

BUZ aktuell

Themenschwerpunkt „Haut“

Wir freuen uns über das positive Echo, das unsere Themenhefte finden. Gerne setzen wir unsere Reihe mit medizinischen Schwerpunktthemen mit dem Thema „Haut und BUZ“ fort.

Ein besonderer Dank geht an Herr Dr. Rainer Koch, Dermatologe beim Institut für Medizinische Begutachtung in Kassel. Er ist seit vielen Jahren Wegbegleiter der Seminare der Gen Re Business School und hat für diese Ausgabe die medizinischen Beiträge verfasst. Er stellt Ihnen die BUZ-relevanten Aspekte chronischer Hautkrankheiten und Inhalationsallergien vor. Außerdem erörtert er aus dermatologischer Sicht das schwierige Feld der Umweltkrankheiten.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrts-

pflege (BGW) hat als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren Strategien und Programme entwickelt, um die Versicherten der BGW trotz ihrer Allergie beruflich (wieder-)einzugliedern. Wir berichten über die dort bestehenden Möglichkeiten der Prävention von Hauterkrankungen

Ein Hinweis zu Strategien und Perspektiven zur beruflichen Wiedereingliederung von BUZ-Versicherten mit allergischen Hauterkrankungen komplettiert die medizinische Seite dieses Newsletters.

Psychische und psychosomatische Störungen nehmen zu. Das lässt es ratsam erscheinen, sich mit dem Problem der Aggravation auseinanderzusetzen. Wir tun dies in unserer Rubrik „ZuRecht“ und gehen dabei auf die Aggravation als Beweisführungshindernis ein.

Neu in BUZaktuell ist die Rubrik „Für Sie gelesen“. Wir machen dort auf interessante und für die BUZ-Leistungsregulierung relevante Publikationen aufmerksam.

Die Vorstellung des Regionalbüros Ost des Gen Re Rehabilitations-Dienstes und die Seminartermine der Gen Re Business School runden diese Ausgabe ab.

Die Redaktion wünscht Ihnen eine anregende Lektüre.

Inhalt

Chronische Hautkrankheiten als mögliche BU-Ursache	2
Inhalationsallergien der oberen Luftwege	10
Umweltmedizin – Grundlagen für BUZ-Leistungsregulierer	14
Prävention von Hauterkrankungen	17
ZuRecht – Aggravation als Beweisführungshindernis	21
Das Regionalbüro Ost des Gen Re Rehabilitations-Dienstes	24
Für Sie gelesen I	26
Für Sie gelesen II	27
Seminartermine	28
Impressum	28



Dr. Rainer Koch, Dermatologe beim Institut für medizinische Begutachtung in Kassel

Chronische Hautkrankheiten als mögliche BU-Ursache

Von Dr. Rainer Koch, Kassel

Ekzematöse Hauterkrankungen spielen seit vielen Jahren im berufsdermatologischen Alltag eine wichtige Rolle. Sowohl die allergisch wie auch die nicht allergisch verursachten Krankheiten nehmen stetig zu, entsprechend häufig stellt sich die Frage der dadurch verursachten beruflichen Einschränkungen.

Der gewerbedermatologisch tätige Gutachter muss für eine angemessene versicherungsmedizinische Beurteilung der Erkrankungsfälle neben den primären Ursachen und deren Auswirkungen alle möglichen und zumutbaren therapeutischen wie auch präventiven Möglichkeiten aufzeigen.

Erst die nachvollziehbare Beurteilung aller relevanten Faktoren wird schließlich eine Aussage über die verbliebenen Tätigkeitsfelder zulassen.

Epidemiologie

Beruflich verursachte oder verschlimmerte Hauterkrankungen haben im Zuge der zunehmenden Industrialisierung und Technisierung in den vergangenen 60 Jahren kontinuierlich zugenommen. Man spricht von einer sog. „Berufsdermatose“, wenn die beruflichen Expositionen eine maßgebliche Rolle für die Entstehung und Unterhaltung krankhafter Hautveränderungen gespielt hat. Wenngleich berufsbedingte Ekzemkrankheiten seit Jahrzehnten eine zunehmende Bedeutung haben, liegen bis heute keine eindeutigen epidemiologischen Daten vor, welche eine exakte Bewertung der Häufigkeit bestimmter Hautkrankheiten in den verschiedenen Berufsfeldern erlaubt.

In den hochindustrialisierten Ländern ist heute zu erwarten, dass auf 400 Erwachsene eine Person mit beruflich verursachten Hautveränderungen kommt. Die allgemeine Ekzemhäufigkeit in der Bevölkerung wird zwischen 1 % bis 5 % angegeben. Die Verdachtsmeldungen auf beruflich verursachte Hautkrankheiten bei den gesetzlichen Unfallversicherungen bewegen sich seit 25 Jahren um die 25 % aller BK-Meldungen, gefolgt von der Lärmschwerhörigkeit, Wirbelsäulenerkrankungen und Atemwegserkrankungen.

Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten berufsbedingter Hautkrankheiten bewegen sich zur Zeit jährlich bei etwa 1,5 Milliarden Euro. Die krankheitsbedingten Ausfalltage sind dabei in der Bauwirtschaft am größten, die Metallindustrie und die chemische Industrie folgen auf den Plätzen 2 und 3.

Die überwiegende Mehrheit aller Berufsdermatosen entwickelt sich in Kleinbetrieben, am häufigsten sind

mit 8 % aller Fälle Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege betroffen (Frisöre, medizinische Berufe).

Ekzemformen

Grundsätzlich können entsprechend der primären krankheitsauslösenden Faktoren drei Ekzemformen unterschieden werden:

- das irritative Kontaktekzem,
- das allergische Kontaktekzem,
- das atopische Ekzem.

Nicht selten vermischen sich diese primären Ekzemformen in ihrem weiteren Verlauf, diese Erkrankungen werden dann z. B. als 2- bzw. 3-Phasenekzeme oder auch Hybrid-ekzeme bezeichnet.

Nachfolgend sollen die spezifischen Besonderheiten und die jeweilige Bedeutung der einzelnen Ekzemformen beschrieben und mit typischen Beispielen erläutert werden.

Das irritative Handekzem

Verbreitung und Verursachung

Diese nicht allergisch verursachten Ekzeme werden auch als subtoxisch-kumulative, toxisch-degenerative oder auch Abnutzungsekzeme bezeichnet. Sie machen seit einigen Jahren mit etwa 40 % aller Ekzemformen die größte Gruppe aus. Die Hauptursache dieser Ekzeme ist grundsätzlich in dem Hautkontakt zu Substanzen zu suchen, welche eine schädigende Wirkung auf das Hautorgan ausüben können. Als mögliche Schadstoffe können z. B. Säuren und Laugen, Reinigungs- und Spülmittel, organische Lösungsmittel wie auch Öle und Schmierstoffe wirken.



Abbildung 1, akut-toxisches Kontaktekzem

Ein akut-toxisches Kontaktekzem tritt dann auf, wenn eine obligat hautreizende Substanz (konzentrierte Säuren oder Laugen) auf die ungeschützte Haut einwirken kann. Je nach Konzentration der schädigenden Substanz entwickelt sich am Ort der Einwirkung eine meist scharfbegrenzte Rötung, evtl. mit Blasenbildung, welche unter adäquater Behandlung nach wenigen Tagen abheilen kann. (Abbildung 1)

Die toxischen Ekzeme können bei entsprechenden, angemessenen Schutzmaßnahmen (Handschuhe usw.) grundsätzlich vermieden werden, eine Gefahr für den Verbleib in der beruflichen Tätigkeit ist somit nicht zu erwarten. Demgegenüber entwickeln sich die sog. subtoxisch-kumulativen (= irritativen) Handekzeme meist allmählich und erst nach wiederholtem Kontakt mit unterschwelligen Konzentrationen der oben genannten Schadstoffe. Das bedeutet: Während akut-toxische Kontaktekzeme durch die entsprechend hohe Konzentration der Noxe ausgelöst werden, spielt bei den subtoxisch-kumulativen Ekzemen der Faktor Zeit die entscheidende Rolle. Somit können bereits gering konzentrierte Laugen nach ständig wiederholter Einwirkung auf die Haut der Hände nach entsprechend langer Zeit (Wochen bis Monate) eine allmählich zunehmende Irritation bis hin zur chronischen Ekzemkrankheit bewirken. (Abbildung 2)

Gefährdeter Personenkreis

Je höher der Feuchtanteil der beruflichen Tätigkeit ist, um so eher muss mit dieser Ekzemform gerechnet werden. Dies gilt sowohl für Berufe mit

einer häufigen Feuchtbelastung (Frösöre, Köche, Maurer) als auch für Tätigkeiten, bei denen regelmäßig über längere Zeiträume feuchtigkeitsdichte Handschuhe getragen werden müssen (Gesundheitswesen).

Als besonders gefährdet für die Entwicklung irritativer Handekzeme gelten Menschen mit trockenem (sebostatischem) Hauttyp, insbesondere im Zusammenhang mit atopischer (neurodermitischer) Hautveranlagung. Nicht selten leiden derart veranlagte Menschen bereits vor Entwicklung der Ekzeme an leicht schwitzenden Händen oder der Neigung zu trockener und spröder Haut in den Wintermonaten.

Der Krankheitsverlauf

Die subtoxisch-kumulativen Handekzeme beginnen typischerweise zunächst im Bereich der besonders empfindlichen Hautabschnitte, wie Fingerzwischenräume und Handrücken. In dieser Krankheitsphase entwickelt sich durch regelmäßig wiederholten unterschwelligen Schadstoffkontakt eine langsam zunehmende Schädigung der obersten Hautschicht (Hornschicht), wodurch die Hautschutzfunktion (Hautsäuremantel) entsprechend leidet. Die allmählich abnehmende Pufferfunktion des „Säureschutzmantels“, insbesondere gegenüber Lau-

gen, führt dann in typischer Weise zu einer langsam zunehmenden Sprödigkeit und Rissigkeit der entsprechenden Hautpartien. Nachfolgend klagen die Patienten über eine trockene Schuppung der Haut und ein unangenehmes Spannungsgefühl.

Erst im weiteren Verlauf entwickeln sich bei fortgesetzter Hautbelastung entzündliche Zellveränderungen der tieferen Abschnitte der Keimzellschicht (Epidermis). Hiermit verbunden sind entzündliche Rötungen und Hautverdickungen. Schließlich können schmerzhafteste Hauteinrisse (Rhagaden), besonders in Nähe der mechanisch belasteten Fingergelenke auftreten. Bei zunehmender Chronifizierung dieser Hauterkrankung sind dann nicht selten auch die Handteller und die handnahen Unterarmanteile betroffen, die Patienten klagen meist über Brennen und Spannungsgefühle bis hin zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Finger bei dem Vorliegen tiefer Rhagaden. (Abbildung 3)

Je nach primärer Hautveranlagung können in bestimmten Fällen auch sagohornähnliche Bläschen in den Fingerzwischenräumen und den Handtellern im Vordergrund stehen. Der gesamte krankheitsdynamische Verlauf dieser Ekzeme ist gekennzeichnet durch eine allmähliche, oft schleichende Entwicklung. Die verschiedenen Erkrankungsphasen ent-



Abbildung 2, chronische Ekzemkrankheit



Abbildung 3, Hauteinrisse (Rhagaden)

wickeln sich gewissermaßen im Zeitlupentempo, insbesondere in der Anfangsphase.

Das Vollbild der subtoxisch-irritativen Handekzeme zeichnet sich einerseits durch eine ausgesprochene Chronizität aus, auf der anderen Seite genügen dann oft gelegentliche Kontakte zu Irritantien aus, um die Erkrankung am Leben zu halten. Nicht selten pflöpft sich sekundär auf diese Irritationsekzeme eine Kontaktallergie auf, man spricht dann von einem sog. Zwei-Phasensekzem. Sofern die erworbene Kontaktsensibilisierung eine beruflich verwendete Substanz betrifft, kann eine Berufsaufgabe drohen.

Therapie

Die Behandlung der primär irritativen Handekzeme richtet sich im Wesentlichen nach krankheitsauslösenden Faktoren und der Schwere der Krankheitssymptome. In der Anfangsphase der Entwicklung dieser Ekzemform, wenn die trockene und spröde Haut ohne wesentliche Entzündungssymptome noch im Vordergrund steht, ist es meistens ausreichend, die der beruflichen Tätigkeit angemessenen Hautschutzmaßnahmen zu intensivieren. Oft genug erfährt der gewerbedermatologisch tätige Gutachter im Rahmen der anamnestischen Erhe-

bungen, dass alle Feuchtarbeiten bislang ohne schützende oder geeignete Handschuhe verrichtet wurden, entsprechende Schutz- und Pflegecremes standen gar nicht erst zur Verfügung.

Primäre Prävention

Im Rahmen der sog. primären Prävention zur Vermeidung von Berufsdermatosen sind bedarfsweise einerseits technisch-organisatorische Maßnahmen zur Verminderung möglicher hautreizender Einwirkungen zu ergreifen, andererseits muss dem Berufstätigen eine angemessene persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung stehen. Alle notwendigen Maßnahmen sind in den entsprechend hautbelastenden Berufen grundsätzlich durch den Arbeitgeber zur Verfügung zu stellen.

Zugegebenermaßen kann in der Regel davon ausgegangen werden, dass die primäre Prävention in Großbetrieben durchgesetzt und von den geschulten betriebsärztlichen Diensten überwacht wird. Demgegenüber werden die oft wichtigen Ausrüstungen aus wirtschaftlichen Zwängen von handwerklichen Kleinbetrieben meist nur unvollständig angeboten.

Im Vordergrund geeigneter Schutzmaßnahmen steht in der Regel

meistens die bedarfsabhängige Verwendung der richtigen Schutzhandschuhe. Von den professionellen Herstellern (z. B. Fa. Mappa) werden heute eine große Anzahl unterschiedlichster Schutzhandschuhe, welche den meisten beruflichen Belastungen gerecht werden, angeboten. Der feuchtigkeitdichte Handschuh wird z. B. nicht ausreichend gegen eine Anzahl verschiedener Chemikalien schützen, die mechanische Festigkeit steht in manchen Tätigkeitsfeldern (Automechaniker) im Vordergrund, in anderen Berufen muss die Feinsensibilität (Chirurg) erhalten bleiben, für mechanische belastende Trockenarbeiten ist der Stoffhandschuh eher geeignet, möglicherweise sind spezielle Polyester- oder Kevlar-Gewebe nötig.

Bei besonders empfindlicher Haut (atopische Veranlagung) kann ein vermehrtes Schwitzen bei längerem Tragen von Gummihandschuhen durch baumwollene Unterhandschuhe verhindert werden, gepuderte Latexhandschuhe (Latexallergie!) gehören erfreulicherweise der Vergangenheit an.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass die richtige Verwendung speziell geeigneter Handschuhe je nach hautbelastenden Einflüssen die fortschreitende Entwicklung irritativer Handekzeme mehrheitlich verhindern kann. Des Weiteren gehört zu einer erfolgversprechenden primären Prävention die Anwendung der entsprechenden Hautschutz- und Pflegepräparate. In Feuchtberufen wird daher nur die tägliche, konsequente Verwendung wasserfester Mittel (z. B. Excipial protect) hilfreich sein, bei überwiegendem Kontakt zu Ölen und Fetten wird ein ölfestes Produkt (z. B. Sansibal) nötig sein. Nicht zuletzt bedarf die trockene und gereizte Haut einer regelmäßigen regenerierenden Hautpflege, in Abhängigkeit der beruflichen Hautbelastung durchaus mehrmals täglich (z. B. Alfason repair).

In Kenntnis der enormen Wichtigkeit dieser Präventionsmaßnahmen zur Verhinderung entschädigungspflichtiger Berufskrankheiten bieten die

gesetzlichen Unfallversicherungen seit einigen Jahren den gefährdeten oder bereits erkrankten Versicherten ein- oder mehrtägige pädagogisch begleitete Hautschutzseminare an. Durch die individuelle Entwicklung optimal geeigneter Hautschutzmaßnahmen konnte so in den vergangenen Jahren die Zahl der krankheitsbedingten Berufsaufgaben in dem besonders gefährdeten Frisörgewerbe im zweistelligen Prozentbereich reduziert werden. In gleicher Weise hat sich seit zwei Jahren die Zahl der neu-entstandenen Latex-Allergien erfreulicherweise rückläufig entwickelt.

