suva

Berufliche Hautkrankheiten

Berufliche Hautkrankheiten können für die Betroffenen einschneidende Konsequenzen haben. Jahrelanges Leiden kann zum Zwang zur Aufgabe des Berufs führen.

Diese Publikation richtet sich vorab an Ärztinnen und Ärzte. Sie beschreibt die wichtigsten beruflichen Hautkrankheiten und gibt Hinweise zur Diagnose, Therapie und Prävention.

1 Definition und Einteilung 4

2 Ursachen für Hautschädigungen 5

3 Krankheitsbilder, Diagnose und Therapie 7

4 Technische und medizinische Prophylaxe 15

5 Statistik der beruflichen Hautkrankheiten 18

6 Versicherungsrechtliches 20

7 Fachliteratur, weitere Informationen, Bildquellen 22

1 Definition und Einteilung

1.1 Definition

Berufskrankheiten der Haut entstehen in der Regel im Laufe einer beruflichen Tätigkeit, die über längere Zeit ausgeübt wird. Dabei müssen keine aussergewöhnlichen Arbeitsverhältnisse vorliegen.

Ein einmaliges Ereignis kann zu einer berufsbedingten akuten Hautschädigung führen, die eine Berufskrankheit darstellen kann (z. B. Sonnenbrand, phototoxische Dermatitis).

Davon abzugrenzen sind jedoch Hautveränderungen, die durch Unfälle am Arbeitsplatz entstehen (z. B. Schnitt-, Riss-, Quetschwunden, Verbrennungen, Verätzungen, akute Strahlendermatitis). Diese stellen keine Berufskrankheit dar.

Diese Publikation geht nicht auf Berufsdermatosen ein, die nur sehr selten vorkommen.

1.2 Einteilung

Berufliche Hautkrankheiten werden verursacht durch:
- physikalische Einwirkungen
- chemische Einwirkungen
- mikrobielle Einwirkungen
- Pflanzen und Tiere

Für die Entstehung von beruflichen Hautveränderungen sind meist mehrere Faktoren verantwortlich. Insbesondere bei Berufsekzemen trifft dies zu. Ein grosser Teil der Fälle sind sogenannte Kombinationsschäden.

2 Ursachen für Hautschädigungen

Als Ursachen sind bei Berufsdermatosen äussere Einwirkungen am Arbeitsplatz entscheidend. Konstitutionelle Momente können mitbeteiligt sein.

2.1 Physikalische Einwirkungen

Die folgenden physikalischen Einwirkungen können zu Hautschädigungen führen.

- mechanische Insulte (insbesondere Druck, Reibung, Auswirkung oft im Rahmen eines Summationsschadens mit Hautirritation)
- Wärme und Kälte (akute Schädigung, oft auch chronisch attributive Auswirkung bei Ekzemen)
- Sonnenlicht (Infrarot, sichtbares Licht und unterschiedliche UV-Wellenlängenanteile), künstliches Ultraviolett (z. B. Lichtbogen-Schweissen oder Sterilisationsmethoden) und Laser
- ionisierende Strahlen (z. B. im Rahmen diagnostisch/therapeutisch angewandter Strahlung)

Infrarot, sichtbares Licht, UV
Die Infrarot-, Licht- und UV-Einwirkung kann entweder allein oder im Zusammenwirken mit anderen exogenen Faktoren für eine berufliche Hautschädigung verantwortlich sein. Diese Einwirkungen können zu sehr unterschiedlichen Hautveränderungen führen.

Der kurzwellige **infrarote** Anteil des Spektrums (700 bis 1400 nm) erwärmt das Gewebe und begünstigt die vorzeitige Hautalterung.

Eine Begünstigung der vorzeitigen Hautalterung wird auch dem **energiereichen sichtbaren Licht** zugeschrieben. Es kann zudem eine unregelmässige Pigmentierung verursachen.

Bei der ultravioletten Strahlung dringen die längeren **UV-A-Strahlen** (400 bis 315 nm) bis ins Korium ein und bewirken eine Pigmentierung der Haut ohne Entzündung. Die kürzeren **UV-B-Strahlen** (315 bis 280 nm) gelangen nur bis in die Stachelzellschicht der Epidermis und können diese Zellen schädigen. Die Folge ist ein Erythem mit Pigmentierung und Verdickung der Hornschicht. **UV-C-Strahlen** (< 280 nm) sind im Sonnenlicht nicht enthalten und treten nur bei künstlichen Lichtquellen auf. Sie führen zu einer starken Entzündung der Haut und Bindehaut.

Zielzellen der chronischen Lichtschädigung sind Melanozyten, Keratinozyten und Fibroblasten. Bekanntlich hat die im Sonnenlicht enthaltene UV-B-Strahlung eine mutagene Wirkung an der DNA. Aber auch die energiereiche UV-A-Strahlung zeigt in geringem Umfang mutagene Wirkung an der DNA. Und sie trägt insbesondere zur Hautalterung bei. Im Unterschied zur UV-B-Strahlung wird sie durch Fensterglas nicht absorbiert.

2.2 Chemische Einwirkungen

Stoffe mit irritativer Wirkung
Hautreizende Stoffe bewirken nach unterschiedlicher Einwirkungszeit in Abhängigkeit von der Konzentration eine obligate Schädigung der Epidermis. Man spricht von einer irritativen (früher auch irritativ-toxischen) Kontaktdermatitis. Sie wird z. B. durch Lösungsmittel, Alkalien, Säuren, Reinigungs- und Waschmittel ausgelöst.

Stoffe mit allergenen Eigenschaften
Allergene führen bei bestimmten Personen zu einer Sensibilisierung. Nach Eintritt der Sensibilisierung können schon Spuren dieser Stoffe genügen, um allergische Reaktionen auszulösen.

Typische allergische Kontaktekzeme werden etwa durch Metallsalze verursacht, z. B. durch Chrom-, Nickel-, Kobaltsalze. In gleicher Weise wirken aber auch Formaldehyd, Epoxidharze, Akrylate und Methakrylate, aromatische Amino- und Nitroverbindungen (z. B. Paraphenylendiamin), Carbamate, Duftstoffe und Konservierungsmittel.

Stoffe mit photodynamischer Wirkung
Bestimmte Stoffe verursachen phototoxische oder photoallergische Hautreaktionen: z. B. Furocumarine in bestimmten Pflanzensäften (Wiesenpflanzendermatitis), Bestandteile des Steinkohlenteers, halogenierte Salicylanilide (Desinfektionsmittel), optische Aufheller (Waschmittel), topische NSAIDs, Lichtschutzfilter.

Stoffe mit follikelschädigender Wirkung
Hierzu gehören Mineralöle, bestimmte Bestandteile des Steinkohlenteers und chlorierte zyklische Kohlenwasserstoffe.

Stoffe mit depigmentierenden Eigenschaften
Depigmentierende Eigenschaften weisen zum Beispiel Phenol- und Catecholabkömmlinge wie p-tert. Butylphenol, Hydrochinonmonobenzylether auf.

Stoffe mit kanzerogenen Eigenschaften
Hierzu gehören 3,4-Benzpyren, Dibenzanthracen in Teer und Pech sowie Arsen.

2.3 Hautschäden durch pflanzliche Stoffe

Nebst allergischen Hautreaktionen auf pflanzliche Stoffe sind oft auch irritative oder kombiniert allergisch-irritative Hautreaktionen zu beobachten. Auslöser sind z. B. Tabak, Blumen (Primeln, Korbblütler, Geranien, Tulpen), exotische Pflanzen und Hölzer, Nahrungsmittel (Zitrusfrüchte, Sellerie, Karotten, Artischocken, Aromastoffe, Mehl) oder Latex.

2.4 Hautschäden durch mikrobielle Einflüsse

Als Auslöser für Hautschäden kommen auch Mikroorganismen in Frage: Bakterien (z. B. Erysipeloid) und Viren (z. B. Papilloma- und Parapoxviren) sowie Pilze (Faden- und Sprosspilze, z. B. Candida).

2.5 Hautschäden durch tierische Organismen

Beispiele für tierische Organismen, die Hautschäden auslösen können, sind Raupen, Läuse, Milben und deren Larven (Erntekrätze), Zerkarien.

