

Eva_Haut: Optimierungsmöglichkeiten für die Praxis aus medizinischer Sicht*

H. Voß^{1,2}, G. Gediga³, K. Gediga^{1,2}, B. Maier^{1,4}, F. Mentzel^{1,2}, C. Skudlik^{1,2} und S.M. John^{1,2}

¹Fachgebiet Dermatologie, Umweltmedizin und Gesundheitstheorie, Universität Osnabrück, ²Institut für interdisziplinäre Dermatologische Prävention und Rehabilitation an der Universität Osnabrück (iDerm), Osnabrück und Hamburg, ³Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaften, Institut IV: Methodenlehre, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, ⁴Duale Hochschule Baden-Württemberg, Mannheim

Schlüsselwörter

Berufsdermatosen – F6050 – BK 5101 – optimiertes Hautarztverfahren – Hautarztbericht – Qualitätssicherung – Stufenverfahren Haut

Key words

dermatologist's procedure – dermatologist's report – F6050 – hierarchical multistep intervention – occupational dermatitis – quality assessment

Eva_Haut: Optimierungsmöglichkeiten für die Praxis aus medizinischer Sicht

Hintergrund und Methodik: Optimiertes Hautarztverfahren (HAV) und „*Verfahren Haut der DGUV*“ stellen die wesentlichen Instrumente in der Versorgung von Patienten mit berufsbedingten Hauterkrankungen dar. Mittels bundesweiter randomisierter Quotenstichprobe wurden n = 1.600 BK 5101-Verdachtsmeldungen aus dem Jahr 2007 evaluiert, um die Umsetzung dieser beiden komplementären Verfahrensarten gezielt zu analysieren. **Ergebnisse:** Das HAV wird von Hautärzten und Versicherten positiv angenommen. Meldungen, die mit dem Hautarztberichtsformular F6050 erfolgten (> 85% aller Meldungen), wiesen einen höheren Informationsgehalt als andere Meldeformen auf. Hinsichtlich einzelner Aspekte ergeben sich Verbesserungsmöglichkeiten in der Hautarztberichterstattung (z.B. Erkrankungsverlauf, Relevanzbeurteilung, Handschuhempfehlung). Ein nachvollziehbarer Hautarztbericht führt eher zur Einleitung von weiteren Maßnahmen im Rahmen des § 3 BKV. Durch zeitnahe Einleitung von geeigneten Maßnahmen konnte signifikant häufiger ein Berufsverbleib erzielt und die Berufsaufgabe verhindert werden. **Schlussfolgerungen:** HAV und „*Verfahren Haut der DGUV*“ bieten geeignete Optionen zur Versorgung von Patienten mit berufsbedingten Hauterkrankungen, im Vordergrund steht hier das ambulante Heilverfahren beim behandelnden Dermatologen. Durch das Forschungsprojekt konnten weitere Verbesserungsmöglichkeiten in der Kooperation aller Beteiligten identifiziert werden.

Research project EVA_Haut: quality assessment of improved dermatologist's procedure

Introduction: Improved dermatologist's procedure and the “hierarchical multi-step intervention” that has been launched by the statutory accident insurance bodies (UVT) are central elements in caring for patients with occupational dermatitis (OD). From 2007 to 2010, the quality of dermatological intervention as well as the corresponding administrative procedures were evaluated, therefore n = 1,600 cases with suspected OD have been selected in a random quota survey. The randomized notifications were reviewed by occupational dermatologists; in parallel, the implementation of the hierarchical multistep intervention scheme by the UVT was analyzed. **Results:** It could be shown that acceptance of the dermatologist's procedure by dermatologists and patients is good. The quality of information of medical reports was higher when the optimized dermatologist's report form (F6050) was used. The F6050 filed by dermatologists was the dominant form for notifications (> 85%). Options for further improvement were described, e.g., information regarding the course of OD, the relevance of patch test reactions and the accuracy of skin protection recommendations. A consistent dermatologist's report leads to further preventive and/or therapeutic intervention by the UVT more often than notifications with lower quality. It could be shown that an early implementation of suitable preventive and therapeutic strategies is crucial for the outcome of OD and for preventing job loss. **Conclusions:** Dermatologist's procedure and “hierarchical multistep intervention” hold in readiness effective offers of OD-patient management; options for further improvement of OD-patient management could be identified.

*Vortrag anlässlich der ABD Alpentagung in Berchtesgaden 2012.

Einleitung

Das im Jahre 1972 durch Borelli und Düngemann eingeführte klassische Hautarztverfahren wurde mit dem optimierten Hautarztverfahren (HAV) weiterentwickelt; in diesem Zusammenhang ist insbesondere die Einführung des optimierten Hautarztberichts zum 01.01.2006 aufgrund der Ergebnisse der OHAV-Studie zu nennen [9, 12]. Auf Seiten der Unfallversicherungsträger (UVT) wurde im Dezember 2005 nahezu zeitgleich das Stufenverfahren Haut (seit 2010 „Verfahren Haut der DGUV“) eingeführt. Durch diese beiden komplementären Verfahrensarten sollte die Möglichkeit geschaffen werden, bei Verdacht auf das Vorliegen einer beruflich bedingten Hauterkrankung frühzeitig in Zusammenarbeit mit dem meldenden Dermatologen sinnvoll gestufte präventive und therapeutische Maßnahmen einzuleiten und betroffenen Versicherten den Berufsverbleib zu ermöglichen [2, 3, 4, 5, 6, 7, 18, 19].

