

---

# Interaktive Darstellung des Reha-Management Berufskrankheiten - am Beispiel schwerer arbeitsbedingter Hauterkrankungen (BK 5101)

Claudia Drechsel-Schlund, Christoph Skudlik

## Einleitung

In der Gesetzlichen Unfallversicherung ist das Reha-Management für den Bereich der Arbeits- und Wegeunfälle fest etabliert. Für alle Unfallversicherungsträger (UV-Träger) sind die Rahmenbedingungen und die Anforderungen in dem Handlungsleitfaden „Das Reha-Management in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ beschrieben. Es wird definiert als umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage einer individuellen Planung unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten. Das Reha-Management fokussiert „schwierige Fallkonstellationen“, die wegen der Art der Verletzung, der Tätigkeit des Betroffenen, der Arbeitsunfähigkeitsprognose oder weiterer ausgewählter Kriterien einer besonderen Steuerung bedürfen.

Die Ziele des Reha-Managements sind auf den Bereich der Berufskrankheiten ohne weiteres übertragbar. In komplexen Fallgestaltungen ist es in gleicher Weise geboten, durch eine Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Entstehung einer Berufskrankheit zu verhüten, nach dem Eintritt einer Berufskrankheit die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit von Versicherten wiederherzustellen sowie das Wiederaufleben oder die Verschlimmerung der Berufskrankheit zu verhindern. Fallmerkmale, die eine Reha-Planung und intensive Fallsteuerung rechtfertigen, sind u.a. eine gefährdete Arbeitsfähigkeit bzw. ein drohender Arbeitsplatzverlust und Art und Schwere der Erkrankung. Einen besonderen Stellenwert hat das Reha-Management Berufskrankheiten bei arbeitsbedingten Krebserkrankungen, es kommt aber auch bei anderen Listen-Berufskrankheiten zum Tragen.

**Teilnehmerbefragung:** Die Teilnehmer der Potsdamer BK-Tage haben sich im TED-Verfahren mit ganz überwiegender Anzahl der Stimmen für ein Reha-Management Berufskrankheiten für ausgewählte Fallkonstellationen angeschlossen (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Bedarf für ein Reha-Management Berufskrankheiten

In der Praxis der UV-Träger ist ein Reha-Management Berufskrankheiten bereits gut etabliert, wenn auch zum Teil auf BK-Krebserkrankungen beschränkt (siehe Abb. 2).