3 Krankheitsbilder, Diagnose und Therapie

3.1 Berufsbedingte Ekzemerkrankungen

3.1.1 Allergische und irritative Kontaktekzeme

Bei mehr als 80 Prozent aller Berufsdermatosen handelt es sich um allergische oder irritative **Kontaktekzeme**. Die beiden Kategorien haben zwar unterschiedliche Ursachen (siehe Kapitel 2.2). Im klinischen Alltag kommen aber häufig Mischbilder von beiden vor.

Auslösende Tätigkeiten, gefährdete Berufe

Am häufigsten entstehen diese Erkrankungen beim Umgang mit Mineralölen, Kühlschmiermitteln, Reinigungsmitteln und Epoxidharzen. Gefährdet sind Berufe im Bau- und Malergewerbe und in der metallverarbeitenden und chemischen Industrie. Ausserdem: Mechanikerinnen und Mechaniker, Reinigungsberufe, Pflegeberufe, Coiffeusen und Coiffeure, zahlreiche Tätigkeiten in Küche und Nahrungsmittelherstellung und die Berufe der Landwirtschaft.

Betroffene Körperstellen

Berufsbedingte Kontaktekzeme entstehen überwiegend an den oberen Extremitäten, insbesondere den Händen. Durch direkte Verschleppung von Irritanzien und Kontaktallergenen oder Exposition zu Dämpfen können auch der Kopf-Halsbereich und der obere Thorax betroffen sein. Eine Lokalisation am Körperstamm oder den unteren Extremitäten ist seltener und lässt Zweifel an einer arbeitsbedingten Ursache zu. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Hände nicht betroffen sind.

Krankheitsbild lässt keinen Schluss auf Ursache zu

Das klinische Bild eines Ekzems ermöglicht keine sichere Unterscheidung der Ursache. Auch die histologische Untersuchung erlaubt keine sichere Differenzierung. Streuherde von Ekzemen an nicht exponierten Hautarealen (z. B. an den Unterarmen, wenn die Hände betroffen sind) können auf kontaktallergische Reaktionen hinweisen. Allergische Kontaktekzeme können ferner sehr akut mit Papel- und Vesikelbildung sowie nässenden Erosionen mit Krustenbildung einhergehen. Dies ist jedoch kein sicheres Zeichen.

Entwicklung von Kontaktekzemen

Irritative Kontaktekzeme beginnen häufig schleichend mit Trockenheit, Schuppung und milder Rötung der Fingerzwischenräume in Verbindung mit Juckreiz (früher als sogenannte «Abnutzungsdermatose» bezeichnet). Vesikelbildung und Fissuren können im Verlauf ebenfalls vorkommen. Die Hautveränderungen beschränken sich auf den Ort der Einwirkung. In der Regel handelt es sich um das Resultat wiederholter Einwirkungen von schwachen Hautirritanzien (Wasser, Tenside in Seifen, Shampoos und Reinigungsmitteln, verdünnte Alkalien wie beispielsweise in Kühlschmiermitteln, Lösungsmittel). Nach Kontakt zu stärkeren Hautirritanzien können auch akut Hautblasen auftreten. Mechanische Belastungen durch Druck oder Reibung können beitragende Faktoren sein. Ebenso physikalisch/klimatische Einflüsse, die eine Ekzemmanifestation begünstigen (z. B. Werkzeuggebrauch, Exposition zu Staub, Verschmutzung, Kälte, Hitze, geringe Luftfeuchtigkeit).

1 Irritatives Handekzem bei Feuchtarbeit

2 Akutes allergisches Kontaktekzem

3 Chronisches Handekzem

Irritative Kontaktekzeme sind zu Beginn der Erkrankung häufig reversibel. Sie können nach Wegfall der schädigenden Exposition vollständig abheilen und haben dann eine gute Prognose. Dies trifft auch für allergische Kontaktekzeme zu, wenn der Kontakt zum betreffenden Kontaktallergen vollständig gemieden werden kann.

Bestehen irritative Kontaktekzeme über Monate oder gar Jahre hinweg, kann sich die Erkrankung chronifizieren. Die Haut nimmt einen vergröberten Aspekt (Lichenifikation) an und es können Hyperkeratosen und Rhagaden auftreten. Eine Abheilung kann in manchen Fällen auch nach Wegfall der Noxen schwierig zu erreichen sein. Eine bleibende Minderbelastbarkeit der betroffenen Hautareale gegenüber milden Irritanzien kann Ekzemrückfälle begünstigen, die schon nach geringen Alltagsbelastungen auftreten können.

Irritative Kontaktekzeme gehen allergischen Kontaktekzemen häufig zeitlich voraus. Daraus kann sich in der Folge ein Mischbild entwickeln. Hautinfekte können zudem beide Ekzemformen überlagern. Dies kann den Heilverlauf ungünstig beeinflussen.

4 Subakutes superinfiziertes Handekzem

Abgrenzung von atopischen Ekzemen

Ekzemherde an Armbeugen und Kniekehlen können darauf hinweisen, dass es sich um ein atopisches Ekzem (Neurodermitis) handelt. Atopisch bedingte Handekzeme – atopische Palmo(plantar)ekzeme – können aber auch vorkommen, ohne dass Beugenekzeme vorliegen müssen.

Das atopische Ekzem ist eine anlagebedingte, primär berufsunabhängige Dermatose. Es kann jedoch durch arbeitsbedingte Hautbelastungen ungünstig beeinflusst oder verschlimmert werden. Wenn ein wesentlicher beruflicher Verschlimmerungsanteil vorliegt, kann dieser die Bedingungen für eine Berufskrankheit erfüllen. Dies setzt voraus, dass entsprechende hautschädigende Faktoren am Arbeitsplatz vorhanden sind.

Sehr häufig kommen Mischbilder zwischen atopischen Ekzemen und Kontaktekzemen vor. Denn eine atopische Veranlagung der Haut (auch Hautdiathese genannt) senkt die Empfindlichkeitsschwelle gegenüber hautirritierenden Faktoren. Starkes Schwitzen an Händen und Füssen sowie eine Akrozyanose können den Heilverlauf von Ekzemen ebenfalls ungünstig beeinflussen.

Für die Diagnose ist es deshalb notwendig, anlagebedingte Krankheitsursachen von exogenen, arbeitsbedingten Ursachen abzugrenzen. Dies geschieht durch die Erhebung der ausführlichen Krankheitsgeschichte und die allergologische Diagnostik.

Arbeitsanamnese zentral für die Abgrenzung
Voraussetzung für die Diagnose einer Berufsdermatose ist eine berufliche Exposition mit einer schädlichen Einwirkung. Der Arbeitsanamnese kommt deshalb für die Diagnosestellung grosse Bedeutung zu.

Meist bestehen klare zeitliche Zusammenhänge zwischen Kontakt und Auftreten der Hauterscheinungen. Ein arbeitsbezogener Krankheitsverlauf spricht für eine berufliche Beeinflussung der Dermatose. Typisch dafür ist ein Nachlassen der Symptome (Remissionen) bei Arbeitsunterbruch (Wochenende, Ferien, Militärdienst, Arbeitsunterbruch aus anderen Gründen) und eine erneute Verschlimmerung bei Wiederaufnahme der Arbeit.

Anamnestische Angaben allein geben allerdings nur Hinweise. Der arbeitsbezogene Krankheitsverlauf sollte idealerweise aktenkundig durch ärztliche Befunde im Verlauf belegt sein. Die Lokalisation der Hautveränderungen ergibt ebenfalls wichtige Hinweise für die berufliche Auslösung einer Hauterkrankung. Die Symptome treten fast immer zuerst am Ort des Kontaktes auf.

Hauttestverfahren
Bei der Abklärung von Kontaktdermatosen liefern Hauttestverfahren weitere wichtige Anhaltspunkte für einen kausalen Zusammenhang mit dem Beruf. Zusammen mit der Arbeitsanamnese, dem klinischem Bild und dem Krankheitsverlauf lassen sie in vielen Fällen einen Rückschluss auf die berufliche Ursache zu. Zu unterscheiden sind Tests auf allergische Reaktionen des Soforttyps und Spättyps (letztere für Ekzemkrankheiten).

Der **Epikutantest** (Patch-Test) ermöglicht die Testung zahlreicher Substanzen gleichzeitig. Er eignet sich zum Nachweis einer Überempfindlichkeit des Spättyps (Ekzembild) auf berufliche und auch ausserberufliche Kontaktallergene. Die Proben werden auf gesunder (Rücken-) Haut angelegt und zeigen bei positivem Ausfall eine Sensibilisierung gegenüber der Substanz an. Die Relevanz für die abzuklärende Ekzemerkrankung muss nachfolgend immer evaluiert werden. Nicht jede positive Testreaktion zeigt einen Zusammenhang mit der abzuklärenden Dermatose an.