Wie optimiertes HAV und Verfahren Haut durch die meldenden Ärzte und beteiligten UVT tatsächlich umgesetzt werden, war Gegenstand des DGUV-Forschungsvorhabens „Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut (EVA_Haut)“ sowie des korrespondierenden Teilprojekts „Verwaltungsverfahren Haut (VVH)“. Im Sinne einer Qualitätsprüfung wurden erstmals 1.600 BK 5101-Verdachtsmeldungen aus dem 4. Quartal 2007 analysiert, um wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse zur Umsetzung in der Praxis und zur Weiterentwicklung zu gewinnen. Wesentliche Ziele waren die Qualitätsprüfung der Hautarztberichte und Umsetzung des optimierten Hautarztverfahrens durch die meldenden Ärzte sowie die Handhabung der im Stufenverfahren Haut vorgesehenen Prozessschritte durch die Verwaltungen. Zielkriterien waren insbesondere der Berufsverbleib, der Verlauf der Hauterkrankung und die Akzeptanz von Versicherten und Hautärzten [20, 21, 22].

Material und Methoden

Die Fallauswahl (n = 1.600) im als prospektive Kohortenstudie angelegten Forschungsvorhaben (FV) erfolgte mittels bun-

desweiter randomisierter Quotenstichprobe aus den BK 5101-Verdachtsmeldungen des 4. Quartals 2007 (n = 4.564). Bei der Fallrekrutierung wurde der Anteil der bei den jeweiligen UVT bundesweit im ganzen Jahr 2007 eingegangenen Hautverdachtsfälle (insgesamt n = 18.398) zur Festlegung der Quotengröße zugrunde gelegt. Der Nachbeobachtungszeitraum betrug jeweils 12 Monate.

Die rekrutierten Fälle wurden jeweils verwaltungsseitig sowie berufsdermatologisch ausgewertet. Das berufsdermatologische Review der anonymisierten Aktenauszüge erfolgte mittels eines validierten Fragebogens unter Verwendung eines im Studienzentrum erstellten, an aktuelle berufsdermatologische Leitlinien und Empfehlungen angelehnten Manuals, in dem operationale Kriterien definiert wurden.

In Fällen, in denen nach Erstmeldung nach Auskunft der UVT kein HAV eingeleitet wurde, erfolgte die berufsdermatologische Auswertung der anonymisierten Aktenauszüge im Single Review (SR) im Studienzentrum Osnabrück. Fälle mit HAV wurden durch jeweils zwei externe erfahrene ABD-zertifizierte Gutachter (GA) im Double Review (DR) unabhängig voneinander ausgewertet. Durch Zuordnung der Fälle mittels Paar-Vergleichsmethode auf die GA konnte die Objektivität und Transparenz der Daten erhöht werden, dabei zeigte sich eine gute bis sehr gute Übereinstimmung unter den Gutachtern. Zusätzlich wurden in den im DR ausgewerteten Fällen die im Hautarztverfahren versorgten Patienten sowie ferner – nach Vorliegen einer Einverständniserklärung – die meldenden Hautärzte fallbezogen befragt.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen statistischen Verfahren auf $\alpha = 5\%$ festgelegt.

Ergebnisse

Von n = 1.600 rekrutierten Fällen wurden n = 1.543 Fälle berufsdermatologisch ausgewertet (n = 973 im DR, n = 570 im SR, Drop-outs n = 57). Zusätzlich wurden n = 533 Patientenfragebögen (Rücklauf 53,1% bezogen auf die versendeten Fragebögen) sowie n = 320 Hautarztfragebögen ausgewertet (Rücklauf 59,8% bezogen auf die versendeten Fragebögen).

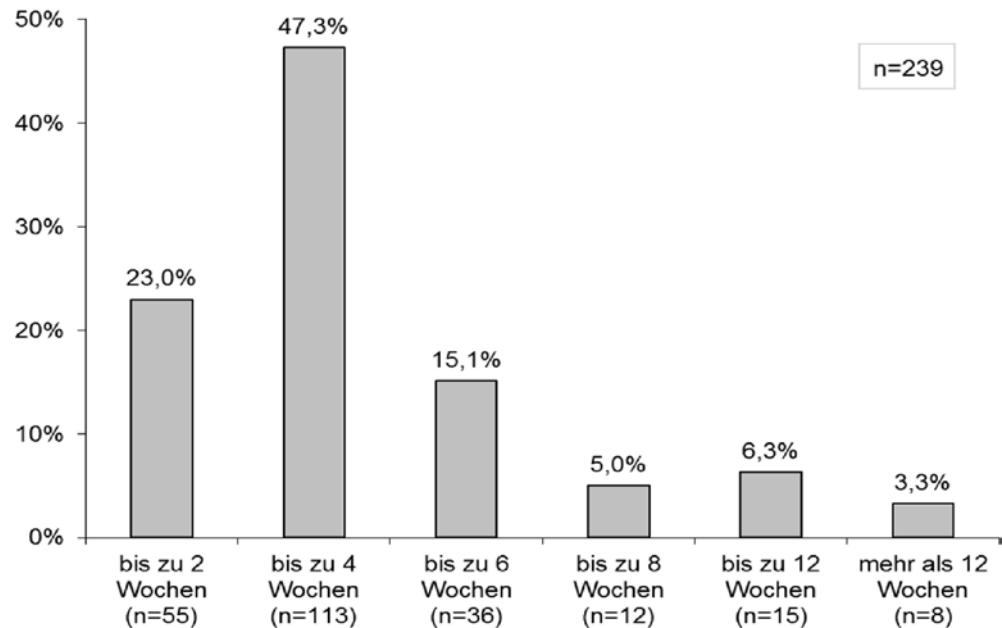


Abb. 1. Zeitspanne vom Erstbericht bis zur Erteilung des Behandlungsauftrags (Angaben der meldenden Hautärzte im Hautarztfragebogen).