Sekundäre Prävention

Im Rahmen der „sekundären Prävention“ wird der betroffene Patient möglichst frühzeitig einer geeigneten fachärztlich begleiteten Therapie zugeführt. Spätestens dann, wenn bereits entzündliche Reaktionen eines irritativen Ekzems vorliegen, bedarf der Patient neben der beschriebenen primären Prävention einer konsequenten stadiengerechten antiekzematischen Therapie. In der Mehrzahl der Fälle kann so der Verbleib in dem Beruf gesichert werden.

Nur dann, wenn sich die Hauterkrankung trotz Ausschöpfung aller Schutz- und Behandlungsmaßnahmen zunehmend schwer entwickelt, ist schließlich an eine Aufgabe der schädigenden Tätigkeit zu denken. In derartigen Fällen handelt es sich dann meistens um die Verselbständigung des schon länger (Monate bis Jahre) bestehenden subtoxisch-kumulativen Handekzems, die Erkrankung besteht in der Folge auch ohne weitere irritative Einwirkungen als chronisch-autonomes Ekzem fort. Im ungünstigsten Fall wird das Handekzem auch nach Aufgabe der krankheitsauslösenden Tätigkeit auf Dauer behandlungsbedürftig bestehen bleiben und in der Erwerbslosigkeit enden.

Das allergische Kontaktekzem

Unter einer „Kontaktallergie“ versteht man eine erworbene Über-

Fallbeispiel

Vorgeschichte

- 22-jährige Frisörin, seit zwei Jahren in ausgelernter Tätigkeit in einem Frisörsalon (drei Mitarbeiterinnen).
- Alle üblichen Frisörtätigkeiten werden bis auf Färben der Haare ohne Handschuhe ausgeführt.
- Seit einem Jahr zunehmend trockene und spröde Haut der Hände, seit sechs Monaten Rötungen, Bläschen und Schuppung der Handrücken, Finger und handnahen Unterarme, Juckreiz und Brennen der Haut.
- Behandlung durch Hautärzte mit Kortisonsalben.
- Bisher zweimal für je eine Woche krankgeschrieben. In dieser Zeit und im Urlaub fast abgeheilt, nach Wiederaufnahme der Arbeit nach ein bis zwei Wochen allmähliche Verschlechterung des Ekzems.

Gutachten

- Diagnose eines subtoxisch-kumulativen Handekzems seit einem halben Jahr.

- Jeweils deutliche Besserung nach einer Woche ohne Arbeit.
- Bisher keine geeigneten Hautschutz- und Pflegemaßnahmen im Beruf durchgeführt, auch keine Teilnahme an einem Hautschutzseminar.
- Kein Nachweis einer Kontaktallergie.
- Kündigung durch den Arbeitgeber wegen des Ekzems.

Bedeutung für die BUZ

Das irritative Handekzem ist durch die berufliche Feuchtbelastung entstanden und bisher nur mit Kortisonsalben behandelt worden. Es liegt noch kein autonomes, chronisches Ekzem vor, in arbeitsfreien Zeiten tritt jeweils eine Abheilungstendenz ein. Durch den Einsatz der geeigneten Hautschutzmaßnahmen (Handschuhe, Hautschutzsalben) bei Fortsetzung der antiekzematischen Therapie ist mit einer ausreichenden Stabilisierung der Haut beider Hände zu rechnen. Gegebenenfalls kann die Teilnahme an einem eintägigen Hautschutzseminar empfohlen werden. Die Wiederaufnahme der erlernten Tätigkeit unter den empfohlenen Bedingungen ist somit zu empfehlen.

empfindlichkeit (Sensibilisierung) gegenüber einer speziellen Substanz (Allergen). Es handelt sich dabei um eine Allergie vom verzögerten Typ (Typ IV-Sensibilisierung). Bestimmte Zellen des Hautorgans entwickeln Antikörper gegen das Allergen, wodurch nach stattgefundenem Hautkontakt durch die Bildung von Antigen-Antikörper-Komplexen Entzündungsstoffe frei gesetzt werden. Diese Botenstoffe führen innerhalb von ein bis zwei Tagen zu entzündlich-ekzematischen Hautveränderungen, primär immer am Ort des vorausgegangenen Hautkontaktes.

Im Gegensatz zu den irritativen (unspezifischen) Kontaktekzemen genügt bei allergischen Ekzemen der Kontakt zu geringen Mengen der allergenhaltigen Substanz aus, um die Ekzemreaktion in Gang zu setzen. Dies bedeutet, dass bereits ein gelegentlicher (z. B. 1 x

wöchentlich), flüchtiger Kontakt ausreicht, eine zunehmend chronische kontaktallergische Hauterkrankung zu verursachen.

Klinische Symptomatik

Im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen entzündliche Hautveränderungen am Ort der Allergeneinwirkung. Es entwickeln sich meist stark juckende fleckförmige Rötungen, Schuppung, Bläschen und nässende Herde, bei wiederholtem Kontakt kommt es bei zunehmend chronischer Ekzemkrankheit zu einer Verdickung der oberen Hautabschnitte mit vermehrter Verhornung und teilweise tiefen, stark schmerzenden Einrissen (Rhagaden).

Als typisches Zeichen allergischer Kontaktekzeme gilt bei andauernder

Erkrankung die Entwicklung sogenannter „Streuphänomene“, es ist dann mit Ekzemerden an Körperstellen zu rechnen, die keinen direkten Kontakt zu dem Allergen hatten. Dieses Phänomen lässt sich dadurch erklären, dass bei andauernder Produktion der Entzündungssubstanzen diese über Lymph- und Blutbahnen transportiert werden können und an anderer Stelle zu gleichartigen Ekzemreaktionen führen. (Abbildung 4)

Die sensibilisierende Potenz aller Allergene ist sehr unterschiedlich. Während manche besonders aggressiven Allergene, wie z. B. Primin (Pfeimeln) oder manche Farbstoffe (Phenylendiamin) bereits nach einmaligem Kontakt eine Kontaktallergie auslösen können, entwickelt sich die sogenannte „Maurerkrätze“ (Zement -> Kaliumdichromat) in der Regel erst nach Jahren des regelmäßig stattgefundenen Kontaktes.

Die Verbreitung der Allergene

Auf Grund der zunehmenden Industrialisierung hat sich die Zahl aller möglichen Allergene bis heute kontinuierlich erhöht. Entsprechend der anteiligen Entwicklung aller Berufszweige im allgemeinen Erwerbsleben und der Änderung der beruflich verwendeten Schadstoffe hat sich die jeweilige „Hitliste“ der krankheitsauslösenden Allergene mitverändert. (Abbildung 5)

Das Maurerexzem (Kaliumdichromat-Allergen) machte z. B. vor 30



Abbildung 5

Jahren noch den größten Teil der Berufskrankheiten in der Dermatologie aus, spielt aber heute eher eine untergeordnete Rolle. Demgegenüber haben Sensibilisierungen gegenüber neueren chemischen Verbindungen (Epoxidharze, Acrylate, Farbstoffe u. a.) bei der Entwicklung allergischer Hautkrankheiten zunehmend an Bedeutung gewonnen.

In einigen Fällen konnte erfreulicherweise die ständige Zunahme der Sensibilisierung gegenüber speziellen Allergenen gestoppt oder deutlich reduziert werden. So wurde z. B. die „Saure Dauerwelle“ in der BRD verboten, nachdem immer mehr Menschen des Frisörgewerbes durch deren Gebrauch eine Berufskrankheit entwickelt hatten. In gleicher Weise konnte die bis 2002 bekannt gewordene beunruhigende Zunahme der Latexsensibilisierung

gen durch das Verbot gepudriger Latexhandschuhe und die Entwicklung neuer Gummimischungen erfolgreich reduziert werden.

Therapie

Im Vordergrund aller therapeutischen Bemühungen bei kontaktallergischen Handekzemen muß das konsequente Meiden des Allergenkontaktes stehen. Die bei den Irritationsekzemen oft sehr hilfreichen Hautschutz- und Pflegemaßnahmen (Primäre Prävention) sind bei Kontaktallergien oft nicht ausreichend, um weitere Ekzemschübe zu verhindern.

Immer dann, wenn die allergenhaltigen Berufsschadstoffe problemlos durch allergenfreie Produkte ersetzt werden können, ist die Berufsaufgabe zu umgehen. So können beispielsweise krankheitsauslösende Gummihandschuhe in der Regel durch solche mit anderen Mischungen ersetzt werden, spezielle Desinfektionsmittel (Formaldehyd) können mehrheitlich durch allergenfreie Zusammensetzungen ausgetauscht werden. Schwierigkeiten sind immer dann zu erwarten, wenn der Allergenkontakt im Rahmen der notwendigen täglichen beruflichen Verrichtungen kaum zu vermeiden ist. Dies gilt ganz besonders für luftgängig verbreitete Allergene (z. B. Duftstoffe).

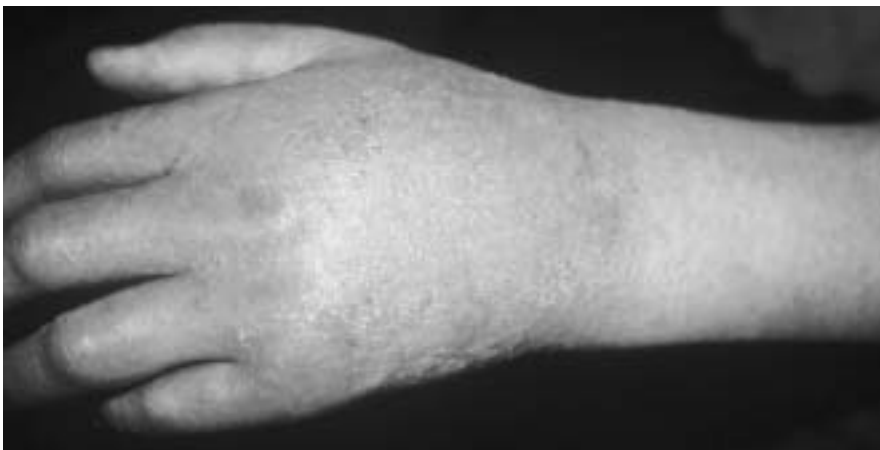


Abbildung 4, Ekzemreaktionen

Berufsbezogene Aspekte

Die Floristin mit einer Priemel-Allergie, der Maurer mit einer Zement-Allergie (Dichromat) oder der Reifenhersteller mit einer Gummiallergie (Alterungsschutzmittel) wird kaum eine vollständige Allergenkarrenz einhalten können; die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit ist vermutlich nicht zu verhindern. Demgegenüber geht von einer seit der Jugend bekannten Nickel-Allergie (Modeschmuckunverträglichkeit!) in den meisten Berufen keine Gefahr aus. Da nur ein regelmäßiger, intensiver Hautkontakt zu nickelfreisetzenden Metalloberflächen ekzemauslösend wirken kann, werden Probleme fast nur in der galvanischen Industrie oder bei der ständigen Montage vernickelter Metallteile zu erwarten sein.

Obwohl die Nickel-Sensibilisierung seit vielen Jahren die Hitliste aller Allergene unangefochten anführt, sind die daraus resultierenden beruflichen Einschränkungen als gering einzuschätzen; die meisten Metallberufe sind z. B. nicht verschlossen. Eine angezeigte Ekzemkrankheit der Hände bei seit dem Schulalter bekannter Nickel-Allergie sollte die Versicherungsgesellschaft also in der Mehrheit aller Fälle an einer kontaktallergischen Ursache zweifeln lassen, auch wenn es sich um eine Kassiererin (Euro-Münzen) handelt. Der jeweils sekundenlange Kontakt zu den nickelhaltigen Münzen ist sicher nicht in der Lage, allergische Ekzeme auszulösen, wohl aber der entsprechende Jeansknopf oder der Modeschmuck nach entsprechend langem, intensiven Kontakt mit der Haut.

Die krankheitsauslösende Bedeutung der Allergene

Grundsätzlich gilt es, immer alle genannten Allergene auf ihre krankheitsauslösende Bedeutung zu prüfen; nicht selten handelt es sich um einen im Allergie-Test (Epicutan-Test) zufällig erhobenen Befund, welcher oft genug weder beruflich vorkommt, noch die geschilderte Ekzemkrankheit erklärt.

Erst dann, wenn der beschriebene Krankheitsverlauf, die betroffenen Hautveränderungen und auch die Ekzemlokalisierung für ein allergisches Kontaktekzem sprechen und das festgestellte Allergen eindeutig als beruflich verbreitet identifiziert wurde, ist diese Erkrankung als gesichert anzunehmen. Die Entscheidung, ob eine Berufsaufgabe notwendig wird, hängt dann von der Möglichkeit einer realistischen Allergenkarrenz ab, bei der die zumutbaren und möglichen Verweisbarkeiten angemessen berücksichtigt werden sollten.

Koppelungsallergien

Eine Besonderheit der Kontakt-Allergien besteht darin, dass bei den betroffenen Patienten eine deutlich erhöhte Bereitschaft zu sogenannten Koppelungsallergien vorliegt. Dies bedeutet, dass eine zusätzliche Entwicklung von Allergien auf chemisch eng verwandte Substanzen zu befürchten ist, wodurch die beruflichen Einschränkungen deutlich erhöht werden können (z. B. Farbstoffe, Gummihilfsstoffe, Konservierungsmittel, usw.).

In solchen Fällen kann es durchaus vorkommen, dass sich der Austausch der allergenhaltigen Berufsstoffe als schwierig bis unmöglich erweist. Als Beispiel kann der Beruf des Zahntechnikers genannt werden, in dem die Zahl der verwendbaren Prothesenkunststoffe eng begrenzt ist.

Zwei-Phasen-Ekzem

Eine weitere Besonderheit liegt vor, wenn es sich um ein sogenanntes Zwei-Phasen-Ekzem handelt. Diese Ekzeme entwickeln sich zunächst als typische subtoxisch-kumulative Hautkrankheit, in der Folge pflöpft sich dann eine Kontakt-Allergie auf, sodass wir es dann mit einem meist zunehmend schwer verlaufenden Misch-Ekzem zu tun haben.

In diesen Fällen muss die Beurteilung der verbliebenen beruflichen Möglichkeiten beide beschriebenen krankheitsauslösenden Ursachen angemessen berücksichtigen und

die nötigen wie auch möglichen Präventionsmaßnahmen aufzeigen. Der konsequente Einsatz schützender Handschuhe muss dabei nicht automatisch den irritativen und den allergischen Anteil der Krankheit ausreichend ausräumen, sodass im negativen Fall durch die zusätzliche allergische Komplikation eine Berufsaufgabe resultieren kann.

In allen Fällen ist zu prüfen, ob nach genügend langer Arbeitskarrenz (mehrere Wochen) bei gleichzeitiger, angemessener antiekzematöser Therapie eine Abheilung der Ekzemkrankheit erreicht werden kann, oder ob bereits eine autonome, chronisch-therapieresistente Erkrankung vorliegt. In diesem Fall wird eine Tätigkeitsaufgabe, zumindest auf Zeit (1 – 2 Jahre), nicht zu umgehen sein.