Für den Epikutantest werden überwiegend kommerziell erhältliche Testsubstanzen verwendet. Diese weisen eine standardisierte nicht-irritative Testkonzentration auf und rufen bei Normalpersonen keine Hautreizung hervor. Für die Diagnostik arbeitsbedingter Kontaktallergien ist es jedoch häufig unerlässlich, auch direkt die im Berufsalltag verwendeten Arbeitsstoffe zu testen (z. B. Kühlschmierstoffe, Schutzhandschuhe). Dies setzt spezielles Fachwissen zur Verdünnung und Erfahrung voraus und gehört in die Hände erfahrener Fachärztinnen und Fachärzte. Irrtümer entstehen bei der Verwendung von irritativen (zu hohen) Testkonzentrationen oder wegen Epikutantests bei unspezifisch gesteigerter Hautempfindlichkeit im akuten Ekzemschub. Gelegentlich sind offene Hauttestverfahren angezeigt.

Ein Epikutantest ist bei jeder Abklärung einer möglichen arbeitsbedingten Dermatose grundsätzlich indiziert, um kontaktallergische Sensibilisierungen auszuschliessen. Bei irritativen Ekzemen kann der negative Befund auch die Diagnose unterstützen.

Pricktests (Tröpfchentest am Unterarm) sind bei der Abklärung einer atopischen Haut-/Schleimhautdisposition und einer Berufsurtikaria (z. B. durch Nahrungsmittel) angezeigt.

Die Abklärung einer möglicherweise arbeitsbedingten Ekzemerkrankung sollte auch die Abklärung des Dispositionsgrades beinhalten (z. B. Atopiescore nach Diepgen, Gesamt IgE, sx1 Suchtest zur Abklärung von Schleimhautatopie und/oder Pricktest mit ubiquitären Inhalationsallergenen).

Weil Handekzeme häufig multifaktoriell verursacht sind, müssen die endogenen und exogenen Ursachen bei Abklärung einer Berufskrankheit sorgfältig gegeneinander abgewogen werden.

Benetzungsproben (wiederholte Benetzung der Haut mit Irritanzien wie Lösungsmitteln oder Detergenzien) werden vor allem für wissenschaftliche Studien zu Hautirritationen durchgeführt. Diese Untersuchung hat den Vorteil, den beruflichen Verhältnissen besser gerecht zu werden. In der Fachliteratur sind verschiedene Testmodalitäten beschrieben.

Prüfung der Alkaliresistenz: Der klassische Alkaliresistenztest wurde weitgehend durch einen Irritationstest mit Natriumlaurylsulfat ersetzt.

3.1.2 Phototoxische und -allergische Erkrankungen

Phototoxische und photoallergische Berufsdermatosen sind Sonderformen arbeitsbedingter Ekzemreaktionen mit unterschiedlicher Akuität.

Phototoxische Reaktionen lassen sich in der Regel bereits durch gezielte Erhebung der Vorgeschichte diagnostizieren. Typisch ist der Kontakt zu bestimmten Pflanzen, die Furocumarine enthalten, im Zusammenhang mit Arbeit im Freien (UV-Exposition). Hauttests sind hier für die Diagnose nicht zielführend.

Die sogenannte **Wiesengräserdermatitis** ist die häufigste berufsbedingte Photodermatose. Sie kann durch verschiedene Pflanzen hervorgerufen werden. Bei betroffenen Personen in Gärtnereien oder der Landwirtschaft finden sich Abklatschbilder der betreffenden Pflanzen an den sonnenexponierten Hautstellen. Diese bilden rote, sich überschneidende Streifen bis hin zu Blasen. Die betroffenen Hautareale können lange dunkel pigmentiert bleiben.

Teermelanosen traten früher im Gesicht und am Hals in Form einer braunvioletten, teils diffusen, teils fleckigen oder retikulären Hautverfärbung auf. Diese Pigmentierung bleibt lange bestehen.

Die Diagnostik von **photoallergischen Reaktionen** ist aufwendiger. Denn in der Umwelt kommt eine Vielzahl potentieller Photoallergene vor. Der Nachweis einer spezifischen Sensibilisierung erfordert einen belichteten Epikutantest (Photopatchtest). Wenn Gesicht und Hals betroffen sind, ist es klinisch typisch, dass das submentale Hautareal frei bleibt (Kinnschatten). Der Verlauf ist manchmal wellenförmig, abhängig von der Jahreszeit und im Einzelfall hartnäckig, mit starkem Juckreiz. Schübe können auch allein durch nachfolgende Belichtung ausgelöst werden. Es kommen Fälle mit erhöhter UV-A- oder UV-B-Sensitivität oder beidem vor. Diese können zu persistierenden Lichtreaktionen führen.

3.1.3 Therapie und Rehabilitation von Ekzemen

Für die erfolgreiche Therapie und Rehabilitation arbeitsbedingter Ekzeme ist eine differenzierte Diagnostik mit Identifikation der auslösenden Faktoren essentiell. Primäres Ziel muss es sein, durch Massnahmen am Arbeitsplatz und sekundäre Individualprävention die Exposition zu den hautschädigenden Faktoren zu beenden (Karenz) oder zumindest deutlich zu vermindern. Für die symptombezogene Behandlung stehen topische Arzneimittel, UV-Lichttherapie, sowie systemische Arzneimittel zu Verfügung, die den Behandlungsempfehlungen der Dermatologie entsprechend stadiengerecht und stufenweise eingesetzt werden.

3.2 Proteinkontaktdermatitis

Die Proteinkontaktdermatitis (PKD) ist eine chronische Ekzemreaktion. Dabei liegt eine Soforttyp-Sensibilisierung gegenüber einem Protein vor, die nicht durch Haptene hervorgerufen wird. Die Proteinkontaktdermatitis stellt eine Sonderform dar und kann in manchen Fällen mittels Pricktests und Labordiagnostik (spez. IgE) nachgewiesen werden. Betroffene haben häufig schon unmittelbar nach Kontakt zu den auslösenden Proteinen Juckreiz und flüchtige Rötungen, sowie Schwellungen und Beschwerden an den Kontaktarealen. Als Berufsdermatose kommt sie zum Beispiel in der Lebensmittelverarbeitung (Bäckereien, Küchen, Fisch-/Fleischverkauf), dem Veterinär- und Gesundheitswesen und in der Landwirtschaft vor.

3.3 Berufsbedingte Nesselsucht (Urticaria)

Eine rein arbeitsbedingte Urticaria tritt eher selten auf. Hervorgerufen wird sie meist durch Soforttyp-Allergien gegenüber pflanzlichen oder tierischen Proteinen. Dadurch kann es am Ort des Hautkontaktes zu einer Kontakturticaria kommen, seltener zu einer generalisierten akuten Urticaria. Betroffen sind vor allem Beschäftigte mit Nahrungsmittelkontakten. Seltener können jedoch auch Fälle in anderen Branchen auftreten. Typisch für eine arbeitsbedingte Urticaria ist der rasche Symptombeginn noch am Arbeitsplatz oder unmittelbar nach Arbeitsende mit Abklingen in arbeitsfreier Zeit und Wiederauftreten nach erneutem Allergenkontakt am Arbeitsplatz. Durchgängige Quaddelschübe über Tage oder Wochen sprechen hingegen gegen eine arbeitsbedingte Ursache. Die Urticaria tritt in der Bevölkerung allgemein häufig auf (Lebenszeitprävalenz 20 %). Deswegen sind Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner nicht selten mit der Frage konfrontiert, ob die Erkrankung durch die Arbeit hervorgerufen wird.

Eine berufsunabhängige chronische Urticaria (dauert länger als 6 Wochen) kann als spontane Form oder induziert auftreten. Verursacht wird sie zum Beispiel durch individuelle Faktoren wie Kälte, Wärme, Druck, UV. Kommen solche Faktoren auch am Arbeitsplatz vor, können sie die bestehende Krankheit ungünstig beeinflussen oder verschlimmern. Stellt sich bei einer chronischen Urticaria die Frage nach dem beruflichen Zusammenhang, ist es hilfreich, ein spezialisiertes Allergiezentrum zu konsultieren. Dies sowohl zur differentiellen Einordnung der Ursachen als auch zur Umsetzung der symptombezogenen Therapieempfehlungen. Verschlimmerungsfaktoren am Arbeitsplatz sollten durch technisch-organisatorische Massnahmen und persönliche Schutzmassnahmen minimiert werden.