Meldende Berufsgruppen

86,5% der an die UVT erstatteten BK 5101-Verdachtsmeldungen erfolgten durch Hautärzte, 13,5% durch weitere Akteure. Betriebsärzte, die wie Dermatologen zur Erstattung von Hautarztberichten berechtigt sind, erstatteten in nur 1,6% der Fälle die Erstmeldung an den UVT. Diese Daten werden von den Ergebnissen des Teilprojekts VVH sowie des Patientenfragebogens untermauert: nur 27,5% der Patienten (n = 140) gaben an, durch einen Betriebsarzt beraten worden zu sein, dies traf insbesondere auf Angehörige der Berufsgruppen „Metallgewerbe“ und „Gesundheit“ zu. Die Sinnhaftigkeit des im Januar 2013 neu eingeführten „Betriebsärztlichen Gefährdungsberichts Haut (F6060-5101)“, der versucht, Betriebsärzte verstärkt in die Betreuung berufsdermatologischer Patienten einzubinden, wird durch die Ergebnisse des Forschungsvorhabens unterstrichen [16, 20, 21].

Praktikabilität des optimierten Hautarztverfahrens aus Sicht der Hautärzte

Die befragten Hautärzte stufen die Praktikabilität des optimierten HAV insgesamt

als sehr positiv ein. Allerdings wurde in spontanen Kommentaren mehrfach die unterschiedliche Umsetzung des Hautarztverfahrens in Abhängigkeit vom zuständigen UVT angemerkt. Tatsächlich variierte diesbezüglich unter anderem die Zeitspanne vom Erstbericht bis zur Erteilung des Behandlungsauftrags; diese betrug nach Angaben der Hautärzte in rund 70,3% der Fälle bis zu 4 Wochen, in 29,7% aber auch deutlich länger (Abb. 1).

Qualität der Hautarztberichte und Optimierungspotenzial

Aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter war die Qualität der ärztlichen Unterlagen in einer zusammenfassenden Bewertung über alle Fragekomplexe des Fragebogens in 69% befriedigend oder besser (Schulnotensystem). Es konnte gezeigt werden, dass der Informationsgehalt der ärztlichen Unterlagen bei Verwendung der Formtexte 6050 und F6052 höher war als bei anderen Meldeformen (z.B. freie Berichte). Im Rahmen der verwaltungsseitigen Evaluation konnten ebenfalls Vorteile in der Verfahrenssteuerung bei Verwendung der Formtexte F6050 bzw. F6052 gesehen werden.

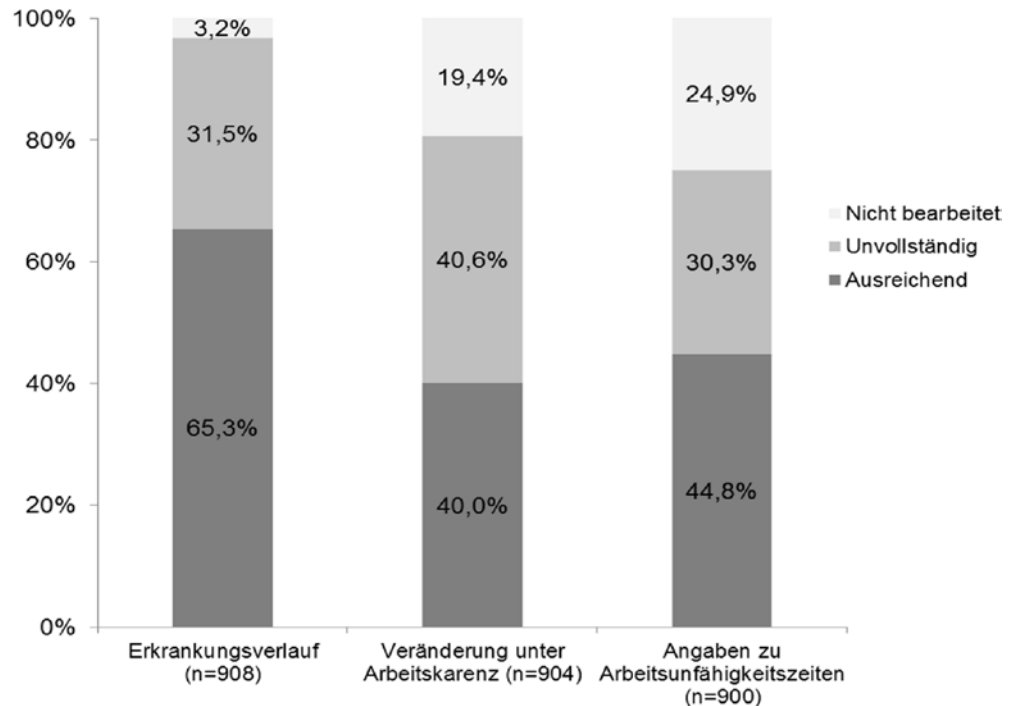


Abb. 2. Qualität der Angaben zum Erkrankungsverlauf im Verlaufsbericht F6052 nach Einschätzung der dermatologischen Gutachter.

