezogene Allergietestungen mit kommerziell erhältlichen Testallergenen sind nicht gesondert genehmigungspflichtig; hierzu muss nicht der Behandlungsauftrag abgewartet werden. Eine Übersicht über den empfohlenen Testumfang bei häufig betroffenen Berufsgruppen findet sich im DGUV-Leitfaden: Honorare in der Berufsdermatologie (<https://www.dguv.de> → web-code: d535458)
- Ausnahme: Die Testung mit patienteneigenen Substanzen oder Berufsstoffen (UV-GOÄ-Nr. 379) erfordert die vorherige Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger; dies somit ggf. im Bericht beantragen!
- Liegt bei Erstvorstellung keine Testfähigkeit vor, können die Testungen auch zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen und mit dem Verlaufsbericht F6052 nachgereicht werden.
- Falls anamnestisch/klinisch keine eindeutigen Hinweise auf eine atopische Disposition vorliegen, kann eine orientierende Atopie-Diagnostik erforderlich sein (z. B. Pricktestung mit bis zu 14 ubiquitären Allergenen, Gesamt-IgE-Bestimmung, spezifischer IgE-Suchtest).
- Unabdingbar: Klinische Relevanzbeurteilung: Hat die nachgewiesene Sensibilisierung aus Sicht des Arztes eine Relevanz (Verursachung/Verschlimmerung) für die Hauterkrankung?

- Möglichst differenzierte hautärztliche Diagnose stellen! Dies kann bei Erstvorstellung jedoch noch nicht immer möglich sein, dann differenzialdiagnostische Verdachtsdiagnosen benennen (etwa bei z. B. Verdacht auf kumulativ subtoxisches Handekzem, differenzialdiagnostisch irritativ verschlimmertes atopisches Ekzem; z. B. bei Verdacht auf irritativ verursachtes hyperkeratotisch-rhagadiformes Handekzem, differenzialdiagnostisch irritativ verschlimmerte Psoriasis palmaris).
- Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung können neben dem arbeitskongruenten Verlauf der Befall beruflich exponierter Areale und/oder beruflich relevante Sensibilisierungen sein.
- Basistherapeutika sind „pflegende/rückfettende Externa“ als Bestandteil des Behandlungskonzeptes eines berufsbedingten Kontaktekzems. Nicht zur Basistherapie zählen: Externa zur Anwendung an nicht berufsbedingt belasteten Arealen, Externa, die aufgrund rein kosmetischer Aspekte verordnet werden, und Produkte, deren bestimmungsgemäßer Verwendungszweck die Hautreinigung oder der Hautschutz ist.
- Wichtig: Eine Behandlung zulasten des Unfallversicherungsträgers kann erst nach Erteilung des Behandlungsauftrages erfolgen. Umfang und Dauer der Heilbehandlung werden in der Regel im Behandlungsauftrag vorgegeben! Bei Indikation für im Behandlungsauftrag nicht eingeschlossene Therapien diese mit dem Unfallversicherungsträger abstimmen.
- Falls Beratungsbedarf des betroffenen Patienten durch den UV-Träger besteht, diesen möglichst konkret benennen (z. B. Leistungen, mögliche Maßnahmen am Arbeitsplatz). Bei Defiziten im Hautschutzverhalten ambulantes Hautschutzseminar empfehlen. Dieses ist für den Versicherten kostenlos und ergänzt die hautärztlichen Maßnahmen.
- Bei komplexen Erkrankungsbildern, bei klinischer Schwere und therapeutischer Hartnäckigkeit oder längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten: Indikation für ein stationäres Heilverfahren in einem berufsdermatologisch spezialisierten Schwerpunktzentrum empfehlen.
- Die Meldung bei Verdacht auf Berufskrankheit kann online erfolgen: <https://serviceportal-uv.dguv.de/>
- Praktische Tipps u. a. mit Abrechnungsbeispielen sind im DGUV-Leitfaden Honorare in der Berufsdermatologie zu finden: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3207>; Stand: Februar 2024

# CME-Fragebogen



Bitte beachten Sie:

- Die Teilnahme am nachfolgenden CME-Test ist nur online möglich unter: [www.cme-kurs.de](http://www.cme-kurs.de)
- Diese Fortbildung ist mit 4 CME-Punkten zertifiziert.
- Es ist immer nur eine Antwortmöglichkeit richtig (keine Mehrfachnennungen).