3.4 Berufsbedingter Hautkrebs

Die Häufigkeit beruflicher Hautkrebserkrankungen durch chemische Karzinogene hat stark abgenommen. Auslöser dieser Erkrankungen sind vorwiegend Verbindungen, Produkte oder Rückstände von Teer, Pech, Erdpech, Mineralöl und Paraffin. Die beruflich aufgenommene kumulative UV-Lichtdosis hat hingegen an Bedeutung als Karzinogen gewonnen. Bedingt ist dies einerseits durch den wissenschaftlichen Erkenntniszuwachs. Andererseits spielen Faktoren wie der Klimawandel und Veränderungen in der Arbeitswelt eine Rolle.

5 Multiple aktinische Keratosen auf der Kopfhaut

6 Plattenepithelkarzinom (Spinaliom) am Arm

Durch langjährige Arbeit unter dem natürlichem UV-Licht der Sonne oder durch UV-Exposition bei bestimmten Schweissverfahren können verschiedene Krebsarten induziert werden: keratinozytäre Hauttumore wie aktinische Keratosen, Morbus Bowen sowie invasive Plattenepithelkarzinome (Spinaliome) der Haut. In Einzelfällen auch Basalzellkarzinome. Wobei hier zusätzlich die intermittierend-intensive UV-Exposition eine Rolle spielt. Man spricht bei all diesen Formen von «hellem» oder «weissem» Hautkrebs.

Als klinische Hinweise auf (zunächst gutartige) chronische Lichtschädigungen nach Arbeiten im Freien können sich auf der Haut folgende Veränderungen zeigen: Pigmentverschiebungen mit hypo- und hyperpigmentierten Hautarealen (Poikilodermie), Teleangiektasien (Gefässerweiterungen), vermehrte Faltenbildung (solare Elastose, Cutis rhomboidalis nuchae).

In jedem Einzelfall muss zunächst die kumulative berufsbedingte UV-Dosis der betroffenen Person berechnet werden. Anschliessend ist zu prüfen, ob die wissenschaftlich belegten, arbeitstechnischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer Berufskrankheit erfüllt sind. Dafür sind die spezifische Art der Tätigkeit, deren Dauer und Pensum in Betracht zu ziehen.

Wichtig ist zudem die Lokalisation des Tumors: Es muss sich um ein beruflich UV-exponiertes Hautareal handeln.

Berufsleute mit hohem Gefährdungspotential arbeiten typischerweise auf Baustellen, in Gärtnereien, im Garten- und Landschaftsbau, sowie in der Landwirtschaft.

Die chronische UV-Exposition spielt vorab bei den hellen Hauttumorformen eine wesentliche ursächliche Rolle. Bei Melanomen (mit Ausnahme des Lentigo maligna Melanoms) ist dies wissenschaftlich weniger evident. Aus diesem Grund kommen Melanome als Berufskrankheit kaum in Betracht.

3.5 Weitere Berufsdermatosen durch physikalische Einflüsse

Mechanisch ausgelöste Hautschäden
Hautblasen durch intensive Reibung und Druckschwielen haben für bestimmte Berufe charakteristische Lokalisationen (Kniescheiben bei Plattenlegerinnen und -legern, Handinnenflächen bei Berufsleuten, die manuell arbeiten). Juckende, kleinpapulöse Exantheme oder auch nur ein schwer objektivierbarer Juckreiz (Pruritus sine materia) werden durch Glaswolle (Glasfaserdermatitis) hervorgerufen.

Kalorisch ausgelöste Hautschäden
Hitzeschäden: Bei Mitarbeitenden von Schmelzbetrieben und Glasbläsereien beobachtet man an den exponierten Körperstellen Erytheme und bräunliche Pigmentierungen sowie spröde, brüchige Nägel. Weiter finden sich umschriebene Keratosen und atrophische Hautbezirke. Bei starken Schweissausbrüchen treten am Rumpf zahlreiche rote Knötchen (Miliaria rubra) auf.

Kälteschäden: Bei chronischer Einwirkung feuchter Kälte wird die Haut rissig, und es treten Rhagaden auf. Erfrierungen können zum Beispiel bei Mitarbeitenden von Forstbetrieben oder Kühlhäusern als Berufskrankheit auftreten. Frostbeulen zählen hingegen nicht zu den Berufskrankheiten, weil konstitutionelle Faktoren (Zirkulationsverhältnisse) überwiegen. Die Akrozyanose kann sich als beitragender Faktor auswirken.

Aktinisch ausgelöste Hautschäden
Zu den akuten Hautschäden durch alleinige Einwirkung von UV-Licht gehört der Sonnenbrand (Dermatitis solaris). Je nach Grad der Schädigung tritt ein Erythem, eine Bläschenbildung oder eine Nekrose des Epithels auf.

Hautschäden durch ionisierende Strahlen
Chronische Strahlenschäden der Haut entstehen bei längerer Exposition mit unterschwelligen Strahlendosen. Durch Summation des Strahleneffektes entwickelt sich mit der Zeit eine trockene, atrophische (im Fingerabdruck deutlich vermindertes Faltenrelief) und empfindliche Haut mit Gefässerweiterungen. Die Nägel werden glanzlos und brüchig. Als Spätkomplikationen können Hautkarzinome auftreten.

3.6 Weitere Berufsdermatosen durch chemische Einflüsse

Akneiforme Berufsdermatosen
Die **Ölakne** tritt gelegentlich in der metallverarbeitenden Industrie auf, wo die Haut mit Mineralölen in Kontakt kommt. Sie zeigt sich an Handrücken, Vorderarmstreckseiten und seitlichen Gesichtspartien sowie an Hautstellen unter ölverschmutzten Arbeitskleidern. Dort bilden sich follikuläre Keratosen, schwarze Komedonen und entzündliche Papeln sowie Papulopusteln. Abszesse hinterlassen oft Narben.

Die **Teerakne** ist heute selten. Sie entspricht klinisch der Mineralölakne. Daneben verursachen phototoxische Substanzen in den Teerprodukten eine fleckige Pigmentierung der Haut (Teermelanose).

Sehr selten ist heute die **Chlorakne.** Sie entsteht durch Kontakt mit halogenierten zyklischen Kohlenwasserstoffen. Ein theoretisches Risiko besteht bei Arbeiten mit PCB oder dioxinhaltigen Stoffen, insbesondere bei Recyclingarbeiten oder Korrosionsschutzarbeiten. Bei Kontakt mit solchen Stoffen treten Hautveränderungen besonders im Gesicht sowie an den frei getragenen Partien des Halses und Nackens auf. In ausgeprägten Fällen sind auch Stamm und Extremitäten betroffen, mit Ausnahme der Hände und Füsse. Es finden sich dicht beieinanderliegende Komedonen mit Retentionszysten, Knötchen, Pusteln und Furunkeln. Der Verlauf ist äusserst hartnäckig und kann sich über lange Zeit hinziehen. Nebst den Hautveränderungen sind auch toxische Auswirkungen im Körperinneren zu beachten.

Chemisch induzierte Leukodermien
Die Krankheitsbilder von Leukodermien entsprechen oft einer idiopathischen Vitiligo mit symmetrischer Verteilung der Depigmentierungen am ganzen Körper. Es können aber auch nur die direkt betroffenen Hautareale wie Hände und Vorderarme befallen sein. Der Pigment-verlust ist meist irreversibel (z. B. durch Phenol- und Catechaolabkömmlinge).

3.7 Mikrobielle Berufsdermatosen

Bakteriell verursachte Dermatosen
Infektionen mit Eitererregern (Staphylokokken, Streptokokken) treten als Impetigo, Follikulitis oder Furunkel in Erscheinung. Die Sekundärinfektion von Ekzemen und anderen Hautläsionen ist oft für eine verzögerte Abheilung verantwortlich.

Wenn Personen am Arbeitsplatz okklusives Schuhwerk tragen und prädisponierende Faktoren vorhanden sind (Fussmykose, Hyperhidrose, Diabetes), können bei ihnen therapeutisch schwer zu beherrschende Hautinfekte mit Nachweis gramnegativer Keime (gramnegativer Fussinfekt) auftreten.