Gleichzeitig konnten aus den Daten Ansatzpunkte zur Verbesserung der Hautarztberichterstattung gewonnen werden, wesentliche Aspekte werden nachfolgend dargestellt [16, 20, 21].

Angaben zum Erkrankungsverlauf

Die Qualität der Angaben zum Erkrankungsverlauf in der Hautarztberichterstattung ist deutlich zu verbessern, zum Beispiel durch Überarbeitung der Hautarztberichtsformulare. Im Gegensatz zu den Angaben zur Krankheitsanamnese im Hautarztebericht (F6050), die gemittelt über alle relevanten Unterpunkte in über 80% der Fälle mindestens als „ausreichend“ eingestuft wurden, wurden die Angaben zum Erkrankungsverlauf (F6052) durch die berufsdermatologischen Gutachter deutlich schlechter bewertet (Abb. 2).

Die Angaben zum Verlauf der Hauterkrankung während arbeitsfreier Zeiten (Urlaubszeiten bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten) in Abgrenzung zur beruflichen Tätigkeit stellen einen wesentlichen Bestandteil zur Beurteilung der Berufsbedingtheit der Hauterkrankung dar.

Insbesondere zur Frage der Kausalität in den Hautarztberichten sollte die Dokumentationsqualität verbessert werden: So wird aus Gutachtersicht in knapp über 50% die Berufsbedingtheit der Hauterkrankung aufgrund der vorliegenden Informationen in den bewerteten ärztlichen Unterlagen nur als „teilweise beurteilbar“ bzw. „nicht beurteilbar“ eingestuft (Abb. 3). Diese Einschätzung der berufsdermatologischen Gutachter korreliert mit der der Sachbearbeiter (VVH), sodass es vorstellbar ist, dass es hier verwaltungsseitig zu Zweifeln an der Eintrittspflicht des UVT bezüglich Maßnahmen im Rahmen des § 3 BKV und entsprechenden Verzögerungen im Verfahrensablauf – zum Beispiel durch Notwendigkeit des Einholens weiterer Informationen – kommen kann. Es wird nicht verkannt, dass bei Initiierung des Hautarztverfahrens teilweise aufgrund der fehlenden Verlaufsbeobachtung eine abschließende Kausalitätsbeurteilung (noch) nicht möglich ist. Ziel sollte es jedoch in jedem Fall sein, die verfügbaren Informationen, die für bzw. gegen das Vorliegen einer berufsbedingten Hauterkrankung sprechen, nachvollziehbar gegenüberzustellen und dabei auch notwendige weitere Maßnahmen, die zur Klärung

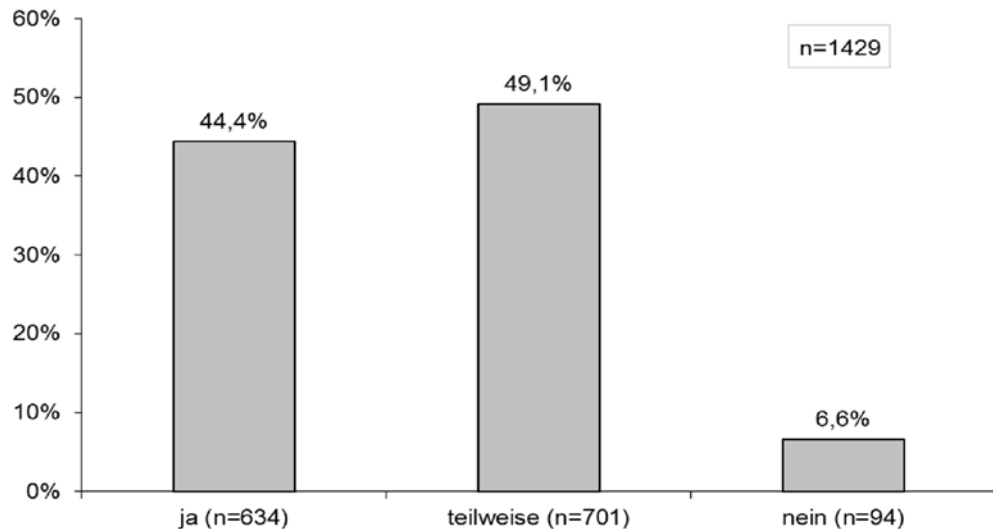


Abb. 3. Einschätzung der dermatologischen Gutachter auf die Frage: „Sind im vorgelegten Hautarztbericht die Punkte 1 – 8 (F6050) bzw. 1 – 7 (F6052) ausreichend bearbeitet, um die Berufsbedingtheit der Hauterkrankung beurteilen zu können?“.

beitragen können (z.B. weitere Verlaufsbeobachtung, Arbeitsplatzbegehung/Nachforschungen durch Präventionsdienst etc.), im Hautarztbericht niederzulegen.

Allergologische Diagnostik

Die korrekte Durchführung der notwendigen allergologischen Diagnostik trägt wie eine exakte Dokumentation des Erkrankungsverlaufs ebenfalls zur Beurteilung der Kausalität bei, die Testung sollte sich auf das abzuklärende berufliche Tätigkeitsfeld beziehen [13, 17]: „Testungen im Rahmen des Hautarztverfahrens dürfen solche diagnostischen Maßnahmen umfassen, die zur Klärung des Ursachenzusammenhangs zwischen Hauterkrankung und beruflicher Tätigkeit erforderlich sind (§ 43 des Vertrags Ärzte/UV-Träger)“ [1].

