

Forschungsvorhaben VVH

Zeichen der DGUV:

412.02:411.43-FB 130.2 VVH

Abschlussbericht



Laufzeit:

01.03.2008 – 28.02.2010

(Kostenneutral verlängert bis: 31.12.2010)

Forschungsbegleitender Arbeitskreis „VVH“ und „EVA_Haut“

Herr Dr. Martin Butz	DGUV, Sankt Augustin
Frau Claudia Drechsel -Schlund	BGW, Würzburg
Herr Prof. Dr. Peter Elsner	Universität Jena
Frau Prof. Dr. Manigé Fartasch	BGFA, Bochum
Frau Bärbel Haupt	BGN, Mannheim
Frau Evelyn Jürs	BGHM, Hamburg
Herr Burkhard Mahler	BG BAU, Frankfurt / Main
Herr Heinz Otten	DGUV, Sankt Augustin
Frau Dr. Ute Pohrt	BGW, Berlin/Hamburg
Herr Günther Schön	Unfallkasse Sachsen, Meißen
Herr Prof. Dr. Sawko Wassilew	HELIOS Klinikum Krefeld
Herr Prof. Wolfgang Wehrmann	Münster
Herr Fred-D. Zagrodnik	DGUV, Berlin

Berichterstatter

Herr Prof. Dr. Swen Malte John	Universität Osnabrück
Herr Prof. Dr. Björn Maier	Universität Osnabrück, DHBW Mannheim
Herr Steffen Arnold	DHBW Mannheim
Frau Franziska Mentzel	Universität Osnabrück
Herr Prof. Dr. Christoph Skudlik	Universität Osnabrück
Frau Dr. Heike Voß	Universität Osnabrück

Projektgruppe des Forschungsvorhabens

Herr Dr. Martin Butz	DGUV, Sankt Augustin
Frau Claudia Drechsel -Schlund	BGW, Würzburg
Frau Bärbel Haupt	BGN, Mannheim
Herr Prof. Dr. Swen Malte John	Universität Osnabrück
Frau Evelyn Jürs	BG Metall Nord Süd, Hamburg
Herr Kai Jurig	Unfallkasse Sachsen, Meißen
Herr Burkhard Mahler	BG BAU, Frankfurt/Main
Herr Prof. Dr. Björn Maier	Universität Osnabrück, DHBW Mannheim
Herr Klaus Mell	BLB, Kassel
Frau Franziska Mentzel	Universität Osnabrück
Herr Dr. Heinz Otten	DGUV, Sankt Augustin
Frau Dr. Ute Pohrt	BGW, Berlin/Hamburg
Frau Elke Rogosky	DGUV, Sankt Augustin
Herr PD Dr. Christoph Skudlik	Universität Osnabrück
Frau Dr. Heike Voß	Universität Osnabrück
Herr Fred-D. Zagrodnik	DGUV, Berlin

Arbeitsgruppe „Ad-Hoc AG EVA_Haut und VVH“

Herr Jörg Botti	DGUV, Sankt Augustin
Frau Claudia Drechsel-Schlund	BGW, Würzburg
Herr Prof. Dr. Swen Malte John	Universität Osnabrück
Frau Evelyn Jürs,	BG Metall Nord Süd, Hamburg
Herr Prof. Dr. Björn Maier	Universität Osnabrück, DHBW Mannheim
Herr Dr. Heinz Otten	DGUV, Sankt Augustin
Herr Dr. Wolfgang Römer	BG Metall Nord Süd
Frau Elke Rogosky	DGUV, Sankt Augustin
Herr Günther Schön	Unfallkasse Sachsen, Meißen

Arbeitsgruppe „verwaltungsseitige Evaluation / VVH“

Frau Evelyn Jürs	BG Metall Nord Süd, Hamburg;
Herr Kai Jurig	Unfallkasse Sachsen, Meißen;
Herr Burkhard Mahler	BG Bau, Frankfurt/Main
Herr Prof. Dr. Björn Maier	Universität Osnabrück, DHBW Mannheim

Inhaltsverzeichnis

Forschungsbegleitender Arbeitskreis „VVH“ und „EVA_Haut“	2
Berichtersteller	2
Projektgruppe des Forschungsvorhabens	3
Arbeitsgruppe „Ad-Hoc AG EVA_Haut und VVH“	4
Arbeitsgruppe „verwaltungsseitige Evaluation / VVH“	4
Inhaltsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	18
Abkürzungsverzeichnis	20
Einleitung	22
Zusammenfassung	23
Executive Summary	24
1. Problemstellung	25
1.1 Ausgangssituation	25
1.2 Entwicklungen	26
1.3 Evaluationsstudie VVH	27
1.3.1 Ziele der Evaluationsstudie VVH	27
1.3.2 Aufgaben im Rahmen der Evaluationsstudie VVH	29
2 Prävention	31
2.1 Definition der Prävention	31
2.2 Arten von Prävention	31
2.2.1 Primäre Prävention	31
2.2.2 Sekundäre Prävention	32
2.2.3 Tertiäre Prävention	33
2.3 Wirkungen von Präventionsansätzen	34
2.3.1 Erwarteter Nutzen von Präventionen im Bereich BK 5101	34
2.3.2 Analyse von Wirkungen und Nutzen durch Prävention unterschiedlicher Stakeholder	35
2.3.2.1 Individueller Nutzen	35
2.3.2.2 Kollektiver Nutzen	36
3. Evaluationsstudie Verwaltungsverfahren Haut (VVH)	38
3.1 Das Stufenverfahren Haut	38
3.1.1 Erstbearbeitung	39
3.1.2 §3 - Maßnahmen erforderlich	39

3.1.3 §3 Maßnahmen auswählen	40
3.1.4 Zwischenkontrolle	40
3.1.5 Abschluss des §3 Verfahrens	41
3.2 Evaluationsstudie Verwaltungsverfahren Haut.....	41
3.2.1 Konzeption der Studie VVH	41
3.2.1.1 Fragebogen „Gutachter“	42
3.2.1.2 Fragebogen „Versicherter“	44
3.2.1.3 Fragebogen „Hautarzt“	45
3.2.1.4 VVH Maske	45
4. Ergebnisse der Erhebung bei den gesetzlichen UV-Trägern	49
4.1 Durchführung der Studie	49
4.1.1 Vorbereitung der Studie	49
4.1.2 Rekrutierung der Stichprobe	49
4.1.3 Übersicht über den Gesamtablauf der Studie	50
4.2 Rücklauf der Erhebungsinstrumente.....	53
4.2.1 Rücklaufquote der Erhebungen bei den Unfallversicherungsträgern.....	53
4.2.2 Rücklaufquote und Einschätzung der Gutachter.....	55
4.2.3 Rücklaufquote der Erhebung bei den Versicherten	56
4.2.4 Rücklaufquote der Erhebungen bei den Hautärzten	56
4.3 Ergebnisse der VVH Maske.....	57
4.3.1 Soziodemografische Daten der VVH Erhebung	57
4.3.2 Erstbearbeitung und Einleitung des Verfahrens	57
4.3.2.1 Art der Verdachtsmeldung	57
4.3.2.2 Qualität der Erstmeldung	60
4.3.2.2.1 Qualität der Erstmeldung abhängig von der Meldeform	60
4.3.2.2.2 Qualität der Erstmeldungen mit Hautarztbericht	62
4.3.2.3 Validierung der Erstmeldungen durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger.....	66
4.3.2.4 Beratung der Versicherten im Rahmen des Stufenverfahren Haut	68
4.3.3 §3- Maßnahmen aufgrund der Erstmeldung.....	72
4.3.3.1 Überblick über die Art der eingeleiteten Maßnahmen	74
4.3.3.2 Überblick über die Entscheidung der Einleitung von §3- Maßnahmen	78
4.3.4 Weiterer Verlauf des Stufenverfahrens Haut.....	80
4.3.4.1 Überblick über die Verlaufsberichterstattung	80
4.3.4.2 Validierungsschritte aufgrund der Verlaufsberichterstattung.....	82

4.3.4.3 Einleitung weiterer §3-Maßnahmen aufgrund der Verlaufsberichterstattung	84
4.3.4.4 Überblick über die Entscheidung der Einleitung von §3- Maßnahmen (Grundlage: F6052)	88
4.3.5 Abschluss des Stufenverfahrens Haut	89
4.3.5.1 Abschluss vor Einleitung von §3-Maßnahmen	90
4.3.5.2 Abschluss des eingeleiteten Stufenverfahrens im Beobachtungszeitraum	91
4.3.6 Im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossene Verfahren	94
5 Zentrale Forschungsfragen Projekt VVH	96
5.1 Umsetzung des Stufenverfahrens Haut bei den gesetzlichen UVT	96
5.1.1 Meldung und Erstbearbeitung der Verdachtsmeldung (inkl. Validierung)	97
5.1.2 Entscheidung: §3-Maßnahmen erforderlich	101
5.1.3 Auswahl der §3-Maßnahmen	102
5.1.4 Zwischenberichterstattung	104
5.1.5 Fälle mit stationärem Heilverfahren im Beobachtungszeitraum	105
5.1.6 Abschluss des Verfahrens	113
5.1.7 Fazit zur flächendeckenden Umsetzung des Stufenverfahrens Haut	115
5.2 Ergebnisse und Wirkungen des Stufenverfahrens Haut.....	117
5.2.1 Zielkriterien	117
5.2.2 Analyse der beruflichen Situation der Versicherten	117
5.2.3 Arbeitsfähigkeit	124
5.2.4 Auswertung der Fallkosten.....	136
5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Wirkungen	139
5.3 Besonderheit der Umsetzung und Ausgestaltung des Stufenverfahrens Haut bei einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern.....	142
5.3.1 Bearbeitung und Validierung der Erstmeldung.....	142
5.3.2 Erste Intervention gesetzlicher Unfallversicherungen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut	146
5.3.3 Unterschiedliche Interventionsstrategien von gesetzlichen UV-Trägern Schritt 2.....	148
5.3.4 Abschluss der Verfahren	163
5.3.5 Zusammenfassung Unterschiedliche Prozessgestaltungen bei den einzelnen UVT Gruppen	171
5.4 Prozessgestaltung und daraus resultierende Ergebnisqualitäten und Wirkungen im Stufenverfahren Haut.....	174
5.4.1 Qualitätsziele	174
5.4.2 Effizienz des Mitteleinsatzes: Verfahrenskosten	183
5.4.3 Fazit: Umsetzung von Varianten	186

5.5 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der gesetzlichen Unfallversicherungen	188
5.5.1 Akzeptanz und Zufriedenheit der Hautärzte mit den gesetzlichen Unfallversicherungen	188
5.5.1.1 Beurteilung der Prozess- und Strukturqualität des Stufenverfahrens Haut	188
5.5.1.2 Gesamtbeurteilung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch die Hautärzte ..	191
5.5.2 Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten mit den gesetzlichen Unfallversicherungen	192
5.5.2.1 Beurteilung der Beratung und des Stufenverfahrens Haut.....	193
5.5.2.2 Beurteilung einzelner Maßnahmen im Stufenverfahren Haut	198
5.5.2.3 Beurteilung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger	198
5.5.3 Zusammenfassung Akzeptanz und Zufriedenheit der Hautärzte und Versicherten	202
5.6 Analyse und Bewertung des Hautschutzes in den Betrieben	203
5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und analysierten Ursachen-/Wirkungs-zusammenhänge .	209
6 Diskussion der Ergebnisse	212
6.1 Vergleich mit weiteren Studien aus dem berufsdermatologischen Bereich.....	212
6.1.1. OHAV Studie	212
6.1.2 Benchmarkingprojekt in der gesetzlichen Unfallversicherung	213
6.1.3 ROQ Studie	217
6.1.4 Studie „Ökonomische Aspekte (direkte und indirekte Kosten) berufsbedingter Hauterkrankungen“	220
6.2 Zusammenfassung der Vergleichsanalysen.....	222
7 Fazit	224
8 Ausblick.....	226
9 Vorträge und Veröffentlichung zu EVA_Haut und VVH	227
Anhang A: Das Stufenverfahren Haut und VVH Erfassungsmaske	229
A.1 Das Stufenverfahren Haut.....	230
A.2 Die VVH-Maske (ACCESS)	237
A.3 Der Fragebogen “Gutachter”	243
A.4 Der Fragebogen “Hautärzte”	249
A.5 Der Fragebogen “Patienten”	252
Anhang B: Quote und Anzahl der zu rekrutierenden Fälle je gesetzlichen Unfallversicherungsträger	257
Anhang C: Auswertung der VVH Maske (weitere Ergebnisse)	263
C.1 Hinweise auf Defizite in der Versorgung mit Hautschutzmaßnahmen	264
C.2 Schritte zur Validierung der Erstmeldung	267
C.3 Anzahl der eingeleiteten §3 Maßnahmen im ersten Interventionsschritt.....	269

C.4 Entscheidung über Einleitung und Durchführung von §3-Maßnahmen	271
C.5 Entscheidung über Durchführung von §3-Maßnahmen auf Grundlage des Hautarztberichtes	272
C.6 Verlaufsberichterstattung	273
C.7 Maßnahmen zur Validierung der Zwischenberichte im Rahmen des Stufenverfahrens	275
C.8 Kontaktaufnahme zum Versicherten im Rahmen des Stufenverfahrens (Zwischenberichterstattung)	276
C.9 Durchführung ausgewählter §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens auf Grundlage der Zwischenberichte (F6052)	277
C.10 Grundlage für den Abschluss des Stufenverfahrens Haut nach Verdachtsmeldung	278
C.11 Grundlage für den Abschluss des Stufenverfahrens Haut, während des Beobachtungszeitraums	279
C.12 Dokumentierter Zustand bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossene Verfahren ...	281
Anhang D: Zielgrößen des Verfahrens	283
D.1 Prognose auf Grundlage der Erstmeldung	284
D.2 Überblick über Fallkosten und Kontengruppen je Cluster	286
Anhang E: Ausgestaltung des §3-Verfahrens nach UVT-Gruppen	287
Anhang F: Spezielle Auswertungen der Fragebögen	296
F.1 Auswertung Fragebogen „Hautarzt“	297
F.2 Auswertung Fragebogen „Versicherter“	303
Literaturverzeichnis	307
Danksagung	311

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) - Gewerbliche Wirtschaft (Anzeigen auf Verdacht BK 5101).....	25
Tabelle 2: Falleinteilung und Auswertung der rekrutierten Fälle im Rahmen von EVA_Haut. (Quelle: EVA_Haut, S. 37).....	55
Tabelle 3: Versendung der Versichertenfragebögen im Rahmen des Forschungsprojektes	56
Tabelle 4: Antwortverhalten der angeschriebenen Versicherten.....	56
Tabelle 5: Verteilung der Altersklasse nach VVH.	57
Tabelle 6: Übersicht über die Fälle, die mit Hautarztbericht gemeldet wurden.....	58
Tabelle 7: Übersicht über die Fälle, die mit Hautarztbericht gemeldet wurden.....	58
Tabelle 8: Anforderungen von Hautarztberichten durch gesetzliche UV-Träger bei Verdachtsmeldung ohne Hautarztbericht.	59
Tabelle 9: Einleitung §3-Maßnahmen abhängig von der Art der Verdachtsmeldung und der Nachforderung von Hautarztberichten.	60
Tabelle 10: Beurteilung der Qualität der Erstmeldung abhängig von der Meldeform.	61
Tabelle 11: Beurteilungsfähigkeit der beruflichen Verursachung abhängig vom Vorliegen eines Hautarztberichtes.....	61
Tabelle 12: Sind die beruflichen Hautschutzmaßnahmen im Hautarztbericht beschrieben?	62
Tabelle 13: Ist die Diagnose, aufgrund der Dokumentation Hautarztbericht, aus Ihrer Sicht nachvollziehbar?.....	63
Tabelle 14: Qualität des Hautarztberichtes ausreichend zur Beurteilung der beruflichen Verursachung in Abhängigkeit von der Nachvollziehbarkeit der Diagnose durch den gesetzlichen UV-Träger.....	63
Tabelle 15: Einschätzung der Notwendigkeit der Aufgabe bzw. der Gefährdung der Tätigkeit aus Sicht des Hautarztes und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger.	64
Tabelle 16: Beurteilung der Gefährdung der beruflichen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Nachvollziehbarkeit der beruflichen Verursachung.....	65
Tabelle 17: Möglichkeit der Beurteilung der beruflichen Verursachung abhängig von der Erstmeldung.	66
Tabelle 18: Anzahl der Validierungen der Erstmeldungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger.....	66
Tabelle 19: Validierung der Erstberichte bei Vorliegen eines F6050 und bei Nicht-Vorlage des F6050.	67
Tabelle 20: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung des UV-Trägers zur Gefährdung der beruflichen Tätigkeit.....	67
Tabelle 21: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung des Arztes zur Aufgabe der beruflichen Tätigkeit.	68
Tabelle 22: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung der Möglichkeit, die berufliche Verursachung der Hauterscheinung beurteilen zu können.....	68

Tabelle 23: Einschätzung des Beratungsbedarfs der Hautärzte durch den gesetzlichen UVT.....	69
Tabelle 24: Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den gesetzlichen UVT	69
Tabelle 25: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf eine berufsbedingte Hauterkrankung.....	69
Tabelle 26: Durchgeführte Beratungen durch einen Sachbearbeiter eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.	70
Tabelle 27: Durchgeführte Beratungen durch den Präventionsdienst eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.	70
Tabelle 28: Durchgeführte Beratungen durch einen arbeitsmedizinischen Dienst im Auftrag eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.	70
Tabelle 29: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen in Abhängigkeit von der Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den gesetzlichen UV-Träger.	71
Tabelle 30: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen in Abhängigkeit von der Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den Hautarzt.	72
Tabelle 31: Bewertung der Kriterien: „Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)“ und „Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)“	73
Tabelle 32: Anzahl der eingeleiteten §3-Maßnahmen in den untersuchten Fällen.....	73
Tabelle 33: Einleitung von §3-Maßnahmen auf Grundlage der Kriterien des Stufenverfahrens Haut.74	
Tabelle 34: Eingeleitete §3-Maßnahmen im ersten Interventionsschritt.....	74
Tabelle 35: Überblick über §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut inkl. der Kombinationen verschiedener Maßnahmen im ersten Interventionsschritt.	75
Tabelle 36: Erteilung von Behandlungsaufträgen und Einleitung von Heilbehandlungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungen im ersten Interventionsschritt.	75
Tabelle 37: Befristung von Behandlungsaufträgen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung im 1. Interventionsschritt nach §3 BKV.....	76
Tabelle 38: Durchschnittliche Fristen (in Tage) bis zur Einleitung bzw. Durchführung ausgewählter §3-Maßnahmen (Mittelwert und Median).....	76
Tabelle 39: Einleitung §3-Maßnahmen (1. Interventionsschritt).....	77
Tabelle 40: Einleitung §3-Maßnahmen, ohne gleichzeitige Einleitung bzw. Übernahme einer Behandlung.....	78
Tabelle 41: Entscheidung über die Einleitung von §3-Maßnahmen beim ersten Interventionsschritt.78	
Tabelle 42: Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes bzw. der persönlichen Schutzausrüstung bei den untersuchten Fällen.....	79
Tabelle 43: Einschätzung der Sachbearbeiter über Defizite im Hautschutz bzw. bei der persönlichen Schutzausrüstung bei den untersuchten Fällen.	79
Tabelle 44: Vorliegende Verlaufsberichte (F6052) in den evaluierten Hautarztverfahren.....	81

Tabelle 45: Eingang von Verlaufsberichten bei den gesetzlichen Unfallversicherungen (Differenzen in Tagen).....	82
Tabelle 46: Beurteilung des / der Zwischen- / Verlaufsberichtes (F6052) durch den beratenden Arzt	83
Tabelle 47: Persönliche Untersuchung, aufgrund des / der Zwischen- / Verlaufsberichtes (F6052) durch den beratenden Arzt.	83
Tabelle 48: Weitere Schritte zur Validierung der Verlaufs- bzw. Zwischenberichte.....	84
Tabelle 49: Anzahl und Art der Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter	84
Tabelle 50: Ergänzende Maßnahmen aufgrund der Verlaufsberichterstattung.....	85
Tabelle 51: Überblick über alle eingeleiteten weiteren §3-Maßnahmen im Stufenverfahren Haut. ...	85
Tabelle 52: Anpassung / Veränderung der Heilbehandlung, aufgrund der Zwischenberichte.....	86
Tabelle 53: Überblick über §3-Maßnahmen in Fälle mit Verlaufs- und Zwischenberichterstattung....	87
Tabelle 54: Entscheidung zur Durchführung / nicht Durchführung von §3-Maßnahmen, aufgrund des F6052.	88
Tabelle 55: Vorschlag zur Übernahme des Hautschutzes (Mehrfachnennungen möglich).	88
Tabelle 56: Übernahme des Hautschutzes / PSA in Abhängigkeit von identifizierten bzw. nicht identifizierten Defiziten durch den F6052.....	89
Tabelle 57: Einleitung von §3-Maßnahmen bei den von gesetzlichen UV-Trägern untersuchten Verdachtsmeldungen auf BK 5101.	90
Tabelle 58: Verdachtsmeldungen ohne §3-Maßnahmen im Überblick.	91
Tabelle 59: Überblick über abgeschlossene §3-Verfahren im Beobachtungszeitraum.	92
Tabelle 60: Abgeschlossene Verfahren mit Begründung und Einschätzung des Hauptbefundes bei Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Rahmen der Evaluation.	92
Tabelle 61: Abschluss des Verfahrens nach 1. Interventionsschritt mit Begründung.....	93
Tabelle 62: Abschluss des Verfahrens nach 2. Interventionsschritt.....	93
Tabelle 63: Bewertung des Hautzustandes bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.	94
Tabelle 64: Bewertung des Hautschutzes / der PSA bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.....	94
Tabelle 65: Erfolgreich und nicht erfolgreich nachgeforderte Hautarztberichte F6050.....	99
Tabelle 66: Dokumentation von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.	106
Tabelle 67: Ist die berufliche Tätigkeit aus Ihrer Sicht gefährdet? Einschätzung der Sachbearbeiter in Abhängigkeit von Cluster-Einteilung.	106
Tabelle 68: Notwendigkeit von zusätzlichen Validierungen bei der Erstmeldung, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	107
Tabelle 69: Fälle mit Zwischen- und Verlaufsberichten F6052, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	107

Tabelle 70: Fälle mit persönlicher Untersuchung durch beratenden Arzt, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	108
Tabelle 71: Fälle mit persönlicher Untersuchung durch beratenden Arzt, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	108
Tabelle 72: Beruflicher Status des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	109
Tabelle 73: Beschäftigungsprognose der Verwaltungen am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	110
Tabelle 74: Nicht abgeschlossene §3-Fälle am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	110
Tabelle 75: Gesamtkosten am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	111
Tabelle 76: Kosten der ambulanten Heilbehandlung am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.....	112
Tabelle 77: Berufliche Situation der Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums (Zusammenstellung aus allen Erhebungsinstrumenten).....	118
Tabelle 78: Beruflicher Status des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von den eingeleiteten Maßnahmen.....	118
Tabelle 79: War der Versicherte bei Eingang der Verdachtsmeldung beschäftigt?	119
Tabelle 80: Besteht der objektive Zwang zur Unterlassung der Tätigkeit?.....	119
Tabelle 81: Dokumentierte AU Zeiten vor Erstmeldung i.V.m. Aufgabe des Arbeitsplatzes	120
Tabelle 82: Einschätzung des Hautarztes in Erstmeldung i.V.m. Aufgabe des Arbeitsplatzes.....	121
Tabelle 83: Einschätzung der Sachbearbeiter, auf Grundlage der Erstmeldung, ob die berufliche Tätigkeit gefährdet ist	122
Tabelle 84: Einschätzung der Sachbearbeiter, auf Grundlage der Erstmeldung, ob die Gefahr auf Eintritt einer BK 5101 besteht	122
Tabelle 85: Beurteilung des Hautschutzes / PSA und Verlust des Arbeitsplatzes.....	123
Tabelle 86: Dokumentierte AU Zeiten vor der Verdachtsmeldung auf eine berufsbedingte Hauterkrankung.....	125
Tabelle 87: Dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Meldung und Status am Ende des Beobachtungszeitraums.....	126
Tabelle 88: Beschäftigungsprognose in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten vor Meldung.126	
Tabelle 89: Zusammenhang zwischen: vor und während der Erstmeldung dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten.....	127
Tabelle 90: Dokumentierte AU-Zeiten vor Meldung und BK-Feststellungsverfahren	127
Tabelle 91: Dokumentierte AU Zeiten, während des Stufenverfahrens Haut	128
Tabelle 92: Beschäftigungsprognose von Versicherten mit BK-Verdachtsmeldung in Abhängigkeit von AU-Zeiten im Beobachtungszeitraum	128

Tabelle 93: Dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten im Beobachtungszeitraum und eingeleitete Maßnahmen / Maßnahmenbündel in diesen Fällen.....	129
Tabelle 94: Übersicht Fälle mit AU-Zeit und Fälle ohne dokumentierte AU-Zeiten.....	129
Tabelle 95: Vergleich der Art der Meldung bei Fällen mit und ohne AU-Zeiten.....	130
Tabelle 96: Einschätzung, Gefährdung des Arbeitsplatzes durch den Hautarzt	130
Tabelle 97: Einschätzung, Gefährdung des Arbeitsplatzes durch den Mitarbeiter des UV-Trägers. ...	131
Tabelle 98: Validierung der Erstmeldungen in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten	131
Tabelle 99: Beratungsbedarf durch den gesetzlich UV-Träger.....	131
Tabelle 100: Einleitung von BK-Feststellungsverfahren in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten	132
Tabelle 101: Tätigkeitsstatus des Versicherten in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten.....	132
Tabelle 102: Innerbetriebliche Umsetzungen von Versicherten in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten.....	133
Tabelle 103: Hautzustand des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten	133
Tabelle 104: Arbeitsplatz- / Beschäftigungsprognose am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten.	134
Tabelle 105: Versorgung mit Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten bei den Versicherten.	134
Tabelle 106: Eingeleitete BK-Feststellungsverfahren in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Tagen	135
Tabelle 107: Arbeitsstatus des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums	135
Tabelle 108: Arbeitsfähigkeit in Abhängigkeit von im Verfahren dokumentierten AU-Zeiten.....	135
Tabelle 109: Überblick über Gesamtkosten in Euro, einzelne Kostengruppen und statistische Maße	136
Tabelle 110: Überblick der statistischen Masse in Tagen, bis zum Abschluss der Fälle mit mehreren Interventionsschritten.....	137
Tabelle 111: Überblick über Fallkosten in Euro je Cluster nach der Art der durchgeführten Interventionen.....	138
Tabelle 112: Darstellung der Unterschiede in den einzelnen Kostenklassen zwischen Fälle mit und ohne dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten	138
Tabelle 113: Darstellung der Unterschiede in den einzelnen Kostenklassen in Euro, in Abhängigkeit vom Verlust des Arbeitsplatzes	139
Tabelle 114: Quote der eingeleiteten und nicht-eingeleiteten Maßnahmen nach Validierung der Erstmeldung nach UVT Gruppen.....	143
Tabelle 115: Anzahl der eingeleiteten §3-Maßnahmen in Abhängigkeit von der Validierung des Erstberichts.....	144

Tabelle 116: Quoten der eingeleiteten Stufenverfahren Haut in Abgleich mit den indizierten Stufenverfahren Haut in Abhängigkeit von den einzelnen UVT Gruppen.	145
Tabelle 117: Darstellung aller dokumentierten Kombinationen von Interventionen durch gesetzliche Unfallversicherungsträger bei den untersuchten Verdachtsmeldungen BK 5101 (1. Interventionsschritt).....	146
Tabelle 118: Zuordnung der Fälle mit §3-Maßnahmen zu den einzelnen Strategien.....	147
Tabelle 119: Zuordnung der einzelnen Gruppen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu den einzelnen Basisstrategien.	148
Tabelle 120: Überblick über Zwischenberichte (F6052) nach UVT Gruppen.	149
Tabelle 121: Durchschnittlicher Eingang des ersten Verlaufs- bzw. Zwischenberichtes (F6052) auf Basis der einzelnen UVT Gruppen.	150
Tabelle 122: Durchschnittlicher Eingang des zweiten Verlaufs- bzw. Zwischenberichtes (F6052) auf Basis der einzelnen UVT Gruppen.	150
Tabelle 123: Validierungen auf Grundlage der eingehenden F6052 in Abhängigkeit von den Basisstrategien.	151
Tabelle 124: Validierungen der Zwischenberichte F6052 auf Basis UVT Gruppen.	152
Tabelle 125: Veränderungen des Behandlungsauftrages aufgrund der Verlaufsberichterstattung in Abhängigkeit von der Basisstrategie.	153
Tabelle 126: Validierung der Zwischenberichte nach UVT Gruppen.	154
Tabelle 127: Einleitung weiterer §3-Maßnahmen, aufgrund von Zwischenberichten F6052, in Abhängigkeit von der gewählten Basisstrategie.	155
Tabelle 128: Einleitung weiterer §3-Maßnahmen (aufgrund der Zwischenberichte F6052) in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	156
Tabelle 129: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen: Betreuungsangebot Betriebsarzt / AMD im zweiten Interventionsschritt in Abhängigkeit von der Basisstrategie.....	157
Tabelle 130: Weitere eingeleitete §3-Maßnahme im zweiten Interventionsschritt: Übernahme Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von der Basisstrategie.....	158
Tabelle 131: Weitere eingeleitete §3-Maßnahme in zweiten Interventionsschritt: Hautschutzseminar in Abhängigkeit von der Basisstrategie.	158
Tabelle 132: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionsschritt: Betreuungsangebote in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.	160
Tabelle 133: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionsschritt: Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.....	161
Tabelle 134: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionsschritt: Hautschutzseminar in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.....	162
Tabelle 135: Eingeleitete bzw. nicht-eingeleitete Stufenverfahren Haut nach Erstmeldung in Abhängigkeit von UVT Gruppen.	164

Tabelle 136: Quote der eingeleiteten bzw. nicht-eingeleiteten Stufenverfahren Haut (dokumentierte Maßnahmen) nach Erstmeldung auf Basis der Fälle, bei denen aus Gutachtersicht Maßnahmen indiziert waren in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	165
Tabelle 137: Quote der eingeleiteten bzw. nicht-eingeleiteten Stufenverfahren Haut (dokumentierte Maßnahmen) nach Erstmeldung auf Basis der Fälle, bei denen aus Gutachtersicht Maßnahmen nicht indiziert waren in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	166
Tabelle 138: Abgeschlossene und nicht abgeschlossene Verfahren im Beobachtungszeitraum nach Basisstrategien.	167
Tabelle 139: Fälle mit und ohne Verfahrensabschluss, in Abhängigkeit von UVT Gruppen.	168
Tabelle 140: Fälle mit und ohne eingeleitete BK Feststellungsverfahren, in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	170
Tabelle 141: Vergleich der Einschätzung der Fallschwere der Gutachter in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	175
Tabelle 142: Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Verlauf des Verfahrens in Abhängigkeit von der Behandlungsstrategie.	176
Tabelle 143: Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von UVT Gruppen (ohne Gruppe 9).	177
Tabelle 144: Erhalt der Beschäftigung in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.....	179
Tabelle 145: Erhalt der Beschäftigung inkl. innerbetriebliche Veränderungen in Abhängigkeit von UVT Gruppen.....	180
Tabelle 146: Unterschiede in den dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten während des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von der gewählten Interventionsstrategie.....	181
Tabelle 147: Vergleich von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von UVT Gruppen.	182
Tabelle 148: Vergleich von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von den insgesamt durchgeführten niederschweligen Maßnahmen (ohne TIP Fälle).....	183
Tabelle 149: Statistische Maßzahlen der dokumentierten Kosten bei Fällen mit §3-Maßnahmen bei den UVT Gruppen.....	184
Tabelle 150: Kosten in Euro der ambulanten Heilbehandlung im Beobachtungszeitraum, in Abhängigkeit von der durchgeführten Basisstrategie.....	184
Tabelle 151: Kosten in Euro der ambulanten Heilbehandlung im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von der UVT Gruppe.....	185
Tabelle 152: Feststellungskosten (Kontengruppe 770) im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von der durchgeführten Basisstrategie.....	185
Tabelle 153: Feststellungskosten (Kontengruppe 770) im Beobachtungszeitraum, in Abhängigkeit von der UVT Gruppe.....	186
Tabelle 154: Zeitspanne vom Erstbericht bis zur Erteilung des Behandlungsauftrages, nach Angaben der Hautärzte.	190
Tabelle 155: Note der Beratung durch die BG in Abhängigkeit von der Berufsgruppe (Deskriptive Statistiken).....	194

Tabelle 156: Bekanntheitsgrad eines persönlichen Ansprechpartners bei den gesetzlichen UVT.	197
Tabelle 157: Bekanntheitsgrad eines persönlichen Ansprechpartners bei den gesetzlichen UVT, in Abhängigkeit von UVT.	197
Tabelle 158: Bewertung der gesetzlichen UVT durch die Versicherten.....	199
Tabelle 159: Bewertung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Abhängigkeit von der Hautschutzseminarteilnahme	200
Tabelle 160: Einschätzung der Fälle, ob PSA / Hautschutz zur Verfügung gestellt wurde in Abhängigkeit vom Verlust des Arbeitsplatzes im Beobachtungszeitraum.....	203
Tabelle 161: Einschätzung der Versorgung mit PSA / Hautschutz auf Grundlage der Verlauf- und Zwischenberichterstattung in Abhängigkeit von Maßnahmen Cluster.....	204
Tabelle 162: Betriebsärztliche Versorgung der Versicherten nach den einzelnen Berufsgruppen. ...	207

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aus dem gesetzlichen Auftrag abgeleitetes mehrdimensionales Zielsystem eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.	28
Abbildung 2: Angepasstes Ablaufschema für das Vorgehen bei den Studien EVA_Haut- /VVH.....	51
Abbildung 3: Aufgeteiltes Vorgehen bei „Gruppe A“- und „Gruppe B“- Fälle in EVA_Haut und VVH..	52
Abbildung 4: Angepasstes Zeitschema zur Vorgehensweise bei EVA_Haut und VVH im Projekt.....	53
Abbildung 5: Dauer der Erkrankung bis zur Erstmeldung auf Verdacht einer BK 5101. Quelle: EVA_Haut.....	96
Abbildung 6: Erstattung der Erstmeldung an den UV-Träger durch unterschiedliche Berufsgruppen/Institutionen. Quelle: EVA_Haut.....	97
Abbildung 7: Fälle mit Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens aus berufsdermatologischer Sicht und ausreichender Qualität der Erstmeldung aus Sicht der Sachbearbeiter, ohne Einleitung von weiteren Maßnahmen: Berufsgruppenverteilung	102
Abbildung 8: Einschätzung der Hautärzte, der Anzahl der angeforderten Informationen und Zwischen- bzw. Verlaufsberichte durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger.....	105
Abbildung 9: Fälle mit Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens aus berufsdermatologischer Sicht und ausreichender Qualität der Erstmeldung aus Sachbearbeitersicht, ohne Einleitung von weiteren Maßnahmen (Berufsgruppenverteilung).....	114
Abbildung 10: Wie bewerten Sie abschließend die Qualität der/s Hautarztberichte(s) im vorliegenden Fall?	115
Abbildung 11: Berufsverbleib in Abhängigkeit von eingeleiteten ambulanten Maßnahmen.....	124
Abbildung 12: Praktikabilität des neuen Hautarztverfahrens im Praxisalltag nach Einschätzung der Hautärzte.....	189
Abbildung 13: Zufriedenheit der Hautärzte mit der Umsetzung der empfohlenen Maßnahme durch den gesetzlichen UV-Träger.	190
Abbildung 14: Zufriedenheit der Hautärzte mit der Umsetzung der empfohlenen Maßnahme durch den gesetzlichen UV-Träger.	191
Abbildung 15: Zusammenfassende Charakterisierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch die Hautärzte.....	192
Abbildung 16: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle des Alters in Jahren. Es zeigen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede in der Bereitschaft zur Teilnahme in Abhängigkeit vom Geschlecht.	193
Abbildung 17: Beurteilung der Beratung durch die gesetzlichen UV-Träger durch Versicherte (Schulnote)	193
Abbildung 18: Durchschnittliche Note für die Beratung durch die gesetzlichen UVT in Abhängigkeit vom Erkrankungsverlauf (Varianzanalysetabelle).....	194
Abbildung 19: Durchschnittliche Note für die Beratung durch die gesetzlichen UVT in Abhängigkeit vom Berufsverbleib (Varianzanalysetabelle).....	195

Abbildung 20: Hat es in den letzten 12 Monaten ein Gespräch mit Ihrer BG gegeben? (Mehrfachantworten möglich)	196
Abbildung 21: Zusammenfassender Überblick: Charakterisierung der Gespräche mit den gesetzlichen UVT durch den Versicherten.	196
Abbildung 22: Verständlichkeit von Schreiben und schriftlichen Mitteilungen der gesetzlichen UVT.	197
Abbildung 23: Gesamtnote der gesetzlichen UVT, durch die Versicherten.....	198
Abbildung 24: Durchschnittliche Note der Bewertung der gesetzlichen UVT durch die Versicherten (Varianzanalysetabelle)	199
Abbildung 25: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtnote der unterschiedlichen Gruppen nach Beschäftigungsstatus (Varianzanalysetabelle)	201
Abbildung 26: Einschätzung der Mitarbeiter der gesetzlichen UVT seitens der Versicherten	201
Abbildung 27: Qualität der Angaben zur Schutzausrüstung bei Erstmeldung	204
Abbildung 28: Haben Sie vom Hautarzt Empfehlungen zu Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz (Verwendung von Hautschutz- und Hautpflegecremes, Handschuhen, etc.) erhalten?	205
Abbildung 29: Einschätzung der empfohlenen Hautschutzmaßnahmen des Hautarztes durch den Versicherten.	206
Abbildung 30: Durch wen wurden die empfohlenen Hautschutzprodukte zur Verfügung gestellt ...	207
Abbildung 31: Durchschnittliche Kosten für die Behandlung eines Hautfalles nach §3 BKV im Benchmarkingprojekt der gesetzlichen Unfallversicherungen.	216

Abkürzungsverzeichnis

AMD	Arbeitsmedizinischer Dienst
AU	Arbeitsunfähigkeit
BG	Berufsgenossenschaft
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BIS	Berufskrankheiten- und Reha Informationssystem
BK	Berufskrankheit
BK-Dok	Berufskrankheiten-Dokumentation
BLB	Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften
BKV	Berufskrankheitenverordnung
BUK	Bundesverband der Unfallkassen
D-Arzt	Durchgangsarzt
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DIN	Deutsches Institut für Normung
DR	Double Review
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
e.V.	eingetragener Verein
EVA	Evaluationsverfahren
F	Formblatt
GPS	gesundheitspädagogisches Seminar
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HAV	Hautarztverfahren
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften e.V.
ID	projektbezogene Identifikationsnummer pro randomisiertem Fall
OHAV	Optimierung Hautarztverfahren
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
ROQ	Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens
SB	Sachbearbeiter
SGB	Sozialgesetzbuch
SIP	Sekundäre Individualprävention
SR	Single Review

TIP	Tertiäre Individualprävention
TRGS	Technische Regeln für Gefahrstoffe
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
UVT	Unfallversicherungsträger
V	Vorschrift
VVH	Verwaltungsverfahren Haut
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZIGUV	Zentrales Informationssystem der gesetzlichen Unfallversicherung

Einleitung

Die Studie Verwaltungsverfahren Haut (VVH) ist in enger Verzahnung mit der Studie EVA_Haut an der Universität Osnabrück durchgeführt worden. Es finden sich deshalb an vielen Stellen Querverweise zu dem verwandten Forschungsvorhaben. Insgesamt orientiert sich die Gliederung dieses Abschlussbericht an dem Leitfaden „Anforderungen an Abschlussberichte“ der DGUV e.V.

Titel und Laufzeit des Vorhabens sowie das Projektkürzel befinden sich auf dem Deckblatt des Berichtes. Danach folgt eine kurze Zusammenfassung der Problemstellung, des Projektablaufs und der wichtigsten Ergebnisse in deutscher und englischer Sprache.

Die spezielle Problemstellung des Forschungsvorhabens VVH wird im Kapitel 1 ausführlich erläutert, ebenso wie der Forschungszweck und das Ziel des Projektes. In Kapitel 2 werden dann die Grundlagen dargestellt, ehe in Kapitel 3 die Methodik des Forschungsvorhabens, ergänzt um die geplanten und tatsächlichen Arbeits- und Zeitabläufe abgebildet werden.

Das Kapitel 4 gibt einen kompletten Überblick über die Ergebnisse der Erhebung der Evaluation bei den einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern. Die Ergebnisse des Gesamtvorhabens im Zusammenspiel aller Erhebungsinstrumente sind dann im Kapitel 5 schrittweise aufgearbeitet. Das Kapitel 6 gibt dann einen Überblick, wie die erzielten Ergebnisse allgemein in den Stand der ökonomischen Forschung in diesem Bereich einzuordnen sind.

Kapitel 7 fasst alle Ergebnisse noch einmal zusammen und gibt Empfehlungen und Hinweise für den praktischen Umgang mit den Ergebnissen für die einzelnen Institutionen innerhalb der DGUV sowie der einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

In Kapitel 8 gibt es dann einen kurzen Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen in diesem Bereich und Möglichkeiten der Umsetzung der Ergebnisse. Ergänzend dazu gibt es einen zeitlich schon strukturierten Plan zur Einbringung der Erkenntnisse bis zum Jahresende 2011 in die Praxis, der derzeit von den DGUV Gremien abgestimmt wird. Den Abschluss bildet in Kapitel 9 ein Überblick über Vorträge und Veröffentlichungen zu den Themen von EVA_Haut und VVH.

Zusammenfassung

Das Verwaltungsverfahren Haut wurde 2005 / 2006 parallel zum optimierten Hautarztverfahren eingeführt. Es soll verwaltungsseitig die Bemühungen unterstützen, die Rehabilitations- und Entschädigungsausgaben im Bereich der Berufskrankheit 5101 zu vermindern und gleichzeitig die Rehabilitation der Versicherten qualitativ zu verbessern. Das Forschungsvorhaben VVH untersuchte gemeinsam mit dem Forschungsprojekt EVA_Haut 1.600 Verdachtsmeldungen auf eine berufsbedingte Hauterkrankung in der Bundesrepublik Deutschland bei allen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern. Die Verdachtsmeldungen wurden im vierten Quartal 2007 rekrutiert. Die „Follow up“-Phase für die einzelnen Fälle endete am 31. Dezember 2008. Danach nahmen die betroffenen Verwaltungen und Versicherten, die behandelnden Hautärzte sowie jeweils ein bzw. zwei Gutachter zu diesen Fällen in getrennten Erhebungsinstrumenten Stellung zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Das Forschungs- und Evaluationsprojekt VVH hat in Verbindung mit EVA_Haut aufgezeigt, dass das Stufenverfahren Haut bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend etabliert und umgesetzt ist. Ein eindeutiger Beleg dafür ist die seit 2005 stark zurückgehende Anzahl an anerkannten BK 5101 (bei einer leicht steigenden Anzahl von Verdachtsmeldungen). Die im Stufenverfahren Haut zusammengefassten Möglichkeiten und Maßnahmen nach §3 BKV werden von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern genutzt und nach den Vorgaben des Stufenverfahrens angewendet. Es konnte gezeigt werden, dass durch die Anwendung und Umsetzung der Verfahrensschritte des Stufenverfahrens Haut eine hohe Prozessqualität erreicht wird, die durch eine steigende Ergebnisqualität in ihrer Wirkung belegt ist. Die Kombination verschiedener niederschwelliger Maßnahmen nach §3 BKV und insbesondere der Einsatz von speziellen Verfahren (Hautschutzseminare / spezielle stationäre Heilverfahren) führt zu dabei zu besseren Ergebnissen. Die Zufriedenheit der untersuchten Stakeholder (Hautärzte / Versicherte) mit dem Stufenverfahren Haut ist außerordentlich hoch.

Insgesamt kann so gezeigt werden, dass die durchgeführten und umgesetzten Maßnahmen der sekundären und tertiären Individualprävention im Bereich der Verdachtsmeldung auf BK 5101 einen hohen investiven Charakter besitzen und zur Vermeidung bzw. Verminderung zukünftig entstehender Kosten beitragen. Der „Return on Prevention“ ist damit in diesem Bereich, durch die Erwirtschaftung eines hohen Nettonutzens, deutlich belegt. Es wäre daher aus gesundheitsökonomischer Sicht wünschenswert, dieses Modell der sekundären und tertiären Individualprävention in ihrer langzeitigen Wirkung weiter zu beobachten und ggf. die Umsetzung von Messgrößen der Prozess- und Ergebnisqualität in den einzelnen Verwaltungen zu begleiten. Insgesamt sollte im Bereich der hier evaluierten Verfahren die weitere Umsetzung und Standardisierung der Prozesse bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern verfolgt und die noch stärker Einbindung der Betriebe als Stakeholder angestrebt werden.

Darüber hinaus wäre es wichtig und zielführend aus gesundheitspolitischer, aber auch insbesondere ökonomischer Sicht, für weitere berufsbedingte Erkrankungen und ggf. auch chronische Erkrankungen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, ebenfalls Modelle zur sekundären und tertiären Individualprävention zu entwickeln. Durch den zielgenauen Einsatz der Verfahren ist ein hoher Nettonutzen mit solchen Modellen verbunden. Der Einsatz der Mittel für präventive Zwecke könnte so zukünftig insgesamt noch zielgerichteter und erfolgreicher erfolgen.

Executive Summary

The administrative procedure "Skin" was introduced in 2005/2006 parallel to the optimized dermatological procedure. It is the effort of the administration to support the reduction of the rehabilitation and compensation expenses in the field of the occupational disease 5101 and simultaneously improve the quality of the rehabilitation of the insured. The research project VVH, together with the research project EVA_Haut examined 1,600 suspicious transaction reports of a work related skin disease in the Federal Republic of Germany from all statutory accident insurance companies. The suspicious transactions were reported in the 4th quarter of 2007. The "follow-up" phase for these cases ended on December 31st, 2008. Afterwards, the concerned administration and insured, the treating dermatologists along with one or two experts on the accidents, with separate surveying instruments, expressed their opinions on the structure, process and outcome quality.

The research and evaluation project VVH, in connection with EVA_Haut has shown that the step-by-step process "Skin" was put in place and carried out with sufficient coverage from the statutory accident insurance companies in the Federal Republic of Germany. A clear indication of this is the decreasing number of acknowledged cases of the occupational disease 5101 since 2005 (with a slightly rising number of annual notifications of suspicious occupational skin diseases). The summarized possibilities and measurements in the step-by-step process "Skin" are to be used by the statutory accident insurance companies as according to §3 BKV, and be employed as according to the step-by-step procedure. It has been shown, that through the application and implementation of the process steps of the step-by-step procedure "Skin", a high process quality is obtained, that is documented through an increasing result quality of its effect. The combination of different low-threshold actions, as according to §3 BKV, and especially the use of special procedures (skin protection seminars/special inpatient treatments), has lead to better results. The satisfaction of the stakeholders surveyed (dermatologists/the insured) with the step-by-step procedure "Skin" is very high.

Altogether it has been shown, that the carried out and implemented measurements of the secondary and tertiary individual prevention in the report of suspicious activity of occupational disease 5101 have had a high investment nature and contribute to the avoidance, or rather the reduction of arising costs in the future. The "Return on Prevention" within this field is clearly occupied through the generation of a high net benefit. It would therefore be desirable, from a public health economic point-of-view to further observe this model of the secondary and tertiary individual prevention in its long-term effect and, if necessary, accompany the implementation of the measured variables of the process and outcome quality within the different administrations. Overall, the further implementation and standardization of processes of the statutory accident insurance bodies within the area of the evaluated proceedings should be pursued and an even stronger involvement of the business as a stakeholder should also be sought.

It would also be important and conducive from a public health and especially economical point-of-view to develop more models for the secondary and tertiary individual prevention for work-related diseases and, whenever necessary, also chronic diseases with long working inability allowances. Through the precisely targeted use of the method a high net benefit is achievable. In the future, the use of funds for preventative purposes could be carried out with more success and better targeted.

1. Problemstellung

1.1 Ausgangssituation

Hautkrankheiten sind die häufigsten berufsbedingten Erkrankungen; derzeit entfallen fast 60 % aller Aufwendungen der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) für berufliche Reha-Maßnahmen („Teilhabe“) auf sie. Jährlich erhalten die gesetzlichen Unfallversicherungen in Deutschland ca. 18.000 Verdachtsmeldungen auf das Vorliegen oder Entstehen einer berufsbedingten Hauterkrankung.

Berufskrankheiten-Dokumentation(BK-DOK) - Gewerbliche Wirtschaft Anzeigen auf Verdacht

5101 Hautkrankheiten

Betriebsgrößenklasse	Jahr der Anzeige							
	2005		2006		2007		2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
0 VK	112	,7%	129	,8%	135	,8%	127	,8%
über 0 - 9 VK	3598	23,4%	3648	23,7%	3586	22,0%	3198	18,9%
10 - 49 VK	2852	18,5%	2966	19,2%	3086	18,9%	2935	17,3%
50 - 249 VK	3142	20,4%	3000	19,5%	3247	19,9%	3503	20,7%
250 - 499 VK	1256	8,2%	1222	7,9%	1331	8,1%	1512	8,9%
500 und mehr VK	3254	21,1%	3230	21,0%	3409	20,9%	3437	20,3%
Unbekannt	1184	7,7%	1217	7,9%	1539	9,4%	2213	13,1%
zusammen	15398	100,0%	15412	100,0%	16333	100,0%	16925	100,0%

© DGUV Referat BK-Statistik/ZIGUV D-53757 Sankt Augustin; erstellt am 22 Nov 10

Tabelle 1: Berufskrankheiten-Dokumentation (BK-DOK) - Gewerbliche Wirtschaft (Anzeigen auf Verdacht BK 5101).¹

Bei diesen Zahlen wird, trotz der Steigerungen der Verdachtsanzeigen in den letzten Jahren,² jedoch angenommen, dass von einer erheblichen Unterschätzung der Neuerkrankungsrate um den Faktor 10 – 50 auszugehen ist.³ Die jährliche Neuerkrankungsrate beruflich bedingter Hauterkrankungen in westlichen Industrieländern wird auf etwa 0,5 – 1,9 Neuerkrankungen pro 1000 Beschäftigte und Jahr geschätzt.⁴

Es ist wissenschaftlich gesichert, dass Früh-Prävention geeignet ist, bei der Mehrzahl der von berufsbedingten Hauterkrankungen Betroffenen den Berufsverbleib zu ermöglichen und damit individuelles Leid aber auch Kosten für die gesetzliche Unfallversicherungen in erheblichen Umfang zu reduzieren.⁵ Aus diesen Gründen wurde das optimierte Hautarztverfahren geschaffen, das wie keine andere Einrichtung der DGUV den Präventionsgedanken verkörpert.

Am 01.01.2006 wurde das optimierte Hautarztverfahren mit dem „optimierten Hautarztbericht“ als neues Erhebungsinstrument (Formtexte F6050 („Hautarztbericht“- Einleitung Hautarztverfahren und

¹ Es handelt sich hier lediglich um die Verdachtsmeldungen in der gewerblichen Wirtschaft. (DGUV Referat BK-Statistik/ZIGUV). Insgesamt gingen in Deutschland 2007 18.404 Verdachtsmeldungen auf BK 5101 bei allen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern ein. Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut (2011), S. 16.

² Gründe für die steigenden Verdachtsmeldungen sind sicherlich die bundesweit durchgeführten Präventionskampagnen zum Thema Haut, u.a. unter dem Motto: „Die wertvollsten 2m² Deines Lebens.“ Vgl. <http://www.deinehaut-bg.de>.

³ Vgl. Belsito (2005); Cherry (2000); Diepgen (2002); Kaufmann (1998); Taylor (1988).

⁴ Vgl. Belsito (2005) & Diepgen (2006).

⁵ Vgl. Skudlik et al. (2008), Skudlik (2009).

Stellungnahme Prävention) und F6052 („Hautarztbericht“ – Behandlungsverlauf) bundesweit eingeführt⁶ Nahezu zeitgleich mit der Einführung wurden seitens der Fachgesellschaften entsprechende Empfehlungen und Leitlinien als Orientierungshilfe zum Umgang mit dem neuen Hautarztverfahren veröffentlicht.⁷ Ergänzend dazu wurde Ende des Jahres 2005 das verwaltungsseitige „Stufenverfahren Haut“ geschaffen und eingeführt, dies hatte eine zusätzliche Optimierung der Verwaltungsabläufe in diesem Bereich zum Ziel.

Die Zustimmung zur Einführung dieses verbesserten Verfahrens der Sekundärprävention von Berufsdermatosen wurde seitens des Bundesverbandes der Unfallkassen (BUK) an die wissenschaftliche Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens geknüpft. Auch der Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BLB) und der HVBG befürworteten die Durchführung einer wissenschaftlichen Evaluation, dies geschah anknüpfend an die Vorgehensweise bei der Einführung des klassischen Hautarztverfahrens.⁸ Ergänzt wurde dieses Evaluationsvorhaben, um die hier vorliegende Evaluationsstudie VVH.

1.2 Entwicklungen

Aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse über die Möglichkeiten und erwarteten Wirkungen von Präventionsansätzen sowie der Kenntnis über die Optimierungspotenziale im Bereich der Verwaltungen wurde - wie dargestellt - nicht nur das Hautarztverfahren weiter optimiert, sondern auch parallel dazu das Stufenverfahren Haut zur verwaltungsseitigen Bearbeitung von Verdachtsmeldungen auf die Berufskrankheit 5101 (BK 5101 „Haut“) eingeführt.⁹ Das optimierte Hautarztverfahren und vor allem auch das Verwaltungsverfahren Haut hat eine Systematisierung und Weiterentwicklung des bestehenden Verwaltungshandelns zum Ziel.

Als Resultat soll durch eine weitere Verbesserung der Frühprävention, Erkrankungen frühzeitig zur Abheilung gebracht und hauterkrankten Versicherten den Verbleib in Risikoberufen ermöglicht werden. Damit soll dem gesetzlichen Anspruch der Versicherten auf präventive Maßnahmen zur Verhinderung des Arbeitsplatzverlustes erfüllt werden.¹⁰

Weil diese beiden parallel eingeführten, innovativen, präventiv ausgerichteten Verfahrensarten in der Gesetzlichen Unfallversicherung (Optimiertes Hautarztverfahren/ Stufenverfahren Haut) sich komplementär ergänzen, ist es sinnvoll, sie gemeinsam zum Gegenstand einer Qualitätsprüfung und Evaluation zu machen, zweckmäßigerweise bereits ab der Einführung.

Dies wurde mit dem Forschungsvorhaben „Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut (EVA_Haut)“ und des „Verwaltungsverfahren Haut (VVH)“ umgesetzt.¹¹ Dabei soll natürlich gleichzeitig eine Evaluation der Effizienz der seitens der DGUV im Rahmen des §3 BKV eingesetzten Mittel durchgeführt werden.

Die Abgrenzung und Aufgabenteilung zwischen EVA_Haut und VVH wurde im Antrag zur „Evaluation Verwaltungsverfahren (VVH)“ wie folgt formuliert:

⁶ Vgl. Breuer (2005), HVBG-BK-Rundschreiben 031/2005 v. 21.09.2005.

⁷ Vgl. u.a. Blome (2007) sowie John (2006) und John (2007).

⁸ Zur Einführung des „klassischen Hautarztverfahrens“; vgl. u.a. Abschlussbericht EVA_Haut, S. 10f.

⁹ Vgl. u.a. Breuer (2005)

¹⁰ Vgl. Pohrt (2005); zum Aufbau des Stufenverfahrens Haut, vgl. Abschnitt 3.

¹¹ Vgl. Antrag VVH: Anlage 1.

„Das Zusammenspiel dieser beiden komplementären Elemente der Frühprävention wird in dem kürzlich bewilligten Forschungsvorhaben EVA_Haut (Projektkürzel: 412.02:411.43-FB 130-Eva-Haut) evaluiert werden, wobei bei EVA_Haut der Schwerpunkt auf der Bewertung der dermatologischen Informationsbereitstellung und des Casemanagements sowie verschiedener Akzeptanzanalysen liegt.

Im Rahmen der Sitzungen der DGUV-Projektgruppe zum Forschungsvorhaben EVA_Haut hat sich ergeben, dass die im Rahmen der Untersuchung anfallenden Koordinationsaufgaben im Bereich der Verwaltung nicht aus dem Liniengeschäft heraus geschultert werden können, sondern eine eigene qualifizierte Kraft mit entsprechender einschlägiger Erfahrung erfordern.

In diesem Zusammenhang wurde entsprechend den Vorgaben der DGUV-Projektgruppe das hier beantragte Forschungsvorhaben VVH konzipiert. Es soll ergänzend zum bereits bewilligten dermatologischen Evaluationsvorhaben „EVA Haut“ eine umfassende, detaillierte Untersuchung der verwaltungsseitigen Abläufe mit Beurteilung der Ursachen-Wirkungszusammenhänge zwischen den angestrebten Zielen, den eingesetzten Instrumenten und den erreichten Ergebnissen ermöglichen. Es soll so die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Verfahrens evaluiert werden.

Die Durchführung dieses ergänzenden Forschungsvorhabens erfolgte in einer stetigen und engen Kooperation mit den Forschungsnehmern des Projektes EVA_Haut.“

1.3 Evaluationsstudie VVH

Die Evaluationsstudie VVH führte eine externe, wissenschaftlich begründete Qualitätssicherung von innovativen, präventiv ausgerichteten Verfahrensarten in der Gesetzlichen Unfallversicherung durch. Sie versucht dabei alle beteiligten Akteure zu berücksichtigen und ihre Sicht der Dinge im Sinne eines Multi-Stakeholder-Ansatzes zu berücksichtigen.¹²

Die exakte Vorgehensweise im Rahmen des Projektes wird dabei in Abschnitt 3 dargestellt (vgl. Abschnitt 3). Grundlegend werden dazu Verwaltungsverfahren anhand der BG-Aktenauszüge von Gutachtern bewertet, ferner werden größtenteils standardisierte Befragungen von BG-Sachbearbeitern sowie erstattenden Hautärzten und Versicherten vorgenommen.

Das Follow-up-Intervall (Beobachtungszeitraum) beträgt für alle Verdachtsmeldungen auf BK 5101 i.d.R. mindestens 12 Monate. Die Auswahl der in die Evaluation genommenen Verwaltungsverfahren erfolgt randomisiert im Sinne einer Quotenstichprobe, entsprechend dem Anteil der einzelnen Unfallversicherungsträger am Gesamtaufkommen der Verdachtsmeldungen auf die Berufskrankheit der Ziffer 5101 im Referenzjahr 2007 (vgl. Abschnitt 3.3).