Erysipeloid
Infektionen mit Rotlaufbazillen beginnen mit einer hellroten, entzündlichen Schwellung der Haut im Bereich der Eintrittspforte der Erreger am Finger. Stärkere Allgemeinerscheinungen sind selten. Heute besteht nur noch ein seltenes Risiko für diese Erkrankung für Schlachthaus-, Metzgerei-, Veterinär- und Küchenpersonal.

Melkerknoten
Abgeschwächte Kuhpockenviren (Parapoxvirus bovis) verursachen als Zoonosen erbsengrosse, trübe Blasen auf geröteter und geschwollener Haut. Ein klinisch ähnliches Bild können Schafpockenviren (Parapoxvirus ovis, Orf-Virus) hervorrufen. Im Zentrum entwickelt sich eine eingesunkene, trockene Kruste. In Einzelfällen treten geschwollene Lymphknoten auf. Heute besteht nur noch ein sehr seltenes Risiko in der Landwirtschaft oder bei Tierärztinnen und Tierärzten.

Trichophytien
Infektionen mit zoophilen Haut(faden)pilzen wie Trichophyton mentagrophytes oder Trichophyton verrucosum erscheinen auf locker behaarter Haut als kreisrunde oder zirzinäre Herde (oberflächliche Trichophytie). Im Bereich stärker behaarter Haut entwickeln sich entzündliche Infiltrate mit Haarausfall (tiefe Trichophytie). Auch die Nägel können betroffen sein. Zoophile Mykosen treten gelegentlich bei Landwirtinnen und Landwirten und ihren Angehörigen auf.

Candidiasis
Candidainfektionen können bei Personen auftreten, die in feuchten Milieus arbeiten. Sie führen zu Paronychien mit verdickten, geröteten und schmerzhaften Nagelwällen. In der Folge treten auf den verdickten Nagelplatten unregelmässige Querfurchen auf. Interdigital führen solche Infektionen zu einer Mazeration der oberflächlichen Hornschicht, die sich in grösseren Lamellen ablöst.

3.8 Berufliche Hautschäden durch tierische Schädlinge oder Parasiten

Raupendermatitis
Stark juckende Exantheme mit strichförmig angeordneten urtikariellen Papeln entstehen durch die reizenden Haare bestimmter Raupen (z. B. Raupen des Prozessionsspinners). Gefährdet sind Mitarbeitende von Forstbetrieben, Gärtnereien und ähnliche Berufe. Denn die Tiere kommen an Bäumen vor. Die Symptome beschränken sich nicht zwingend nur auf die Haut, sondern können bis zu Atembeschwerden durch das Einatmen der Härchen reichen.

Erntekrätze
Papulöse oder papulös-urtikarielle Exantheme werden durch die Larven verschiedener Laufmilben (Trombidien) verursacht. Sie finden sich an offenen Hautstellen (Unterschenkel) und unter eng anliegenden Kleidungsstücken (Gürtel- und Gesässgegend). Typisch ist der Befall im Spätsommer und Herbst. Die stark juckenden Hautveränderungen sind selbstlimitierend und können symptombezogen medikamentös behandelt werden.

Skabies (Krätze)
Ansteckungen mit der Krätzemilbe, Sarcoptes scabiei, dem Erreger der Krätze, können eine Berufskrankheit der Haut darstellen. Denn es ist eine arbeitsbedingte Übertragung von Mensch zu Mensch möglich, zum Beispiel im Gesundheitsdienst. Die weibliche Milbe gräbt Gänge in die Hornschicht der Haut. Ein typisches Symptom der Erkrankung ist intensivster, vorwiegend nächtlicher Juckreiz.

Erythema chronicum migrans
Bei der Übertragung von Borrelien durch einen Zeckenstich entwickelt sich ein wanderndes Erythem mit zentrifugaler Ausbreitung innerhalb von Tagen bis Wochen um den Einstich. Oft blasst das Zentrum wieder ab und nur die Randbereiche bleiben ringförmig gerötet.

Die Erkrankung stellt versicherungsrechtlich in der Schweiz keine Berufskrankheit dar, sondern eine Unfallfolge nach Zeckenstich.

4 Technische und medizinische Prophylaxe

4.1 Technische Massnahmen

Gefährliche Stoffe eliminieren
Als gefährlich erkannte Stoffe sollen durch harmlosere Substanzen ersetzt werden. Aus verschiedenen Gründen ist dies jedoch oft nicht möglich.

Kontakt vermeiden
Der direkte Kontakt mit den schädlichen Stoffen kann vermieden oder wenigstens auf ein Minimum beschränkt werden:

- durch zeitliche Beschränkung des Arbeitsprozesses
- durch geschlossene Apparaturen
- durch Absaugung von Staub und Dämpfen (z. B. Kapellen)
- durch Verwendung von Hilfsgeräten (Zangen, Haken, Tauchsiebe)
- durch Verhütung der Dauerverschmutzung (z. B. Abdecken der Arbeitsplätze mit Papier; berührungsfreie, saubere Arbeitstechniken)

4.2 Persönliche Massnahmen

4.2.1 Haut schützen

Schutzkleider verwenden
Undurchlässige Schutzkleider verhindern einen Kontakt mit schädlichen Stoffen. Sie können aber nur beschränkte Zeit getragen werden.

Schutzhandschuhe verwenden
Das Tragen von geeigneten Schutzhandschuhen aus Gummimaterial (Nitrilkautschuk, Butylkautschuk, Naturgummilatex) oder Kunststoff (Vinyl/PVC, Polyethylenglykol PE) ist notwendig bei Arbeiten mit Substanzen, die eine der folgende Eigenschaften aufweisen: stark hautirritierend, ätzend, sensibilisierend, hautresorbierbar, mutagen oder karzinogen, giftig oder kontagiös.

Handschuhe müssen aber oft auch aus Gründen der Hygiene (Produktschutz), der Sterilität oder zum Schutz vor Hautverschmutzung oder physikalischen Einwirkungen verwendet werden.

Schutzhandschuhe sollen jedoch nicht länger als nötig getragen werden. Mit der Zeit entwickelt sich im Innern eine feuchte Kammer, die besonders bei Verwendung von Gummihandschuhen zu Mazerationserscheinungen der Haut führen kann. Bei bereits bestehenden Ekzemen tritt nicht selten eine Überempfindlichkeit vor allem auf Vulkanisationssubstanzen ein, die in Gummiprodukten enthalten sind.

Soforttypallergien gegenüber Latexproteinen sind hingegen in Europa selten geworden. Denn es wird heute vermieden, gepuderte und proteinreiche Latexschutzhandschuhe in Arbeitsprozessen zu verwenden.

Das Tragen von dünnen Baumwollhandschuhen unter dem Gummi kann die Hauterweichung vermindern, sofern die Baumwollhandschuhe oft genug gewechselt werden.

Generell ist je nach Verwendungszweck das dafür geeignete Handschuhmaterial auszuwählen. Der Fachhandel bietet eine Vielzahl von chemikalienbeständigen und gegen physikalische Einwirkungen schützenden Handschuhen an. Hilfe bei der Auswahl geeigneter Schutzhandschuhe für bestimmte Tätigkeiten bietet zum Beispiel www.sapros.ch, der Internet-Markplatz für Sicherheitsprodukte der Suva. Auch bei bestimmten Gummiallergien ist es meist möglich, geeignete Schutzhandschuhe ohne diese Allergene zu finden

Geeignetes Schuhmaterial auswählen
Bei Fussdermatosen kann es angezeigt sein, zur Primär- und Sekundärprävention antimikrobiell behandelte Textilien und atmungsaktive Schuhmaterialien zu verwenden.

Hautschutzmittel (Externa) verwenden
Das Verwenden von Hautschutzsalben, -cremen und ähnlichen Präparaten soll die Entstehung von Kontaktdermatosen verhindern oder wenigstens vermindern.

Solche Hautschutzexterna verringern die schädigende Einwirkung von Hautirritanzien auf die Hautbarriere durch eine Kombination von physikalischer Abschirmung (Shielding) und Unterstützung der natürlichen Barriereregeneration durch geeignete Lipide. Sie haben deshalb in sogenannten Hautrisikoberufen mit viel Feuchtarbeit einen gewissen Stellenwert. Damit gemeint sind Berufe, die zum Beispiel häufiges Händewaschen, Reinigungs- und Desinfektionsarbeiten, Umgang mit milden Hautirritanzien wie Tensiden und Alkoholen, Staub und Schmutz beinhalten.