Die Dokumentation der durchgeführten Epikutantestungen erfolgte in 86,7% (n = 955) der Fälle leitliniengerecht, ergänzend angemerkt wurde teilweise die fehlende Dokumentation des verwendeten Testpflasters. In den nicht leitliniengerecht dokumentierten Epikutantestungen wurden zum einen nicht standardisierte Formen der Dokumentation der Testreaktionen von den GA beobachtet sowie fehlende bzw. nicht nachvollziehbare Angaben zu getesteten Allergenen, Konzentrationen, Vehikeln, Zeitpunkt der

Pflasterabnahme sowie Ablesezeitpunkten gemacht.

Auffällig im Zusammenhang mit den durchgeführten Epikutantestungen war zudem, dass bei Nachweis einer Typ-IV-Sensibilisierung (n = 706 Fälle) in nur 36,5% der Fälle (n = 258) eine Beurteilung hinsichtlich der beruflichen und/oder klinischen Relevanz der Sensibilisierung im Bericht erfolgte.

Die Relevanzbeurteilung einer nachgewiesenen Sensibilisierung könnte im Hautarztbericht unter anderem unter dem Punkt Diagnosen („berufliches bzw. außerberufliches allergisches Kontaktekzem bei Typ-IV-Sensibilisierung gegenüber ...“) oder – bei fehlender klinischer und/oder beruflicher Relevanz an gleicher Stelle – als auffälliger Befund erfolgen, zum Beispiel mit dem Hinweis verbunden, dass weitere Nachforschungen bezüglich der beruflichen Relevanz durch den UVT erforderlich sind. Die Diagnose muss als ein Instrument gesehen werden, das viele der in Berufs- und Krankheitsanamnese, Hautbefund und Diagnostik gewonnenen Informationen im Hautarztbericht kompakt zusammenfasst (Informationsverdichtung). Im Rahmen des FV wurden seitens der berufsdermatologischen GA nur 40,4% der Diagnosen im Hautarztebericht als „voll nachvollziehbar“ (n = 583), 54,2% als „teilweise nachvollziehbar“ (n = 782) und

5,3% als „nicht nachvollziehbar“ (n = 77) eingestuft.

Das Stellen einer aufgrund der im Bericht niedergelegten Informationen nachvollziehbaren Diagnose, die idealerweise die Relevanzbeurteilung bei Nachweis von Reaktionen im Epikutantest einschließt, sollte für eine begründete Anregung weiterer Schritte im Verfahren (z.B. Allergeneliminierung/-austausch, weitere Recherche durch den Präventionsdienst des UVT etc.) angestrebt werden.

Angaben zur Therapie

Die Angaben zur Therapie werden durch die Gutachter in über 60% der Fälle als mindestens ausreichend oder besser eingestuft (vorgegebene Kategorien: „sehr umfassend“, „ausreichend“, „unvollständig“, „nicht bearbeitet“), das heißt es findet sich mindestens eine konkrete Angabe bezüglich des hautärztlicherseits verordneten Fertigprodukts bzw. der Magistralrezeptur. Dennoch sind in n = 459 Fällen die Angaben zur Therapie als „unvollständig“ eingestuft worden (z.B. Angabe „Steroid“ mit fehlender Nachvollziehbarkeit des tatsächlichen Wirkstoffs bzw. der Steroidklasse); in n = 35 Fällen fehlte die Angabe im Hautarztbericht. Zur Transparenzerhöhung und Verlaufsbeurteilung wären hier mindestens „ausreichende“ Angaben (s.o.) anzustreben. Auffällig war zudem, dass die Steroidmonotherapie in der Behandlung von Berufsdermatosen noch relativ häufig Anwendung findet. Die Frage an die GA „Wurden die zur Verfügung stehenden Therapieprinzipien (z.B. keine überwiegende Steroidmonotherapie) bislang ausgeschöpft?“ wurde in 69,5% der Fälle mit „Nein“ (n = 924) beantwortet, in 30,5% der Fälle (n = 406) mit „Ja“. Hier sollten im Hinblick auf die negativen Effekte eines langfristigen Gebrauchs potenter topischer Steroide auf die epidermale Barriere stadienadaptiert weitere Therapieoptionen gemäß der DDG-Leitlinie „Management von Handekzemen“ Anwendung finden [10, 14, 15].

Angaben zu Hautschutz und Handschuhen

Rund 70% der im Hautarztbericht gemachten Empfehlungen zum Hautschutz sind

durch die Gutachter als mindestens ausreichend eingestuft worden, die Empfehlungen zu Handschuhen werden in knapp 50% als mindestens ausreichend eingestuft. Als „ausreichend“ bewertet wurde die konkrete Angabe eines Hautschutzprodukts bzw. Angabe eines zu verwendenden Handschuhmaterials. Die tatsächliche Geeignetheit der Empfehlungen für die auszuübende Tätigkeit konnte im Rahmen des Projekts nicht überprüft werden. Demgegenüber stehen die Fälle, in denen die Empfehlungen zu Handschuhen und Hautschutz bestenfalls als „unvollständig“ eingestuft wurden, das heißt es werden im Hautarztbericht an der dafür vorgesehenen Stelle weder ein konkretes Hautschutzprodukt noch ein bestimmtes zu verwendendes Handschuhmaterial genannt oder es werden keine Angaben gemacht. Die Empfehlungen zur persönlichen Schutzausrüstung in den Berufsgruppen „Metallgewerbe“ und „Baugewerbe“ wurden häufiger höchstens als unvollständig eingestuft, in den Berufsgruppen „Gesundheit“ und „Reinigungsberufe/Hauswirtschaft“ häufiger als mindestens ausreichend. Bei Teilnahme an einem Hautschutzseminar wurden die Angaben zu Hautschutz und Handschuhen positiver bewertet, allerdings ist darauf hinzuweisen, dass hier keine zeitlichen Zusammenhänge berücksichtigt werden konnten (Zeitpunkt des Hautschutzseminars im Beobachtungszeitraum). Insgesamt empfiehlt es sich, den Besuch von Hautschutzseminaren verstärkt unter anderem im Hautarztbericht anzuregen, insbesondere sollte dies in Fällen geschehen, in denen sich die Beratung zur persönlichen Schutzausrüstung komplexer gestaltet. Wichtig ist, dem UVT Probleme in der Versorgung mit geeignetem Hautschutz am Arbeitsplatz im Bericht aufzuzeigen, mit deren Lösung steht man dann nicht allein.