1.3.1 Ziele der Evaluationsstudie VVH

Ziel ist die Messung der Wirkungen und der Effizienz des optimierten Hautarztverfahrens und parallel der Umsetzung/Umsetzbarkeit des verwaltungsseitig komplementären Stufenverfahrens Haut bzw. einzelner Elemente des Stufenverfahrens oder analoger Verwaltungsverfahren bei Hautfällen. Die

¹² Der Multi-Stakeholder-Ansatz geht von einer umfassenden und gleichzeitig intensiven und offensiven Berücksichtigung der Unternehmensumwelt aus. Als Stakeholder können Bezugsgruppen, Interessensgruppen, Anspruchsgruppen bezeichnet werden, die von der Unternehmung betroffen sind. Sie verfolgen deshalb ein gewisses Interesse gegenüber der Unternehmung. Mit dem weiten Begriff des Betroffenseins wird die Unternehmung nicht ausschließlich als eine Einrichtung und damit als Instrument zur Erzielung von Gewinn für den Kapitalgeber (Stockholder) gesehen, sondern als eine Institution, die einer Vielzahl verschiedener Interessen gegenüber steht, denen auch zu entsprechen ist. Vgl. Bea/Haas (2004), S. 105.

Messung der Effizienz soll dabei abgeleitet vom gesetzlichen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherungen erfolgen.¹³ Dieser gesetzliche Auftrag lässt sich ökonomisch in einem mehrdimensionalen Zielsystem¹⁴ darstellen (vgl. Abbildung 1).

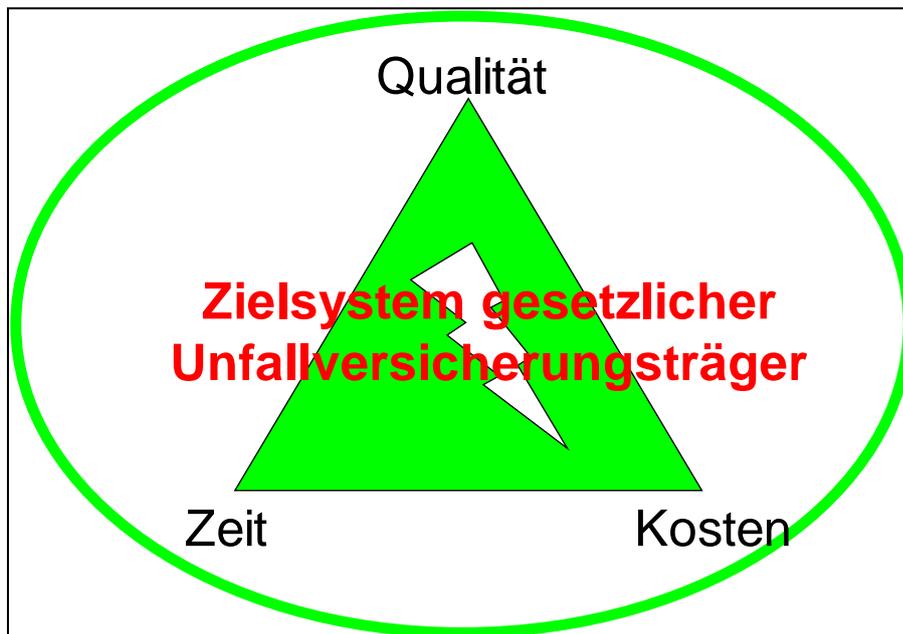


Abbildung 1: Aus dem gesetzlichen Auftrag abgeleitetes mehrdimensionales Zielsystem eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.

Dabei ist die Qualität die zentrale und dominierende Zielgröße. Als Qualitätsfaktoren in diesem Zusammenhang sind, einerseits die Verbesserung der Gesundheit des Versicherten zu nennen, andererseits und sehr konkret: Den Erhalt der Beschäftigung des Versicherten durch die präventiven Maßnahmen. Die Nebenbedingungen, die nach dem ökonomischen Ansatz des Minimum-Prinzips¹⁵ zu optimieren sind, sind dabei die Steigerung der Kundenzufriedenheit, normalerweise durch kurze und transparente Prozesslaufzeiten und die Minimierung der Kosten bei gegebenem qualitativem Output.

Die zentralen Forschungsfragen, die sich daraus ergaben und im Forschungsauftrag formuliert wurden, sind:

1. Wird das Stufenverfahren Haut flächendeckend praktiziert?
2. Welche Ergebnisse und Wirkungen werden durch die vollständige oder teilweise Umsetzung des Stufenverfahrens Haut erzielt?
3. Welche Besonderheiten sind bei der Umsetzung bzw. Ausgestaltung des Stufenverfahrens bei einzelnen UV-Trägern zu beobachten?

¹³ In § 26 Abs. 2 SGB VII ist geregelt, dass die Rehabilitation „mit allen geeigneten Mitteln“ zu geschehen hat. § 26 Abs. 5 SGB VII spezifiziert dies in der Form, dass die Rehabilitation „nach pflichtgemäßem Ermessen“ des Trägers und der leistungserbringenden Einrichtung zu geschehen hat, daraus lässt sich das Gebot der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ableiten. Vgl. Nehls (2009).

¹⁴ Unter mehrdimensionalen Zielsystemen wird in der Betriebswirtschaft verstanden, dass verschiedene Zielaspekte (Sicherheits-, Wachstums- und Profitabilitätsziele) wiederum verschiedene Unterziele (monetäre und nicht-monetäre, kurzfristige und langfristige) umfasst. Vgl. Diller (1997), S. 347ff.

¹⁵ Das Minimum-Prinzip bzw. Minimal-Prinzip bedeutet, dass ein vorgegebener Output mit einem möglichst kleinen Input an Produktionsfaktoren realisiert werden soll. Vgl. Thommen/Achleitner (2009), S. 119.

4. Können durch Umsetzung von Varianten bzw. Ergänzungen – oder auch unterschiedliche Interventionsstrategien - unterschiedliche Wirkungen dargestellt werden?
5. Welches sind die zentralen Erfolgsfaktoren im Rahmen des Prozesses, die mit der Umsetzung des Stufenverfahrens bei Hautfällen verbunden sind?

Im Rahmen der Entwicklung der Erhebungsinstrumente für EVA_Haut und insbesondere für das Forschungsvorhaben VVH wurde dann, um die Erreichung der angestrebten Ziele noch besser messen zu können, noch eine weitere Kernfrage formuliert:

6. Wie ist die Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungen durch die betroffenen Versicherten und die mit dem Verfahren befassten Hautärzte?

Antworten auf diese zentralen Fragen und Ergebnisse finden sich zusammengefasst im Kapitel 5 des Berichtes (vgl. Abschnitt 5).

Darüber hinaus ist natürlich zu beachten, dass durch das Forschungsvorhaben von Anfang an normative Einflüsse bezüglich qualifizierter Meldungen und maximaler Anstrengungen aller Beteiligten wirksam wurden. Dies wurde u.a. durch entsprechende Rundschreiben und Darstellungen des Forschungsvorhabens in den einzelnen Verwaltungen und in der entsprechenden Fachliteratur verstärkt. Diese von Beginn an anvisierten zusätzlichen Erfolge, waren u.a.: Förderung und Stärkung einer kostendämpfenden medizinischen Diagnostik, akkurate Beratung und Dokumentation sowie eines konsequenten Monitoring umgesetzter Frühpräventionsmaßnahmen. Dadurch soll eine weitere Verbesserung der Effizienz der seitens der GUV im Rahmen des §3 BKV eingesetzten Mittel erreicht werden.

1.3.2 Aufgaben im Rahmen der Evaluationsstudie VVH

Die im Projektantrag formulierten Ziele der Evaluationsstudie VVH lassen sich in folgende Aufgaben umformulieren, die durch die Forschungsnehmer im Projektzeitraum geleistet wurden:

- **Definition und Beschreibung der Ziele der Studie sowie der Aufgaben des Verwaltungsprozesses zur „Medizinischen Rehabilitation bei Hauterkrankungen / Frühintervention“.**
Dieser Teilbereich wurde im Projektantrag schon vorformuliert und im Rahmen des Projektes immer wieder kritisch hinterfragt und ggf. – wie oben dargestellt entsprechend - erweitert.
- **Design von Fragebögen/Erhebungsinstrumenten zur Ermittlung der zur Zielerreichung notwendigen Variablen inkl. Abstimmung mit den beteiligten Expertengruppen (Lenkungsgruppen).**
Dieser Teilbereich des Projektes wurde gemeinsam mit der „ad hoc“-Arbeitsgruppe und externen Beratern durchgeführt und in den Zwischenberichten der Projekte entsprechend erläutert.¹⁶
- **Vorbereitung und Steuerung der Erhebung (inkl. Programmierung der Erhebungsmasken) sowie Begleitung der Datenerhebung inkl. Auswertung der Verwaltungsverfahren (> 1.300 Fälle).**

¹⁶ Vgl. 1. Zwischenbericht EVA_Haut vom 01.11.2008, S. 22ff.

Auch die erfolgreiche Durchführung dieser Projektschritte wurde im Rahmen der Zwischenberichte ausführlich dargestellt.¹⁷

➤ **Auswertung der Variablen und Ermittlung der Ergebnisse, sowohl speziell der VVH-Maske, als auch des gesamten Forschungsvorhabens VVH .**

Die Auswertungen der VVH-Maske finden sich gesammelt im Kapitel 4, die Beantwortung der zentralen Forschungsfragen erfolgt dann im Kapitel 5 und ein Vergleich mit anderen Studien und bekannten Ergebnissen wird dann im Kapitel 6 vorgenommen.

➤ **Aufbereitung der Ergebnisse für Expertengremien und Diskussion der Ergebnisse mit den Expertengremien.**

Der forschungsbegleitende Arbeitskreis wurde mit dem Zwischenbericht VVH über den Stand der Projekt- und Forschungsarbeiten informiert, eine erste Diskussion erster Ergebnisse erfolgte dann im August 2010 mit dem Autorenteam BK 5101.¹⁸ Die Diskussion der Ergebnisse anhand einer vorläufigen und ausführlichen Projektabschlusspräsentation erfolgt dann in diesem Kreis am 26. April 2011 in Hannover. Darüber hinaus ist dann eine Präsentation der Ergebnisse im Arbeitskreis „Anwendung BK-Recht“ geplant, ggf. ist auch – falls erwünscht - eine Präsentation der Ergebnisse im Arbeitskreis „Steuerung und Controlling“ möglich.

➤ **Dokumentation der Projektergebnisse**

Die Ergebnisse werden in Form dieses Abschlussberichtes insgesamt dokumentiert. Darüber hinaus wurde eine ausführliche Präsentation der zentralen Ergebnisse (inkl. Kurz-Version) erstellt.

¹⁷ Vgl. Zwischenbericht VVH vom 15.07.2009, S. 14-22 und 1. Zwischenbericht EVA_Haut vom 01.11.2008, S. 22-27.

¹⁸ Treffen am 18. August 2010 in Würzburg mit dem Autorenteam BK 5101.

2 Prävention

Die zu erwartenden sozio-demographischen Veränderungen in der Bundesrepublik in den nächsten 30 Jahren, die derzeit schon sehr deutlich absehbar und im Gange sind, führen zu einer kompletten Verschiebung der Alterspyramide der Bevölkerung.¹⁹ Die Folgen für die Volkswirtschaft und insbesondere auch für die Sozialversicherungen sind erheblich: Immer mehr ältere Menschen gehören nicht mehr zum Kreis der Beschäftigten und damit der Versicherten und Beitragszahler, so nimmt einerseits die finanzielle Basis ab, andererseits verknappt sich auch das Angebot an Arbeitskräften. Dieser Arbeits- und Fachkräftemangel ist in manchen Bereichen schon aktuell (2011) ersichtlich. So wird es immer mehr zu einem gesamt-gesellschaftlichen und gesamt-wirtschaftlichen Anliegen, den Eintritt von Langzeiterkrankungen und chronischen Erkrankungen, die zur Erwerbs- und Berufsunfähigkeit führen, frühzeitig einzudämmen bzw. zu verhindern. Ein wichtiger Ansatz in diesem Zusammenhang ist die Prävention von Erkrankungen.

2.1 Definition der Prävention

Präventive Versorgungsformen gewinnen in Zeiten von knappen Ressourcen, sowohl an Kapital, als auch an Geld immer mehr an Bedeutung. Als Prävention gilt: „Die Verhütung oder Früherkennung und Frühbehandlung von Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen oder die Einschränkung der Folgeschäden von Erkrankungen.“²⁰ Eines der Hauptprobleme bei Präventionsmaßnahmen im Sinne eines Public Health-Ansatzes²¹ ist der Nachweis der Wirkung und der Wirksamkeit (ggf. auch im Vergleich mit anderen Maßnahmen), quasi der Beleg dafür, dass „durch die Durchführung von Präventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten wirklich verhindert oder zumindest herausgezögert werden kann“²². Eine anerkannte Möglichkeit die Wirkungen von Präventionsansätzen herauszuarbeiten, ist die wissenschaftliche Evaluation der Präventionsmaßnahmen und ihrer Wirkungen.

2.2 Arten von Prävention

In den letzten Jahren haben sich unterschiedliche Präventionsansätze in der Praxis herausgebildet, die in die drei Kategorien Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden werden können. Die Hauptkategorie nach der die einzelnen unterschieden werden können, sind die möglichen Krankheitsentwicklungsprozesse.²³ Eine weiterer Ansatzpunkt für die Einteilung der Prävention ist noch der Zeitpunkt und die Betroffenheit: Die Primärprävention setzt an einer Gruppe oder Kollektiv an, die tendenziell zu den Risiken zählt, die Erkrankung ist allerdings i.d.R. noch nicht ausgebrochen, sekundäre und tertiäre Prävention sind eher individuell und bei einer beginnenden Erkrankung.

2.2.1 Primäre Prävention

Die primäre Prävention widmet sich in erster Linie der Vermeidung oder Reduzierung von krankheitsauslösenden Ursachen. Dabei setzt die Primärprävention an der Vermeidung oder Verminderung von Ursachen an, die die Krankheit auslösen können. Dies können sowohl physische

¹⁹ Vgl. Hof (2001), S. 45ff.

²⁰ Vgl. Rudow (2004), S. 19.

²¹ Public Health, als Wissenschaftsdisziplin, befasst sich nach einer WHO-Definition mit der Verhütung von Krankheiten, der Lebensverlängerung sowie der Förderung seelischer und körperlicher Gesundheit durch gemeinsame gesellschaftliche Anstrengungen.

²² Vgl. Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. „Präventionsforschung“ S. 3.

²³ Vgl. Siegrist (2005), S. 267ff.

Faktoren (Gefahrstoffe etc.), als auch bestehende Verhaltensweisen von Menschen sein (mangelndes Risikobewusstsein / Ablehnung von Schutzmaßnahmen).

Im Falle von Hauterkrankungen und speziell der Berufskrankheit 5101 ist daher die Aufgabe und das Ziel das Vermeiden des Auftretens berufsbedingter Hauterkrankungen. Zur Erreichung des Ziels der primären Prävention von Berufsdermatosen existieren folgende Instrumente und Maßnahmen:

- Grundsätze und Regeln der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, wie beispielsweise diverse Schutzmaßnahmen in speziellen Arbeitsbereichen sowie seit 2005 die neue Gefahrstoffverordnung²⁴
- Die vorgeschriebenen arbeitsmedizinischen Untersuchungen bei hautbelastend Beschäftigten
- Grundsätze und Regeln des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales: TRGS (Technische Regeln für Gefahrstoffe, sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Anforderungen an Gefahrstoffe des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales)
- gesundheitspädagogische Informationen/Schulungen, wie beispielsweise das Einüben hautschonendes bzw. -schützendes Verhaltens, unabhängig von Verdachtsmeldungen, beispielsweise in Betrieben oder auch in Berufsschulen
- Berufseingangsuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (z. B. Allergietestungen).

2.2.2 Sekundäre Prävention

Sekundärprävention bezeichnet die Früherkennung von Risikofaktoren oder von Krankheiten sowie die Frühtherapie von entstehenden bzw. bereits entstandenen Krankheitsbildern. Die Sekundärprävention setzt an der Krankheitsentstehung an. Zu den Präventionsmaßnahmen im Rahmen der sekundären Individualprävention zählen u. a.:

- Betreuung durch Betriebsarzt (z.B. arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen)
- Heilbehandlung
- Optimierte Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz
- Gesundheitspädagogische Seminare

Im Bereich der Berufskrankheiten gibt es einen besonderen Ansatz zur sekundärer Prävention, der den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern schon vor Entstehung einer Krankheit die Möglichkeit eröffnet Maßnahmen einzuleiten und zu finanzieren. Diese werden normalerweise unter dem Begriff „§3-Maßnahmen“ zusammengefasst. Dieser Begriff folgt der Berufskrankheitenverordnung, dort sind die Übernahmen und auch die Art dieser Maßnahme im §3 geregelt. Dass Maßnahmen im Rahmen

²⁴ In diesem Zusammenhang ist auch die DGUV V2 zu nennen, die die arbeitsmedizinische Betreuung in den Klein- und Mittelbetrieben seit Anfang 2011 deutlich verbessern soll. Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2011), S. 7-11.

der Sekundärprävention höchst effektiv sind, zeigt eine Interventionsstudie, die 2004 publiziert wurde.²⁵

Der Einsatz von sekundärer Prävention von Berufsdermatosen ist dann erforderlich, wenn sich eine berufliche Hauterkrankung bereits manifestiert hat. Dabei ist das Ziel eine Verbesserung der Hautveränderungen beziehungsweise eine dauerhafte Abheilung zu erreichen. Im Rahmen der Sekundärprävention berufsbedingter Hauterkrankungen nimmt das Hautarztverfahren eine zentrale Stellung ein. Das Verfahren beginnt klassischerweise mit der Übernahme oder Einleitung eines dermatologischen Behandlungsauftrags durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger, dies ist allerdings nicht zwingend notwendig. Das Verfahren ermöglicht auch eine frühzeitige Einleitung anderer indizierter und präventiver Maßnahmen, wie sie im Rahmen des §3 BKV geregelt sind.²⁶ Ein §3-Verfahren wird dann eingeleitet, wenn bei krankhaften Hautveränderungen die Möglichkeit besteht, dass durch eine berufliche Tätigkeit eine Hauterkrankung entsteht, wiederauft oder sich verschlimmert.²⁷ Ursprünglich wurde das Hautarztverfahren 1972 in der Bundesrepublik Deutschland eingeführt. Seit 1996 ist es in allen Bundesländern etabliert²⁸ und zuletzt in Form des am 01.01.2006 eingeführten „optimierten Hautarztberichtes“ modifiziert.²⁹

Der Hautarztbericht wird, im Falle des Einverständnisses des Versicherten, durch Dermatologen, Betriebs- und Arbeitsmediziner dem zuständigen Unfallversicherungsträger erstattet. In Analogie zur Primärprävention spielen auch im Rahmen der sekundären Individualprävention („SIP“) gesundheitspädagogische Schulungen eine wesentliche Rolle. Zu den weiteren Maßnahmen zählen Arbeitsplatzbegehungen mit dem Ziel, die Arbeitsplatzbedingungen zu verbessern oder aber auch das Einleiten oder Intensivieren medizinischer Maßnahmen in Form von Diagnostik und Therapie.

2.2.3 Tertiäre Prävention

Die Tertiärprävention bezeichnet die Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit. Die Tertiärprävention setzt am Krankheitsverlauf an.³⁰ Die tertiäre Individualprävention wird insbesondere dann genutzt, wenn beispielsweise durch ein stationäres Heilverfahren eine Stabilisierung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden kann und dadurch die Arbeitsfähigkeit – zumindest für einen mittleren Zeitraum - wieder hergestellt wird.

Die Maßnahmen der tertiären Prävention von Berufsdermatosen umfassen eine stationäre Behandlung. Dort werden die bereits eingeleiteten Maßnahmen der sekundären Individualprävention fortgeführt und intensiviert. Maßnahmen der tertiären Individualprävention („TIP“) werden vor allem bei ambulant therapieresistenten Berufsdermatosen eingeleitet, wenn der Zwang zur Aufgabe der hautschädigenden Tätigkeit oder der Eintritt einer Berufskrankheit herrscht.

Das Ziel der tertiären Prävention soll der langfristige Berufsverbleib als auch die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen erhöhen. Die Erfolgchancen der tertiären Individualprävention

²⁵ Vgl. Diepgen et al. (2004).

²⁶ Vgl. Dickel (2004), John (2006).

²⁷ Vgl. John (2006).

²⁸ Vgl. Dickel et al. (2004).

²⁹ Vgl. John et al. (2007).

³⁰ Vgl. Drexler (2003).

werden vor allem auch durch die zeitweise Veränderung des sozialen Umfeldes des Erkrankten und die Konzentration auf die therapeutischen, aber auch verhaltensändernden Maßnahmen erwartet.³¹

2.3 Wirkungen von Präventionsansätzen

Die Wirkung und der Nutzen verschiedener Präventionsansätze konnte bereits vielfach nachgewiesen werden. Allerdings muss auch festgehalten werden, dass es kein allgemeingültiges Modell zur Ermittlung der Wirkungen von Präventionsmaßnahmen und der Bewertung des daraus resultierenden Nutzens gibt.

Ein Beispiel für den Nachweis des Nutzens von Präventionsansätzen ist das Projektergebnis der Studie „Präventionsbilanz aus theoretischer und empirischer Sicht“, indem der sog. Return on Prevention analysiert und berechnet wird. Diese Kennzahl beschreibt das Verhältnis der Rückflüsse von Präventionsarbeit (Präventionsnutzen) und der Präventionsausgaben (Präventionskosten). Bei der damaligen Untersuchung lag der „Return on Prevention“ bei 1,6. Dieser Wert drückt in abstrakter Weise das ökonomische Erfolgspotential von Präventionsarbeit aus.³²

Die Prävention beruflich bedingter Hauterkrankungen ist einerseits durch große Präventionserfolge im Bereich der starken oder sehr spezifischen Hauterkrankungsgefährdung (Frisörhandwerk, Latexhandschuhe etc.) und andererseits durch minimale Handekzemprävalenzen in Großbetrieben mit adäquater betriebsärztlicher Betreuung gekennzeichnet und nachgewiesen.³³

Der Nutzen des stringenten Einsatzes von primärpräventiven Maßnahmen im Bereich der Verhinderung und Verminderung von berufsbedingten Hauterkrankungen ist in mehreren Veröffentlichungen dargestellt und belegt.³⁴ Dies gilt zunächst einmal für durchgeführte gesundheitspädagogische Maßnahmen im Bereich der Primärprävention,³⁵ ebenso konnte aber auch gezeigt werden, dass Maßnahmen der Sekundärprävention höchst effektiv und nutzenstiftend sind. Dies zeigt eine Interventionsstudie aus dem Jahre 2004.³⁶

2.3.1 Erwarteter Nutzen von Präventionen im Bereich BK 5101

Im Rahmen der Studie von Diepgen konnte gezeigt werden, dass durch die konsequente Umsetzung eines Hautschutzplans und durch den Einsatz von Hautschutzmitteln und persönlicher Schutzausrüstung (PSA) in einem metallverarbeitenden Betrieb die Prävalenz der Handekzeme von über 25 Prozent auf unter 9 Prozent gesenkt wurde.

Auch innerhalb der sekundären Individualprävention haben sich interdisziplinäre schwerpunktmäßig gesundheitspädagogische Interventionen mehrfach erfolgreich bewährt. Gesundheitspädagogische Hautschutz-Schulungsprogramme sind mittlerweile flächendeckend und erfolgreich für bestimmte Berufsgruppen etabliert. Hierdurch konnten in den zurückliegenden Jahren in vielen besonders hautbelastenden Bereichen ein deutlicher Rückgang der Berufsaufgaben erzielt werden.³⁷

³¹ Vgl. u.a. Abschlussbericht Benchmarking Nord „BK 5101“.

³² Vgl. Bräunig & Mehnert (2008), S. 48f.

³³ Vgl. Funke (2005), S. 17.

³⁴ Vgl. u.a. Allmers (2002), Allmers (2004), Bauer (2002), Löffler (2006).

³⁵ Vgl. u.a. Wulfhorst (2001), Schwanitz et al. (2003), Flyvholm et al. (2005).

³⁶ Vgl. Diepgen et al. (2004).

³⁷ Vgl. Bauer (2002), John (2007), Nienhaus (2004), Schurer (2005), Weisshaar (2006a), Weisshaar (2006b).

Der Nutzen im Rahmen der tertiären Individualprävention ist ebenso nachweisbar. So konnte beispielsweise anhand des seit 1994 an der Universität Osnabrück angebotenen modifizierten stationären Heilverfahrens (sog. „Osnabrücker Modell“) gezeigt werden, dass durch intensivierte, interdisziplinäre (medizinische, gesundheitspädagogische, psychologische, ergotherapeutische, technische) präventive Anstrengungen bei zwei Drittel der Patienten mit konkret drohender Gefahr des objektiven Unterlassungszwanges der beruflichen Tätigkeit ein langfristiger Berufsverbleib erzielt werden kann.³⁸

2.3.2 Analyse von Wirkungen und Nutzen durch Prävention unterschiedlicher Stakeholder

Bei Untersuchung des Nutzens von Präventionsmaßnahmen kann gezeigt werden, dass es sowohl unterschiedliche Individuen, als auch Gruppen gibt, die entweder als Einzelner oder in der Gemeinschaft von den Wirkungen der Prävention beeinflusst werden und profitieren.

2.3.2.1 Individueller Nutzen

➤ **Direkte Betroffene**

Bei den direkt Betroffenen, d.h. im konkreten Beispiel der Berufsdermatosen, den Versicherten, gibt es mehrere positive Wirkungen, die durch die Präventions- und Versorgungsmaßnahmen erzielt werden können. Zunächst einmal stehen natürlich die Minderung des persönlichen Leides und die Steigerung der Gesundheit der Betroffenen im Vordergrund.

Natürlich ist es für die Versicherten aber auch eine große Chance durch Präventionsmaßnahmen ihren angestammten Arbeitsplatz dauerhaft zu erhalten. Dies sichert ihnen zum einem die persönliche Existenzgrundlage. Das Verbleiben am angestammten Arbeitsplatz oder zumindest im bisherigen Betrieb sorgt – gerade bei älteren Versicherten - aber auch dafür, dass u.U. über lange Zeit gewachsene soziale Strukturen und Netzwerke intakt bleiben und damit nicht noch ein weiterer Verlust an sozialen Kontakten für die Betroffenen entsteht.

So ist es ein großer individueller Nutzen, wenn durch die Prävention ein Rückgang von Berufsaufgaben erreicht wird, ideal ist es, wenn darüber hinaus auch Fehlzeiten vermindert werden können und ein langfristiger Berufsverbleib gesichert ist.

➤ **Arbeitgeber**

Die Vermeidung von Kosten durch Reduzierung von Arbeitsunfällen ist in vielen Studien belegt.³⁹ Darüber hinaus wird in einigen Studien auch auf die positive Wirkung für Arbeitgeber und Betriebe hingewiesen, die aus Maßnahmen zur Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz entstehen, neben sinkenden Kosten und steigende Produktivität sind hier vor allem die sogenannten weichen Faktoren, wie die höhere Motivation und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu nennen.⁴⁰

Diese Erkenntnisse aus dem Bereich der Primärprävention – meist mit Bezug zu Arbeitsunfällen – lassen sich in der Regel auch auf den Bereich der Berufskrankheiten übertragen. Daraus kann gefolgert werden, dass der ökonomische Nutzen für Betriebe sich direkt in Form von steigenden Produktivitäten, durch eine eingespielte und arbeitsfähige Stammebelegschaft und indirekt durch die

³⁸ Vgl. u.a. John (2006), Skudlik (2004).

³⁹ Vgl. European Commission (2009).

⁴⁰ Vgl. Bräunig & Mehnert (2008), S. 7 u. 11.

mittel- bis langfristige Reduzierung der Beiträge für die einzelnen Sozialversicherungen, insbesondere natürlich der gesetzlichen Unfallversicherungen, ausdrücken lässt.

Neben dem schon nachgewiesenen Nutzen der einzelnen Präventionsformen, sollten gerade auch die sekundäre und tertiäre Individualprävention eine Steigerung der Motivation und Zufriedenheit der Versicherten nach sich ziehen. Daraus sollte auch eine steigende Leistungsbereitschaft folgen und eine größere Empathie für die eigene Arbeit und ggf. auch für den Arbeitgeber, dies ist gerade in Zeiten von wachsender Knappheit an Arbeitskräften, wie sie in einigen der besonders risikobehafteten Branchen zu verzeichnen ist, von besonderer Wichtigkeit. Insgesamt profitieren die Arbeitgeber, also sowohl ökonomisch, als auch soziokulturell (steigendes Ansehen / verstärkende Bindung von Arbeitskräften) von den Wirkungen der Prävention.

2.3.2.2 Kollektiver Nutzen

➤ **Solidargemeinschaft Versicherte**

Der Nutzen für die Solidargemeinschaft der Versicherten lässt sich relativ klar quantifizieren. Die Investition in Prävention, die zunächst zu steigenden Ausgaben in der ambulanten, ggf. stationären Heilbehandlung führt, wird in der Regel überkompensiert durch die Reduzierung von Kosten für die Zahlung von Renten (Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit etc.) und die Reduzierung der Kosten für Maßnahmen der Teilhabe am Arbeitsleben, ggf. auch durch sinkende Ausgaben im Bereich der Kosten für Arbeitsunfähigkeiten.

Durch die Reduzierung dieser Kosten gibt es letztlich auch einen weiteren Effekt, der mit dem System der Umlagefinanzierung der Leistungen über die Sozialversicherungen verbunden ist. Dadurch profitieren die Partner der Sozialversicherung bei allen Säulen, denn obwohl die Beiträge der gesetzlichen Unfallversicherung de jure von den Arbeitgebern getragen wird, stellen sie de facto doch eine Erhöhung des Preises für den Faktor Arbeit dar und schmälern damit nicht nur die Wettbewerbsfähigkeit, sondern auch den Spielraum für Lohn- und Gehaltserhöhungen. Außerdem profitieren die Versicherten auch bei fallendem Faktorpreis der Arbeit und steigender Wettbewerbsfähigkeit: Zunächst über Sicherung und später über Ausweitung der Beschäftigung.

➤ **Soziokulturelles Umfeld**

Das soziokulturelle Umfeld, sowohl bei Risikobetrieben insgesamt, als auch bei den einzelnen Betroffenen profitiert natürlich auch von den einzelnen Präventionsleistungen. So konnte ja schon dargestellt werden, dass durch primäre Prävention die Risikoursachen gemindert werden können und Erkrankungen überhaupt nicht entstehen. Dies bedeutet natürlich die Vermeidung von zukünftigem persönlichem und familiärem Leid im Umfeld von Risikobetrieben.

Aber auch die sekundäre und tertiäre Individualprävention kann ganz zielgerichtet zur Verminderung des persönlichen Leides im soziokulturellen Umfeld des Betroffenen beitragen. Den größten Nutzen dürften dabei zunächst einmal die weiteren Mitarbeiter und Kollegen in den betroffenen Betrieben haben. Ihr Vorteil ist ein doppelter:

- Durch die Verbesserung der Gesundheit und die Reduzierung von Ausfallzeiten werden sonst, u.U. regelmäßig, entstehende Belastungsspitzen gekappt und die Arbeitsverdichtung wird reduziert. Dies gilt natürlich in einem besonders erheblichen

Maße für Fälle in denen die Beschäftigung erhalten werden kann und in denen aufgrund des Mangels an Fachkräften auf dem Arbeitsmarkt ggf. auch kein Ersatz zu finden wäre.

- Ein weiterer großer Vorteil für die Kollegen und Mitarbeiter eines betroffenen Betriebes sind natürlich auch die verbesserte Information über die Risiken sowie Präventionsmaßnahmen und ggf. die Verbesserung der Schutzmaßnahmen für alle Mitarbeiter in den risikobehafteten Bereich (Multiplikatoreffekte).

Natürlich profitiert auch das persönliche Umfeld des einzelnen Versicherten von Maßnahmen der sekundären und tertiären Individualprävention, neben der Sicherung der materiellen Existenzgrundlage, die mit Sicherheit auch auf persönliche Verfassung des einzelnen Versicherten und seinen Umgang mit dem Umfeld ausstrahlt, partizipiert dieser Personenkreis natürlich auch direkt an der Verbesserung der Gesundheit des Versicherten (zusätzliche Aktivitäten etc.).

3. Evaluationsstudie Verwaltungsverfahren Haut (VVH)

Mit der Einführung des Stufenverfahrens Haut im Dezember 2005 verfolgten die gesetzlichen Unfallversicherungsträger das Ziel, das bestehende Verwaltungshandeln weiterzuentwickeln, um durch persönliche Beratung und Betreuung den Versicherten kundenorientiert zu unterstützen und dadurch den gesetzlichen Anspruch auf Vorbeugung einer drohenden Berufskrankheit zu erfüllen und den Erhalt des Arbeitsplatzes zu gewährleisten.⁴¹

Entsprechend der Vorgaben der DGUV-Projektgruppe zum Forschungsvorhaben EVA_Haut (Projektkürzel: 412.02:411.43-FB 130-Eva-Haut) sowie der hier vorliegenden Studie Verwaltungsverfahren Haut (VVH) erfolgt im Rahmen dieser Evaluation des Stufenverfahrens Haut eine detaillierte Untersuchung der verwaltungsseitigen Abläufe mit Beurteilung der Ursachen-Wirkungszusammenhänge zwischen den angestrebten Zielen, den eingesetzten Instrumenten und den erreichten Ergebnissen.

Mit der Einführung des neuen Hautarztberichtes und des Stufenverfahrens Haut waren sehr viele Hoffnungen verbunden, die im Rahmen des Abschlussberichtes EVA_Haut wie folgt zusammengefasst wurden:

„Das „Stufenverfahren Haut“ hat eine neue Herangehensweise der Unfallversicherungsträger an berufsbedingte Hauterkrankungen zum Ziel. Systematischer und dadurch auch wesentlich rascher als bisher sollen die nach den Erfordernissen des jeweiligen Einzelfalls sinnvoll gestuften präventiven Maßnahmen dem Stand aktueller Erkenntnisse entsprechend durch die Verwaltungen veranlasst werden; im Vordergrund steht die dermatologische Betreuung (ambulantes Heilverfahren) ergänzt durch edukative Angebote (z. B. gesundheitspädagogische Beratungen/ Sekundäre Individual-Prävention [Hautschutzseminar], Verhaltens- und Verhältnisprävention). Dieses Konzept fußt auf dem optimierten Hautarztbericht, weil er eine an operationalen Kriterien orientierte Entscheidung der Verwaltungen ermöglicht: So sollten sämtliche Informationen für eine rasche Entscheidungsfindung bezüglich der Frühintervention in korrekt bearbeiteten Berichts-Formtexten (F6050/F6052) enthalten sein. Es muss allerdings geprüft werden, ob die erwartete Ergebnisqualität seitens der meldenden Dermatologen ebenso wie seitens der Verwaltungen auch kontinuierlich erreicht und damit Nachhaltigkeit erzielt wird.“⁴²

3.1 Das Stufenverfahren Haut

Das Stufenverfahren Haut, welches letztlich einer an den Anforderungen des Qualitätsmanagements zugeschnittenen Prozessbeschreibung mit einzelnen der Reihe nach aufeinander folgenden Prozessschritten entspricht, wurde im Verwaltungsrundschreiben VB 121 /2005 vom 6. Dezember 2005 beschrieben und auch in einem Artikel „Stufenverfahren Haut“ dargestellt.⁴³ Es wurde am 6. Dezember 2005 in das Berufskrankheiten- und Reha Informationssystem – Portal BIS Leistungen und Verfahren (BIS) - im Intranet der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) e.V. eingestellt und steht damit den Sachbearbeitern, auch in grafischer Form, zur Unterstützung der Arbeit bei der verwaltungsseitigen Bearbeitung von Verdachtsfällen auf die Berufskrankheit 5101 (BK 5101 / „berufsbedingte Hauterkrankungen“) zur Verfügung.

⁴¹ Vgl. Drechsel-Schlund et al. (2007), S. 32.

⁴² Abschlussbericht EVA_Haut, Kapitel 1.2, S. 11.

⁴³ Vgl. Drechsel-Schlund et.al (2007), S. 32ff.

Der im Stufenverfahren Haut definierte Arbeitsablauf bzw. Workflow entspricht einem Ablaufdiagramm mit nach DIN 66001 vorgegebenen Sinnbildern für grafisch dargestellte Prozesse.⁴⁴ Das Verfahren umfasst zwei Hauptstufen (Stufe 1 und Stufe 2) und innerhalb dieser Stufen jeweils mehrere Zwischenschritte. Die Stufe 1 orientiert sich dabei sehr stark an den Möglichkeiten, die sich aus dem §3 der Berufskrankheitenverordnung (BKV) ergeben (vgl. Anhang A) und die noch vor Anerkennung einer Berufskrankheit, ohne Anerkennung von Rechtsfolgen, die Einleitung und Durchführung von Maßnahmen erlaubt. Der Einstieg in Stufe 2 erfolgt dann nach Anerkennung der Krankheit als berufsbedingte Hauterkrankung.

Gegenstand des Evaluationsprojektes ist allerdings nur die Stufe 1 und ihre Zwischenschritte. Die einzelnen Zwischenschritte der Stufe 1 sind folgende:

- Erstbearbeitung
- §3 Maßnahmen erforderlich
- §3 Maßnahmen auswählen
- Zwischenkontrolle
- Abschluss des §3 Verfahrens

Diese einzelnen Zwischenschritte werden in den folgenden Abschnitten noch einmal kurz beschrieben.

3.1.1 Erstbearbeitung

Im Rahmen der Erstbearbeitung wird zunächst einmal geprüft, in welcher Form die Verdachtsanzeige den gesetzlichen Unfallversicherungsträger erreicht hat. Danach wird in die Bearbeitung des Hautfalles eingestiegen. Dazu gehört u.a. die Klärung der Zuständigkeit und des Versicherungsschutzes, diese sollten aber nicht im Vordergrund stehen. Primär sollte vielmehr - falls notwendig - auf eine möglichst schnelle Einleitung von niederschweligen Maßnahmen nach §3 hingewirkt werden. Dazu ist es auch wichtig, falls die Verdachtsanzeige nicht mit einem Hautarztbericht (F6050) erfolgte, diesen entsprechend nachzufordern. Es ist außerdem eine möglichst schnelle Kontaktaufnahme mit allen Verfahrensbeteiligten anzustreben. Außerdem sollten die entsprechenden Dokumentationspflichten beachtet werden (BK Verdachtsanzeige etc.).

3.1.2 §3 - Maßnahmen erforderlich

In einem weiteren Schritt ist dann zu prüfen, welche im §3 - bzw. niederschweligen Maßnahmen einzuleiten sind (hierfür ist es zweckmäßig, möglichst den F6050 vorliegen zu haben). Im Rahmen der auszuwertenden Informationen sind vor allem zwei Fragen zu klären:

1. Wird eine hautgefährdende Tätigkeit ausgeübt? und
2. Sind die Hauterscheinungen für diese Tätigkeit typisch?

Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt im Regelfall durch den geschulten und erfahrenen Sachbearbeiter. Bei komplexeren Fällen sollte ein Teamgespräch zwischen Sachbearbeiter, Präventionsdienst und Beratungsarzt zur Klärung führen.

⁴⁴ Vgl. Drechsel-Schlund et al. (2007), S. 32.

3.1.3 §3 Maßnahmen auswählen

Im Falle einer positiven Antwort auf die zuvor gestellten Fragen ist im nächsten Schritt dann die richtige Paragraf drei Maßnahme auszuwählen. Dabei steht den gesetzlichen Unfallversicherungen ein Instrumentarium an Paragraf drei Maßnahmen zur Verfügung, das es erlaubt, kostengünstigere Maßnahmen auszuwählen und ggf. weitere Maßnahmen zu ergreifen. Dabei wird in der Beschreibung des Verfahrens ausdrücklich auf folgende Punkte verwiesen, wenn es um die Reihenfolge der Einleitung von Maßnahmen geht:

- Zunächst sind Verfahren zu bevorzugen, die eine Eignung zur Gefahrenbeseitigung haben
- Kostengünstigere Maßnahmen sind kostenaufwendigeren Maßnahmen vorzuziehen
- Falls erforderlich, können auch mehrere Maßnahmen parallel oder auch Maßnahmen wiederholt durchgeführt werden.

Als mögliche Maßnahmen nach §3 - Berufskrankheitenverordnung (BKV) sind folgende Interventionen möglich:

- Einleitung / Übernahme Heilbehandlung
- Veranlassung der Betreuung durch den Betriebsarzt
- Optimierung des Arbeitsplatzes (organisatorische Maßnahmen)
- Optimierung der persönlichen Schutzausrüstung
- Angebot von gesundheitspädagogischen Seminaren⁴⁵

Gemeinhin wird auch die Einleitung eines stationären Heilverfahrens noch als eine Möglichkeit der Einleitung von Maßnahmen nach Paragraf drei BKV angesehen.

Es wird in diesem Zusammenhang auch darauf verwiesen, dass – trotz Einleitung beispielsweise von organisatorischen Maßnahmen – die Übernahme der Heilbehandlung abgelehnt werden kann. Wichtig ist im Sinne der Transparenz und Effektivität der Durchführung des Verfahrens, dass die veranlassenden Maßnahmen regelmäßig an alle am Verfahren Beteiligten zu kommunizieren sind.⁴⁶

3.1.4 Zwischenkontrolle

Sehr wichtig im Rahmen der Stufe 1 des Verwaltungsverfahrens Haut ist natürlich auch die entsprechende Prüfung von Verlaufs- und Zwischenberichten zur Steuerung des Verfahrens. Dies sollte alle drei Monate erfolgen. Liegt drei Monate nach Umsetzungsbeginn noch kein Zwischenbericht vor, ist der gesetzliche Unfallversicherungsträger gehalten diesen anzufordern.

Es sollte im Rahmen der Zwischenkontrolle eine Optimierung und ggf. Ergänzung der eingeleiteten Maßnahmen nach Paragraf drei BKV erfolgen (s.o.). Daneben sollte eine Terminierung von weiteren Meilensteinen ggf. auch ein Fallabschluss vorgenommen werden, damit eine zielgerichtete Steuerung möglich ist.

Aufgrund bestimmter Indikationen kann auch eine stationäre Maßnahme veranlasst werden.

⁴⁵ In Zusammenhang mit edukativen Angeboten werden verschiedene Begriffe benutzt, u.a. „SIP-Seminar“, „gesundheitspädagogisches Seminar“, „ASIP“ etc. Im Rahmen des vorgelegten Berichtes wird entsprechend DGUV-Rundschreiben 0314/2010 vom 15.06.2010 „Qualitätsstandards für Hautschutzseminare als Maßnahme im Stufenverfahren Haut“ einheitlich der Begriff „Hautschutzseminar“ verwendet. Ausnahmen stellt hier der im Studienprotokoll festgelegte Begriff „Subkohorte SIP“(s.u.) dar, ferner wird in Frage XIII des Fragebogens Gutachterkreis EVA_Haut von gesundheitspädagogischen Seminaren/Schulungen gesprochen.

⁴⁶ Vgl. Drechsel-Schlund et al. (2007), S. 34.

3.1.5 Abschluss des §3 Verfahrens

Bei Abschluss des Verfahrens muss geprüft werden, ob die eingeleiteten Paragraf drei Maßnahmen erfolgreich waren. Erfolgreich sind die Maßnahmen, wenn die berufliche Tätigkeit (dauerhaft) fortgesetzt werden kann. Ist dies der Fall, wird der Fall abgeschlossen.

Wenn die Maßnahmen nicht erfolgreich, ist ein Fallabschluss nicht möglich. Es müssen ggf. weitere Schritte nach Paragraf 3 BKV eingeleitet oder, wenn weitere §3 Maßnahmen nicht möglich sind, muss eine versicherungsrechtliche Entscheidung (ggf. die Anerkennung einer Berufskrankheit) vorgenommen werden. Im Falle einer versicherungsrechtlichen Entscheidung bzw. eines Verfahrensabschlusses aus anderen Gründen ist eine neue Mitteilung zur Veränderung für die „BK Dok“ notwendig.

3.2 Evaluationsstudie Verwaltungsverfahren Haut

Die Evaluationsstudie Verwaltungsverfahren Haut (VVH) stellte eine Ergänzung und Weiterentwicklung der Gesamtstudie EVA Haut der Universität Osnabrück dar. Mit den Studien VVH und EVA Haut wird vor allem auch das Zusammenwirken des optimierten Hautarztverfahrens und des verwaltungsseitigen Stufenverfahrens Haut untersucht. Die Evaluation des verwaltungsseitigen Stufenverfahrens Haut setzt insbesondere darauf, die Wirkungen im Hinblick auf die Zielvariablen des verwaltungsseitigen Handelns zu identifizieren und Verbesserungs- und Optimierungspotenziale zu erforschen.

Die Analyse der verwaltungsseitigen Abläufe setzt dabei vor allem auch auf den Ergebnissen der dermatologischen Bewertungen und den Akzeptanzanalysen im Rahmen des Forschungsvorhabens EVA_Haut auf. Dadurch besteht erstmals die Möglichkeit die komplexen Interaktionen im Verwaltungshandeln zu kontrastieren, u. a. mit der Güte der dermatologischen Informationen im Hautarztbericht (als eine wichtige Grundlage des verwaltungsseitigen Entscheidungsprozesses), dem Schweregrad sowie dem Verlauf der Hauterkrankung (als wesentlicher Einflussfaktor auf den Erfolg von präventiven Interventionen) .

3.2.1 Konzeption der Studie VVH

Grundlage für die Evaluation der beiden Projekte EVA_Haut und VVH ist die Untersuchung von insgesamt 1.600 Verdachtsfällen auf BK 5101, die den einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern gemeldet wurden.⁴⁷ Die Verwaltungsverfahren wurden im Rahmen der VVH Studie zunächst anhand der Aktenauszüge und der standardisierten Befragung von Sachbearbeitern von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern untersucht („VVH Maske“). Darüber hinaus wurden in die Untersuchung folgende Betrachtungen mit einbezogen:

- Dermatologische Gutachterbewertung der Entwicklung des Krankheitsverlaufes, aufgrund des Verfahrensablaufes und der Krankheitsentwicklung (Gutachterfragebogen / Fragebogen „Gutachter“)
- Patientensicht auf das Verfahren und die Zufriedenheit mit dem gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Patientenfragebogen / Fragebogen „Versicherter“)

⁴⁷ Im Antrag war eine Untersuchung in Größenordnung von 1.300 Verwaltungsverfahren avisiert worden. Diese Größe wurde durch die Untersuchungen im Rahmen von EVA_Haut und VVH mehr als erreicht.

- Sichtweise der behandelnden Ärzte auf den Verfahrensablauf und Einschätzung der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (Arztfragebogen / Fragebogen „Hautarzt“).

Zur gesamtheitlichen Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und damit zur Erreichung der Ziele der beiden Evaluationsstudien EVA_Haut und VVH ist das Zusammenspiel der einzelnen Erhebungsinstrumente von besonderer Bedeutung. Die Erhebungsinstrumente Fragebogen „Versicherter“, Fragebogen „Hautarzt“ und Fragebogen „Gutachter“ werden im Abschlussbericht „EVA_Haut“ ausführlich dargestellt.⁴⁸ Im Rahmen dieses Forschungsberichts wird lediglich auf die für VVH wesentlichen Fragestellungen dieser Erhebungsinstrumente eingegangen. Einen größeren Raum nimmt dagegen die Vorstellung des verwaltungsseitigen Erhebungsinstruments - der „VVH Maske“ - ein.

3.2.1.1 Fragebogen „Gutachter“

Der Fragebogen „Gutachter“ gliedert sich in ähnlicher Weise wie das beschriebene Stufenverfahren Haut. Die Gutachter⁴⁹ sollen in einem ersten Block Stellung beziehen zum Hautarztbericht (i.d.R. F6050), dann folgt die Bewertung der Zwischen- bzw. Verlaufsberichte (i.d.R. F6052), darüber hinaus wird dann auf besondere Aspekte der Berichterstattung der Hautärzte eingegangen, ehe es zu einer Gesamtbewertung des Hautarztverfahrens und der Fallentwicklung aus dermatologischer Sicht kommt.

Dabei dürften folgende Feststellungen der Gutachter, gegliedert nach dem Aufbau der gutachterlicher Einschätzung, zum Abgleich mit den Informationen der Sachbearbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungen relevant sein:

- Hautarztbericht:
 - Einschätzung der Gutachter zur Qualität der Berichterstattung der Hautärzte über die berufliche Beschäftigung ist interessant, insbesondere im Abgleich mit der Einschätzung der Sachbearbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungen. Dies betrifft sowohl die Tätigkeit, als auch die Tätigkeitsdauer und die Beschreibung der vorherigen Tätigkeit.
 - Angaben zur Hautbelastung/Schutzmaßnahmen. Dies betrifft sowohl die schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz (Arbeitsstoffe, Feuchtbelastung, Verschmutzung, Sonstige), als auch die Angaben zur Schutzausrüstung am Arbeitsplatz; auch hier ist eine Kontrastierung mit den Angaben der Sachbearbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungsträger angezeigt.
 - Hilfreich für die Evaluationsstudie VVH sind die Angaben zur Anamnese der Hauterkrankung. Dabei sind Angaben zum erstmaligen Auftreten / Erkrankungsdauer, Lokalisation und Morphe relevant.
 - Im Bereich der Bewertung des Hautbefundes sind vor allem die mögliche Berufsbezogenheit der Diagnose und die Nachvollziehbarkeit der beruflichen Verursachung der Hauterscheinungen von Bedeutung. Außerdem ist durch die Beurteilung der klinischen Schwere des Falles eine Einteilung der Fälle in bestimmte

⁴⁸ Vgl. Abschlussbericht „EVA_Haut“, Abschnitt 3.2.4, S. 24 f.

⁴⁹ Vgl. Abschlussbericht „EVA-Haut“, Abschnitt 3.2.4.3.2, S. 27f.

Fallkategorien möglich. Dies lässt ggf. vergleichende Auswertungen nach Fallschwere zu.

➤ Verlaufsberichte

- Anhand der Verlaufsberichte wird zunächst einmal festgestellt, wie sich der Fall entwickelt hat. Es werden Änderungen im beruflichen Status dokumentiert. Dies ist wichtig zur Einschätzung der Situation und zum Vergleich und Abgleich mit den vorliegenden Daten vor allem aus der VVH-Maske, ggf. aber auch aus dem Fragebogen „Versicherter“.
- Angaben zur Hautbelastung und Schutzmaßnahmen; hier gilt gleiches wie schon unter dem Punkt „Hautarztbericht“ für diesen Punkt aufgezählt. Gleiches gilt für die Anamnese und die Entwicklung der Diagnose.
- Die Beurteilung des Hautbefundes ist ebenfalls relevant, vor allem auch die Bewertung der klinischen Schwere des Falles. Hier sind Veränderungen im Verlauf von besonderer Bedeutung.

➤ Diagnosen (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)

- Die Diagnosestellung im Hautarztbericht ist aufgrund der vorliegenden Informationen nachvollziehbar?
- Wurde die Diagnose in den Verlaufsberichten durch neue Erkenntnisse gegenüber dem Erstbericht nachvollziehbar korrigiert bzw. ergänzt?

➤ Beurteilung (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)

- Die Begründungen zu Frage 8.1 (F6050) bzw. 7.1 (F6052) „Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung“ sind nachvollziehbar bzw. nicht nachvollziehbar.
- Sind in den vorgelegten Hautarztberichten die Punkte ausreichend bearbeitet, um die Berufsbedingtheit der Hauterkrankung beurteilen zu können?
- War die Einleitung des Hautarztverfahrens aus dermatologischer Sicht insgesamt indiziert?

➤ Empfehlungen

- Therapie
- Hautschutz (Stellungnahme überwiegend zu den möglichen Paragrafen drei nach BKV)
 - Handschuhe
 - Waren aus Ihrer Sicht Maßnahmen der sekundären oder tertiären Individualprävention indiziert?
 - Wurde eine gesundheitspädagogische Schulung (z.B. GPS-Seminar, Hautschutzseminar gemäß Empfehlung „Hautarztverfahren“) empfohlen?
 - Wurde ein berufsgenossenschaftliches stationäres Heilverfahren (z.B. TIP gemäß Empfehlung Hautarztverfahren) empfohlen?
- Arbeitsplatzbezogene technisch/organisatorische Maßnahmen
 - Wurde in den vorgelegten Hautarztberichten verwertbar zu technisch/organisatorische Maßnahmen Stellung bezogen?
 - Wären aus Ihrer Sicht technisch/organisatorische Maßnahmen erforderlich gewesen?
- Ist die Frage 9.3 (F6050) bzw. 8.3 (F6052) „Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit“ in den vorgelegten Hautarztberichten nachvollziehbar begründet?

- Zusammenfassende Stellungnahme zu den Hautarztberichten im vorliegenden Fall
 - Wie bewerten Sie abschließend die Qualität der/s Hautarztberichte(s) im vorliegenden Fall (Schulnote 1 - 6)?

3.2.1.2 Fragebogen „Versicherter“

Die Sichtweise des Versicherten ist für die Evaluation des Verwaltungsverfahrens aus drei Gründen von besonderer Bedeutung:

- Erstens können hier ergänzende Informationen zur Berufstätigkeit und zum Erkrankungsverlauf, insbesondere vor Meldung des Verdachts auf eine Berufskrankheit, gewonnen werden
- Zweites wird die Akzeptanz der Maßnahmen und des Gesamtverfahrens aus einem anderen Blickwinkel beurteilt
- Drittens kann die Zufriedenheit mit dem Verwaltungshandeln und die Darstellung der gesetzlichen Unfallversicherung explizit ermittelt werden (Kundenzufriedenheitsanalyse)

Im Einzelnen sind aus diesem Grund folgende Bereiche des Patientenfragebogens für die VVH Studie von besonderer Bedeutung:

- In einem ersten Block werden sozio-demografischen Daten erfragt (Alter, Geschlecht etc.) die bei der Gruppierung von Ergebnissen wichtig sein können.
- Block II: Berufliche Tätigkeit
 - Zunächst einmal werden Angaben zur Art der beruflichen Tätigkeit und zur Länge der Ausübung dieser Tätigkeit abgefragt.
 - In einem weiteren Schritt geht es um Veränderungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit, dies betrifft die Aufgabe des angestammten Arbeitsplatzes bzw. eine organisatorische Veränderung des bisherigen Arbeitsplatzes.
- Block III: Hauterkrankung
 - Hier soll der Versicherte zum Stand seiner Hauterkrankungen vor und nach der Meldung subjektiv Stellung nehmen und selbst eine Einschätzung über eine berufliche Verursachung geben.
 - Hier können Anhaltspunkte für das Meldeverhalten und die Wirkungen von Maßnahmen des Hautarztverfahrens identifiziert werden.
- Block IV: Hautärztliche Behandlung
 - Für die Evaluationsstudie VVH liefert dieser Themenblock vor allem Anhaltspunkte zum Meldeverhalten der Hautärzte (z.B. Wann haben Sie erstmals einen Hautarzt wegen Ihrer Hauterkrankung aufgesucht?).
 - Darüber hinaus können evtl. noch Informationen zur subjektiven Einschätzung der Wirkung des Hautarztverfahrens sowie zu organisatorischen Problemen gewonnen werden.
- Block V: Fragen zu Hautschutz und Hautpflege
 - Im Rahmen der VVH Studie können hier vor allem Erkenntnisse gewonnen werden über die Verbreitung von Hautschutz und Hautpflegeprodukte und ggf. über die Verordnung sowie Finanzierung und den Einbezug des Betriebsarztes ins Verfahren.
- Block VI: Zusätzliche Angebote der gesetzlichen Unfallversicherung

- Einschätzung der Akzeptanz der Versicherten von Hautschutzseminaren (insbesondere Hautschutzseminare und stationären Klinikaufenthalten (TIP)).
- Block VII: Kunden- / Patientenzufriedenheitsanalyse
 - Die Versicherten geben eine Gesamteinschätzung der Zufriedenheit mit der gesetzlichen Unfallversicherung ab und beurteilen auch die Beratung sowie die genutzten Kommunikationskanäle.
 - Außerdem wird dann im weiteren Fragenverlauf noch einmal die Klassifizierung der Arbeitsweise der gesetzlichen Unfallversicherung vorgenommen, z.B. altmodisch / fortschrittlich oder unfreundlich / freundlich.
 - Insgesamt kann so ein Urteil über die Kundenzufriedenheit und ggf. bestehende Defizite mit der Arbeitsweise im Stufenverfahren Haut abgeleitet werden.

3.2.1.3 Fragebogen „Hautarzt“

Der Fragebogen, der sich an den behandelnden Arzt richtet, stellt umfassende Information über die Zusammenarbeit zwischen Arzt, Versicherten und der gesetzlichen Unfallversicherung zur Verfügung. Innerhalb der Evaluationsstudie VVH stellt er vor allem folgende Informationen bereit:

- Der Hautarzt gibt zunächst einmal eine Einschätzung seiner Meinung zur Qualität des Verfahrens, vor allem in Bezug auf eine schnelle und unbürokratische Hilfe ab. Diese Frage wird zunächst bezogen auf den konkreten Einzelfall gestellt, im weiteren Verlauf des Fragebogens wird dann noch einmal die allgemeine Zufriedenheit der Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungen gefragt.
- Diese Gesamteinschätzung wird dann untergliedert in spezielle Teilbereiche des Verfahrens im konkreten Fall; dabei werden sowohl Strukturen, als auch Prozesse und Maßnahmen beschrieben und ggf. beurteilt:
 - Prozessual soll der Arzt folgende Aspekte einordnen und bewerten:
 - Erteilung des Behandlungsauftrags (inkl. Zeitspanne)
 - Art und Umfang der vom Unfallversicherungsträger angebotenen Maßnahmen
 - Annahmen und Umsetzung von Vorschlägen des Hautarztes
 - Die Notwendigkeit und Häufigkeit der Berichterstattung
 - Strukturell wird vor allem eingegangen auf folgende Aspekte:
 - Art und Form der Kommunikation

Darüber hinaus Bestand für die Hautärzte die Möglichkeit ergänzende Anmerkungen zum Hautarztbericht und zum Hautarztverfahren zu geben.

3.2.1.4 VVH Maske

Zur Erfassung der Stammdaten sowie der Prozess- und Ergebnisdaten der einzelnen durchgeführten Verwaltungsverfahren bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern wurde eine VVH Maske programmiert, die eine direkte Erfassung und Auswertung der Daten erlaubt. Dies minimiert Erfassungs- und Übertragungsfehler und sichert damit auch die Qualität der erfassten Daten.