## ? Welche Aussage bezüglich des Chronischen Handekzems ist richtig?

- Das Chronische Handekzem ist ein kurzfristiger Hautausschlag an den Händen, der höchstens einmal pro Jahr auftritt.
- Das Chronische Handekzem persistiert für >3 Monate oder tritt mindestens zweimal jährlich auf.
- Das Chronische Handekzem ist ausschließlich durch Rötungen an den Händen gekennzeichnet.
- Die Symptome des Chronischen Handekzems beschränken sich auf chronischen Juckreiz.
- Das Chronische Handekzem betrifft typischerweise nur die Finger und nicht die Handgelenke.

## ? Welche Aussage bezüglich Handekzemen (akute und chronische) ist richtig?

- Handekzem betrifft hauptsächlich Männer und tritt selten vor dem 20. Lebensjahr auf.
- Die Prävalenzrate des Handekzems bei Frauen liegt bei etwa 35 % pro Jahr.
- Ein Handekzem hat zumeist keine wesentlichen Auswirkungen auf die Lebensqualität.
- Das Handekzem bei Erwachsenen weist selten eine Vorgeschichte in der Kindheit auf.
- Die durchschnittliche Dauer des Chronischen Handekzems liegt zwischen zwei und fünf Jahren.

## ? Welche Aussage bezüglich der Lebensqualität bei Chronischem Handekzem ist richtig?

- Die Auswirkungen auf die Lebensqualität sind im Vergleich zur atopischen Dermatitis und zur Psoriasis gering.
- Personen mit Chronischem Handekzem zeigen weniger psychische Begleiterkrankungen im Vergleich zu anderen Hauterkrankungen.
- Frustration wird von <50 % der Patienten berichtet.
- Das Chronische Handekzem hat eine erhebliche negative Auswirkung auf die Lebensqualität der Patienten.
- Depressionen, Angstzustände und Suizidgedanken sind bei Personen mit Chronischem Handekzem seltener als bei der Allgemeinbevölkerung.

## ? Welche Aussage bezüglich der Klassifikation und Ätiologie von Handekzemen (akute und chronische) ist falsch?

- Die Klassifikation des Handekzems berücksichtigt sowohl morphologisch deskriptive als auch ätiologische Aspekte.
- Sensibilisierungen spielen bei der Klassifikation des Handekzems keine Rolle.
- Die Ätiologie von Handekzemen kann u. a. irritativ oder allergisch sein.
- Das Chronische Handekzem kann sich u. a. in Form von Rhagaden und nummulären Veränderungen äußern.
- Als chronisch degenerative Folgeschäden des Chronischen Handekzems können Lichenifikation und Atrophie auftreten.

## ? Welche Aussage bezüglich der Ursachen und Risikofaktoren von Chronischen Handekzemen ist falsch?

- Bis zu 59 % der Ätiologie des Chronischen Handekzems können auf Umweltfaktoren zurückgeführt werden.
- Risikofaktoren für das Chronische Handekzem sind u. a. eine atopische Dermatitis in der Kindheit, persistierende/schwere atopische Dermatitis, früheres Handekzem und junges Alter bei Erkrankungsbeginn.
- Tabakrauchen hat keinen Einfluss auf den Verlauf von Handekzemen.
- Körperliche Bewegung wurde in einer Studie mit einer besseren Heilungschance bei Chronischem Handekzem in Verbindung gebracht.
- Das Chronische Handekzem ist die häufigste berufsbedingte Hauterkrankung mit einer Punktprävalenz von bis zu 40 % unter Berufstätigen in Risikoberufen.

## ? Welche Aussage bezüglich der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung bei Handekzem ist richtig?

- Informationen zu Freizeitaktivitäten und -expositionen sind irrelevant.
- Fotodokumentationen von Krankheitsschüben haben für die Diagnose keinen Stellenwert.