Einleitung von therapeutischen und präventiven Maßnahmen

Die zeitnahe Einleitung von geeigneten therapeutischen und präventiven Maßnahmen ist für den Berufsverbleib essenziell: Vergleicht man die Fälle in EVA_Haut, in denen seitens der UVT keine Maßnahmen durchgeführt wurden, mit den Fällen, in denen ambulante Maßnahmen (ambulantes Heilverfahren, Zurverfügungstellung

von Hautschutz, Hautschutzseminare etc.) im Rahmen des Verfahrens Haut eingeleitet wurden, so zeigen sich signifikante Unterschiede hinsichtlich des Berufsverbleibs in der einjährigen Nachbeobachtungsphase.

Die Analysen zeigen, dass signifikant häufiger eine Berufsaufgabe aufgrund der Hauterkrankung eintrat, wenn keine Maßnahmen im Rahmen des § 3 BKV eingeleitet wurden. Bei Durchführung von niederschwelligen Maßnahmen (z.B. ambulantes Heilverfahren, Zurverfügungstellung von Hautschutz) wurde signifikant häufiger ein „Berufsverbleib mit Änderung (z.B. innerbetriebliche Umsetzung)“ verzeichnet, bei Durchführung eines Hautschutzseminars zusätzlich zum ambulanten Heilverfahren beim niedergelassenen Dermatologen konnte signifikant häufiger ein „Berufsverbleib ohne Änderung“ erzielt werden ($n = 950$; $\chi^2 = 20,0$; $df = 4$; $p = 0,001$).

Insgesamt lag in $n = 1.023$ Fällen eine Information zum Berufsverbleib vor. In $n = 864$ Fällen (84,5%) wurde der Beruf – teilweise mit Veränderungen, zum Beispiel im Sinne einer innerbetrieblichen Umsetzung – weiter ausgeübt. In 15,5% der Fälle ($n = 159$) wurde der Beruf aufgegeben, die Berufsaufgabe wurde in $n = 125$ Fällen mit der Hauterkrankung in Verbindung gebracht. Die Berufsaufgabe war insgesamt häufiger in den Berufsgruppen „Friseur“ sowie „Reinigungsberufe/Hauswirtschaft“ sowie bei jüngeren Patienten (< 37 Jahre) zu verzeichnen. Auch ein bei Erstmeldung seitens der berufsdermatologischen Gutachter als „schwer“ eingestuftes Hautbefund führte häufiger zur Berufsaufgabe.

Diese Daten machen auch die Bedeutung einer frühzeitigen und schlüssigen Hautarztberichterstattung mit Empfehlung und Einleitung stadienadaptierter präventiver und therapeutischer Maßnahmen deutlich. Dass der Hautarztbericht eine Schlüsselfunktion in der Kommunikation zwischen Hautärzten und UVT einnimmt, zeigt auch, dass seitens der UVT häufiger weitere Maßnahmen im Rahmen des § 3 BKV eingeleitet wurden, wenn durch die berufsdermatologischen Gutachter auf Basis der Angaben im Hautarztbericht das Vorliegen der Indikation zur Einleitung des HAV bejaht wurde ($n = 1.358$; $\chi^2 = 72,7$; $df = 1$; $p < 0,001$) bzw. wenn die Qualität des Hautarztberichts in der zusam-

menfassenden Bewertung mittels Schulnote durch die Gutachter mit „gut und sehr gut“ eingestuft wurde ($n = 864$; $\chi^2 = 6,0$; $df = 1$; $p < 0,015$). Dennoch konnten mindestens 180 Fälle identifiziert werden, in denen trotz Vorliegens der Indikation zur Einleitung des HAV aus gutachterlicher Sicht und ausreichender Qualität des Hautarztberichts aus Sicht der Sachbearbeiter ohne erkennbare Gründe keine Maßnahmen eingeleitet wurden [16, 20, 21].

Diskussion

Durch das Forschungsvorhaben konnte gezeigt werden, dass der optimierte Hautarztbericht (Formtexte F6050 und F6052) einen Erfolgsfaktor im Rahmen der Sekundärprävention von beruflichen Hauterkrankungen darstellt und im Hinblick auf den Informationsgehalt anderen Meldeformen überlegen ist. Die Überarbeitung der Hautarztberichtsformulare aufgrund der Ergebnisse des Forschungsvorhabens wird angestrebt und in den zuständigen Gremien der UVT diskutiert. Zudem haben 2012 und 2013 bundesweit insgesamt 6 Informationsveranstaltungen für Sachbearbeiter zu den Ergebnissen des Forschungsvorhabens und Anregungen zur praktischen Umsetzung stattgefunden.