Dies gilt jedoch nur, wenn keine Schutzhandschuhe getragen werden können und wenn sie am Arbeitstag mehrfach aufgetragen werden. Eine Schutzwirkung gegen allergische Kontaktekzeme entfalten diese Hautschutzmittel jedoch nicht.

Hautschutzexterna sind mehrmals täglich (vor der Arbeit und nach Arbeitspausen) auf saubere Hände aufzutragen. Das Einreiben in die Fingerzwischenräume, periungual und an den Handgelenken ist oft ungenügend. Die Schutzmassnahmen müssen den Bedürfnissen und Anforderungen der entsprechenden Arbeitsprozesse angepasst werden. Eine regelmässige Anwendung verringert jedoch die Verschmutzung der Haut und erleichtert die Händereinigung. Im Fachhandel steht ein reiches Sortiment an Hautschutzexterna zu Verfügung. Bei der Auswahl geeigneter Produkte ist auf die Herstellerangaben zu achten. Wenn möglich sind Produkte mit nachgewiesener Wirksamkeit zu bevorzugen.

Aber auch die Akzeptanz des Hautschutzmittels ist für den längerfristig erfolgreichen Einsatz wichtig: Je nach Hautbeschaffenheit werden Produkte mit hohem Lipidanteil (trockene Hände) oder eher weniger Lipidanteil (dyshidrosiforme Handekzeme, Hyperhidrose) besser akzeptiert. Auf Produkte mit deklarationspflichtigen Duftstoffen ist nach Möglichkeit zu verzichten. Besondere Auswahlkriterien gelten in der Nahrungsmittelverarbeitung (HACCP-Zertifizierung für Lebensmittelverträglichkeit) und in Lackierbetrieben (Silikon stört die Lackhaftung).

Bei Outdoor-Arbeiten und bei Einwirkung von künstlicher UV-Strahlung sind auf Hautstellen, die nicht anders vor UV-Strahlung geschützt werden können, Hautschutzmittel mit einem geeignet hohen Lichtschutzfaktor (mindestens LSF 30, besser 50+) aufzutragen.

4.2.2 Haut reinigen

Die rasche und gründliche Entfernung von sensibilisierenden und hautirritierenden Substanzen von der Haut kann das Auftreten von Hautschäden verhüten. Jede Reinigungsprozedur stellt aber potenziell auch eine zusätzliche Hautirritation dar. Es sollen deshalb möglichst unschädliche Methoden angewendet werden.

Als Hautreinigungsmittel stehen Seifen und synthetische Detergentien (sog. Syndets) zur Verfügung. Die Reinigungsmethode muss dem Verschmutzungsgrad der Haut angepasst werden. Für bestimmte Arbeiten, die zum Beispiel zu intensiver wasserfester Verschmutzung führen, gibt es entsprechende Spezialreiniger (z. B. Kunstharz- und Lackentferner). Diese wirken in der Regel ebenfalls hautirritierend (austrocknend, abrasiv). Deshalb dürfen sie nur gezielt und nicht mehrfach täglich im Arbeitsprozess angewendet werden. Organische Lösungsmittel sind für die Hautreinigung gänzlich ungeeignet!

Auch dem Trocknen der Haut nach der Reinigung soll Beachtung geschenkt werden. Aus hygienischen Gründen werden in der Regel Papierhandtücher zum Einmalgebrauch oder Lufttrockner verwendet.

4.2.3 Haut pflegen

Das regelmässige Einreiben von Hautpflegemitteln, insbesondere nach der Arbeit, unterstützt und beschleunigt die natürliche Regeneration der Hautbarriere und wirkt Hauttrockenheit entgegen. Nach Reinigung der Haut bei Arbeitsschluss soll der Haut wieder die nötige Feuchtigkeit und Geschmeidigkeit zugeführt werden. Dasselbe gilt bei sehr häufiger Händereinigung oder Desinfektion schon in Pausen während der Arbeitszeit. Zu diesem Zweck werden rückfettende und hautbefeuchtende Präparate (sogenannte Pflegecremen) verwendet.

Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber haben die Pflicht, ihren Mitarbeitenden Hautschutz-, Hautreinigungs- und Hautpflegemittel zur Verfügung zu stellen. Eine breite Auswahl dieser Produkte gibt es zum Beispiel auf www.sapros.ch.

4.2.4 Persönliche Hygiene

Bei Arbeiten mit Russ, Teer, Teerpech, Altöl und ähnlichen Stoffen oder bei Arbeiten mit Exposition zu Aerosolen ist der persönlichen Hygiene grosse Beachtung zu schenken. Die Arbeitskleider sind regelmässig zu wechseln und häufig zu reinigen. Duschen sind dabei täglich nach der Arbeit zu benutzen.

4.3 Medizinische Prophylaxe

Personen mit Konstitutionsanomalien meiden mit Vorteil besonders hautbelastende Arbeiten. Dies gilt insbesondere für die atopische Hautdisposition als wichtigstem Dispositionsfaktor für Ekzemerkrankungen, wie auch für Personen, die an Psoriasis leiden. Bei Hinweis auf früher durchgemachte Kontaktekzeme oder atopische Handekzeme sollte geprüft werden, wie ein Rückfall durch zweckmässigen Hautschutz verhindert werden kann. Personen mit atopischer Hautdisposition haben bei Umgang mit Hautirritanzien ein erhöhtes Risiko, früher und auch schwerer an einem (kumulativ-subtoxischen) Kontaktekzem zu erkranken. Sie müssen deshalb einen besonders konsequenten beruflichen Hautschutz betreiben.

Wenn bereits atopische Handekzeme bestehen oder durchgemacht wurden, ist der Eintritt in einen Hautrisikoberuf mit Feuchtarbeit und Umgang mit Irritanzien definitiv problematisch.

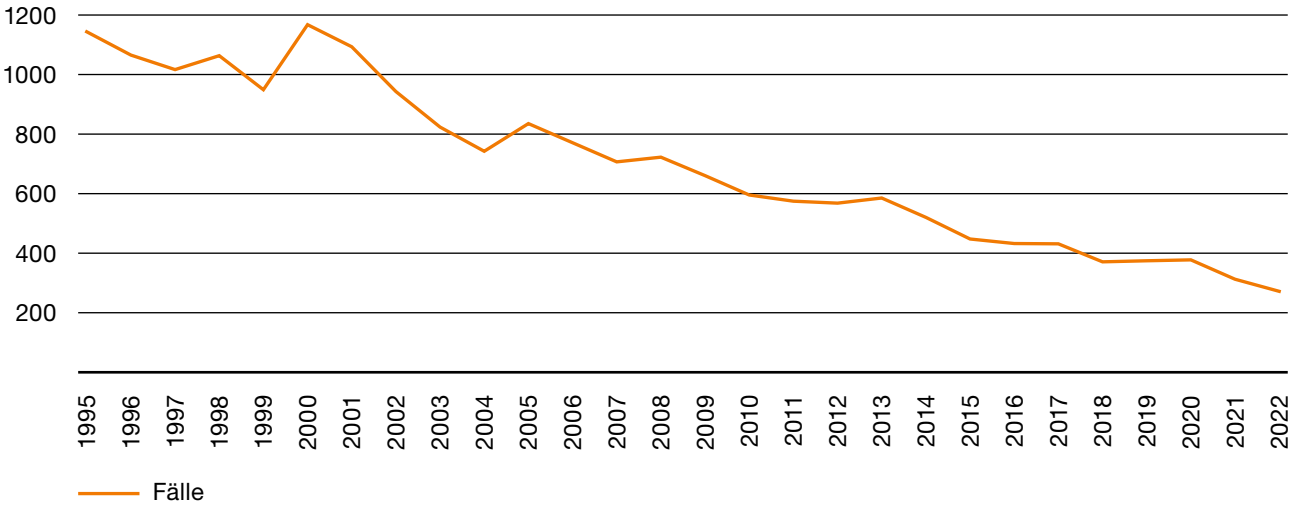
Prophylaktische Hauttests bei Einstellungsuntersuchungen haben sich nicht durchgesetzt. Sie sind nur bei begründetem Verdacht auf vorbestehende Kontaktallergien sinnvoll.

Im Rahmen der arbeitsmedizinischen Prophylaxe der Suva gibt es zum Beispiel in der chemischen Industrie Eintritts- und Kontrolluntersuchungen mit Kontrolle der Haut. Auch bei Personen mit früherer Gefährdung durch Teer und Teerpech sowie chronischer Sonnenexposition bei der Arbeit werden in bestimmten Branchen medizinische Kontrollen mit Untersuchung der Haut vorgenommen.