Die Maske wurde den einzelnen Unfallversicherungsträgern via Datenträger übersandt und lässt sich dann lokal auf den einzelnen Computern via ACCESS ausführen. Die Maske gliedert sich in insgesamt acht Teilmasken:

- Fragebogen für Sachbearbeiter (Stammdaten und Identität)
- Hautarztbericht_2 (Hautarztbericht F6050)
- Erstmeldung_2 (Erstbearbeitung)
- Verwaltungsverfahren_2_neu (§3 Maßnahmen)
- Endkontrolle_2_1 (Gesamtbeurteilung des Verwaltungsverfahrens i.d.R. F6052)
- Endkontrolle_2_2 (Fortsetzung zu Endkontrolle_2_1)
- Kosten_2

Die einzelnen Teilmasken sind in den nächsten Abschnitten abgebildet und es werden einige ergänzende Informationen zu den einzelnen Teilmasken und den abgefragten Inhalten gegeben.

➤ **Fragebogen für Sachbearbeiter (Stammdaten und Identität)**

Bei dieser ersten Maske geht es hauptsächlich darum einige sozio-demographische Informationen über den Versicherten zu erlangen, diese sind vor allem für gruppenspezifische Auswertungen relevant.

Darüber hinaus ist hier die Frage zentral, ob die Meldung mit einem Hautarztbericht (F6050) erfolgte, ob es im Vorfeld der Verdachtsmeldung Arbeitsunfähigkeitszeiten gab und ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Meldung noch berufstätig war.

➤ **Hautarztbericht (F6050)**

In der zweiten Maske wird dann zunächst eine Bewertung der dem Sachbearbeiter beim Einstieg ins Verfahren vorliegende Basisinformationen durchgeführt. Dabei werden vor allem drei Punkte in die Betrachtung einbezogen:

- Beurteilung der objektiven – aber auch subjektiven – Qualität des Hautarztberichtes
- Ermittlung der angeforderten Handlungen sowie Darstellung des subjektiven Handlungsbedarfs
- Ermittlung der ärztlichen und sachbearbeiterlichen Sichtweise, ob am Ende des Verfahrens eine Aufgabe der Tätigkeit zwangsläufig bzw. wahrscheinlich ist oder eher nicht erwartet werden muss.

➤ **Erstbearbeitung**

Die Masken eins und zwei bilden so den Ausgangspunkt für die mit Maske drei beginnende Darstellung und Bewertung des weiteren Verwaltungsprozesses sowie die Handlung der einzelnen Akteure im Verfahren. Dies lässt sich wie folgt untergliedern:

- Wie wurden auf Grund der Faktenlage aus Maske eins und zwei durch die einzelnen Akteure weiter vorgegangen?
- Welche Schritte zur Beurteilung des Hautarztberichtes wurden unternommen?
- Was wurde zur weiteren Validierung des Berichtes getan?
- Wurden §3-Maßnahmen eingeleitet? In welcher Form?
- Wurde das Verfahren an dieser Stelle beendet und wenn ja: Aus welchem Grund?

Neben der Beurteilung der Prozessqualität ist auf Grundlage der hier gesammelten Fakten auch ein erster Rückschluss auf die vorhandene Strukturqualität notwendig und es werden weitere Erklärungsfaktoren für die resultierenden Ergebnisse gesammelt.

➤ **Verwaltungsverfahren**

Die vierte Maske analysierte dann weitestgehend, die im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durchgeführten §3-Maßnahmen. Beginnend mit den niederschweligen Maßnahmen wird versucht, die einzelnen Prozessschritte des Verwaltungsverfahrens nachzuvollziehen und damit die Anwendung des Stufenverfahrens Haut im konkreten Fall zu analysieren.

Zu den, im Rahmen des Stufenverfahrens aufgeführten und hier analysierten Maßnahmen gehören (mit zunehmendem Interventionspotenzial):

- Behandlungsauftrag
- Technisch-organisatorische Umstellungen
- Gesundheitspädagogische Seminare
- Stationäre Heilverfahren

Dies dient zum einen der Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität, zum anderen wird durch die gleichzeitige Abfrage des jeweiligen Verantwortlichen auch noch einmal ein besonderes Augenmerk auf die Strukturen gelegt. Auch hier soll natürlich im weiteren Verlauf des Forschungsprojektes ein Bezug zu den Ergebnissen hergestellt werden.

➤ **Gesamtbeurteilung des Verwaltungsverfahrens**

Einen breiten Raum im Rahmen der Erfassung der Daten nimmt auch die Analyse und Beurteilung der Zwischen- und Endberichte im Rahmen des Verfahrens ein. Aus Praktikabilitätsgründen wurde hier die Beurteilung der einzelnen Zwischenberichte (F6052) zusammengefasst. Dies reicht auf Grundlage der Erfahrungswerte zur Beurteilung des Verfahrensablaufes aus und erlaubt geeignete Rückschlüsse auf die Prozess- und die daraus resultierende Ergebnisqualität.

Insgesamt soll durch die Gesamtbeurteilung ein Überblick darüber gegeben werden:

- In wie weit welche Elemente des §3-Verfahrens / Stufenverfahrens Haut in diesem Fall eingesetzt wurden?
- Wie häufig und in welcher Form der Berichtspflicht nachgekommen wurde und ob dies für die Beurteilung des Falles ausreichend war.

Außerdem soll auf Grundlage der vorliegenden Berichte eine Gesamtbeurteilung des Verfahrens aus Sicht der betroffenen Verwaltung erfolgen, hier auch die Interaktion mit den meldenden Dermatologen bewertend.

➤ **Auswertung der Kosten**

In der abschließenden Maske erfolgen dann noch Angaben zu den durch das Verfahren verursachten Kosten. Von besonderem Interesse ist dabei die Tatsache, ob durch richtiges und rechtzeitiges Agieren und Anwenden des Stufenverfahrens zukünftige Kosten vermieden oder gemindert werden können.

Dieser investive Ansatz kann sich dabei sowohl auf die späteren Kosten für die gesetzlichen Unfallversicherungen, als auch auf Kosten für die Allgemeinheit beziehen, dazu befinden sich einige Modellrechnungen in der Vorbereitung.

4. Ergebnisse der Erhebung bei den gesetzlichen UV-Trägern

In diesem Kapitel werden die Durchführung der Gesamtstudie, die Rücklaufquoten bei den einzelnen Befragungsinstrumenten sowie die zentralen Ergebnisse der Datenauswertungen der VVH-Maske dargestellt. Diese Ergebnisse repräsentieren zum großen Teil die Sicht der Sachbearbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Ausnahme: Abschnitt 4.1 und 4.2.1). In einem weiteren Schritt werden dann die zusammengefassten Ergebnisse zu den einzelnen zentralen Forschungsfragen der Studie (vgl. Kapitel 1.3), aus den einzelnen Erhebungsinstrumenten aufbereitet und im Gesamtzusammenhang analysiert (vgl. Kapitel 5).

4.1 Durchführung der Studie

Bereits vor Beginn der Studie fanden eine Reihe von koordinierenden Treffen mit dem Ziel statt, eine strukturierte und zügige Durchführung der Studie (die ab dem 01.09.2008 begann) zu ermöglichen und die Voraussetzungen in den Verwaltungen für die Durchführung einer derartigen Studie zu eruieren. Der komplette Ablauf wurde bereits in den Zwischenberichten „VVH“ und „EVA Haut“ entsprechend dokumentiert (vgl. u.a. Zwischenbericht „EVA_Haut“ - FB 130-EVA-Haut, S. 12ff).

4.1.1 Vorbereitung der Studie

Wesentliche Schritte auf dem Weg zur Durchführung der „VVH-Studie“ waren dabei das Treffen der Ad-hoc AG zum Forschungsvorhaben „EVA_Haut“, 10.05.2007, Hannover, und die Treffen der Arbeitsgruppe „Verwaltungsseitige Evaluation“, die zur weiteren Vorbereitung der VVH-Studie in Hannover eingesetzt worden war.

Die Arbeitsgruppe bereitete die Erfassungsmaske VVH in mehreren Treffen im Jahr 2007 / 2008 entsprechend inhaltlich vor. Auf dieser Grundlage wurde eine EDV-technische Umsetzung der Maske vorgenommen. Die Maske wurde im Rahmen des Koordinatorentreffens am 23. Juni 2008 in St. Augustin den Vertretern der einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträger vorgestellt.

Erfahrungen aus einem Pre-Test im Mai und Juni 2008 bei den Bezirksverwaltungen der BGW in Würzburg und der damaligen BG Metall Nord Süd in Hamburg sowie gewünschte Modifikationen durch die Projektgruppe und den Forschungsbegleitenden Arbeitskreis wurden vom Forschungsnehmer eingearbeitet.

4.1.2 Rekrutierung der Stichprobe

Mit Unterstützung des DGUV Referats BK-Statistik/ZIGUV wurde nach dem dargestellten Verfahren eine Quotenstichprobe von 1.600 Verdachtsmeldungen auf Berufskrankheit 5101 ausgewählt. Dieser Gesamtumfang von knapp zehn Prozent aller Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen wurde als ausreichend angesehen, um das optimierte Hautarztverfahren und das Stufenverfahren Haut evaluieren und beurteilen zu können.

Die Auswahl der in die Evaluation aufgenommenen Verwaltungsverfahren erfolgte im Sinne einer randomisierten Quotenstichprobe entsprechend dem Anteil der einzelnen Unfallversicherungsträger am Gesamtaufkommen der Verdachtsmeldungen im Referenzjahr 2007, rekrutiert wurden die Fälle im vierten Quartal 2008. Der Stichprobenumfang je gesetzlichem Unfallversicherungsträger richtete sich nach der Quote der Verdachtsmeldungen des Trägers an allen Verdachtsmeldungen im Jahr 2007. Dabei wurde eine Mindestzahl von 50 Verdachtsmeldungen in 2007 als Grundlage für die Teilnahme an der Studie festgelegt. Abweichend davon wurden auch alle gesetzlichen

Unfallversicherungen an der Rekrutierung beteiligt, die am 23. Juni 2008 am Koordinatorentreffen in St. Augustin vertreten waren (Minimum ein Fall).⁵⁰

Es wurden jeweils ab dem 1. Oktober 2008 so viele Verdachtsmeldungen je gesetzlichem Unfallversicherungsträger rekrutiert, bis die zuvor bestimmte Anzahl an Untersuchungsfälle erreicht war. Das Beobachtungsintervall aller Fälle lief vom Zeitpunkt der Verdachtsmeldung bis zum 31. Dezember 2009.

4.1.3 Übersicht über den Gesamtablauf der Studie

Die Abläufe der Forschungsprojekte „EVA_Haut“ und „VVH“ verliefen synchronisiert. Die entsprechenden Abläufe sind schon in den Zwischenberichten „VVH“ und „EVA_Haut“ enthalten (vgl. u.a. Zwischenbericht „EVA_Haut“ - FB 130-EVA-Haut, S. 24 f.), sollen zum besseren Verständnis und von der Zeitleiste auf die Ist-Werte angepasst, noch einmal dokumentiert werden.

Zum Verständnis des Studienablaufs ist es wichtig zu betonen, dass für alle 1.600 untersuchten Verdachtsmeldungen von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern Informationen angefordert wurden. Dies sollte in zwei Schritten geschehen (vgl. Abbildung 2):

1. Ausfüllen der VVH Maske als Information über das durchgeführte Verwaltungshandeln und die Einschätzung der Fälle durch die Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungen
2. Information über die Durchführung eines Hautarztverfahrens und Übersendung entsprechender anonymisierter Aktenauszüge:
 - „ja“, wenn mindestens ein F6050 und ein F6052 vorliegt („Gruppe B“)
 - „nein“, wenn nur ein F6050 bzw. eine andere Form der Verdachtsmeldung vorliegt („Gruppe A“)⁵¹

Im nächsten Schritte wurde dann eine Trennung der Fälle vorgenommen (vgl. Abbildung 3):

1. Fälle „Gruppe A“, ohne durchgeführtes Stufenverfahren und keiner vorliegenden Einverständniserklärung des Versicherten:
 - lediglich Single Review, aufgrund anonymisierter Aktenauszüge (Fragebogen Gutachter)
2. Fälle „Gruppe B“, mit durchgeführten Stufenverfahren Haut und einer vorliegenden Einverständniserklärung der Versicherten wurden:
 - Double Review, aufgrund anonymisierter Aktenauszüge (Fragebogen Gutachter)
 - Befragung der Versicherten (Fragebogen Versicherter)
 - Befragung der behandelnden Hautärzte (Fragebogen Hautarzt)

Aus diesem Grund ergeben sich für die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente unterschiedliche Grundgesamtheiten für die Untersuchung.

⁵⁰ Die Quote und die daraus resultierende Anzahl der Fälle sind in Anhang II dokumentiert.

⁵¹ Bei F6050 und F6052 handelt es sich um die für das optimierte Hautarztverfahren und das Stufenverfahren Haut definierte Formulare für den Erstbericht und die Zwischenberichte (vgl. auch Anhang I).

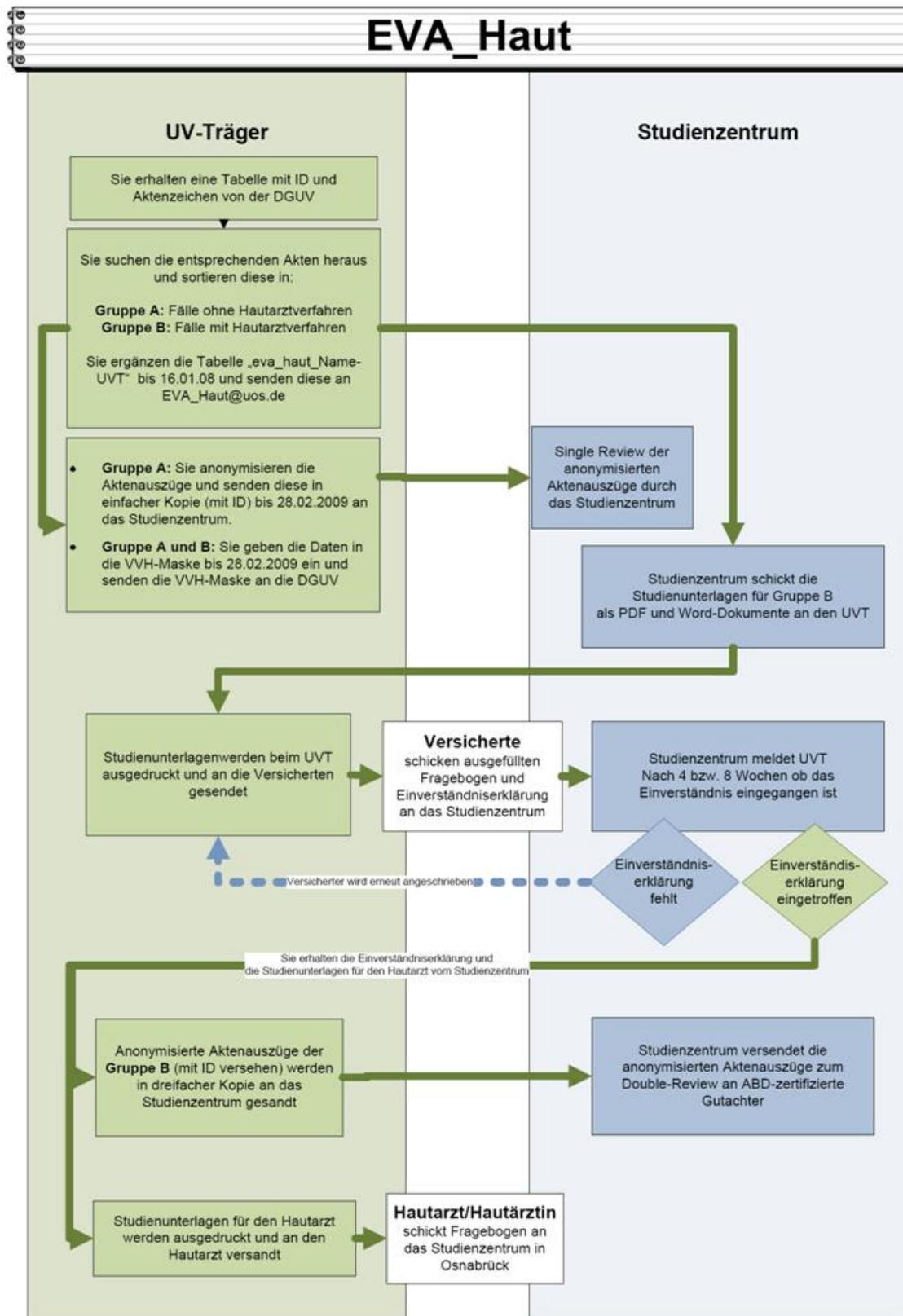


Abbildung 2: Angepasstes Ablaufschema für das Vorgehen bei den Studien EVA_Haut- /VVH.

EVA_Haut: Aktenauszüge und Anonymisierung

Gruppe A: Fälle ohne Hautarztverfahren (nur F6050 ohne F6052)

Bitte übersenden Sie dem Studienzentrum die anonymisierten Aktenauszüge in **einfacher** Kopie mit ID versehen.

Aktenauszug:

Je nach Vorliegen:

- F6050
- Ggf. ärztliche Anzeige einer BK5101
- oder Mitteilung über Verdacht einer beruflich bedingten Hauterkrankung in freier Form (Email, Krankenkassenmitteilung oder ähnliches)
- Falls durchgeführt Testprotokolle von Epikutan- und Pricktestungen

Bitte anonymisieren Sie:

- Aktenzeichen, Patientename, Anschrift, Geburtstag und Monat. Bitte lassen Sie das Geburtsjahr sichtbar.
- Name und Anschrift des Arztes
- Name und Anschrift des Arbeitgebers (Bei Pflegeberufen: bitte erkennbar lassen, ob ambulante oder stationäre Einrichtung)

Gruppe B: Fälle mit Hautarztverfahren (F6050 und mind. ein F6052)

Bitte übersenden Sie dem Studienzentrum die anonymisierten Aktenauszüge in **dreifacher** Kopie mit ID versehen.

Aktenauszug:

- F6050
- Alle F6052 (auch Berichte von Hautschutzseminaren wie z.B. ASIP/GPS/SIP/Schu.Ber.Z. ...) die bis ein Jahr nach Erstmeldung eingegangen sind.
- bei Schu.Ber.Z-Berichten auch den schon ausgefüllten Fragebogen-Anhang SIP-Seminare (Bsp. siehe Anlage)
- Falls durchgeführt Testprotokolle von Epikutan- und Pricktestungen

Bitte anonymisieren Sie:

- Aktenzeichen, Patientename, Anschrift, Geburtstag und Monat. Bitte lassen Sie das Geburtsjahr sichtbar.
- Arztname und -anschrift
- Berufsgenossenschaft/Unfallkasse und Sachbearbeiter
- Name und Anschrift des Arbeitgebers (Bei Pflegeberufen: bitte erkennbar lassen, ob ambulante oder stationäre Einrichtung)

Adresse:

Studienzentrum EVA_Haut, Universität Osnabrück, Dermatologie,
Sedanstraße 115,
49069 Osnabrück

Abbildung 3: Aufgeteiltes Vorgehen bei „Gruppe A“- und „Gruppe B“- Fälle in EVA_Haut und VVH.

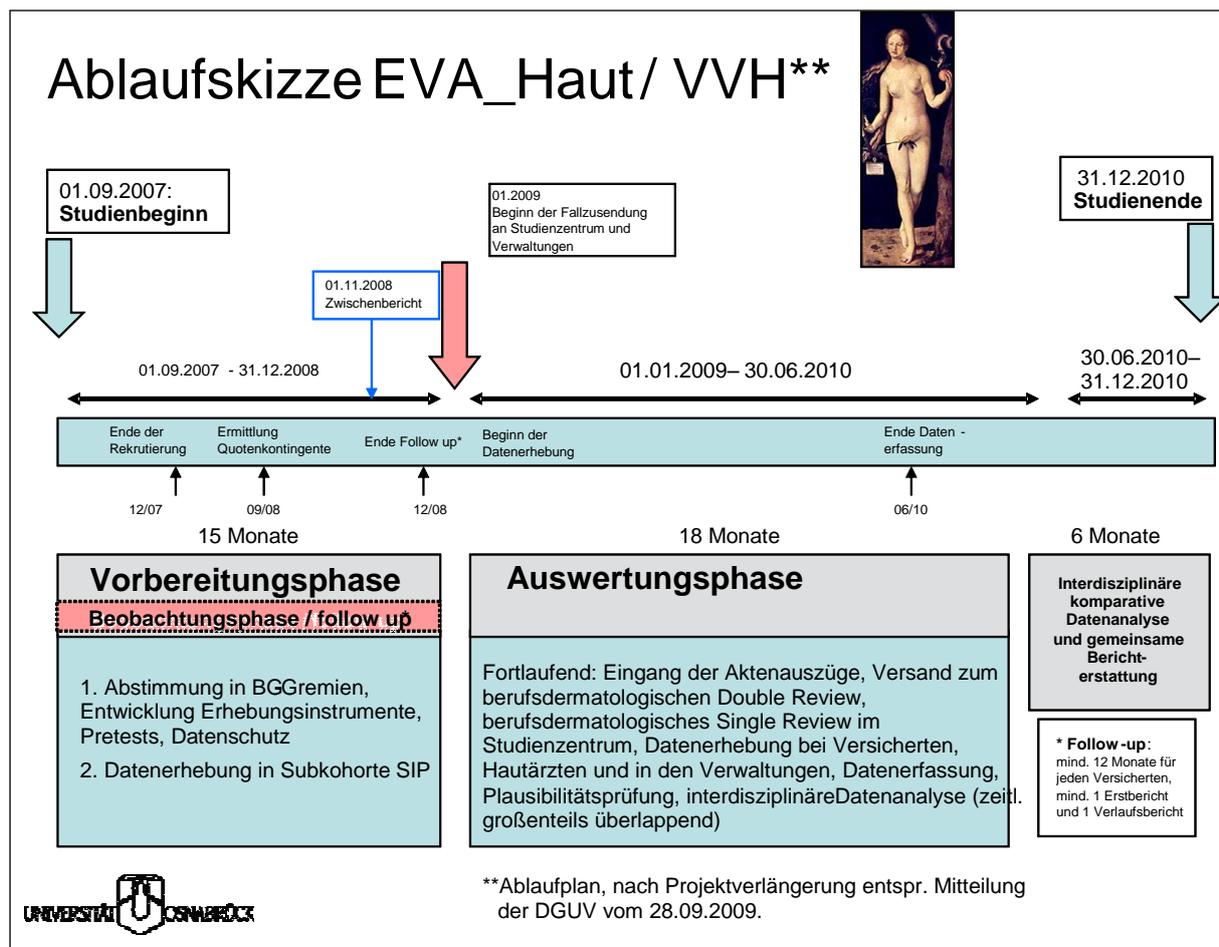


Abbildung 4: Angepasstes Zeitschema zur Vorgehensweise bei EVA_Haut und VVH im Projekt.

4.2 Rücklauf der Erhebungsinstrumente

Im Rahmen der einzelnen Ergebnisse gab es, aufgrund des unterschiedlichen Adressatenkreises, sehr unterschiedliche Rücklaufquoten, die insgesamt aber alle als sehr gut bezeichnet werden können. Es konnten keine Verzerrungsfaktoren auf dieser Grundlage ermittelt werden. Insgesamt wurden 1.600 gemeldeten Verdachtsfälle auf die Berufskrankheit 5101 in die Gesamtuntersuchung einbezogen (vgl. Abschnitt 3.4.2).⁵²

4.2.1 Rücklaufquote der Erhebungen bei den Unfallversicherungsträgern

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger gaben zunächst eine Einschätzung ab, ob ein Hautarztverfahren durchgeführt wurde oder nicht. Dies war im Rahmen der Untersuchung vor allem relevant für die Einteilung der Fälle in die Gruppen: Double Review und Single Review.

Wie im Abschlussbericht EVA_Haut dargestellt, konnten von den 1600 Fällen, bei 1543 eine Einteilung in Double und Single Review durchgeführt werden und eine weitere Bearbeitung vorgenommen werden:

„Initial wurden seitens der Koordinatoren der UV-Träger 996 Fälle in die Gruppe mit Hautarztverfahren und 553 Fälle in die Gruppe ohne Hautarztverfahren eingeteilt. 51 der rekrutierten Fälle konnten im Rahmen des Forschungsprojektes nicht ausgewertet werden, Gründe waren u.a.

⁵² Lt. Forschungsvertrag vom 28.01.2008 sollten im Rahmen der Studie VVH 1.300 Fälle untersucht werden.

Abgabe an andere UV-Träger, keine Rückmeldung des UV-Trägers sowie „weitere Gründe“ (siehe Abbildung 13, Spalte „Gesamt“).

Von den 996 Fällen mit Hautarztverfahren wurden 973 im Rahmen des Double Review ausgewertet (siehe Tabelle 2, Spalte ja-DR), in 18 Fällen erfolgte aufgrund der im individuellen Fall vorliegenden ärztlichen Unterlagen/Aktenauszugs eine Auswertung im Studienzentrum im Rahmen des Single Review, in 3 Fällen wurde die Übermittlung von Aktenauszügen seitens der Versicherten vollständig abgelehnt und in 2 Fällen wurde kein Aktenauszug an das Studienzentrum übermittelt.

Im Rahmen des Single Review wurden 570 Fälle ausgewertet: 551 Fälle wurden initial in die Gruppe „ohne Hautarztverfahren“ eingeteilt, 18 Fälle stammen aus der Gruppe „mit HAV“ (siehe oben) und in einem weiteren Fall, der initial nicht für die Auswertung vorgesehen war, wurde im Folgenden noch ein Aktenauszug übermittelt. In zwei vorgesehenen Fällen wurde kein Aktenauszug übermittelt.⁵³

⁵³ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt, 4.1, S. 38ff.

	Auswertung			Gesamt
	ja-DR	ja-SR	Nein („Drop-outs“)	
mit HAV	973	18	5	996
kein HAV	0	551	2	553
sonstige (Abgabe etc.)	0	1	50	51
Gesamt	973	570	57	1600

Tabelle 2: Falleinteilung und Auswertung der rekrutierten Fälle im Rahmen von EVA_Haut. (Quelle: EVA_Haut, S. 37).

Der Rücklauf bei den VVH-Masken, die ebenfalls in 1.600 Fällen von den Unfallversicherungsträgern ausgewertet werden sollten, betrug insgesamt 91,25 Prozent. Dies bedeutet, dass in 1.476 Fällen von 1.600 Fällen, Informationen von den gesetzlichen Unfallversicherungen in die Maske eingegeben wurden. Einige Träger waren aus technischen Gründen nicht in der Lage, die Informationen einzugeben, bei einigen fehlte aufgrund von fusionsbedingten Veränderungen und Umstrukturierung die Zeit zur Übermittlung der Informationen, von einigen Unfallversicherungen gab es keine abschließende Begründung für die Nichtteilnahme an der Evaluationsstudie.

Insgesamt ist der Rücklauf der Erhebung, mithilfe der VVH-Maske aber sehr gut und die Zahl der übermittelten Fälle ist für eine Evaluation des Verfahrens mehr als ausreichend. Es gibt auch keinerlei Hinweise, dass durch die nicht vorliegenden Antworten systematische Verzerrungen entstanden sind. Darüber hinaus liegt der Rücklauf über der mit dem Auftraggeber vereinbarten Zahl von 1.300 zu untersuchenden Verwaltungsfällen.

4.2.2 Rücklaufquote und Einschätzung der Gutachter

Insgesamt wurden 1.543 Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen in einem Review Verfahren untersucht. Bei 973 Fällen erfolgte durch die Gutachter ein Double Review der von den gesetzlichen Unfallversicherungen übermittelten Aktenauszüge und in 570 Fällen ein Single Review der Aktenauszüge, gemäß dem beschriebenen Fragebogen „Gutachter“ (vgl. Abschnitt 3.2.1.1).

Die genaue Durchführung des jeweiligen Reviews, die Auswahl der Gutachter sowie die Qualitätssicherung und der Ausschluss von Verzerrungen sind im Abschlussbericht EVA_Haut ausführlich beschrieben.⁵⁴

⁵⁴ Vgl. Abschlussbericht „EVA_Haut“, Abschnitt 3.2.4.3.2, S.27f.

4.2.3 Rücklaufquote der Erhebung bei den Versicherten

Von den Versicherten wurden nur die „Fälle mit Hautarztverfahren“ in die Untersuchung mit einbezogen, ohne die dargestellten „drop out“ Fälle; allerdings unabhängig davon, ob sie im Double (973 Fälle) oder Single Review (18 Fälle) begutachtet wurden (vgl. Abschnitt 4.4.1). Dazu kamen noch einmal 17 Fälle, die dem Studienzentrum zunächst als „Fall mit Hautarztverfahren“ gemeldet und im Verlauf des Verfahrens vom gesetzlichen Unfallversicherungsträger in einen „Fall ohne Hautarztverfahren“ umgewandelt wurden. So betrug die Anzahl der an Versicherte verschickten Fragebögen 1.008. Es erfolgte jeweils ein Erst-Anschreiben und ggf. eine Nachfassaktion je Versicherter.

Versicherte_angeschrieben_num	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	kum. Prozenze
nicht angeschrieben	535	34,7	34,7	34,7
angeschrieben	1008	65,3	65,3	100,0
Summe	1543			
Fehlend	0			
Gesamt	1543	100,0		

Tabelle 3: Versendung der Versichertenfragebögen im Rahmen des Forschungsprojektes

In 461 Fällen ist im Studienzentrum keine Antwort auf den Versichertenfragebogen eingegangen, in 547 Fällen erfolgte eine Rückmeldung an das Studienzentrum (Rücklaufquote 54,3%). Dabei waren zwölf Versicherte mit einer Teilnahme am Forschungsprojekt nicht einverstanden. In 535 Fällen wurde einer Teilnahme zugestimmt (Tabelle 4). In zwei Fällen wurde trotz Zusage kein ausgefüllter Fragebogen zurück gesandt, so dass insgesamt 533 Fälle in die Auswertung des Versichertenfragebogens mit eingingen. Von diesen Fällen wurden 524 Fälle im Double Review und neun Fälle im Single Review ausgewertet.

Einverständnis_num	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	kum. Prozenze
keine Antwort	461	29,9	45,7	45,7
Teilnahme nicht erwünscht	12	0,8	1,2	46,9
Teilnahme	535	34,7	53,1	100,0
Summe	1008			
Fehlend	535	34,7		
Gesamt	1543			

Tabelle 4: Antwortverhalten der angeschriebenen Versicherten

4.2.4 Rücklaufquote der Erhebungen bei den Hautärzten

Insgesamt wurde in 535 Fällen der Hautarztfragebogen an den behandelnden Hautarzt (vgl. Abschnitt 4.2.3) verschickt. Eine Versendung an den Hautarzt war nur nach Zustimmung des Versicherten möglich. 320 Fragebögen wurden beantwortet und an das Studienzentrum zurück versandt. Dies sind 59,8 % der Fälle. Das Antwortverhalten der Hautärzte kann aus diesem Grund ebenfalls als „gut“ bis „sehr gut“ bezeichnet werden.

4.3 Ergebnisse der VVH Maske

Für eine systematische Analyse der Ergebnisse werden zunächst die Erkenntnisse der VVH-Maske ausgewertet und in deskriptiver Form dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an den einzelnen Erfassungsmasken der ACCESS Datei für die Verwaltungen. Diese folgt in ihrem Aufbau wiederum der schon vorgestellten Abfolge des im BIS dokumentierten Stufenverfahrens Haut. Zum besseren Überblick noch einmal die Auflistung der einzelnen Prozessschritte des Stufenverfahrens Haut (vgl. Abschnitt 3.1).

- Erstbearbeitung
- §3 Maßnahmen erforderlich
- §3 Maßnahmen auswählen
- Zwischenkontrolle
- Abschluss des §3 Verfahrens

Zusätzlich zu den Prozess- und Verfahrensdaten wurden auch sozio-demografische Daten der Versicherten und Angaben zu Ergebnisvariablen (u.a. Arbeitsunfähigkeitszeiten, Arbeitsplatzstatus, Kostengrößen) in der VVH Maske erhoben. Die soziodemografischen Daten werden den anderen Daten voran gestellt. Die Ergebnisvariablen finden sich am Ende der Auswertung der VVH Maske.

4.3.1 Soziodemografische Daten der VVH Erhebung

In 1.356 Fällen wurden durch die gesetzliche Unfallversicherungsträger das Merkmal „Geschlecht“ übermittelt. Der Anteil der Männer betrug demnach 45,9 Prozent, Frauen waren insgesamt zu 54,1 beteiligt. Der Anteil der nicht gemeldeten Fälle in Bezug auf das Geschlecht betrug 15,3 Prozent. Das durchschnittliche Alter der Versicherten bei den untersuchten Verdachtsmeldungen beträgt ca. 37 Jahre, das entspricht auch dem Median der Altersverteilung. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Altersklassen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	unter 20 Jahre	64	4,0	5,9	5,9
	20 - 29 Jahre	302	18,9	28,0	33,9
	30 - 39 Jahre	230	14,4	21,3	55,2
	40 - 49 Jahre	257	16,1	23,8	79,0
	50 - 59 Jahre	200	12,5	18,5	97,5
	über 60 Jahre	27	1,7	2,5	100,0
	Gesamt	1080	67,5	100,0	
Fehlend	System	520	32,5		
Gesamt		1600	100,0		

Tabelle 5: Verteilung der Altersklasse nach VVH.

4.3.2 Erstbearbeitung und Einleitung des Verfahrens

4.3.2.1 Art der Verdachtsmeldung

Ein zentrales Element für den Einstieg in die Bearbeitung und damit in das Stufenverfahren Haut sowie zur Einleitung des Hautarztverfahrens durch die Sachbearbeiter ist die Art der Verdachtsmeldung. Um einen möglichst reibungslosen Ablauf des Verfahrens zu erreichen, sollte die

Verdachtsmeldung auf eine berufsbedingte Hauterkrankung durch den Hautarztbericht erfolgen. Dieser wurde auf Grundlage des Wissenstandes bei Einführung der zu evaluierenden Verfahren (VVH / Hautarztverfahren) verändert und den Bedürfnissen angepasst.⁵⁵

Im Rahmen der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass bei fast 87 Prozent der Verdachtsmeldungen, zu denen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger Angaben gemacht haben, eine Meldung mit dem Hautarztbericht erfolgte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	178	11,1	13,1	13,1
	ja	1182	73,9	86,9	100,0
	Gesamt	1360	85,0	100,0	
Fehlend	System	240	15,0		
Gesamt		1600	100,0		

Tabelle 6: Übersicht über die Fälle, die mit Hautarztbericht gemeldet wurden.

Zur Identifikation von Unterschieden in der Bearbeitung zwischen mit Hautarztbericht gemeldeten Fällen und Fälle, die ohne Hautarztbericht gemeldet wurden, soll zunächst untersucht werden, ob die Meldeform – mit oder ohne Hautarztbericht – einen Einfluss auf die Einleitung der ersten §3-Maßnahme hat. Die Tabelle 7 zeigt deutlich, dass der Einfluss der Art der Meldung auf die Dauer bis zu der ein Behandlungsauftrag erteilt wird signifikant ist.

Erteilung Behandlungsauftrag

Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	Mittelwert	N	Standardabw eichung
nein	68,75	51	82,010
ja	33,64	771	64,471
Insgesamt	35,82	822	66,180

Tabelle 7: Übersicht über die Fälle, die mit Hautarztbericht gemeldet wurden.

In Fällen bei denen die Meldung mit Hautarztbericht erfolgte wurde der Behandlungsauftrag in ca. 34 Tagen erteilt, in den anderen Fällen dauerte dies fast 69 Tage. Der Einfluss dieses schnelleren Einstiegs in Verfahren wird im Bereich der Zusammenfassung der Ergebnisse der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente diskutiert (vgl. Abschnitt 5.1).

Geprüft werden muss an dieser Stelle ebenfalls die Fragestellung, welche Maßnahmen in den Fällen durch die Verwaltung veranlasst wurden, die zunächst nicht mit einem Hautarztbericht gemeldet wurden. In diesen Fällen wäre es nach dem beschriebenen Stufenverfahren korrekt, den Hautarztbericht anzufordern. Hier ergibt die Analyse ein deutliches Bild: Nur in etwas mehr als einem Viertel der Fälle wurde der Bericht angefordert. 73,2 Prozent der Fälle wurden ohne Hautarztbericht weiter bearbeitet (vgl. Tabelle 8).

⁵⁵ Die zusammengefassten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Hautarztberichtes, aufgrund der Ergebnisse aus den Forschungsprojekten EVA_Haut und VVH, werden im Abschlussbericht EVA_Haut, Kapitel 4.9 „Qualität der ärztlichen Dokumentation bei Verwendung der Formtexte F6050 bzw. F6052 und abzuleitende Optimierungsmöglichkeiten“ dargestellt.

			Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?
			nein
Wurde der Hautarztbericht angefordert?	nein	Anzahl % innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	104 73,2%
	ja	Anzahl % innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	38 26,8%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	142 100,0%

Tabelle 8: Anforderungen von Hautarztberichten durch gesetzliche UV-Träger bei Verdachtsmeldung ohne Hautarztbericht.

Welche zentrale Rolle der Hautarztbericht F6050 nicht nur für die Verfahrenslaufzeit, sondern überhaupt für die Einleitung von Maßnahmen hat, lässt sich der Tabelle 9 entnehmen. Hier wird deutlich, dass es eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit gibt, dass eine §3-Maßnahme eingeleitet wird, wenn die Verdachtsmeldung mit einem Hautarztbericht erfolgt, anstatt in einer anderen Form: 79,3 Prozent bei Meldung mit Hautarztbericht, dagegen nur 46,5 Prozent bei Meldung ohne Hautarztbericht. Wird der Hautarztbericht allerdings nachgefordert, dann relativiert sich das Ergebnis doch deutlich: in 72,2 Prozent der Fälle wird dann eine §3-Maßnahme eingeleitet. Allerdings verzögert sich diese Einleitung, wie oben exemplarisch für die Erteilung eines Behandlungsauftrags gezeigt wurde, deutlich (vgl. Tabelle 7).

Zwischenfazit: Es sollte insgesamt darauf hingearbeitet werden, dass möglichst alle Fälle mit Hautarztbericht gemeldet werden. Bei Fällen, in denen dies nicht der Fall ist, sollte der Hautarztbericht umgehend nachgefordert werden.

Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?				Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:		Gesamt
				nein	ja	
nein	Wurde der Hautarztbericht angefordert?	nein	Anzahl	44	21	65
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	67,7%	32,3%	100,0%
	ja	Anzahl	10	26	36	
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	27,8%	72,2%	100,0%
Gesamt			Anzahl	54	47	101
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	53,5%	46,5%	100,0%
ja	Wurde der Hautarztbericht angefordert?	nein	Anzahl	199	764	963
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	20,7%	79,3%	100,0%
	ja	Anzahl	0	3	3	
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	,0%	100,0%	100,0%
Gesamt			Anzahl	199	767	966
			% innerhalb von Wurde der Hautarztbericht angefordert?	20,6%	79,4%	100,0%

Tabelle 9: Einleitung §3-Maßnahmen abhängig von der Art der Verdachtsmeldung und der Nachforderung von Hautarztberichten.

4.3.1.2 Qualität der Erstmeldung

Eine Frage von zentraler Bedeutung, die von der Sachbearbeitung beim Eingang einer Verdachtsmeldung auf eine berufsbedingte Hauterkrankung zu klären ist, ist die Frage, ob es sich bei den Hauterscheinungen tatsächlich um eine Erkrankung in Folge der beruflichen Tätigkeit handelt bzw. handeln kann. Zu dieser Beurteilung und zur Einschätzung der Erkrankung gibt es für den Sachbearbeiter einige wichtige Kriterien, die ebenfalls in der Meldung vorhanden sein sollten (etwa Beschreibungen der Hauterscheinungen etc.).⁵⁶

Die Beurteilung der Berufsbezogenheit der Erkrankung und eine Nachvollziehbarkeit der Berufsbezogenheit der Hauterscheinungen ist für die gesetzlichen Unfallversicherungen aber zentral, unabhängig davon, dass §3 – Maßnahmen auch ohne Anerkennung einer Berufskrankheit – ohne Rechtsfolge - geleistet werden können und dass nach neuerlichen gesetzlichen Entwicklungen Sozialversicherungsträger zunächst sowieso leistungspflichtig sind.⁵⁷

4.3.1.2.1 Qualität der Erstmeldung abhängig von der Meldeform

Bei der Beurteilung der Qualität der Erstmeldung sind aus den Erkenntnissen des vorhergehenden Abschnittes 4.3.1.1 zwei Fälle zu unterscheiden. Wie wird die Qualität der Erstmeldungen beurteilt, wenn die Meldung:

1. mit Hautarztbericht
2. ohne Hautarztbericht erfolgte.

⁵⁶ Vgl. Anhang A.1: Schematische Darstellung des Stufenverfahrens Haut.

⁵⁷ Vgl. Leistungs- bzw. Betreuungspflicht § 14 SGB VII.

In den folgenden Abschnitten wird dabei nur die Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wieder gegeben.

Bei einer Erstmeldung ohne Hautarztbericht fehlen sehr häufig viele Angaben, die im „neuen Hautarztbericht“ im Rahmen des optimierten Hautarztverfahrens standardisiert vorgesehen sind. So kann insgesamt gezeigt werden, dass bei Verdachtsmeldungen, die nicht mit dem neuen Hautarztbericht gezeigt wurden, die Qualität in einem signifikant häufigeren Maße ($\chi^2=4,313$; $df=1$; $p=0,038$) nicht ausreichend war, den beruflichen Zusammenhang zu beurteilen (vgl. Tabelle 10).

			Qualität ausreichend?		Gesamt
			nein	ja	
Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	nein	Anzahl	29	50	79
		% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	36,7%	63,3%	100,0%
	ja	Anzahl	304	864	1168
		% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	26,0%	74,0%	100,0%
Gesamt		Anzahl	333	914	1247
		% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	26,7%	73,3%	100,0%

Tabelle 10: Beurteilung der Qualität der Erstmeldung abhängig von der Meldeform.

Darüber hinaus lässt sich zeigen, dass in Fällen, in denen dem gesetzlichen Unfallversicherungsträger während des Verfahrens kein F6050 vorlag, dem Sachbearbeiter insbesondere die eigene Beurteilung, ob die Hauterscheinungen beruflich verursacht sind, in einem signifikanten Maße ($\chi^2=11,446$; $df=3$; $p=0,01$) erschwert war.

			War die Qualität der Erstmeldung ausreichend für die Beurteilung der beruflichen Verursachung?				Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
F6050_vorhanden	nein	Anzahl	11	65	9	8	93
		Erwartete Anzahl	15,2	68,2	6,6	3,0	93,0
		% innerhalb von F6050_vorhanden	11,8%	69,9%	9,7%	8,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,1	-,4	,9	2,9	
	ja	Anzahl	193	849	80	32	1154
		Erwartete Anzahl	188,8	845,8	82,4	37,0	1154,0
		% innerhalb von F6050_vorhanden	16,7%	73,6%	6,9%	2,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	,1	-,3	-,8	
Gesamt		Anzahl	204	914	89	40	1247
		Erwartete Anzahl	204,0	914,0	89,0	40,0	1247,0
		% innerhalb von F6050_vorhanden	16,4%	73,3%	7,1%	3,2%	100,0%

Tabelle 11: Beurteilungsfähigkeit der beruflichen Verursachung abhängig vom Vorliegen eines Hautarztberichtes.

So lässt sich festhalten, dass zur Beurteilung des Falles und zur Klärung, ob eine berufliche Verursachung vorliegt, der Hautarztbericht (F6050) für die Sachbearbeitung ein zentraler Qualitätsfaktor darstellt.

Kein signifikanter Unterschied gibt es bei der Beschreibung der beruflichen Schutzmaßnahmen abhängig von der Meldeform; allerdings fällt es den Sachbearbeitern deutlich schwerer, Defizite in der Versorgung mit Handschuhen, Hautschutzmittel, Hautreinigungsmittel und Hautpflegemittel festzustellen und zu beurteilen, wenn die Meldung nicht mit dem F6050 erfolgte.

4.3.1.2.2 Qualität der Erstmeldungen mit Hautarztbericht

In diesem Abschnitt soll nun geklärt werden, wie es um die Qualität der Erstmeldungen mit Hautarztbericht aus Sicht der Sachbearbeitung im Detail bestellt ist und welche Mängel und Verbesserungspotenziale noch gegeben sind.

➤ Qualität in Bezug auf die Beschreibung der Hautschutzmaßnahmen

In den Fällen, in denen zur Beurteilung der Erstmeldung ein auswertbarer Hautarztbericht (F6050) vorlag, kamen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu über 90 Prozent zum Ergebnis, dass die beruflichen Hautschutzmaßnahmen beschrieben sind (vgl. Tabelle 12). Überzeugend ist auch das Ergebnis, dass zu dieser Frage nur in zwei Prozent der ausgewerteten Fälle keine Aussage gemacht werden konnte.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	89	7,6	7,8	7,8
	ja	1059	90,4	92,2	100,0
	Gesamt	1148	98,0	100,0	
Fehlend	System	23	2,0		
Gesamt		1171	100,0		

Tabelle 12: Sind die beruflichen Hautschutzmaßnahmen im Hautarztbericht beschrieben?

Etwas differenzierter stellt sich das Bild bei der Untersuchung der Hinweise auf die Versorgung mit den einzelnen Formen bzw. Möglichkeiten der Hautschutzmaßnahmen dar. In rund 19 bis fast 24 Prozent der Fälle ist dies – je nach Art der Schutzmaßnahme – nicht oder für den Mitarbeiter des UV-Trägers nicht beurteilbar (s. Anhang C.). In ca. 29 bis fast 45 Prozent, je nach Art der Schutzmaßnahme, ergeben sich allerdings Defizite. Dies bedeutet zum einen: Die Qualität der Berichte sollte hier aus Sicht der UV-Träger gesteigert werden und zum anderen, dass in vielen Fällen in den Betrieben noch Potenzial zur Verbesserung des Hautschutzes gegeben ist. Dabei scheint die Versorgung mit Hautreinigungsmittel und Handschuhen noch am Besten zu sein, während die Versorgung mit Hautschutzmittel das größte Verbesserungspotenzial ausweist.

➤ Qualität in Bezug auf die Nachvollziehbarkeit der Diagnose

Eine wichtige Frage ist auch die Nachvollziehbarkeit der Diagnose im Hautarztbericht für den Mitarbeiter des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers. Hier zeigt sich, dass die beschriebenen Diagnosen im F6050 zu über 80 Prozent nachvollziehbar sind.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	961	82,1	82,8	88,9
	nein	71	6,1	6,1	6,1
	aus Bericht nicht beurteilbar	76	6,5	6,5	95,4
	kann ich nicht beurteilen	53	4,5	4,6	100,0
	Gesamt	1161	99,1	100,0	
Fehlend	System	10	,9		
Gesamt		1171	100,0		

Tabelle 13: Ist die Diagnose, aufgrund der Dokumentation Hautarztbericht, aus Ihrer Sicht nachvollziehbar?

Es kann aber auch gezeigt werden, dass in den Fällen, in denen die Diagnose für den Mitarbeiter des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers nicht nachvollziehbar war, es eine höchst signifikant schlechtere Einschätzungsmöglichkeit der beruflichen Verursachung ($\chi^2=276,095$; $df=3$; $p<0,001$) durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger gab (vgl. Tabelle 14).

			Ist die Diagnose aufgrund der Dokumentation im Hautarztbericht - aus Ihrer Sicht nachvollziehbar?				Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
Q_H-jn	nein	Anzahl	52	159	60	34	305
		Erwartete Anzahl	18,8	252,4	19,8	14,0	305,0
		% innerhalb von Q_H-jn	17,0%	52,1%	19,7%	11,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	7,7	-5,9	9,0	5,3	
	ja	Anzahl	19	795	15	19	848
		Erwartete Anzahl	52,2	701,6	55,2	39,0	848,0
		% innerhalb von Q_H-jn	2,2%	93,8%	1,8%	2,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,6	3,5	-5,4	-3,2	
Gesamt		Anzahl	71	954	75	53	1153
		Erwartete Anzahl	71,0	954,0	75,0	53,0	1153,0
		% innerhalb von Q_H-jn	6,2%	82,7%	6,5%	4,6%	100,0%

Tabelle 14: Qualität des Hautarztberichtes ausreichend zur Beurteilung der beruflichen Verursachung in Abhängigkeit von der Nachvollziehbarkeit der Diagnose durch den gesetzlichen UV-Träger.

➤ Qualität in Bezug auf die Einschätzung der Weiterführung der beruflichen Tätigkeit

Bei Vergleich der Einschätzungen, der Gefährdung der weiteren beruflichen Tätigkeit gibt es durchaus Unterschiede zwischen der Bewertung der Hautärzte und der Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. So sehen die Hautärzte in rund 80 Prozent der Fälle, die sie bewerten (80,6 Prozent), keine Gefährdung der beruflichen Tätigkeit und geben nur bei 7,3 Prozent der Fälle an, dass die berufliche Tätigkeit aufgegeben werden muss. Die Sachbearbeiter dagegen kommen zur Einschätzung, dass die berufliche Tätigkeit in fast 16 Prozent der Fälle gefährdet ist (vgl. Tabellen im Anhang C.).

Insgesamt kann gezeigt werden, dass es einen höchst signifikanten Zusammenhang gibt zwischen der Einschätzung der Hautärzte und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger ($\chi^2=201,587$; $df=4$;

p<0,001), ob die berufliche Tätigkeit aufgegeben werden muss oder ob sie gefährdet ist oder nicht. Es kann auch eine Signifikanz dafür nachgewiesen werden, dass die gesetzlichen Unfallversicherungsträger bei einer nicht Beurteilbarkeit aus dem Hautarztbericht dazu neigen, die Tätigkeit als gefährdet anzusehen bzw. sich ebenfalls außer Stande sehen eine Beurteilung abzugeben.

		Erst_Tät_UVT			Gesamt	
		nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar		
Erst_Tätig_Arzt	nein	Anzahl	748	114	67	929
		Erwartete Anzahl	667,4	146,5	115,1	929,0
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	80,5%	12,3%	7,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,1	-2,7	-4,5	
	ja	Anzahl	29	33	23	85
		Erwartete Anzahl	61,1	13,4	10,5	85,0
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	34,1%	38,8%	27,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,1	5,4	3,8	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	52	35	53	140
		Erwartete Anzahl	100,6	22,1	17,3	140,0
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	37,1%	25,0%	37,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,8	2,7	8,6	
Gesamt		Anzahl	829	182	143	1154
		Erwartete Anzahl	829,0	182,0	143,0	1154,0
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	71,8%	15,8%	12,4%	100,0%

Tabelle 15: Einschätzung der Notwendigkeit der Aufgabe bzw. der Gefährdung der Tätigkeit aus Sicht des Hautarztes und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

Einen signifikanten Einfluss darauf ($\chi^2=27,416$; $df=2$; $p<0,001$), dass der gesetzliche Unfallversicherungsträger die Beurteilung, ob die berufliche Tätigkeit gefährdet ist nicht beurteilen kann, hat auch, ob die Qualität des Hautarztberichtes ausreichend war, um eine berufliche Verursachung beurteilen zu können. Ist dies nicht der Fall sehen die Mitarbeiter den Fall häufiger als nicht beurteilbar an.

			Erst_Tät_UVT			Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	
Q_H-jn	nein	Anzahl	185	61	59	305
		Erwartete Anzahl	218,6	48,5	37,9	305,0
		% innerhalb von Q_H-jn	60,7%	20,0%	19,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,3	1,8	3,4	
	ja	Anzahl	640	122	84	846
		Erwartete Anzahl	606,4	134,5	105,1	846,0
		% innerhalb von Q_H-jn	75,7%	14,4%	9,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-1,1	-2,1	
Gesamt	Anzahl	825	183	143	1151	
	Erwartete Anzahl	825,0	183,0	143,0	1151,0	
	% innerhalb von Q_H-jn	71,7%	15,9%	12,4%	100,0%	

Tabelle 16: Beurteilung der Gefährdung der beruflichen Tätigkeit in Abhängigkeit von der Nachvollziehbarkeit der beruflichen Verursachung.

➤ **Fazit: Qualität der Erstmeldung**

Die Einleitung des Hautarztverfahrens wird mit Sicherheit erleichtert, wenn die Qualität der Erstmeldung (i.d.R. Hautarztbericht F6050) den Sachbearbeiter in die Lage versetzt sich ein umfassendes und eindeutiges Bild über den Fall zu machen, insbesondere auch über seine berufliche Verursachung. Insgesamt konnte dargestellt werden, dass die Qualität mit dem Hautarztbericht F6050 deutlich höher ist als die Qualität der Erstmeldung mit anderen Meldeformen.

Insbesondere gibt es auch eine Tendenz zu einem signifikanten Unterschied bei der Beurteilung der beruflichen Verursachung; bei Meldungen mit und ohne Hautarztbericht ($\chi^2=4,312$; $df=1$; $p=0,038$), allerdings darf auch nicht übersehen werden, dass bei mehr als einem Viertel der Meldungen mit F6050 die Qualität der Erstmeldung nicht ausreicht die berufliche Verursachung zweifelsfrei zu belegen. Dies ist ein Ansatz zu Verbesserung. Gleiches gilt auch für die Dokumentation der einzelnen Hautschutzmaßnahmen / PSA innerhalb der Erstmeldung. Dagegen ist die Nachvollziehbarkeit der Diagnosen bei Meldungen mit dem neuen Hautarztbericht in den meisten Fälle (93,8 Prozent) gegeben.

			Q_H-jn		Gesamt
			nein	ja	
Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	nein	Anzahl	29	50	79
		% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	36,7%	63,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-1,0	
	ja	Anzahl	304	864	1168
		% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	26,0%	74,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,3	
Gesamt	Anzahl	333	914	1247	
	% innerhalb von Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?	26,7%	73,3%	100,0%	

Tabelle 17: Möglichkeit der Beurteilung der beruflichen Verursachung abhängig von der Erstmeldung.

4.3.1.3 Validierung der Erstmeldungen durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger

Die Validierung der Erstmeldung ist, bei unvollständigen oder nicht klaren Informationen, ein wichtiger Schritt zur Einleitung der richtigen, zielgerichteten §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut.⁵⁸ Insgesamt wurden in den untersuchten Fällen in 38,9 Prozent Validierungsmaßnahmen vorgenommen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	903	61,1	61,1	61,1
	ja	575	38,9	38,9	100,0
Gesamt		1478	100,0	100,0	

Tabelle 18: Anzahl der Validierungen der Erstmeldungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

Der häufigste Schritt zur Validierung der Erstmeldung des Verdachts auf eine berufsbedingte Hauterkrankung war die Beurteilung der vorliegenden Informationen durch den beratenden Arzt. Dies wurde in mehr als einem Fünftel der Fälle durchgeführt (21,2 Prozent). Eine größere Bedeutung im Rahmen der Validierung der Erstmeldungen hatte auch die persönliche Untersuchung des Versicherten durch den beratenden Arzt, die in sieben Prozent der Fälle vorgenommen wurde. Alle anderen möglichen Validierungsschritte (wie z.B. Teamgespräche oder die Einschaltung des Präventionsdienstes) sind dagegen von untergeordneter Bedeutung. In 127 Fällen (8,7 Prozent) wurden weitere Maßnahmen zur Validierung des Erstberichtes durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger in die Wege geleitet (vgl. Anhang C.2).

Interessant zu prüfen ist, in welchen Fallkonstellationen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger Validierungen der Erstmeldungen vornehmen. Ein erstes Ergebnis ist dabei, dass bei Nicht-Vorlage eines F6050, Validierungsschritte höchst signifikant seltener durchgeführt werden als bei Vorlage des Hautarztberichtes ($\chi^2=158,897$; $df=1$; $p<0,001$).

⁵⁸ Angemerkt werden muss, dass die Validierung nicht zu einer übermäßigen Verzögerung der Einleitung von Maßnahmen führen darf.

			Validierung_Erstbericht		Gesamt
			nein	ja	
F6050_vorhanden	nein	Anzahl	382	47	429
		% innerhalb von F6050_vorhanden	89,0%	11,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	6,5	-8,6	
	ja	Anzahl	643	528	1171
		% innerhalb von F6050_vorhanden	54,9%	45,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,9	5,2	
Gesamt	Anzahl		1025	575	1600
	% innerhalb von F6050_vorhanden		64,1%	35,9%	100,0%

Tabelle 19: Validierung der Erstberichte bei Vorliegen eines F6050 und bei Nicht-Vorlage des F6050.

Bei Meldungen, bei denen der F6050 vorliegt und bei der nach der ersten Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungen die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit aus dem Erstbericht nicht beurteilt werden kann, werden in einem signifikant höheren Maße Validierungsschritte vorgenommen. Wenn dagegen die Einschätzung vorhanden ist, dass die berufliche Tätigkeit gefährdet ist, werden dagegen in einem höchst signifikanten Maße keine weiteren Validierungsschritte unternommen ($\chi^2=26,456$; $df=2$; $p<0,001$), sondern wohl recht zeitnah Maßnahmen eingeleitet.

			Validierung_Erstbericht		Gesamt
			nein	ja	
Erst_Tät_UVT	nein	Anzahl	456	375	831
		% innerhalb von Erst_Tät_UVT	54,9%	45,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-,1	
	ja	Anzahl	122	62	184
		% innerhalb von Erst_Tät_UVT	66,3%	33,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,2	-2,4	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	54	89	143
		% innerhalb von Erst_Tät_UVT	37,8%	62,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	3,0	
Gesamt	Anzahl		632	526	1158
	% innerhalb von Erst_Tät_UVT		54,6%	45,4%	100,0%

Tabelle 20: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung des UV-Trägers zur Gefährdung der beruflichen Tätigkeit.

Keine Signifikanz einer vermehrten Validierung konnte dagegen nachgewiesen werden, wenn der Arzt die Einschätzung im Hautarztbericht abgibt, dass die berufliche Tätigkeit gefährdet ist bzw. dies aus dem Bericht nicht zu beurteilen ist.

			Validierung_Erstbericht		Gesamt
			nein	ja	
Erst_Tätig_Arzt	nein	Anzahl	514	418	932
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	55,2%	44,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,3	
	ja	Anzahl	48	37	85
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	56,5%	43,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,3	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	68	72	140
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	48,6%	51,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	1,0	
Gesamt		Anzahl	630	527	1157
		% innerhalb von Erst_Tätig_Arzt	54,5%	45,5%	100,0%

Tabelle 21: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung des Arztes zur Aufgabe der beruflichen Tätigkeit.

Gleiches gilt auch, wenn die Qualität des Hautarztberichtes nicht ausreicht, um die berufliche Verursachung der Hauterscheinungen beurteilen zu können.

			Validierung_Erstbericht		Gesamt
			nein	ja	
Q_H-jn	nein	Anzahl	175	130	305
		% innerhalb von Q_H-jn	57,4%	42,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,7	
	ja	Anzahl	456	393	849
		% innerhalb von Q_H-jn	53,7%	46,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,4	
Gesamt		Anzahl	631	523	1154
		% innerhalb von Q_H-jn	54,7%	45,3%	100,0%

Tabelle 22: Validierung der Erstmeldung abhängig von der Einschätzung der Möglichkeit, die berufliche Verursachung der Hauterscheinung beurteilen zu können.