Fallbeispiel

Anamnese

- 48-jähriger Mann,
- seit 23 Jahren als Industriearbeiter in den XY-Werken in der Autoreifen-Produktion beschäftigt,
- seit 1 Jahr an den Fingern, Handtellern und Unterarmen stark juckende Ekzeme,
- seit 4 Monaten auch im Gesicht, Hals und Brusthaut,
- in arbeitsfreien Zeiten von 2 Wochen deutliche Abheilungstendenz,
- ständige Kortisonsalbenbehandlung, trotzdem zunehmende Verschlechterung; Handschuhe und Schutzsalben ohne Effekt

Gutachten

- ausgeprägte Ekzeme an allen unbedeckten Hautpartien
- an den Fingern teilweise tiefe, blutende Rhagaden (Hauteinrisse)
- im Allergietest (Epicutan-T.) starke Thiuram-Allergie (Vulkanisationsbeschleuniger in Autoreifen) festgestellt

Bedeutung für die BUZ

Es handelt sich um eine rein kontaktallergische Erkrankung. Das auslösen-

de Allergen kommt in allen Gummimischungen vor. Die in den Produktionshallen entstehenden Gummistäube sind luftgängig. Dadurch ist eine konsequente Allergenkarrenz nicht möglich, geeignete Präventionsmaßnahmen gibt es nicht. Eine Berufsaufgabe mit Umschulung in eine allergenfreie Tätigkeit ist nicht zu umgehen.

Das atopische Ekzem

Die frühere Bezeichnung „Neurodermitis“ wird heute durch die Diagnose „Atopisches Ekzem“ ersetzt. Unter dem Begriff Atopie versteht man die grundsätzliche, genetisch veranlagte Bereitschaft, vermehrt zu Ekzemen und allergischen Erkrankungen zu neigen. Neben den bekannten Atopie-Zeichen, wie Milchschorf im Säuglingsalter, Gelenkbeugeneckzemen, trockener Haut oder Heuschnupfen gibt es eine Anzahl weiterer Symptome, welche in den nebenstehend abgedruckten „Erlanger Atopiekriterien“ zusammengefasst wurden.

Je nach Anzahl der erreichten Punkten (ab 10 Punkte), kann bei den entsprechenden Patienten von einer sogenannten atopischen Hautverlagerung ausgegangen werden. Aufgrund statistischer Erhebungen sind heute etwa 20% aller jungen Menschen in Europa als atopisch veranlagt anzusehen. Allein 16 % aller jungen Mädchen geben eine Modeschmuckunverträglichkeit (Nickel-Allergie) an; an Heuschnupfen leiden über 10 Mio. Einwohner in Deutschland.

Atopische Veranlagung als Risikofaktor

Grundsätzlich muss eine atopische Veranlagung als Risikofaktor für die Entstehung bestimmter Ekzeme und Allergien angesehen werden. Dies gilt umso mehr, wenn die betroffenen Patienten besonders hautbelastende Berufe ergreifen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine entsprechend veranlagte Frisörin an einem Handekzem erkrankt, ist bei-

Erlanger Atopiekriterien

Atopische Familienanamnese (Verwandte 1. Grades)

	nein	ja	k.A.	Bemerkungen	Bewertung Pkt.
Ekzeme				wer:	max. 2 Pkt.
Rino/Asthma				wer:	max. 0,5 Pkt.

Atopische Eigenanamnese

Rhin./Konjunkt.					1 Pkt.
Asthma allergicum					1 Pkt.
Milchschorf					1 Pkt.
Juckreiz (verstärkt bei Schwitzen auf unbefallener Haut)					3 Pkt.
Textilunverträgl.					3 Pkt.
Metallunverträgl.					1 Pkt.
Photophobia					1 Pkt.

Atop. Minimalform (anamn. /klinisch)

Xerosis					3 Pkt.
Ohrhaghaden					2 Pkt.
sog. Dyshidrose					2 Pkt.
Pityriasis alba					2 Pkt.
sog. Winterfuß/Pulp. sicca					2 Pkt.
Brustwarzenekzem					2 Pkt.
Perleche					1 Pkt.

Atopische Stigmata

Palmare Hyperlinearität					max. 2 Pkt.
Hertoghe Zeichen					max. 2 Pkt.
sog. „Dirty neck“					max. 2 Pkt.
Keratosis pilaris					max. 1 Pkt.

Dermales Neurovegetativum

Weißer Dermographism. (unbefallener Haut)					3 Pkt.
Akrozyanose					1 Pkt.

Laborwerte

IgE					
über 150 U/ml					1 Pkt.
über 400 U/ml					2 Pkt.
positiver Phadiatop (inhalativer Atopietest)					1 Pkt.

SUMME:

spielsweise mit 50 % zu veranschlagen. Aufgrund des bei diesen Menschen meist trockenen Hauttypes ist besonders in Feuchtberufen mit der deutlich vermehrten Entwicklung subtoxisch-kumulativer Ekzeme zu

rechnen. Die Entwicklung des bereits beschriebenen „Zwei-Phasen-Ekzems“ gilt bei Atopikern als weitere, häufig zu erwartende Komplikation mit der Gefahr einer notwendigen Berufsaufgabe.



Abbildung 6, Ekzemherde

Klinische Symptomatik

Die typische klinische Symptomatik primär atopischer Handekzeme ist gekennzeichnet durch meistens bläschenförmige Hautveränderungen auf geröteter und schuppender Haut, verbunden mit deutlichem Juckreiz. Betroffen sind überwiegend die Finger und Handrücken, wie auch die Daumenballen. Das Vorkommen weiterer Ekzemherde an anderen Körperstellen (Ellbeugen, Handwurzel, Nacken, Füße, Kniebeugen) gilt als atopie-typisches Merkmal und ist in über 50% aller Fälle zu erwarten. (Abbildung 6)

Die Diagnose eines „atopischen Handekzems“ stützt sich auf die besondere Art und Verbreitung der Ekzeme, die „Erlanger Atopiekriterien“ werden immer als hilfreicher Hinweis herangezogen.

Therapie

Im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen steht neben einer antiekzematischen Salbenbehandlung die Umsetzung geeigneter Hautschutz- und Pflegemaßnahmen (Primäre Prävention). Die erforderlichen Maßnahmen sind grundsätzlich denen bei subtoxikumulativen Ekzemen sehr ähnlich.

Die Besonderheit der atopischen Ekzeme ist begründet durch die aus-

gesprochene Empfindlichkeit des entsprechend veranlagten Hautorgans, sodass ein vermehrter Hautschutz leider das Fortschreiten der Erkrankung nicht immer verhindern kann. So kann sich das vermehrte Tragen feuchtigkeitsdichter Schutzhandschuhe z. B. durchaus negativ auf das Handekzem auswirken, ausgelöst durch den Feuchtigkeitsstau der ohnehin zur Überproduktion neigenden Schweißdrüsen. Nicht zuletzt muss die Neigung atopischer Menschen, Mehrphasen-Ekzeme zu entwickeln, als besonders komplizierender Faktor angesehen werden, sodass in diesen Fällen nicht selten eine Berufsaufgabe droht.

Fallbeispiel

Anamnese

- Bei einem 30-jährigen Zahntechniker ist Milchschorf im Säuglingsalter und rezidivierende Beugenekzeme im Schulalter erinnerlich.
- In der Ausbildung war der Patient bis auf die Neigung zu einer trockenen Haut beschwerdefrei.
- Seit 2 Jahren treten rezidivierende Ekzeme in den Ellebeugen, Kniekehlen und der Nackenhaut auf.
- Durch beruflichen Stress bemerkt der Patient eine Verschlimmerung der Erkrankung, aber auch im Urlaub kamen Ekzemschübe vor.
- Die Hände waren immer ekzemfrei.

Gutachten

- Typische atopische Ekzeme in den großen Gelenkbeugen sowie im Nackenbereich.
- Allergologisch kein Anhalt für Kontaktsensibilisierung auf Berufsstoffe.

Bedeutung für die BUZ

Es handelt sich um ein typisches, genetisch veranlagtes atopisches Beugenekzem. Die Erkrankung ist schicksalhaft entstanden; eine primär berufliche Verursachung liegt nicht vor. Der Beruf kann fortgesetzt werden, insbesondere da die Hände nicht betroffen sind und keine berufsrelevante Allergie vorliegt.

Schlussbemerkung

Die Entwicklung ekzematöser Hauterscheinungen, insbesondere an den Händen, führt nicht selten zur Forderung von Versicherungsleistungen. Dabei wird mehrheitlich eine berufliche Verursachung vermutet, mehrheitlich werden „Allergien“ angenommen. Die Frage nach dem objektiven Zwang zur Aufgabe der versicherten Tätigkeiten setzt zunächst eine zweifelsfreie Diagnose voraus, die Angabe verschiedener Kontaktallergien begründet keinesfalls immer ein „kontaktallergisches Ekzem“.

Sofern die Erkrankung nachweislich beruflich entstanden ist, müssen alle möglichen „Präventionsmaßnahmen“ aufgezeigt werden, welche imstande sind, dem Fortbestand der Hautkrankheit zu verhindern. Dies bedeutet, dass neben einer fachärztlich begleiteten stadiengerechten Ekzemtherapie, alle möglichen und zumutbaren Schutz- und Pflegemaßnahmen durchgeführt werden sollten, bevor an die Aufgabe der schädigenden Tätigkeit zu denken ist. Nötigenfalls sind allergenhaltige Berufsstoffe (Latex, Desinfektionsmittel) durch allergenfreie Mittel zu ersetzen. Ein ausreichender individueller Hautschutz muss bedarfsweise durch die Teilnahme an einem „Hautschutzseminar“ erlernt werden.

Der Erfolg aller Maßnahmen kann erst dann beurteilt werden, wenn dem

durchgeführten Arbeitsversuch eine ausreichend lange Abheilungsphase vorausgegangen ist. Ein bereits chronisches Ekzem bedarf unter Umständen einer Abheilungszeit von mehreren Monaten. Erst wenn trotz Ausschöpfung aller aufgezeigten Möglichkeiten keine wesentliche Besse-

rung der Ekzemkrankheit erreicht werden kann, wird die Berufsaufgabe unumgänglich sein.

Die für eine abschließende Entscheidung notwendigen beurteilungsrelevanten Fakten können in der Regel nur durch gewerbedermato-

logisch ausreichend erfahrene Gutachter aufgezeigt werde. Sofern die gutachterlichen Ausführungen eine zweifelsfreie Entscheidung nicht zulassen, empfiehlt sich in besonders schwierigen Fällen die Einholung einer aktengutachterlichen Stellungnahme an geeigneter Stelle.

Inhalationsallergien der oberen Luftwege

Von Dr. Rainer Koch

Mit dem zunehmenden Interesse an Umweltproblemen, welche eine mögliche krankheitsfördernde Wirkung haben können, gilt unser Interesse ganz besonders der Beziehung zwischen Luftverschmutzung und Allergie. Die Frage nach einer allergiefördernden oder gar auslösenden Wirkung durch Autoabgase wird nicht selten in emotional belasteten Diskussionen unangemessen dargestellt; in diesem Zusammenhang wird der Einfluss von Zigarettenrauch oft vergleichsweise wenig beachtet.

Unter angemessener Berücksichtigung wissenschaftlicher, tierexperimentell gestützter Erkenntnisse kann heute davon ausgegangen werden, dass Abgaspartikel aus Dieselmotoren, wie auch Zigarettenrauch (auch Passivrauch!), einen nachteiligen Effekt auf die Bildung bestimmter allergiefördernder Antikörper (IgE) ausüben.

Ziel des folgenden Beitrages ist es, die wichtigsten Inhalationskrankheiten und deren Einfluß auf verschiedene Berufe zu beschreiben.

Was macht eine „echte“ Inhalationsallergie aus?

Typ I-Allergien, auch Soforttyp-Allergie genannt, entstehen durch eine „falsche Antwort“ menschlicher Immunzellen (IgE) auf sogenannte Inhalationsallergene (luftgängige Stoffe), welche sich über die Atemluft auf den Schleimhäuten der Luftwege absetzen. Durch die Kopplung der neu gebildeten Antikörper mit den allergieauslösenden Partikeln werden von bestimmten Schleimhautzellen (Mastzellen) Botenstoffe ausgeschüttet, welche nach wenigen Minuten zu einer Schwellung der betroffenen Schleimhäute, verbunden mit vermehrter Schleimbildung, führt. In typischer Weise können die Schleimhäute der Nase, der Augen oder der Bronchien betroffen sein; entsprechend leidet der Patient unter einer Rhinitis, Conjunctivitis oder Bronchitis, im ungünstigsten Fall kann ein Asth-

ma-Anfall auftreten. Die Anzahl möglicher sogenannter Aeroallergien ist erheblich.

Neben den pflanzlichen Allergenen kennen wir verschiedenste tierische Allergene; nicht zuletzt können Allergene chemischen Ursprungs eine entsprechende Erkrankung auslösen.

Pflanzliche Allergene

Die bekannteste und weit verbreitete Inhalationsallergie aus dieser Gruppe ist der „Heuschnupfen“. Diese, heute mehr als 10% der deutschen Bevölkerung betreffende, Typ I-Allergie kommt entsprechend dem jeweiligen Pollenflug ausgesprochen jahreszeittypisch vor.

In erster Linie wird der Heuschnupfen verursacht durch die Pollen, welche im Rahmen der Luftbestäubung über weitere Strecken getra-



Birkenpollen

gen werden (Roggen, Gräser, Birke). Dies bedeutet, dass entsprechend allergische Menschen beim Aufenthalt im Freien mit Symptomen rechnen müssen, ohne dass die Pflanzen in direkter Nachbarschaft vorkommen. Im Vordergrund einer unkomplizierten Heuschnupfensymptomatik steht eine Behinderung der Nasenatmung, Fließschnupfen, Niesreiz sowie Augenjucken. Als gefürchtete Komplikation gilt der sogenannte Etagenwechsel mit der Entwicklung eines exogen-allergischen Asthma bronchiale. Neben einer Linderung oder Beseitigung der bekannten Heuschnupfensymptomatik gilt das besondere Interesse der therapeutischen Bemühungen daher einer erfolgreichen Verhinderung des Etagenwechsels.

Behandlungsmöglichkeiten

Auf Grund heutiger Erkenntnis handelt es sich bei den Typ I-Allergien durchaus um systemische Erkrankungen; entsprechend sollte die Therapie bis auf Ausnahmen auch systemisch erfolgen.

Als medikamentöse, symptomatische Therapie stehen heute moderne Antiallergica zur Verfügung, welche innerhalb von Minuten eine deutliche Verringerung der Symptome bewirken; bedarfsweise können zusätzlich noch Augen- und Nasentropfen verwendet werden. Diese symptomunterdrückende Therapie eignet sich in allen Fällen, welche nur gelegentliche, eher leichte Symptome haben, bei akut auftretenden Neuerkrankungen oder als vorübergehende Zusatztherapie im Rahmen anderer Behandlungsmethoden. Bei ausgeprägter Heuschnupfensymptomatik, speziell mit der Gefahr eines Etagenwechsels, sollte immer ein Behandlungsversuch im Sinne einer spezifischen Immuntherapie (Hyposensibilisierung) unternommen werden.

Mit dieser „Kausalen Therapie“ soll das fehlgeleitete Immunsystem unempfindlich gegen die jeweiligen Allergene gemacht werden. Der Vorteil dieser Behandlung liegt in einem zu erwartenden Erfolg von

Pflanzenarten	Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt
Erie										
Haseleuss										
Weide										
Ulme										
Pappel										
Birke										
Ruchgras										
Robinie										
Segge										
Wiesenfuchschwanz										
Esche										
Flieder										
Platane										
Löwenzahn										
Raps										
Wiesenrispengras										
Roggen										
Goldhafer										
Schwingel										
Spitzwegerich										
Trespe										
Kammgras										
Lieschengras										
Rohr-Glanzgras										
Loiich										
Glatthafer										
Hafer										
Weizen										
Honiggras										
Gräser										
Gerste										
Linde										
Belfuß										
Mais										
Straußgras										
Holunder										
Goldrute										
Brnnessel										
Gänsefuß										

■ Vor- u. Nachfälle ■ Hauptfälle

Pollenflugkalender; Quelle: www.gesundheitstrends.de

über 81 %; als möglicher Nachteil können die lange Therapiedauer von etwa drei Jahren und die Behandlungskosten von etwa 1.000,- € genannt werden. Der Kostenfaktor relativiert sich jedoch, wenn man die möglichen Kosten einer antiasthmatischen Dauertherapie bedenkt. Der zu erwartende Erfolg einer Hyposensibilisierung ist abhängig vom Alter des Patienten und insbesondere der Dauer der Erkrankung.