## CME-Fragebogen (Fortsetzung)

- Bei der klinischen Untersuchung reicht es aus, nur die Hände zu inspizieren.
- Eine Fußbeteiligung kommt bei Handekzem sehr selten vor.
- Eine differenzialdiagnostische Abgrenzung des Handekzems von anderen Dermatosen ist entscheidend.

### ? Welche Aussage bezüglich der Expositionsanalyse und Epikutantestungen bei Handekzemen ist falsch?

- Die Beurteilung der Exposition ist essenziell für die ätiologische Diagnose von allergischer Kontaktdermatitis, Proteinkontaktdermatitis und/oder irritativer Kontaktdermatitis.
- Der Epikutantest gilt als Goldstandard zur Diagnose einer Kontaktallergie.
- Nach dem Epikutantest ist es ratsam, bei als falsch negativ bewerteten oder überraschend positiven Ergebnissen erneut eine Expositionsanalyse durchzuführen.
- Ein negativer Epikutantest schließt eine Kontaktsensibilisierung sicher aus.
- Bei identifizierten berufsbedingten Auslösern im Epikutantest sollte der Arbeitsplatz des Patienten überprüft und das verursachende Allergen durch eine sichere Alternative ersetzt werden.

### ? Welche Aussage bezüglich des Therapiemanagements von Handekzemen ist richtig?

- Alle in der aktuellen deutschen Leitlinie vorgestellten Behandlungen sind offiziell zugelassen, da ausreichende Wirksamkeitsnachweise vorliegen.
- Der „Hand Eczema Severity Index“ (HECSI) ermöglicht eine Beurteilung der Lebensqualität.
- Der Schweregrad ist für die Therapieauswahl irrelevant.
- Im Fall eines akuten Handekzems ist eine möglichst lange Anwendung von potenten topischen Kortikosteroiden empfehlenswert.
- Eine erfolgreiche Therapie erfordert die Identifikation und Vermeidung der ursächlichen Faktoren.

### ? Welche Aussage bezüglich der Versorgungsstruktur des berufsbedingten Handekzems in Deutschland ist richtig?

- Das Stufenverfahren Haut in Deutschland umfasst einen Qualitätsstandard für die Versorgung bei Berufsdermatosen sowie eine gezielte Steuerung von ambulanten und stationären Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen.
- Im SGB V sind die konkreten Vorteile der gesetzlichen Unfallversicherung festgelegt, einschließlich der hautärztlichen Behandlung nach der UV-GOÄ im Auftrag der Berufsgenossenschaft.
- Die Anerkennung als Berufskrankheit durch die Berufsgenossenschaft erfordert neben einer beruflichen Verursachung und einer bestimmten klinischen Ausprägung auch die Überprüfung, ob eine leitliniengerechte hautfachärztliche Therapie und zusätzliche Präventionsmaßnahmen (z. B. in Form von Hautschutzseminaren) das Krankheitsbild positiv beeinflussen können.
- Präventionsmaßnahmen wie kostenlose Hautschutzseminare und stationäre Rehabilitation in berufsdermatologischen Schwerpunktzentren sind nach § 1 SGB VII geregelt.
- Die Definition der Berufskrankheit 5101 umfasst schwere oder wiederholt rückfällige Hauterkrankungen, wobei der Begriff „Schwere“ ausschließlich das klinische Verständnis eines schweren Handekzems (HE) betrifft.

### ? Welche Aussage bezüglich der Meldung von berufsbedingtem Handekzem und der Berufskrankheit 5101 ist falsch?

- Der Hautarztbericht bleibt das zentrale Instrument für die Meldung und die Kommunikation zwischen Hautarzt und Unfallversicherungsträger.
- Grundsätzlich besteht für alle Ärzte eine Meldepflicht bei begründetem Verdacht auf eine Berufskrankheit.
- Eine Meldung kann für die Patienten den Vorteil kostenloser Behandlungs- und Präventionsmaßnahmen haben.
- Eine arbeitsplatzbezogene Allergietestung wird in aller Regel nicht vergütet.
- Die Berichtsintervalle variieren je nach Stadium des Verfahrens und werden durch die Berufsgenossenschaft vorgegeben.