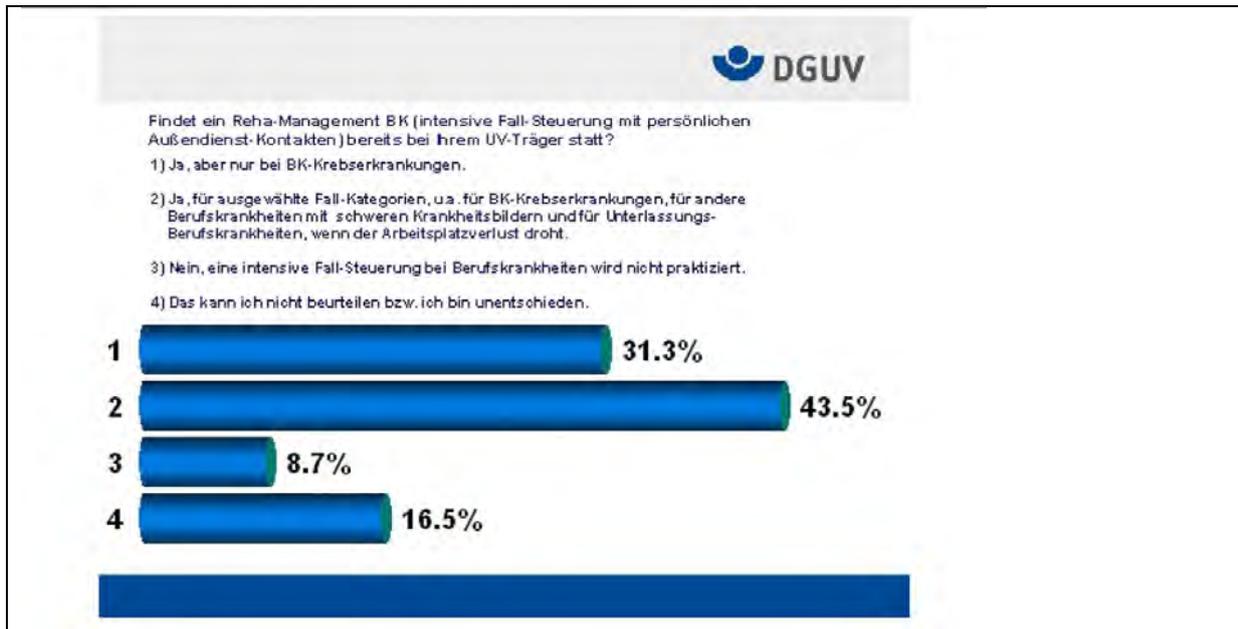


Abb. 2: Umsetzung des Reha-Management Berufskrankheiten bei UV-Trägern

## Reha-Management und Berufskrankheit Haut

Bei einer drohenden Berufskrankheit Haut (BK 5101) werden die UV-Träger im Rahmen vorbeugender Leistungen nach § 3 Berufskrankheiten-Verordnung (BKV) tätig. Bei zeitnahen Maßnahmen der Frühintervention kann einer beginnenden Hauterkrankung in der Regel wirksam begegnet werden. Meistens genügen bei Hauterkrankungen im Frühstadium niederschwellige Maßnahmen, vor allem die Übernahme der ambulanten hautfachärztlichen Behandlung und die Versorgung mit geeignetem Hautschutz, insbesondere Hautschutzhandschuhen. Bei einigen Hauterkrankungen zeigt sich jedoch ein schweres Krankheitsbild mit einem Langzeitverlauf, bei dem nur mit größerem Aufwand eine gesundheitliche Besserung erreicht werden kann. Bei schweren Berufsdermatosen hat sich als ultima ratio die Einleitung einer stationären Maßnahme in einem berufsdermatologischen Schwerpunktzentrum mit intensivierter gesundheitspädagogischer, gesundheitspsychologischer Interventionen im interdisziplinären Ansatz<sup>ii</sup> bewährt. Hier erscheint eine intensive Fallsteuerung im Sinne des Reha-Managements angezeigt, um bei gebesserten Hautverhältnissen im Zusammenspiel von Versicherten, Arbeitgebern und den Haut-Fachärzten eine dauerhafte Wiederaufnahme der Tätigkeit unter optimierter Verhaltens- und Verhältnisprävention erreichen zu können. Aber auch bei anderen Risikokonstellationen, das haben Forschungsergebnisse gezeigt<sup>iii</sup>, kann ein Reha-Management geboten sein, um den Verbleib im Beruf sicherzustellen. Werden die Risikokonstellationen zeitnah identifiziert, kann eine intensive Fallsteuerung im Hinblick auf eine ggf. zu finanzierende berufliche Neuorientierung effektiv und wirtschaftlich sein<sup>iv</sup>.

## Fallvorstellungen mit Befragung der Teilnehmer der Potsdamer BK-Tage

Bei den folgenden Fallbeispielen handelt es sich sämtlich um Versicherte, die im Rahmen des §3 BKV-Verfahrens wegen einer schweren Berufsdermatose ein 3-wöchiges stationäres Heilverfahren in einem berufsdermatologischen Schwerpunktzentrum durchlaufen haben.

### Fall 1

Die 1955 geborene Versicherte absolviert ihre Ausbildung als Krankenschwester ab 1973 und ist anschließend als Krankenschwester tätig. Im Jahre 1988 übersiedelt sie nach Deutschland und ist dann von 1990 bis 1996 als Nachtschwester in der internistischen Abteilung eines Krankenhauses eingesetzt. Ab Oktober 1996 ist sie im Bereich der ambulanten Krankenpflege in Vollzeit tätig. Noch während der Ausbildung als Krankenschwester treten erstmalig Hautveränderungen mit Rötung und Verhornung an den Handinnenflächen auf, im weiteren Verlauf auch rezidivierende Rhagaden an Handinnenflächen und Fingerzwischenräumen. Ähnliche Hautveränderungen kommen später im Bereich der Fußsohlen, Ellenbögen und Knien hinzu. Im Bereich der Hände zeigen die Hauterscheinungen eine deutliche Arbeitskongruenz, zudem ist in den Wintermonaten eine saisonale Akzentuierung der Dermatose festzustellen. Die Versicherte wird schon 1976 mit topischen Glukokortikosteroiden behandelt. Im April 2001 wird eine Behandlung mit 30 mg Toctino<sup>R</sup> begonnen, wobei das Medikament wiederholt auch abgesetzt wird. Seit 2007 finden mehrfach auch PUVA-Therapien der Hände statt.

Der behandelnde Dermatologe meldet die Hauterkrankung mit Hautarztbericht am 18.08.2004. Mit Datum vom 31.08.2004 erteilt der UV-Träger den Behandlungsauftrag nach § 3 BKV und übernimmt die Kosten für die hautfachärztliche Behandlung. Der Behandlungs-

auftrag wird in der Folgezeit alle 6 Monate verlängert. Angesichts persistierender Hauterscheinungen wird die Versicherte zu einem Hautschutzseminar eingeladen und nimmt am 18./19.07.2005 auch teil. Es ist dann nicht auf Dauer zu einer Stabilisierung gekommen, aus dem Hautarztbericht vom 16.01.2007 ergibt sich eine deutliche Verschlechterung des Handekzems. Daraufhin wird das erste stationäre Heilverfahren eingeleitet, das vom 10. bis 30.04.2007 stattfindet.