Ein junger Mensch mit einer Heuschnupfenanamnese unter drei Jahren wird von dieser Behandlung sicher sehr profitieren, ein älterer Patient (> 50 Jahre) mit einer zehn Jahre bestehenden Erkrankung und bereits bestehendem Asthma bronchiale sollte wegen dem zu erwartenden Misserfolg nur noch symptomatisch behandelt werden.

Bedeutung für die BUZ

Ein gewöhnlicher Heuschnupfen führt in der Regel zu keinem begründbaren Zwang zur Aufgabe des Berufs. Wenn jedoch mit der beruflichen Tätigkeit eine ständige, erheblich vermehrte Allergenexposition einhergeht, wie z. B. bei einem Landschaftsgärtner anzunehmen ist, droht unter Umständen eine Berufsaufgabe, insbesondere dann, wenn die dargestellten Behandlungsstrategien nicht ausreichend erfolgreich verliefen. Eine heuschnupfengeplagte Floristin hat im Beruf primär keine vermehrte Pollenexposition zu befürchten. Erst wenn sie zusätzlich eine Allergie gegen berufstypische Blumenpollen (Veilchen, Tulpen, Astern usw.) entwickelt, droht eine Berufsaufgabe.

In allen Fällen, wo bereits ein manifestes exogen-allergisches Asthma bronchiale vorliegt, wird der Schweregrad dieser Erkrankung mit den damit verbundenen Einschränkungen über den möglichen Verbleib in der versicherten Tätigkeit entscheiden müssen.

Allergien auf Schimmelpilzsporen

Pilzsporen bilden den Hauptanteil aller biologischen Partikel in der Luft über bewachsenen Flächen. Besonders hohe Konzentrationen dieser möglichen Inhalationsallergene kommen in der Nähe abgestorbener Pflanzenteile, wie Laub, Kompostanlagen oder in Gewächshäusern vor. Gewöhnlich wird zwischen „intramuralen“ und „extramuralen“ Schimmelpilzen unterschieden.

Im Vergleich zu den Pollen, kommen Pilzallergien sehr viel seltener vor. Dies gilt insbesondere für Schimmelbefall von Wohnungen. Die geklagten Beschwerden sind mehrheitlich umweltassoziierten Symptomenkomplexen, wie z. B. dem sogenannten „Sick-Building-Syndrom“, zuzuordnen. Grundsätzlich ist bei Schimmelpilzallergien mit der gleichen Symptomatik wie bei Heuschnupfen zu rechnen. Die therapeutischen Möglichkeiten sind entsprechend, lediglich der Erfolg einer Hyposensibilisierung ist geringer zu erwarten.

Bedeutung für die BUZ

Die Problematik ist den dargestellten Besonderheiten bei Heuschnupfen sehr ähnlich. In erster Linie wird eine Gefährdung in gärtnerischen Berufen zu erwarten sein, überwiegend bei bereits manifestem Asthma bronchiale. In allen Berufen, welche nicht mit einer vermehrten Schimmelpilz-Exposition einhergehen, sollte bei beantragten Versicherungsleistungen die krankheitsauslösende Bedeutung (krankheitsrelevantes Allergen) der angeschuldigten Allergene zweifelsfrei und nachvollziehbar gutachtlich belegt sein. Nicht selten wird auf Grund positiver Hauttestreaktionen (Prick-

Test) der Ursachenzusammenhang mit den geklagten Beschwerden angenommen, obwohl der entscheidende Nachweis der eindeutigen Genese nicht erbracht wurde.

In unklaren Fällen, insbesondere dann, wenn eine eindeutige Allergenexposition (Büroberuf) nicht zu erkennen ist, sollte ein Expositionstest (nasaler-, bronchialer Provokationstest) durchgeführt werden. In gleicher Weise lässt die Darstellung eine Vielzahl positiv getesteter Allergene keinerlei Schlussfolgerung auf Art und Schwere der Erkrankung zu. Entscheidend ist immer nur die Frage, ob darunter das relevante, krankheitsauslösende Allergen zu identifizieren war und die Krankheitssymptome in zeitlicher Nähe zu einer möglichen Exposition auftraten.

Die Latex-Allergie, ein Sonderfall

Bereits vor achtzig Jahren wurden erste Fälle einer „Kautschuk-Überempfindlichkeit“ bekannt. Eine zunehmende Bedeutung erlangten Latex-Allergien erst Anfang der 80er Jahre. Die erste Veröffentlichung über eine allergische Schock-Symptomatik nach dem Gebrauch von Operations-Handschuhen (latexhaltig) stammt aus dem Jahre 1984. Nach 1990 nahm die Zahl der durch Latex verursachten Haut- und Schleimhauterkrankungen zunächst kontinuierlich zu, um schließlich nach 1999 bis heute wieder stetig abzunehmen.

Die Risikogruppe

Als wichtigste Risikogruppe wurde schnell die in medizinischen Berufen tätigen Menschen erkannt, welche entsprechend häufig mit Gummihandschuhen arbeiteten. Als besonders potente Allergene wurden bald die gepuderten Latexhandschuhe ausgemacht. Da bereits geringste Allergenmengen ausreichen, allergische Symptome hervorzurufen, kann durch die luftgängige Verbreitung des Handschuhpuders die Krankheit ausgelöst und unterhalten werden.

Außerhalb typischer Medizinberufe kann das Latex-Allergen natürlich in einer Anzahl anderer Berufe vorkommen, wie z. B. der Automobilindustrie, der Schuhindustrie oder latexverarbeitenden Betrieben (Handschuh-, Puppenindustrie).

Das Erkrankungsbild

Da es sich bei der Latex-Allergie um eine Typ I-Sensibilisierung handelt, wird bei Hautkontakt eine Quaddelbildung, bei Schleimhaut-Kontakt eine heuschnupfenähnliche Symptomatik zu erwarten sein. Auf Grund der ausgesprochenen starken Potenz der Naturlatex-Substanzen kann das klinische Erkrankungsbild von örtlich begrenzten Hautreaktionen bis hin zu schwersten Asthmaanfällen mit tödlichem Ausgang differieren.

Bis heute wurde eine Anzahl möglicher krankheitsauslösender Inhaltsstoffe identifiziert. Hinzu kommt bei etwa einem Drittel der betroffenen Personen eine zusätzliche Unverträglichkeit gegenüber Kiwi, Bananen, Avocados oder anderen, vorwiegend tropischen Früchten.

Rückläufige Entwicklung

Die nunmehr deutlich rückläufige Entwicklung neu auftretender Latex-Allergien konnte durch die weitgehende Verbannung der gepuderten Latex-Handschuhe in medizinischen Berufen erreicht werden. Zusätzlich stehen heute eine ausreichende Zahl latexfreier Handschuhe zur Verfügung, sodass in den meisten Fällen ein Verbleib in dem Beruf möglich ist.

Außer der konsequenten Beseitigung des Allergens sind jedoch keine weiteren Präventionsmaßnahmen möglich. Dies bedeutet, dass z. B. in einem Krankenhaus nicht nur die betroffenen Personen die Handschuhe wechseln müssen, sondern auch die übrigen Mitarbeiter in dem gemeinsamen Arbeitsbereich ungepuderte, latexfreie Handschuhe tragen müssen.

Bedeutung für die BUZ

Dank der in den letzten Jahren erfolgreich durchgeführten Vorsorgemaßnahmen konnte die bis dahin ständig zunehmende Zahl von Latexsensibilisierungen nicht nur gestoppt werden, sie nahm sogar bis heute kontinuierlich ab.

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass in der Mehrzahl aller Fälle der Verbleib in der versicherten Tätigkeit durch den problemlosen Austausch latexhaltiger Produkte erreicht werden kann. Dies gilt insbesondere für die Patienten, welche nur allergiefreie Handschuhe benötigen.

Demgegenüber ist ein allergenfreier Arbeitsplatz in produzierenden Betrieben (Matratzenhersteller, Reifenhersteller, Condom-Industrie) sicher nur sehr schwer zu realisieren. In solchen Fällen ist eine Berufsaufgabe zu befürchten, insbesondere dann, wenn ein schwerer Sensibilisierungsgrad mit Asthma-Anfällen und Schock-Symptomen zugrunde liegt.

Tier-Allergien

Mit der zunehmenden Haltung von Haustieren haben auch die Typ I-Allergien gegen Tierepithelien stetig zugenommen. Auffällig ist dabei, dass mehr als 50 % der betroffenen Patienten auf mehrere Tiere allergisch reagieren. Die zu erwartende Sensibilisierungshäufigkeit ist bei Katzen am größten, gefolgt von Nagetieren, Hunden und Pferden.

Die Erkrankungssymptome sind denen des Heuschnupfens vergleichbar, die Gefahr eines Etagenwechsels mit der Entwicklung eines exogen-allergischen Asthma bronchiale muss jedoch höher eingeschätzt werden.

Um Beschwerdefreiheit zu erreichen, ist das strikte Meiden des Tierkontaktes erforderlich, eine Hyposensibilisierungsbehandlung ist erfahrungsgemäß wenig erfolgreich. Nach Entfernung der Tiere

aus dem häuslichen Bereich sind in der Regel noch über mehrere Monate ausreichende Allergenmengen vorhanden, um die Schleimhautsymptome auszulösen, dies gilt insbesondere für Katzen.

Bedeutung für die BUZ

Probleme sind immer nur dann zu erwarten, wenn die erkrankten Personen regelmäßigen beruflichen Kontakt zu den entsprechenden Tieren haben. Der Tierarzt, der Betreiber einer Zoohandlung oder der Landwirt wird möglicherweise das Allergen nicht erfolgreich meiden können. Der objektive Zwang zur Berufsaufgabe ist dann zu erwarten, wenn bereits ein Etagenwechsel stattgefunden hat. Eine Verringerung des Tierkontaktes ist in diesen Fällen sicher nicht ausreichend, den Verbleib in der versicherten Tätigkeit zu gewährleisten.

Hausstaubmilben-Allergien

Den Begriff „Hausstaub-Allergie“ sollte man heute grundsätzlich nicht mehr verwenden, da neben einigen Schimmelpilzen die Hausstaubmilben als das eigentliche Allergen angesehen werden müssen. Die zwei wichtigsten Hausstaubmilben (*Dermatophagoides farinae*, *Dermatophagoides pteronyssinus*) kommen grundsätzlich weltweit vor, ausgenommen in alpinen Gebieten über 1.000 Meter Höhe. Im häuslichen Bereich finden sich diese Allergene vorwiegend im Staub von Betten, Polstermöbeln und Teppichen. Die Milben ernähren sich vorwiegend von organischem Material (Hautschuppen, tierische Fasern), die Allergene sitzen zu 95 % in den sogenannten „Pellets“ (Kotballen). Das Schlafzimmer gilt gemeinhin als Hauptort des Milbenbefalls, es kommen bis zu 4.000 Milben pro Gramm Bettstaub vor.

Die Krankheitssymptome entsprechen ebenfalls der Heuschnupfensymptomatik, ähnlich wie bei Allergien gegen Tierepithelien ist auch bei den Milben mit einem vergleichsweise häufigen Etagenwech-

sel zu rechnen. Die Therapie richtet sich primär gegen die Vermehrung der Milben. Im Vordergrund steht dabei die Sanierung des Schlafraumes: Die Matratzen sollten mit einem milbendichten Überzug (sogenanntes Encasing) versehen werden, der Teppichboden entfernt werden und nach Möglichkeit auf Teddybären (Kuscheltiere) verzichtet werden. Sofern diese Maßnahmen zu keiner Beschwerdefreiheit führen, ist eine erfolgversprechende Hyposensibilisierungsbehandlung anzustreben.

Bedeutung für die BUZ

Die versicherungsmedizinische Bedeutung betrifft im Wesentlichen solche Fälle, bei denen bereits ein manifestes Asthma bronchiale vorliegt. In allen anderen Fällen können zumutbare und entsprechend geeignete Sanierungs- und Therapiemaßnahmen eine weitgehende Beschwerdefreiheit erreichen. Das Risiko, bei bekannter Milbensensibilisierung zu einem späteren Zeitpunkt an einer zusätzlichen Tier-Allergie zu leiden (und umgekehrt), ist vergleichsweise hoch, dies sollte bei Vertragsabschlüssen entsprechend berücksichtigt werden.

Fazit

Typ I-Allergien (Soforttyp) werden durch luftgängig verbreitete Allergene (Pollen, Schimmelpilze, Tiere) ausgelöst, die Erkrankung betrifft die Schleimhäute der oberen und unteren Luftwege. Im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen steht (wie bei allen Allergien) nach Möglichkeit das Meiden der krankheitsauslösenden Allergene, die medikamentöse Behandlung wirkt nur symptomunterdrückend, in einigen Fällen ist eine erfolgversprechende Hyposensibilisierung möglich. Eine gefürchtete Komplikation ist der mögliche Etagenwechsel mit Entstehung eines allergischen Asthma bronchiale.

Bei der Risikoabwägung sollte immer die Gefahr von Koppelungsallergien Berücksichtigung finden

(Gräser ↔ Blumen, Milben ↔ Tiere), ein hyperreagibles Bronchialsystem wird sicher begünstigend für die Entwicklung eines manifesten

Asthma bronchiale wirken. Der Eintritt des Versicherungsfalles ist immer dann zu befürchten, wenn das Allergen beruflich nicht vermie-

den werden kann oder bereits eine Asthma-Erkrankung vorliegt.

Umweltmedizin

Grundlagen für BUZ-Leistungsregulierer

Von Dr. Rainer Koch

Seit 1992 existiert die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“, welche inzwischen von einer Anzahl verschiedener ärztlicher Fachrichtungen geführt wird. Die klassischen Themen umweltassoziierter Erkrankungen, wie Allergien oder toxische Krankheiten (Vergiftungen), wurden über Jahrzehnte von Allergologen oder Toxikologen bearbeitet. Für viele dieser Erkrankungen sind die Zusammenhänge heute weitgehend geklärt und entsprechend reproduzierbare diagnostische, wie auch therapeutische, Strategien stehen zur Verfügung. Mit zunehmender Industrialisierung nahm die Zahl der verwendeten Berufsschadstoffe stetig zu, die Belastung der Luft, wie auch der Abwässer, mit verschiedenartigsten Schadstoffen führte bei weiten Teilen der Bevölkerung zur Besorgnis, aber auch zu unterschiedlichen Befindungsstörungen.

Im folgenden Beitrag werden wir auf die Besonderheiten umweltbezogener Erkrankungen hinweisen und mögliche Fallstricke aufzeigen.

Symptomatik umweltassoziierter Störungen

Nachdem immer mehr Menschen unter Symptomen litten, welche mit den bekannten Methoden der modernen Medizin nicht erkannt und erfolgreich behandelt werden konnten, entschloss man sich, die Auswirkungen der mit Schadstoffen kontaminierten Umwelt auf den menschlichen Organismus als Umweltkrankheiten aufzufassen und bestimmte Erkrankungsmuster nach Möglichkeit mit Diagnosen zu versehen. In aller Regel können umweltassozierte Empfindlichkeitsstörungen eine große Anzahl verschiedener körperlicher wie auch seelischer Symptome aufweisen, welche in der Regel keine Spezifität beanspruchen können und einer naturwissenschaftlich orientierten und organbezogenen Diagnostik üblicherweise nicht zugänglich sind.

Eine Gefährdung des Menschen, hervorgerufen durch Stoffe aus der Umwelt, resultieren nicht nur aus der Dosis möglicher Gifte, sondern auch deren toxischer Potenz. Grundsätzlich können krankheitsauslösende Umweltbelastungen durch luftgängige Schadstoffe, über Nahrungsmittel oder kontaktive Substanzen aquiriert werden. An dieser Stelle soll nur an bekannt gewordene Reaktorunfälle, den weit verbreiteten Heuschnupfen oder die ständige Zunahme von Kontaktallergien erinnert werden.