Eine stetige Verbesserung der Dokumentationsqualität aufgrund der Ergebnisse sollte auch Ziel der berichterstattenden (Haut-)Ärzte im Sinne der betroffenen Patienten sein: Die seitens des Hautarztes übermittelten ärztlichen Unterlagen sind *die wesentliche Schnittstelle* für die weitere Verfahrensteuerung mit Einleitung stadienadaptierter therapeutischer und präventiver Maßnahmen. Verbesserungswürdig sind aufgrund der vorgestellten Ergebnisse unter anderem die Angaben zum Erkrankungsverlauf und die Relevanzbeurteilung von Typ-IV-Sensibilisierungen, aber auch die Qualität der Empfehlungen zur Therapie sowie zur persönlichen Schutzausrüstung. Eine individuelle Beratung zur persönlichen Schutzausrüstung (z.B. im Rahmen eines Hautschutzseminars oder vergleichbaren Angeboten) kann hier zu einer höheren Versorgungsqualität beitragen und den niedergelassenen Dermatologen – insbesondere in komplexen Fällen

(z.B. bei Notwendigkeit der Sichtung von Sicherheitsdatenblättern, Herstelleranfragen hinsichtlich Durchbruchzeiten von Handschuhen etc.) – im engen Zeitfenster des Praxisalltags entlasten. Der positive Effekt von Hautschutzseminaren konnte im Rahmen des Forschungsvorhabens mehrfach gezeigt werden und zeigt sich auch in einer höheren Patientenzufriedenheit mit der Versorgung im Rahmen des Hautarztverfahrens. Dennoch wurde in nur insgesamt 14,1% der Fälle, in denen aus Sicht der externen berufsdermatologischen Gutachter sekundäre bzw. tertiäre Präventionsmaßnahmen indiziert gewesen wären, die Teilnahme an einem Hautschutzseminar im Hautarztbericht angeregt.

Aufgrund der Forschungsergebnisse beabsichtigen die UVT die zeitnähere Einleitung niederschwelliger § 3 BKV-Leistungen in allen indizierten Hautfällen, hierfür wird seitens der DGUV jetzt eine Zeitspanne von 14 Tagen angestrebt. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Dringlichkeit der Ausstattung mit adäquatem Hautschutz und persönlicher Schutzausrüstung erkannt, eine frühzeitige Versorgung der Versicherten, insbesondere in Kleinstunternehmen (KMU), wird empfohlen [11].

Insgesamt konnte durch das Forschungsvorhaben gezeigt werden, dass optimiertes Hautarztverfahren und Verfahren Haut der DGUV die wesentlichen Erfolgsfaktoren in der Versorgung von Patienten mit Berufsdermatosen darstellen und flächendeckend etabliert sind. Trotz seit Jahren steigender BK 5101-Verdachtsmeldungen hat sich die Zahl der Fälle, in denen die Betroffenen aufgrund der beruflich bedingten Hauterkrankung ihre Tätigkeit aufgeben mussten, weiter reduziert; dies ist im Zusammenhang damit zu sehen, dass sich gleichzeitig die § 3-Quote, das heißt Einleitung von Maßnahmen gemäß § 3 BKV, verdoppelt hat, wobei das ambulante Heilverfahren beim Dermatologen eine zentrale Rolle in der erfolgreichen Prävention einnimmt [8, 11, 16]. Eine weitere Verbesserung der vorhandenen Strukturen sollte im Sinne der betroffenen Patienten von allen beteiligten Akteuren (Dermatologen, Betriebsärzte, Verwaltungen) angestrebt werden.

Danksagung

Das Forschungsvorhaben „Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut (EVA_Haut)“ (Zeichen: 412.02:411.43-FB 130-EVA-Haut) sowie das korrespondierende Teilprojekt „Verwaltungsverfahren Haut (VVH)“ (Projekt-Nr. FFFB0130.2) wurden durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV, Berlin) und den Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB, Kassel) gefördert, hier möchten wir insbesondere dem Projektkoordinator Herrn Fred-D. Zagrodnik (DGUV Berlin) und dem Forschungsbegleitkreis (Vorsitz: Prof. Dr. Peter Elsner, Universität Jena) danken.

Interessenkonflikte

Keine.

Literatur

- [1] *Anonymus*. Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin, dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Kassel, einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin, andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger). Dtsch Arztebl. 2010; 107 (41): A-1999/B-1743/C-1715.
- [2] *Borelli S*. Hautarztbericht – Hautarztverfahren. Der Deutsche Dermatologe. 1985; 33: 1339, 1341, 1342, 1345.
- [3] *Borelli S*. Das Hautarztverfahren. Der informierte Arzt. 1980; 8: 86, 88, 91-93.
- [4] *Borelli S, Düngemann H*. Hautarztverfahren und Hautarztbericht. Zentralbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Prophyl. 1976; 26: 257-263. [PubMed](#)
- [5] *Borelli S, Düngemann H*. Zwei Jahre Hautarztverfahren und Hautarztbericht aus dermatologischer Sicht. Hefte Unfallheilkd. 1975; 121: 460-473. [PubMed](#)
- [6] *Breuer J*. HVBG BK-Rundschreiben 038/2005 vom 06.12.2005: Stufenverfahren Haut (Stufe 1); Workflow im Berufskrankheiten und Reha-Informationssystem (BIS). (412.0:376.3-5101 Rg/gb).
- [7] *Breuer J*. HVBG BK-Rundschreiben 031/2005 vom 21.09.2005: Verfahren zur Früherfassung berufsbedingter Hautkrankheiten („Hautarztverfahren“) nach den §§ 41 – 43 des Vertrages gemäß