Bei Entlassung aus der stationären Maßnahme zeigt sich ein grundsätzlich stabilisierter Hautbefund. Nach 6-wöchiger Arbeitskarenz und Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit kommt es jedoch wieder zu einer leichten Verschlechterung. Angesichts des Hautzustandes findet am 27.03.2008 ein Beratungsgespräch des UV-Trägers mit der Versicherten und dem Arbeitgeber statt. Zu diesem Zeitpunkt sieht der Arbeitgeber für einen dauerhaften Verbleib im Beruf keine reelle Chance mehr. Angesichts der Motivation der Versicherten, weiterhin als ambulante Krankenpflegerin tätig sein zu wollen, wird weiterhin auf die hautfachärztliche Behandlung gesetzt. Ab Januar 2009 kommt es zur Anwendung des systemischen Medikamentes Toctino<sup>R</sup> (Alitretinoin). Mit der Medikation heilen die Hautbefunde ab, aber bei anschließender Absetzung treten neue Erkrankungsschübe auf mit der Folge, dass ab April 2011 die Toctino<sup>R</sup>-Therapie mit 30 mg/Tag bzw. jeden 2. Tag fortgeführt wird. Angesichts der Toctino<sup>R</sup>-Therapie und der nichterreichten Stabilisierung der Hauterkrankung wird eine weitere stationäre Maßnahme initiiert, die vom 19.03.2013 bis 09.04.2013 stattfindet. Folgende Diagnosen werden in der Hautklinik gestellt:

1. Kumulativ-subtoxisches Handekzem mit hyperkeratotisch-rhagadiformer Ausprägung, DD: Psoriasis palmaris, teils irritativ provoziert
2. Psoriasis vulgaris (Ellenbögen und Knie)
3. Z. n. außerberuflichem allergischem Kontaktekzem bei Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber Nickel

Während des stationären Aufenthalts werden die topischen Glukokortikosteroide und Toctino<sup>R</sup> abgesetzt. Unter stadiengerechter Lokaltherapie kommt es zur weitgehenden Abheilung der Hauterscheinung an Händen, Ellenbögen und Knien. Bei Entlassung wird eine zurückhaltende berufsdermatologische Prognose hinsichtlich des Verbleibs in der bisher ausgeübten Tätigkeit gestellt. Angesichts der konstitutionellen Grunderkrankung soll der erneute Arbeitsversuch und der weitere Verlauf abgewartet werden.

Nach der Entlassung aus der Klinik, noch während der Arbeitskarenz, zeigt sich im Mai 2013 eine leichte Befundverschlechterung mit flachen Hyperkeratosen. Die Versicherte nimmt die Tätigkeit im Bereich der ambulanten Krankenpflege wieder auf. Im Juni 2013 wird die Behandlung mit Toctino<sup>R</sup> wieder aufgenommen (mit 30 mg/Tag bzw. jeden 2. Tag), darunter stabilisiert sich der Hautbefund. Im letzten Hautarztbericht vom 19.03.2014 beschreibt der behandelnde Dermatologe einen derzeit relativ stabilen Hautbefund bei Fortsetzung der Toctino<sup>R</sup>-Therapie.

**Teilnehmerbefragung:** Die Teilnehmer der Potsdamer BK-Tage haben beim ersten Fall ganz überwiegend die Voraussetzungen für ein stationäres Heilverfahren im § 3 BKV-Verfahren als gegeben angesehen (siehe Abb. 3).