4.3.1.4 Beratung der Versicherten im Rahmen des Stufenverfahren Haut

➤ Einschätzung des Beratungsbedarfes für die Versicherten

Erhebliche Unterschiede gibt es bei der Einschätzung des Beratungsbedarfes für die Versicherten bei denen eine Verdachtsmeldung auf eine beruflich bedingte Hauterkrankung erfolgte. Die Hautärzte sehen nun in einem recht geringen Maße die Notwendigkeit einer Beratung durch gesetzliche Unfallversicherungsträger. Lediglich in 20,9 Prozent der Fälle geben sie dies im Bericht direkt an.

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	858	68,6	68,6
ja	262	20,9	89,5
k.A.	131	10,5	100,0
Gesamt	1251	100,0	

Tabelle 23: Einschätzung des Beratungsbedarfs der Hautärzte durch den gesetzlichen UVT

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger dagegen sehen in der Mehrzahl der Fälle einen Beratungsbedarf durch den UV-Träger und verneinen in gar nur in etwas mehr als einem Drittel der Fälle (35,2 Prozent).

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	442	35,2	35,2
ja	717	57,1	92,3
aus Bericht nicht beurteilbar	81	6,4	98,7
kann ich nicht beurteilen	16	1,3	100,0
Gesamt	1256	100,0	

Tabelle 24: Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den gesetzlichen UVT

➤ **Durchführung der Beratungen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut**

Es wurden drei unterschiedliche Arten der Beratung im Rahmen des Stufenverfahrens Haut untersucht: Durch den Sachbearbeiter, den Präventionsdienst und die Arbeitsmedizinische Dienste. Beratungen wurden in insgesamt 58 Prozent der Fälle durchgeführt.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	790	58,3	58,3	100,0
nein	566	41,7	41,7	41,7
Gesamt	1356	100,0	100,0	

Tabelle 25: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf eine berufsbedingte Hauterkrankung.

Die Anzahl der Beratungen durch die einzelnen genannten Gruppe und die Art der Beratungen wird in den folgenden Tabellen dargestellt. Am häufigsten erfolgt eine Beratung direkt durch den Sachbearbeiter des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers mit einem individualisierten Schreiben. Dies wird in mehr als 38 Prozent der Fälle durchgeführt, ggf. noch ergänzt durch ein Telefongespräch bzw. durch eine persönliche Beratung.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	601	44,3	44,3	44,3
individuelles Schreiben	440	32,4	32,4	76,8
individuelles Schreiben und telefonisch	82	6,0	6,0	82,8
individuelles Schreiben und vor Ort	3	,2	,2	83,0
telefonisch	215	15,9	15,9	98,9
vor Ort	15	1,1	1,1	100,0
Gesamt	1356	100,0	100,0	

Tabelle 26: Durchgeführte Beratungen durch einen Sachbearbeiter eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1229	90,6	90,6	90,6
individuelles Schreiben	5	,4	,4	91,0
individuelles Schreiben und telefonisch	16	1,2	1,2	92,2
individuelles Schreiben und vor Ort	1	,1	,1	92,3
telefonisch	24	1,8	1,8	94,0
vor Ort	81	6,0	6,0	100,0
Gesamt	1356	100,0	100,0	

Tabelle 27: Durchgeführte Beratungen durch den Präventionsdienst eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1316	97,1	97,1	97,1
individuelles Schreiben	11	,8	,8	97,9
individuelles Schreiben und vor Ort	1	,1	,1	97,9
vor Ort	28	2,1	2,1	100,0
Gesamt	1356	100,0	100,0	

Tabelle 28: Durchgeführte Beratungen durch einen arbeitsmedizinischen Dienst im Auftrag eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers.

Interessant ist auch einmal zu kontrastieren, ob auch in allen Fällen, in denen zunächst Beratungsbedarf – nach Meinung der gesetzlichen UV-Träger - gegeben scheint, eine Beratung durchgeführt wird. Dabei stellt sich heraus, dass die gesetzlichen Unfallversicherungen in Fällen, in denen sie einen Beratungsbedarf sehen, auch in einem höchst signifikanten häufiger diese Beratung durchführen ($\chi^2=132,643$; $df=3$; $p<0,001$) als in den anderen untersuchten Fällen; aber auch in einem Viertel dieser Fälle - in denen sie selbst zu dieser Einschätzung gekommen sind - findet trotzdem keine Beratung statt.

			Beratung durchgeführt		Gesamt
			nein	ja	
Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	nein	Anzahl	253	187	440
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	57,5%	42,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	6,4	-5,1	
	ja	Anzahl	180	536	716
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	25,1%	74,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-5,8	4,6	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	45	34	79
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	57,0%	43,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,6	-2,1	
	kann ich nicht beurteilen	Anzahl	5	11	16
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	31,3%	68,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	,4	
Gesamt		Anzahl	483	768	1251
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?	38,6%	61,4%	100,0%

Tabelle 29: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen in Abhängigkeit von der Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den gesetzlichen UV-Träger.

Sehr signifikant ist auch die Korrelation der Einschätzung ($\chi^2=9,464$; $df=2$; $p=0,009$), für die Durchführung von Beratungen durch den gesetzlichen UV-Träger, wenn der Arzt einen Beratungsbedarf durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Hautarztbericht festgestellt hat gegenüber Fällen, in denen dies nicht der Fall. Immerhin in 31,4 Prozent der Fälle folgt aus der Feststellung des Beratungsbedarfs durch den Hautarzt keine Beratung durch den gesetzlichen UVT.

			Beratung durchgeführt		Gesamt
			nein	ja	
Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punk 9.5)	nein	Anzahl	342	513	855
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punk 9.5)	40,0%	60,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-,4	
ja		Anzahl	82	179	261
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punk 9.5)	31,4%	68,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,9	1,5	
Frage nicht beantwortet		Anzahl	60	70	130
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punk 9.5)	46,2%	53,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,3	-1,1	
Gesamt		Anzahl	484	762	1246
		% innerhalb von Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punk 9.5)	38,8%	61,2%	100,0%

Tabelle 30: Durchgeführte Beratungen bei Verdachtsmeldungen auf berufsbedingte Hauterkrankungen in Abhängigkeit von der Einschätzung des Beratungsbedarfs durch den Hautarzt.

4.3.3 §3- Maßnahmen aufgrund der Erstmeldung

Nach der Erstbearbeitung und Validierung der Verdachtsmeldung auf eine berufsbedingte Hauterkrankung ist eine geeignete §3-Maßnahme auszuwählen. Kriterien für die Auswahl einer §3-Maßnahme sind folgende zwei Fragestellungen (vgl. auch Abschnitt 3.1.2):

- Liegt bei dem Versicherten eine hautgefährdende Tätigkeit vor? und:
- Sind die Hauterscheinungen gefährdungstypisch?

Der vorgesehene Maßnahmenkatalog für die niederschweligen Maßnahmen sieht in diesem Fall zunächst wie folgt aus:

- Heilbehandlung einleiten bzw. übernehmen (ggf. ablehnen)
- Betreuung Betriebsarzt veranlassen
- Optimierung Arbeitsplatz (organisatorische Maßnahmen)
- Übernahme der persönlichen Schutzausrüstung
- Gesundheitspädagogisches Seminar
- ggf. Stationäres Heilverfahren

Auf Grundlage der Erstbearbeitung der Verdachtsmeldung ergaben sich aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherungsträger insgesamt 971 Fälle, für die eine §3-Maßnahme nach den beschriebenen

Kriterien hätte eingeleitet werden sollen.

Anzahl		Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)		Gesamt
		nein	ja	
Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	ja	21	971	992
	nein	21	67	88
	aus Bericht nicht nachvollziehbar	29	66	95
	kann ich nicht beurteilen	6	41	47
Gesamt		77	1145	1222

Tabelle 31: Bewertung der Kriterien: „Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)“ und „Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)“

In einem weiteren Schritt wurde ermittelt: Wie viele §3- Maßnahmen in allen untersuchten Fällen eingeleitet worden sind. Dies waren 914 (vgl. Tabelle 32). Dies bedeutet, dass in fast 62 Prozent der Fälle, in denen eine Verdachtsmeldung (unabhängig von der Meldeform) eingereicht wurde, von den Unfallversicherungsträgern eine §3- Maßnahme eingeleitet wurde.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	914	61,8	76,4	100,0
	nein	282	19,1	23,6	23,6
	Gesamt	1196	80,9	100,0	
Fehlend	System	282	19,1		
Gesamt		1478	100,0		

Tabelle 32: Anzahl der eingeleiteten §3-Maßnahmen in den untersuchten Fällen.

Wie zielgerichtet die Einleitung dieser Maßnahmen war lässt sich allerdings nur zeigen, wenn man die Tabellen 31 und 32 miteinander in Verbindung setzt. Dann kann gezeigt werden, dass in 741 von 754 Fällen, in denen eine §3-Maßnahme nach den Kriterien des Stufenverfahrens hätte eingeleitet werden müssen, tatsächlich eine §3-Maßnahme eingeleitet wurde (vgl. Tabelle 33). Dies spricht dafür, dass die Sachbearbeiter bei einer für sie eindeutigen Faktenlage in einem sehr hohen Maße in das Stufenverfahren Haut einsteigen.

Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3) * Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7) * Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet: Kreuztabelle							
Anzahl							
Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:			Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)				Gesamt
			ja	nein	aus Bericht nicht nachvollziehbar	kann ich nicht beurteilen	
ja	Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)	ja	741	27	38	29	835
		nein	13	6	21	5	45
		Gesamt	754	33	59	34	880
nein	Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)	ja	146	35	23	10	214
		nein	6	13	6	1	26
		Gesamt	152	48	29	11	240

Tabelle 33: Einleitung von §3-Maßnahmen auf Grundlage der Kriterien des Stufenverfahrens Haut.

4.3.3.1 Überblick über die Art der eingeleiteten Maßnahmen

Einen Überblick über die eingeleiteten Maßnahmen und die entsprechenden Maßnahmenbündel im ersten Interventionsschritt gibt die Tabelle 34. Es wird gezeigt, dass die Einleitung bzw. Übernahme der dermatologischen Heilbehandlung die häufigste Maßnahme ist, aber in einigen Fällen auch durchaus andere Interventionsstrategien gewählt werden (vgl. Tabelle 34).

Einleitung §3-Maßnahmen (1. Interventionsschritt)			
		Fälle	Prozent
Fälle mit §3-Maßnahmen		934	
	Heilbehandlung einleiten / übernehmen	832	89,1
	Betreuung Betriebsarzt veranlassen (vor allem Großbetriebe)	74	7,9
	ggf. Arbeitsmedizinischer Dienst beauftragen	38	4,1
	evtl. Beratung durch Präventionsdienst / BK-Ermittler	141	15,1
	Optimierung Arbeitsplatz / Persönliche Schutzausrüstung		
	- technisch- organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz	48	5,1
	- Übernahme des persönlichen Hautschutzes	352	37,7
	Gesundheitspädagogisches Seminar	305	32,7
	Evtl. schon Einleitung eines stationären Heilverfahrens	29	3,1
§3-Maßnahmen Interventionsschritt 1 gesamt		1819	194,8

Tabelle 34: Eingeleitete §3-Maßnahmen im ersten Interventionsschritt.

Bei einer genaueren Betrachtung der eingeleiteten Maßnahmen wird sehr deutlich, dass die gesetzlichen Unfallversicherungen von der im Stufenverfahren beschriebenen Möglichkeit mehrere §3-Maßnahmen einzuleiten regen Gebrauch machen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig Keine näher bezeichnete Maßnahme	106	11,6	11,6	11,6
Behandlungsauftrag	272	29,8	29,8	41,4
Behandlungsauftrag & Orga Maßnahme	10	1,1	1,1	42,5
Behandlungsauftrag & Hautschutz	216	23,6	23,6	66,1
Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz	17	1,9	1,9	67,9
Behandlungsauftrag & SIP	178	19,5	19,5	87,4
Behandlungsauftrag & Hautschutz & SIP	76	8,3	8,3	95,7
Behandlungsauftrag & Orga & SIP	9	1,0	1,0	96,7
Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz & SIP	9	1,0	1,0	97,7
Hautschutz	11	1,2	1,2	98,9
SIP	10	1,1	1,1	100,0
Gesamt	914	100,0	100,0	

Tabelle 35: Überblick über §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut inkl. der Kombinationen verschiedener Maßnahmen im ersten Interventionsschritt.

➤ **Erteilung / Übernahmen dermatologischer Heilbehandlung**

Die am häufigsten eingeleitete §3-Maßnahme im Rahmen des Stufenverfahrens Haut ist die Erteilung eines Behandlungsauftrags zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherungen. Es kann also festgehalten werden: In den meisten Fällen ist der Behandlungsauftrag eines der zentralen Instrumente im Rahmen der sekundären Individualprävention. Dies zeigt auch die nachfolgende Tabelle 36. Aus dieser geht hervor, dass allgemeine bzw. besondere Heilbehandlung in 97,4 Prozent der Fälle eingeleitet wird, in denen die gesetzlichen Unfallversicherungen, auf Grundlage einer Verdachtsmeldung auf hautbedingte Berufserkrankung eine §3-Maßnahme einleiten und die dermatologische Heilbehandlung entsprechend dokumentieren.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig allgemeine Heilbehandlung	774	84,7	96,0	96,0
besondere Heilbehandlung	11	1,2	1,4	97,4
kein Behandlungsauftrag	21	2,3	2,6	100,0
Gesamt	806	88,2	100,0	
Fehlend System	108	11,8		
Gesamt	914	100,0		

Tabelle 36: Erteilung von Behandlungsaufträgen und Einleitung von Heilbehandlungen durch die gesetzlichen Unfallversicherungen im ersten Interventionsschritt.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, wie viele der Behandlungsaufträge, gemäß den Vorgaben im Stufenverfahren Haut, mit einer Befristung versehen werden. Dabei ergibt sich ein sehr deutliches Bild: Nur 5,6 Prozent der Behandlungsaufträge erfolgt unbefristet. Bei allen anderen erfolgt eine Befristung zwischen einem und zwölf Monaten. Im Regelfall wird der Behandlungsauftrag zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung auf sechs Monate erteilt (vgl. Tabelle 37).

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig unbefristet	46	5,6	5,6
befristet auf 1 Monat	3	,4	6,0
befristet auf 3 Monate	245	29,8	35,7
befristet auf 6 Monate	525	63,8	99,5
befristet auf 12 Monate	4	,5	100,0
Gesamt	823	100,0	

Tabelle 37: Befristung von Behandlungsaufträgen zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung im 1. Interventionsschritt nach §3 BKV.

Eine weitere Frage, die zu klären ist, ist die Frage nach der Dauer bis es zur Erteilung eines Behandlungsauftrages kommt. Dabei stellte sich heraus, dass in 50 Prozent der Fälle (Median) eine Beauftragung der Heilbehandlung zu Lasten des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers innerhalb von 15 Tagen erfolgt. Der Mittelwert der Beauftragung einer Heilbehandlung beträgt knapp über 32 Tage (vgl. Tabelle 38).

	Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:			
	Insgesamt			
	Mittelwert	Median	Standardabw eichung	N
ErteilungBehandlungsauftrag	32	15	84,238	792
BetreuungBetriebsarzt	79	42	94,970	71
BeratungAMD	49	31	55,598	36
BeratungPräventionsdienst	70	36	80,612	131
BeauftragungTechnischeMaßnahme	130	84	120,544	45
DurchführungTechnischeMaßnahme	116	90	105,151	25
EntscheidungHautschutz	58	26	85,938	336
DurchführungAmbulantesHautschutzseminar	56	27	115,870	293
DurchführungStationäresHeilverfahren	264	267	163,782	30

Tabelle 38: Durchschnittliche Fristen (in Tage) bis zur Einleitung bzw. Durchführung ausgewählter §3-Maßnahmen (Mittelwert und Median).

➤ **Überblick über weitere §3-Maßnahmen**

Neben der Erteilung des Behandlungsauftrages (zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger) sieht das Stufenverfahren Haut – wie beschrieben – noch eine ganze Reihe anderer §3-Maßnahmen vor, die statt einer Heilbehandlung oder ergänzend zu einer Heilbehandlung durchgeführt werden können.

Die Untersuchung hat gezeigt, dass von diesen §3-Maßnahmen im ersten Interventionsschritt vor allem drei eine größere Bedeutung haben:

- Übernahme der persönlichen Schutzausrüstung (36,0 Prozent der Fälle)
- Angebot / Durchführung eines Gesundheitspädagogischen Seminars (31,1 Prozent der Fälle)
- Beratung der Prävention (13,8 Prozent der Fälle) bzw. des Arbeitsmedizinischen Dienstes (3,7 Prozent der Fälle)

Die durchgeführten Kombinationen der einzelnen §3-Maßnahmen wurden schon zu Beginn dieses Abschnittes in Tabelle 35 dargestellt. Sollen hier aber noch einmal aufgeteilt werden, in Maßnahmen die gemeinsam mit einer dermatologischen Heilbehandlung eingeleitet wurden (vgl. Tabelle 39) und Maßnahmen, die ohne die gleichzeitige Einleitung bzw. Übernahme einer Behandlung eingeleitet wurden (vgl. Tabelle 40).

Einleitung §3-Maßnahmen (1. Interventionsschritt)			
Fälle mit §3-Maßnahmen	832	Prozent	
Heilbehandlung einleiten / übernehmen	ja		
Betreuung Betriebsarzt veranlassen (vor allem Großbetriebe)	67	8,1	
ggf. Arbeitsmedizinischer Dienst beauftragen	28	3,4	
evtl. Beratung durch Präventionsdienst / BK-Ermittler	128	15,4	
Optimierung Arbeitsplatz / Persönliche Schutzausrüstung		0,0	
- technisch- organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz	47	5,6	
- Übernahme des persönlichen Hautschutzes	334	40,1	
Gesundheitspädagogisches Seminar	287	34,5	
Evtl. schon Einleitung eines stationären Heilverfahrens	29	3,5	
§3-Maßnahmen Interventionsschritt 1 gesamt	920	110,6	

Tabelle 39: Einleitung §3-Maßnahmen (1. Interventionsschritt)

Eine insgesamt untergeordnete Rolle spielen zu diesem Zeitpunkt des Verfahrens die technisch-organisatorischen Veränderungen am Arbeitsplatz und – wenig überraschend – die sofortige Einleitung eines stationären Heilverfahrens.

Einleitung §3-Maßnahmen (1. Interventionsschritt)			
Fälle mit §3-Maßnahmen		112	Prozent
Heilbehandlung einleiten / übernehmen	nein		
Betreuung Betriebsarzt veranlassen (vor allem Großbetriebe)		7	6,3
ggf. Arbeitsmedizinischer Dienst beauftragen		10	8,9
evtl. Beratung durch Präventionsdienst / BK-Ermittler		13	11,6
Optimierung Arbeitsplatz / Persönliche Schutzausrüstung			0,0
- technisch- organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz		1	0,9
- Übernahme des persönlichen Hautschutzes		18	16,1
Gesundheitspädagogisches Seminar		18	16,1
Evtl. schon Einleitung eines stationären Heilverfahrens		0	0,0
§3-Maßnahmen Interventionsschritt 1 gesamt		67	59,8

Tabelle 40: Einleitung §3-Maßnahmen, ohne gleichzeitige Einleitung bzw. Übernahme einer Behandlung

Die entsprechenden Zeitspannen bis zur Einleitung der ersten Maßnahme sind in Tabelle 38 dokumentiert, die Tabellen zur Anzahl der eingeleiteten Einzelmaßnahmen sind im Anhang C.3 im Überblick dargestellt.

4.3.3.2 Überblick über die Entscheidung der Einleitung von §3- Maßnahmen

➤ Allgemeine Entscheidung zur Einleitung von §3-Maßnahmen

Im Stufenverfahren Haut ist auch geregelt, dass der Sachbearbeiter über die Einleitung von geeigneten Maßnahmen, insbesondere bei Einleitung der Heilbehandlung, bei eindeutiger Fallgestaltung autark und eigenverantwortlich entscheidet. Die Analyse der Daten zeigt, dass dies in 76,2 Prozent der dokumentierten Fälle so gehandhabt wird; allerdings konnten aufgrund der Dokumentation in den Akten nur in rund der Hälfte der Fälle (51,1 Prozent) die genauen Entscheidungswege nachvollzogen werden.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Sachbearbeiter (alleine)	359	39,3	76,2	76,2
	Vorgesetzter	32	3,5	6,8	83,0
	SB in Abstimmung mit dem Arzt	80	8,8	17,0	100,0
	Gesamt	471	51,5	100,0	
Fehlend	System	443	48,5		
	Gesamt	914	100,0		

Tabelle 41: Entscheidung über die Einleitung von §3-Maßnahmen beim ersten Interventionsschritt.

Es kann aber davon ausgegangen werden, dass bei Routinefällen die Sachbearbeitung inzwischen häufig die §3-Maßnahmen ohne Beteiligung von Vorgesetzten oder behandelnden Ärzten einsetzt. Allerdings ergibt sich aufgrund der Datenlage kein eindeutiges Bild (vgl. Anhang C.4).

➤ **Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes / persönliche Schutzausrüstung (PSA)**

Ein eindeutiges Bild, wenn es um die Einleitung von §3-Maßnahmen und insbesondere um die Übernahme der Kosten von Maßnahmen geht, zeigt sich bei der Frage des persönlichen Hautschutzes. Hier entscheidet der Sachbearbeiter in über 90 Prozent der Fälle und dies überwiegend ohne das Votum weiterer Verfahrensbeteiligter.

Entscheidung: Übernahme des Hautschutzes / PSA			
(Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	Prozent	
Sachbearbeiter	305	92,7	
Prävention	38	11,6	
Arbeitsmedizinischer Dienst	16	4,9	
Beratenden Arzt	82	24,9	
Vorschlag Hautarztbericht	45	13,7	
Gesamtsumme	329		

Tabelle 42: Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes bzw. der persönlichen Schutzausrüstung bei den untersuchten Fällen.

Es bleibt außerdem festzuhalten, dass die Sachbearbeiter in Fällen, in denen Defizite mit dem Hautschutz bzw. der persönlichen Schutzausrüstung nach Erstmeldung und Validierung festgestellt werden konnten, häufiger die Kosten für diese Maßnahmen übernehmen bzw. in einem signifikanten Maße seltener die Kosten übernehmen, wenn keine Defizite festgestellt werden konnten ($\chi^2=8,636$; $df=1$; $p=0,003$). Dies entspricht dem Stufenverfahren Haut.

			Sachbearbeiter		Gesamt
			nein	ja	
Defizite_PSA	ja	Anzahl	13	132	145
		% innerhalb von Defizite_PSA	9,0%	91,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,9	,8	
	nein	Anzahl	30	110	140
		% innerhalb von Defizite_PSA	21,4%	78,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,9	-,8	
Gesamt	Anzahl	43	242	285	
	% innerhalb von Defizite_PSA	15,1%	84,9%	100,0%	

Tabelle 43: Einschätzung der Sachbearbeiter über Defizite im Hautschutz bzw. bei der persönlichen Schutzausrüstung bei den untersuchten Fällen.

➤ **Entscheidung zur Einleitung von §3- Maßnahmen auf Grundlage Empfehlungen im Hautarztbericht**

Bei der Evaluation der Fragestellungen, ob §3-Maßnahmen auf Empfehlung des Hautarztberichtes eingeleitet werden, zeigt sich ein eindeutiges Bild: Empfehlungen zur persönlichen Schutzausrüstung werden sehr häufig auf Grundlage des Hautarztberichtes vorgenommen. In mehr als 70 Prozent der Fälle nehmen die Sachbearbeiter hier Impulse auf.

Weit weniger häufig werden allerdings gesundheitspädagogische Seminare (28,6 Prozent) und stationäre Heilverfahren auf Grundlage der Empfehlungen im Hautarztbericht durchgeführt. Hier ist in Abstimmung mit der Evaluation der Berichte durch die Gutachter zu prüfen, ob hier ggf. häufiger von den Ärzten Empfehlungen ausgesprochen werden sollten / müssten.

4.3.4 Weiterer Verlauf des Stufenverfahrens Haut

Die weitere Steuerung des Falles und das Erreichen der angestrebten Ziele des Verfahrens (Erhalt des Arbeitsplatzes / Verminderung der AU-Zeiten) ist nur zu erreichen, wenn es im Laufe des §3-Verfahrens zu einem (möglichst) stetigen Informationsfluss zwischen den Verfahrensbeteiligten und besonders zwischen den Hautärzten und den Sachbearbeitern kommt, damit die gesetzliche Unfallversicherungsträger immer über die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahme informiert sind und ggf. Korrekturen oder Verbesserungen vornehmen können.

Die gesetzlichen Unfallversicherungen versehen – wie schon dargestellt (vgl. Tabelle 37) - in relativ vielen Fällen die eingeleiteten §3-Maßnahmen bei Verdachtsmeldungen auf BK 5101 mit einer Befristung (insbesondere dermatologischer Behandlungsauftrag), um eine Wirksamkeits- bzw. Ergebniskontrolle durchführen zu können. Nach dem publizierten Stufenverfahren Haut gilt eine Berichtspflicht in einem Abstand von drei bis sechs Monaten als anstrebenswert. Folgende Punkte sollen bei der terminierten Zwischenkontrolle jeweils geprüft und geklärt werden:

- Liegen Informationen über die Umsetzungsergebnisse drei Monate nach dem Maßnahmenbeginn vor?
- Waren Maßnahmen wirksam und ausreichend?
- Kann die Tätigkeit fortgesetzt werden?

Die Berichterstattung der Hautärzte sollte laut optimierten Hautarztverfahren und dem Stufenverfahren Haut mit dem F6052 erfolgen.

4.3.4.1 Überblick über die Verlaufsberichterstattung

Eine relativ einfache Möglichkeit der Informationsgenerierung stellt die Auflage der Berichtspflicht in regelmäßigen Abständen bei der Erteilung von Behandlungsaufträgen dar. Wie schon in Tabelle 37 dargestellt, wird dieses Steuerungsinstrument regelmäßig genutzt.

Über 94 Prozent aller Behandlungsaufträge werden dabei auf ein oder zwei Quartale befristet. Länger befristete bzw. unbefristete Behandlungsaufträge stellen eine große Ausnahme dar. Auf Grundlage der Berichtspflichten entstehen für die gesetzlichen Unfallversicherungen in den meisten Fällen Steuerungsmöglichkeiten, da bei Auslaufen des Behandlungsauftrages fast zwangsläufig Informationen vom Hautarzt bereitgestellt werden müssen, insbesondere, wenn eine Weiterbehandlung erfolgen soll. Dadurch kann beispielsweise mit einem weiteren oder veränderten Interventionsschritt zielgerichtet in das Verfahren eingegriffen werden.

➤ **Anzahl der erstellten Verlaufsberichte**

Wichtig für das Verfahren ist natürlich auch, dass sich die beauftragten Ärzte auch an die auferlegte Berichtspflicht halten. Insgesamt wurden in allen betrachteten Verfahren 2.165 Verlaufsberichte erstattet. In über 98 Prozent der Fälle lag zumindest ein Verlaufsbericht vor. In 112 Verfahren lagen sechs und mehr auswertbare Verlaufsberichte vor. Insgesamt kann damit gesagt werden, dass die Berichterstattungspflicht von den beauftragten Ärzten gut angenommen wird.

Anzahl der erstellten Verlaufsberichte			
Anzahl berichtspflichtige Behandlungsaufträge		777	
1. Verlaufsbericht		763	98,2
2. Verlaufsbericht		528	68,0
3. Verlaufsbericht		366	47,1
4. Verlaufsbericht		232	29,9
5. Verlaufsbericht		164	21,1
6. Verlaufsbericht		112	14,4
Erstattete Verlaufsberichte gesamt		2165	

Tabelle 44: Vorliegende Verlaufsberichte (F6052) in den evaluierten Hautarztverfahren.

➤ **Zeitraum bis zum Eingang der Verlaufsberichte**

Regelmäßig erfolgt die Erstattung des ersten Verlaufsberichtes ca. 100 Tage nach Eingang der Erstmeldung und rund 69 Tage nach der Erteilung des Behandlungsauftrages. Diese Frist liegt damit in der für das Stufenverfahren gesetzten Frist von „drei bis sechs Monaten nach Maßnahmenzusage“⁵⁹. Auch die weiteren Verlaufsberichte erfolgen innerhalb dieser Frist. Dabei gehen die Hälfte der Berichte (Median) in einem Abstand von 53 (4. und 5. F6052) bis 73 Tagen (2. F6250) ein. Im Mittelwert sind es 63 bis 82 Tage, dies liegt aber jeweils in der im BIS genannten Frist.

⁵⁹ Vgl. Stufenverfahren Haut, Abschnitt 3.1.4

	Art und Erteilung eines Behandlungsauftrages:			
	Insgesamt			
	Mittelwert	Median	N	Standardabweichung
ErsterVerlaufsbericht	100	85	694	96,078
ZweiterVerlaufsbericht	166	162	496	115,299
DritterVerlaufsbericht	220	221	347	117,786
VierterVerlaufsbericht	260	259	222	127,524
FünfterVerlaufsbericht	289	289	155	103,406
SechsterVerlaufsbericht	320	328	105	91,429
Zeitraum Erteilung Behandlungsauftrag ErsterVerlaufsbericht	69	64	684	93,727
Zeitraum ErsterVerlaufsbericht ZweiterVerlaufsbericht	82	73	497	76,601
Zeitraum ZweiterVerlaufsbericht DritterVerlaufsbericht	79	69	348	60,988
Zeitraum DritterVerlaufsbericht VierterVerlaufsbericht	69	61	223	50,878
Zeitraum VierterVerlaufsbericht FünfterVerlaufsbericht	65	53	156	66,147
Zeitraum FünfterVerlaufsbericht SechsterVerlaufsbericht	63	53	105	37,338

Tabelle 45: Eingang von Verlaufsberichten bei den gesetzlichen Unfallversicherungen (Differenzen in Tagen).

➤ **Zeitraum bis zum Eingang der Verlaufsberichte**

Insgesamt kann auch gezeigt werden, dass die Hautärzte im Laufe des Verfahrens die Berichterstattung verbessern. Müssen zur Einsendung des ersten Verlaufsberichtes noch über 60 Prozent der Ärzte aufgefordert werden, so sind es beim sechsten Verlaufsbericht nur noch 38 Prozent, während alle anderen Berichte unaufgefordert eingesandt wurden.

Auf Grundlage der vorliegenden Daten über eingegangene Verlaufsberichte kann davon ausgegangen werden, dass die behandelnden Ärzte das Instrument des Verlaufsberichtes (F6052) in den meisten Fällen nutzen. Dies betrifft sowohl den grundsätzlichen Einsatz des Instrumentes als auch die geforderte Repetitionsrate. Verbesserungspotenzial gibt es noch in punkto freiwillige Durchführung der Berichtspflicht.

4.3.4.2 Validierungsschritte aufgrund der Verlaufsberichterstattung

Bei den Zwischenkontrollen innerhalb des Stufenverfahrens Haut gilt es insbesondere zu überprüfen, ob die bisherigen Maßnahmen wirksam, ausreichend und damit zielführend waren. Ist dies für den Sachbearbeiter nicht sofort aus den angeforderten bzw. vorliegenden Zwischenberichten zu erkennen ist ein zweistufiges Verfahren der Validierung vorgesehen. Zunächst innerhalb der Verwaltung im Rahmen eines Teamgesprächs bzw. durch den beratenden Arzt und dann mit den entsprechenden bekannten Instrumentarien, wie sie auch im Rahmen der Erstmeldung verwendet werden.

➤ **Validierung durch den beratenden Arzt**

Eine Beurteilung der Verlaufs- bzw. Zwischenberichte zur Validierung der Berichterstattung erfolgt in mehr als jedem vierten Fall durch den beratenden Arzt (29,2 Prozent der dokumentierten Fälle). Dies

bedeutet, dass die Sachbearbeiter bei längeren Verfahren eine steigende Komplexität des Verfahrens erkennen und aus diesem Grund zusätzlichen Sachverstand zur Beurteilung einbeziehen.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	185	24,2	29,2	100,0
nein	448	58,7	70,8	70,8
Gesamt	633	83,0	100,0	
Fehlend System	130	17,0		
Gesamt	763	100,0		

Tabelle 46: Beurteilung des / der Zwischen- / Verlaufsberichtes (F6052) durch den beratenden Arzt

Diese Schlussfolgerung lässt sich auch dadurch noch einmal erhärten, dass die Sachbearbeiter mehr als ein Sechstel der Versicherten, bei denen §3-Maßnahmen eingeleitet wurden, zu einer persönlichen Untersuchung beim beratenden Arzt vorstellten. Dies wird in einigen Verwaltungen bei einer längeren Laufzeit von §3-Maßnahmen sogar als Routinemaßnahme gehandhabt.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja - Routinemaßnahme in unserer Verwaltung	97	12,7	17,4	100,0
nein	459	60,2	82,6	82,6
Gesamt	556	72,9	100,0	
Fehlend System	207	27,1		
Gesamt	763	100,0		

Tabelle 47: Persönliche Untersuchung, aufgrund des / der Zwischen- / Verlaufsberichtes (F6052) durch den beratenden Arzt.

➤ **Validierung durch weitere Maßnahmen**

Sind die Entscheidungsgrundlagen für den Sachbearbeiter unsicher, stehen ihm noch weitere Möglichkeiten der Validierung der Zwischen- bzw. Verlaufsberichte zur Verfügung, damit er eine Entscheidung über das weitere Verfahren treffen kann (z. B. Einleitung weiterer §3-Maßnahmen). Von diesen Maßnahmen zur Validierung wird ebenfalls in vielen Fällen Gebrauch gemacht; dies betrifft immerhin 18,2 Prozent aller Fälle, in denen Zwischenberichte erstellt wurden und 24 Prozent der Fälle, in denen die Frage genau dokumentiert wurde.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	139	18,2	24,0	100,0
	nein	441	57,8	76,0	76,0
	Gesamt	580	76,0	100,0	
Fehlend	System	183	24,0		
Gesamt		763	100,0		

Tabelle 48: Weitere Schritte zur Validierung der Verlaufs- bzw. Zwischenberichte.

Häufigste Schritte zur Validierung der Zwischenberichte sind Rückfragen beim behandelnden Hautarzt mit 18,6 Prozent der Fälle. Daneben sind die Nachforderungen von Testprotokollen in über 13 Prozent der Fälle und Rückfragen beim Präventionsdienst mit knapp über 10 Prozent der Fälle relevant. Insgesamt wurden darüber hinaus noch 91 weitere Maßnahmen zur Validierung in den angegebenen Fällen dokumentiert (Häufungen von Validierungsschritten waren hier aber nicht festzustellen).

➤ **Persönliche Kontaktaufnahme mit dem Versicherten**

Eine Maßnahme, die verschiedene Ziele verfolgen kann, darunter auch die Validierung der Zwischenberichte und die Planung sowie Durchführung neuer §3-Maßnahmen, ist die persönliche Kontaktaufnahme seitens des gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit dem betroffenen Versicherten. Dabei gibt es zwei mögliche Mitarbeitergruppen, welche auf die Versicherten zugehen können: Die Sachbearbeiter und die Mitarbeiter des Präventionsdienstes. Beide Gruppen haben dabei die Möglichkeit, auf verschiedenem Weg den Kontakt mit den Betroffenen zu suchen: Persönlich, telefonisch oder auch schriftlich.

Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig		61	8,0	8,0	8,0
	nein	152	19,9	19,9	27,9
	ja, telefonisch	196	25,7	25,7	53,6
	ja, schriftlich	326	42,7	42,7	96,3
	ja, vor Ort	28	3,7	3,7	100,0
Gesamt		763	100,0	100,0	

Tabelle 49: Anzahl und Art der Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter

4.3.4.3 Einleitung weiterer §3-Maßnahmen aufgrund der Verlaufsberichterstattung

Die Zwischen- und Verlaufsberichterstattung dient dazu die weitere Steuerung des Falles vorzunehmen. Dabei ist vom Sachbearbeiter jeweils die Informationslage zu prüfen und ggf. mit weiteren Beteiligten die Umsetzung neuer Maßnahmen zu beschließen. In mehr als 30 Prozent der Fälle ist nach Einleitung einer ersten §3-Maßnahme - bzw. mehrere Maßnahmen im ersten Interventionsschritt - noch die Notwendigkeit gegeben weitere Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens durchzuführen (vgl. Tabelle 50).

Weitere Interventionsschritte aufgrund Verlaufsberichte			
Anzahl Fälle mit §3-Maßnahmen	934		
Weitere § 3 Maßnahmen	296	31,7	
Weitere Validierungsschritte	105	11,2	
keine weitere Intervention	426	45,6	
keine Angabe		0,0	
		0,0	

Tabelle 50: Ergänzende Maßnahmen aufgrund der Verlaufsberichterstattung.

Die Tabelle 51 zeigt deutlich, dass in den meisten Fällen, in denen es Verlaufsberichte gibt, Maßnahmenbündel angewendet werden, um das Eintreten einer Berufskrankheit zu verhindern.

Einleitung weitere §3-Maßnahmen (2. Interventionsschritt)			
Fälle mit weiteren §3-Maßnahmen	645	Prozent	
Heilbehandlung verändert / verlängert	341	52,9	
Betreuung Betriebsarzt veranlassen (vor allem Großbetriebe)	63	9,8	
ggf. Arbeitsmedizinischer Dienst beauftragen	31	4,8	
evtl. Beratung durch Präventionsdienst / BK-Ermittler	-		
Optimierung Arbeitsplatz / Persönliche Schutzausrüstung			
- technisch- organisatorische Maßnahmen am Arbeitsplatz	35	5,4	
- Übernahme des persönlichen Hautschutzes	229	35,5	
Gesundheitspädagogisches Seminar	262	40,6	
Einleitung eines stationären Heilverfahrens	33	5,1	
§3-Maßnahmen Interventionsschritt 2 gesamt	994		

Tabelle 51: Überblick über alle eingeleiteten weiteren §3-Maßnahmen im Stufenverfahren Haut.

Wie zentral die Zwischenberichterstattung für die Steuerung des Falles ist, zeigt auch die Tatsache, dass in 91,0 Prozent der Fälle, in denen weitere §3- Maßnahmen veranlasst wurden, ein F6052 vorlag und dass sogar 93,5 Prozent aller Einzelmaßnahmen auf der Grundlage eines F6052 eingeleitet wurden.

➤ **Veränderung / Anpassung der Heilbehandlung aufgrund der Zwischenberichte**

In rund der Hälfte der dokumentierten Fälle wird aufgrund der Zwischenberichte die Heilbehandlung durch die Sachbearbeiter noch einmal angepasst. Meist wird die Behandlung verlängert (49,1 Prozent) der Fälle. In seltenen Fällen wird eine besondere Heilbehandlung eingeleitet. Eine Beendigung der Hautbehandlung wurde lediglich in 14,1 Prozent der Fälle veranlasst (vgl. Tabelle 52).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	249	32,6	36,2	36,2
	ja, besondere Heilbehandlung	4	,5	,6	36,8
	ja, verlängert	337	44,2	49,1	85,9
	ja, konnte beendet werden	97	12,7	14,1	100,0
	Gesamt	687	90,0	100,0	
Fehlend	System	76	10,0		
Gesamt		763	100,0		

Tabelle 52: Anpassung / Veränderung der Heilbehandlung, aufgrund der Zwischenberichte.

Die häufigsten Maßnahmen, die darüber hinaus noch auf der Grundlage der Zwischenberichte veranlasst werden, sind:

- Die (weitere) Übernahme des persönlichen Hautschutzes / persönlichen Schutzausrüstung (PSA) in 205 Fällen, sowie
- Die Einladung zu einem gesundheitspädagogischen Seminar (234 Fälle).

Einen Überblick über die eingeleiteten Maßnahmen findet sich in Tabelle 53.

Insgesamt kann mit diesen Zahlen deutlich gemacht werden, dass der F6052 eine überragende Bedeutung für die weitere Steuerung der §3-Fälle hat.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Maßnahme	27	3,5	3,5	3,5
	Behandlungsauftrag	201	26,3	26,3	29,9
	Behandlungsauftrag & Hautschutz	98	12,8	12,8	42,7
	Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz	6	,8	,8	43,5
	Behandlungsauftrag & SIP	103	13,5	13,5	57,0
	Behandlungsauftrag & Hautschutz & SIP	20	2,6	2,6	59,6
	Behandlungsauftrag & Orga & SIP	5	,7	,7	60,3
	Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz & SIP	1	,1	,1	60,4
	Hautschutz	6	,8	,8	61,2
	Kein Behandlungsauftrag & 2. Orga Maßnahme	1	,1	,1	61,3
	Behandlungsauftrag und 2. Orga Maßnahme	6	,8	,8	62,1
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und 2. Orga Maßnahme	1	,1	,1	62,3
	Behandlungsauftrag & SIP & 2. Orga Maßnahme	1	,1	,1	62,4
	Behandlungsauftrag, SIP und 2 Orga Maßnahmen	3	,4	,4	62,8
	Kein Behandlungsauftrag & 2. Maßnahme Hautschutz	3	,4	,4	63,2
	Behandlungsauftrag & 2. Maßnahme Hautschutz	26	3,4	3,4	66,6
	Behandlungsauftrag und organisatorische Maßnahme & 2. Maßnahme Hautschutz	1	,1	,1	66,7
	Behandlungsauftrag und Hautschutz & 2. Maßnahme Hautschutz	90	11,8	11,8	78,5
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und organisatorische Maßnahmen & 2. Maßnahme Hautschutz	2	,3	,3	78,8
	Behandlungsauftrag und SIP & 2. Maßnahme Hautschutz	4	,5	,5	79,3
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und SIP & 2. Maßnahme Hautschutz	42	5,5	5,5	84,8
	Hautschutz & 2. Maßnahme Hautschutz	3	,4	,4	85,2
	Behandlungsauftrag & Hautschutz 2. Orga Maßnahme & Hautschutz	1	,1	,1	85,3
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und 2. Orga Maßnahme & Hautschutz	9	1,2	1,2	86,5
	Behandlungsauftrag, Hautschutz, SIP und 2. Orga Maßnahme & Hautschutz	1	,1	,1	86,6
	Behandlungsauftrag, Hautschutz, SIP & 2. Orga Maßnahme & Hautschutz	6	,8	,8	87,4
	Kein Behandlungsauftrag & 2. Maßnahme SIP	5	,7	,7	88,1
	Behandlungsauftrag und Hautschutz & 2. Maßnahme SIP	6	,8	,8	88,9
	Behandlungsauftrag und SIP & 2. Maßnahme SIP	52	6,8	6,8	95,7
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und SIP & 2. Maßnahme SIP	8	1,0	1,0	96,7
	Behandlungsauftrag, organisatorische Maßnahmen und SIP & 2. Maßnahme SIP	1	,1	,1	96,9
	Behandlungsauftrag, Hautschutz, organisatorische Maßnahmen, SIP & 2. Maßnahme SIP	2	,3	,3	97,1
	Behandlungsauftrag und 2. Orga Maßnahme & SIP	3	,4	,4	97,5
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und 2. Orga Maßnahme & SIP	1	,1	,1	97,6
	Behandlungsauftrag & SIP & 2. Orga Maßnahme & SIP	1	,1	,1	97,8
	Behandlungsauftrag & 2. Maßnahme Hautschutz & SIP	2	,3	,3	98,0
	Behandlungsauftrag und Hautschutz & 2. Maßnahme Hautschutz & SIP	4	,5	,5	98,6
	Behandlungsauftrag und SIP & 2. Maßnahme Hautschutz & SIP	5	,7	,7	99,2
	Behandlungsauftrag, Hautschutz und SIP & 2. Maßnahme Hautschutz & SIP	6	,8	,8	100,0
	Gesamt	763	100,0	100,0	

Tabelle 53: Überblick über §3-Maßnahmen in Fälle mit Verlaufs- und Zwischenberichterstattung.

4.3.4.4 Überblick über die Entscheidung der Einleitung von §3- Maßnahmen (Grundlage: F6052)

➤ Allgemeine Entscheidung zur Einleitung von §3-Maßnahmen (F6052)

Es kann gezeigt werden, dass die Sachbearbeitung bei den gesetzlichen Unfallversicherungen auf Grundlage des F6052 in den meisten Fällen autark über die Einleitung bzw. die Nichteinleitung weiterer Verfahrensschritte entscheidet (69,8 Prozent). Allerdings ist zu beobachten, dass bei der Entscheidung zur Durchführung weiterer §3-Maßnahmen doch häufiger eine Abstimmung mit dem beratenden Arzt erfolgt: insgesamt in 23,5 Prozent der Fälle (in über 96 Prozent dieser Fälle wurden dann auch Maßnahmen eingeleitet). Die autarke Entscheidung über weitere Maßnahmen wird lediglich in 67,1 Prozent der Fälle gefällt, gegenüber 76,2 Prozent der Fälle im ersten Interventionsschritt. Dies dürfte mit der steigenden Komplexität der Fälle im Zusammenhang stehen und entspricht dem publizierten Stufenverfahren Haut (vgl. Abschnitt 3.1).

			Weitere§3_n2		Gesamt
			nein	ja	
Wer hat über die Einleitung von Maßnahmen entschieden?	Sachbearbeiter (alleine)	Anzahl	38	226	264
		% innerhalb von Weitere§3_n2	92,7%	67,1%	69,8%
	Vorgesetzter	Anzahl	0	25	25
		% innerhalb von Weitere§3_n2	,0%	7,4%	6,6%
	SB in Abstimmung mit dem Arzt	Anzahl	3	86	89
		% innerhalb von Weitere§3_n2	7,3%	25,5%	23,5%
Gesamt		Anzahl	41	337	378
		% innerhalb von Weitere§3_n2	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 54: Entscheidung zur Durchführung / nicht Durchführung von §3-Maßnahmen, aufgrund des F6052.

➤ Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes / persönliche Schutzausrüstung

Bei Auswertung der Vorschläge den Hautschutz / die persönliche Schutzausrüstung des Versicherten zu übernehmen, wird deutlich, dass die Ärzte in diesem 2. Interventionsschritt eine deutlich aktivere Rolle übernehmen und – sicherlich auch aufgrund weiterer Informationen über den Versicherten – häufiger die Übernahme durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger vorschlagen.

Entscheidung: Übernahme des Hautschutzes / PSA (2. Interv.)		
(Mehrfachantworten möglich)	Anzahl	Prozent
Sachbearbeiter	217	66,0
Prävention	47	14,3
Arbeitsmedizinischer Dienst	13	4,0
Beratenden Arzt	84	25,5
Vorschlag Hautarztbericht	73	22,2
Gesamtsumme	334	

Tabelle 55: Vorschlag zur Übernahme des Hautschutzes (Mehrfachnennungen möglich).

Es kann aufgrund der Zahlen nicht belegt werden, dass die gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Fällen in denen Defizite im Hautschutz festgestellt werden, diesen häufiger zur Verfügung stellen. Dies deutet auf eine Schwachstelle im Verfahren hin (vgl. Tabelle 56).

			Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln				Gesamt
			nein	ja	aus F6052 nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
PSA_Bearb2_n	nein	Anzahl	259	74	114	41	488
		% innerhalb von PSA_Bearb2_n	53,1%	15,2%	23,4%	8,4%	100,0%
	ja	Anzahl	127	26	15	17	185
		% innerhalb von PSA_Bearb2_n	68,6%	14,1%	8,1%	9,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	386	100	129	58	673
		% innerhalb von PSA_Bearb2_n	57,4%	14,9%	19,2%	8,6%	100,0%

Tabelle 56: Übernahme des Hautschutzes / PSA in Abhängigkeit von identifizierten bzw. nicht identifizierten Defiziten durch den F6052.

➤ **Entscheidung zur Einleitung von §3- Maßnahmen auf Grundlage von Empfehlungen im Hautarztbericht**

Bei der Evaluation der Fragestellungen, ob §3-Maßnahmen auf Empfehlung des Hautarztberichtes eingeleitet werden, zeigt sich ein eindeutiges Bild: Der Hautschutz / die persönlichen Schutzmaßnahmen wurden in 71 Prozent der dokumentierten Fälle auf Grundlage des Vorschlags in den Zwischenberichten (F6052) übernommen. Dazu führen die gesetzlichen Unfallversicherungen aus, dass die Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes / PSA in rund 38 Prozent der Fälle rein auf den Angaben im F6052 beruht und in 43 Prozent der Fälle teilweise auf diesen Angaben.

Weit weniger relevant sind die Zwischenberichte, in Bezug auf den Vorschlag der Versicherten zur Durchführung eines gesundheitspädagogischen Seminars (Hautschutzseminar) oder eines stationären Heilverfahrens angeht: Nur in 27 Fällen wurde im F6052 ein Hautschutzseminar empfohlen; dies sind gerade einmal rund 10 Prozent der durchgeführten Hautschutzseminare. Bei den stationären Heilverfahren erfolgte der Vorschlag in acht Fällen, dies entspricht rund 20 Prozent der stationären Heilverfahren.

4.3.5 Abschluss des Stufenverfahrens Haut

Wie auf Grundlage der Analyse der Verdachtsmeldungen in Abschnitt 4.3.1 gezeigt werden konnte, wurde in mehr als 61,8 Prozent der Fälle, in denen eine Verdachtsmeldung (unabhängig von der Meldeform) eingereicht wurde von den Unfallversicherungsträgern eine §3- Maßnahme eingeleitet (vgl. auch Tabelle 57).

In den kommenden Abschnitten soll nun untersucht werden, wie der Umgang mit den Verdachtsmeldungen im Beobachtungszeitraum war und an welcher Stelle und aus welchen Gründen jeweils aus dem Verfahren ausgestiegen wurde. Diese Entscheidungen werden dann entsprechend auch in der Kontrastierung mit den anderen Erhebungsinstrumenten evaluiert (vgl. Abschnitt 5.1.5).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	914	61,8	76,4	100,0
	nein	282	19,1	23,6	23,6
	Gesamt	1196	80,9	100,0	
Fehlend	System	282	19,1		
Gesamt		1478	100,0		

Tabelle 57: Einleitung von §3-Maßnahmen bei den von gesetzlichen UV-Trägern untersuchten Verdachtsmeldungen auf BK 5101.

4.3.5.1 Abschluss vor Einleitung von §3-Maßnahmen

Bei Untersuchung der 564 Fälle, in denen von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern keine §3-Maßnahme auf Grundlage einer Verdachtsmeldung eingeleitet wurde, kann festgehalten werden, dass nur in wenigen Fällen, der objektive Zwang zur Unterlassung nach Hautarztbericht und Validierung festgestellt werden konnte. Bei 7,6 Prozent der Fälle war diese Frage noch offen (vgl. Anhang C.10).

Nach Analyse der weiteren Informationen aus der VVH Maske kann folgende Übersicht erstellt werden für Gründe, die dazu geführt haben, dass keine §3-Maßnahmen aufgrund einer Verdachtsmeldung eingeleitet wurden:

- Hauterscheinung abgeheilt (17 Prozent)
- Objektiver Zwang zur Unterlassung (4,8 Prozent)
- Kein beruflicher Zusammenhang (14,2 Prozent)
- Wunsch des Versicherten (16,8 Prozent)
- Keine Begründung (5,1 Prozent)
- Tätigkeitsaufgabe (6,0 Prozent)
- BK Feststellungsverfahren o. §3- Maßnahmen (5,0 Prozent)

Allerdings finden sich in der VVH-Maske auch in 182 Fällen keine Anhaltspunkte für die Nicht-Durchführung von §3- Maßnahmen. Insbesondere diese Fälle müssen mit den Ergebnissen aus dem Single-Review (ggf. auch Double Review) Verfahren verglichen werden, um hier genauere Anhaltspunkte für die Qualität der Bearbeitung zu bekommen. Dies gilt natürlich auch für die 5,1 Prozent der Fälle, in denen der Verfahrensabschluss ohne Begründung nach VVH-Maske erfolgte (vgl. Tabelle 58). Allerdings muss festgehalten werden, dass in 43 Fällen bei der Verdachtsmeldung auch keine Beschäftigung mehr vorlag (vgl. Abschnitt 5.2.2).

Entscheidung: Verfahrensabschluss ohne §3 Maßnahme			
	Anzahl	Prozent	Gültige Prozent
Hauterscheinung abgeheilt	99	17,0	54,4
Objektiver Zwang zur Unterlassung	28	4,8	15,4
Kein beruflicher Zusammenhang	83	14,2	45,6
Wunsch des Versicherten	98	16,8	53,8
Keine Begründung	30	5,1	16,5
Tätigkeitsaufgabe	35	6,0	19,2
BK Feststellungsverfahren o. §3*	29	5,0	15,9
keine Anhaltspunkte aus VVH-Maske	182	31,2	
Gesamtsumme	584		
*insgesamt 52 Fälle, aber in 23 Fälle gab es eine weitere Begründung s.o.			

Tabelle 58: Verdachtsmeldungen ohne §3-Maßnahmen im Überblick.

So kann zunächst einmal festgestellt werden, dass es in 1296 von 1478 Fällen, die von den gesetzlichen Unfallversicherungen für die Erhebung ausgewertet wurden, eine dem Stufenverfahren Haut konforme Prüfung über die Einleitung von §3-Maßnahmen gab. Dies entspricht einer Quote von 87,2 Prozent. Damit kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass zumindest im Bereich Prüfung und Validierung der Erstmeldung von einer flächendeckenden Umsetzung des Stufenverfahrens Haut gesprochen werden kann.

Die Evaluation der Fälle, bei denen ohne Begründung keine §3-Maßnahmen eingeleitet wurden, zeigte auch, dass in keinem Fall von den Sachbearbeitern, weder die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101 gesehen wurde, noch dass die berufliche Tätigkeit der Versicherten in diesen Fällen gefährdet war.

4.3.5.2 Abschluss des eingeleiteten Stufenverfahrens im Beobachtungszeitraum

Als Abschlussgründe des Stufenverfahrens Haut sind vor allem zwei Punkte im BIS beschrieben: Die Hauterscheinungen sind abgeheilt und die Tätigkeit kann fortgesetzt werden bzw. es ist ein BK-Feststellungsverfahren einzuleiten und eine versicherungsrechtliche Entscheidung zu treffen, die entsprechend in der BK-Dok. dokumentiert ist.

Von den 914 Fällen, in denen dokumentiert §3-Maßnahmen eingeleitet wurden, konnten 490 mit unterschiedlichen Begründungen im Beobachtungszeitraum der VVH-Studie abgeschlossen werden. Die häufigste Begründung dafür war 62,7 Prozent die Feststellung, dass die Hauterscheinung abgeheilt war. Daneben spielt der Wunsch des Versicherten zur Beendigung des Verfahrens und die Tätigkeitsaufgabe des Versicherten, an diesem Punkt des Verfahrens noch eine bedeutende Rolle (vgl. Tabelle 59).

Entscheidung: Verfahrensabschluss in Beobachtungszeitraum			
	Anzahl	Prozent	Gültige Prozent
Hauterscheinung abgeheilt	307	62,7	62,7
Objektiver Zwang zur Unterlassung	0	0,0	0,0
Kein beruflicher Zusammenhang	23	4,7	4,7
Wunsch des Versicherten	83	16,9	16,9
Keine Begründung	34	6,9	6,9
Tätigkeitsaufgabe	43	8,8	8,8
BK Feststellungsverfahren o. §3*	55		
keine Anhaltspunkte aus VVH-Maske			
Gesamtsumme**	490		
*insgesamt 76 Fälle, aber in 21 Fälle gab es eine weitere Begründung s.o.			
** nur Fälle mit Begründung des Verfahrensabschlusses (nicht reine Einleitung BK Feststellung)			

Tabelle 59: Überblick über abgeschlossene §3-Verfahren im Beobachtungszeitraum.

In 285 von 288 dokumentierten Fällen, in denen das Verfahren abgeschlossen wurde, weil die Hauterscheinung abgeheilt sei, stimmt dies auch mit der Einschätzung in der VVH-Maske überein. Auch bei den anderen Begründungen gibt es zumindest einen Trend dazu, dass sich die Hauterscheinungen verbessert haben (vgl. Tabelle 60).

Anzahl		Die Hauterscheinungen des Versicherten sind:						Gesamt	
		abgeheilt	unverändert	besser	schlechter	aus dem / den Verlaufsberichten nicht beurteilbar	aus dem Verlaufsbericht nicht beurteilbar		kann ich nicht beurteilen
Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	keine	5	3	13	2	0	2	8	33
	kein Zusammenhang	5	11	4	1	0	0	0	21
	Hauterscheinungen abgeheilt	239	4	42	0	0	1	2	288
	Tätigkeitsaufgabe	10	3	14	1	0	2	6	36
	Wunsch des Versicherten	15	9	34	0	2	6	7	73
Gesamt		274	30	107	4	2	11	23	451

Tabelle 60: Abgeschlossene Verfahren mit Begründung und Einschätzung des Hauptbefundes bei Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im Rahmen der Evaluation.

Auch an dieser Stelle ist natürlich ein Vergleich mit den Einschätzungen in den anderen Erhebungsinstrumenten vorzunehmen.

➤ **Abschluss des Verfahrens nach 1. Interventionsschritt (aufgrund F6050)**

Wie die Tabelle 61 zeigt, konnten 321 von 490 im Beobachtungszeitraum abgeschlossenen Verfahren schon nach dem 1. Interventionsschritt beendet werden. Häufigster Grund dafür war die Abheilung der Hauterscheinungen. Allerdings gibt es zu diesem Zeitpunkt auch relativ viele Versicherte, die den Abbruch des Verfahrens wünschen.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Hauterscheinungen abgeheilt	200	34,8	62,3
	Wunsch des Versicherten	64	11,1	19,9
	Tätigkeitsaufgabe	29	5,1	9,0
	keine	16	2,8	5,0
	kein Zusammenhang	12	2,1	3,7
	Gesamt	321	55,9	100,0
Fehlend	System	253	44,1	
Gesamt		574	100,0	

Tabelle 61: Abschluss des Verfahrens nach 1. Interventionsschritt mit Begründung.

➤ **Abschluss des Verfahrens nach 2. Interventionsschritt (aufgrund F6052)**

Nach Optimierung der §3-Maßnahmen konnte ebenfalls noch einmal in einem nicht unerheblichen Umfang eine Beendigung des Verfahrens, aufgrund der Abheilung der Hauterscheinungen, vorgenommen werden (vgl. Tabelle 62).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente
Gültig	Hauterscheinungen abgeheilt	107	31,5	63,3
	Wunsch des Versicherten	19	5,6	11,2
	Tätigkeitsaufgabe	14	4,1	8,3
	keine	18	5,3	10,7
	kein Zusammenhang	11	3,2	6,5
	Gesamt	169	49,7	100,0
Fehlend	System	171	50,3	
Gesamt		340	100,0	

Tabelle 62: Abschluss des Verfahrens nach 2. Interventionsschritt.

Insgesamt konnte auch hier gezeigt werden, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der dokumentierten Verfahren nach den Vorgaben des Stufenverfahrens Haut behandelt wurde. Lediglich in 34 von 490 Verfahren, die ohne Begründung beendet wurden und u. U. in den aufgrund des Wunsch des Versicherten beendeten Verfahren könnte hier ein Fragezeichen gesetzt werden, hier ist ein Abgleich mit dem Double / Single Review von außerordentlichem Interesse (vgl. Abschnitt 5.1).