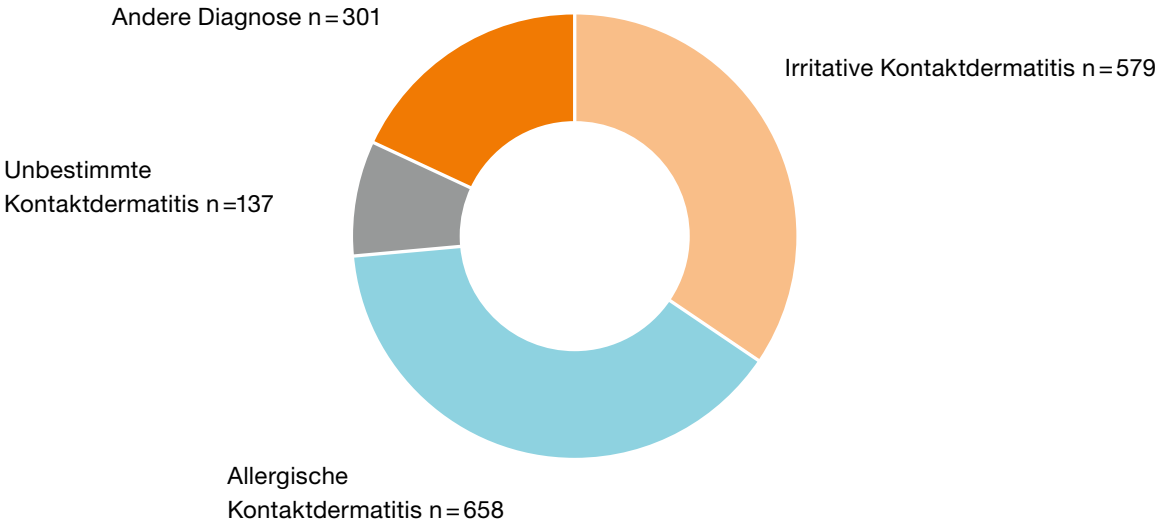
5 Statistik der beruflichen Hautkrankheiten

Rund ein Sechstel aller Berufskrankheiten betrifft die Haut. Die absolute Anzahl der Fälle war in früheren Jahren wesentlich grösser. Mehr als 80 Prozent aller Berufsdermatosen sind allergische oder irritative Kontaktekzeme. Berufliche Kontaktekzeme sind auch der häufigste Grund für eine Nichteignungsverfügung (siehe Kapitel 6). Hier dargestellt sind die anerkannten Berufskrankheiten aus den Daten aller UVG-Versicherungen.
Quelle: Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung SSUV.

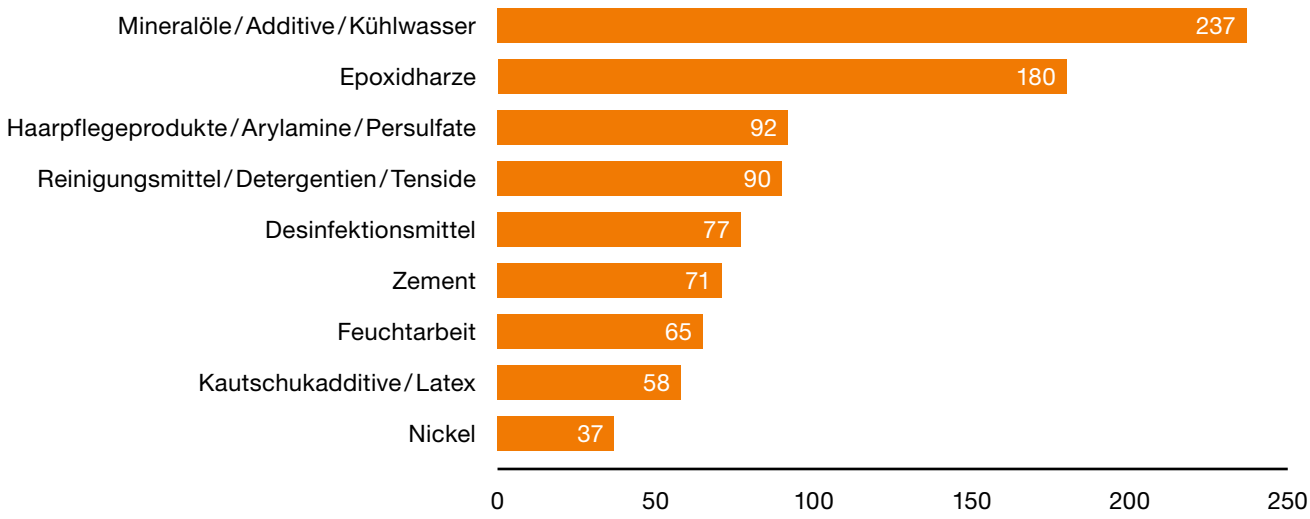
Entwicklung der beruflichen Hautkrankheiten 1995–2022
Alle UVG-Versicherer



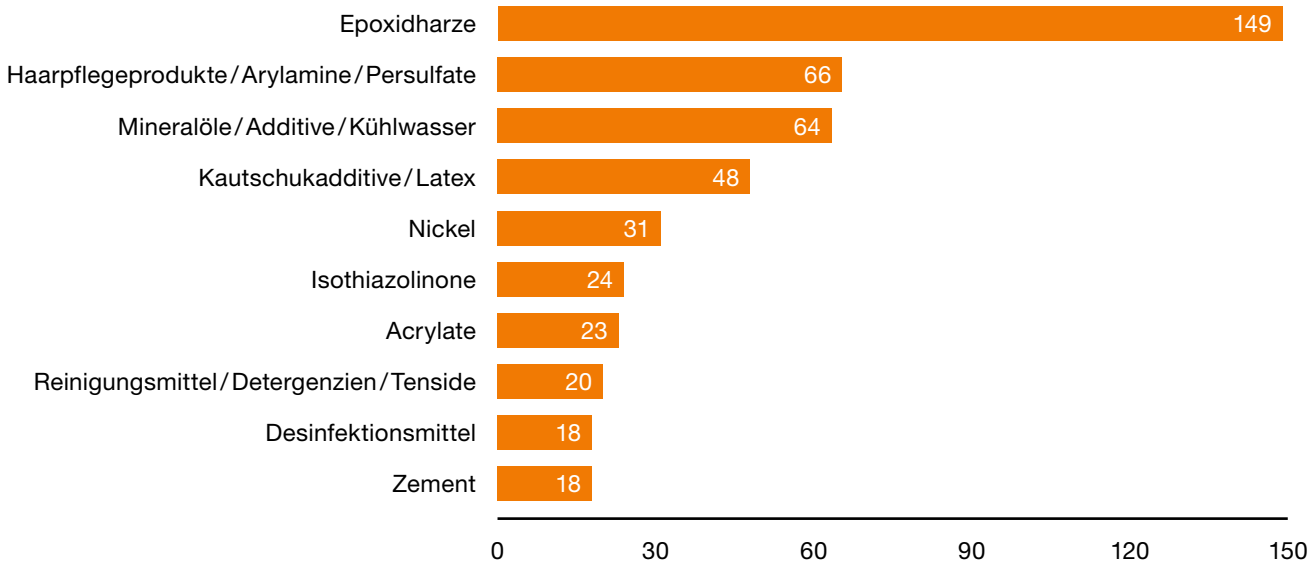
Diagnosen der als Berufskrankheit anerkannten Hautkrankheiten 2018–2022
Alle UVG-Versicherer



Häufigste Ursachen für berufliche Hautkrankheiten 2018–2022
Alle UVG-Versicherer



Häufigste Ursachen für berufliche allergische Kontaktdermatitiden 2018–2022
Alle UVG-Versicherer



6 Versicherungsrechtliches

6.1 Entschädigung von Berufsdermatosen

Die Entschädigung von Berufsdermatosen ist im Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) geregelt.

Definition der Berufsdermatose
Als Berufsdermatose gelten Hautkrankheiten, die bei der beruflichen Tätigkeit ausschliesslich oder vorwiegend durch schädliche Stoffe oder bestimmte Arbeiten verursacht worden sind (Art. 9, Abs. 1 UVG). Eine Liste dieser Stoffe und Arbeiten sowie der verursachten arbeitsbedingten Erkrankungen ist im Anhang 1 zur Verordnung über die Unfallversicherung (UVV) enthalten.