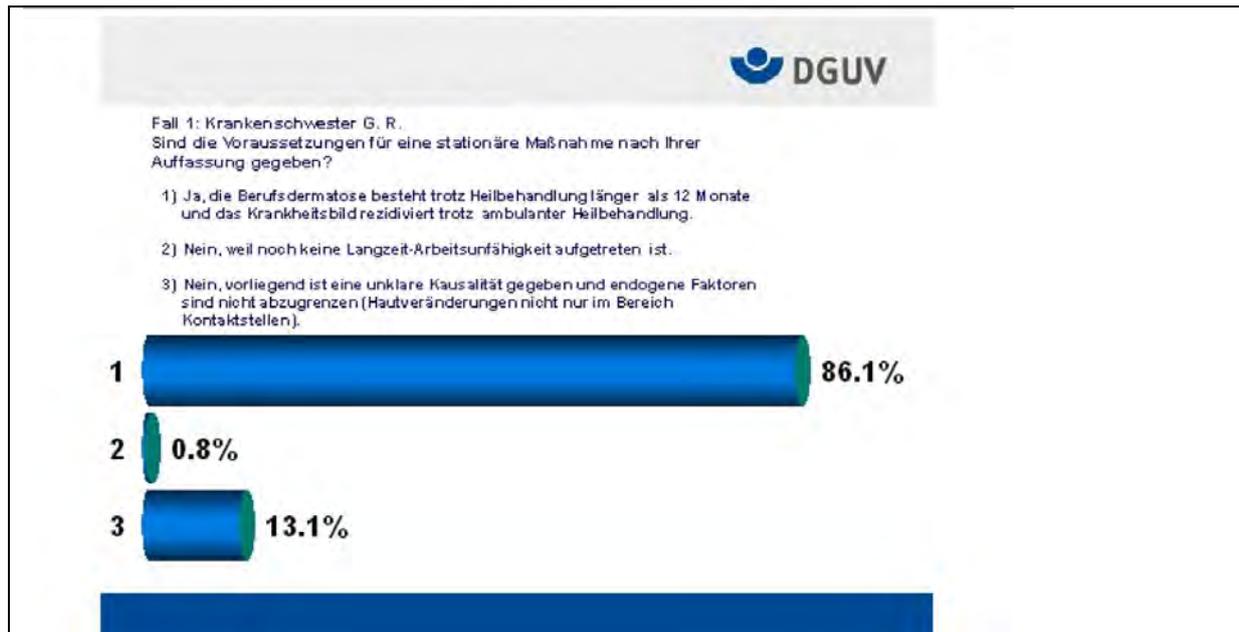


Abb. 3: Voraussetzungen für eine stationäre Maßnahme

Auch zur Indikation für eine systemische Therapie ergibt sich unter den Teilnehmern ein eindeutiges Meinungsbild (siehe Abb.4).

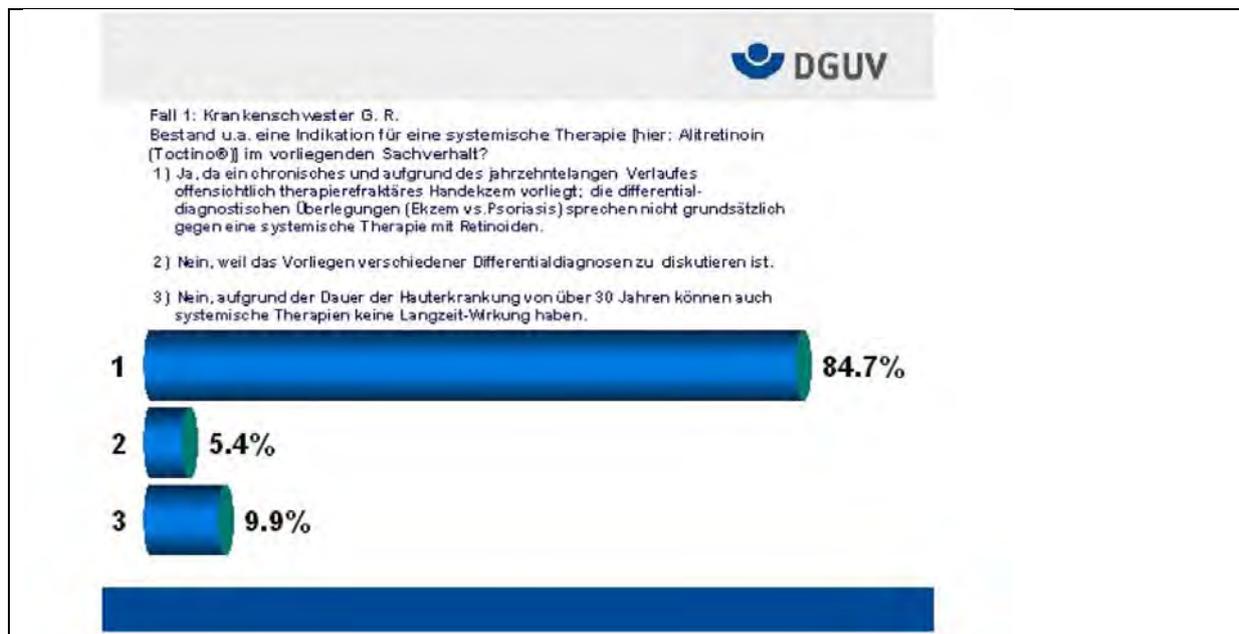


Abb. 4: Indikation für eine systemische Therapie

## **Fall 2**

Die 1965 geborene Versicherte hat von 1982 bis 1983 eine Ausbildung zur Köchin durchlaufen und ist danach im Zeitraum von 1986 bis 1989 zunächst als Kindergartenhelferin, im Anschluss bis 1991 als Küchenhilfe tätig gewesen. Im Jahre 1996 ist die Versicherte nach Deutschland übersiedelt und war wegen Familienpflichten zunächst nicht berufstätig. Ab 1998 bis 2001 ist die Versicherte als Reinigungskraft tätig gewesen. Nach einer längeren Phase der Arbeitslosigkeit kommt es im Februar 2007 zu einem festen Beschäftigungsverhältnis als Reinigungskraft im OP-Bereich eines Krankenhauses.