Außerdem ist nach Angaben in der VVH-Maske bei knapp 95 Prozent der Versicherten die Weiterarbeit in der angestammten Beschäftigung möglich und sogar über 96 Prozent der Versicherten ist arbeitsfähig. Lediglich bei der Versorgung mit Hautschutz / PSA sind bei einem erheblichen Teil (14,2 Prozent) Defizite erkennbar und bei rund 30 Prozent ist dies nicht zu beurteilen (vgl. Anhang C.1).

4.3.6 Im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossene Verfahren

Rund die Hälfte der Verfahren, in denen §3-Maßnahmen eingeleitet wurden, konnten im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossen werden (424 von 914 Fällen). Auch bei diesen Fällen soll der Zustand hier dokumentiert und eine zukünftige Prognose abgegeben werden.

Bei 55 dieser nicht abgeschlossenen Fälle (ca. 13 Prozent) wurde bereits ein BK-Feststellungsverfahren eingeleitet. 33 Versicherte mussten bereits die angestammte Tätigkeit aufgeben, bei 13 Versicherten wurde eine innerbetriebliche Umsetzung vorgenommen. Auf Grundlage der Dokumentation der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in der VVH-Maske ist davon auszugehen, dass die Fortsetzung der angestammten Tätigkeit zukünftig bei 33 Versicherten (7,8 Prozent) nicht möglich sein wird.

Erfreulicher ist dagegen, dass bei 47,2 Prozent der Versicherten, deren Verfahren noch nicht abgeschlossen ist, eine Abheilung bzw. eine Besserung der Hauterscheinungen erreicht werden konnte. Bei 16,7 ist der Zustand zumindest unverändert (vgl. Tabelle 63).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	abeheilt	22	5,2	7,6	7,6
	besser	178	42,0	61,6	93,8
	unverändert	71	16,7	24,6	32,2
	schlechter	6	1,4	2,1	95,8
	aus dem Verlaufsbericht nicht beurteilbar	5	1,2	1,7	97,6
	kann ich nicht beurteilen	7	1,7	2,4	100,0
	Gesamt	289	68,2	100,0	
Fehlend	System	135	31,8		
Gesamt		424	100,0		

Tabelle 63: Bewertung des Hautzustandes bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Positiv zu beurteilen ist, dass bei den noch im Verfahren befindlichen Fällen nur bei 8,3 Prozent definitiv (noch) Defizite im Hautschutz / der PSA vorliegen. Bei fast 21 Prozent ist dies darüber hinaus aber nicht eindeutig beurteilbar (vgl. Tabelle 64).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	35	8,3	12,7	68,0
	kann ich nicht beurteilen	26	6,1	9,5	100,0
	aus F6052 nicht beurteilbar	62	14,6	22,5	90,5
	nein	152	35,8	55,3	55,3
	Gesamt	275	64,9	100,0	
Fehlend	System	149	35,1		
Gesamt		424	100,0		

Tabelle 64: Bewertung des Hautschutzes / der PSA bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Insgesamt scheint das Fazit erlaubt, dass auch bei Fällen, die eine verlängerte Laufzeit haben, am Ende noch ein positiver Fallabschluss möglich ist und der Arbeitsplatz der Versicherten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle erhalten werden kann.

5 Zentrale Forschungsfragen Projekt VVH

Das Forschungsvorhaben Verwaltungsverfahren Haut VVH hat fünf zentrale Fragestellungen formuliert, die in Abstimmung mit dem Forschungsvorhaben EVA_Haut und insbesondere im Zusammenspiel und Würdigung aller in Kapitel 3 dargestellten Erhebungsinstrumente analysiert und beantwortet werden. Aufbauend auf den zuvor dargestellten ausgewerteten Daten der VVH-Maske werden diese Ergebnisse nun dargestellt und entsprechend interpretiert. Zusätzlich zu den schon im Forschungsantrag formulierten Kernfragen wird hier auch noch einmal gesondert auf die Wahrnehmung des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers bei den Verfahrensbeteiligten (insbesondere Hautärzte / Versicherte) eingegangen (vgl. Abschnitt 5.5) und auch die Situation des Hautschutzes der Versicherten in den Betrieben wird noch einmal zusammenfassend diskutiert (vgl. Abschnitt 5.6).

5.1 Umsetzung des Stufenverfahrens Haut bei den gesetzlichen UVT

Grundlage für die Einleitung eines Stufenverfahrens Haut und damit verbunden auch von Maßnahmen nach §3 BKV ist die Tatsache, dass der gesetzliche Unfallversicherungsträger Kenntnis von einem Verdachtsfall erhält. Die Aufgabe an dieser Stelle ist nicht das Meldeverhalten der unterschiedlichen Stakeholder zu untersuchen und zu bewerten, sondern konkret das Vorgehen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger auf Grundlage einer – unabhängig von jeder Form und Art - eingehenden Verdachtsmeldung.

Allerdings soll zur Vollständigkeit und Einordnung zunächst ein kurzer Überblick über das Meldeverhalten einzelner Gruppen gegeben werden und auch die durchschnittliche Laufzeit der Versicherten dargestellt werden; von der ersten Hauterscheinung bis hin zur Verdachtsmeldung bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern.⁶⁰ Positiv kann festgehalten werden, dass bei über 60 Prozent der Versicherten schon im ersten Jahr nach Beginn der Erkrankung eine Verdachtsmeldung an die gesetzlichen Unfallversicherungsträger erfolgt, allerdings zeigt dieser Prozentsatz natürlich auch, dass es noch ein großes Potenzial an Fällen, in denen die Verdachtsmeldung – im Sinne einer präventiven Versorgung – erfolgen könnte oder gar müsste.

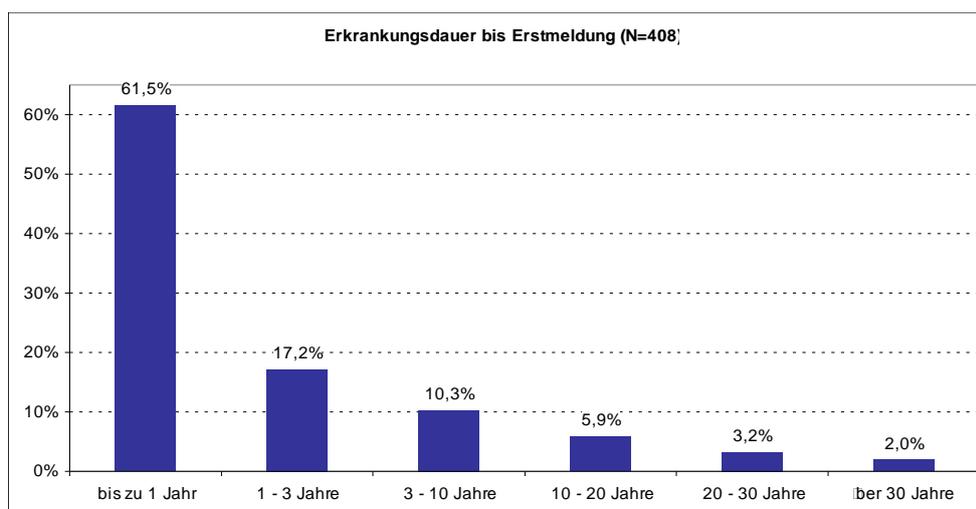


Abbildung 5: Dauer der Erkrankung bis zur Erstmeldung auf Verdacht einer BK 5101. Quelle: EVA_Haut.

⁶⁰ Hinweise auf das Meldeverhalten der einzelnen Stakeholder im Verfahren, finden Sie im Abschlussbericht EVA_Haut, S. 62 ff.

Ein weiterer Punkte der auffällig ist, ist dass die Meldungen überwiegend von Hautärzten erfolgen und nur zu einem relativ kleinen Teil durch die Betriebsärzte vorgenommen werden (ca. 1,6 Prozent), bei den abgeschätzten „Dunkelziffern“ im Bereich der berufsbedingten Hauterkrankungen sollte hier noch ein bisher nicht erschlossenes Fallpotenzial liegen, das die DGUV und die einzelnen Unfallversicherungsträger mit weiteren Kampagnen erschließen können und im Sinne eines wirkungsvollen Präventions- und Versorgungsmanagements auch müssen.

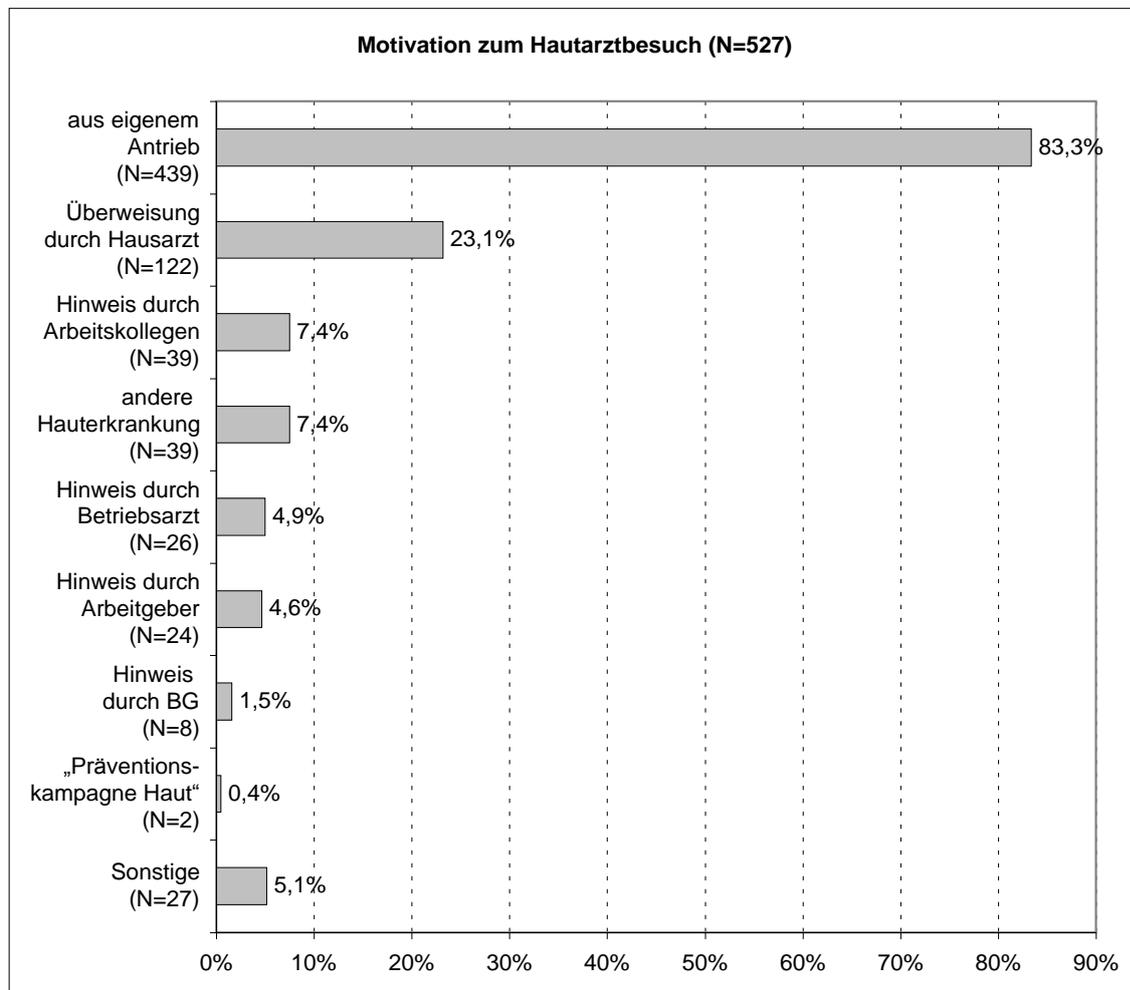


Abbildung 6: Erstattung der Erstmeldung an den UV-Träger durch unterschiedliche Berufsgruppen/Institutionen. Quelle: EVA_Haut

5.1.1 Meldung und Erstbearbeitung der Verdachtsmeldung (inkl. Validierung)

Standardmäßig sollte die Meldung und darauf aufbauend die Erstbearbeitung mit dem „neuen“ Hautarztbericht erfolgen, der im Zuge der Einführung des Stufenverfahrens Haut umgesetzt wurde. Als Ergebnis der Studie kann sehr deutlich gezeigt werden, dass der neue Hautarztbericht inzwischen flächendeckend zur Meldung von Verdachtsfällen auf BK 5101 eingesetzt wird. In fast 87 Prozent aller Fälle wurden mit diesem Bericht gemeldet (vgl. Abschnitt 4.3.2.1). Es konnte anhand der ausgewerteten Ergebnisse der VVH-Studie auch deutlich gezeigt werden, dass Meldungen, die mit dem neuen Hautarztbericht erfolgen, besser und zielgerichteter bearbeitet werden und die Einleitung von Maßnahmen schneller erfolgt (vgl. Abschnitt 4.3.1.2.1).

Die Gründe dafür lassen eindeutig zusammenfassen, wenn man die Untersuchung der Qualität der Verdachtsmeldungen mit und ohne Hautarztbericht aus dem Gutachterfragebogen in die Betrachtung mit einfließen lässt. Hier die Aufstellung der zentralen Gründe, in denen die Qualität der Erstmeldung mit F6050 der Qualität anderer Meldeformen überlegen ist:

- Bei Erstmeldung mit dem Hautarzteerstberichtsformular F6050 werden die Angaben zur Tätigkeitsdauer häufiger „mindestens ausreichend“ bearbeitet ($\chi^2=27,4$; $df=1$; $p<0,001$) als bei sonstigen Formen der Erstmeldung (vgl. EVA_Haut Tabelle II.2 3).
- Bei Erstmeldung mit dem Hautarzteerstberichtsformular F6050 werden die Angaben zur vorherigen Tätigkeit häufiger „ausreichend“ bearbeitet ($\chi^2=21,6$, $df=3$, $p<0,001$), bei sonstigen Formen der Erstmeldung häufiger „unvollständig“ (vgl. EVA_Haut Tabelle II.3 3). Bei 2-stufiger Auswertung mit Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten in „mindestens ausreichend“ (sehr umfassend und ausreichend) und „nicht ausreichend“ (unvollständig und nicht bearbeitet) finden sich „mindestens ausreichende“ Angaben bei den Erstmeldungen mit F6050 (20,1, $df=1$, $p<0,001$) signifikant häufiger gegenüber anderen Meldeformen (vgl. EVA_Haut Tabelle II.3 4).
- Bei Erstmeldung mit dem Hautarzteerstberichtsformular F6050 werden die Angaben zur Tätigkeitsdauer häufiger „mindestens ausreichend“ bearbeitet ($\chi^2=27,4$; $df=1$; $p<0,001$) als bei sonstigen Formen der Erstmeldung (vgl. EVA_Haut Tabelle II.2 3).
- Bei Meldung mit dem Hautarzteerstberichtsformular F6050 werden die Angaben zu den schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz häufiger als „ausreichend“ bewertet ($\chi^2=31,2$; $df=3$; $p<0,001$), bei sonstigen Meldeformen häufiger als „unvollständig“ bzw. wurden nicht bearbeitet (vgl. EVA_Haut Tabelle III.1 4).
- Bei Erstmeldung mit Hautarzteerstberichtsformular F6050 werden die Angaben zur Schutzausrüstung häufiger als „mindestens ausreichend“ eingestuft ($\chi^2=20,8$; $df=1$; $p<0,001$) als bei sonstigen Formen der Erstmeldung (vgl. EVA_Haut Tabelle III.2 4).

Die Ergebnisse dieser Gutachteranalysen erhärten, die auch schon nach VVH identifizierten Gründe und bestätigen noch einmal die Wichtigkeit des F6050 zur zielgerichteten und möglichst effizienten sowie qualitativ hochwertigen Bearbeitung der Verdachtsmeldungen; aus diesen Gründen ist das Vorliegen eines Hautarztberichtes (F6050) ein zentraler Erfolgsfaktor bei der Bearbeitung von Verdachtsmeldungen.

➤ **Nachforderung der Hautarztberichte**

Aus der zuvor gemachten Aufstellung ergibt sich, dass bei Durchführung der Erstbearbeitung bei einer der Verdachtsmeldung, die ohne F6050 erfolgte, dieser unbedingt nachgefordert werden muss. Bei der Analyse der VVH-Maske konnte festgestellt werden, dass 13,1 Prozent der Fälle, in denen eine Dokumentation vorgenommen wurde, nicht mit einem F6050 gemeldet wurden (vgl. Abschnitt 4.3.2.1).

Die Nachforderung des Hautarztberichtes F6050 erfolgte aber nur in 41 Fällen, von denen der Dokumentation nach lediglich 33 erfolgreich waren (vgl. Tabelle 65).

Anzahl

		Wurde der Hautarztbericht angefordert?		Gesamt
		nein	ja	
F6050_vorhanden	nein	143	8	151
	ja	1003	33	1036
Gesamt		1146	41	1187

Tabelle 65: Erfolgreich und nicht erfolgreich nachgeforderte Hautarztberichte F6050.

Bei der Relevanz und Wichtigkeit dieses Instrumentes für das weitere Verfahren sollte darauf hingearbeitet werden, dass diese Quote gesteigert wird, um die Qualität der Verfahren weiter zu verbessern.

➤ **Qualität der Erstberichte**

Die Validierung der Berichte ist der umfangreichste Arbeitsschritt in der Erstbearbeitung. Er dient letztlich vier Zielen:

- Identifikation der Berufsbezogenheit der Hauterkrankung
- Identifikation der von der Hauterkrankung ausgehenden tatsächlichen Gefahren für die berufliche Tätigkeit
- Festlegung von Informations- und Kommunikationsprozessen mit Versicherten und Verfahrensbeteiligten
- Vorbereitung der Entscheidung über die nächsten Verfahrensschritte

Zur Umsetzung dieser Schritte ist eine ordentliche bis gute Qualität der Erstberichte notwendig, denn nur, wenn der Sachbearbeiter über die entscheidungsrelevanten Informationen verfügt, kann er Entscheidungen treffen, außerdem ist bei fehlenden oder unzureichenden Informationen eine Validierung vorzunehmen.

Die Qualität der Erstberichte aus Sicht der Sachbearbeiter wurde im Kapitel 4.3.1.2.2 behandelt. Hier wurde u.a. festgehalten, dass aus Sicht der Sachbearbeiter nach wie vor Potenzial besteht, was den betrieblichen Hautschutz betrifft und dass die Nachvollziehbarkeit der im F6050 beschriebenen Diagnose einen wichtigen Einfluss auf den weiteren Verlauf des Verfahrens hat. Für die Einschätzung in Bezug auf die berufliche Tätigkeit stellen die Angaben des Hautarztes ebenfalls eine wichtige Stellgröße für den Mitarbeiter des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers dar (vgl. Abschnitt 4.3.1.2.2).

Insgesamt attestieren die Gutachter den Hautärzten in ihren Erstberichten ein sehr gutes bis ausreichendes Qualitätsniveau in allen Fällen und bei den meisten Punkten. Aus diesem Grund ist es auch sinnvoll einen Abgleich mit der Einschätzung der Sachbearbeiter vorzunehmen, um hier ggf. Potenziale für eine noch bessere, partnerschaftliche und zielgerichtete Fallbearbeitung zu identifizieren.

Ein Abgleich der Beurteilung zwischen den beiden Gruppen Gutachter und Sachbearbeiter führt bei den einzelnen Teilen zu folgenden Ergebnissen:

- Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)
Die Bewertung der Qualität der Angaben zur schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter korreliert mit der Einschätzung aus Sicht der Sachbearbeiter. Werden die Angaben zu schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz als „mindestens ausreichend“ eingestuft, so beantworten die Sachbearbeiter die o.g. Frage (Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben (Punkt 3.1-3.3)?) häufiger mit „ja“, bei „nicht ausreichenden“ Angaben häufiger mit „nein ($\chi^2=24,0$; $df=1$; $p<0,001$) (vgl. EVA_Haut Tabelle III.1 8).
- Sind die beruflichen Schutzmaßnahmen im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.4)
Die Bewertung der Qualität der Angaben zum Schutz aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter korreliert mit der Einschätzung aus Sicht der Sachbearbeiter. Werden die Angaben zur Schutzausrüstung am Arbeitsplatz als „mindestens ausreichend“ eingestuft, so beantworten die Sachbearbeiter die o.g. Frage [Sind die beruflichen Schutzmaßnahmen im Hautarztbericht beschrieben (Punkt 3.4)?) häufiger mit „ja“, bei „nicht ausreichenden“ Angaben häufiger mit „nein ($\chi^2=8,8$; $df=1$; $p=0,003$) (vgl. EVA_Haut Tabelle III.2 8).

Gestützt durch diese Einschätzung der Gutachter sollte als weiteres Optimierungspotenzial im Verfahren die Verbesserung der Dokumentation in den Punkten 3.1 – 3.4 in den Hautarztberichten angestrebt werden.

➤ Validierung der Erstberichte

Bei insgesamt nicht ausreichender Qualität oder in einigen Punkten nicht ausreichender Qualität der Erstmeldung sind verschiedene Validierungsschritte durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger durchzuführen. In Kapitel 4.3.1.3 wurde festgehalten, dass in 38,9 Prozent aller Fälle Validierungen der Erstmeldungen vorgenommen wurden. Es konnte auch festgehalten werden, dass in ca. jedem fünften Fall der beratende Arzt in der Verwaltung zur Validierung herangezogen wurde.

Dies lässt darauf schließen, dass es – in Kombination mit den oben beschriebenen Faktoren (Hautschutz / PSA, Beschreibung der beruflichen Tätigkeit, Berufsbezogenheit der Erkrankung, Anamnese (Lokalisation und Morphe), ggf. auch exakte Diagnose) – Defizite gibt, die nur mit zusätzlichen medizinischen Sachverstand gelöst werden können. Dies betrifft in erster Linie die Einschätzung der tatsächlichen Risiken und die Erkrankungsverursachung, weniger die Vorbereitung von §3-Maßnahmen.

➤ Persönliche Beratung

Die persönliche Beratung und Kommunikation mit dem Versicherten ist ein sehr wichtiger Erfolgsfaktor und könnte im Rahmen des Verfahrens auch als Hygienefaktor⁶¹ bezeichnet werden; aus diesem Grund wird diese Fragestellung auch noch einmal in Abschnitt 5.6 vertiefend behandelt. Hier soll nur kurz dargestellt werden, dass die Notwendigkeit der persönlichen Beratung von den

⁶¹ Aus personalwirtschaftlicher Sicht sind Hygienefaktoren Faktoren, die darauf spezialisiert sind, Unzufriedenheit bei der Arbeit zu erzeugen, aber keine zusätzliche Zufriedenheit hervorrufen können. Sie hängen nicht direkt mit der Arbeit zusammen und sind extrinsisch. Sind sie vorhanden, verhindern sie Unzufriedenheit. Sie machen aber nicht zufrieden. Fehlen sie, entsteht Unzufriedenheit.

gesetzlichen Unfallversicherungsträgern sehr viel höher eingeschätzt wird, als von den behandelnden Hautärzten (vgl. Abschnitt 4.3.1.4).

Allerdings muss festgehalten werden, dass die Anzahl der Fälle in denen Beratungen durchgeführt werden sollen und in denen Beratungen durchgeführt werden zwar fast übereinstimmen, dass aber trotzdem in vielen Fällen in denen Beratungsbedarf festgestellt wurde (25,1 Prozent), die Beratung nicht durchgeführt wurde, hier ist ein Optimierungsansatz gegeben. Gleiches könnte für die Art der Beratung gelten, nach wie vor werden die meisten Beratungen immer noch durch „individuelle Schreiben“ (deutlich mehr als 50 Prozent) durchgeführt. Ein mehr an telefonischen evtl. auch persönlichen Gesprächen könnte die Akzeptanz bei den Versicherten weiter gesteigert und sicherlich auch eine Beschleunigung der Verfahren erreicht werden.

Bei der Befragung der Versicherten und der Hautärzte konnte insgesamt festgestellt werden, dass die Zufriedenheit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern insgesamt sehr hoch ist, sie aber deutlich durch die Personalisierung der Kommunikation und durch das Angebot spezieller zielgerichteter Maßnahmen gesteigert werden kann (vgl. Abschnitt 5.6). Die detaillierten Einschätzungen zum Thema Kommunikation und Kommunikationsabläufe der Versicherten und Hautärzte finden sich in Abschnitt 5.6.

5.1.2 Entscheidung: §3-Maßnahmen erforderlich

Die Grundlagen für die Einleitung von §3-Maßnahmen nach Eingang und Validierung der Erstmeldung wurden in Abschnitt 4.3.3 dargestellt. Dabei wurde auch festgehalten, dass auf Grundlage der Einschätzung der beiden Prüfkriterien („Liegt hautgefährdende Tätigkeit vor?“ / „Sind die diagnostizierten Hauterscheinungen typisch?“) in mindestens 971 Fällen §3-Maßnahmen hätten eingeleitet werden müssen (in 107 Fällen war es „aus Bericht nicht nachvollziehbar“ bzw. für den UVT „nicht beurteilbar“). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass in 83,5 Prozent der eindeutig dokumentierten Fälle die §3-Maßnahmen Kriterien gerecht eingeleitet wurden (vgl. Abschnitt 4.3.3).

Die Qualität dieser Entscheidung und damit die korrekte Einleitung von §3-Maßnahmen durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger soll nun noch einmal kontrastiert werden, mit der Einschätzung der Gutachter zu den Fällen. Insgesamt kann gezeigt werden, dass die Einschätzung der Qualität der bewerteten ärztlichen Unterlagen aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter und der Sachbearbeiter in den ausgewerteten Fällen eine gute Korrelation zeigt. Dies bedeutet: Die Schnittstelle zwischen meldenden Hautärzten und UV-Trägern mit Weitergabe der mit Erstberichterstattung erhobenen fallbezogenen Informationen scheint zu funktionieren.

Dennoch gibt es Fälle, in denen trotz ausreichend guter Qualität der Hautarztberichte bei vorliegender Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens keine weiteren Maßnahmen eingeleitet werden. Die Gutachter kamen in insgesamt 416 Fällen zu der Ansicht, dass trotz vorliegender Indikation keine weiteren Maßnahmen eingeleitet wurden. In 228 Fällen lagen hier Informationen über die betroffene Berufsgruppe vor (vgl. Abbildung 6).

Es zeigen sich dabei signifikante Unterschiede zwischen den eingeleiteten Verfahren und den gutachterlich als notwendig erachteten Verfahren zwischen den einzelnen Berufsgruppen ($\chi^2=58,3$; $df=8$; $p<0,001$). Nachfolgeanalysen zeigen, dass in der Berufsgruppe „Gesundheit“ in den genannten Fällen häufiger Maßnahmen eingeleitet wurde, in den Berufsgruppen „Küche/Lebensmittel“ und „Sonstige“ seltener.

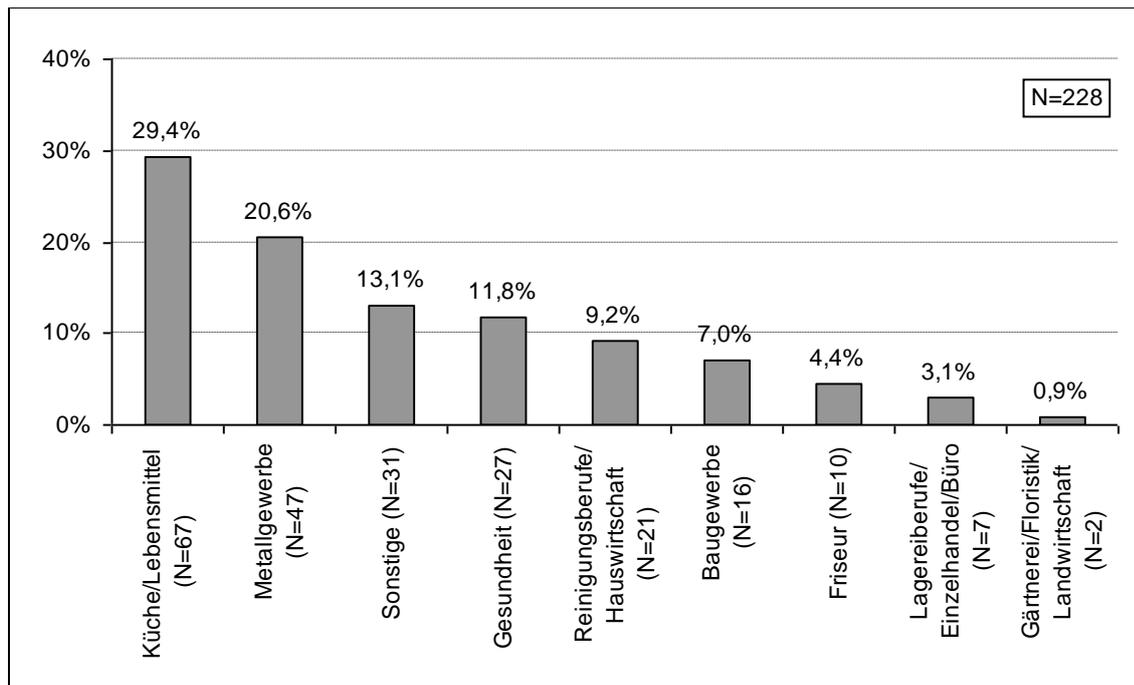


Abbildung 7: Fälle mit Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens aus berufsdermatologischer Sicht und ausreichender Qualität der Erstmeldung aus Sicht der Sachbearbeiter, ohne Einleitung von weiteren Maßnahmen: Berufsgruppenverteilung

Darüber hinaus zeigen sich in den Fällen, in denen die berufsdermatologischen Gutachter die Einleitung des Hautarztverfahrens als indiziert ansehen, Unterschiede in der Einleitung von Maßnahmen in Abhängigkeit von der Schwere des Hautbefundes bei Erstmeldung: insbesondere bei Fällen, deren Schweregrade von Beginn an hoch eingeschätzt wird, werden seltener Maßnahmen eingeleitet.

Natürlich gibt es Faktoren (z.B. Sensibilisierungen gegenüber nicht meidbaren, berufsrelevanten Allergenen, Beschäftigungsverhältnis, Kooperation von Versichertem und Arbeitsgeber u.v.m.), die eine sinnvolle Verfahrenssteuerung schon nach Erstmeldung nicht möglich erscheinen lassen und daher nicht zur Einleitung von präventiven und therapeutischen im Rahmen des Hautarztverfahrens und Stufenverfahrens Haut angebotenen Maßnahmen führen.

Dennoch sollte es Ziel sein, möglichst bei allen Versicherten, bei denen eine Meldung im Rahmen des Hautarztverfahrens indiziert war, d.h. der Verdacht auf das Vorliegen einer berufsbedingten Hauterkrankung besteht, geeignete Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut einzuleiten, um eine sinnvolle, fallbezogene Verfahrenssteuerung zu ermöglichen. Bei grenzwertiger Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens könnte dies auch einen zeitlich begrenzten Behandlungsauftrag zur genaueren Falleinordnung durch dezidierte dermatologische Verlaufsdokumentation bedeuten.⁶²

5.1.3 Auswahl der §3-Maßnahmen

Die Auswahl der adäquaten, fallbezogenen §3-Maßnahmen steht im Anschluss an die Entscheidung zur Einleitung eines optimierten Hautarztverfahrens. Inzwischen gibt es vier „Regelbausteine“, die im ersten Schritt dafür in Frage kommen (vgl. Abschnitt 3.1.2):

⁶² Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.8.2.3, S. 281ff.

- Einleitung / Übernahme Heilbehandlung
- Veranlassung der Betreuung durch den Betriebsarzt
- Optimierung des Arbeitsplatzes (organisatorische Maßnahmen) bzw. Optimierung der persönlichen Schutzausrüstung
- Angebot von gesundheitspädagogischen Seminaren

Die Untersuchungen in Abschnitt 4.3.3.1 haben gezeigt, dass all diese Bausteine zum Einsatz kommen, grundsätzlich erfolgt im allgemeinen die Einleitung bzw. die Übernahme der Heilbehandlung; dies ist aber nicht zwingend. In der Praxis hat sich inzwischen die parallele Einleitung mehrerer §3-Maßnahmen als Mittel der Wahl herausgebildet (Die Unterschiede in den Interventionsstrategien auch bezogen auf einzelne UVT Gruppen werden in Abschnitt 5.2 und 5.3 behandelt).

Nach allen weiteren Ergebnissen, die sich bei der Auswertung der VVH-Maske gezeigt haben, ist anzustreben, dass insbesondere der Optimierung des persönlichen Hautschutzes / PSA zukünftig noch größere Bedeutung zukommen soll. Es wurde an mehreren Stellen des Kapitels 4.3 herausgearbeitet, dass es hier während des gesamten Beobachtungszeitraums Defizite gab, die weder von den Arbeitgebern noch von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern behoben wurden. Gerade da hier die Impulse sehr häufig von den Hautärzten aufgenommen wurden den persönlichen Hautschutz / PSA zu verbessern und zu übernehmen, sollte auch bei den Medizinern darauf hingearbeitet werden zukünftig noch verstärkter zu prüfen, ob diese Empfehlung im Hautarztbericht (oder auch in den Folgebericht F6052) nicht angezeigt ist.⁶³

Ein zweiter Optimierungsansatz in diesem Zusammenhang könnte durch die neue „DGUV Vorschrift 2 für Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ schon geschaffen worden sein. Diese sieht eine verstärkte Präsenz und Betreuung von Betriebsärzten bzw. arbeitsmedizinischen Diensten vor allem in kleinen und mittleren Unternehmen vor.⁶⁴ Dies lässt einen verstärkten Einsatz des Instrumentes „Veranlassung der Betreuung durch den Betriebsarzt“ zu und kann dazu führen, dass in Absprache mit den Betreuern vor Ort eine noch zielgerichtete sekundäre Individualprävention geleistet werden kann, insbesondere durch den Einsatz der weiteren Instrumente des Stufenverfahrens Haut.

Kritisch hinterfragt werden müssen auch noch einmal die Fristen innerhalb derer bestimmter Maßnahmen eingeleitet werden. Ohne direkte Zielvorgaben in diesem Bereich fehlen natürlich auch die Vergleichswerte an denen sich die Evaluation orientieren kann, allerdings ergeben sich bei Vergleichen zum Bereich der Unfallsachbearbeitung bei den gesetzlichen Unfallversicherungen (u.a. Rehamanagement etc.) Ansätze, dass es Spielräume geben könnte, die Einleitung und Umsetzung von Maßnahmen zu beschleunigen.⁶⁵ Das Verständnis dafür würde sicherlich auch noch einmal gestärkt, wenn die Zeit noch mehr als kritischer Verfahrensfaktor – zur Erreichung der angestrebten Ziele – herausgestellt und auch in Schulungen betont würde.

⁶³ Wegen der Wichtigkeit dieser Fragestellung wurde dazu ein eigenes Kapitel aufgenommen (vgl. Abschnitt 5.6).

⁶⁴ Vgl. DGUV (2010): „DGUV Vorschrift 2 Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“.

⁶⁵ Zielvorgaben bei gesetzlichen Unfallversicherungsträgern im Rehamanagement bei Unfällen fordern beispielsweise den Eingang von D-Arzt Berichten innerhalb von einer Arbeitswoche.

5.1.4 Zwischenberichterstattung

Nach der Bearbeitung der Erstmeldung und der daraus resultierenden Einleitung von §3-Maßnahmen muss natürlich auch geprüft werden, ob die weitere Ausgestaltung des Verfahrens konform zum publizierten Stufenverfahren Haut erfolgt. Ein wichtiger Baustein, der damit verbunden ist und eine weitere Steuerung des Verfahrens für die Sachbearbeitung der gesetzlichen Unfallversicherungen erst möglich macht, ist die Zwischenberichterstattung durch die Hautärzte, die meist Bedingung bei der Erteilung oder Übernahme eines dermatologischen Heilverfahrens sind. Besonders wirkungsvoll ist es neben der Berichtspflicht den Hautärzten nur befristete Behandlungsaufträge zu erteilen, damit entstehen im Fall einer Nicht-Einhaltung der Verlaufsberichterstattung weitere Steuerungsmöglichkeiten.

In Abschnitt 4.3.4 konnte gezeigt werden, dass in 777 Fällen in denen einen Berichtspflicht dokumentiert und untersucht wurde in 98,2 Prozent der Fälle zumindest ein Verlaufsbericht F6052 für die Verwaltungen erstellt wurden. In 14,4 Prozent der Fälle wurden im Rahmen des Beobachtungszeitraums sogar sechs oder mehr Verlaufsberichte erstellt. Es kann aus den vorliegenden Daten gefolgert werden, dass die Berichtspflicht von den Ärzten zumindest quantitativ gut erfüllt wird (vgl. Abschnitt 4.3.4.2).

Darüber hinaus kann festgehalten werden, dass die Verlaufsberichte F6052 von den Verwaltungen sehr eingehend validiert werden und zur weiteren Steuerung des Falles genutzt werden. Dies lässt sich nicht nur anhand der Validierungsmaßnahmen zeigen, sondern auch dadurch, dass weit über 90 Prozent aller weiteren Interventionsschritte im Rahmen des Stufenverfahrens Haut auf Grundlage eines F6052 erfolgt. Die häufigsten Maßnahmen sind dabei: Anpassung der Heilbehandlung, Übernahmen des persönlichen Hautschutzes sowie die Einladung zu einem gesundheitspädagogischen Seminar (vgl. Abschnitt 4.3.4.3).

Die Qualität der bewerteten Hautarztberichte ist überwiegend gut, an einzelnen Stellen ergeben sich Verbesserungsmöglichkeiten. Dies betrifft insbesondere die klinische und/oder berufliche Relevanzbeurteilung bei nachgewiesenen Sensibilisierungen, die Angaben zum Erkrankungsverlauf, die Empfehlung von Hautschutzseminaren sowie die Begründungen zur Notwendigkeit der Aufgabe der Tätigkeit.⁶⁶ Mit Ausnahme der oben aufgeführten Aspekte ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Zwischen- und Verlaufsberichterstattung qualitativ anders oder gar schlechter sei, als die Erstberichterstattung, so dass die Sachbearbeiter hier auf eine ordentliche Datenbasis zurückgreifen können.

Die Hautärzte, die insgesamt mit der Praktikabilität des neuen Hautarztverfahrens in fast 90 Prozent der Fälle zufrieden sind, haben auch mit der angeforderten Zwischen- und Verlaufsberichterstattung kein größeres Problem. 85,6 Prozent der Befragten Hautärzte hält den Umfang und die Häufigkeit der angeforderten F6052 durch die Kostenträger für angemessen. 3,4 Prozent der befragten Hautärzte antworten sogar, dass diese Zwischenberichterstattung zu selten wäre. Die Unfallversicherungen haben also hier Partner, die im Sinne des Verfahrens verlässlich agieren und die Prozesse in der geforderten Form unterstützen.

⁶⁶ Vgl. Abschlussbericht EVA-Haut, S.291.

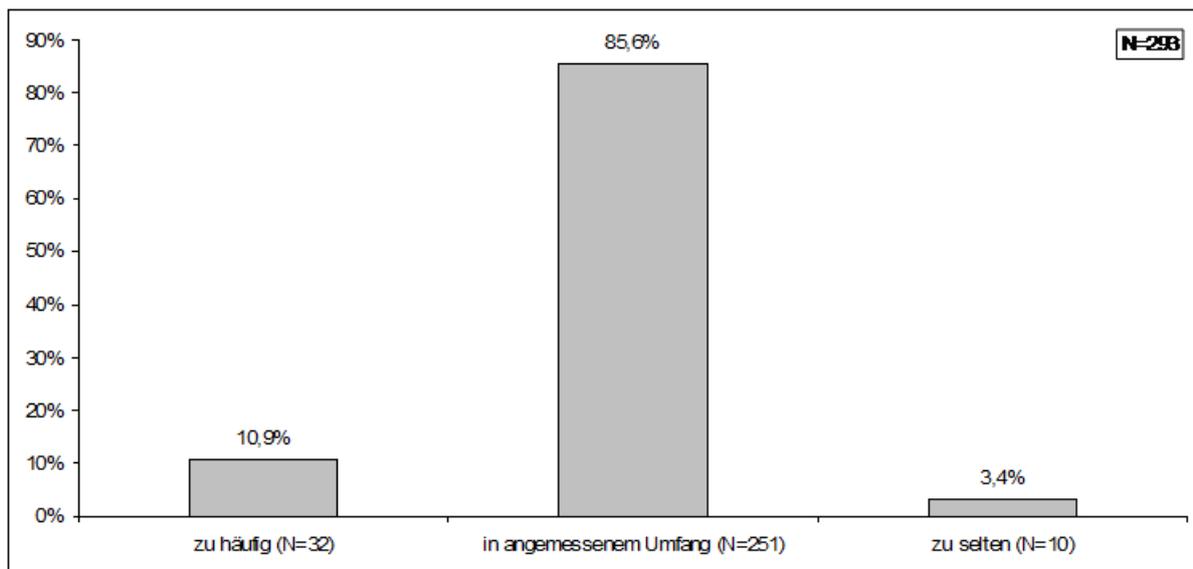


Abbildung 8: Einschätzung der Hautärzte, der Anzahl der angeforderten Informationen und Zwischen- bzw. Verlaufsberichte durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

5.1.5 Fälle mit stationärem Heilverfahren im Beobachtungszeitraum

Ein separater Überblick soll im Rahmen dieses Abschlussberichtes über die Fälle mit stationärem Heilverfahren im Beobachtungszeitraum gegeben werden. Insgesamt wurden in 41 der Verdachtsmeldungen im beobachteten Zeitraum stationäre Heilverfahren durchgeführt, in 40 dieser Fälle war der Versicherte zum Zeitpunkt der Verdachtsmeldung noch berufstätig.

➤ Kennzeichen von Fällen in denen potenziell ein stationäres Heilverfahren angezeigt ist

Für die Verwaltung ist es wichtig zielgerichtet Verdachtsmeldungen zu identifizieren, in denen die Durchführung eines stationären Heilverfahrens ggf. das einzig geeignete Mittel ist den Eintritt einer Berufskrankheit 5101 zu verhindern und den Arbeitsplatz des Versicherten damit zu erhalten. Aus diesem Grund werden hier zunächst einmal die Merkmale identifiziert, in denen sich die Fälle mit durchgeführtem stationärem Heilverfahren signifikant von anderen Verdachtsmeldungen unterscheiden.

Bei Fällen, in denen signifikant häufiger stationäre Heilverfahren im Beobachtungszeitraum durchgeführt wurden, wurden in einer signifikanten Weise häufiger Arbeitsunfähigkeitszeiten, aufgrund des Hautbefundes, vor der Meldung des Verdachts auf eine Berufskrankheit dokumentiert ($\chi^2=37,107$; $df=6$; $p<0,001$). Es gibt sogar eine starke Tendenz dazu, dass diese Arbeitsunfähigkeit deutlich mehr als eine Woche, in einigen der beobachteten Einzelfälle sogar mehr als sechs Wochen andauert hat.

			AU_vor_3Stufig			Gesamt
			nein	ja	n.d.	
Cluster	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	141	43	26	210
		% innerhalb von Cluster	67,1%	20,5%	12,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	,8	-2,5	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	153	37	68	258
		% innerhalb von Cluster	59,3%	14,3%	26,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	-1,4	2,3	
	SIP Maßnahme	Anzahl	52	10	14	76
		% innerhalb von Cluster	68,4%	13,2%	18,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-1,0	-,3	
TIP Maßnahme	Anzahl	8	14	7	29	
	% innerhalb von Cluster	27,6%	48,3%	24,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,3	3,8	,5		
Gesamt	Anzahl	354	104	115	573	
	% innerhalb von Cluster	61,8%	18,2%	20,1%	100,0%	

Tabelle 66: Dokumentation von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Bei Validierung der Erstmeldung und Durchsicht der Erstmeldung insgesamt, konnten die Gutachter keinen signifikanten Trend in der Berichterstattung festhalten. Die Hautarztberichte und Verlaufsberichte in Fällen mit und ohne TIP werden in ähnlicher Art benotet. Der Informationsfluss zwischen Verwaltung und Hautärzte scheint qualitativ in diesen Verfahren von Beginn an zu funktionieren.

Auffälligkeiten ergeben sich aber bei der Untersuchung der Fällen mit stationärem Heilverfahren bei der inhaltlichen Analyse der Berichte und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen: Signifikant häufiger als in den anderen untersuchten Verdachtsmeldungen wird aufgrund der Erstmeldung die berufliche Tätigkeit als gefährdet angesehen oder diese Gefährdung ist aus Sicht der Sachbearbeiter nicht beurteilbar und Bedarf einer Validierung ($\chi^2=31,822$; $df=9$; $p<0,0001$).

			Erscheint die Fortsetzung der Tätigkeit des Versicherten nach den Angaben im Hautarztbericht - aus Ihrer Sicht - gefährdet? (Punkt 9.3)				Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
Cluster	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	183	45	20	3	251
		% innerhalb von Cluster	72,9%	17,9%	8,0%	1,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-,1	-,1	-3,0	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	169	51	22	16	258
		% innerhalb von Cluster	65,5%	19,8%	8,5%	6,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	,6	,2	,4	
	SIP Maßnahme	Anzahl	210	46	25	22	303
		% innerhalb von Cluster	69,3%	15,2%	8,3%	7,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-1,2	,0	1,2	
TIP Maßnahme	Anzahl	17	13	3	7	40	
	% innerhalb von Cluster	42,5%	32,5%	7,5%	17,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,0	2,1	-2	3,2		
Gesamt	Anzahl	579	155	70	48	852	
	% innerhalb von Cluster	68,0%	18,2%	8,2%	5,6%	100,0%	

Tabelle 67: Ist die berufliche Tätigkeit aus Ihrer Sicht gefährdet? Einschätzung der Sachbearbeiter in Abhängigkeit von Cluster-Einteilung.

Insgesamt zeigt sich auch, dass die Fälle, in denen ein stationäres Heilverfahren eingeleitet wurden, sich schon in der Bearbeitungsphase in einem höchst signifikanten Maße als validierungsintensiv erwiesen ($\chi^2=44,225$; $df=3$; $p<0,001$) und vermehrt zusätzliche Validierungsschritte durchgeführt werden mussten (vgl. Tabelle 68). Signifikant auffällig ist auch, dass bei diesen Fällen häufiger Rückfragen beim Präventionsdienst notwendig waren zur Validierung der Erstmeldung ($\chi^2=46,541$; $df=3$; $p<0,001$).

			Waren zur Validierung noch weitere Schritte erforderlich:		Gesamt
			nein	ja	
Cluster 1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl		156	17	173
	% innerhalb von Cluster		90,2%	9,8%	100,0%
	Standardisierte Residuen		2,0	-3,6	
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl		142	55	197
	% innerhalb von Cluster		72,1%	27,9%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-,8	1,5	
SIP Maßnahme	Anzahl		178	55	233
	% innerhalb von Cluster		76,4%	23,6%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-,1	,2	
TIP Maßnahme	Anzahl		10	17	27
	% innerhalb von Cluster		37,0%	63,0%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-2,4	4,4	
Gesamt	Anzahl		486	144	630
	% innerhalb von Cluster		77,1%	22,9%	100,0%

Tabelle 68: Notwendigkeit von zusätzlichen Validierungen bei der Erstmeldung, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Im weiteren Verlauf des Verfahrens ist dann die Berichterstattung bei komplexeren Fällen, insbesondere mit SIP- und TIP-Maßnahmen quantitativ signifikant besser als in anderen Fällen (bei qualitativer Vergleichbarkeit), d.h. es gibt einen stetigen Informationsaustausch zwischen Hautarzt und Verwaltung ($\chi^2=12,518$; $df=3$; $p=0,006$) (vgl. Tabelle 69).

			F6052_j_n		Gesamt
			nein	ja	
Cluster 1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl		54	200	254
	% innerhalb von Cluster		21,3%	78,7%	100,0%
	Standardisierte Residuen		2,2	-1,0	
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl		36	229	265
	% innerhalb von Cluster		13,6%	86,4%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-,9	,4	
SIP Maßnahme	Anzahl		46	267	313
	% innerhalb von Cluster		14,7%	85,3%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-,4	,2	
TIP Maßnahme	Anzahl		1	40	41
	% innerhalb von Cluster		2,4%	97,6%	100,0%
	Standardisierte Residuen		-2,1	,9	
Gesamt	Anzahl		137	736	873
	% innerhalb von Cluster		15,7%	84,3%	100,0%

Tabelle 69: Fälle mit Zwischen- und Verlaufsberichten F6052, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Signifikant häufiger als in den anderen beobachteten Fällen führt dies dann auch dazu, dass es zu einer Untersuchung durch den beratenden Arzt der Verwaltung kommt ($\chi^2=36,430$; $df=3$; $p<0,001$).

			Beteiligung durch beratenden Arzt mit persönlicher Untersuchung (Sprechstunde)			Gesamt
			nein	ja - aufgrund von Hinweisen wesentlicher Veränderungen in den Versicherten betreffend im Verlaufsbericht	ja - Routinemaßnahme in unserer Verwaltung	
Cluster 1	Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	151	0	10	161
		% innerhalb von Cluster	93,8%	,0%	6,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-,5	-3,6	
Cluster 2	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	146	0	24	170
		% innerhalb von Cluster	85,9%	,0%	14,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,5	-1,3	
Cluster 3	SIP Maßnahme	Anzahl	177	1	61	239
		% innerhalb von Cluster	74,1%	,4%	25,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,3	1,0	2,6	
Cluster 4	TIP Maßnahme	Anzahl	16	0	15	31
		% innerhalb von Cluster	51,6%	,0%	48,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	-,2	3,9	
Gesamt		Anzahl	490	1	110	601
		% innerhalb von Cluster	81,5%	,2%	18,3%	100,0%

Tabelle 70: Fälle mit persönlicher Untersuchung durch beratenden Arzt, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Trotz aller Versuche den Arbeitsplatz zu erhalten und den Eintritt einer Berufskrankheit zu verhindern, gibt es allerdings bei den Fällen mit durchgeführten stationären Heilverfahren einen signifikant höheren Anteil, in denen ein BK-Feststellungsverfahren eingeleitet wird ($\chi^2=15,394$; $df=3$; $p=0,002$).

			BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
Cluster 1	Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	98	21	119
		% innerhalb von Cluster	82,4%	17,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,3	
Cluster 2	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	121	17	138
		% innerhalb von Cluster	87,7%	12,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-1,2	
Cluster 3	SIP Maßnahme	Anzahl	134	23	157
		% innerhalb von Cluster	85,4%	14,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,5	
Cluster 4	TIP Maßnahme	Anzahl	9	10	19
		% innerhalb von Cluster	47,4%	52,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,7	3,9	
Gesamt		Anzahl	362	71	433
		% innerhalb von Cluster	83,6%	16,4%	100,0%

Tabelle 71: Fälle mit persönlicher Untersuchung durch beratenden Arzt, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Nicht beobachtet werden konnte allerdings im Beobachtungszeitraum eine Häufung von Berufsaufgaben in diesen Fällen (vgl. Tabelle 72) bzw. auch keine vermehrte Häufung von innerbetrieblichen Umsetzungen und Um-Organisationen. Hier wäre im Einzelfall zukünftig vielleicht noch stärker zu prüfen, ob durch dieses Instrument ggf. noch der Eintritt einer Berufskrankheit in solchen Fällen verhindert werden kann.

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib	
Cluster 1	Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	36	188	224
		% innerhalb von Cluster	16,1%	83,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,3	
Cluster 2	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	34	216	250
		% innerhalb von Cluster	13,6%	86,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,1	
Cluster 3	SIP Maßnahme	Anzahl	39	252	291
		% innerhalb von Cluster	13,4%	86,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	,2	
Cluster 4	TIP Maßnahme	Anzahl	7	32	39
		% innerhalb von Cluster	17,9%	82,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,2	
Gesamt		Anzahl	116	688	804
		% innerhalb von Cluster	14,4%	85,6%	100,0%

Tabelle 72: Beruflicher Status des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Nicht übersehen werden darf, dass trotz einer – im Gegensatz zu den Grundprognosen in diesen Fällen – positiveren Tendenz, diese Fälle weiterhin betreut und beobachtet werden müssen, damit auch langfristig keine Berufskrankheit entsteht. Dies lässt sich aufgrund der dokumentierten Daten vor allem an zwei Beobachtungen darstellen: Die Prognose für Fälle, in denen ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde ist auch am Ende des Beobachtungszeitraums signifikant schlechter, als in den anderen beobachteten Verdachtsfällen ($\chi^2=24,086$; $df=3$; $p<0,001$). Bei mehr als einem Drittel der Fälle (35,3 Prozent) deutet die Prognose der Verwaltungen darauf hin, dass eine dauerhafte Weiterarbeit am angestammten Arbeitsplatz nicht möglich ist.

			Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:		Gesamt
			möglich	nicht möglich	
Cluster	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	178	14	192
		% innerhalb von Cluster	92,7%	7,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-,4	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	209	19	228
		% innerhalb von Cluster	91,7%	8,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,1	
	SIP Maßnahme	Anzahl	264	14	278
		% innerhalb von Cluster	95,0%	5,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-1,8	
	TIP Maßnahme	Anzahl	22	12	34
		% innerhalb von Cluster	64,7%	35,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,7	5,6	
Gesamt		Anzahl	673	59	732
		% innerhalb von Cluster	91,9%	8,1%	100,0%

Tabelle 73: Beschäftigungsprognose der Verwaltungen am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Außerdem sind die Verfahren signifikant häufiger auch im Beobachtungszeitraum noch nicht abgeschlossen und es werden in 73,2 Prozent der Fälle weiterhin §3-Maßnahmen durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger gewährt ($\chi^2=34,639$; $df= 3$; $p<0,001$).

			AbschlussParagraf3_j_n		Gesamt
			nein	ja	
Cluster	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	77	177	254
		% innerhalb von Cluster	30,3%	69,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,5	2,0	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	99	166	265
		% innerhalb von Cluster	37,4%	62,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,6	
	SIP Maßnahme	Anzahl	145	168	313
		% innerhalb von Cluster	46,3%	53,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-1,4	
	TIP Maßnahme	Anzahl	30	11	41
		% innerhalb von Cluster	73,2%	26,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,3	-2,7	
Gesamt		Anzahl	351	522	873
		% innerhalb von Cluster	40,2%	59,8%	100,0%

Tabelle 74: Nicht abgeschlossene §3-Fälle am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

➤ **Zufriedenheit der Versicherten mit TIP Maßnahmen**

Bei einer Analyse der Zufriedenheit der Versicherten, die an einer TIP Maßnahme teilgenommen haben, konnte mit 63,6 Prozent, doch ein sehr hoher Zufriedenheitswert gemessen werden. Ein Viertel der Versicherten konnte für sich noch nicht entscheiden, ob die Maßnahme hilfreich war bzw. war sich nicht ganz sicher und nur 11,4 Prozent empfanden das stationäre Heilverfahren insgesamt für sich als nicht hilfreich. Auffallend war hier, dass einige Versicherte, die diese Frage beantwortet haben, im Beobachtungszeitraum überhaupt kein stationäres Heilverfahren besucht haben. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass sie zuvor schon an einer stationären Maßnahme teilgenommen haben.

➤ **Kosten der Verfahren mit TIP Maßnahmen**

Bei einem Vergleich der Kosten der Verfahren mit stationären Maßnahmen und Fälle mit anderen Maßnahmen gibt es schon eine sehr hohe Signifikanz, dass diese Fälle um einen Faktor 10 im Vergleich zur nächsten Maßnahmengruppe (Hautschutzseminar) kostenintensiver sind, während des Beobachtungszeitraums (1,983E9; df=3; 6,608E8; F=96,729; p<0,001). Diese Kosten setzen sich einerseits natürlich aus den Kosten des stationären Heilverfahrens, aber auch aus den Kosten für das Verletztengeld (AU-Zeiten) zusammen (vgl. Tabelle 75).

Gesamtkosten

Cluster	Mittelwert	Median	Maximum	N	Standardabweichung
1 Niederschwellige Maßnahme	427,56	242,32	11632	246	893,805
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	648,77	346,20	13029	258	1326,268
SIP Maßnahme	906,71	674,52	22155	310	1447,576
TIP Maßnahme	8010,23	5619,43	65667	38	11025,994
Insgesamt	1007,08	382,29	65667	852	3022,830

Tabelle 75: Gesamtkosten am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

Darüber hinaus ist allerdings auch auffällig, dass die Kosten der ambulanten Heilbehandlung in diesen Fällen signifikant höher sind (6,767E7; df=3; 2,256E7; F=41,780; p<0,001), als in anderen beobachteten Fällen (vgl. Tabelle 76). In diesem Zusammenhang wäre ggf. zu prüfen, ob nicht durch die schnellere Einleitung eines stationären Heilverfahrens hier kosteneffizienter Verfahren werden könnte und damit ohne Qualitätsverlust eine Einsparung vorgenommen werden könnte. Dies lässt sich auch noch einmal dadurch verdeutlichen, dass vom Eingang der Verdachtsmeldung bis zur Einleitung eines stationären Heilverfahrens im Mittelwert 264 Tage vergehen (Median = 267 Tage / n = 30).

ANOVA-Tabelle

			Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40) * Cluster	Zwischen den Gruppen	(Kombiniert)	6,767E7	3	2,256E7	41,780	,000
		Linearität	4,941E7	1	4,941E7	91,513	,000
		Abweichung von der Linearität	1,826E7	2	9131322,755	16,913	,000
	Innerhalb der Gruppen		3,952E8	732	539900,357		
	Insgesamt		4,629E8	735			

ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)

Cluster	Mittelwert	Median	Maximum	N	Standardabweichung
1 Niederschwellige Maßnahme	215,00	150,78	1286	187	215,211
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	336,50	207,94	2000	219	357,695
SIP Maßnahme	610,20	490,02	3139	293	526,234
TIP Maßnahme	1583,65	630,00	13310	37	2778,084
Insgesamt	477,28	279,54	13310	736	793,578

Tabelle 76: Kosten der ambulanten Heilbehandlung am Ende des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von den durchgeführten Maßnahmen.

➤ **Fazit: TIP Maßnahmen**

Insgesamt konnte gezeigt werden, dass Fälle in denen TIP Maßnahmen angezeigt sind, als ein auffälliges Merkmal signifikant häufig Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Verdachtsmeldung aufweisen. Außerdem ist die Prognose bei diesen Fällen, aufgrund des Hautarztberichtes häufig schlechter als bei anderen Verdachtsmeldungen. Außerdem wird die Komplexität der Fälle auch noch dadurch unterstrichen, dass bei vergleichbarer struktureller Qualität der Hautarztberichterstattung häufiger Validierungen durch die Verwaltungen durchgeführt werden müssen.

Insgesamt ist auch kritisch anzumerken, dass die Prognose auch am Ende des Beobachtungszeitraums für diese Fälle signifikant schlechter war, als für die anderen Fälle. Dies dürfte aber mehrere Gründe haben, sicherlich spielt dabei auch die Tatsache eine Rolle, dass durch die späte Einleitung des stationären Heilverfahrens nach i.d.R. rund neun Monaten auch noch nicht der nachhaltige Erfolg dieser Maßnahme dokumentiert werden kann.