Messtechnische und allergologische Untersuchungen

Die bisher bekannten und mehrheitlich ursächlich geklärten organ-

bezogenen Erkrankungen durch Gifte oder Allergene aus der Umwelt können in den meisten Fällen durch messtechnische oder allergologische Untersuchungen identifiziert werden und einer geeigneten Behandlung zugeführt werden. Im Falle toxischer Einwirkungen entsprechender Mengen der festgestellten Gifte, gilt es, den krankheitsauslösenden Schadstoff zu eliminieren und die verbliebenen Organstörungen zur Ausheilung zu bringen.

Demgegenüber werden seit fast zwei Jahrzehnten in zunehmender Häufigkeit schädigende Stoffe diskutiert, welche auch weit unterhalb nachweisbarer Konzentrationen in der Lage sein sollen, Erkrankungssymptome verschiedenster Art zu verursachen. Dabei wurden Vermutungen geäußert, dass möglicherweise einzelne Stoffe, aber auch sich in der Wirkung addierende oder potenzierende Substanzen als auslösendes Agens anzuschuldigen seien.

Chronisches Müdigkeitssyndrom & Co.

In dem Bemühen, bestimmte, meist vielfältige unterschiedliche Befindensstörungen je nach vorrangigem Symptomenkomplex zu benennen, wurden seit einigen Jahren Begriffe wie Chronisches Müdigkeitssyndrom, multiple Chemikalienunverträglichkeit, Sick-Building-Syndrom, Burn-Out-Syndrom oder Fibromyalgie gebildet. Gemeinsam ist diesen Versuchen, eine nachvollziehbare Diagnose zu benennen, dass in allen Fällen das kausale Krankheitsverständnis von Ursache und Wirkung im medizi-

nisch-wissenschaftlichen Sinne nicht angewendet werden kann.

Im Gegensatz zu dem herkömmlichen medizinischen Krankheitsverständnis, werden in diesen Fällen eine Anzahl unterschiedlicher Belastungssituationen diskutiert. Die aus den individuell vorgetragenen Symptomenkomplexen erwachsenen Diagnoseversuche erscheinen eher zufällig und können nicht durch eine nachvollziehbare Diagnostik begründet werden.

Vielfältigkeit der geklagten Symptome

Auffällig ist in allen Fällen, dass die geklagten Symptome betroffener Patienten meist ausgesprochen vielfältig sind und in der Regel unterschiedliche Organsysteme betreffen. Dabei werden mehrheitlich Herz-Kreislauf-Beschwerden (Herzrasen), Atembeschwerden, Konzentrationsstörungen, Kopf- und Gliederschmerzen, Erschöpfbarkeit und Antriebsarmut bis hin zu erzwungener Unfähigkeit, übliche Alltagsverrichtungen zu bewältigen, beschrieben.

Die Überschneidungen sind in der Regel vielfältig; in der medizinischen Literatur wird dabei auf die Ähnlichkeit zu der bereits vor hundert Jahren beschriebenen „Neurasthenie“ hingewiesen. Je nach Anzahl und subjektiver Gewichtung der geklagten Symptomenkomplexe, werden die Patienten bei nicht ausreichender Klärung der objektiverbaren Erkrankungsursache einer entsprechenden Gruppe zugeordnet.

Das MCS-Syndrom

Im Falle der so genannten multiplen Chemikalienunverträglichkeit (MCS-Syndrom), wird eine nicht erklärbar bereits geringste Konzentrationen unterschiedlicher Substanzen vermutet, welche in der Luft oder in Nahrungsmitteln enthalten sein können. Dabei werden Inhaltsstoffe von Insektiziden, Pestiziden, Farben und Lacken, Reinigungsmitteln, Möbeln und Bekleidung oder auch

Duftstoffe von den betroffenen Personen als krankmachend angeschuldigt. Die Patienten vermuten teilweise eine akut aufgetretene, schwere Vergiftung (z. B. Holzschutzmittel); in anderen Fällen wird von einer chronischen, schleichenden Giftstoffeinwirkung ausgegangen. In der Folge werden nicht selten immer neue „Umweltgifte“ benannt oder vermutet, welche für die geklagte Symptomatik verantwortlich gemacht werden.

Die meisten betroffenen Patienten sind sehr aufwändig bemüht, die angeschuldigten, schädigenden Substanzen konsequent zu meiden, wodurch entsprechend oft ein zunehmender Rückzug aus dem Beruf und der sozialen Gemeinschaft bis hin zur sozialen Isolation resultiert. Der Versuch, die Exposition zu den angeschuldigten „Giften“ in jedem Fall zu vermeiden, führt dann häufig zu längeren Krankschreibungen bis hin zur Arbeitslosigkeit und aufgrund der vermuteten Ausweglosigkeit zu dem Wunsch einer Berentung. Da die meisten Behandlungsversuche erfolglos verlaufen, fühlen sich die Patienten mehrheitlich in ihrer ausweglosen Situation bestätigt, sodass eine nicht therapierbare, zunehmend schwere und in jedem Fall chronische Krankheit angenommen wird.

Das „Sick-Building-Syndrom“

Das sogenannte „Sick-Building-Syndrom“ wird immer dann vermutet, wenn Patienten in bestimmten Räumen Krankheitssymptome bemerken. Im Vordergrund des geklagten Beschwerdebildes stehen Schleimhautreizungen (Augen, Nase, Bronchien), Hautreizungen, Geruchs- und Geschmacksstörungen und nicht selten nervöse Missempfindungen. Als krankheitsauslösende Faktoren werden meistens Schimmelpilze, Chemikalien (Teppiche, Farben, Hölzer), Tabakrauch oder Elektrosmog (Bildschirme, Telefone, usw.) vermutet.

In der überwiegenden Zahl aller Fälle werden die beruflich genutzten Räume oder öffentliche Gebäude (Schulen, Behörden, Geschäfte) mit der Krankheit in Verbindung gebracht; selten wird die häusliche Umgebung verantwortlich gemacht. In einzelnen Fällen gelingt der Nachweis einer allergischen (Schimmelpilze, Milben) oder bakteriellen (Legionellen in Lüftungssystemen) Erkrankungsursache, meistens jedoch sind die diagnostischen und therapeutischen Probleme mit denen der „MCS“ zu vergleichen.



Zwei Punkte mehr und Sie wären berufsunfähig...

Beurteilung der Umwelterkrankungen aus BUZ-Sicht

Alle bisher durchgeführten, medizinisch anerkannten Studien und Untersuchungen sind zu dem Ergebnis gekommen, dass es bis auf seltene Ausnahmen kein einheitliches ätiologisches Muster für die sogenannten Umwelterkrankungen gibt, weder in der somatischen (körperlichen) noch in der psychischen Dimension. Es wird vielmehr davon ausgegangen, dass sich bei den entsprechenden Krankheitsbildern somatische, psychosomatische und psychosoziale Faktoren regelmäßig durchmischen.

Der medizinische Gutachter steht nun bei der Beurteilung entsprechender geklagter Beschwerden immer vor der schwierigen Aufgabe, die subjektiv geklagten Befindensstörungen durch möglichst objektivierbare Befunde zu erklären, wobei die Urteilsbildung immer den aktuellen, anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen muss. Subjektive Beschwerden für sich allein begründen zunächst keinen Leistungsanspruch. Gleiches gilt für Atteste und Bescheinigungen, welche die heute dringend zu fordernden Qualitätsgrundsätze nicht erfüllen; insbesondere sind fragwürdige Messergebnisse vermeintlicher Umweltgifte in der Regel nicht geeignet, eine der o.g. Diagnosen zu bestätigen. In gleicher Weise helfen Hinweise, dass gerade geringste Mengen der „Toxine“ krankheitsauslösend wirken, nicht weiter.

An die gutachterlich verwertbaren Laborbefunde sind besondere Anforderungen bezüglich der zur Zeit anerkannten krankheitsauslösenden Bedeutung zu stellen. Dies gilt in gleicher Weise für allergologisch relevante Untersuchungen. Es hat sich herausgestellt, dass viele Laborwerte, wie bestimmte Zytokine, Immunglobulin-Untergruppen, Immunkomplexe oder Antikörper einiger Infektionskrankheiten zur Bewertung von Erkrankungszusammenhängen von untergeordneter Bedeutung sind. Gleiches gilt für wissenschaftlich nicht anerkannte apparative Untersu-

chungen, wie Bioresonanzuntersuchungen und Ähnliches.

In jedem Fall sind aktenkundige Untersuchungsbefunde ausgesprochen kritisch auf deren ursächliche Bedeutung zu prüfen; dabei ist es nicht Aufgabe eines Gutachters, umstrittene diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zu rechtfertigen. Die primäre Aufgabe des dermatologisch-allergologisch ausgerichteten Umweltmediziners besteht bei gutachterlicher Klärung des Sachverhaltes darin, objektivierbare krankheitsauslösende Faktoren zu benennen oder auszuschließen, welche im Wesentlichen die allergologisch relevanten und toxikologisch nachvollziehbaren pathogenetischen Faktoren angemessen berücksichtigen.

Bei zusätzlicher Bewertung der notwendigen Laborparameter, der klinischen Untersuchung und der verwertbaren aktenkundigen Befunde, sind die somatisch relevanten Erkrankungen zu benennen und, bezüglich der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit, zu interpretieren.

Alle somatisch nicht nachvollziehbar zu erklärenden Beschwerden müssen bedarfsweise durch eine psychiatrisch-psychosomatische Zusatzbegutachtung einer abschließenden Klärung zugeführt werden. Dies ist bei fraglichen Umweltkrankheiten, wie z. B. einer so genannten MCS von besonderer Bedeutung, da unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse hierbei mit einem hohen Anteil psychosomatischer Erkrankungsfaktoren gerechnet werden muss.

Rehabilitationsmaßnahmen

Da es sich bei den genannten „Umweltkrankheiten“ ganz überwiegend nicht um primär organisch fixierte Leiden handelt, sollten möglichst immer den primären Erkrankungsursachen angemessene medizinische Rehabilitationsmaßnahmen angestrebt werden, um eine durchaus erfolgversprechende berufliche und soziale Reintegration zu erreichen. Der Behandlungserfolg hängt nach heutigem Erkenntnisstand

wesentlich davon ab, ob in den Einrichtungen die geeigneten Therapieelemente vorhanden sind, welche den angestrebten Erfolg gewährleisten können.

Da die Patienten fast immer einen hohen Leidensdruck aufweisen, sollte die Behandlungsstrategie spezielle Behandlungszimmer („schadstofffrei“), eine möglichst interdisziplinäre Diagnostik, bedarfsweise diätetische Betreuung und schwerpunktmäßig psychotherapeutische und soziotherapeutische Aspekte beinhalten. Nur wenn die oft ausgeprägte soziale Desintegration mit entsprechenden medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erfolgreich beseitigt werden kann, ist mit der Wiederherstellung einer vollschichtigen Leistungsfähigkeit zu rechnen.

Rein organbezogene Behandlungen werden nur dann erfolgreich verlaufen, wenn die entscheidende Erkrankungsursache z. B. als Typ I-Allergie (z. B. Schimmelpilze) oder echte Formaldehyd-Allergie erkannt wurde. In diesen (seltenen) Fällen gilt es, das entsprechende Allergen zu beseitigen und die dann noch verbliebenen Organsymptome zur Abheilung zu bringen.

Fazit

Bei den beschriebenen Umweltkrankheiten handelt es sich in den meisten Fällen um ausgesprochen heterogene Krankheitsbilder, bei welchen psychosomatische und psychosoziale Probleme überwiegen. Nur in Ausnahmefällen liegen objektivierbare allergische oder toxische Erkrankungen zugrunde, welche einer erfolgreichen organbezogenen Behandlung zugeführt werden können.

Bei einer gutachterlichen Abklärung der versicherungsrechtlichen Ansprüche müssen alle aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zugrunde gelegt werden; besondere Vorsicht ist bei nicht anerkannten Untersuchungsbefunden und deren zweifelhafter Interpretation geboten.

Im Regelfall müssen fachübergreifende und auch interdisziplinäre Untersuchungen stattfinden, um die entscheidenden Erkrankungsursachen herauszufinden.

Bei überwiegend psychosomatischer Genese sollten immer vor

einer abschließenden Beurteilung der verbliebenen Berufsfähigkeit geeignete Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, um die oft extreme Rückzugsneigung (beruflich und privat) der Patienten möglichst zu beseitigen. Insgesamt entpuppen sich die sogenannten

„Umweltkrankheiten“ nahezu immer als schwierige, zur Chronifizierung neigende, vorrangig psychosomatisch geprägte Erkrankungen, welche durch die üblichen Behandlungsstrategien nicht zu beeinflussen sind.

Prävention von Hauterkrankungen

Das effektive Erfolgskonzept der BGW am Beispiel des BGW Schulungs- und Beratungszentrums, des „BGW schu.ber.z“



Prof. Dr. jur. Stephan Brandenburg
Mitglied der
Geschäftsführung der
Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege,
Hamburg



Kerstin Palsherm
Referentin, Berufsge-
nossenschaft für
Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege,
Hamburg



Klaus Rojan, Berufs-
genossenschaft für
Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege,
Hauptverwaltung,
Hamburg, Bereichs-
übergreifende Pla-
nung und Steuerung

Hauterkrankungen spielen sowohl im privaten als auch im beruflichen Bereich eine große Rolle und haben gravierende wirtschaftliche und soziale Folgen. So sind jährlich rund 21 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Pflichtmitglieder der Krankenkassen auf Hauterkrankungen zurückzuführen, wobei ein Arbeitsunfähigkeitsfall durchschnittlich 12 Tage andauert. Die direkten Kosten durch Hautkrankheiten beliefen sich 2002 insgesamt auf rund 4 Milliarden Euro.

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung in den vergangenen Jahren Strategien und Programme entwickelt, um die Versicherten der BGW trotz ihrer Allergie beruflich (wieder-)einzugliedern.

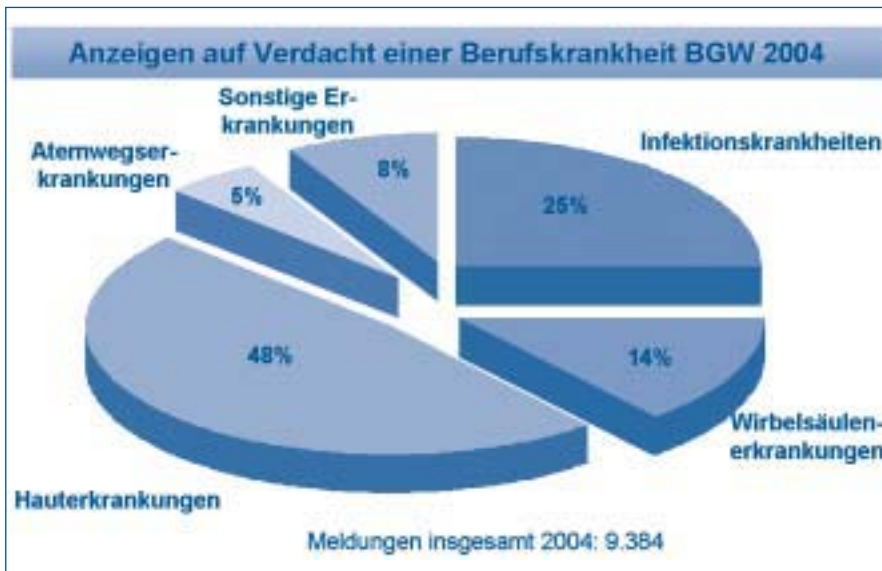
Gemeinsam mit der BGW besteht nunmehr über den Reha-Dienst der Gen Re die Möglichkeit, auch für nicht bei der BGW versicherte Personen, insbesondere bei BUZ-Versicherten, diese Möglichkeiten in Anspruch zu nehmen.

Einleitung

In der gewerblichen Wirtschaft stellen die Hauterkrankungen seit Mitte der achtziger Jahre den größten Anteil an den Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit. Für das Jahr 2004 beträgt er mit 14.723 Verdachtsanzeigen gut ein Viertel, bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) mit 4.475 Verdachtsanzeigen sogar annähernd 50%.