Wenige Monate nach Aufnahme der Tätigkeit treten Juckreiz, Bläschen und Rötungen an den Händen und teils an den Unterarmen auf. Es zeigt sich ein arbeitskongruenter Verlauf mit Besserung in Urlaubs- und Krankheitsphasen, aber es kommt zu keiner Abheilung. Der behandelnde Dermatologe erstellt einen Hautarztbericht, der am 20.12.2007 beim UV-Träger eingeht. Das §3 BKV-Verfahren beginnt mit einem Behandlungsauftrag und der Kostenübernahme für die hautfachärztliche Behandlung. Die Versicherte soll zu einem Hautschutzseminar eingeladen werden, aufgrund privater Gründe (Erkrankung eines Familienangehörigen, Auslandsaufenthalt) wird das Verfahren im Juni 2008 vorläufig abgeschlossen. Mit Eingang eines hautärztlichen Verlaufsberichts am 17.02.2009 wird der Fall wieder aufgenommen. In der Folgezeit kommt es zu Verlängerungen der hautfachärztlichen Behandlung. Nach wiederholten vergeblichen Versuchen, die Versicherte für eine Hautsprechstunde oder ein Hautschutzseminar zu gewinnen, wird die Teilnahme an einem Hautschutzseminar schließlich am 07.08.2009 erreicht. In der Folge werden Behandlungsaufträge jeweils um 6 Monate verlängert.

Angesichts der Dauer des Verfahrens findet am 27.01.2011 ein Beratungsgespräch mit der Versicherten statt. Daraus ergibt sich, dass weiterhin Hautprobleme bestehen. Die Versicherte räumt ein, nur ungern hautfachärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen und zwischenzeitlich auch nachlässiger mit den Empfehlungen aus dem Hautschutzseminar geworden zu sein. Am 08.02.2011 kommt es zur Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber, um die Bereitstellung der notwendigen Hautschutzmittel sicher zu stellen. Die Versicherte nimmt dann am 30.06.2011 an einer Hautsprechstunde des UV-Trägers teil. Bei fortbestehenden Hauterscheinungen wird schließlich im April 2012 eine stationäre Maßnahme eingeleitet, die im Zeitraum vom 06.-27.11.2012 stattfindet. Als Diagnosen werden festgehalten:

1. Kombiniertes Hand- und Unterarmekzem, bestehend aus
  - a. Kumulativ-subtoxischem Hand- und Unterarmekzem
  - b. Atopischem Handekzem
  - c. Z. n. zwischenzeitlichem allergischem Hand- und Unterarmekzem bei Typ-IV-Sensibilisierungen gegenüber Thiuram-Verbindungen und verdachtsweise Amerchol L101
2. Atopische Dermatitis vom nummulären Typ (Arme, Brust, Unterschenkel)

Im Rahmen des Klinikaufenthalts kommt es zur vollständigen Abheilung der Hauterkrankung. Im Hinblick auf die lange Krankheitsdauer, die atopische Disposition und die teils artifizielle Komponente ist die berufsdermatologische Prognose bezüglich des Verbleibs im Beruf aber zurückhaltend.

Nach der stationären Maßnahme kommt eine PUVA-Therapie zur Anwendung, mit der der Hautbefund stabilisiert werden kann. Im Mai 2013 tritt erneut ein Handekzem auf. Nach dem Hautarztbericht vom 26.08.2013 bestehen Hauterscheinungen, auch weil die Versicherte den Hautschutz am Arbeitsplatz nicht konsequent umsetzt. Ein daraufhin veranlassetes

Beratungsgespräch mit der Versicherten am 14.10.2013 bestätigt ein großes Verbesserungspotenzial bezüglich der Verhaltensprävention, damit die Versicherte weiterhin als Reinigungskraft tätig sein kann. Ausweislich des letzten Hautarztberichts vom 28.03.2014 ist der Verlauf der Hauterkrankung wechselhaft, bis auf weiteres aber ein Berufsverbleib möglich.

**Teilnehmerbefragung:** Im interaktiven TED-Verfahren wurden die Teilnehmer gefragt, welche Möglichkeiten der Wirksamkeitskontrolle nach Beendigung der stationären Maßnahme von ihnen empfohlen worden wären. Die Mehrheit hat sich für eine Supervision durch eine Hautschutzberaterin am Arbeitsplatz entschieden, auch die Beauftragung des Betriebsarztes wurde als nachhaltig angesehen (siehe Abb. 5).