Die bis ans Ende des Beobachtungszeitraums erreichten Ergebnisse sind nämlich durchaus positiv zu bewerten: Es musste trotz schlechter „Startbedingungen“ nicht häufiger der Beruf aufgegeben werden als in anderen Fällen. Dies scheint auch die Investition in ein stationäres Heilverfahren, das wie gezeigt, zu deutlichen Aufwendungen führt, zu rechtfertigen, da dadurch weit höhere Ausgaben in den Kostenbereichen von Teilhabe am Arbeitsleben und Renten vermieden werden. Darüber hinaus ist die Zufriedenheit der Versicherten mit den Maßnahmen als gut bis sehr gut einzuschätzen.

5.1.6 Abschluss des Verfahrens

Das Stufenverfahren Haut sieht an mehreren Stellen die Beendigung des §3-Verfahrens bzw. ggf. auch die Einleitung des Feststellungsverfahrens auf eine Berufskrankheit vor. In diesem Rahmen sollen nun die dokumentierten und ggf. auch nicht eindeutig dokumentierten Verfahrensabschlüsse an den einzelnen Stellen überprüft werden.

➤ **Abschluss des Verfahrens vor Einleitung von §3-Maßnahmen**

Die erste Option für die Beendigung des Stufenverfahrens Haut ist die Nicht-Einleitung von §3-Maßnahmen. Bei Auswertung der VVH-Maske wurde festgestellt, dass es rund 12,8 Prozent der Fälle gibt, bei denen keine Aussage der Verwaltung über die Gründe für die Nicht-Einleitung des Verfahrens dokumentiert wurde. Dazu kommen noch einmal 30 Fälle, in denen als Begründung „keine Begründung“ dokumentiert wurde (vgl. Abschnitt 4.3.5.1).

In diesem Rahmen sollen nun Risikofaktoren aufgezeigt werden, die in einem erhöhten Maße dazu führen, dass indizierte Verfahren nicht eingeleitet werden. Nach dem Gutachterfragebogen gibt es zunächst einmal signifikante Unterschiede, die sich auf Grundlagen von versichertenbezogenen Daten ergeben: So werden bei Männern seltener Maßnahmen eingeleitet als bei Frauen ($\chi^2=26,9$; $df=1$; $p<0,001$). Auch das Alter spielt eine wichtige Rolle: Bei älteren Versicherten werden häufiger Maßnahmen eingeleitet als bei jüngeren Versicherten ($\chi^2=10,0$; $df=1$; $p=0,002$). Überraschend ist vor allem das Ergebnis zur klinischen Schwere; so werden bei schweren Hautveränderungen seltener Maßnahmen eingeleitet als bei geringergradig ausgeprägten (Kategorien keine – leicht – mittel) Hautveränderungen ($\chi^2=16,5$; $df=1$; $p<0,001$).

Nach den Analysen der Gutachter wurden in insgesamt 232 Fällen⁶⁷, trotz ausreichender Qualität der Hautarztberichte aus Sicht der Sachbearbeiter, keine weiteren Maßnahmen eingeleitet. Nachfolgeanalysen zeigen dabei, dass es hier, aufgeteilt nach Berufsgruppen, signifikante Unterschiede gibt. So wurde in der Berufsgruppe „Gesundheit“ in den genannten Fällen häufiger Maßnahmen eingeleitet, in den Berufsgruppen „Küche/Lebensmittel“ und „Sonstige“ hingegen seltener (vgl. EVA_Haut).

⁶⁷ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.8.2.2, Tabelle 176.

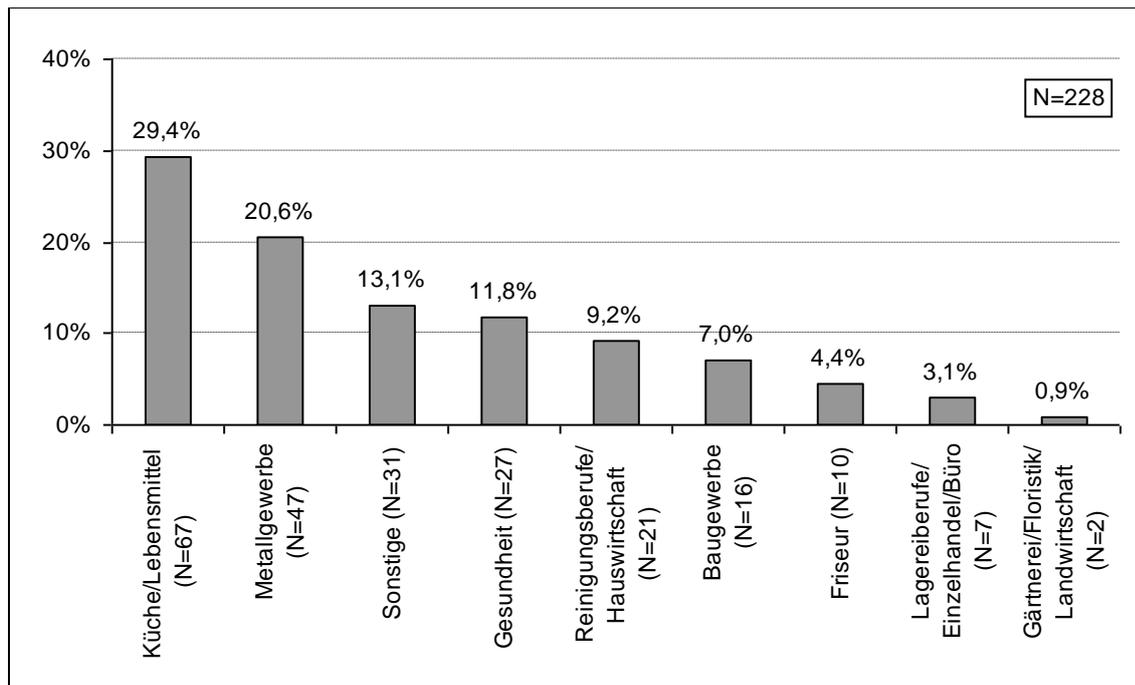


Abbildung 9: Fälle mit Indikation zur Einleitung des Hautarztverfahrens aus berufsdermatologischer Sicht und ausreichender Qualität der Erstmeldung aus Sachbearbeitersicht, ohne Einleitung von weiteren Maßnahmen (Berufsgruppenverteilung)

Einen signifikanten Einfluss auf die Einleitung von Maßnahmen hat allerdings auch die Qualität der Hautarztberichte. In den Fällen, in denen durch die berufsdermatologischen Gutachter die Qualität der Hautarztberichte mit der Note 2 und besser benotet wurden, sahen auch die Sachbearbeiter die Qualität der Hautarztberichte häufiger als ausreichend für die Beurteilung der beruflichen Verursachung an, d.h. die Einschätzung der Qualität der Hautarztberichte durch die berufsdermatologischen Gutachter wird im Wesentlichen durch die Sachbearbeiter geteilt und es kommt dann wie dargestellt häufiger zur Einleitung von Verfahren (vgl. EVA_Haut und Abschnitt 4.3).

➤ Abschluss des Verfahrens im Rahmen der Verlaufsberichterstattung

Insgesamt konnte auch hier gezeigt werden, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der dokumentierten Verfahren nach den Vorgaben des Stufenverfahrens Haut gehandelt wurde. Lediglich in den 34 von 490 Verfahren, die ohne Begründung beendet wurden sowie u.U. in Verfahren die auf Wunsch des Versicherten beendeten wurden, könnte hier ein Fragezeichen gesetzt werden bzw. ist ein Abgleich mit dem Double / Single Review von außerordentlichem Interesse.

Außerdem ist nach Angaben in der VVH-Maske bei knapp 95 Prozent der Versicherten die Weiterarbeit in der angestammten Beschäftigung möglich und sogar über 96 Prozent der Versicherten ist arbeitsfähig. Lediglich bei der Versorgung mit Hautschutz / PSA sind bei einem erheblichen Teil (14,2 Prozent) Defizite erkennbar und bei rund 30 Prozent ist dies nicht zu beurteilen (vgl. Anhang C.1).

In den Fällen, die im Double Review ausgewertet wurden, korreliert die Note aus dem berufsdermatologischen Review mit der (Nicht-)Einleitung von weiteren Maßnahmen: bei Benotung

mit 2 und besser wurden häufiger Maßnahmen eingeleitet, bei Benotung mit 3 und schlechter seltener ($\chi^2=6,0$; $df=1$; $p<0,015$).⁶⁸

5.1.7 Fazit zur flächendeckenden Umsetzung des Stufenverfahrens Haut

Mit der bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern mit der VVH-Maske durchgeführten Erhebung konnte festgestellt werden, dass es in 1296 von 1478 Fällen, die von den gesetzlichen Unfallversicherungen für die Erhebung ausgewertet wurden, eine dem Stufenverfahren Haut konforme Prüfung über die Einleitung von §3 Maßnahmen gab. Dies entspricht einer Quote von 87,2 Prozent, damit kann festgehalten werden, dass zumindest im Bereich Prüfung und Validierung der Erstmeldung das Stufenverfahren Haut flächendeckend umgesetzt ist (vgl. Abschnitt 4.3.5.1).

In Fällen, in denen die Qualität der Erstberichte, durch die berufsdermatologischen Gutachter mit der Note 2 und besser benotet wurden, sahen auch die Sachbearbeiter die Qualität der Hautarztberichte häufiger als ausreichend für die Beurteilung der beruflichen Verursachung an ($\chi^2=7,2$; $df=1$; $p=0,007$), d.h. die Einschätzung der Qualität der Hautarztberichte durch die berufsdermatologischen Gutachter wird im Wesentlichen durch die Sachbearbeiter geteilt (vgl. EVA_Haut). Daraus ergibt sich, dass in diesen Fällen häufiger §3-Maßnahmen eingeleitet werden. Die Qualität des Hautarztberichts ist aus diesem Grund ein wesentlicher Baustein für ein erfolgreiches Stufenverfahren Haut, gleiches gilt ebenso für die Verlaufs- bzw. Zwischenberichte. Inwieweit und wie auch noch die Qualität der Berichterstattung der Hautärzte gesteigert werden könnte, die z.Zt. schon in über 95 Prozent der Fälle als ausreichend eingestuft wird (vgl. Abbildung 10), wird im Rahmen des Abschlussberichtes EVA_Haut diskutiert.⁶⁹

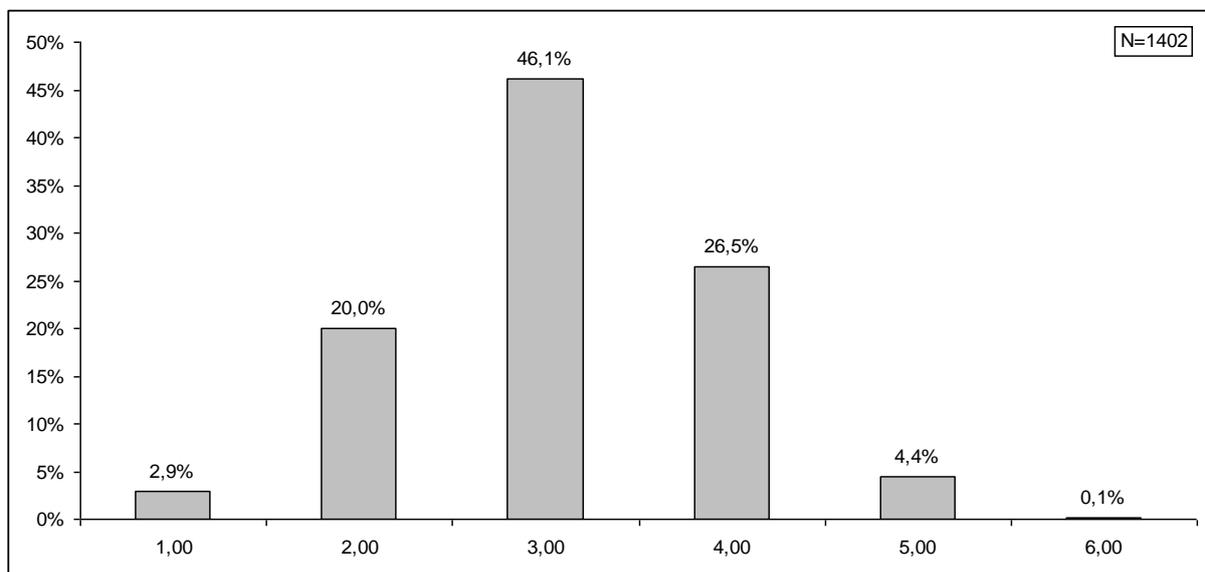


Abbildung 10: Wie bewerten Sie abschließend die Qualität der/s Hautarztberichte(s) im vorliegenden Fall?

Allerdings muss festgehalten werden, dass es eine nicht unbedeutende Anzahl von Fällen gibt (vgl. Abschnitt 5.1.6), in denen trotz ausreichender Qualität der Hautarztberichte (aus Sicht der Sachbearbeiter) und einer indizierten Verfahrenseinleitung aus Sicht der Gutachter, keine weiteren

⁶⁸ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.8.2.2, Tabelle 174.

⁶⁹ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 6.

Maßnahmen eingeleitet wurden (vgl. EVA_Haut). Hier sollten entsprechende Schulungsprogramme eingerichtet werden, die den Blick der Sachbearbeiter für die Möglichkeiten und Notwendigkeiten innerhalb des Stufenverfahrens weiter schärfen.

Rund die Hälfte der Verfahren, in denen §3-Maßnahmen eingeleitet wurden, konnten im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossen werden (424 von 914 Fällen). Allerdings kann erfreulicherweise festgehalten werden, dass bei 47,2 Prozent dieser Versicherten eine Abheilung bzw. eine Besserung der Hauterscheinungen erreicht werden konnte. Bei 16,7 Prozent ist der Zustand zumindest unverändert. Auch wurde bei diesen Versicherten eine deutliche Verbesserung des Hautschutzes / der persönlichen Schutzausrüstung erreicht und die Beschäftigungsprognose ist zu über 92 Prozent positiv (vgl. Abschnitt 4.3.6).

5.2 Ergebnisse und Wirkungen des Stufenverfahrens Haut

Eine der wesentlichen Forschungsfragen in Zusammenhang mit EVA_Haut und VVH waren neben der prozessualen Umsetzung des Verfahrens natürlich die erzielten Ergebnisse und Wirkungen der geschaffenen Strukturen und Prozesse. Dabei sollen im folgenden Abschnitt zunächst einmal die Ergebnisse und Wirkungen über das Gesamtsystem „gesetzliche Unfallversicherungsträger“ dargestellt werden, ehe im Folgenden auf besondere Ausgestaltungen innerhalb des Stufenverfahrens Haut eingegangen wird (vgl. Abschnitt 5.3).

5.2.1 Zielkriterien

Ziel des Stufenverfahrens Haut ist neben der Förderung der Gesundheit des Versicherten, der konkrete Erhalt des Arbeitsplatzes des Versicherten bzw. zumindest seine Weiterbeschäftigung und damit die Verhinderung des Eintritts einer Berufskrankheit. Daneben ist von besonderer Bedeutung, sowohl für den Arbeitnehmer als auch den Arbeitgeber, dass der Versicherte dauerhaft arbeitsfähig ist bzw. wieder dauerhaft arbeitsfähig wird, d.h. dass krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden. Ein weiteres Zielkriterium sind die Ausgaben pro Fall, die einen investiven Charakter haben – zur Erreichung der zuvor skizzierten Ziele – aber auch nach den gesetzlichen Vorgaben in einer Relation zum erreichten Nutzen und damit zur Wirksamkeit stehen müssen.⁷⁰

5.2.2 Analyse der beruflichen Situation der Versicherten

Eine der wesentlichen Ergebnisgrößen im Rahmen des optimierten Hautarztverfahrens und auch bei der Verwaltungssteuerung ist die Größe „Erhalt des Arbeitsplatzes“ bzw. „Verbleib im Berufsleben“. Eine Zusammenfassung der einzelnen Erhebungsinstrumente ergibt hier ein sehr gutes Bild. In 1066 Fällen und damit genau in zwei Drittel der untersuchten Hautarztverfahren kann aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente eine Aussage über den Berufsverbleib im Beobachtungszeitraum getroffen werden, dabei finden sich allerdings auch einige Widersprüche in den einzelnen Erhebungsinstrumenten, so dass letztlich ein zuverlässige Aussage nur für 1.023 Fälle möglich ist.⁷¹

Bei fast drei von vier Fällen (74,5 Prozent) konnte hierbei der Verbleib im Beruf, ohne Veränderungen am Arbeitsplatz erreicht werden. In 10 Prozent der Fälle konnte mithilfe einer organisatorischen Veränderung immerhin der Arbeitsplatz erhalten werden, so dass in 84,5 Prozent der Fälle eines der primären Ziele des optimierten Hautarztverfahrens und des Verwaltungsverfahrens Haut erreicht wurde.

⁷⁰ Vgl. hier den gesetzlichen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung: „Mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten.“ Vgl. SGB VII, Aufgaben der Unfallversicherung, § 1.

⁷¹ Vgl. dazu auch Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.6.1, Tabelle 136.

Berufsverbleib_zusammen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Berufsverbleib ohne Änderung	761	74,4	74,4	74,4
	Berufsverbleib mit Änderung (z.B. innerbetriebliche Umsetzung, einzelne Tätigkeiten)	103	10,1	10,1	84,5
	Berufsaufgabe (wegen Haut)	125	12,2	12,2	96,7
	Berufsaufgabe (andere Gründe)	34	3,3	3,3	100,0
	Gesamt	1023	100,0	100,0	

Tabelle 77: Berufliche Situation der Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums (Zusammenstellung aus allen Erhebungsinstrumenten)

Insgesamt kann aus den vorliegenden Beobachtungen und Statistiken schon gefolgert werden, dass mit der Einleitung von Maßnahmen tendenziell die Chance höher ist, dass der Arbeitsplatz des Versicherten, entweder mit oder ohne organisatorischen Veränderungen, erhalten werden kann, auch wenn das Ergebnis knapp letztendlich keine signifikante Aussage zulässt ($\chi^2=15,065$; $df=8$; $p=0,058$).

			Berufsverbleib_3stufig			Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib ohne Änderung	Berufsverbleib mit Änderung	
Cluster	Keine Maßnahme	Anzahl	35	114	16	165
		% innerhalb von Cluster	21,2%	69,1%	9,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,8	-,8	-,1	
	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	36	164	24	224
		% innerhalb von Cluster	16,1%	73,2%	10,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,2	,3	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	34	185	31	250
		% innerhalb von Cluster	13,6%	74,0%	12,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,8	-,1	1,2	
	SIP Maßnahme	Anzahl	39	233	19	291
		% innerhalb von Cluster	13,4%	80,1%	6,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	1,1	-1,9	
	TIP Maßnahme	Anzahl	7	25	7	39
		% innerhalb von Cluster	17,9%	64,1%	17,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,7	1,6	
Gesamt		Anzahl	151	721	97	969
		% innerhalb von Cluster	15,6%	74,4%	10,0%	100,0%

Tabelle 78: Beruflicher Status des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von den eingeleiteten Maßnahmen.

➤ **Verdachtsfälle, in denen der Arbeitsplatz nicht erhalten werden konnte**

Im Rahmen der Analyse des Zielkriteriums „Berufsverbleib“ sollen hier konkret die „drop outs“ analysiert werden. Aus diesem Grund müssen zuerst alle Fälle, in denen der Arbeitsplatz nicht erhalten werden konnte, identifiziert und mögliche Gründe dafür analysiert werden.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang zu prüfen, ob der Versicherte zum Zeitpunkt der Verdachtsmeldung noch beschäftigt war. Bei 53 Versicherten war dies nach Angaben in der VVH Maske nicht mehr der Fall. Das bedeutet, dass in 4,0 Prozent der Fälle der Arbeitsplatz durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger nicht erhalten werden konnte, da er erst nach Eintritt des Arbeitsplatzverlustes von dem Verdacht auf eine berufsbedingte Hauterkrankung Kenntnis erlangt hat. Bei 43 dieser Fälle wurden von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern in der Folge auch keine Maßnahmen eingeleitet.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	53	3,6	4,0	4,0
	ja	1287	87,1	96,0	100,0
	Gesamt	1340	90,7	100,0	
Fehlend	System	138	9,3		
Gesamt		1478	100,0		

Tabelle 79: War der Versicherte bei Eingang der Verdachtsmeldung beschäftigt?

Eine weitere Größe, die eine wichtige Rolle bei der Bestimmung der „drop out“-Quote spielt, sind natürlich die Fälle, in denen ein objektiver Zwang zur Unterlassung der Tätigkeit steht. Dies wurde bei 15 Fällen, in denen bei Erstmeldung noch eine Beschäftigung vorlag, angenommen (vgl. Tabelle 80).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	723	50,7	85,7	85,7
	ja, schon nach Hautarztbericht klar	14	1,0	1,7	87,3
	ja, aber zusätzliche Informationen mussten eingeholt werden	1	,1	,1	87,4
	weiterhin nicht beurteilbar	106	7,4	12,6	100,0
Gesamt		844	59,2	100,0	
Fehlend	System	581	40,8		
Gesamt		1425	100,0		

Tabelle 80: Besteht der objektive Zwang zur Unterlassung der Tätigkeit?

Von den restlichen Fällen bestand nach Aussagen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in 180 Fällen die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101 und in 138 Fällen war die berufliche Tätigkeit gefährdet (vgl. Anhang D.1). Bei 88 dieser Verdachtsmeldungen fallen beide Annahmen zusammen.

In 70 weiteren Fällen ist in der VVH-Maske die Aufgabe der Tätigkeit verbunden mit der Beendigung des Verfahrens dokumentiert.⁷² Damit steht als Ergebnis zunächst einmal fest, dass in 138 Fällen der Verdachtsmeldungen im Beobachtungszeitraum der Arbeitsplatz aufgegeben wurde bzw. werden musste. Dies entspricht einer Quote von 8,3 Prozent (123 von 1.478 Fällen).

➤ **Identifikation von möglichen Risikofällen auf Grundlage Erstmeldung und Validierung**

Zur Identifikation der Fälle, die eher zu einer Aufgabe der Tätigkeit führen, lassen sich mit einer gewissen Signifikanz folgende Variablen heranziehen: Fälle mit einer mehrwöchigen Arbeitsunfähigkeitszeit vor der Meldung ($\chi^2=10,297$; $df=4$; $p=0,036$) und Fälle, in denen der Hautarzt schon in der Erstmeldung eine Gefahr der Berufsaufgabe erkennt ($\chi^2=38,152$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 80).

Außerdem sehen die Sachbearbeiter in diesen Fällen ein signifikante erhöhte Notwendigkeit zur Validierung der Berichte und Sammlung weiterer Informationen, um die Gefährdung der beruflichen Tätigkeit einschätzen zu können ($\chi^2=23,798$; $df=3$; $p=0,001$). Die Gefahr der Entstehung einer BK 5101 schätzen die Sachbearbeiter signifikant höher ein als in den Fällen, in denen die berufliche Tätigkeit erhalten werden kann ($\chi^2=20,930$; $df=3$; $p=0,001$). Letztlich gibt es auch einen auffälligen, aber nicht signifikanten Zusammenhang, dass schon vor Einleitung von §3-Maßnahmen das BK-Feststellungsverfahren eingeleitet wurde (vgl. Anhang D.1).

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib	
AU vor Meldung	nein	Anzahl	54	323	377
		% innerhalb von AU vor Meldung	14,3%	85,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,3	
	bis zu einer Woche	Anzahl	8	49	57
		% innerhalb von AU vor Meldung	14,0%	86,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,1	
	bis zu sechs Wochen	Anzahl	16	32	48
		% innerhalb von AU vor Meldung	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,1	-1,3	
	über sechs Wochen	Anzahl	1	4	5
		% innerhalb von AU vor Meldung	20,0%	80,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,1	
	nicht dokumentiert	Anzahl	17	109	126
		% innerhalb von AU vor Meldung	13,5%	86,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,3	
Gesamt	Anzahl	96	517	613	
	% innerhalb von AU vor Meldung	15,7%	84,3%	100,0%	

Tabelle 81: Dokumentierte AU Zeiten vor Erstmeldung i.V.m. Aufgabe des Arbeitsplatzes

⁷² Alleine auf Grundlage von VVH ist in 54 weiteren Fällen nicht zu beurteilen, ob der Versicherte noch einer Beschäftigung nachgeht; hier wird zwar verneint, dass er noch seine angestammte Tätigkeit ausübt, aber eine innerbetriebliche Umsetzung ist nicht erfolgt. Hier sind weitere Erhebungsinstrumente zur Klärung einzubeziehen (vgl. Tabelle Anhang D.1)

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib	
Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht des Hautarztes - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	nein	Anzahl	81	630	711
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	11,4%	88,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	1,1	
	ja	Anzahl	19	38	57
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,5	-1,5	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	31	68	99
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	31,3%	68,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,1	-1,7	
	kann ich nicht beurteilen	Anzahl	3	6	9
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-6	
Gesamt		Anzahl	134	742	876
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	15,3%	84,7%	100,0%

Tabelle 82: Einschätzung des Hautarztes in Erstmeldung i.V.m. Aufgabe des Arbeitsplatzes

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgab e	Berufsverblei b	
Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht des Hautarztes - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	nein	Anzahl	81	630	711
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	11,4%	88,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	1,1	
	ja	Anzahl	19	38	57
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,5	-1,5	
	aus Bericht nicht beurteilbar	Anzahl	31	68	99
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	31,3%	68,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,1	-1,7	
	kann ich nicht beurteilen	Anzahl	3	6	9
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-,6	
Gesamt		Anzahl	134	742	876
		% innerhalb von Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)	15,3%	84,7%	100,0%

Tabelle 83: Einschätzung der Sachbearbeiter, auf Grundlage der Erstmeldung, ob die berufliche Tätigkeit gefährdet ist

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgab e	Berufsverblei b	
Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	nein	Anzahl	35	332	367
		% innerhalb von Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	9,5%	90,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	1,2	
	ja, schon nach Hautarztbericht klar	Anzahl	40	134	174
		% innerhalb von Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	23,0%	77,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,7	-1,1	
	ja, aber zusätzliche Informationen mussten eingeholt werden	Anzahl	0	3	3
		% innerhalb von Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	,0%	100,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,3	
	weiterhin nicht beurteilbar	Anzahl	27	104	131
		% innerhalb von Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	20,6%	79,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,6	-,7	
Gesamt		Anzahl	102	573	675
		% innerhalb von Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?	15,1%	84,9%	100,0%

Tabelle 84: Einschätzung der Sachbearbeiter, auf Grundlage der Erstmeldung, ob die Gefahr auf Eintritt einer BK 5101 besteht

➤ **Identifikation von möglichen Risikofällen, nach Einleitung von §3-Maßnahmen**

In 51 Fällen, in denen der Arbeitsplatz im Laufe des Beobachtungszeitraums nicht erhalten werden konnte, wurden §3-Maßnahmen eingeleitet. Es soll nun versucht werden, mögliche Faktoren zu identifizieren, die es erlauben, diese Risikofälle möglichst frühzeitig zu erkennen.

Eine signifikante Tendenz ist dabei herauszulesen: Fälle in denen – beispielsweise beim Hautschutz – keine beurteilbare Fakten für den Sachbearbeiter vorliegen, sind tendenziell eher Fälle, bei denen der Arbeitsplatz aufgegeben werden muss ($\chi^2=11,941$; $df=3$; $p=0,008$). Auch die insgesamt unzureichende Versorgung mit dem Hautschutz / PSA lässt sich als Risikofaktor identifizieren (vgl. Tabelle 85).

			Tätigkeitsaufgabe_VVH		Gesamt
			ja	nein	
Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	nein	Anzahl	14	378	392
		% innerhalb von Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	3,6%	96,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	,3	
	ja	Anzahl	8	85	93
		% innerhalb von Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	8,6%	91,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-,3	
	aus F6052 nicht beurteilbar	Anzahl	5	129	134
		% innerhalb von Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	3,7%	96,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,2	
	kann ich nicht beurteilen	Anzahl	9	66	75
		% innerhalb von Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	12,0%	88,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,6	-,6	
Gesamt		Anzahl	36	658	694
		% innerhalb von Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln	5,2%	94,8%	100,0%

Tabelle 85: Beurteilung des Hautschutzes / PSA und Verlust des Arbeitsplatzes

➤ **Zwischenfazit: Risikofaktoren Arbeitsplatzverlust**

Für die folgenden Analysen wurden die Fälle, in denen ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde sowie die Fälle, in denen die Berufsaufgabe nicht wegen der Hauterkrankung erfolgte, ausgeschlossen.

Es gibt Risikofaktoren zu Beginn und während des Verfahrens, die zu einem Verlust des Arbeitsplatzes / der Beschäftigung führen können. Daneben gibt es allerdings auch Maßnahmen, die nach der Analyse der dermatologischen Gutachter zu einem positiven Fallverlauf beitragen und den Erhalt des Arbeitsplatzes sichern können. Grundsätzlich stellten die Gutachter in ihrer Analyse der vorliegenden Fälle im Abschlussbericht EVA_Haut folgendes fest:

„Unter ausschließlicher Betrachtung der Fälle, in denen die berufsdermatologischen Gutachter die Einleitung des Hautarztverfahrens als indiziert angesehen haben, wird dieser Zusammenhang bestätigt ($\chi^2=8,5$; $df=1$; $p=0,004$). Bei 4-stufiger Analyse zeigt sich, dass die Kategorie „Berufsaufgabe (wegen Haut)“ häufiger zutraf, wenn keine Maßnahmen eingeleitet wurden ($\chi^2=13,0$; $df=3$; $p=0,005$).“⁷³

Bei einer Betrachtung, die sich auf alle Fälle und alle eingeleiteten §3-Maßnahmen in diesen Verfahren im Sinne des Stufenverfahrens Haut bezieht, wurde bei Auswertung der Daten im Abschlussbericht EVA_Haut folgender signifikanter Zusammenhang belegt:

„Signifikante Unterschiede finden sich bei Testung der Fälle, die an einem Hautschutzseminar teilgenommen haben, gegen die übrigen Fälle, in denen Maßnahmen im Rahmen des Hautarztverfahrens durchgeführt wurden ($\chi^2=10,640$; $df=3$; $p=0,014$). Bei den Versicherten, die an einem Hautschutzseminar teilgenommen haben, konnte signifikant häufiger ein Berufsverbleib ohne Änderung verzeichnet werden ($\chi^2=20,0$; $df=4$; $p=0,001$).“⁷⁴

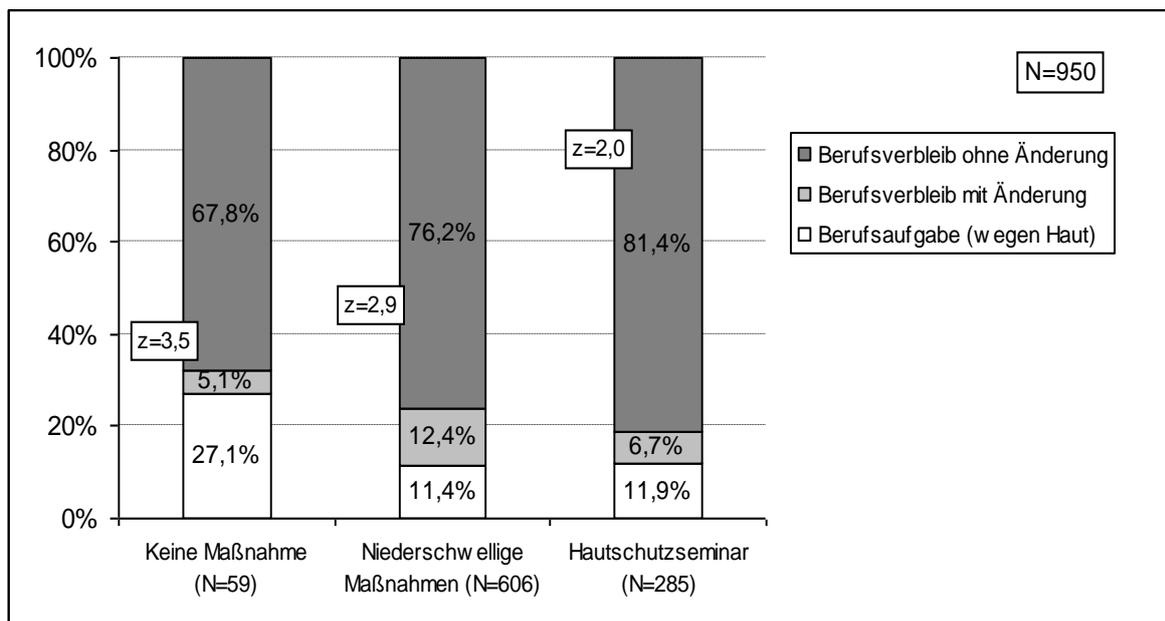


Abbildung 11: Berufsverbleib in Abhängigkeit von eingeleiteten ambulanten Maßnahmen

5.2.3 Arbeitsfähigkeit

Neben dem Verlust des Arbeitsplatzes ist natürlich die Reduzierung und möglichst komplette Vermeidung von Arbeitsunfähigkeiten eines der Ziele des Stufenverfahrens Haut. Dies hängt zum einen mit der damit verbundenen Steigerung der Lebensqualität des Versicherten zusammen,

⁷³ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.6.4, S. 266ff.

⁷⁴ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.6.4.2, S. 268.

vermindert aber darüber hinaus auch die betriebswirtschaftlichen Opportunitätskosten der Arbeitgeber (u.a. Produktionsausfälle / zusätzliche Entgelte für Aushilfskräfte etc.) und die volkswirtschaftlichen Kosten für die Solidargemeinschaft (Verletztengeldzahlungen etc.).

Ähnlich wie bei der Vorgehensweise im Bereich „Erhalt des Arbeitsplatzes“ sollen auch hier zunächst einmal die Angaben in der VVH Maske ausgewertet und interpretiert werden. Es liegen drei Items zur Auswertung vor: Der Versicherte war vor der Meldung arbeitsunfähig, der Versicherte war während des Verfahrens arbeitsunfähig und der Versicherte ist am Ende des Verfahrens arbeitsunfähig. Außerdem erfolgte ein Abgleich über das gezahlte Verletztengeld. Es werden für die Auswertungen nur Fälle berücksichtigt, bei denen zum Zeitpunkt der Meldung noch eine Beschäftigung bestand und nicht der objektive Zwang zur Unterlassung vorlag.

➤ **Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Verdachtsmeldung des Stufenverfahrens Haut**

Insgesamt konnten bei 10,5 Prozent der Versicherten, vor der Verdachtsmeldung Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Hauterscheinungen dokumentiert werden (vgl. Tabelle 86).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu einer Woche	78	5,5	8,6	74,9
	bis zu sechs Wochen	58	4,1	6,4	81,3
	über sechs Wochen	12	,9	1,3	82,7
	nicht dokumentiert	157	11,1	17,3	100,0
	nein	601	42,6	66,3	66,3
Gesamt		906	64,3	100,0	
Fehlend	System	504	35,7		
Gesamt		1410	100,0		

Tabelle 86: Dokumentierte AU Zeiten vor der Verdachtsmeldung auf eine berufsbedingte Hauterkrankung

Erfreulich ist, dass gezeigt werden kann, dass in Fällen, bei denen vor der Verdachtsmeldung eine Arbeitsunfähigkeit von über sechs Wochen vorlag, am Ende des Beobachtungszeitraums nicht im signifikant erhöhten Maße ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen muss. Es gibt allerdings eine Signifikanz bei Fällen, die vor Meldung bis zu einer Woche dokumentierte AU-Zeiten hatten ($\chi^2=6,613$; $df=2$; $p=0,037$) (vgl. Tabelle 87):

			Der Versicherte ist Arbeitsunfähig:		Gesamt
			nein	ja	
AUmehr_vM	nein	Anzahl	334	11	345
		% innerhalb von AUmehr_vM	96,8%	3,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,1	
	bis zu einer Woche	Anzahl	41	5	46
		% innerhalb von AUmehr_vM	89,1%	10,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	2,1	
	über eine Woche	Anzahl	38	3	41
		% innerhalb von AUmehr_vM	92,7%	7,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,2	,9	
Gesamt		Anzahl	413	19	432
		% innerhalb von AUmehr_vM	95,6%	4,4%	100,0%

Tabelle 87: Dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten vor Meldung und Status am Ende des Beobachtungszeitraums

Allerdings ist festzuhalten, dass es ein signifikantes Risiko gibt ($\chi^2=10,449$; $df=2$; $p=0,005$), dass Beschäftigte mit langen AU-Zeiten vor Meldung dauerhaft nicht weiterarbeiten können.⁷⁵ Eine signifikant höhere Rate an Beschäftigungsaufgaben in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Verdachtsmeldung kann aber im Beobachtungszeitraum nicht festgestellt werden.

			Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:		Gesamt
			möglich	nicht möglich	
AUmehr_vM	nein	Anzahl	308	19	327
		% innerhalb von AUmehr_vM	94,2%	5,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-1,3	
	bis zu einer Woche	Anzahl	39	6	45
		% innerhalb von AUmehr_vM	86,7%	13,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	1,3	
	über eine Woche	Anzahl	29	7	36
		% innerhalb von AUmehr_vM	80,6%	19,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	2,5	
Gesamt		Anzahl	376	32	408
		% innerhalb von AUmehr_vM	92,2%	7,8%	100,0%

Tabelle 88: Beschäftigungsprognose in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten vor Meldung.

Ein höchst signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Meldung und Arbeitsunfähigkeitszeiten während des Beobachtungszeitraums. Dieses Risiko

⁷⁵ Diese Tatsache spricht natürlich dafür, weiterhin auf ein verbessertes Meldeverhalten hin zu arbeiten.

steigt sogar noch mit der Länge der im Vorfeld dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten an ($\chi^2=146,162$; $df=2$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 89).

			AUZeit_iM		Gesamt
			nein	ja	
AUmehr_vM	nein	Anzahl	543	33	576
		% innerhalb von AUmehr_vM	94,3%	5,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-4,5	
	bis eine Woche	Anzahl	42	22	64
		% innerhalb von AUmehr_vM	65,6%	34,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,9	5,1	
	über eine Woche	Anzahl	24	30	54
		% innerhalb von AUmehr_vM	44,4%	55,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,4	9,1	
Gesamt	Anzahl	609	85	694	
	% innerhalb von AUmehr_vM	87,8%	12,2%	100,0%	

Tabelle 89: Zusammenhang zwischen: vor und während der Erstmeldung dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten

Einen signifikanten Zusammenhang ($\chi^2=25,873$; $df=2$; $p<0,001$) besteht bezüglich der Einleitung von BK-Feststellungsverfahren. Bei Fällen, in denen mehr als eine Woche Arbeitsunfähigkeit vor der Erstmeldung dokumentiert wurde, wird häufiger das BK-Feststellungsverfahren schon vor der Einleitung der ersten §3-Maßnahme initiiert.

			BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
AUmehr_vM	nein	Anzahl	298	33	331
		% innerhalb von AUmehr_vM	90,0%	10,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,8	-1,9	
	bis eine Woche	Anzahl	28	8	36
		% innerhalb von AUmehr_vM	77,8%	22,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,3	
	über eine Woche	Anzahl	27	16	43
		% innerhalb von AUmehr_vM	62,8%	37,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,6	4,1	
Gesamt	Anzahl	353	57	410	
	% innerhalb von AUmehr_vM	86,1%	13,9%	100,0%	

Tabelle 90: Dokumentierte AU-Zeiten vor Meldung und BK-Feststellungsverfahren

Der gleiche Zusammenhang lässt sich darstellen für die Fälle mit AU-Zeiten über einer Woche im Beobachtungszeitraum, am Ende des Verfahrens ($\chi^2=68,091$; $df=2$; $p<0,001$).

➤ **Arbeitsunfähigkeitszeiten während des Stufenverfahrens Haut**

Auch während des Stufenverfahrens Haut wurden die Arbeitsunfähigkeitszeiten in der VVH-Maske dokumentiert und kategorisiert. Insgesamt trafen in 10,7 Prozent der Fälle hautbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten auf, davon immerhin in 19 Fällen länger als sechs Wochen (vgl. Tabelle 91).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	bis zu einer Woche	37	2,6	4,1	76,5
	bis zu sechs Wochen	40	2,8	4,5	80,9
	über sechs Wochen	19	1,3	2,1	83,0
	nicht dokumentiert	152	10,8	17,0	100,0
	nein	648	46,0	72,3	72,3
Gesamt		896	63,5	100,0	
Fehlend	System	514	36,5		
Gesamt		1410	100,0		

Tabelle 91: Dokumentierte AU Zeiten, während des Stufenverfahrens Haut

Während die Beschäftigungsprognose für die während des Beobachtungszeitraums längerfristig arbeitsunfähigen Versicherten signifikant schlechter eingeschätzt wird ($\chi^2=45,351$; $df=2$; $p<0,001$) als die Beschäftigungsprognose der anderen Versicherten, kann eine vermehrte Tätigkeitsaufgabe i.V.m. Arbeitsunfähigkeit im Beobachtungszeitraum nicht festgestellt werden.

			Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:		Gesamt
			möglich	nicht möglich	
AUmehr_iM	nein	Anzahl	341	19	360
		% innerhalb von AUmehr_iM	94,7%	5,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-2,3	
	bis eine Woche	Anzahl	17	4	21
		% innerhalb von AUmehr_iM	81,0%	19,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,5	
	über eine Woche	Anzahl	27	15	42
		% innerhalb von AUmehr_iM	64,3%	35,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	5,8	
Gesamt		Anzahl	385	38	423
		% innerhalb von AUmehr_iM	91,0%	9,0%	100,0%

Tabelle 92: Beschäftigungsprognose von Versicherten mit BK-Verdachtsmeldung in Abhängigkeit von AU-Zeiten im Beobachtungszeitraum

Ein wichtiger Grund dafür könnte sein, dass in den Fällen, in denen verlängerte AU-Zeiten im Beobachtungszeitraum aufgetreten sind, auch in einem signifikanten Maße mehr stationäre Heilverfahren durchgeführt wurden ($\chi^2=111,666$; $df=8$; $p<0,001$) und dadurch sowohl eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes als auch ein Erhalt des Beschäftigungsverhältnisses erreicht wurde.

			Cluster					Gesamt
			Keine Maßnahme	1 Niederschwel lige Maßnahme	2 und mehr Niederschwel lige Maßnahmen	SIP Maßnahme	TIP Maßnahme	
AUmehr_iM	nein	Anzahl	269	153	165	56	5	648
		% innerhalb von AUmehr_iM	41,5%	23,6%	25,5%	8,6%	,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	,0	-,3	,0	-3,2	
	bis eine Woche	Anzahl	7	10	14	3	3	37
		% innerhalb von AUmehr_iM	18,9%	27,0%	37,8%	8,1%	8,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,9	,4	1,4	-,1	1,8	
	über eine Woche	Anzahl	13	12	15	5	14	59
		% innerhalb von AUmehr_iM	22,0%	20,3%	25,4%	8,5%	23,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,1	-,5	-,1	,0	9,3	
Gesamt		Anzahl	289	175	194	64	22	744
		% innerhalb von AUmehr_iM	38,8%	23,5%	26,1%	8,6%	3,0%	100,0%

Tabelle 93: Dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten im Beobachtungszeitraum und eingeleitete Maßnahmen / Maßnahmenbündel in diesen Fällen

Der gleiche Zusammenhang kann auch bei längeren AU-Zeiten vor der Verdachtsmeldung dargestellt werden. Kein Zusammenhang konnte aber zwischen vor bzw. während des Beobachtungszeitraums dokumentierten AU-Zeiten sowie der Einleitung von §3-Maßnahmen festgestellt werden.

➤ Bewertung von Fällen mit Arbeitsunfähigkeitszeiten

Im Rahmen der Analyse konnte festgestellt werden, dass es zwischen den Fällen mit Arbeitsunfähigkeit vor dem Verfahren und Fällen mit Arbeitsunfähigkeit während des Verfahrens keine signifikanten Unterschiede gibt. Aus diesem Grund wird hier ein Vergleich dargestellt, zwischen den Fällen mit dokumentierten und den Fällen ohne dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten. Dies soll helfen, zielgerichtet mit Verdachtsmeldungen mit schon dokumentierten oder während des Verfahrens eintretenden AU-Zeiten umzugehen und sie entsprechend zielgerichtet zu steuern.

Ein Vergleich aller in VVH untersuchten Verdachtsmeldungen zeigt, dass von den 1.478 Fällen insgesamt 207 Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert wurden. Dies entspricht 14 Prozent der untersuchten Verwaltungsverfahren.

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
nein	1271	86,0	86,0	86,0
ja	207	14,0	14,0	100,0
Gesamt	1478	100,0	100,0	

Tabelle 94: Übersicht Fälle mit AU-Zeit und Fälle ohne dokumentierte AU-Zeiten

Die Analyse zeigt, dass Verdachtsfälle mit Arbeitsunfähigkeitszeiten signifikant seltener mit dem Hautarztbericht F6050 gemeldet werden ($\chi^2=4,917$; $df=1$; $p=0,035$). Auch dieser Fakt belegt wieder, dass es von besonderer Wichtigkeit für das Verfahren ist, den Hautarztbericht unbedingt anzufordern.

			Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	141	1012	1153
		% innerhalb von AU_dokumentiert	12,2%	87,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,8	,3	
	ja	Anzahl	37	170	207
		% innerhalb von AU_dokumentiert	17,9%	82,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,9	-,7	
Gesamt	Anzahl	178	1182	1360	
	% innerhalb von AU_dokumentiert	13,1%	86,9%	100,0%	

Tabelle 95: Vergleich der Art der Meldung bei Fällen mit und ohne AU-Zeiten

Die eingegangenen Hautarztberichte weisen in ihrer Qualität keine Besonderheiten zwischen den beiden Gruppen auf, weder in Bezug, ob die beruflichen Hautbelastungen beschrieben sind, noch ob die Hauterscheinungen gefähderungstypisch sind und auch nicht bei der Frage, ob die beruflichen Schutzmaßnahmen ausreichend sind.

Allerdings gibt es eine Signifikanz, bei den Fällen, in denen AU-Zeiten dokumentiert wurden, in Richtung eines drohenden Verlustes des Arbeitsplatzes (bzw. der konkreten Beschäftigung), sowohl nach Einschätzung der Ärzte ($\chi^2=28,225$; $df=3$; $p<0,001$), als auch nach Einschätzung der Verwaltungsmitarbeiter ($\chi^2=42,559$; $df=3$; $p<0,001$). Dies macht wieder deutlich, dass im Umkehrschluss auch mangelnde oder nicht-ausreichende Informationen ein wichtiger Faktor darstellen können und unbedingt Validierungen vorgenommen werden müssen.

			Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht des Arztes- aufgegeben werden? (Punkt 9.3)				Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	878	65	106	9	1058
		% innerhalb von AU_dokumentiert	83,0%	6,1%	10,0%	,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-1,1	-1,4	-,6	
	ja	Anzahl	127	23	37	4	191
		% innerhalb von AU_dokumentiert	66,5%	12,0%	19,4%	2,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,2	2,6	3,2	1,4	
Gesamt	Anzahl	1005	88	143	13	1249	
	% innerhalb von AU_dokumentiert	80,5%	7,0%	11,4%	1,0%	100,0%	

Tabelle 96: Einschätzung, Gefährdung des Arbeitsplatzes durch den Hautarzt

			Erscheint die Fortsetzung der Tätigkeit des Versicherten nach den Angaben im Hautarztbericht - aus Ihrer Sicht - gefährdet? (Punkt 9.3)				Gesamt
			nein	ja	aus Bericht nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	797	136	79	46	1058
		% innerhalb von AU_dokumentiert	75,3%	12,9%	7,5%	4,3%	
		Standardisierte Residuen	1,2	-2,1	-,2	-,8	
	ja	Anzahl	104	56	16	15	191
		% innerhalb von AU_dokumentiert	54,5%	29,3%	8,4%	7,9%	
		Standardisierte Residuen	-2,9	4,9	,4	1,9	
Gesamt	Anzahl		901	192	95	61	1249
	% innerhalb von AU_dokumentiert		72,1%	15,4%	7,6%	4,9%	

Tabelle 97: Einschätzung, Gefährdung des Arbeitsplatzes durch den Mitarbeiter des UV-Trägers.

Die Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungen erkennen dabei durchaus die Brisanz der Fälle; denn in Fällen mit Arbeitsunfähigkeitszeiten werden signifikant vermehrt Validierungsmaßnahmen bei der Erstmeldung dokumentiert ($\chi^2=8,695$; $df=1$; $p=0,003$) (vgl. Tabelle 98).

			Waren zur Validierung noch weitere Schritte erforderlich:		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	447	117	564
		% innerhalb von AU_dokumentiert	79,3%	20,7%	
		Standardisierte Residuen	,6	-1,1	
	ja	Anzahl	78	39	117
		% innerhalb von AU_dokumentiert	66,7%	33,3%	
		Standardisierte Residuen	-1,3	2,4	
Gesamt	Anzahl		525	156	681
	% innerhalb von AU_dokumentiert		77,1%	22,9%	

Tabelle 98: Validierung der Erstmeldungen in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Die Hautärzte geben in diesen Fällen auch signifikant häufiger an, dass eine Beratung durch den gesetzlichen UV-Träger erfolgen sollte ($\chi^2=11,478$; $df=2$; $p=0,003$).

			Ist Beratungsbedarf durch den UV-Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punkt 9.5)			Gesamt
			nein	ja	Frage nicht beantwortet	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	747	209	104	1060
		% innerhalb von AU_dokumentiert	70,5%	19,7%	9,8%	
		Standardisierte Residuen	,7	-,9	-,7	
	ja	Anzahl	111	53	27	191
		% innerhalb von AU_dokumentiert	58,1%	27,7%	14,1%	
		Standardisierte Residuen	-1,7	2,1	1,6	
Gesamt	Anzahl		858	262	131	1251
	% innerhalb von AU_dokumentiert		68,6%	20,9%	10,5%	

Tabelle 99: Beratungsbedarf durch den gesetzlich UV-Träger

Wie schon zuvor dargestellt, gibt es bei Verfahren, in denen Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehen, eine deutlich Signifikanz, dass schon vor Einleitung von §3-Maßnahmen das BK-Feststellungsverfahren eingeleitet wird ($\chi^2=29,821$; $df=1$; $p<0,001$).

			BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	535	83	618
		% innerhalb von AU_dokumentiert	86,6%	13,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-2,0	
	ja	Anzahl	78	40	118
		% innerhalb von AU_dokumentiert	66,1%	33,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,0	4,6	
Gesamt		Anzahl	613	123	736
		% innerhalb von AU_dokumentiert	83,3%	16,7%	100,0%

Tabelle 100: Einleitung von BK-Feststellungsverfahren in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten

Im Laufe des Verfahrens kommt es bei Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten auch höchst signifikant häufiger zum Verlust der angestammten Tätigkeit ($\chi^2=25,273$; $df=2$; $p<0,001$). Dies ist noch nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der Beschäftigung. Soll der Arbeitsplatzverlust in diesen Fällen verhindert werden, ist ein aktives Verwaltungshandeln notwendig, d.h. es ist eine innerbetriebliche Umorganisation oder eine innerbetriebliche Versetzung vorzunehmen.

			Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	92	599	691
		% innerhalb von AU_dokumentiert	13,3%	86,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	,8	
	ja	Anzahl	41	92	133
		% innerhalb von AU_dokumentiert	30,8%	69,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,2	-1,8	
Gesamt		Anzahl	133	691	824
		% innerhalb von AU_dokumentiert	16,1%	83,9%	100,0%

Tabelle 101: Tätigkeitsstatus des Versicherten in Abhängigkeit von Arbeitsunfähigkeitszeiten

In der Tat kann auch belegt werden, dass bei einer signifikanten Anzahl von Fällen ($\chi^2=4,835$; $df=1$; $p=0,028$), bei denen Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert wurden, innerbetriebliche Umsetzungen vorgenommen und so durch aktives Eingreifen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zum Erhalt des Arbeitsplatzes eingegriffen wurde.

			Es erfolgte eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	622	26	648
		% innerhalb von AU_dokumentiert	96,0%	4,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,9	
	ja	Anzahl	118	11	129
		% innerhalb von AU_dokumentiert	91,5%	8,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	2,0	
Gesamt		Anzahl	740	37	777
		% innerhalb von AU_dokumentiert	95,2%	4,8%	100,0%

Tabelle 102: Innerbetriebliche Umsetzungen von Versicherten in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten

Allerdings kann dargestellt werden, dass in einer signifikanten Anzahl von Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten ($\chi^2=19,845$; $df=6$; $p=0,03$) eine Verschlechterung der Hauterscheinungen eingetreten ist, ebenso ist der Anteil der unveränderten Hautbefunde deutlich erhöht. In diesen Fällen muss das Verfahren natürlich - besonders - zielgerichtet weiter geführt werden. Diese Tendenz wird auch deutlich durch die Arbeitsplatzprognose belegt, die in Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten, am Ende des Beobachtungszeitraums höchst signifikant schlechter ausfällt ($\chi^2=46,139$; $df=1$; $p<0,001$) als in Fällen ohne dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten (vgl. Tabellen 102 u. 103).

			Die Hauterscheinungen des Versicherten sind:						Gesamt	
			abeheilt	unverändert	besser	schlechter	aus dem / den Verlaufsberichten nicht beurteilbar	aus dem Verlaufsbericht nicht beurteilbar		kann ich nicht beurteilen
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	298	82	258	5	3	18	39	703
		% innerhalb von AU_dokumentiert	42,4%	11,7%	36,7%	,7%	,4%	2,6%	5,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-,8	,1	-1,4	,3	-,3	,3	
	ja	Anzahl	45	24	47	6	0	5	5	132
		% innerhalb von AU_dokumentiert	34,1%	18,2%	35,6%	4,5%	,0%	3,8%	3,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,3	1,8	-,2	3,2	-,7	,7	-,7	
Gesamt		Anzahl	343	106	305	11	3	23	44	835
		% innerhalb von AU_dokumentiert	41,1%	12,7%	36,5%	1,3%	,4%	2,8%	5,3%	100,0%

Tabelle 103: Hautzustand des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten

			Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:		Gesamt
			möglich	nicht möglich	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	626	36	662
		% innerhalb von AU_dokumentiert	94,6%	5,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,8	-2,6	
	ja	Anzahl	92	29	121
		% innerhalb von AU_dokumentiert	76,0%	24,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	6,0	
Gesamt		Anzahl	718	65	783
		% innerhalb von AU_dokumentiert	91,7%	8,3%	100,0%

Tabelle 104: Arbeitsplatz- / Beschäftigungsprognose am Ende des Beobachtungszeitraums in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten.

Schlechter bewertet wird auch die Versorgung mit Hautschutz / PSA in den Fällen, in denen Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert werden konnten ($\chi^2=8,620$; $df=3$; $p=0,003$). Dies ist ein Ansatzpunkt, die Arbeit aller Beteiligten inkl. der gesetzlichen Unfallversicherungen und zukünftig ggf. verstärkt auch den Arbeitgeber im Rahmen des Stufenverfahrens zu optimieren (vgl. Abschnitt 5.1.3).

			Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln				Gesamt
			nein	ja	aus F6052 nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	379	88	131	83	681
		% innerhalb von AU_dokumentiert	55,7%	12,9%	19,2%	12,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,0	,6	-,1	
	ja	Anzahl	63	27	16	16	122
		% innerhalb von AU_dokumentiert	51,6%	22,1%	13,1%	13,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	2,3	-1,3	,2	
Gesamt		Anzahl	442	115	147	99	803
		% innerhalb von AU_dokumentiert	55,0%	14,3%	18,3%	12,3%	100,0%

Tabelle 105: Versorgung mit Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Zeiten bei den Versicherten.

Außerdem kann festgehalten werden, dass auch am Ende des Beobachtungszeitraums bei einer signifikant erhöhten Zahl von Fällen, in denen Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert wurden, das Feststellungsverfahren auf eine Berufskrankheit eingeleitet wurde ($\chi^2=30,535$; $df=2$; $p<0,001$).

			BK-Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	454	58	512
		% innerhalb von AU_dokumentiert	88,7%	11,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-2,2	
	ja	Anzahl	77	36	113
		% innerhalb von AU_dokumentiert	68,1%	31,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,9	4,6	
Gesamt	Anzahl		531	94	625
	% innerhalb von AU_dokumentiert		85,0%	15,0%	100,0%

Tabelle 106: Eingeleitete BK-Feststellungsverfahren in Abhängigkeit von dokumentierten AU-Tagen

➤ **Dokumentierter Endzustand: Arbeitsunfähigkeit**

Insgesamt waren am Ende des Beobachtungszeitraums der Projekte EVA_Haut / VVH aktuell 43 Versicherte arbeitsunfähig, aufgrund von hautbedingten Erkrankungen (vgl. Tabelle 107).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	43	3,0	5,5	100,0
	nein	740	52,5	94,5	94,5
	Gesamt	783	55,5	100,0	
Fehlend	System	627	44,5		
Gesamt		1410	100,0		

Tabelle 107: Arbeitsstatus des Versicherten am Ende des Beobachtungszeitraums

Interessant ist dabei zu sehen, dass auch diese Arbeitsunfähigkeit in einer großen Abhängigkeit von schon zuvor dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten steht (vgl. Tabelle 108).

			Der Versicherte ist Arbeitsunfähig:		Gesamt
			nein	ja	
AU_dokumentiert	nein	Anzahl	644	30	674
		% innerhalb von AU_dokumentiert	95,5%	4,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-1,5	
	ja	Anzahl	115	17	132
		% innerhalb von AU_dokumentiert	87,1%	12,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,8	3,4	
Gesamt	Anzahl		759	47	806
	% innerhalb von AU_dokumentiert		94,2%	5,8%	100,0%

Tabelle 108: Arbeitsfähigkeit in Abhängigkeit von im Verfahren dokumentierten AU-Zeiten

5.2.4 Auswertung der Fallkosten

Ein Überblick über die Fallkosten und die damit verbundenen Kontengruppen zeigt, dass die durchschnittlichen Fallkosten im Beobachtungszeitraum bei den Verdachtsmeldungen, in denen Validierungen vorgenommen bzw. Maßnahmen eingeleitet wurden bei ca. 912 Euro lagen. Der Median der Fallkosten lag bei 333 Euro. Dies zeigt deutlich auf, dass es eine breite Streuung zwischen den einzelnen Kosten der einzelnen Fälle gibt. Daraus kann ebenso geschlossen werden, dass Fälle in denen die gesetzlichen Unfallversicherungen Verfahren einleiten sich nicht per se zu einer Kostenfalle entwickeln. Ganz im Gegenteil: Meist kann in einem frühen Stadium des Verfahrens mit einer bzw. einem Mix aus gezielten Maßnahmen, eine große Wirkung erzielt werden und der Eintritt einer Berufskrankheit verhindert werden, ohne, dass hieraus dauerhafte Zahlungsverpflichtungen entstehen.