Die Folgen dieser Berufskrankheit wiegen schwer. Zu nennen sind nicht nur die berufsgenossenschaftlichen Folgekosten von insgesamt 132,6 Millionen Euro sowie die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten von ca. 1,25 Milliarden Euro allein für das Jahr 2004, sondern es ist auch die soziale Dimension der Hauterkrankungen zu berücksichtigen. Denn schließlich bedeutet eine Hauterkrankung häufig Tätigkeitsaufgabe bzw. Verlust des Arbeitsplatzes.

Diese bedeutsame, weit reichende Dimension von Hautkrankheiten hatte die BGW vor Jahren erkannt und umfassende, zielgruppenspezifische Präventionsstrategien entwickelt, die fortlaufend optimiert werden. Beispielhaft wird im Folgenden schwerpunktmäßig auf das BGW Schulungs- und Beratungszentrum, das „BGW schu.ber.z“, eingegangen.



alle Fragen rund um die Haut zu verstehen. Im Angebot für Versicherte, Mitgliedsbetriebe, Arbeitsmediziner, Dermatologen etc. sind beispielsweise Expertisen zu allen Fragen der Haut, Fachvorträge/-artikel, Workshops, Seminare, Beteiligung an Messeauftritten und Datensammlungen zum Thema Haut.

Beratungsangebote

Im Zentrum des Beratungsangebots für Menschen mit berufsbedingten Hautproblemen steht im BGW schu.ber.z Berlin die sogenannte Mittwochsprechstunde. Es handelt sich dabei um ein Beratungsangebot für alle Menschen mit berufsbedingten Hautproblemen. Die Sprechstunde findet mittwochs in der Regel von 15 bis 20 Uhr statt; pro Fall wird ca. eine Stunde Beratungsaufwand veranschlagt.

50 % der Klienten kommen auf Veranlassung der Bezirksverwaltungen der BGW. Dabei handelt es sich entweder um neue, aber unklare Erkrankungsfälle oder aber um Fälle, die langwierig sind und teilweise

BGW schu.ber.z – „Hautnah erleben“



- Beratungsangebot für Menschen mit Hautproblemen
- Schulungen und Vorträge bzgl. Hautschutz (Primärprävention)
- Seminare zur Sekundären Individualprävention.

Kompetenzzentrum Haut

Das Kompetenzzentrum Haut ist als Fachstelle innerhalb der BGW für

Das BGW schu.ber.z ist im Rahmen des BGW Projektes „Prävention von Hauterkrankungen“ entwickelt worden. Das erste Schulungs- und Beratungszentrum eröffnete am 1. 1. 2003 in Berlin. Daneben existieren zwei weitere Standorte des „BGW schu.ber.z“: Bochum und Delmenhorst. Zur Zeit werden die Standorte Mainz, Würzburg und Karlsruhe aufgebaut. In 2007 erfolgt eine weitere Erweiterung der Standorte auf Hamburg, München sowie Dresden.

Die Teams des BGW schu.ber.z setzen sich jeweils zusammen aus einem Gesundheitspädagogen, einem Arzt, einer Assistentkraft, einem Berufshelfer und einem Psychologen.

Die Produkte und Services des „BGW schu.ber.z“ lassen sich in vier Bereiche gliedern:

- Kompetenzzentrum Haut (BGW schu.ber.z Berlin und Bochum)



Standorte des „BGW schu.ber.z“:
Bestehend: Berlin, Bochum und Delmenhorst
Im Aufbau: Karlsruhe, Mainz und Würzburg
Bis 2007: Dresden, Hamburg und München

schon über Jahre laufen. Weitere 50 % sind Neufälle, die von außen her Kontakt aufnehmen. Davon werden zwei Drittel von Betriebsärzten geschickt. Ein Neufall beispielsweise wird ärztlich untersucht (mit Diagnose und Stellungnahme zum beruflichen Zusammenhang), beraten zu dem Thema Hautschutz und ausgestattet mit Produkten wie Creme, Handschuhen usw.; für viele Berufsgruppen existieren überdies Seminare, die den Ratsuchenden angeboten werden. Darüber hinaus wird aus dem Rehabilitationsbereich der BGW ein Behandlungsauftrag erstellt und eventuell berät ein Mitarbeiter der BGW vor Ort in den jeweiligen Betrieben.

Schulungen und Vorträge (Primärprävention)

Das BGW schu.ber.z führt in Zusammenarbeit mit den Präventionsdiensten Schulungen und Vorträge im Rahmen der Primärprävention von berufsbedingten Hauterkrankungen durch. Diesbezüglich werden zwei Ansätze verfolgt: Zum einen werden direkt in den Mitgliedsbetrieben Seminare der Primärprävention angeboten und durchgeführt. Zum anderen richten sich die Seminare an interne und externe Akteure bzw. Multiplikatoren.

Der Gedanke der Primärprävention zielt darauf, dass Versicherte sowie deren Vorgesetzte und Betriebsärzte ein grundlegendes Wissen über Hautschutz entwickeln und im beruflichen Alltag anwenden, so dass Erkrankungen erst gar nicht entstehen. Im Fokus dieser Aktivitäten stehen Berufsgruppen, bei denen das Risiko berufsbedingter Hauterkrankungen erhöht ist, also vor allem Friseur, Angehörige der Pflegeberufe und der Hauswirtschaft.

Inhaltlich geht es darum, dass die Versicherten ein Wissen und Bewusstsein über Risiken wie beispielsweise Reinigungsverhalten und reizende Substanzen entwickeln und diesen durch entsprechende Maßnahmen begegnen (z. B. persönliche Schutzausrüstung, Hautschutz).

Aufgrund der hohen Versichertenanzahl der BGW liegt es nahe, die Anzahl der erreichbaren Versicherten durch die Nutzung von internen und externen Multiplikatoren zu erhöhen. Hierbei handelt es sich intern beispielsweise um Berufshelfer oder Aufsichtspersonen. So wurde der Präventionsdienst geschult und mit Hautschutzkoffern ausgestattet, so dass dieser in den Mitgliedsbetrieben diesbezüglich aktiv werden konnte. Extern richten sich die Aktivitäten vorrangig an Betriebsärzte von Mitgliedsbetrieben und an Fachkräfte für Arbeitssicherheit, aber auch an Dermatologen, Mitarbeiter anderer Berufsgenossenschaften, der Gewerbeaufsicht sowie von Gesundheitsbehörden.

Seminare zur Sekundären Individualprävention (SIP)

Die Seminare zur Sekundären Individualprävention (SIP) wie beispielsweise die SIP-Friseure existieren bereits seit langem innerhalb der BGW. Nachdem das BGW schu.ber.z die Verantwortung übernommen

hatte, wurden die Seminare inhaltlich erheblich verändert und auch auf weitere relevante Berufsgruppen hin ausgebaut. So bestehen zur Zeit Angebote für Versicherte der BGW in den Bereichen Friseur, Pflege sowie medizinische (Assistenz-)Berufe, Küche sowie Hauswirtschaft, Physiotherapeuten und Masseur. Darüber hinaus existieren mittlerweile Angebote auch für Versicherte anderer Berufsgenossenschaften, insbesondere im Metallbereich.

Eine Zusammenarbeit mit dem Rehabilitations-Dienst der Gen Re wurde zunächst für das bisherige fachliche Tätigkeitsgebiet verabredet (siehe Kasten).

Die Seminare richten sich an Versicherte, die bereits mit einer berufsbedingten Hautsymptomatik konfrontiert sind. Ziel des Seminars ist es, dass diese bereits betroffenen Versicherten berufsspezifisch geschult und motiviert werden, Erfolg versprechende Maßnahmen nachhaltig im Arbeitsalltag einzusetzen. Die Teilnehmer am Seminar rekrutieren sich auf unterschiedliche Weise. Versicherte

Strategien und Perspektiven zur beruflichen Wiedereingliederung von BUZ-Versicherten mit allergischen Hauterkrankungen

Der Rehabilitations-Dienst der Gen Re hat Vereinbarungen mit der BGW getroffen, durch die der Zugang zu Seminaren zur Sekundären Individualprävention (SIP) hergestellt werden kann. Der Zugang steht daher auch Personen offen, die nicht bei der BGW versichert sind oder als Versicherte diese Maßnahme nicht in Anspruch genommen haben.

Sprechen Sie uns an, wenn aus Ihrer Sicht BUZ-Versicherte für eine solche Maßnahme in Fragen kommen könnten. Wir steuern und koordinieren die Maßnahme unter den Gesichtspunkten der konkreten Arbeitsplatzsituation und ermöglichen den Zugang zu den Maßnahmen der BGW, möglichst unter Einbindung der Sozialversicherungsträger als Kostenträger der Maßnahmen.

Ihr Ansprechpartner zu diesem Thema und für weitergehende Fragen ist unser Regionalleiter

Herr Walter Schwarzbeck
Landshuter Allee 43
80637 München
Tel 089-18006685
Fax 089-18006686
Email: wswar@genre.com

Die Unterlagen des Versicherungsfalles können Sie Herrn Schwarzbeck per Fax oder per Post zusenden. Er prüft, ob eine Fallkonstellation vorliegt, die dem Betroffenen einen Verbleib in seiner beruflichen Tätigkeit ermöglichen kann. Soweit die Unterlagen für eine Beurteilung nach Aktenlagen nicht ausreichen, können wir im Einzelfall durch eine Potentialanalyse eine umfassende Beurteilung der medizinischen und persönlichen Arbeitsplatzsituation durchführen.

gelangen in das Seminar entweder auf Anregung der Sachbearbeiter der Bezirksverwaltungen der BGW und anschließender Untersuchung durch den beratenden Dermatologen, nach vorausgegangener Konsultation eines niedergelassenen Dermatologen oder über die oben beschriebene Mittwochsprechstunde des BGW schu.ber.z Berlin.

Die BGW hat für einen reibungslosen Verlauf intern organisatorische Anpassungen vorgenommen und den Verwaltungsablauf an dem standardisierten „Stufenverfahren Haut“ orientiert. Daneben gibt es Teilnehmer aus dem Versichertenkreis anderer Unfallversicherungsträger und Versicherte, die weder die Sprechstunde noch einen Dermatologen vorab besucht haben (Ausnahmefall) und im Rahmen des Seminars dermatologisch untersucht werden. Aktuell ist eine Erweiterung des Teilnehmerkreises in Planung.

Bausteine eines SIP-Seminars

An einem SIP-Seminar, das je nach beruflicher Beanspruchung der Kunden einen bzw. zwei Tage dauert, nehmen maximal 12 Personen teil.

Zu Beginn des SIP-Seminars wird den Teilnehmern Wissen vermittelt zum Aufbau der Haut und ihrer Funktion, zu der Entstehung von Ekzemen sowie zu dem Umgang mit beruflichen und außerberuflichen Risikofaktoren. So erfahren die Teilnehmer auch, wie sich Stresshormone auf körperliche Entzündungsvorgänge auswirken.

Darüber hinaus informiert das BGW schu.ber.z-Team über die unter-



Kontrolle des richtigen Eincremens mit fluoreszierender Creme



Übungen: Haareschneiden mit Handschuhen

schiedlichen Arten von Handschuhen, ihre Vor- und Nachteile sowie ihren speziellen Anwendungsbe- reich. Die Teilnehmer probieren alle Handschuhe aus. Bei der Auswahl der den individuellen Anforderungen entsprechenden Handschuhe ist das BGW schu.ber.z-Team den Versicherten behilflich.

Ein weiterer Baustein des SIP-Seminars im BGW schu.ber.z ist das Thema Hautschutz und -pflege. Das BGW schu.ber.z-Team klärt auf über Möglichkeiten einer hautschonen- den Händehygiene (z. B. Händedes- infektion), über die verschiedenen Arten von Handcremes und -wasch- mittel sowie ihre Wirkungsweisen (z. B. Reduzierung von Schweißbil- dung) und über die „richtige“ Ein- cremetechnik. Die Seminarteilneh- mer testen diese Produkte; das BGW schu.ber.z-Team unterstützt sie bei der Auswahl der geeigneten Haut- schutz- und -pflegeprodukte und erstellt mit ihnen einen individuel- len Hautschutzplan. Dabei werden ausgehend von der jeweiligen kon- kreten beruflichen Situation indivi- duell zugeschnittene Bewältigungs- strategien gegen den täglichen Stress erarbeitet, der häufig Ursache für die Vernachlässigung von Haut- schutz und -pflege ist.

Diesem Seminarblock schließen sich praktische Übungen an. Beispiels- weise wird mit einer fluoreszierenden Creme das korrekte Eincremen kon- trolliert. Durch Fühlübungen erken- nen die Seminarteilnehmer, dass sie trotz Verwendung von Handschuhen ihre beruflich zu verwendenden Gegenstände ertasten können.

Darüber hinaus werden die Semi- narteilnehmer praxisgerecht hin-



Übungen: Obstschälen mit Handschuhen

sichtlich des Einsatzes von Hand- schuhen, Hautschutz- und -pflege- produkten geschult (z. B. Haare- schneiden mit Handschuhen, Schä- len von Obst).

Diesem praktischen Seminarbau- stein folgen die individuelle derma- tologische Untersuchung und Bera- tung einschließlich Empfehlungen für den behandelnden Hautarzt zu Diagnostik und Therapie sowie Empfehlungen an den Arbeitgeber zum Hautschutz und die Ausstat- tung des Seminarteilnehmers mit den geeigneten Handschuhen, Hautschutz- und -pflegemitteln. Am Ende des SIP-Seminars besteht für jeden Teilnehmer die Möglichkeit, sich durch die Berufshilfe der BGW weiter beraten zu lassen (wie z. B. über das Angebot einer (teil-)statio- nären Therapie oder den weiteren Verlauf des Verfahrens).

Sechs Wochen nach Beendigung des SIP-Seminars erhält der Versi- cherte einen Abschlussfragebogen der BGW. Ergeben sich daraus Anhaltspunkte, dass der Hautschutz am Arbeitsplatz noch zu optimieren ist oder die empfohlenen Behand- lungsmaßnahmen nicht mit Erfolg durchgeführt werden, erfolgen wei- tere Prozessschritte (z. B. Hinzuzie- hung eines beratenden Hautarztes).

Die Erfolge des BGW schu.ber.z – Beispiel Friseure

Die Präventionsmaßnahmen der BGW bei Hauterkrankungen sind sehr erfolgreich. So sind die Ver- dachtsanzeigen einer Berufskrankheit nach Nummer 5101 der Anlage zur Berufskrankheitenverordnung seit 1998 insgesamt deutlich rückläufig.

An dem oben beschriebenen Präventionsprogramm BGW schu.ber.z nehmen – neben Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen und anderen Berufsgruppen – pro Jahr zwischen 600 und 700 hauterkrankte Friseure teil. Die beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen reduzierten sich um 65 %. Die Ausgaben für Rehabilitationsmaßnahmen in der Friseurbranche wurden um über 60% von 33 Millionen Euro auf 12 Millionen Euro reduziert. Dementsprechend konnten bereits die Beiträge für die Friseurbranche in der Vergangenheit deutlich gesenkt werden.



Erfolgreiche Prävention: seit 1998 deutlich rückläufige Verdachtsanzeigen

ZuRecht

Aggravation als Beweisführungshindernis

Zum Urteil des OLG Frankfurt, 17. 6. 2005, 25 U 87/02



Christoph Müller-Frank,
Rechtsanwalt, Bach,
Langheid & Dallmayr,
Köln

Je schwieriger eine Krankheit durch objektivierbare Befunde nachweisbar ist, desto mehr besteht die Gefahr, dass der Versicherte die Symptome oder die Funktionsbeeinträchtigungen, die aus einer solchen Krankheit erwachsen, aggraviert oder sogar simuliert. In einem solchen Fall kann die Feststellung von Berufsunfähigkeit nicht erfolgen, wie ein Fall des OLG Frankfurt zeigt, der hier – in verkürzter Form – dargestellt wird.

1. Keine richterliche Überzeugung

Die für die Beweisführung erforderliche Überzeugung des Gerichts (§ 286 ZPO) hat dem OLG Frankfurt im Hinblick auf die Aggravation gefehlt, und es hat deshalb die behauptete 50%ige Berufsunfähigkeit des Klägers nicht feststellen können.