- § 34 Abs. SGB VII Ärzte-Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag). Einführung neuer Vordrucke für das Hautarztverfahren (411.43 Blm/gb).
- [8] DGUV. DGUV-Statistiken für die Praxis 2011. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Paderborn: Bonifatius GmbH, Druck Buch Verlag; 2012. p. 61.
- [9] Dickel H, John SM, Kuss O, Schwanitz HJ. Das neue Hautarztverfahren. Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Sekundärprävention von Berufsdermatosen. *Hautarzt*. 2004; 55: 10-21. [CrossRef PubMed](#)
- [10] Diepgen TL, Elsner P, Fartasch M, John SM, Köllner A, Schliemann S, Skudlik C, Worm M. Leitlinie „Management von Handekzemen“. *Dermatol Beruf Umwelt/Occup Environ Dermatol*. 2009; 57/2: 46-64.
- [11] Drechsel-Schlund C, Brandenburg S, John SM, Kranig A, Römer W. Evaluation des Stufenverfahrens Haut: Optimierungsmöglichkeiten bei den Unfallversicherungsträgern. *DGUV Forum*. 2013; 12: 54-59.
- [12] John SM, Blome O, Rogosky E, Axt-Hammermeister A, Hagemann KH, Kuss O, Skudlik C, Dickel H. Optimierte Hautarztverfahren: Ergebnisse einer Pilotstudie im Norddeutschen Raum. *Dermatol Beruf Umwelt/Occup Environ Dermatol*. 2006; 54: 90-100.
- [13] John SM, Skudlik C, Römer W, Blome O, Brandenburg S, Diepgen TL, Harwerth A, Köllner A, Pohrt U, Rogosky E, Schindera I, Sary A, Worm M. Empfehlung: Hautarztverfahren. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2007; 5: 1146-1148. [CrossRef PubMed](#)
- [14] Kao JS, Fluhr JW, Man MQ, Fowler AJ, Hachem JP, Crumrine D, Ahn SK, Brown BE, Elias PM, Feingold KR. Short-term glucocorticoid treatment compromises both permeability barrier homeostasis and stratum corneum integrity: inhibition of epidermal lipid synthesis accounts for functional abnormalities. *J Invest Dermatol*. 2003; 120: 456-464. [CrossRef PubMed](#)
- [15] Kolbe L, Kligman AM, Schreiner V, Stoudemayer T. Corticosteroid-induced atrophy and barrier impairment measured by non-invasive methods in human skin. *Skin Res Technol*. 2001; 7: 73-77. [CrossRef PubMed](#)
- [16] Maier B, Arnold S, Mentzel F, Skudlik C, Gediga G, Gediga K, Voss H, John SM. Forschungsvorhaben VVH Zeichen der DGUV: 412.02:411.43-FB 130.2 VVH Abschlussbericht. 2011. http://www.dguv.de/ifa/de/pro/pro1/ff-fb0130_2/VVH_Abschlussbericht_Version_1.0.pdf.
- [17] Przybilla B, Schnuch A, Aberer W, Agathos J, Brasch J, Frosch PJ, Fuchs T, Richter G. Durchführung des Epikutantests mit Kontaktallergenen. In: Korting H, Callies R, Reusch M, Schlaeger M, Sterry W. *Dermatologische Qualitätssicherung. Leitlinien und Empfehlungen*. Germering: Zuckschwerdt Verlag; 2003. pp. 307-312.
- [18] Skudlik C, Breuer K, Jünger M, Allmers H, Brandenburg S, John SM. Optimierte Versorgung von Patienten mit berufsbedingten Handekzemen: Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut der gesetzlichen Unfallversicherung. *Hautarzt*. 2008; 59: 690-695. [CrossRef PubMed](#)
- [19] Skudlik C, John SM. Stufenverfahren Haut. Praktische Umsetzung aus dermatologischer Sicht. *Trauma Berufskrankh*. 2007; 9: 296-300. [Cross-Ref](#)
- [20] Voß H, Mentzel F, Skudlik C, Gediga G, Gediga K, John SM. EVA_Haut: Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut. Abschlussbericht. Forschungsprojekt gefördert durch die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Berlin, und dem Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (Zeichen: 412.02:411.43-FB 130-EVA-Haut). 2011. <http://www.dguv.de/ifa/de/pro/pro1/ff-fb0130/Abschlussbericht.pdf>.
- [21] Voß H, Gediga G, Gediga K, Maier B, Mentzel F, Skudlik C, Zagrodnik F, John S. Sekundärprävention von Berufsdermatosen: erste systematische Evaluation des Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut. *JDDG*. 2013 (im Druck).
- [22] Voss H, Mentzel F, Wilke A, Maier B, Gediga G, Skudlik C, John SM. Optimierte Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut. Randomisierte Evaluation der Eckpfeiler der berufsdermatologischen Prävention. *Hautarzt*. 2009; 60: 695-701. [CrossRef PubMed](#)

Dr. med. Heike Voß
 Fachgebiet Dermatologie, Umweltmedizin,
 Gesundheitstheorie
 Universität Osnabrück
 Sedanstraße 115
 D-49090 Osnabrück
 hvoss@uos.de