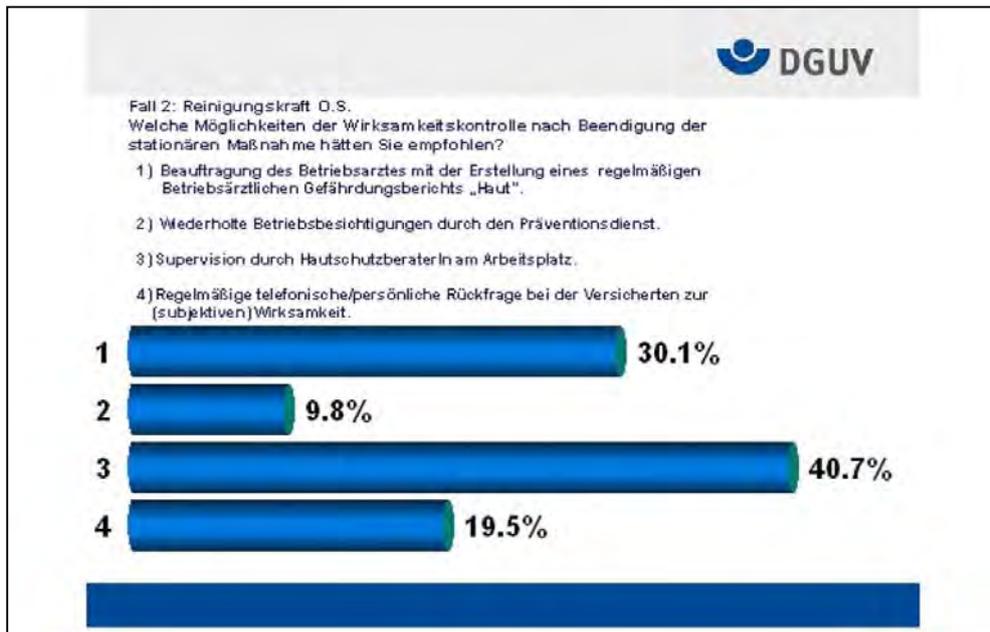


Abb. 5: Wirksamkeitskontrolle nach dem stationären Heilverfahren

Bei der Frage, welche Faktoren aus medizinischer Sicht nach Elimination der Allergene voraussichtlich für die Prognose bestimmend sein werden, ergab sich eine fast einheitliche Beurteilung. Die Reduktion der irritativen Einwirkung und die Intensität der eigendynamischen Komponente (Atopie) der Erkrankung wurden als ausschlaggebend für den weiteren Krankheitsverlauf angesehen (siehe Abb. 6).



Abb. 6: Prognose bestimmende Faktoren für den Krankheitsverlauf

### Fall 3

Die Versicherte ist 1987 geboren. Sie hat 2005 ihre Ausbildung als Krankenschwester begonnen und ist dann in diesem Beruf tätig gewesen. Seit 2010 ist sie auf einer neurologischen Station einer Klinik in Vollzeit beschäftigt und betreut Intensivpatienten. Bei ihr ist erstmals 2004 ein Ellenbeugeneckzem aufgetreten, als sie ein freiwilliges soziales Jahr absolvierte. Mit der Ausbildung zur Krankenschwester im Jahre 2005/2006 ist es zu Handekzemen beidseits gekommen, mit Betonung der Streckseiten und Auftreten von Rötung, Bläschen sowie Rissen. In der arbeitsfreien Zeit sind die Hauterscheinungen rückläufig gewesen, wobei unter zwei- bis dreiwöchiger Arbeitskarenz eine vollständige Abheilung erreicht werden konnte. Wenige Tage nach Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sind jeweils Rezidive aufgetreten.

Die Hauterkrankung der Versicherten wurde am 09.04.2009 mit Hautarztbericht gemeldet. Der UV-Träger hat das §3 BKV-Verfahren eingeleitet und den hautärztlichen Behandlungsauftrag am 04.05.2009 erteilt. Dieser wurde in der Folge wiederholt um 6 Monate verlängert. Die Versicherte nimmt mehrmals an gesundheitspädagogischen Maßnahmen teil, zunächst an einer Hautsprechstunde am 30.09.2009, an einem Hautschutzseminar am 23./24.11.2009 und erneut an einer Hautsprechstunde am 10.05.2012. In einem Hautarztbericht vom 19.12.2012 werden schmerzhaftes Rhagaden an den Händen beschrieben und darauf hingewiesen, dass unter PUVA-Therapie keine Besserung der Hauterscheinungen eingetreten ist. Der behandelnde Hautarzt teilt darüber hinaus mit, dass aus seiner Sicht die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung ausgeschöpft seien und eine stationäre Maßnahme indiziert sei. Die stationäre Maßnahme in einem berufsdermatologischen Schwerpunktzentrum findet im Zeitraum vom 09.04. - 07.05.2013 statt. Folgende Diagnosen wurden gestellt:

1. Kombiniertes Handekzem mit artifizieller Komponente, bestehend aus
  - a. Atopischem Handekzem
  - b. Kumulativ-subtoxischem Handekzem
  - c. Z. n. allergischem Kontaktekzem bei Typ-IV-Sensibilisierungen gegenüber Thiuram-Verbindungen
2. Atopische Dermatitis (Arme)

Während des stationären Heilverfahrens treten immer wieder frische Hautveränderungen im Bereich der Hände mit Kratzartefakten auf. Insgesamt kann jedoch eine deutliche Besserung des Hautbefundes erreicht werden. Die berufsdermatologische Prognose bei Ende des stationären Aufenthalts ist zurückhaltend aufgrund der starken Eigendynamik der Hauterkrankung. Ein Arbeitsversuch wird aber befürwortet, insbesondere aufgrund der individuell ausgeprägten Motivation der Versicherten.

Nach Ablauf der 4-wöchigen Arbeitskarenz bei Ende des stationären Aufenthalts wird die berufliche Wiedereingliederung am 04.06.2013 begonnen. Ausweislich des Hautarztberichtes vom 17.06.2013 tritt kurz nach Wiederaufnahme der Tätigkeit ein Rezidiv auf. In der Folge kommt es zu einem Beratungsgespräch mit der Versicherten am 25.07.2013. Im Ergebnis wird festgehalten, dass nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten eine berufliche Neuorientierung notwendig wird. Gemeinsam mit der Versicherten und ihrem Arbeitgeber werden alternative berufliche Perspektiven im Beschäftigungsunternehmen erörtert, insbesondere die berufsbegleitende Qualifizierung zur Hygienefachkraft. Mit fachärztlicher Stellungnahme vom 16.08.2013 und nach abschließender Prüfung der Voraussetzungen für die Anerkennung der BK 5101 werden die Weichen für die berufliche Neuorientierung gestellt. Die Versicherte wechselt am 01.10.2013 auf eine Teilzeitstelle im Bereich Verwaltung/Administration als Stationsassistentin und nimmt ab 11.11.2013 an der berufsbegleitenden Qualifizierung zur Hygienefachkraft teil. Für die Dauer der Qualifizierungsmaßnahme leistet der UV-Träger Übergangsgeld und Übergangsleistungen, so dass die wirtschaftlichen Nachteile für die Versicherte ausgeglichen werden. Mit Datum 22.04.2014 wird formal die Hauterkrankung der Versicherten als Berufskrankheit nach Nr. 5101 der Anlage 1 zur BKV anerkannt.

**Teilnehmerbefragung:** Im interaktiven TED-Verfahren hat sich die Mehrheit für die Übernahme in die intensive Fallsteuerung zum Zeitpunkt der zweiten Verlängerung des hautfachärztlichen Behandlungsauftrags, 12 Monate nach der Meldung, ausgesprochen. Ein Drittel der Befragten betrachteten bereits einen früheren Zeitpunkt, nämlich die Teilnahme am Hautschutzseminar, 7 Monate nach der Meldung, als kritischen Zeitpunkt (siehe Abb. 7).



Abb. 7: Prognose bestimmende Faktoren für den Krankheitsverlauf

Ergänzend wurden die Teilnehmer befragt, was aus medizinischer Sicht im Hinblick auf die berufliche Neuorientierung der Versicherten beachtet werden sollte. Die Mehrheit der Teilnehmer war hier der Auffassung, dass die neue Tätigkeit keine Feuchtarbeit umfassend sollte (siehe Abb. 8). Die beiden anderen Antwortmöglichkeiten sind aus fachärztlicher Sicht nicht zutreffend, insbesondere sind sogenannte „prophetische Testungen“ nicht leitliniengerecht.



Abb. 8: Wichtige medizinische Aspekte für die berufliche Neuorientierung

## Schlussbetrachtung

Durch das Verfahren „Haut“ wurde die Steuerung von arbeitsbedingten Hauterkrankungen von den UV-Trägern entschieden verbessert. Vor allem sind Leistungen für berufliche Neuorientierungen in den letzten 6 Jahren deutlich rückläufig gewesen, zugunsten einer Verstärkung von medizinischen Maßnahmen, insbesondere im Rahmen des § 3 BKV (siehe Abb. 9).