„In psychiatrisch/psychosomatischer Hinsicht überzeugt die Beurteilung durch den Gutachter, dass auch unter Berücksichtigung der psychischen Erkrankung des Klägers insgesamt keine über 50 % hinausgehende Einschränkung der Berufsunfähigkeit vorliegt.“

Dabei hindern insbesondere schon die vom Sachverständigen festgestellten Aggravationstendenzen des Klägers das Gericht daran, eine hinreichend sichere Überzeugung von einem bestimmten tatsächlich vorliegenden Grad der Berufsunfähigkeit zu gewinnen.

Der Anteil dieser Übertreibung konnte vom Sachverständigen nicht

genau bestimmt werden, so dass selbst im Falle voller Berücksichtigung der depressiven Tendenzen eine Überzeugungsbildung zugunsten des Klägers ausgeschlossen wäre.“

2. Zugrunde liegender Fall

Es ging um einen 1959 geborenen Versicherten, der 1997 einen BUZ-Vertrag u.a. mit Jahresrente von 30.000,00 DM abgeschlossen hatte. Seit 1979 war er als Maschinenarbeiter tätig. Das Arbeitsfeld hatte gewechselt. Er war als Güteprüfer im Getriebebau, als Maschinenführer und zuletzt als Staplerfahrer tätig. Seit dem 23. 2. 1999 war er fortlaufend krankgeschrieben. Ein Einsatzversuch im März 1999 wurde nach einem Tag abgebrochen. Sein Arbeitgeber erklärte in der Folgezeit im Jahre 2001 die Kündigung des Arbeitsverhältnisses aus personenbedingten Gründen. Die Kündigungsschutzklage endete mit einem Abfindungsvergleich.

Im Oktober 1999 hatte er gegenüber dem Versicherer Leistungen

wegen Berufsunfähigkeit begehrt. Er machte Gesundheitsstörungen am Haltungs- und Bewegungsapparat geltend. Für die Zeit vom 1. 9. 1999 bis 31. 10. 2000 erbrachte der Versicherer Leistungen aufgrund individualvertraglicher Vereinbarung während der Dauer einer gutachterlichen Beurteilung. Diese wurde vom Versicherer in Auftrag gegeben. Der orthopädische Gutachter stellte degenerative Veränderungen der Bandscheibe im Segment L5/S1 der unteren Lendenwirbelsäule ohne bedeutsames funktionelles Defizit und ohne neurogene Störungen fest. Für die ausgeübte Tätigkeit wertete er die Leistungsminderung mit 10 %. Der Versicherer lehnte Leistungen daraufhin ab.

3. Prozessgeschichte

Beim LG Kassel erhob der Versicherte Klage. Er ergänzte seine Beschwerdeschilderung. Rechtsseitige ischialgieforme Schmerzausstrahlung, belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk nach Arthroskopie mit Teil-Menisketomie und auch Schmerzen im rechten Schultergelenk nach einer operativ versorgten Schulterluxation wurden angeführt. Die Beklagte legte das vorsprozessual eingeholte orthopädische Gutachten vor. Auf dessen Grundlage wies das LG Kassel die Klage ab. Das Gutachten sei überzeugend, sachkundig und sorgfältig erarbeitet und habe sich mit den vom Kläger eingereichten Berichten auseinandergesetzt. Substantiierte Einwendungen gegen dieses Gutachten habe der Kläger nicht vorgebracht.

Beim Berufungsgericht OLG Frankfurt (Zivilsenate Kassel) holte der Einzelrichter demgegenüber zunächst ein orthopädisches und dann ein neurologisch-psychiatrisches Sachverständigengutachten ein.

4. Gutachterliche Feststellungen

Der orthopädische Gutachter konnte außer Kreuzschmerzen wegen Morbus Baastrop (die Dornfortsätze der Lendenwirbelkörper L 3–L 5 ste-

hen sehr nah aufeinander bzw. berühren sich) nur altersentsprechende degenerative Veränderungen feststellen; er maß auch dem Morbus Baastrop keinen großen Krankheitswert zu. Die Befunde ergäben keine Berufsunfähigkeit. Die vorgetragenen subjektiven Beschwerden seien nicht zu objektivieren.

Nach der orthopädischen Begutachtung begab sich der Kläger in ambulant/psychiatrisch-therapeutische Behandlung. Der Behandler diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Damit konfrontiert erklärte der orthopädische Gutachter bei seiner Anhörung, der von ihm ausgemachte chronisch-unspezifische Kreuzschmerz habe in Gestalt der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung die passende psychiatrische Diagnose erhalten; ob man aus psychiatrischer Sicht die vorhandene Störung als derart einstufen könne, dass sie zur Berufsunfähigkeit führe, entziehe sich seinem Fachgebiet.

Das fachpsychiatrisch-psychosomatische Gutachten bestätigte die erfragte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, konnte jedoch nicht feststellen, dass eine mindestens 50 %ige Berufsunfähigkeit hierdurch gerechtfertigt werde. Eine feste Klassifizierung verschiedener Stadien der chronischen Schmerzstörung habe sich noch nicht eingebürgert. Es gebe deshalb keine festgelegten Kategorien, bei welchem Grad einer Ausprägung welcher Grad der beruflichen Einschränkung anzunehmen sei. Beim Kläger komme die Schwierigkeit festgestellter deutlicher Aggravationstendenzen hinzu. Es sei sehr schlecht abzugrenzen bei dem Maß der somatoformen Schmerzstörung, in welchem Umfang der Aggravationsanteil dabei eine Rolle spiele. Er sei auf jeden Fall vorhanden, lasse sich aber in seinem Ausmaß sehr schwierig bestimmen.

Die Aggravationstendenzen selbst hatten sich aus der Auswertung des Persönlichkeitsfragebogens MMPI-Kurzform ergeben, bei dem deutlich erhöhte Skalen im Bereich Hypo-

chondrie, Hysterie-Konversion und Depression sowie Psychopathie aufgefallen waren. Diese Struktur des Testergebnisses weise deutlich darauf hin, dass der Kläger eine hohe Tendenz habe über körperliche Beschwerden zu klagen, zur Somatisierung und körperlichen Symptombildung zu neigen, sowie unreife psychosomatisierende seelische Bewältigungsmechanismen zu nutzen. Aus allem hatte der Gutachter eine deutliche Aggravationstendenz bei der Schilderung der Beeinträchtigung durch die Symptome abgeleitet.

5. Prozessergebnis

Bei Übernahme der gutachterlichen Feststellungen hielt das OLG Frankfurt leistungspflichtige Berufsunfähigkeit nicht für gegeben und bestätigte die klageabweisende Entscheidung des LG Kassel. Die Aggravationstendenzen wertete das Gericht dabei zulasten des Klägers. Da der Anteil der Übertreibung nicht genau bestimmt werden könne, sei eine Überzeugungsbildung zugunsten des Klägers ausgeschlossen. Es sei unter Berücksichtigung des Aggravationsanteils eben eine Überschreitung des Maßes von 50 %iger Einschränkung bei der Berufsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht zu sichern.

Fehle es aber an der richterlichen Überzeugung vom Vorliegen der anspruchsbegründenden Voraussetzungen, sei die Klage abzuweisen.

Die klägerseits eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde zum BGH wurde später zurückgenommen, ohne dass es zu einer Begründung des Rechtsmittels gekommen war.

6. Bewertung

Begründung und Ergebnis der Entscheidung sind uneingeschränkt zuzustimmen.

In rechtlicher Hinsicht ist auf die beim Kläger liegende Beweislast für das Vorhandensein der anspruchsbegründenden Voraussetzungen

abzustellen. Das Beweismaß ist gemäß § 286 ZPO die richterliche Überzeugung. Weniger als die Überzeugung von der Wahrheit reicht nicht aus, ein bloßes Glauben, Wähnen, Fürwahrscheinlichhalten berechtigt den Richter nicht zur Bejahung des streitigen Tatbestandsmerkmals (Greger in Zöller, ZPO, 25. Aufl., § 286, Rn. 18). Für die Überzeugung wird aber mehr als die subjektive Überzeugung des Richters nicht gefordert. Erforderlich ist ein „brauchbarer Grad von Gewissheit“, der „den Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen“ (BGHZ 53, 245, 256; seitdem ständige BGH-Rechtsprechung).

An dieser Überzeugung muss es fehlen, wenn entscheidende Anknüpfungsumstände für ein gutachterliches Ergebnis nicht gesichert sind. Hier gilt dies für die Richtigkeit der Eigenangaben des Probanden, die in der psychiatrischen Begutachtung eine erhebliche Bedeutung haben, weil apparative Untersuchungen mit „harten“ Daten nicht vorkommen. Diese Eigenangaben zu erheben, obliegt dem psychiatrischen Sachverständigen, weil nur er aufgrund seiner besonderen Fachkunde ein Explorationsgespräch führen kann. Das ist die Ausnahme von der Regel, wonach es einem Sachverständigen grundsätzlich verwehrt ist, von sich aus Zeugen oder – wie hier – Parteien über wesentliche Streitpunkte zu vernehmen. Wenn aber die festzustellenden rechtserheblichen Funktionsbeeinträchtigungen nur auf der Grundlage von Eigenangaben ermittelbar sind, müssen an sich auch die Eigenangaben selbst bewiesen werden, wenn sie streitig sind.

Leider gehen weder Sachverständige noch Gerichte indes immer so weit, einen Beweis für die Richtigkeit der Eigenangaben zu verlangen. Zumindest dann aber, wenn die Eigenangaben ganz oder teilweise falsch sind, was bei nachgewiesener Aggravation im Sinne einer Übertreibung anzunehmen ist, fehlt es an einer tragfähigen Entscheidungsgrundlage sowohl für den Gutachter als auch für das Gericht.

Bei der gutachterlichen Untersuchung sollte die Entscheidungserheblichkeit von ausgeprägter Aggravation oder gar Simulation zur gutachterlichen Prüfung dieser Umstände veranlassen. Zurecht weist Erenkämper (in Venzlaff / Foerster, Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 27.4) darauf hin, dass bei eindeutigem Nachweis von Simulation bzw. Aggravation dies im Gutachten – wenn auch mit vorsichtigen Worten – eindeutig zum Ausdruck gebracht werden sollte; bestehe nach den Gesamtumständen ein begründeter Verdacht hierauf, könne der Tatbestand aber nicht eindeutig nachgewiesen werden, sollte dies im Gutachten gleichwohl in vorsichtiger Wortwahl umschrieben werden.

Aber auch außerhalb der gutachterlichen Untersuchung kann es Anhaltspunkte für falsche Eigenangaben geben. Der Nachweis eines tatsächlich erheblichen Arbeitsumfanges kann bei behaupteter Einstellung jedweder Arbeitstätigkeit ein Volltreffer sein, der indes nur selten gelingt. Ermittlungen im persönlichen Umfeld des Versicherten sind bei psychiatrischen Beschwerdeschilderungen (noch) die Ausnahme.

Hinweise können aber auch sein, dass

- die Angaben zum Krankheitsverlauf nicht präzisierbar sind,
- das Ausmaß der geschilderten Beschwerden nicht in Übereinstimmung mit einer entsprechenden Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe steht,
- das psychosoziale Funktionsniveau des Betroffenen bei der Alltagsbewältigung weitgehend intakt ist,
- die Angaben des Probanden erheblich von fremdanamnestischen Informationen abweichen, wie Foerster/Winckler (Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen, 4. Aufl., 2.9) darlegen.

In einem weiteren Urteil steuert das OLG Koblenz (24. 6. 2005, 10 U 974/02, OLG-Report 2005, 854) einen zusätzlichen Aspekt bei:

„Dem Vortrag des Klägers zum Umfang seiner Angstneurose muss auch mit gewisser Vorsicht begegnet werden, da einiges dafür spricht, dass sein diesbezüglicher Vortrag von Begehrenstendenz und Versorgungstreiben mitbestimmt wird.

Immerhin hat der Kläger noch anlässlich der Beweisaufnahme vom 27. 6. 2003, d. h. vor Erstellung des orthopädischen Gutachtens durch Prof. Dr. S. erklärt, dass das von ihm ursprünglich geschilderte „Angstsyndrom“ keine Rolle mehr spiele.

Nach Erstellung des Gutachtens und Anhörung des Sachverständigen Prof. Dr. S. wird nun wieder die „Angstproblematik“ in den Vordergrund gestellt, nachdem die vom Kläger geschilderten Beschwerden aus fach-orthopädischer Sicht in dem behaupteten Umfang nicht objektiviert werden konnten.“

Das Regionalbüro Ost des Gen Re Rehabilitations-Dienstes



René Hölken
Regionalleiter Ost
Dresden
rhoelke@genre.com

Die monatlichen Rentenhöhen der Versicherten in der BUZ in den neuen Bundesländern haben sich in den letzten 10 Jahren fast verdoppelt und passen sich voraussichtlich in weiteren 8 bis 10 Jahren dem bundesdeutschen Durchschnitt an.

Zur Vermeidung von Berufsunfähigkeiten ist daher ein zwischen allen Beteiligten abgestimmtes Reha-Management Standard geworden. Für unsere Kunden ist es wichtig, auch in diesem Bereich auf spezialisierte Fachberater zurückgreifen zu können. Wir wollen Ihnen daher das Team des Regionalbüros Dresden und deren Kenntnisse näher vorstellen.

Unser Team

Für die Bereiche der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie für den Besuchsdienst stehen Ihnen im Zuständigkeitsbereich des Regionalbüros Dresden 11 Reha-Berater zur Verfügung.

Unser Team deckt alle Gebiete der BUZ ab; Spezialisierungen gibt es für folgende Bereiche:

- Herr Hölken ist spezialisiert auf Umorganisation, berufliche Wiedereingliederung sowie Disability Management.
- Herr Dr. Gropengießer ist Spezialist für alle Einschränkungen der unteren Extremitäten.
- Herr Brunner ist als erfahrener Mitarbeiter aus den Bereichen gesetzliche Unfall- und Krankenversicherung spezialisiert für Kostenübernahmen bei Reha-Maßnahmen aller Art über die Sozialversicherungsträger.
- Frau Baierova ist spezialisiert auf den wachsenden Bereich der Kinder und Jugendlichen BUZ-Fälle.
- Herr Gillner unterstützt Sie als erfahrener Mittelständler bei BUZ-Fällen von Freiberuflern und Selbstständigen.

Die unter der Leitung von Herrn Dr. Zubrod für uns tätigen Arbeitsmediziner führen Begutachtungen der Berufsunfähigkeit durch. Sie unterstützen die berufliche Reintegration durch die Ermittlung und Umsetzung von ergonomischen, arbeitsorganisatorischen und arbeitsablaufbezogenen Optimierungen an vorhandenen oder in Frage kommenden Arbeitsplätzen.

Arbeitsmedizinische Arbeitsplatzanalyse

In diesem Zusammenhang bieten wir unseren Kunden die arbeitsmedizinische Arbeitsplatzanalyse mit

Ermittlung von Anforderungsprofilen an bestimmten Arbeitsplätzen und die Untersuchung von Versicherten mit Ermittlung des Leistungsvermögens an.

Durch Bilder und Filmsequenzen werden dabei entscheidende Belastungen an Arbeitsplätzen und wichtige Untersuchungsbefunde festgehalten. Diese Bild- und Filmdarstellungen werden von unseren Kunden gern genutzt, da sie die meist nur in Papierform bestehenden Eindrücke des Versicherungsfalls sinnvoll ergänzen. Der Abgleich von Anforderungsprofil und Leistungsprofil erlaubt einerseits die Erstellung von Gutachten zur Berufsunfähigkeit, daneben dient dieses Angebot der Unterstützung des Case-Managements, z. B. bei der Unterstützung unserer Reha-Berater und Arbeitsvermittler bei der Ermittlung in Frage kommender Arbeitsplätze und bei der Unterstützung der beruflichen Reintegration in neuen Arbeitsbereichen.

Die Berichte sind den Kundenwünschen entsprechend ausführlich und werden mit diversen Bildern und Videos der Arbeitsplätze erläutert.