Dies macht auch die Analyse der Kosten der beobachteten Fälle mehr als deutlich: Ein Großteil der im Beobachtungszeitraum Kosten 363.261 Euro von 932.016 Euro, also mehr als ein Drittel der Ausgaben, floss in die ambulante Heilbehandlung, zweitgrößter Kostenblock waren die Feststellungskosten mit 186.070 Euro (vgl. Tabelle 109). Eine Analyse der Kosten von Fällen mit Eintritt einer BK 5101 bzw. mit Fällen mit längeren, teilweise jahrelangen Laufzeiten macht aber deutlich, dass sich hier ganz andere Kostendimensionen ergeben und es zu einer deutlichen Verschiebung der Kostengruppen kommt: Leistungen bzw. Ausgaben für die Arbeitsunfähigkeitszeiten, Renten für die Minderung der Erwerbsfähigkeit und ggf. für die Teilhabe am Arbeitsleben summieren sich hier leicht zu einem Betrag, der die ambulanten und auch stationären Kosten der Heilbehandlung um ein vielfaches übersteigt.

	Überblick über Kostengrößen					
	Insgesamt					
	Mittelwert	Median	Maximum	Summe	N	Standardabweichung
Gesamtkosten	912	333	65667	932016	1022	2856,003
ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)	446	255	13310	363261	814	762,135
stationäre Heilbehandlung (Kostengruppe 46)	5198	6090	13920	129951	25	3014,076
Verletztengeld und bes. Unterstützung (KG 47)	1844	284	39796	94058	51	5710,882
sonstige Heilbehandlung, Pflege, TAL Leben an der Gemeinschaft, Übergangsleistung (KG 48)	444	76	14200	55953	126	1538,958
TAL am Arbeitsleben (KG 49)	3581	829	18031	78773	22	5437,417
Renten an Versicherte (KG 50)	2669	1861	5602	10676	4	2011,511
Kosten der Feststellung der Entschädigung	234	150	4099	186070	796	331,696

Tabelle 109: Überblick über Gesamtkosten in Euro, einzelne Kostengruppen und statistische Maße

Dies lässt sich auch schon aus der Kostenübersichtstabelle aus VVH ablesen, die deutlich macht, dass die durchschnittlichen Kosten für Renten, aufgrund der Minderung der Erwerbsfähigkeit ca. 2.669 Euro pro Fall (Kostengruppe 50) betragen, die durchschnittlichen Kosten für die Teilhabe am Arbeitsleben mit 3.581 Euro pro Fall (Kostengruppe 49) und auch das Verletztengeld für Arbeitsunfähigkeitszeiten, soweit von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern übernommen, bei rund 1.844 Euro im durchschnittlichen Fall liegt (Kostengruppe 47).

Dabei darf nicht übersehen werden, dass durch den insgesamt kurzen Beobachtungszeitraum häufig erst der Anfang einer Teilhabeleistung abgebildet wird bzw. Rentenzahlungen ebenfalls nur für „Rumpfzeiträume“ bezahlt wurden und abgebildet sind. Wichtig ist dabei zu berücksichtigen, dass die

durchschnittliche Teilhabeleistung für ca. 24 Monate gewährt wird und dabei der in VVH ausgewiesene Maximalbetrag von 18.031 Euro noch deutlich überschritten werden kann. Eine weitere wichtige Anmerkung ist dabei auch noch zu den Renten für die Minderung der Erwerbsfähigkeit zu machen: Hier bleibt die Zahlungsverpflichtung für die gesetzlichen Unfallversicherungen bestehen und wenn in der Untersuchung 50 Prozent der Versicherten gerade erst das 37. Lebensjahr erreicht haben, kann also eine Rentenzahlung für die nächsten 30 Jahren für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger aus einem solchen Fall entstehen. Dies sind selbst bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von lediglich 20 Prozent bei einem derzeitigen Durchschnittslohn von ca. 30.000 Euro / Jahr (geschätzter Durchschnitts-Jahresarbeitsverdienst der Risikoberufe), ohne Inflationsausgleich und Lohnsteigerungen schon 180.000 Euro / Fall.

Dass die Zahllast der gesetzlichen Unfallversicherungen in den drei genannten Kostengruppen erst zukünftig anfällt, wird auch noch einmal deutlich, wenn man sich die Dauer bis zum Fallabschluss, in diesen Fällen anschaut: Im Durchschnitt sind dies 248 Tage, diese Zeit verlängert sich bei SIP- und TIP-Fällen aber noch einmal deutlich. Erst danach werden dann Rentenzahlungen und meist auch Teilhabeleistungen ausgelöst.

AbschlussIntervent2

Cluster	Mittelwert	Median	N	Standardabweichung
1 Niederschwellige Maßnahme	203,78	188,00	141	110,171
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	266,57	251,00	123	149,062
SIP Maßnahme	263,82	261,00	154	113,937
TIP Maßnahme	406,89	364,00	9	214,443
Insgesamt	247,80	238,00	427	131,335

Tabelle 110: Überblick der statistischen Masse in Tagen, bis zum Abschluss der Fälle mit mehreren Interventionsschritten.

Bei einem Überblick über die Kosten gegliedert nach den einzelnen Maßnahmencluster wird deutlich, dass die Fälle mit TIP- und SIP- Maßnahmen zu deutlich erhöhten Ausgaben pro Fall im Beobachtungszeitraum führen (vgl. Tabelle 111). Durch die zuvor gemachten Ausführungen wird aber auch deutlich, dass hier eine große Chance besteht zukünftige Kosten für die gesetzlichen Unfallversicherungen und die Arbeitgeber als Beitragszahler zu ersparen, da mit diesen Maßnahmen eben auch der Eintritt von Renten für Erwerbsminderungen und von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingespart werden kann und auch eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten zu erwarten ist.⁷⁶

⁷⁶ Vgl. dazu insbesondere auch Kapitel 6.1.4.

Cluster		ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)	stationäre Heilbehandlung (Kostengruppe 46)	Kosten der Feststellung der Entschädigung	Gesamtkosten
Keine Maßnahme	Mittelwert	154		207	435
	Median	118		101	151
1 Niederschwellige Maßnahme	Mittelwert	215		203	428
	Median	151		128	242
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Mittelwert	337		265	649
	Median	208		209	346
SIP Maßnahme	Mittelwert	610		198	907
	Median	490		129	675
TIP Maßnahme	Mittelwert	1584	5632	594	8010
	Median	630	6090	376	5619
Insgesamt	Mittelwert	446	5198	234	912
	Median	255	6090	150	333

Tabelle 111: Überblick über Fallkosten in Euro je Cluster nach der Art der durchgeführten Interventionen

➤ **Vergleich der Kosten in Abhängigkeit von dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Signifikante Unterschiede lassen sich in der Ausgaben- / Kostensituation zwischen Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten und ohne Arbeitsunfähigkeitszeiten darstellen. Die Unterschiede lassen sich besonders signifikant bei den Gesamtkosten zeigen und auch bei den Feststellungskosten (vgl. Tabelle 112). Dies ist aufgrund der erhöhten Zahl an durchgeführten BK-Feststellungsverfahren in dieser Gruppe aber nicht überraschend (vgl. Abschnitt 5.2.3).

AU_dokumentiert		Gesamtkosten	ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)	stationäre Heilbehandlung (Kostengruppe 46)	Verletztengeld und bes. Unterstützung (KG 47)	sonstige Heilbehandlung, Pflege, TAL Leben an der Gemeinschaft, Übergangshilfe (KG 48)	TAL am Arbeitsleben (KG 49)	Renten an Versicherte (KG 50)	Kosten der Feststellung der Entschädigung
nein	Mittelwert	767,05	418,46	5297,69	1702,31	390,12	2631,50	1358,37	199,07
	Median	329,85	258,53	4559,40	244,14	63,60	325,00	1358,37	146,69
	N	866	689	14	44	109	13	2	679
	Standardabweichung	2704,929	533,796	3585,754	6052,569	1561,153	4655,953	10,720	226,474
ja	Mittelwert	1754,05	604,65	5071,24	2736,62	789,97	4951,55	3979,48	440,19
	Median	387,52	244,26	6090,00	1955,36	432,80	829,13	3979,48	200,00
	N	152	123	11	7	17	9	2	115
	Standardabweichung	3520,567	1494,438	2248,703	2857,845	1380,216	6443,167	2295,262	641,798
Insgesamt	Mittelwert	914,42	446,66	5198,05	1844,27	444,07	3580,61	2668,92	233,99
	Median	333,85	255,05	6090,00	283,68	76,40	829,13	1861,22	150,00
	N	1018	812	25	51	126	22	4	794
	Standardabweichung	2861,334	762,988	3014,076	5710,882	1538,958	5437,417	2011,511	332,080

Tabelle 112: Darstellung der Unterschiede in den einzelnen Kostenklassen zwischen Fälle mit und ohne dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten

➤ **Vergleich der Kosten in Abhängigkeit vom Verlust des Arbeitsplatzes**

Ein Vergleich der Fallkosten in Fällen mit und ohne Tätigkeitsaufgabe zeigt keine signifikanten Kostenunterschiede im Beobachtungszeitraum. Überraschend sind lediglich die geringen Kosten der ambulanten Heilbehandlung bei den Fällen mit Tätigkeitsaufgabe. Dies beruht auf der Tatsache, dass

es einen nicht unbedeutenden Teil der Fälle gibt, bei denen es schon vor oder nahezu zeitgleich mit der Verdachtsmeldung zu einer Tätigkeitsaufgabe kam (vgl. Abschnitt 4.3.5.1).

Hier kommt es dann zu einer Verschiebung der Ausgaben in die Kontengruppe 49 (Teilhabe am Arbeitsleben / „Umschulung“) oder auch in den Bereich der Kontengruppe 50 (Renten an Versicherte). Eine optimale Strategie für die frühzeitig aus der Tätigkeit ausscheidenden Versicherten ist nur sehr schwer zu finden. In Anbetracht der Tatsache, dass hier aber auf den gesetzlichen Unfallversicherungsträger nicht unbeträchtliche Folgekosten zukommen (im Beobachtungszeitraum größtenteils noch nicht abgebildet), muss hier weiter an einer Verbesserung des Meldeverhaltens und an einem schnellen Einstieg ins Verfahren gearbeitet werden, um diese Kosten in den kommenden Jahren mit präventiven Maßnahmen weiter reduzieren zu können.

Tätigkeitsaufgabe_VH		Gesamtkosten	ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)	stationäre Heilbehandlung (Kostengruppe 46)	Verletztengeld und bes. Unterstützung (KG 47)	sonstige Heilbehandlung (KG 48)	TAL am Arbeitsleben (KG 49)	Renten an Versicherte (KG 50)	Kosten der Feststellung der Entschädigung
nein	Mittelwert	882,75	458,56	5156,31	1906,97	430,01	2188,98	1358,37	232,68
	Median	338,11	263,11	5800,00	276,27	70,20	577,07	1358,37	150,00
	N	960	766	24	48	122	18	2	746
	Standardabweichung	2809,950	781,438	3071,510	5882,503	1552,495	4031,527	10,720	334,603
ja	Mittelwert	1438,57	248,56	6200,00	841,12	873,06	9842,96	3979,48	254,37
	Median	265,23	165,20	6200,00	587,79	435,31	10270,53	3979,48	167,93
	N	58	46	1	3	4	4	2	48
	Standardabweichung	3596,848	261,041	.	748,566	1102,963	7137,773	2295,262	292,420
Insgesamt	Mittelwert	914,42	446,66	5198,05	1844,27	444,07	3580,61	2668,92	233,99
	Median	333,85	255,05	6090,00	283,68	76,40	829,13	1861,22	150,00
	N	1018	812	25	51	126	22	4	794
	Standardabweichung	2861,334	762,988	3014,076	5710,882	1538,958	5437,417	2011,511	332,080

Tabelle 113: Darstellung der Unterschiede in den einzelnen Kostenklassen in Euro, in Abhängigkeit vom Verlust des Arbeitsplatzes

5.2.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Wirkungen

In diesem Abschnitt werden zunächst einmal die allgemeinen Ergebnisse und Wirkungen zusammengefasst, die mit der Umsetzung des Stufenverfahrens Haut verbunden sind. Dabei werden die wichtigsten Zielkriterien gewürdigt und entsprechende Widersprüche bzw. offene Fragen werden ggf. kurz dargestellt.

Bei einer Analyse der quantifizierbaren (Haupt-) Zielkriterien des Verwaltungsverfahrens Haut lässt sich feststellen, dass bei 74,5 Prozent der bewertbaren Fälle der Verbleib im Beruf, ohne Veränderungen am Arbeitsplatz erreicht werden konnte und in 10 Prozent der Fälle konnte mithilfe einer organisatorischen Veränderung immerhin der Arbeitsplatz erhalten werden, so dass in 84,5 Prozent der Fälle eines der primären Ziele des optimierten Hautarztverfahrens und des Verwaltungsverfahrens Haut erreicht wurde.

Zur Identifikation der Fälle, die eher zu einer Aufgabe der Tätigkeit führen, lassen sich folgende Faktoren heranziehen: Fälle mit einer mehrwöchigen Arbeitsunfähigkeitszeit vor der Meldung ($\chi^2=10,297$; $df=4$; $p=0,036$) und Fälle, in denen der Hautarzt schon in der Erstmeldung eine Gefahr der Berufsaufgabe erkennt ($\chi^2=38,152$; $df=3$; $p<0,001$) sowie Fälle, in denen die Sachbearbeiter eine erhöhte Notwendigkeit zur Validierung der Berichte sehen ($\chi^2=23,798$; $df=3$; $p=0,001$) und die Gefahr der Entstehung einer BK 5101 signifikant höher einschätzen ($\chi^2=20,930$; $df=3$; $p=0,001$) müssen genauestens beobachtet werden. Außerdem spielen erkennbare Defizite im Hautschutz / PSA am

Arbeitsplatz eine wichtige Rolle und stellen einen Risikofaktor dar, der zur Aufgabe des Arbeitsplatz führt ($\chi^2=11,941$; $df=3$; $p=0,008$).

Deutlicher wird dies noch durch die Analyse der Gutachter, Fälle, in denen sie die Einleitung eines Hautarztverfahrens als indiziert ansahen und keine Maßnahmen eingeleitet wurden, kam es häufiger zu Berufsaufgaben wegen einer berufsbedingten Hauterkrankung ($\chi^2=13,0$; $df=3$; $p=0,005$). Außerdem lässt sich, bezogen auf einzelne durchgeführte Maßnahmen, darstellen, dass bei Versicherten, die an einer Hautschutzseminar-Maßnahme teilgenommen haben, häufiger ein Berufsverbleib ohne Änderung verzeichnet werden konnte ($\chi^2=20,0$; $df=4$; $p=0,001$) als in den übrigen Fällen. Die positive Wirkungen von TIP Maßnahmen, bei zuvor schlechter Fallprognose, wurde schon im Kapitel 5.1.6 dargestellt.

Ein höchst signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Meldung und Arbeitsunfähigkeitszeiten während des Beobachtungszeitraums. Diese Korrelation steigt sogar noch mit der Länge der im Vorfeld dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten an ($\chi^2=146,162$; $df=2$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 89).⁷⁷ Aufgrund der Analyse dieser Fälle i.V.m. der Analyse der Wirkungen von TIP Maßnahmen ist hier ggf. zu prüfen, ob nicht eine schnelle Einleitung eines stationären Heilverfahrens TIP, zu einer positiven Wirkung führt und neben der Verbesserung des Gesundheitszustands auch den Eintritt einer Berufskrankheit 5101 verhindert.

Festgehalten werden muss, dass es sowohl nach Einschätzung der Ärzte ($\chi^2=28,225$; $df=3$; $p<0,001$), als auch nach Einschätzung der Verwaltungsmitarbeiter ($\chi^2=42,559$; $df=3$; $p<0,001$) bei Fällen mit dokumentierten AU-Zeiten eine erhöhte Gefahr des Arbeitsplatzverlustes gibt. Im Laufe des Verfahrens kommt es bei Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten auch höchst signifikant häufiger zum Verlust der angestammten Tätigkeit ($\chi^2=25,273$; $df=2$; $p<0,001$). Dies ist jedoch nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der Beschäftigung. So ist der Arbeitsplatzverlust in diesen Fällen durch aktives Verwaltungshandeln zu verhindern, etwa eine innerbetriebliche Umorganisation oder eine innerbetriebliche Versetzung. Erfreulich ist, dass gezeigt werden kann, dass in Fällen, bei denen vor der Verdachtsmeldung eine Arbeitsunfähigkeit von über sechs Wochen vorlag, am Ende des Beobachtungszeitraums nicht im signifikant erhöhten Maße ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen muss, es ist durchaus möglich hier eine Besserung oder sogar Abheilung zu erreichen (Bei kürzeren AU-Zeiten im Vorfeld ergibt sich aber leider eine gegenläufige Tendenz).

Allerdings kann auch dargestellt werden, dass in einer signifikanten Anzahl von Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten ($\chi^2=19,845$; $df=6$; $p=0,03$), eine Verschlechterung der Hauterscheinungen eingetreten ist. Auch die Anteile der unveränderten Hautbefunde sind deutlich erhöht. In diesen Fällen muss das Verfahren natürlich - besonders - zielgerichtet weitergeführt werden.

Diese Tendenz wird auch deutlich durch die Arbeitsplatzprognose belegt, die in Fällen mit dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten, ebenfalls am Ende des Beobachtungszeitraums höchst signifikant schlechter ausfällt ($\chi^2=46,139$; $df=1$; $p<0,001$), als in Fällen ohne dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten (vgl. Tabellen 102 / 103). Außerdem muss festgehalten werden, dass auch am Ende des Verfahrens bei einer signifikant erhöhten Zahl von Fällen in denen

⁷⁷ Teilweise befinden sich in dieser Gruppe von Fällen natürlich auch die Fälle mit TIP Maßnahme im Beobachtungszeitraum.

Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert wurden, das Feststellungsverfahren auf eine Berufskrankheit eingeleitet wurde ($\chi^2=30,535$; $df=2$; $p<0,001$).

Schlechter bewertet wird auch die Versorgung mit Hautschutz / PSA in den Fällen, in denen Arbeitsunfähigkeitszeiten dokumentiert werden konnten ($\chi^2=8,620$; $df=3$; $p=0,003$). Hier gäbe es ggf. noch ein Ansatzpunkt auch die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherungen im Rahmen des Stufenverfahrens zu optimieren.

Das optimierte Hautarztverfahren und das Stufenverfahren Haut führen insgesamt für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger bei einer frühzeitigen Einleitung von Maßnahmen zu relativ überschaubaren Ausgaben pro Fall (Mittelwert 912 Euro / Median 333 Euro). Die Durchführung besonderer Maßnahmen, wie beispielsweise Hautschutzseminar oder TIP führen natürlich zu einer entsprechenden Steigerung der ambulanten bzw. stationären Heilbehandlungskosten und damit auch der Gesamtkosten (vgl. Tabelle 108).

Es konnte allerdings dargestellt werden, dass diese Steigerung der Kosten durch die Wirksamkeit der Maßnahmen und der damit verbundenen Vermeidung von zukünftigen Ausgaben in anderen Bereichen, wie Verletzengeld, Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder Renten effizient und effektiv sind.

5.3 Besonderheit der Umsetzung und Ausgestaltung des Stufenverfahrens Haut bei einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern

Die Analyse des Stufenverfahrens bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern im Allgemeinen hat ergeben, dass in der großen Mehrzahl der Verdachtsmeldungen, in denen es indiziert erscheint, eine Intervention auf Grundlage des §3 der Berufskrankheitenverordnung vorgenommen wird. Um einen besseren Überblick über den derzeitigen Stand der Bearbeitung der Verdachtsfälle auf berufsbedingte Hauterkrankungen zu erhalten, wurden insgesamt zehn Gruppen gebildet, die sich an dem Diskussionsstand der Bildung von neuen Trägern, aufgrund des Unfallversicherungsmodernisierungsgesetzes orientieren.⁷⁸

Die Untersuchung in diesem Kapitel hebt zunächst einmal auf die umgesetzten Prozesse bei einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern bzw. bei Gruppen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern ab und untersucht die daraus resultierende Prozessqualität. Eine Analyse der daraus erzielten Wirkungen und damit Ergebnisqualität folgt dann im Kapitel 5.4.

5.3.1 Bearbeitung und Validierung der Erstmeldung

Bei der Untersuchung der Validierungen der Erstmeldungen konnten bei den einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern erhebliche Unterschiede festgestellt werden. Bei einer Gruppierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, die sich an den geplanten und in den letzten Jahren vorbereiteten und durchgeführten Fusionen orientiert, ergibt sich, dass drei Gruppierungen besonders häufig Validierungen der Erstberichte durchführen ($\chi^2=236,909$; $df=9$; $p=0,001$). Eine Gruppe dagegen leitet auffällig selten weitere Bearbeitungsschritte aufgrund der Erstmeldung ein (vgl. Anhang D).

Prüft man nun im zweiten Schritt, welche Konsequenzen aus den Validierungen gezogen werden, kann gezeigt werden, dass zwei der Gruppen (drei und sechs), die besonders häufig validieren, auch eine signifikant erhöhte Quote an insgesamt eingeleiteten §3-Verfahren haben (Gruppe 1 liegt nur knapp über dem Durchschnitt). Die Gruppe 5 und die Gruppe 7, die unterdurchschnittlich wenige Validierungen durchführt, liegt auch deutlich unter der durchschnittlichen Quote von eingeleiteten §3-Maßnahmen ($\chi^2=85,386$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 114).

⁷⁸ Vgl. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/091/1609154.pdf> (UMWVG)

			IVS_Basis 1		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	40	67	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	37,4%	62,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	,4	
	2	Anzahl	48	75	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,0%	61,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,2	
	3	Anzahl	103	296	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,8%	74,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,6	3,8	
	4	Anzahl	49	61	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	44,5%	55,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-,6	
	5	Anzahl	145	104	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	58,2%	41,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,4	-3,6	
	6	Anzahl	106	118	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	47,3%	52,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,6	-1,3	
	7	Anzahl	31	23	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	57,4%	42,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,0	-1,6	
	8	Anzahl	56	85	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,7%	60,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,1	
	9	Anzahl	1	6	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,3%	85,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,1	,9	
	10	Anzahl	19	45	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	29,7%	70,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	1,1	
Gesamt		Anzahl	598	880	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	40,5%	59,5%	100,0%

Tabelle 114: Quote der eingeleiteten und nicht-eingeleiteten Maßnahmen nach Validierung der Erstmeldung nach UVT Gruppen.

Interessanterweise kann ebenfalls gezeigt werden, dass die Quote der eingeleiteten §3-Maßnahmen bei den validierten Fällen höchst signifikant höher ist als die Quote bei den Erstmeldungen, die nicht validiert wurden ($\chi^2=18,1222$; $df=1$; $p<0,001$). Dieser Zusammenhang kann sowohl für alle Fälle (vgl. Tabelle 115) als auch für die meisten Gruppen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern gezeigt werden (vgl. Anhang D).

			Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
Validierung_Erstbericht	nein	Anzahl	183	461	644
		% innerhalb von Validierung_Erstbericht	28,4%	71,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,5	-1,4	
	ja	Anzahl	99	453	552
		% innerhalb von Validierung_Erstbericht	17,9%	82,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	1,5	
Gesamt	Anzahl	282	914	1196	
	% innerhalb von Validierung_Erstbericht	23,6%	76,4%	100,0%	

Tabelle 115: Anzahl der eingeleiteten §3-Maßnahmen in Abhängigkeit von der Validierung des Erstberichts.

Bei der Untersuchung der Art der durchgeführten Validierungsschritte durch die Gruppierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger kann festgehalten werden, dass die Gruppe 1 (ohne signifikant mehr §3-Verfahren), in signifikantem Maße zusätzliche nicht standardisierte Validierung vornimmt ($\chi^2=78,360$; $df=9$; $p<0,001$). Außerdem ist bei Gruppe 1 und Gruppe 5 (signifikant unterdurchschnittlich wenige §3-Verfahren), dass sie, wenn Validierungen vorgenommen werden, überdurchschnittlich häufig den Präventionsdienst dazu nutzen. Die Gruppe 3 nutzt dagegen am Häufigsten die Instrumente; der persönlichen Untersuchung durch den beratenden Arzt (gilt auch für Gruppe 1), der Validierung durch das Teamgespräch nach Aktenlage sowie das Teamgespräch inkl. der persönlichen Untersuchung durch den beratenden Arzt. Gruppe 6 setzt dagegen in höchst signifikantem Maße auf die Validierung durch den beratenden Arzt aufgrund der Aktenlage ($\chi^2=385,839$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Anhang D). Kein signifikanter Einfluss auf die Einleitung von §3-Maßnahmen und auch nicht auf die durchgeführten Validierungen scheint die Person / Gruppe des Entscheiders zu haben. Hier zeigen sich bei den Gruppen mit Auffälligkeiten keine signifikanten Unterschiede zum Durchschnitt (vgl. Anhang D).

Allerdings kann gezeigt werden, dass von den – nach Meinung der Gutachter – indizierten Hautarztverfahren nur ca. 91,6 Prozent eingeleitet werden. Dabei hat die UVT Gruppe 4 einen höchst signifikanten Wert an nicht eingeleiteten Verfahren ($\chi^2=46,399$; $df=9$; $p<0,001$), die Gruppen 3 und 5 haben die höchsten Quoten an eingeleiteten Stufenverfahren Haut bei den induzierten Fällen.

			Z_IndHAV_XII3_ja_nein		Gesamt
			Nein	Ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	9	86	95
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	9,5%	90,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,1	
	2	Anzahl	9	83	92
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	9,8%	90,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-,1	
	3	Anzahl	20	347	367
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	5,4%	94,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,0	,6	
	4	Anzahl	24	81	105
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	22,9%	77,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	5,1	-1,5	
	5	Anzahl	4	168	172
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	2,3%	97,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,8	,8	
	6	Anzahl	15	200	215
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	7,0%	93,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,2	
	7	Anzahl	6	41	47
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	12,8%	87,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-,3	
	8	Anzahl	15	103	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	12,7%	87,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,6	-,5	
	9	Anzahl	0	6	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	,0%	100,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,2	
	10	Anzahl	5	50	55
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	9,1%	90,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,1	
Gesamt		Anzahl	107	1165	1272
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	8,4%	91,6%	100,0%

Tabelle 116: Quoten der eingeleiteten Stufenverfahren Haut in Abgleich mit den indizierten Stufenverfahren Haut in Abhängigkeit von den einzelnen UVT Gruppen.

5.3.2 Erste Intervention gesetzlicher Unfallversicherungen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut

Die gesetzlichen Unfallversicherungen haben mit den §3-Maßnahmen und dem daraus resultierenden Stufenverfahren Haut ein relativ breites Instrumentarium zur Intervention bei Verdachtsmeldungen auf hautbedingte Berufskrankheiten zur Hand. Wie schon in Abschnitt 4.3 dargestellt werden mehrere §3-Maßnahmen sehr häufig in Kombination eingeleitet. Die Häufigkeit der Einleitung von spezifischen niederschweligen Maßnahmen lässt sich – ausgenommen dem dermatologischen Behandlungs- und Versorgungsauftrag – wie folgt darstellen:

- Die Übernahme des persönlichen Hautschutzes etc. durch die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
- Das Angebot eines ambulanten gesundheitspädagogischen Hautschutzseminars
- Die Beratung durch den Betriebsarzt, den arbeitsmedizinischen Dienst bzw. durch die BK-Ermittler

In einer Gesamtübersicht aller eingeleiteten niederschweligen Maßnahmen in Kombination ergibt sich dann das in der Tabelle 117 dargestellte Bild:

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig				
Behandlungsauftrag	220	25,0	25,0	25,0
Behandlungsauftrag & Hautschutz	165	18,8	18,8	43,8
Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz	4	,5	,5	44,2
Behandlungsauftrag & SIP	168	19,1	19,1	63,3
Behandlungsauftrag & Hautschutz & SIP	79	9,0	9,0	72,3
Behandlungsauftrag & Orga & SIP	3	,3	,3	72,6
Behandlungsauftrag & Orga & Hautschutz & SIP	6	,7	,7	73,3
Hautschutz	8	,9	,9	74,2
Betreuungsauftrag	16	1,8	1,8	76,0
SIP	11	1,3	1,3	77,3
Behandlungsauftrag und Betreuungsauftrag	73	8,3	8,3	85,6
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag und organisatorische Maßnahme	11	1,3	1,3	86,8
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag und Hautschutz	56	6,4	6,4	93,2
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag, Hautschutz und organisatorische Maßnahmen	15	1,7	1,7	94,9
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag und SIP	19	2,2	2,2	97,0
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag, Hautschutz und SIP	7	,8	,8	97,8
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag, organisatorische Maßnahmen und SIP	6	,7	,7	98,5
Behandlungsauftrag, Betreuungsauftrag, Hautschutz, organisatorische Maßnahmen und SIP	3	,3	,3	98,9
Betreuungsauftrag und Hautschutz	9	1,0	1,0	99,9
Betreuungsauftrag und SIP	1	,1	,1	100,0
Gesamt	880	100,0	100,0	

Tabelle 117: Darstellung aller dokumentierten Kombinationen von Interventionen durch gesetzliche Unfallversicherungsträger bei den untersuchten Verdachtsmeldungen BK 5101 (1. Interventionsschritt).

Aus der Übersicht der unterschiedlichen Interventionsstrategien im Rahmen der ersten Einleitung von §3-Maßnahmen lassen sich vier verschiedene Interventionsstrategien identifizieren. Sie werden hier als vier Basisstrategien definiert:

- Strategie 1: Erteilung eines Behandlungsauftrages ohne weitere Interventionen
- Strategie 2: Erteilung eines Behandlungsauftrags und zusätzliche Beratungs- / Betreuungsangebote (ggf. i.V.m. weiteren niederschweligen Maßnahmen)
- Strategie 3: Erteilung eines Behandlungsauftrags und Übernahme der persönlichen Schutzausrüstung
- Strategie 4: Erteilung eines Behandlungsauftrags und Angebot eines gesundheitspädagogischen Seminars

Folgende Häufigkeiten bei der Zuordnung der Fälle mit §3-Maßnahmen nach der Validierung der Erstmeldung konnten so beobachtet werden:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Strategie Behandlungsauftrag	220	25,0	25,0	25,0
	Strategie Betreuungsauftrag	177	20,1	20,1	45,1
	Strategie Hautschutz	180	20,5	20,5	65,6
	Strategie SIP	303	34,4	34,4	100,0
	Gesamt	880	100,0	100,0	

Tabelle 118: Zuordnung der Fälle mit §3-Maßnahmen zu den einzelnen Strategien.

Die Wirkungen und ggf. die Vorteilhaftigkeit einer bestimmten Strategie wird dann in Abschnitt 5.4 untersucht. Hier soll gezeigt werden, dass sich interessanterweise diese vier unterschiedlichen Strategien auch in signifikantem Maße den unterschiedlichen Gruppen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern zuordnen lassen ($\chi^2=797,472$; $df=27$; $p<0,001$), so ergibt sich folgende Zuordnung:

- Strategie 1: Gruppe 6,
- Strategie 2: Gruppe 2, Gruppe 4, Gruppe 8
- Strategie 3: Gruppe 5, Gruppe 7
- Strategie 4: Gruppe 3

Keine klare Zuordnung zu einer Strategie ist bei Gruppe 1 möglich. Hier wird sowohl Strategie 2, als auch Strategie 3 auffallend häufig verfolgt. Gruppe 9 und Gruppe 10 zeigen ebenfalls keine auffallend häufige Bevorzugung einer Strategie (vgl. Tabelle 119).

			IVS1_Basisstrategien				Gesamt
			Strategie Behandlungs- auftrag	Strategie Betreuungsau- sfrag	Strategie Hautschutz	Strategie SIP	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	6	33	27	1	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	9,0%	49,3%	40,3%	1,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,6	5,3	3,6	-4,6	
2		Anzahl	21	36	16	2	75
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	28,0%	48,0%	21,3%	2,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	5,4	,2	-4,7	
3		Anzahl	46	5	4	241	296
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,5%	1,7%	1,4%	81,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,3	-7,1	-7,3	13,8	
4		Anzahl	11	33	5	12	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	18,0%	54,1%	8,2%	19,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,1	5,9	-2,1	-2,0	
5		Anzahl	17	4	79	4	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,3%	3,8%	76,0%	3,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	-3,7	12,5	-5,3	
6		Anzahl	65	24	12	17	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	55,1%	20,3%	10,2%	14,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	6,5	,1	-2,5	-3,7	
7		Anzahl	9	0	13	1	23
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,1%	,0%	56,5%	4,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-2,2	3,8	-2,5	
8		Anzahl	28	33	11	13	85
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	32,9%	38,8%	12,9%	15,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,5	3,8	-1,5	-3,0	
9		Anzahl	1	3	2	0	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,7%	50,0%	33,3%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	1,6	,7	-1,4	
10		Anzahl	16	6	11	12	45
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,6%	13,3%	24,4%	26,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-1,0	,6	-,9	
Gesamt		Anzahl	220	177	180	303	880
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,0%	20,1%	20,5%	34,4%	100,0%

Tabelle 119: Zuordnung der einzelnen Gruppen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu den einzelnen Basisstrategien.

5.3.3 Unterschiedliche Interventionsstrategien von gesetzlichen UV-Trägern Schritt 2

Im Gegensatz zu der Art und der Qualität der Erstmeldung kann gezeigt werden, dass bei der Zwischenberichterstattung mit dem F6052 zwischen den UVT Gruppen signifikante Unterschiede bestehen. So erhalten die Gruppen 8 und 9 in einem höchst signifikanten Maße in weniger Fällen Zwischen- und Verlaufsberichte als die anderen Gruppen der Unfallversicherungsträger ($\chi^2=51,465$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 120). Auf Grundlage der Basisstrategien konnte aber kein unterschiedliches Berichterstattungsverhalten der Hautärzte gezeigt werden. Es gibt lediglich eine Tendenz, dass in Fällen, in denen lediglich die Übernahme des dermatologischen Behandlungsauftrages erteilt wird, weniger häufig Verlaufsberichte erstellt wurden.

			F6052_j_n		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	13	51	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	20,3%	79,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-,4	
	2	Anzahl	15	61	76
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,7%	80,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-,4	
	3	Anzahl	49	248	297
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,5%	83,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,2	
	4	Anzahl	3	58	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	4,9%	95,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,1	,9	
	5	Anzahl	3	100	103
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	2,9%	97,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,3	1,4	
	6	Anzahl	12	108	120
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	10,0%	90,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,6	,7	
	7	Anzahl	2	18	20
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	10,0%	90,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,3	
	8	Anzahl	25	59	84
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	29,8%	70,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,3	-1,4	
	9	Anzahl	4	2	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	66,7%	33,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,2	-1,4	
	10	Anzahl	11	31	42
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	26,2%	73,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-,7	
Gesamt		Anzahl	137	736	873
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,7%	84,3%	100,0%

Tabelle 120: Überblick über Zwischenberichte (F6052) nach UVT Gruppen.

Wichtig ist neben der Prüfung, ob eine Zwischenberichterstattung stattfindet, die Klärung der Frage, ob diese Zwischenberichterstattung zeitnah erfolgt, schließlich ist dies die Basis für die Veränderung bzw. Anpassung der §3-Maßnahmen durch die Verwaltungen. In diesem Zusammenhang lassen sich bezogen auf die einzelnen Gruppen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durchaus signifikante Unterschiede ermitteln (vgl. Tabelle 121). Dabei wird deutlich, dass insbesondere UVT Gruppen, die die Strategie 1 (Gruppe 6), aber auch die die Strategie 2 wählen (hier: Gruppe 2 und 4, Ausnahme Gruppe 8), im Mittel später über den Verlauf des Falles informiert sind, als Gruppen, die der Strategie 3 und 4 zuzuordnen sind. Äußerst gut schneiden auch die beiden Gruppen ohne feste Strategie 1 und 10 ab.

UVT_Fus_Zahl	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Varianz	N
1	51,74	58,00	84,918	7211,130	46
2	95,48	88,00	69,901	4886,154	61
3	66,93	61,00	83,877	7035,371	246
4	90,16	93,00	102,925	10593,467	58
5	69,79	64,50	86,815	7536,913	92
6	88,88	91,00	75,147	5647,042	106
7	37,00	51,00	98,921	9785,294	18
8	26,57	45,00	157,130	24689,969	58
9	191,00	191,00	131,522	17298,000	2
10	41,65	34,00	48,518	2354,037	31
Insgesamt	69,11	64,00	92,891	8628,708	718

Tabelle 121: Durchschnittlicher Eingang des ersten Verlaufs- bzw. Zwischenberichtes (F6052) auf Basis der einzelnen UVT Gruppen.

Auffällig ist auch das sehr unterschiedliche Berichterstattungsverhalten in den einzelnen Fällen. So sind die Quoten der weiteren Berichterstattung je nach UVT Gruppe sehr unterschiedlich und es lässt sich auch beobachten, dass in den Fällen, in denen ein weiterer Zwischen- bzw. Verlaufsbericht erstattet wird dies meist schneller durchgeführt wird als bei Betrachtung der Fälle, in denen nur ein F6052 im Beobachtungszeitraum durch die Dermatologen erstellt wurde.

UVT_Fus_Zahl	Mittelwert	Median	Standardabweichung	Varianz	N
1	90,00	79,00	90,222	8139,941	35
2	79,44	70,00	43,859	1923,609	32
3	79,31	75,00	71,915	5171,833	189
4	75,71	63,00	94,998	9024,551	48
5	89,64	71,00	75,580	5712,375	72
6	85,88	78,00	89,628	8033,222	69
7	92,28	88,00	53,004	2809,389	18
8	86,39	73,00	102,774	10562,444	41
9	189,00	189,00	.	.	1
10	66,22	49,00	50,185	2518,542	23
Insgesamt	82,60	72,50	78,421	6149,888	528

Tabelle 122: Durchschnittlicher Eingang des zweiten Verlaufs- bzw. Zwischenberichtes (F6052) auf Basis der einzelnen UVT Gruppen.

➤ **Validierung der Zwischenberichterstattung**

Die Validierung der Zwischenberichte folgt verwaltungsseitig einer ähnlichen Prüflogik wie die Validierung der Erstmeldungen. Zur Gewinnung eines besseren Überblicks sollen hier zunächst, die Validierungen nach den einzelnen Basisstrategien dargestellt werden. Dabei wird deutlich, dass in Fällen, in denen von den Verwaltungen lediglich ein dermatologischer Behandlungsauftrag erteilt wurde, signifikant seltener eine weitere Validierung des Verfahrens auf Grundlage der Zwischenberichte F6052 stattfindet ($\chi^2=16,687$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 123).

			IVS2_Validierung		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	140	80	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	63,6%	36,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,6	-2,7	
	Strategie Betreuungsausfrag	Anzahl	81	96	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	45,8%	54,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,0	1,0	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	83	97	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	46,1%	53,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	1,0	
	Strategie SIP	Anzahl	146	157	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	48,2%	51,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,7	
Gesamt	Anzahl	450	430	880	
	% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	51,1%	48,9%	100,0%	

Tabelle 123: Validierungen auf Grundlage der eingehenden F6052 in Abhängigkeit von den Basisstrategien.

Bei einem Vergleich der Validierungen auf Basis der UVT Gruppen ergibt sich nur ein knapp signifikantes Ergebnis. Die Gruppe 8 nimmt weniger Validierungen vor, als die anderen Gruppen. Ansonsten zeigt sich hier doch ein recht einheitliches Bild ($\chi^2=19,153$; $df=9$; $p=0,024$) (vgl. Tabelle 124).

			IVS2_Validierung		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	29	35	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	45,3%	54,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,6	
	2	Anzahl	45	31	76
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	59,2%	40,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-1,0	
	3	Anzahl	146	151	297
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	49,2%	50,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,4	
	4	Anzahl	24	37	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,3%	60,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,3	1,3	
	5	Anzahl	48	55	103
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	46,6%	53,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,6	
	6	Anzahl	58	62	120
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	48,3%	51,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,4	
	7	Anzahl	12	8	20
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	60,0%	40,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,6	
	8	Anzahl	56	28	84
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	66,7%	33,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,0	-2,1	
	9	Anzahl	5	1	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	83,3%	16,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	-1,1	
	10	Anzahl	21	21	42
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,0%	50,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,1	
Gesamt		Anzahl	444	429	873
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,9%	49,1%	100,0%

Tabelle 124: Validierungen der Zwischenberichte F6052 auf Basis UVT Gruppen.

Bezogen auf den rein dermatologischen Behandlungsauftrag kann gezeigt werden, dass diese im Falle der Strategie 1 häufiger beendet und im Fall der Strategie 2 häufiger verlängert und auch angepasst wurde ($\chi^2=40,162$; $df=6$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 125).

			IVS 2_Ver_Behandlung			Gesamt
			nein	ja, verlängert	ja, konnte beendet werden	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	110	64	46	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	50,0%	29,1%	20,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-2,4	3,6	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	69	89	19	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	39,0%	50,3%	10,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	2,3	-,6	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	106	62	12	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	58,9%	34,4%	6,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,0	-1,0	-2,2	
	Strategie SIP	Anzahl	140	131	32	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	46,2%	43,2%	10,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,1	-,9	
Gesamt	Anzahl	425	346	109	880	
	% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	48,3%	39,3%	12,4%	100,0%	

Tabelle 125: Veränderungen des Behandlungsauftrages aufgrund der Verlaufsberichterstattung in Abhängigkeit von der Basisstrategie.

Etwas überraschend ist allerdings das Ergebnis, dass die UVT Gruppe 6, die diese Art der Strategie am Häufigsten gewählt hat, gegen den Trend viele Behandlungsaufträge verlängern und verändern musste. Dies kann zum einen mit einer kürzeren Befristung des Behandlungsauftrags als bei anderen Gruppierungen zusammenhängen, u.U. aber auch damit, dass diese Strategie alleine nicht ausreichend ist, um das erwünschte Ergebnis der Präventionsbemühungen zu erreichen ($\chi^2=125,433$; $df=18$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 126).

			IVS 2_Ver_Behandlung			Gesamt
			nein	ja, verlängert	ja, konnte beendet werden	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	42	22	3	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	62,7%	32,8%	4,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-,8	-1,8	
	2	Anzahl	38	18	19	75
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,7%	24,0%	25,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-2,1	3,2	
	3	Anzahl	148	106	42	296
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,0%	35,8%	14,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-1,0	,9	
	4	Anzahl	6	52	3	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	9,8%	85,2%	4,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,3	5,7	-1,7	
	5	Anzahl	63	38	3	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	60,6%	36,5%	2,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,8	-,5	-2,8	
	6	Anzahl	36	65	17	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	30,5%	55,1%	14,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,8	2,7	,6	
	7	Anzahl	14	7	2	23
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	60,9%	30,4%	8,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-,7	-,5	
	8	Anzahl	49	18	18	85
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	57,6%	21,2%	21,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,2	-2,7	2,3	
	9	Anzahl	5	1	0	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	83,3%	16,7%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,2	-,9	-,9	
	10	Anzahl	24	19	2	45
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	53,3%	42,2%	4,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	,3	-1,5	
Gesamt		Anzahl	425	346	109	880
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	48,3%	39,3%	12,4%	100,0%

Tabelle 126: Validierung der Zwischenberichte nach UVT Gruppen.

➤ **Einleitung weiterer §3-Maßnahmen**

Von besonderem Interesse ist auch, dass in vielen Fällen im Beobachtungszeitraum eine Durchführung von weiteren §3-Maßnahmen erfolgte. In den meisten Fällen erfolgte diese auf Grundlage der Verlaufsberichte F6052 (vgl. auch Abschnitt 4.3.4.3). Neben der Veränderung bzw. meist der Verlängerung der Heilbehandlung waren hier die häufigsten Maßnahmen die Übernahme des persönlichen Hautschutzes bzw. das Angebot eines gesundheitspädagogischen Seminars.

Bei einer Untersuchung auf Ebene der Basisstrategien kann gezeigt werden, dass in Fällen mit der Strategie 4 (Hautschutzseminar) in einem signifikanten Maße häufiger weitere §3-Maßnahmen im Laufe des Verfahrens eingeleitet werden. Analog zu den Ausführungen zur Veränderung / Anpassung des Behandlungsauftrages im vorangegangenen Abschnitt erfolgt dagegen bei der Strategie Behandlungsauftrag in einem höchst signifikanten Maße keine weitere Einleitung von §3-Maßnahmen ($\chi^2=90,087$; $df=3$; $p<0,001$) (Tabelle 127).

			IVS2_§3M		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	140	80	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	63,6%	36,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	6,4	-4,9	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	54	123	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	30,5%	69,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,5	1,1	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	58	122	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	32,2%	67,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,1	,9	
	Strategie SIP	Anzahl	76	227	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	25,1%	74,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,5	2,7	
Gesamt		Anzahl	328	552	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	37,3%	62,7%	100,0%

Tabelle 127: Einleitung weiterer §3-Maßnahmen, aufgrund von Zwischenberichten F6052, in Abhängigkeit von der gewählten Basisstrategie.

Bei einer genaueren Untersuchung auf Ebene der Gruppen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger stellt sich heraus, dass die Gruppen 4 signifikant häufiger Veränderungen vornimmt bzw. weitere §3-Maßnahmen im Laufe des Verfahrens einleitet und die Gruppen 2 und 8 in einem signifikanten Maße seltener Veränderungen vornehmen bzw. zusätzliche Maßnahmen einleiten ($\chi^2=49,406$; $df=9$; $p<0,001$) (Tabelle 128).

			IVS2_§3M		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	24	43	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,8%	64,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,2	,2	
	2	Anzahl	42	33	75
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	56,0%	44,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,7	-2,0	
	3	Anzahl	104	192	296
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,1%	64,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,5	
	4	Anzahl	5	56	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	8,2%	91,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,7	2,9	
	5	Anzahl	36	68	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	34,6%	65,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,3	
	6	Anzahl	45	73	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	38,1%	61,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,1	
	7	Anzahl	11	12	23
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	47,8%	52,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,8	-,6	
	8	Anzahl	47	38	85
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	55,3%	44,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,7	-2,1	
	9	Anzahl	2	4	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,3%	66,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,2	,1	
	10	Anzahl	12	33	45
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	26,7%	73,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,2	,9	
Gesamt		Anzahl	328	552	880
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	37,3%	62,7%	100,0%

Tabelle 128: Einleitung weiterer §3-Maßnahmen (aufgrund der Zwischenberichte F6052) in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

➤ **Analyse der einzelnen Veränderungen / Anpassungen im zweiten Interventionsschritt**

Eine Analyse des zweiten Interventionsschrittes (ohne Hautschutzseminar) macht deutlich, dass es vor allem vier Reaktionsmuster auf die Verlaufs- bzw. Zwischenberichterstattung (F6052) gibt. Die Strategie 1 wurde schon im vorangegangenen Abschnitt analysiert, insbesondere auch die Anpassungsreaktion der UVT Gruppe 6 – gegen den eigentlichen Trend bei dieser Strategie.

Die anderen drei Strategien, die in den meisten Fällen auf einen dermatologischen Behandlungsauftrag aufbauen, zeigen ebenfalls signifikante Auffälligkeiten, in Bezug auf die Anpassungsreaktionen auf Grundlage der Verlaufs- und Zwischenberichterstattung. So kann gezeigt werden, dass Fälle, in denen zunächst die Strategie 3 (Hautschutz / PSA) gewählt wurde, in einem zweiten Schritt signifikant häufiger als in den anderen Fällen die Betreuung durch den Betriebsarzt / arbeitsmedizinischen Dienst erweitert wurde ($\chi^2=83,352$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 129). In Fällen, in denen zunächst die Strategie 2 (Betreuung Betriebsarzt / AMD etc.) gewählt wurde, fand im zweiten Schritt häufig die Übernahme bzw. die Verbesserung des Hautschutzes und der persönlichen Schutzausrüstung statt ($\chi^2=93,877$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 130). Relativ konstant wird dagegen bei der Strategie 4 verfahren: Hier wird dem Versicherten meist ein weiteres gesundheitspädagogisches Seminar angeboten ($\chi^2=130,31$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 131).

			BetreuungsAng_n2		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	211	9	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	95,9%	4,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-2,8	
	Strategie Betreuungsausfrag	Anzahl	173	4	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	97,7%	2,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	-3,3	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	130	50	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	72,2%	27,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,5	7,5	
	Strategie SIP	Anzahl	277	26	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	91,4%	8,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,8	
Gesamt		Anzahl	791	89	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	89,9%	10,1%	100,0%

Tabelle 129: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen: Betreuungsangebot Betriebsarzt / AMD im zweiten Interventionsschritt in Abhängigkeit von der Basisstrategie.

			PSA_Bearb2_n		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	207	13	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	94,1%	5,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	3,4	-5,8	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	93	84	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	52,5%	47,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,4	5,7	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	122	58	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	67,8%	32,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,0	1,7	
	Strategie SIP	Anzahl	232	71	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	76,6%	23,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-,8	
Gesamt		Anzahl	654	226	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	74,3%	25,7%	100,0%

Tabelle 130: Weitere eingeleitete §3-Maßnahme im zweiten Interventionsschritt: Übernahme Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von der Basisstrategie.

			2SIPSeminar		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	211	9	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	95,9%	4,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,5	-3,8	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	170	7	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	96,0%	4,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-3,5	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	173	7	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	96,1%	3,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-3,5	
	Strategie SIP	Anzahl	207	96	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	68,3%	31,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-3,4	8,6	
Gesamt		Anzahl	761	119	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	86,5%	13,5%	100,0%

Tabelle 131: Weitere eingeleitete §3-Maßnahme in zweiten Interventionsschritt: Hautschutzseminar in Abhängigkeit von der Basisstrategie.

Interessanterweise lässt sich in diesen Fällen auch ein guter Bezug zu den einzelnen UVT Gruppen herstellen. So neigt neben Gruppe 10 (die zunächst keiner Strategie zuzurechnen war) vor allem die Gruppe 7 dazu, die Betreuungsangebote auszuweiten. Bei der Übernahme des Hautschutzes / PSA ist vor allem die Gruppe 1 (die zunächst keiner Strategie zuzurechnen war) und die Gruppe 4 zur Veränderung der Ausgangsstrategie bereit und passen ihre Strategie, auf dieses Interventionsmuster an. Konstant bleibt dagegen die Strategie der UVT Gruppe 3: Sie erneuern das Angebot für ein gesundheitspädagogisches Seminar bzw. bieten es ein weiteres Mal an ($\chi^2=110,883$; $df=9$; $p<0,001$).

			BetreuungsAng_n2		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	53	14	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	79,1%	20,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	2,8	
2	Anzahl	63	12	75	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	84,0%	16,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,5	1,6		
3	Anzahl	280	16	296	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	94,6%	5,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,9	-2,5		
4	Anzahl	58	3	61	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,1%	4,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,4	-1,3		
5	Anzahl	92	12	104	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,5%	11,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,2	,5		
6	Anzahl	115	3	118	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	97,5%	2,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,9	-2,6		
7	Anzahl	15	8	23	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	65,2%	34,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,2	3,7		
8	Anzahl	77	8	85	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	90,6%	9,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,2		
9	Anzahl	6	0	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	-,8		
10	Anzahl	32	13	45	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	71,1%	28,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,3	4,0		
Gesamt	Anzahl	791	89	880	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	89,9%	10,1%	100,0%	

Tabelle 132: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionsschritt: Betreuungsangebote in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.

			PSA_Bearb2_n		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	31	36	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	46,3%	53,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	4,5	
2	Anzahl	60	15	75	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,0%	20,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,6	-1,0		
3	Anzahl	242	54	296	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	81,8%	18,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,5	-2,5		
4	Anzahl	23	38	61	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	37,7%	62,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-3,3	5,6		
5	Anzahl	71	33	104	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	68,3%	31,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,7	1,2		
6	Anzahl	111	7	118	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	94,1%	5,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	2,5	-4,2		
7	Anzahl	21	2	23	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	91,3%	8,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,9	-1,6		
8	Anzahl	58	27	85	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	68,2%	31,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,7	1,1		
9	Anzahl	2	4	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,3%	66,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,2	2,0		
10	Anzahl	35	10	45	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	77,8%	22,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	-,5		
Gesamt	Anzahl	654	226	880	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	74,3%	25,7%	100,0%	

Tabelle 133: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionschritt: Hautschutz / PSA in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.

			2SIPSeminar		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	66	1	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	98,5%	1,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	-2,7	
	2	Anzahl	74	1	75
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	98,7%	1,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	-2,9	
	3	Anzahl	209	87	296
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	70,6%	29,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,9	7,4	
	4	Anzahl	58	3	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,1%	4,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-1,8	
	5	Anzahl	93	11	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	89,4%	10,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,8	
	6	Anzahl	112	6	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	94,9%	5,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-2,5	
	7	Anzahl	22	1	23
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,7%	4,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-1,2	
	8	Anzahl	85	0	85
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,3	-3,4	
	9	Anzahl	6	0	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,9	
	10	Anzahl	36	9	45
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,0%	20,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,2	
Gesamt		Anzahl	761	119	880
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	86,5%	13,5%	100,0%

Tabelle 134: Weitere eingeleitete §3-Maßnahmen im zweiten Interventionsschritt: Hautschutzseminar in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.

5.3.4 Abschluss der Verfahren

Im Rahmen des Beobachtungszeitraums konnten natürlich nicht alle Verfahren endgültig abgeschlossen werden. Es zeigen sich allerdings eindeutige Tendenzen in Bezug auf den Verlauf der Verfahren. Es wurden auch die häufigsten Ausstiegsgründe aufgezeigt (vgl. Abschnitt 4.3.5). Darüber hinaus sollen hier noch einmal die Einleitungen und auch die Ausstiege aus dem Stufenverfahren Haut auf Ebene der einzelnen Gruppen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern und ggf. auch auf Basis der gewählten Interventionsstrategie gezeigt werden.

➤ **Eingeleitete und abgeschlossene Verfahren aufgrund der Erstmeldung**

Bei einer Analyse auf Basis der Gruppen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger kann festgehalten werden, dass die Gruppen 5 und 7 signifikant seltener §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens Haut einleiten, während die Gruppe 3 signifikant häufiger ein solches Verfahren durchführt ($\chi^2=85,386$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 135). Aus den Begründungen der Verwaltungen in der VVH Maske für die Nichteinleitung eines Verfahrens konnte für diese Vorgehensweise keine Erklärung gefunden werden.

Bei einer genauen Analyse der eingeleiteten Verfahren auf der Grundlage der durchgeführten und in VVH beschriebenen in Abgleich mit den Verfahren, die auf Grundlage der Meinung der Gutachter indiziert gewesen wäre, stellt sich heraus, dass lediglich in 66,8 Prozent der Fälle, in denen Maßnahmen notwendig waren, diese auch eingeleitet wurden. Insbesondere die Gruppen 5, 6 und 7 zeigen ein stark unterdurchschnittliches Verhalten beim Einleiten von notwendigen Maßnahmen, während die Gruppe 3 ein höchst signifikantes überdurchschnittliches Verhalten beim Einleiten notwendiger Maßnahmen zeigt ($\chi^2=92,931$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 136). Keine Signifikanzen ergeben sich bei der Untersuchung der Fälle, in denen Maßnahmen eingeleitet wurden, obwohl sie nach Meinung der Gutachter nicht indiziert waren. Dies sind insgesamt auch lediglich 30 Fälle (vgl. Tabelle 137).

			IVS_Basis 1		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	40	67	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	37,4%	62,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	,4	
	2	Anzahl	48	75	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,0%	61,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,2	
	3	Anzahl	103	296	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,8%	74,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,6	3,8	
	4	Anzahl	49	61	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	44,5%	55,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-,6	
	5	Anzahl	145	104	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	58,2%	41,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,4	-3,6	
	6	Anzahl	106	118	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	47,3%	52,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,6	-1,3	
	7	Anzahl	31	23	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	57,4%	42,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,0	-1,6	
	8	Anzahl	56	85	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,7%	60,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,1	
	9	Anzahl	1	6	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,3%	85,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,1	,9	
	10	Anzahl	19	45	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	29,7%	70,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	1,1	
Gesamt		Anzahl	598	880	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	40,5%	59,5%	100,0%

Tabelle 135: Eingeleitete bzw. nicht-eingeleitete Stufenverfahren Haut nach Erstmeldung in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

			IVS_Basis 1		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	25	66	91
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	27,5%	72,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	,7	
	2	Anzahl	35	69	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,7%	66,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-,1	
	3	Anzahl	63	284	347
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	18,2%	81,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-4,9	3,4	
	4	Anzahl	25	56	81
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	30,9%	69,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,3	
	5	Anzahl	110	99	209
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	52,6%	47,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,9	-3,4	
	6	Anzahl	87	114	201
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	43,3%	56,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,5	-1,8	
	7	Anzahl	21	20	41
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	51,2%	48,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,0	-1,4	
	8	Anzahl	36	78	114
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	31,6%	68,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,2	
	9	Anzahl	1	5	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,7%	83,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,5	
	10	Anzahl	10	41	51
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,6%	80,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,7	1,2	
Gesamt		Anzahl	413	832	1245
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,2%	66,8%	100,0%

Tabelle 136: Quote der eingeleiteten bzw. nicht-eingeleiteten Stufenverfahren Haut (dokumentierte Maßnahmen) nach Erstmeldung auf Basis der Fälle, bei denen aus Gutachtersicht Maßnahmen indiziert waren in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

			IVS_Basis 1		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	8	1	9
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,9%	11,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-,9	
2	Anzahl	6	5	11	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	54,5%	45,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,7	1,2		
3	Anzahl	14	6	20	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	70,0%	30,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,2	,3		
4	Anzahl	19	5	24	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	79,2%	20,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	-,5		
5	Anzahl	4	3	7	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	57,1%	42,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,5	,9		
6	Anzahl	12	3	15	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,0%	20,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	-,5		
7	Anzahl	4	2	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	66,7%	33,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,2	,3		
8	Anzahl	13	4	17	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	76,5%	23,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,2		
10	Anzahl	4	1	5	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,0%	20,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,2	-,3		
Gesamt	Anzahl	84	30	114	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	73,7%	26,3%	100,0%	

Tabelle 137: Quote der eingeleiteten bzw. nicht-eingeleiteten Stufenverfahren Haut (dokumentierte Maßnahmen) nach Erstmeldung auf Basis der Fälle, bei denen aus Gutachtersicht Maßnahmen nicht indiziert waren in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

➤ **Abgeschlossene Verfahren im Beobachtungszeitraum**

Es kann festgehalten werden, dass innerhalb des Beobachtungszeitraums höchst signifikant mehr Verfahren, bei denen die Strategie 1 verfolgt wurde, abgeschlossen werden konnten als bei den anderen Strategien, im Falle der Strategie 4 waren es sogar unterdurchschnittlich wenige Fälle, die abgeschlossen werden konnten ($\chi^2=21,267$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 138). Dies könnte ggf. mit der Schwere der Fälle in Zusammenhang stehen (vgl. Abschnitt 5.3.); allerdings gibt es keinen Zusammenhang zwischen der gewählten Strategie und der Zahl der eingeleiteten BK-Feststellungsverfahren.