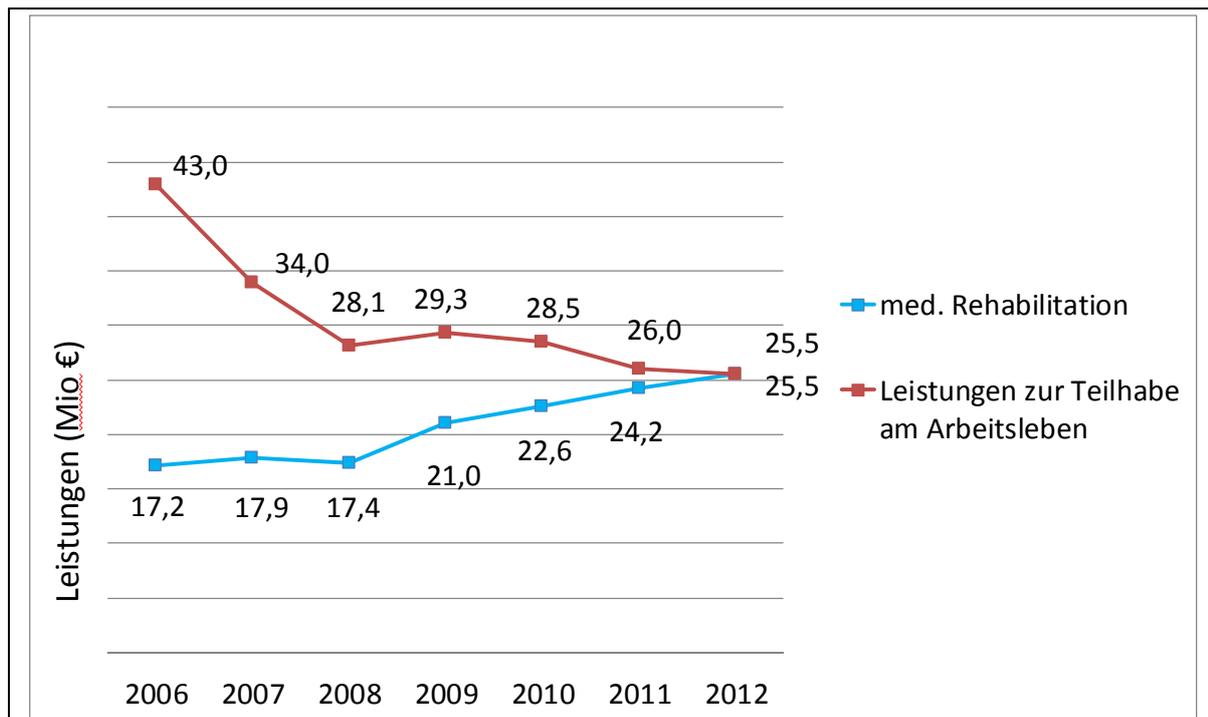


Abb. 9: Entwicklung der Leistungen BK 5101 für med. Reha und Teilhabe am Arbeitsleben

Im Jahre 2012 war bei 581 Versicherten mit schweren Hauterkrankungen der Zwang zum Unterlassen der hautgefährdeten Tätigkeit gegeben, so dass in der Folge eine BK 5101 anzuerkennen war<sup>v</sup>. Bei solchen schweren Berufsdermatosen und bei Langzeitverläufen wie in den dargestellten Fällen bedarf es aufgrund der speziellen Einzelfallproblematik einer intensiven Steuerung, um eine zielgerichtete und zeitnahe Maßnahme-Planung und -Umsetzung sicher zu stellen.

Ein Reha-Management Berufskrankheiten könnte die Chance bieten, Ressourcen für den Arbeitsplatz der Betroffenen noch besser auszuschöpfen. Nach dem TED-Verfahren mit den Teilnehmern der Potsdamer BK-Tage bestand in Bezug auf den Ausbau des Reha-Managements Berufskrankheiten große Übereinstimmung. Damit dürfte der geplante DGUV-Handlungsleitfaden „Reha-Management bei Berufskrankheiten“ gemeinschaftlich mitgetragen werden.

<sup>i</sup> <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

<sup>ii</sup> Forschungsprojekt der DGUV: Langzeitevaluation der Kohorten im Projekt "Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut -Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)"-, siehe: [http://www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB\\_0174.jsp](http://www.dguv.de/ifa/Forschung/Projektverzeichnis/FF-FB_0174.jsp); Skudlik, C.; Weisshaar, E.; Scheidt, R. u. a.: Aktueller Stand und Zwischenergebnisse der Multi-Center-Studie "Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut -Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens (ROQ)", *Dermatologie in Beruf und Umwelt* 61 (2013) Nr. 1, S. 28-31

<sup>iii</sup> Forschungsprojekt der DGUV: Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut „EVA\_Haut“, siehe: <http://www.dguv.de/medien/ifa/de/pro/pro1/ff-fb0130/Abschlussbericht.pdf>

<sup>iv</sup> vgl. Ergebnisse des Benchmarkingprojekts „Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Fallsteuerung“, siehe: [http://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/dguv-kompakt/2013/documents/dguv\\_kompakt\\_0913.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/presse/dguv-kompakt/2013/documents/dguv_kompakt_0913.pdf) (Seite 2)

<sup>v</sup> <http://www.dguv.de/de/Zahlen-und-Fakten/BK-Geschehen/Anerkannte-BKen/index.jsp>