Psychische Erkrankungen

Die häufig auftretenden Fälle von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz – wie zum Beispiel Burn-Out-Syndrom, Mobbing, traumatische Erlebnisse – können durch erfahrene und niedergelassenen Therapeuten unseres Netzwerkes unter Leitung des Traumapsychologen Dr. Andreas Hammel beurteilt werden. Durch den frühzeitigen Einsatz können Berufsunfähigkeiten vermieden werden.

Arbeitsberatung

Durch unsere Arbeitsberater wird unsere Angebotspalette ergänzt bzw. vervollständigt. Eine Berufsun-

fähigkeit kann in manchen Fällen durch eine Vermittlung einer leistungsgerechten und bedingungs-gemäßen Tätigkeit vermieden werden. Hierzu steht ein Netzwerk von fünf Arbeitsberatern bereit, die konkret entsprechend der Eignung / Nei-gung des BUZ-Versicherten einen Arbeitsplatz vor Ort akquirieren, um BUZ-Leistungen zu vermeiden. Zusätzlich stehen uns eigene Ver-mittlungs- und Arbeitgeberdateien sowie eine Vielzahl von Kontakten zu Arbeitgebern in der Region zur Verfügung.

Die bereinigte Vermittlungsquote liegt bei ca. 50 % im Bundesdurchschnitt.

Pflegeberatung

Da die BUZ-Absicherung oft mit Leistungen für den Pflegefall verbunden ist, stehen Ihnen hier Pflegefachberater, examinierte Krankenschwestern sowie Berater mit Erfahrung in der Pflegedienstleitung sowie nachfolgenden wirtschaftlichen Studiengängen zur Verfügung.

Das Beratungs- und Trainingszentrum (BTZ)

Eine Vielzahl von BUZ-Antragstellern möchte zwar wieder vollschichtig beruflich tätig werden, ist aber aufgrund verschiedener Handicaps im sprachlichen, schriftlichen sowie persönlichen Bereich nicht in der Lage, auf dem ersten Arbeitsmarkt ohne Hilfestellung/Unterstützung Fuß zu fassen.

Aus diesem Grunde steht uns seit 2006 das Beratungs- und Trainingszentrum (BTZ) in Berlin zur Verfügung. Dort werden die Versicherten durch professionelle Trainer in Zusammenarbeit mit unseren Arbeitsberatern individuell geschult. Es werden jeweils Kleingruppen von höchstens vier Personen unterrichtet. Die Dauer der jeweiligen Maßnahme ist abgestimmt auf die Bedürfnisse der Versicherten und kann drei Tage bis drei Monate betragen. Bereits während der Maß-

nahme werden die Kontakte mit potentiellen Arbeitgebern geknüpft. Auf Praxisnähe wird besonderen Wert gelegt.

Bauliche Maßnahmen am Arbeitsplatz

Das Planungsbüro Peters steht für eventuelle Umbau-/Anpassungsmaßnahmen mit einem Mitarbeiter in Dresden ebenfalls zur Verfügung.

Fazit

Durch das breit gefächerte Fachwissen unserer Experten im Netzwerk bestehen gute Möglichkeiten, Berufsunfähigkeiten zu vermeiden, im Rahmen der Nachprüfung dauerhaft zu verhindern und durch konkrete Vermittlung von leistungsgerechten Arbeitsplätzen nachhaltig Rentenleistungen zu minimieren.

Eine frühzeitige Beteiligung des Rehabilitations-Dienstes ist sinnvoll und zu empfehlen, im Rahmen der Nachprüfung ist es hierfür selten zu spät.

Wir freuen uns darauf, Sie kompetent zu unterstützen.

Kontakt:
Regionalbüro Dresden
Regionalleiter Herr Hölken
Tel. (03 51) 4 82 99-13
Fax (03 51) 4 82 99-19
Mail: rhoelke@genre.com

Unsere Fachbereiche:

1. Medizinische/berufliche Rehabilitation
2. Psycho/Trauma
3. Arbeitsberatung
4. Pflege
5. Arbeitsmedizin
6. Beratungs- und Trainingszentrum
7. Bauliche Maßnahmen am Arbeitsplatz

Für Sie gelesen I

„Neurologische Begutachtung“ von Wolfgang Hausotter, 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. 2006



Prof. Dr. Schneider,
Chefarzt der Neurologischen
Klinik, Klinikum
Aschaffenburg,
Medizinischer
Sachverständiger (cpu)

„Für Sie gelesen“ ist eine neue Rubrik in BUZaktuell. Wir werden an dieser Stelle in Zukunft regelmäßig auf interessante und für die BUZ-Leistungsregulierung relevante Publikationen aufmerksam machen.

Zum Auftakt konnten wir als Rezensenten Herrn Prof. Dr. Schneider gewinnen.

Man darf Wolfgang Hausotter mit Fug und Recht einen alten Hasen der neurologischen Begutachtung nennen, und dies mit aller Sympathie, die bei diesem etwas flapsigen Begriff mitschwingt. Er ist auf dem Gebiet der Begutachtung seit Jahrzehnten tätig und hat bereits in der ersten Auflage seines Buches (damals mehr eine Broschüre) die Grundlagen der Begutachtung kurz und präzise zusammengefasst. In der zweiten Auflage ist die Broschüre erwachsen und zu einem Buch geworden, dabei immer noch angenehm kurz und bündig.

Alle wesentlichen Fragen der neurologischen Begutachtung sind darin abgehandelt von der Definition der Rechtsbegriffe über den formalen Gang der Erstellung eines Gutachtens bis hin zu einzelnen, in Gutachtensituationen häufig vorkommenden Krankheiten. Häufig erkennt man den Rekurs auf einen anderen Themenkomplex: Die Begutachtung somatoformer Störungen. W. Hausotter hat in einem anderen Buch dieses Thema ausgiebig behandelt (W. Hausotter: Begutachtung somatoformer und funktioneller Störungen, 2004).

Welche Vorzüge, ggf. welche Schwächen hat dieses Buch? Der Hauptvorteil ist die sich durch alle Kapitel ziehende Prägnanz. Für Gutachter bedeutet dies: Über 90% aller Gutachtaufträge könnten mit der „Neurologischen Begutachtung“ abgearbeitet werden. Dabei ist der Anwender gut beraten, sich an die Diktion des Werkes zu halten. Er wird kaum in der Lage sein, prägnanter zu formulieren. Schon aufgrund seiner handlichen Größe war die erste Auflage ständiger Begleiter des Rezensenten auf Bahnfahrten und Kongressreisen, ohne das Reisegepäck damit merklich zu belasten.

Die neue Auflage ist immer noch griffig genug, um in eine Arbeitstasche zu passen und den Arbeitsfluss auf Reisen zu gewährleisten. Das Werk ist kompakt und vollständig. Es ist nicht dafür gedacht, ein großes und schwieriges Haftpflichtgutachten zu begleiten. In solchen, speziellen Fällen ist ohnehin das Arbeiten mit Primärliteratur erforderlich. Dies gilt aber auch für die umfangreichen, extensiv angelegten Werke der Gutachtenliteratur.

Auch der BUZ-Leistungsregulierer wird das Buch mit Gewinn lesen. Es liefert ihm zu den einzelnen Erkrankungen mehr Informationen als der Pschyrembel. Hausotter ist im Übrigen in versicherungsrechtlichen Fragen firm; er beherrscht die Fachsprache. Der medizinische Laie, aber versicherungsrechtliche Experte muss daher keine Angst haben, terminologisch überfordert zu werden. Im Gegenteil: Viele, ihm bislang schleierhafte Sachverhalte werden sich dem BUZ-Leistungsregulierer erschließen.

Fazit

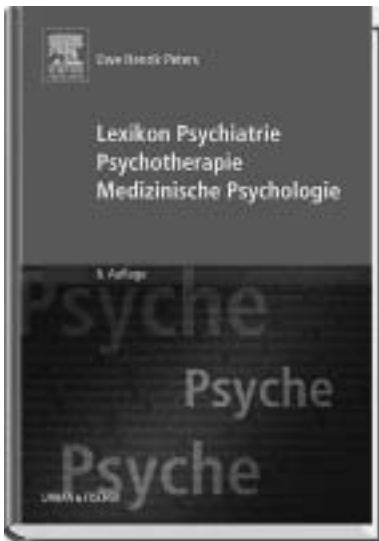
Bildhaft gesprochen handelt es sich bei Hausotters neurologischer Begutachtung um einen Edelbrand aus der Destille eines überaus erfahrenen Kenners der neurologisch-gutachterlichen Materie. Das Buch ist eine vorzügliche Quelle für Leistungsregulierer in Fragen neurologischer Erkrankungen und Begutachtung. Es darf in keinem Bücherschrank eines gutachterlich tätigen Neurologen fehlen und sei insbesondere den Anfängern in der Gutachtenszene empfohlen. Es macht ihnen den Einstieg leicht und ist geeignet, Freude an der Sache zu wecken.



Für Sie gelesen II

„Lexikon – Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie“ von Uwe Henrik Peters, 6. überarbeitete Auflage 2006

Wir haben Herrn Prof. Dr. Peters, emer. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln, gebeten, „den Peters“ vorzustellen. Wir freuen uns, dass er unserem Wunsch entsprochen hat.



„Der Peters“, das Standardwerk der Psychiatrie von Uwe Henrik Peters, wird nach Ankündigung des Elsevier-Verlages im März 2006 in seiner 6. überarbeiteten Auflage erscheinen. Die Neuauflage berücksichtigt alle Veränderungen seit Erscheinen der 5. Auflage im Jahre 1999.

Das Buch, das bisher schon in 15 verschiedenen Ausgaben und Auflagen erschienen ist, hat ganzen Generationen von Psychiatern, anderen Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Mitarbeitern des Gesundheitswesens, des Versicherungssystems und medizinischen Laien als erste, wichtigste und zuverlässigste Informationsquelle gedient.

Die Psychiatrie, wie alles Psychische, gilt vielen als ein dunkles Gebiet mit verschwommenen Begriffen, die nie wirklich zu fassen sind. Jedenfalls so lange man nichts von der Möglichkeit weiß, rasch „im Peters“ nachzuschlagen. In dem Buch findet man zu über 9.000 Begriffen zumeist

kurze, leicht verständliche, leicht lesbare und überdies erschöpfende Erklärungen. Vielmals werden zusätzlich historische Hinweise gegeben und wird auf Probleme bei Übersetzungen ins Englische hingewiesen. In einem Anhang ist ein englisch-deutsches Wörterbuch beigefügt. Mit diesem findet man von jedem englischen Begriff sofort zu den entsprechenden deutschen Worterklärungen. Außerdem enthält das Buch 500 Kurzbiographien historischer Psychiater und Psychotherapeuten.

So kann man sich ohne Zeitverlust über alle einschlägigen Fakten und Begriffe orientieren. Auf einzelne Begriffe und Sachverhalte aufgeteilt hat man damit die gesamte Psychiatrie und Psychotherapie in einem einzigen Band vorliegen.

Jeder Regulierer, der es einmal kennen gelernt hat, wird es von da an ständig griffbereit auf dem Schreibtisch haben wollen.

Kongress: Qualitätssicherung in der Begutachtung – Schmerzbegutachtung

Unser diesjähriger Kongress: Qualitätssicherung in der Begutachtung findet am 2. Juni statt. Er widmet sich dem Thema „Schmerzbegutachtung“. Wir erörtern die Problematik interdisziplinär aus juristischer und medizinischer Sicht. Der Kongress richtet sich an Sachbearbeiter und Sachverständige. Wir werden Sie über Einzelheiten informieren.

BUZ-Seminartermine März – September 2006

1. 6. 2006	BUZ-Recht 2006, Aktuelle BUZ-Rechtsprechung aus Sicht der Gerichte. Referent: Herr Prof. Dr. Rixecker	Köln
29. 5. – 2. 6. 2006	BUZ-Kompaktkurs 2005/2006, Abschlusskolloquium (IHK)	Köln
10. 9. – 15. 9. 2006	BUZ-Kompaktkurs 2006/2007: Recht/Methodik (IHK)	Köln
19. 9. 2006	BUZ-Recht 2006, Aktuelle BUZ-Rechtsprechung aus Sicht der Gerichte. Referent: Herr Prof. Dr. Rixecker	Hamburg

BUZ-Inhouse-Seminare

Wir führen Schulungen im Bereich der BUZ-Leistungsregulierung auf Wunsch auch in Ihren Unternehmen durch. Inhouse-Schulungen werden von uns nach Ihren Vorgaben (Themenwünsche, Ausbildungsstand der Mitarbeiter etc.) maßgeschneidert konzipiert. Das Schulungsmaterial wird für jede Inhouse-Schulung individuell zusammengestellt. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie an einer Inhouse-Schulung interessiert sind! Wir unterbreiten Ihnen gerne ein unverbindliches Angebot mit detaillierten Programm-, Termin- und Preisvorschlägen.

BUZ-Masterkurs

Unsere Masterkurs-Module wenden sich an erfahrene Leistungsregulierer sowie an Leiter von Leistungsabteilungen. Wir bieten diese Module in Kooperation mit der Deutschen Versicherungsakademie (DVA) im Rahmen ihres umfassenden Masterkursprogramms Leistung Leben/BUZ an. Ausführliche Informationen über dieses Weiterbildungsprogramm senden wir Ihnen auf Anfrage.

Hier der nächste Termin des BUZ-Masterkurses:

Modul „Kommunikation/Kundenorientierung“, 10.4. – 12.4.2006

Professionelles Risikomanagement in der BUZ-Leistungsregulierung beinhaltet vorrangig die Sicherung der Servicequalität. Leitende Mitarbeiter sind in besonderer Weise verantwortlich für die Realisierung von Servicequalität sowie Kundenorientierung in Versicherungsunternehmen.

In diesem Modul spannen wir den Bogen vom Status Quo bis hin zu Optimierungskonzepten und deren Umsetzung in der Praxis der Leistungsregulierung. Wir stellen den Stellenwert der Kommunikation für die Servicequalität vor und analysieren das kommunikative Umfeld des Leistungsregulierers sowie die kommunikativen Abläufe. Wir diskutieren und üben kommunikative Strategien und Kompetenzen in den für die Leistungsregulierung maßgeblichen Situationen – vom Erstkontakt mit dem Kunden bis hin zur Außenregulierung. Neben der mündlichen Kommunikation behandeln wir die schriftliche. Einen weiteren Schwerpunkt legen wir auf die Implementierung von Standards der Servicequalität und kommunikativen Strategien ins Team. Dabei werden wir auch motivationale Aspekte berücksichtigen.

Übergreifendes Ziel der Veranstaltung ist die Verbesserung des Unternehmensimages und -erfolgs durch optimale Servicequalität und Kundenorientierung.

Das Seminar „Kommunikation/Kundenorientierung“ ist als Einzelveranstaltung buchbar. Es kann als Teil des mehrstufigen Masterkurses anerkannt werden.

Falls Sie Fragen zum BUZ-Masterkurs haben oder sich anmelden möchten, wenden Sie sich bitte an

Dr. Marianne Kutzner: 0221/9738-678 kutzner@genre.com oder an

Gerhard Riedel: 0221/9738-1670 griedel@genre.com.



Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
Theodor-Heuss-Ring 11
50668 Köln
Tel. 0221 9738-0
Fax 0221 9738-824
www.genre.com/business-school

© Kölnische Rückversicherungs-Gesellschaft AG
2006

Redaktion

Dr. Marianne Kutzner (verantwortlich),
Jutta Eich, Andreas Warsitz, Gerhard Riedel
Tel. 0221 9738-678
kutzner@genre.com

BUZaktuell ist eine halbjährlich erscheinende
Publikation der Gen Re Business School.

Druck

Druckhaus Locher GmbH, Köln

Auflage: 1500

Die veröffentlichten Beiträge genießen urheberrechtlichen Schutz, solche mit Angaben des Verfassers stellen nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Alle hier enthaltenen Informationen sind mit großer Sorgfalt recherchiert und nach bestem Gewissen zusammengestellt. Dennoch wird für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität keine Gewähr übernommen. Insbesondere stellen diese Informationen keine Rechtsberatung dar und können diese nicht ersetzen.