Als Berufsdermatosen gelten auch andere Hauterkrankungen, von denen nachgewiesen wird, dass sie ausschliesslich oder stark überwiegend durch berufliche Tätigkeit verursacht worden sind (Art. 9, Abs. 2).

Beginn einer Berufsdermatose
Eine Berufskrankheit gilt als ausgebrochen, sobald die betroffene Person erstmals eine ärztliche Behandlung benötigt oder arbeitsunfähig wird.

Integritätsentschädigung
Personen mit anerkannten Berufsdermatosen kann unter Umständen eine Integritätsentschädigung zugesprochen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die Dermatose dauerhaft anhält. Dies bedeutet, dass sie auch eine angemessene Zeit nach Beendigung der schädigenden arbeitsbedingten Exposition und trotz fachgerechter dermatologischer Behandlung noch vorhanden sein muss.

Hautschäden berechtigen für eine Integritätsentschädigung, wenn ihr Schweregrad mindestens dem Verlust eines Fingers oder einer Grosszehe entspricht (siehe Integritätsschädigung gemäss UVG, Tabelle 18: www.suva.ch/2870-18.d).

Die Beurteilung des Schweregrades, zum Beispiel im Fall eines dauerhaften chronischen Handekzems, ist jedoch nicht einfach.

Bei chronischen Handekzemen können folgende Kriterien einen Anhaltspunkt für die Prüfung einer Integritätsschädigung bieten:
- Vorliegen von Rhagaden
- Nagelwachstumsstörungen
- deutliche Hautatrophie nach jahrelanger Anwendung topischer Kortikosteroide
- dauerhafte Beeinträchtigung der Feinmotorik und Schmerzen durch Fissuren und Hyperkeratosen
- Vorliegen einer Minderbelastbarkeit der Handhaut auch gegenüber milden Irritanzienexpositionen im Alltag (z. B. deutliche Ekzemschübe nach kurzen Feuchtkontakten im Rahmen von Küchen- und/oder Reinigungstätigkeiten, Körperpflege und daraus resultierendes Unvermögen, diese Tätigkeiten durchzuführen)
- im Alltag nicht vermeidbare wiederkehrende Allergenkontakte durch berufsbedingte Sensibilisierung mit dadurch verursachten Ekzemschüben

6.2 Ausschluss gefährdeter Personen

Die Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten (VUV, Art. 78–89) regelt den Ausschluss von Arbeitnehmenden von gefährdenden Tätigkeiten. Dies bedeutet, dass sie nicht mehr für solche Arbeiten beschäftigt werden dürfen.

Voraussetzung
Arbeitnehmende können von einer gefährdenden Arbeit befristet oder dauernd ausgeschlossen werden, wenn sie bei der weiteren Ausübung ihrer Tätigkeit einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt sind. Die Suva entscheidet über einen solchen Ausschluss mit einer sogenannten Nichteignungsverfügung.

Persönliche Beratung
Die Suva informiert betroffene Personen vor Erlass einer Nichteignungsverfügung über die praktische Tragweite des Ausschlusses. Sie weist die Betroffenen auch auf die Stellen hin, an die sie sich bei der Suche nach einem geeigneten Ersatz-Arbeitsplatz und evtl. zur Wiedereingliederung/Umschulung wenden können. Ebenso bietet sie eine persönliche Beratung an.

Übergangstaggeld
Betroffene Personen können von der zuständigen Versicherung ein Übergangstaggeld beanspruchen, wenn wegen des Ausschlusses für kurze Zeit erhebliche Einbussen auftreten. Es wird höchstens während vier Monaten entrichtet.

Übergangsentschädigung
Unter bestimmten Voraussetzungen haben betroffene Personen Anspruch auf eine Übergangsentschädigung. Wenn sie in ihrem wirtschaftlichen Fortkommen längerfristig erheblich beeinträchtigt bleiben, können sie bei der zuständigen Unfallversicherung ein entsprechendes Gesuch zu stellen. Die Übergangsentschädigung wird während maximal vier Jahren ausgerichtet.

7 Fachliteratur, weitere Informationen, Bildquellen

7.1 Medizinische Veröffentlichungen

Barbaud A, Poreaux C, Penven E, Waton J. Occupational protein contact dermatitis. Eur J Dermatol. 2015 Nov-Dec; 25(6): 527-34

Berufliche Hautmittel: Hautschutz, Hautpflege und Hautreinigung zur Prävention von Handekzemen (AWMF Online: S2k-Leitlinie in Vorbereitung)

Bircher A.J. et al.: Ekzeme in der Hausarztpraxis. Schweiz Med. Forum 2017; 17(25): 538-543

Zuberbier T. et al.: The international EAACI/GA²LEN/ EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy 2022; 77(3): 734-66

Guillod C. et al. : Aktuelle Praxis des allergischen Kontaktekzems. Derm. Hel. 2017; 29 (2): 18-28

Johansen J.D. et al. (Eds.) Contact Dermatitis. 6th. Ed. Springer Nature Cham, 2021

John S.M.et al. (Eds.): Kanerva's Occupational Dermatology. 3.ed. Springer Nature Switzerland Cham 2020 (Neuausgabe 2025)

Lukacs J., Schliemann S., Elsner P.: Occupational contact urticaria caused by food – systematic clinical review. Contact Dermatitis 2016, 75(4): 195-204

Rast H., Bircher A.: Begutachtung von Berufsdermatosen aus Sicht des Unfallversicherungsträgers in der Schweiz: In: Szliska Ch. et al.: Berufsdermatosen, Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle, München-Deisenhofen (2006)

Thyssen P.J. et al.: Guidelines for diagnosis, prevention, and treatment of hand eczema. Contact Dermatitis 2022; 86(5): 333-441

Turcu V. et al: Dermatoses professionnelles: démarche diagnostique pluridisciplinaire et outil de dépistage au cabinet. Rev Med Suisse 2022; 18: 1322-1328

7.2 Informationen und Angebote der Suva

Hautschutz bei der Arbeit, Informationsschrift: www.suva.ch/44074.d

Hautschutz: So vermeiden Sie Hautverletzungen und Hautkrankheiten, Webseite mit allen Informationsmitteln der Suva zum Thema Hautschutz: www.suva.ch/hautschutz

Arbeitsmedizin und Berufskrankheiten, Webseite mit vielen Informationen und Unterlagen zum Thema Berufskrankheiten: www.suva.ch/arbeitsmedizin

Sapros. Internet-Marktplatz für Sicherheitsprodukte, insbesondere auch Schutzhandschuhe und Hautschutzmittel: www.sapros.ch

7.3 Bildquellen

- 2mains.ch (Titelbild)
- Keystone, science photo library, Dr. P. Marazzi (Bild 1, 4, 6)
- Keystone, science photo library, mid essex hospital services NHS trust (Bild 3)
- Keystone, science source (Bild 2)
- Getty Images (Bild 5)

Wir bedanken uns herzlich für die Verwendungsrechte.

Korrespondenzadresse
Suva, Abteilung Arbeitsmedizin,
Postfach, CH–6002 Luzern

Das Modell Suva
Die vier Grundpfeiler

Die Suva ist mehr als eine Versicherung; sie vereint Prävention, Versicherung und Rehabilitation.

Überschüsse gibt die Suva in Form von tieferen Prämien an die Versicherten zurück.

Die Suva wird von den Sozialpartnern geführt. Die ausgewogene Zusammensetzung des Suva-Rats aus Vertreterinnen und Vertretern von Arbeitgeberverbänden, Arbeitnehmerverbänden und des Bundes ermöglicht breit abgestützte, tragfähige Lösungen.

Die Suva ist selbsttragend; sie erhält keine öffentlichen Gelder.

Suva
Postfach, 6002 Luzern

Auskünfte
Abteilung Arbeitsmedizin
Tel. 058 411 12 12
kundendienst@suva.ch

Download
www.suva.ch/2869-11.d

Titel
Berufliche Hautkrankheiten

Verfasser
Dr. med. Hanspeter Rast
PD Dr. med. Sibylle Schliemann

Abdruck – ausser für kommerzielle Nutzung – mit Quellenangabe gestattet.
Erstausgabe: Februar 1974
Überarbeitete Ausgabe: August 2025

Publikationsnummer
2869-11.d (nur als PDF erhältlich)

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Finanziert durch die EKAS
www.ekas.ch