			AbschlussParagraf3_j_n		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	63	157	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	28,6%	71,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,6	2,2	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	65	112	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	36,7%	63,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,7	,5	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	78	102	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	43,3%	56,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-,6	
	Strategie SIP	Anzahl	145	158	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	47,9%	52,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,2	-1,8	
Gesamt	Anzahl	351	529	880	
	% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	39,9%	60,1%	100,0%	

Tabelle 138: Abgeschlossene und nicht abgeschlossene Verfahren im Beobachtungszeitraum nach Basisstrategien.

Auf Basis der Auswertungen auf Grundlage der UVT Gruppen ergibt sich ein differenziertes Bild: Die UVT Gruppe 2 (Strategie 2) konnte relativ viele Verfahren abschließen. Die Gruppe 4 (Strategie 2) konnte dagegen signifikant weniger Verfahren abschließen ($\chi^2=34,309$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 139). Hier ist davon auszugehen, dass weitere Einflussfaktoren, wie die Fallschwere die Prozessqualität dominieren. Dies ist auch deshalb sehr wahrscheinlich, weil die Gruppe 4 im zweiten Interventionsschritt meist noch einmal nachsteuert und häufig die Betreuungsangebote durch den Betriebsarzt bzw. den arbeitsmedizinischen Dienst versucht zu verbessern, während für die Gruppe 2 die Notwendigkeit zur Einleitung weiterer §3-Maßnahmen wohl tatsächlich meist nicht gegeben ist.

Es bleibt allerdings festzuhalten, dass mit knapp 60 Prozent nicht-abgeschlossener Verfahren die Gruppe 4 deutlich vor den weiteren Gruppen rangiert: Die Gruppe 3 hat noch 44,6 Prozent der Verfahren nicht abgeschlossen, die Gruppe 1 fast 42 Prozent der Verfahren.

			AbschlussParagraf3_j_n		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	28	39	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	41,8%	58,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,2	
2	Anzahl	16	59	75	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	21,3%	78,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,5	2,1		
3	Anzahl	132	164	296	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	44,6%	55,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,3	-1,0		
4	Anzahl	38	23	61	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	62,3%	37,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	2,8	-2,3		
5	Anzahl	42	62	104	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	40,4%	59,6%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,1		
6	Anzahl	42	76	118	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,6%	64,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,7	,6		
7	Anzahl	5	18	23	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	21,7%	78,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,4	1,1		
8	Anzahl	34	51	85	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	40,0%	60,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,0	,0		
9	Anzahl	1	5	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,7%	83,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,9	,7		
10	Anzahl	13	32	45	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	28,9%	71,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,2	1,0		
Gesamt	Anzahl	351	529	880	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,9%	60,1%	100,0%	

Tabelle 139: Fälle mit und ohne Verfahrensabschluss, in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

➤ **Im Beobachtungszeitraum eingeleitete BK-Feststellungsverfahren**

Unterschiede zwischen den einzelnen UVT Gruppen lassen sich auch identifizieren, wenn man die eingeleiteten BK-Feststellungsverfahren betrachtet: Hier lässt sich belegen, dass tendenziell Gruppe 2 – was nach dem vorherigen Abschnitt wenig überraschend ist – weniger Feststellungsverfahren durchführt, während die Gruppe 7 signifikant mehr Feststellungsverfahren einleitet. Bei Gruppe 7 erfolgt dies mehr als 30 Prozent aller Fälle ($\chi^2=17,405$; $df=9$; $p=0,043$), in denen auch §3-Maßnahmen eingeleitet wurden (vgl. Tabelle 140). Auf Basis der Interventionsstrategien konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

			BK_Feststellung_ges		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	61	6	67
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	91,0%	9,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,6	
	2	Anzahl	72	3	75
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	96,0%	4,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-1,9	
	3	Anzahl	261	35	296
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,2%	11,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,1	
	4	Anzahl	57	4	61
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	93,4%	6,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-1,2	
	5	Anzahl	89	15	104
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	85,6%	14,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,8	
	6	Anzahl	100	18	118
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	84,7%	15,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	1,2	
	7	Anzahl	16	7	23
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	69,6%	30,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,0	2,7	
	8	Anzahl	76	9	85
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	89,4%	10,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-,3	
	9	Anzahl	6	0	6
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,8	
	10	Anzahl	40	5	45
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,9%	11,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	-,1	
Gesamt		Anzahl	778	102	880
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,4%	11,6%	100,0%

Tabelle 140: Fälle mit und ohne eingeleitete BK Feststellungsverfahren, in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

5.3.5 Zusammenfassung Unterschiedliche Prozessgestaltungen bei den einzelnen UVT Gruppen

Bei einer Analyse unterschiedlicher Gruppen an gesetzlichen Unfallversicherungsträger lassen sich verschiedene Bearbeitungsstrategien und Interventionsstrategien identifizieren und auch die insgesamt durchgeführten §3-Maßnahmen variieren. Dabei lässt sich festhalten, dass UVT Gruppen, die besonderen Wert auf die Validierung der Erstberichte legen auch eine signifikant höhere Anzahl von §3-Verfahren nach BKV einleiten.

Bei der Analyse der Verdachtsmeldungen auf hautbedingte Berufserkrankungen 5101 lassen sich vier unterschiedliche Maßnahmenstrategien identifizieren. Diese Maßnahmenstrategien lassen sich in vielen Fällen mit verschiedenen UVT Gruppen in Übereinstimmung bringen. Auf dieser Grundlage ist es dann möglich die unterschiedliche Gesamtbearbeitung der Prozesse sowohl in Abhängigkeit der Maßnahmen als auch in Abhängigkeit der UVT Gruppen zu analysieren.

Die vier Basisstrategien zur Intervention bei Verdachtsmeldungen auf BK 5101 lassen sich wie folgt darstellen:

- Strategie 1:
Erteilung eines Behandlungsauftrages ohne weitere Interventionen
- Strategie 2:
Erteilung eines Behandlungsauftrags und zusätzliche Beratungs- / Betreuungsangebote
- Strategie 3:
Erteilung eines Behandlungsauftrags und Übernahme der persönlichen Schutzausrüstung
- Strategie 4:
Erteilung eines Behandlungsauftrags und Angebot eines gesundheitspädagogischen Seminars

Eine Zuordnung kann dabei auf folgende Gruppen von gesetzlichen Unfallversicherungsträgern vorgenommen werden:

- Strategie 1: Gruppe 6
- Strategie 2: Gruppe 2, Gruppe 4, Gruppe 8
- Strategie 3: Gruppe 5, Gruppe 7
- Strategie 4: Gruppe 3

Keine klare Zuordnung zu einer Strategie ist bei Gruppe 1 möglich, hier findet sowohl Strategie 2 als auch Strategie 3 in verstärktem Maße Anwendung und bei Gruppe 9 sowie 10 gibt es keine Bevorzugung einer Strategie.

Auf Grundlage der Basisstrategien konnte aber kein unterschiedliches Berichterstattungsverhalten der Hautärzte im Verlauf des Verfahrens gezeigt werden. Es gibt lediglich eine Tendenz, dass in Fällen, in denen lediglich die Übernahme des dermatologischen Behandlungsauftrages erteilt wird, weniger häufig Verlaufsberichte erstellt wurden. Allerdings erhalten die Gruppen 8 und 9 in einem höchst signifikanten Maße in weniger Fällen Zwischen- und Verlaufsberichte als die anderen Gruppen der Unfallversicherungsträger.

Die Validierung der Zwischenberichte folgt verwaltungsseitig einer ähnlichen Prüflöge wie die Validierung der Erstmeldungen. Es kann dabei gezeigt werden, dass in Fällen, in denen von den Verwaltungen lediglich ein dermatologischer Behandlungsauftrag erteilt wurde, signifikant seltener eine weitere Validierung des Verfahrens auf Grundlage der Zwischenberichte F6052 stattfindet.

Eine Analyse des zweiten Interventionsschrittes macht deutlich, dass es vor allem vier Reaktionsmuster auf die Verlaufs- bzw. Zwischenberichterstattung (F6052) gibt. Dabei kann gezeigt werden, dass die UVT Gruppe 6, die häufig lediglich einen dermatologischen Behandlungsauftrag erteilt, gegen den eigentlichen Trend bei dieser Basisstrategie viele Behandlungsaufträge verlängern und verändern musste. Dies kann zum einen mit einer kürzeren Befristung des Behandlungsauftrags als bei anderen Gruppierungen zusammenhängen, u.U. aber auch damit, dass diese Strategie alleine nicht ausreichend ist, um das erwünschte Ergebnis der Präventionsbemühungen zu erreichen.

Die anderen drei Strategien, die in den meisten Fällen auf einen dermatologischen Behandlungsauftrag aufbauen, zeigen ebenfalls signifikante Auffälligkeiten, in Bezug auf die Anpassungsreaktionen auf Grundlage der Verlaufs- und Zwischenberichterstattung. So kann gezeigt werden, dass Fälle, in denen zunächst die Strategie 3 (Hautschutz / PSA) gewählt wurde, in einem zweiten Schritt signifikant häufiger als in den anderen Fällen die Betreuung durch den Betriebsarzt / Arbeitsmedizinischen Dienst erweitert wurde. In Fällen, in denen zunächst die Strategie 2 (Betreuung Betriebsarzt / AMD etc.) gewählt wurde, fand im zweiten Schritt häufig die Übernahme bzw. die Verbesserung des Hautschutzes und der persönlichen Schutzausrüstung statt. Relativ konstant wird dagegen bei der Strategie 4 verfahren: Hier wird dem Versicherten meist ein weiteres gesundheitspädagogisches Seminar angeboten.

Bei einer genauen Analyse der eingeleiteten Verfahren auf der Grundlage der durchgeführten und in VVH beschriebenen Verfahren, die auf Grundlage der Meinung der Gutachter induziert gewesen wäre, stellt sich heraus, dass lediglich in 66,8 Prozent der Fälle, in denen Maßnahmen notwendig waren, diese auch eingeleitet wurden. Insbesondere die Gruppen 5, 6 und 7 zeigen ein stark unterdurchschnittliches Verhalten beim Einleiten von notwendigen Maßnahmen, während die Gruppe 3 ein höchst signifikantes überdurchschnittliches Verhalten beim Einleiten notwendiger Maßnahmen zeigt.

Bei einer Analyse der Verfahren, die im Beobachtungszeitraum abgeschlossen werden konnten ergibt sich ein differenziertes Bild: Die UVT Gruppe 2 (Strategie 2) konnte relativ viele Verfahren abschließen. Die Gruppe 4 (Strategie 2) konnte dagegen signifikant weniger Verfahren abschließen. Hier ist davon auszugehen, dass weitere Einflussfaktoren, wie die Fallschwere, die Prozessqualität dominieren. Dies ist auch deshalb sehr wahrscheinlich, weil die Gruppe 4 im zweiten Interventionsschritt meist noch einmal nachsteuert und häufig die Betreuungsangebote durch den Betriebsarzt bzw. den Arbeitsmedizinischen Dienst versucht zu verbessern, während für die Gruppe 2 die Notwendigkeit zur Einleitung weiterer §3-Maßnahmen wohl tatsächlich meist nicht gegeben ist.

Es bleibt allerdings festzuhalten, dass mit knapp 60 Prozent nicht-abgeschlossener Verfahren die Gruppe 4 deutlich vor den weiteren Gruppen rangiert: Die Gruppe 3 hat noch 44,6 Prozent der Verfahren nicht abgeschlossen, die Gruppe 1 fast 42 Prozent der Verfahren.

Unterschiede zwischen den einzelnen UVT Gruppen lassen sich auch identifizieren, wenn man die eingeleiteten BK-Feststellungsverfahren betrachtet: Hier lässt sich belegen, dass tendenziell Gruppe 2 – was nach dem vorherigen Abschnitt wenig überraschend ist – weniger Feststellungsverfahren durchführt, während die Gruppe 7 signifikant mehr Feststellungsverfahren einleitet. Bei Gruppe 7 erfolgt dies in fast 30 Prozent aller Fälle, in denen auch §3-Maßnahmen eingeleitet wurden.

Eine Auswertung der aus diesen Prozessschritten und –qualitäten resultierende Ergebnisse und Wirkungen erfolgt ausführlich im folgenden Abschnitt 5.4.

5.4 Prozessgestaltung und daraus resultierende Ergebnisqualitäten und Wirkungen im Stufenverfahren Haut

Bei der Bewertung der zentralen Erfolgsfaktoren des Prozesses ist es notwendig eine enge Verknüpfung mit den Zielen der gesetzlichen Unfallversicherungen, die sich in den Zielen des Stufenverfahrens Haut ausdrücken, herzustellen (vgl. Abschnitt 1.3.1). Dies bedeutet:

- Es sind Qualitätsziele zu berücksichtigen ausgedrückt in der Größe „Entwicklung des Gesundheitszustandes“ sowie insbesondere auch „Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes“ und ggf. auch in der Größe „Verringerung bzw. Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitszeiten“.⁷⁹
- Es sind Kosten-, besser Ausgabenziele zu berücksichtigen im Sinne eines möglichst effizienten Einsatzes der Mittel, etwa für ambulante und stationäre Therapieleistungen, d.h. welche Verfahren erbringen in Bezug auf den Mitteleinsatz die besten Ergebnisse.
- Es ist die Kundenzufriedenheit zu messen und die Erklärungsvariablen zu bestimmen, welche die Kundenzufriedenheit steigern.

Im Rahmen dieses mehrdimensionalen Zielsystems kann es dabei durchaus zu Zielkonflikten kommen, die dann entsprechend offengelegt und diskutiert sowie für das Gesamtsystem bzw. die einzelnen Verwaltungen gelöst werden müssen.

Die Zielerreichung und die unterschiedlichen Ausprägungen sollen hier größtenteils in Abhängigkeit von einzelnen UVT Gruppen dargestellt werden, teilweise auch in Abhängigkeit der unterschiedlichen Strategien.

5.4.1 Qualitätsziele

Bei der Beurteilung der Erreichung der einzelnen Qualitätsziele auf Basis von UVT Gruppen müssen natürlich ggf. auch Unterschiede in den einzelnen Fallkollektiven zwischen den Gruppen berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wird hier zunächst ein Abgleich der durchschnittlichen Fallschwere bei den einzelnen Gruppen durchgeführt. Bei einem Vergleich der Fälle, in denen Maßnahmen von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern eingeleitet wurden und in denen von den Gutachtern eine Gruppierung der Fälle nach Schweregrad der Erkrankung durchgeführt wurde, kann festgehalten werden, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den gesetzlichen UVT Gruppen gibt ($\chi^2=13,891$; $df=9$; $p=0,126$) (vgl. Tabelle 141). Aus diesem Grund ist ein Vergleich der UVT Gruppen auf Basis der gesamten beobachteten Fallkollektive durchführbar.

⁷⁹ Diese letzten beiden Größen lassen sich ggf. allerdings auch monetarisieren. Dies wurde als Beispielrechnung in Abschnitt 5.2.4 angedacht und in Abschnitten 5.6 und 5.7 noch einmal aufgegriffen.

			IX_Klin_Schwer_agg		Gesamt
			höchstens leicht	mindestens mittel	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	24	25	49
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	49,0%	51,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-,8	
	2	Anzahl	24	33	57
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	42,1%	57,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,2	
	3	Anzahl	81	158	239
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,9%	66,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	1,2	
	4	Anzahl	25	33	58
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	43,1%	56,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,3	
	5	Anzahl	44	51	95
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	46,3%	53,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-,8	
	6	Anzahl	46	54	100
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	46,0%	54,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-,8	
	7	Anzahl	10	10	20
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,0%	50,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-,6	
	8	Anzahl	16	35	51
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	31,4%	68,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	,8	
	9	Anzahl	1	1	2
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	50,0%	50,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,2	
	10	Anzahl	8	23	31
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,8%	74,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,2	1,0	
Gesamt		Anzahl	279	423	702
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	39,7%	60,3%	100,0%

Tabelle 141: Vergleich der Einschätzung der Fallschwere der Gutachter in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

➤ **Entwicklung des Gesundheitszustandes**

Wesentlich für die Beurteilung eines Falles und für die Beurteilung der Arbeitsweise mit einem kompletten Fallkontingent ist die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Laufe des Verfahrens. Hier ist vor allem eine Abheilung bzw. eine Besserung anzustreben, ggf. kann allerdings auch schon eine Stabilisierung des Gesundheitszustandes als Erfolg gewertet werden.

Insgesamt kann gezeigt werden, dass fast in der Hälfte aller Verfahren eine Besserung oder gar eine Abheilung nach Einschätzung der Gutachter erreicht wurde. In 43 Prozent der Fälle kam es zu einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Versicherten, so dass festgestellt werden kann, dass nur in jedem zehnten Fall innerhalb des Beobachtungszeitraums es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kam. Zwischen den UVT Gruppen können bei dieser Untersuchung keine eindeutigen signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Insgesamt kann aber gezeigt werden, dass beim Vergleich der UVT Gruppen Unterschiede zu erkennen sind, die aber als knapp nicht signifikant angesehen werden müssen ($\chi^2=36,003$; $df=24$; $p=0,055$), trotzdem sind die Tendenzen beachtenswert (vgl. Tabelle 143). Besonders erfreulich ist auch, dass bei den Fällen mit schweren Hautveränderungen in 70 Prozent eine Verbesserung oder gar Abheilung erreicht werden konnte (vgl. Tabelle 142).

V5_Schwer_gegenRest				Erkrankungsverlauf_grob_ohne_abgeheilt		Gesamt
				unverändert	besser	
schwer	IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	9	17	26
			% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	34,6%	65,4%	100,0%
			Standardisierte Residuen	,4	-,3	
		Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	4	16	20
	% innerhalb von IVS1_Basisstrategien		20,0%	80,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen		-,8	,5		
	Strategie Hautschutz	Anzahl	11	22	33	
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	33,3%	66,7%	100,0%	
		Standardisierte Residuen	,3	-,2		
	Strategie SIP	Anzahl	9	22	31	
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	29,0%	71,0%	100,0%	
		Standardisierte Residuen	-,1	,1		
Gesamt			Anzahl	33	77	110
			% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	30,0%	70,0%	100,0%

Tabelle 142: Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Verlauf des Verfahrens in Abhängigkeit von der Behandlungsstrategie.

			Erkrankungsverlauf_Neu_mit_abgeheilt				Gesamt
			abgeheilt	besser	unverändert	schlechter	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	3	21	20	7	51
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	5,9%	41,2%	39,2%	13,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	1,0	-,3	1,0	
2	Anzahl	9	25	39	4	77	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	11,7%	32,5%	50,6%	5,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,9	-,1	1,2	-1,2		
3	Anzahl	43	70	103	19	235	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	18,3%	29,8%	43,8%	8,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,0	-,8	,4	-,6		
4	Anzahl	5	17	35	8	65	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	7,7%	26,2%	53,8%	12,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,6	-,9	1,5	,8		
5	Anzahl	22	51	46	14	133	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,5%	38,3%	34,6%	10,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	1,1	-1,3	,4		
6	Anzahl	17	35	42	11	105	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,2%	33,3%	40,0%	10,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	,1	-,3	,4		
7	Anzahl	4	3	16	4	27	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,8%	11,1%	59,3%	14,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,1	-2,0	1,4	,9		
8	Anzahl	12	24	19	6	61	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,7%	39,3%	31,1%	9,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,8	,9	-1,3	,1		
10	Anzahl	12	20	21	3	56	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	21,4%	35,7%	37,5%	5,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,1	,4	-,5	-1,0		
Gesamt	Anzahl	127	266	341	76	810	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,7%	32,8%	42,1%	9,4%	100,0%	

Tabelle 143: Entwicklung des Gesundheitszustandes des Versicherten im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von UVT Gruppen (ohne Gruppe 9).

➤ **Erhalt der Beschäftigung des Versicherten**

Oberstes Ziel im Rahmen des Stufenverfahrens Haut, neben der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Versicherten, ist der nachhaltige Erhalt der Beschäftigung und dies möglichst in Form seiner angestammten Beschäftigung bzw. in seinem angestammten Betrieb, ggf. nach organisatorischen Veränderungen in der Arbeitsorganisation. Auf Basis aller Informationen, die aus den unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zusammen getragen werden konnten, ergibt sich die in der Tabelle 144 dargestellte Verteilung für alle Versicherten.

Bei einem Vergleich der UVT Gruppen auf der Ebene aller Fälle, in denen Maßnahmen eingeleitet wurden, kann festgehalten werden, dass lediglich bei der UVT Gruppe 8 (Strategie 3) eine signifikant höhere Anzahl an Beschäftigungsverhältnisse im Beobachtungszeitraum beendet wurden ($\chi^2=19,695$; $df=9$; $p=0,02$). Bei den anderen Trägern gibt es noch bei der Gruppe 6 (Strategie 1) eine Tendenz dazu, dass mehr Beschäftigungsverhältnisse beendet werden mussten (vgl. Tabelle 144). Auffällig ist auch bei einem Vergleich der Gruppe 8 und der Gruppe 2, dass die Gruppe 2 anscheinend bei gleicher Grundstrategie die Beschäftigungsverhältnisse in einem signifikant höheren Maße erhalten kann, als die Gruppe 2, dies geschieht wohl häufig durch innerbetriebliche Veränderungen bzw. Umsetzungen innerhalb des Betriebs ($\chi^2=40,048$; $df=18$; $p=0,02$) (vgl. Tabelle 145). So scheint es sinnvoll zu sein, die Übernahme des Hautschutzes und die Verbesserung der persönlichen Schutzausrüstung - falls notwendig - mit einer Optimierung der gesamten Arbeitsverhältnisse zu verknüpfen. Dieses Instrument nutzt auch häufig die Gruppe 7, die von Beginn an auf eine Beratung vor Ort setzt und mit dieser Strategie sehr viele Beschäftigungsverhältnisse erhalten kann. Es muss aber auch festgehalten werden, dass dies nur in Betrieben mit einer gewissen Größenstruktur und auch einer bestimmten Aufgabenvielfalt überhaupt möglich ist. Bei einer Aufgliederung der Fälle nach klinischer Schwere zeigen sich bei der Analyse keine weiteren signifikanten Unterschiede.

Insgesamt kann resümiert werden, dass es relativ geringe Unterschiede bei der Variablen Berufsverbleib gibt, dass aber zumindest bei der Strategie 1 und 3 bestimmte Tendenzen vorhanden sind, dass sie isoliert nicht zu einem mindestens durchschnittlich guten Ergebnis führen. Darüber hinaus konnte bei der Untersuchung der medizinischen Maßnahmen im Abgleich mit den einzelnen Berufsgruppen im Abschlussbericht EVA_Haut folgender Zusammenhang belegt werden:

„Die Art der eingeleiteten Maßnahmen im ambulanten Bereich unterscheidet sich in Abhängigkeit von der Berufsgruppe ($\chi^2=319,9$; $df=16$; $p<0,001$). Niederschwellige Maßnahmen wurden häufiger in den Berufsgruppen „Metallgewerbe“, „Baugewerbe“, „Küche/Lebensmittel“, „Lagereiberufe/Einzelhandel/Büro“ durchgeführt, gesundheitspädagogische Seminare häufiger in den Berufsgruppen „Gesundheit“ und „Friseur“.⁸⁰

Dabei wurde außerdem festgestellt, dass, in Fällen in denen Hautschutzseminare durchgeführt wurden, signifikant häufiger die Beschäftigung erhalten werden konnte (vgl. auch Abschnitt 5.2.2). Aus diesem Zusammenhang lässt sich schließen, dass die gesundheitspädagogischen Seminare ein wichtiger Baustein zu einem erfolgreichen Verfahren sind und es in diesen Fällen eine starke Tendenz gibt, dass das angestrebte Ziel „Erhalt der Beschäftigung“ erreicht wird.

⁸⁰ Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.6.4.2, S. 268.

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	12	51	63
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,0%	81,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-,4	
	2	Anzahl	10	58	68
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,7%	85,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,0	
	3	Anzahl	42	231	273
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,4%	84,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,1	
	4	Anzahl	4	55	59
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	6,8%	93,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,6	,7	
	5	Anzahl	8	90	98
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	8,2%	91,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,7	,7	
	6	Anzahl	21	87	108
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,4%	80,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,3	-,5	
	7	Anzahl	1	21	22
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	4,5%	95,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,2	,5	
	8	Anzahl	18	53	71
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,4%	74,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,3	-1,0	
	9	Anzahl	1	4	5
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	20,0%	80,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,1	
	10	Anzahl	3	41	44
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	6,8%	93,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	,6	
Gesamt		Anzahl	120	691	811
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,8%	85,2%	100,0%

Tabelle 144: Erhalt der Beschäftigung in Abhängigkeit von den UVT Gruppen.

			Berufsverbleib_3stufig			Gesamt
			Berufsaufgabe	Berufsverbleib mit Änderung	Berufsverbleib ohne Änderung	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	12	2	49	63
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,0%	3,2%	77,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,9	-1,7	,2	
	2	Anzahl	10	12	46	68
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,7%	17,6%	67,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	2,0	-,7	
	3	Anzahl	42	21	210	273
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,4%	7,7%	76,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-1,1	,3	
	4	Anzahl	4	3	52	59
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	6,8%	5,1%	88,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,6	-1,2	1,1	
	5	Anzahl	8	14	76	98
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	8,2%	14,3%	77,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,7	1,4	,3	
	6	Anzahl	21	9	78	108
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,4%	8,3%	72,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,3	-,5	-,4	
	7	Anzahl	1	6	15	22
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	4,5%	27,3%	68,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,2	2,6	-,4	
	8	Anzahl	18	7	46	71
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,4%	9,9%	64,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,3	,0	-1,0	
	9	Anzahl	1	0	4	5
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	20,0%	,0%	80,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,7	,1	
	10	Anzahl	3	6	35	44
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	6,8%	13,6%	79,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	,8	,3	
Gesamt		Anzahl	120	80	611	811
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	14,8%	9,9%	75,3%	100,0%

Tabelle 145: Erhalt der Beschäftigung inkl. innerbetriebliche Veränderungen in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

➤ **Entwicklung und Dokumentation von Arbeitsunfähigkeitszeiten**

Ein wichtiger Qualitätsindikator vor allem in der langfristigen Beobachtung sind natürlich auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten. Vermeidung oder Rückgang von Arbeitsunfähigkeit bedeutet zum einen –

normalerweise eine verbesserte Gesundheit und damit eine ansteigende Lebensqualität, aber natürlich auch die Vermeidung von Kosten für die Betriebe und ggf. auch für die Solidargemeinschaft. Ein Vergleich der dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten in Fällen bei denen das Stufenverfahren Haut im Beobachtungszeitraum durchgeführt wurde, zeigt, dass die Strategie 4 in einem höchst signifikant geringerem Maße zu Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt hat, als der Durchschnitt, während es verbunden mit der Strategie 3 eine signifikant höhere Zahl an dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten gab ($\chi^2=26,223$; $df=3$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 146).

Es lassen sich bei dieser Auswertung auch signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Trägergruppen darstellen. So schneidet die Gruppe 3 mit signifikant weniger Fällen mit Arbeitsunfähigkeitszeiten besser ab als der Durchschnitt, während die Gruppen 5 signifikant höhere Arbeitsunfähigkeitszeiten als der Durchschnitt hat ($\chi^2=30,166$; $df=9$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 147).

			AU_Gesamt		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	172	48	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	78,2%	21,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,0	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	145	32	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	81,9%	18,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-1,0	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	117	63	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	65,0%	35,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,0	3,8	
	Strategie SIP	Anzahl	255	48	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	84,2%	15,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,2	-2,2	
Gesamt		Anzahl	689	191	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	78,3%	21,7%	100,0%

Tabelle 146: Unterschiede in den dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten während des Beobachtungszeitraums, in Abhängigkeit von der gewählten Interventionsstrategie.

			AU_Gesamt		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	48	16	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	75,0%	25,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,1	
2	Anzahl	57	13	70	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	81,4%	18,6%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,0	-,1		
3	Anzahl	256	28	284	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	90,1%	9,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,7	-3,5		
4	Anzahl	45	12	57	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	78,9%	21,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,2	,4		
5	Anzahl	63	27	90	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	70,0%	30,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-1,2	2,4		
6	Anzahl	89	28	117	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	76,1%	23,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,6	1,2		
7	Anzahl	14	5	19	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	73,7%	26,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,4	,7		
8	Anzahl	59	20	79	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	74,7%	25,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,6	1,3		
9	Anzahl	5	1	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	83,3%	16,7%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,1		
10	Anzahl	33	7	40	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	82,5%	17,5%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,2		
Gesamt	Anzahl	669	157	826	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	81,0%	19,0%	100,0%	

Tabelle 147: Vergleich von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

Auch bei einem retrospektiven Vergleich der Fälle auf Basis aller durchgeführten niederschweligen Maßnahmen lässt sich festhalten, dass sich in Fällen, in denen ein Hautschutzseminar durchgeführt wurde, signifikant weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten ergaben als in Fällen mit ein oder zwei anderen niederschweligen Maßnahmen ($\chi^2=7,911$; $df=2$; $p=0,019$).

			AU_Gesamt		Gesamt
			nein	ja	
Cluster	1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl	198	56	254
		% innerhalb von Cluster	78,0%	22,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,1	
	2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl	204	57	261
		% innerhalb von Cluster	78,2%	21,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,0	
	SIP Maßnahme	Anzahl	267	44	311
		% innerhalb von Cluster	85,9%	14,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-2,0	
Gesamt		Anzahl	669	157	826
		% innerhalb von Cluster	81,0%	19,0%	100,0%

Tabelle 148: Vergleich von Arbeitsunfähigkeitszeiten in Abhängigkeit von den insgesamt durchgeführten niederschweligen Maßnahmen (ohne TIP Fälle).

5.4.2 Effizienz des Mitteleinsatzes: Verfahrenskosten

Wie schon dargestellt (vgl. Abschnitt 5.4) ist die Kostenfrage stets in erster Linie im Sinne einer Effizienz der eingesetzten Mittel zu stellen, die reine Vermeidung von Kosten – besser Ausgaben – würde nämlich auf die Nicht-Einleitung von §3-Maßnahmen hinzielen und erst, wenn eine gesetzliche Pflicht dazu besteht, nach Anerkennung einer Berufskrankheit, würden die gesetzlichen Unfallversicherungen ihren Zahlungsverpflichtungen nach kommen. Dies wäre dann aber im Einzelfall meist deutlich höher und so würden vermutlich die Rehabilitations- und Entschädigungskosten für die Berufskrankheit 5101 deutlich ansteigen und die derzeitige Summe der Kosten für die Rehabilitation und Entschädigung der anerkannten Fälle von Berufskrankheiten 5101 und die Kosten für die Verdachtsfälle auf BK 5101 deutlich übersteigen.⁸¹

Zunächst soll hier aber einmal eine Übersicht über die Gesamtkosten auf Basis der durchgeführten Strategien und der UVT Gruppen erfolgen. Dabei kann gezeigt werden, dass es zwar deutliche Unterschiede und Abweichungen, sowohl des Mittelwertes, als auch des Medians zwischen den einzelnen UVT Gruppen gibt, diese Abweichungen sind aber statistisch nicht signifikant.

⁸¹ Vgl. u.a. Entwicklung der anerkannten Berufskrankheiten 5101 seit 2002 (insbesondere 2005 – 2009) und die Entwicklung der damit verbundenen Rentenzahlungen sowie der Zahlungen für die Teilhabe am Arbeitsleben.

Gesamtkosten

UVT_Fus_Zahl	Mittelwert	Median	Summe	N	Maximum	Standardabweichung
1	616,22	310,77	39438	64	11632	1457,919
2	253,66	225,00	16995	67	950	207,115
3	1273,90	607,28	375799	295	65667	4389,868
4	1083,36	547,84	66085	61	13029	1834,269
5	1413,40	376,34	146994	104	12593	2545,849
6	501,73	339,90	57699	115	11604	1087,151
7	746,33	244,28	17166	23	4583	1114,853
8	1055,69	270,96	84455	80	11219	2230,725
9	195,08	180,61	1170	6	373	119,818
10	1293,46	594,73	53032	41	21309	3274,717
Insgesamt	1003,31	379,42	858833	856	65667	3016,684

Tabelle 149: Statistische Maßzahlen der dokumentierten Kosten bei Fällen mit §3-Maßnahmen bei den UVT Gruppen.

Höchst signifikant sind dagegen die Unterschiede beim Vergleich einzelner Kontengruppen. So kann gezeigt werden, dass die Strategie 4 zu einer deutlichen Erhöhung der Kosten der ambulanten Heilbehandlung pro Fall, sowohl im Mittelwert (723 Euro), als auch im Median (509 Euro) führt; gleichzeitig sind die Feststellungskosten in diesen Fällen aber deutlich niedriger als bei der Strategie 3, gleiches kann damit verbunden auf Basis der einzelnen UVT Gruppen gezeigt werden, die diese Strategien jeweils bevorzugen.

ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)

IVS1_Basisstrategien	Mittelwert	Median	Summe	N	Maximum	Standardabweichung
Strategie Behandlungsauftrag	280,92	182,79	45508	162	5083	447,479
Strategie Betreuungsausfrag	404,79	275,00	59504	147	2000	396,412
Strategie Hautschutz	280,28	139,66	39239	140	3700	430,002
Strategie SIP	723,04	509,13	206067	285	13310	1114,011
Insgesamt	477,27	279,12	350318	734	13310	794,763

Tabelle 150: Kosten in Euro der ambulanten Heilbehandlung im Beobachtungszeitraum, in Abhängigkeit von der durchgeführten Basisstrategie.

ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)

UVT_Fus_Zahl	Mittelwert	Median	Summe	N	Maximum	Standardabweichung
1	319,16	202,30	17554	55	1411	320,432
2	228,52	145,00	10055	44	820	222,200
3	568,56	454,94	156355	275	7086	612,674
4	548,45	434,88	31810	58	1991	499,256
5	274,81	98,67	22260	81	5083	632,853
6	305,04	222,01	32945	108	3700	402,614
7	397,73	273,10	4773	12	978	354,371
8	603,13	243,93	33172	55	9107	1294,193
9	195,08	180,61	1170	6	373	119,818
10	1005,61	507,19	40225	40	13310	2095,106
Insgesamt	477,27	279,12	350318	734	13310	794,763

Tabelle 151: Kosten in Euro der ambulanten Heilbehandlung im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von der UVT Gruppe.

Kosten der Feststellung der Entschädigung

IVS1_Basisstrategien	Mittelwert	Median	Summe	N	Maximum	Standardabweichung
Strategie Behandlungsauftrag	183,54	125,83	28265	154	1207	209,996
Strategie Betreuungsausfrag	230,04	181,62	26454	115	1554	225,225
Strategie Hautschutz	432,16	236,90	58342	135	4099	603,306
Strategie SIP	181,60	130,50	49033	270	1273	188,179
Insgesamt	240,50	152,76	162094	674	4099	338,769

Tabelle 152: Feststellungskosten (Kontengruppe 770) im Beobachtungszeitraum in Abhängigkeit von der durchgeführten Basisstrategie.

Kosten der Feststellung der Entschädigung

UVT_Fus_Zahl	Mittelwert	Median	Summe	N	Maximum	Standardabweichung
1	212,48	183,04	6375	30	996	220,599
2	170,44	155,00	11590	68	755	131,341
3	172,06	127,20	48005	279	1207	185,148
4	235,98	153,88	11799	50	1433	248,916
5	503,84	265,25	49377	98	4099	654,482
6	174,15	121,72	16544	95	1244	194,059
7	424,96	206,70	4250	10	1765	515,019
8	308,78	207,25	12351	40	1554	335,590
10	451,05	342,08	1804	4	1070	465,832
Insgesamt	240,50	152,76	162094	674	4099	338,769

Tabelle 153: Feststellungskosten (Kontengruppe 770) im Beobachtungszeitraum, in Abhängigkeit von der UVT Gruppe.

5.4.3 Fazit: Umsetzung von Varianten

Insgesamt kann festgehalten, dass es nach Einschätzung der Gutachter zwischen den einzelnen Fallkollektiven (Verdachtsmeldungen auf BK 5101) der Gruppen der gesetzlichen UVT keine signifikanten Unterschiede gibt und so ein Vergleich der Interventionen und Ergebnisse auf dieser Basis möglich ist.⁸²

Es konnte in der Untersuchung auch gezeigt werden, dass es nach Einleitung von Interventionen der gesetzlichen UVT nur im jeden zehnten Fall zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Beobachtungszeitraum kam, dabei sind keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Strategien und UVT Gruppen zu belegen. Besonders erfreulich ist auch, dass bei den Fällen mit schweren Hautveränderungen in 70 Prozent eine Verbesserung oder gar Abheilung erreicht werden konnte.

Insgesamt kann resümiert werden, dass es relativ geringe Unterschiede bei der Variablen Berufsverbleib gibt, dass aber zumindest bei der Strategie 1 und 3 bestimmte Tendenzen vorhanden sind, dass sie isoliert nicht zu einem mindestens durchschnittlich guten Ergebnis führen, während gezeigt werden konnte, dass bei Basisstrategie 4 (Hautschutzseminar) tendenziell überdurchschnittliche Ergebnisse erreicht werden können. Bei einem Vergleich der UVT Gruppen auf der Ebene aller Fälle, in denen Maßnahmen eingeleitet wurden, kann festgehalten werden, dass lediglich bei der Gruppe mit Basisstrategie 3 (Hautschutz) eine signifikant höhere Anzahl an Beschäftigungsverhältnissen im Beobachtungszeitraum beendet wurden. Bei einer weiteren Gruppe mit der Basisstrategie 1 (Behandlungsauftrag) gibt es eine Tendenz dazu, dass mehr Beschäftigungsverhältnisse beendet werden mussten.

Bei Wahl der Basisstrategie 2 (Betreuungsauftrag) scheint vor allem die Vornahme von innerbetrieblichen / organisatorischen Veränderungen ein kritischer Erfolgsfaktor zu sein, der dazu führt, dass die Beschäftigungsverhältnisse beim angestammten Arbeitgeber erhalten werden

⁸² Vgl. Abschnitt 5.4.1, Tabelle 141.

können. Darüber hinaus scheint es sinnvoll zu sein, die Übernahme des Hautschutzes und die Verbesserung der persönlichen Schutzausrüstung - falls notwendig - mit einer Optimierung der gesamten Arbeitsverhältnisse zu verknüpfen.

Ein wichtiger Qualitätsindikator, vor allem in der langfristigen Betrachtung der Fälle, sind natürlich auch die Arbeitsunfähigkeitszeiten. Vermeidung oder Rückgang von Arbeitsunfähigkeit bedeutet zum einen eine verbesserte Gesundheit und damit eine ansteigende Lebensqualität, aber natürlich auch die Vermeidung von Kosten für die Betriebe (ggf. auch für die Solidargemeinschaft). Ein Vergleich der dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten in Fällen bei denen das Stufenverfahren Haut im Beobachtungszeitraum durchgeführt wurde, zeigt, dass die Strategie 4 in einem höchst signifikant geringeren Maße zu Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt hat, als der Durchschnitt, während es verbunden mit der Strategie 3 eine signifikant höhere Zahl an dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten gab. Insgesamt kann auch gezeigt werden, dass in Fällen mit einem gesundheitspädagogischen Seminar im Beobachtungszeitraum, weniger häufig Arbeitsunfähigkeitszeiten auftraten, als in allen anderen untersuchten Verdachtsfällen.

Im Vergleich der Kosten konnte gezeigt werden, dass es im Rahmen des Beobachtungszeitraums bezüglich der einzelnen Strategien und UVT Gruppen keine signifikanten Unterschiede auf Basis der Gesamtkosten gibt. Dabei wurde aber auch deutlich, dass Basisstrategie 4 zu erhöhten ambulanten Kosten führt, während Basisstrategie 3 zu höheren Feststellungskosten führt.

Insgesamt kann so gezeigt werden, dass eine Basisstrategie unter Einbezug von gesundheitspädagogischen Seminaren potenziell zu qualitativ besseren Ergebnissen führt, ohne dass dadurch signifikant erhöhte Kosten entstehen. Wirksam sind auch Verfahren in Kombination mehrerer niederschwelliger Maßnahmen, insbesondere, wenn dabei die besondere betriebliche und organisatorische Situation des Versicherten mit einbezogen wird.

5.5 Akzeptanz und Zufriedenheit mit der gesetzlichen Unfallversicherungen

Zusätzlich zu den schon im Forschungsantrag formulierten zentralen Kernfragen soll hier auch noch – ähnlich einer Stakeholderanalyse – auf die Akzeptanz des Verfahrens und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger im allgemeinen - durch die Verfahrensbeteiligten eingegangen werden. Aus diesem Grund waren in den Erhebungsinstrumenten Versicherte / Hautärzte auch entsprechende Fragekomplexe eingebunden. Dies entspricht auch dem dargestellten Zielsystem moderner Verwaltungen.

5.5.1 Akzeptanz und Zufriedenheit der Hautärzte mit den gesetzlichen Unfallversicherungen

Die Akzeptanz und Zufriedenheit der Stakeholder – hier insbesondere der Versicherten, aber auch den Hautärzten als Partner in der Patientenversorgung - stellt für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger einen wichtigen Bestandteil ihres Zielsystems dar und gehört zu den angestrebten Zielen und Wirkungen des modernen Verwaltungshandelns (vgl. Abschnitt 5.5.2). Dieses Handeln soll unterstrichen werden durch schlanke, transparente und schnelle sowie effektiv ablaufende Prozesse. Das aus dem §3 der Berufskrankheitenverordnung entstandene Stufenverfahren Haut orientiert sich darüber hinaus noch an einem präventiven und zukunftsgerichteten Charakter und soll durch seinen investiven Ansatz einen wirkungsvollen und effizienten Mitteleinsatz erreichen. Ob diese Ziele in den Augen der Stakeholder erreicht werden, wurde in der Studie u.a. mit dem Hautarzt- und dem Versichertenfragebogen untersucht.

5.5.1.1 Beurteilung der Prozess- und Strukturqualität des Stufenverfahrens Haut

Die Beteiligung der behandelnden Hautärzte an der Befragung wurde schon in Kapitel 4.1.4 als äußerst positiv dargestellt. Die Hautärzte gaben im Rahmen der Befragung eine Gesamteinschätzung des einzelnen Verfahrens und der generellen Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern ab. Darüber hinaus werden die Strukturen, Prozesse und Maßnahmen im konkreten Fall beschrieben und beurteilt, dabei stellen die Hautärzte den gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die durchgeführten Fälle insgesamt ein sehr gutes Zeugnis aus (vgl. auch Abschnitt 5.5.1.2).

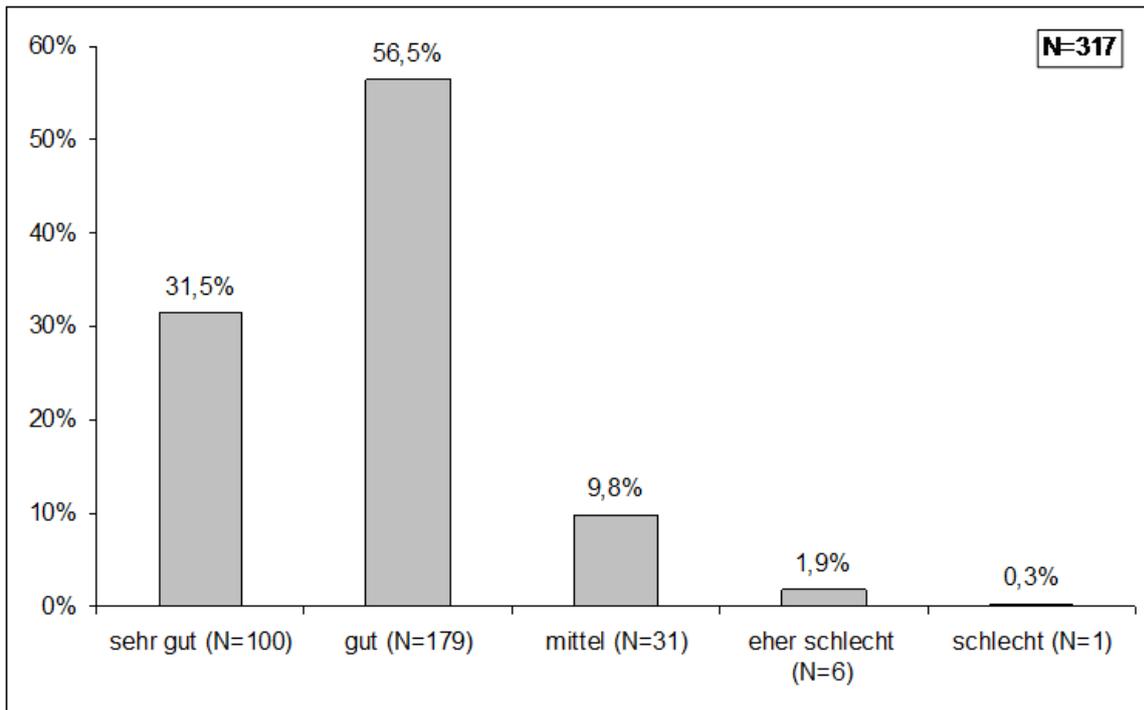


Abbildung 12: Praktikabilität des neuen Hautarztverfahrens im Praxisalltag nach Einschätzung der Hautärzte.

Die Zusammenarbeit und das „Handling“ einzelner Prozessschritte werden zusammenfassend positiv beurteilt. Die Kostenübernahme einer dermatologischen Heilbehandlung im Rahmen des §3 BKV wurde in 90,8% als „unproblematisch“ eingeschätzt, in 9,2% der Fälle als „problematisch“. Ebenso wird die Zeitspanne bis zur Erteilung eines Behandlungsauftrages in mehr als 75 Prozent der Fälle als angemessen angesehen.

Bei einer genaueren Analyse dieses Verfahrensschritts wird allerdings schon deutlich, dass hier Ansatzpunkte für eine Verbesserung und ggf. auch Beschleunigung der Behandlungsabläufe bestehen. Zwar wurden mehr als 70 Prozent der Behandlungsaufträge innerhalb eines Monats erteilt, aber die übrigen rund 30 Prozent der Behandlungsaufträge benötigten länger als diese Zeitspanne bis sie erteilt werden (vgl. Tabelle 154). Dies ist natürlich mit dem Ansatz einer frühzeitigen und präventiven Behandlung und auch mit einer kundenorientierten Bearbeitung nicht unbedingt vereinbar. Außerdem widerspricht es auch den Zielvereinbarungen in vielen Verwaltungen zur Fallbearbeitung. Hier sollten in allen Verwaltungen weitere Anstrengungen unternommen werden, um diesen Ablauf – ähnlich wie bei den Verfahrensvorgaben im Unfallbereich beim Rehamanagement - zu beschleunigen.

		Zeitspanne_Korr		Gültige	Kumulierte
		Häufigkeit	Prozent	Prozente	Prozente
Gültig	bis zu 2 Wochen	55	17,2	23,0	23,0
	bis zu 4 Wochen	113	35,3	47,3	70,3
	bis zu 6 Wochen	36	11,3	15,1	85,4
	bis zu 8 Wochen	12	3,8	5,0	90,4
	bis zu 12 Wochen	15	4,7	6,3	96,7
	mehr als 12 Wochen	8	2,5	3,3	100,0
	Gesamt	239	74,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	81	25,3		
Gesamt		320	100,0		

Tabelle 154: Zeitspanne vom Erstbericht bis zur Erteilung des Behandlungsauftrages, nach Angaben der Hautärzte.

Die antwortenden Hautärzte halten die vom Unfallversicherungsträger angebotenen Maßnahmen hinsichtlich Art und Umfang in 92,3 % für „angemessen“, in 1,9 % für „überzogen“ und 5,8 % halten Ergänzungen für notwendig. In den Fällen, in denen die Antwortmöglichkeit „Ergänzungen notwendig“ angeführt wurde, wurde insbesondere die vermehrte Durchführung von Hautschutzseminaren angeregt.

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen durch den Unfallversicherungsträger wurde in 80,1% der Fälle als zufriedenstellend eingestuft (Kategorie „ja“), in 16,3% als teilweise zufrieden stellend (Kategorie „Teils-teils“) und in 3,6% als nicht zufrieden stellend (vgl. Abbildung 13).

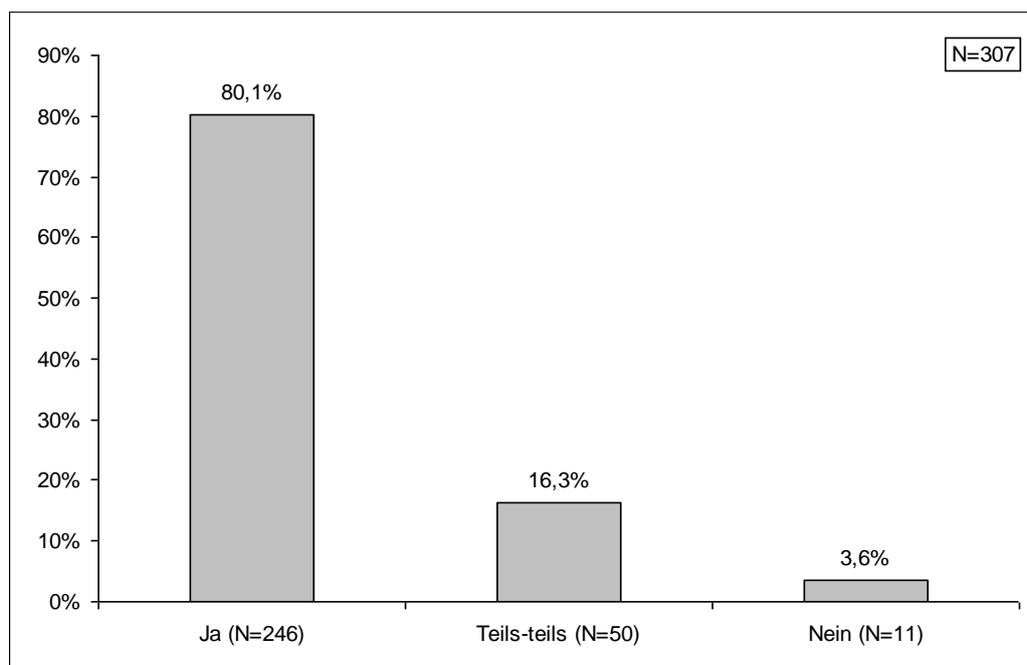


Abbildung 13: Zufriedenheit der Hautärzte mit der Umsetzung der empfohlenen Maßnahme durch den gesetzlichen UV-Träger.

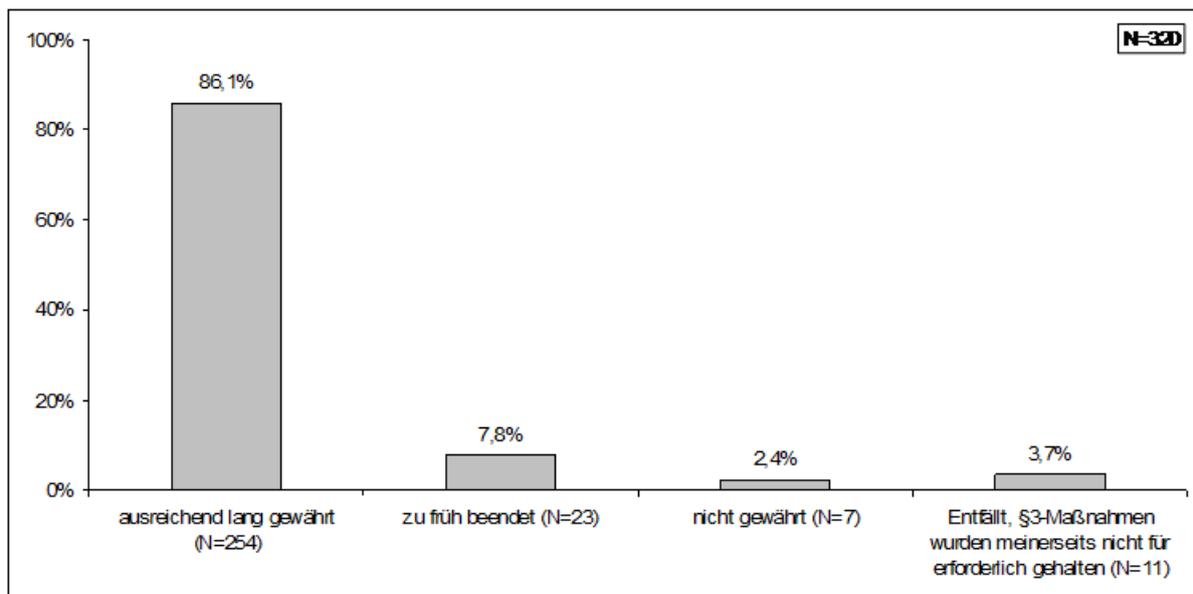


Abbildung 14: Zufriedenheit der Hautärzte mit der Umsetzung der empfohlenen Maßnahme durch den gesetzlichen UV-Träger.

Probleme sehen die Hautärzte, ähnlich wie die Sachbearbeiter, bei der Zurverfügungstellung des Hautschutzes und der persönlichen Schutzausrüstung am Arbeitsplatz (vgl. Abschnitt 4.3.3.2). Dies wird teilweise auch auf die Unkenntnis der Arbeitgeber zurückgeführt, in diesem Zusammenhang wird eine – zumindest Initiale Übernahme durch den zuständigen Unfallversicherungsträger angeregt. Darüber hinaus wird von den Hautärzten noch ausgeführt, dass teilweise die Umsetzung von angeregten Maßnahmen (Iontophorese, Arbeitsplatzbegehung) nur schleppend erfolgt sei, einzelne Hautärzte fühlten sich in der Therapiefreiheit eingeschränkt.

5.5.1.2 Gesamtbeurteilung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch die Hautärzte

Die Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungen durch die Hautärzte, die im Rahmen des Stufenverfahrens Haut mit den gesetzlichen UV-Trägern zusammen arbeiten, kann insgesamt als sehr positiv bezeichnet werden (vgl. Abbildung 15).

Die Arbeit der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wird insbesondere als sehr professionell eingeschätzt und die Zusammenarbeit mit dem Personal wird als sehr freundlich dargestellt. Auch in den Punkten Flexibilität und Fortschrittlichkeit landen die UV-Träger nach Einschätzung der Hautärzte noch bei Werten zwischen sechzig und siebzig Prozent im sehr guten Bereich der Skala (Werte 7 – 10 / bei Skalierung von 0 – 10). Lediglich in der Einschätzung der Bürokratie der Prozesse sowie der Verwaltungsabläufe liegen die gesetzlichen UV-Träger mit der Charakterisierung „unbürokratisch“ nur knapp über 50 Prozent (vgl. auch Anhang F).

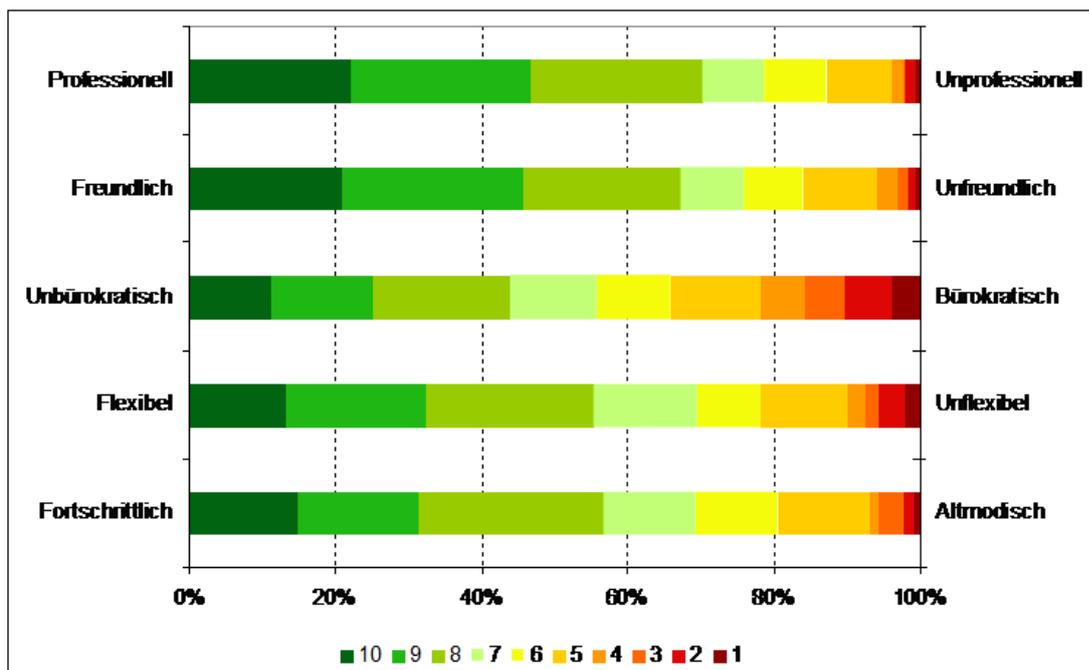


Abbildung 15: Zusammenfassende Charakterisierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch die Hautärzte.

Insgesamt stellen die Hautärzte allerdings auch fest, dass es zwischen den einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern Unterschiede gibt und wünschen sich eine weitere Standardisierung des Verfahrens, was insbesondere auch eine Verbindlichkeit und gleichmäßige Qualität der Versorgung der Patienten zur Folge hätte und unbedingt anzustreben ist;⁸³ i.V.m. den übrigen Angaben kann hier gefolgert werden, dass es den Hautärzten um eine Beschleunigung der Prozesse geht und auch eine Standardisierung der Angebote, etwa im Hinblick von Gesundheitspädagogischen Seminaren.

Aufgrund der gültigen Datenschutzbestimmungen konnten in dieser Untersuchung keine Hautärzte befragt werden, bei denen kein Hautarztverfahren eingeleitet wurde, hier hätten sich u.U. weitere negative Ansatzpunkte finden lassen, insbesondere bei Fällen, in denen die Gutachter zu der Einschätzung gelangt sind, dass ein Verfahren nicht eingeleitet wurde, obwohl dies angezeigt gewesen wäre.

5.5.2 Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten mit den gesetzlichen Unfallversicherungen

Die Akzeptanz und Zufriedenheit der Versicherten – quasi des versorgten Kunden - stellt für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger einen wichtigen Bestandteil ihres Zielsystems dar und gehört zu den angestrebten Zielen und Wirkungen des modernen Verwaltungshandelns (vgl. Abschnitt 5.5.1). Der Rücklauf des Versichertenfragebogens wurde in Kapitel 4.1.3 dargestellt, die soziodemografischen Auswertungen des Fragebogens Versicherter finden sich ausführlich beschrieben im Abschlussbericht EVA_Haut.⁸⁴ Bei den 533 Fragebögen, die in die Auswertung eingingen, kann festgehalten werden, dass jüngere Personen (im Sinne der Untersuchung unter 37 Jahre) häufiger nicht auf die Anfrage antworten und an der Studie seltener teilnehmen ($\chi^2=14,6$; $df=2$; $p=0,001$). Weitere signifikante Abweichungen zur untersuchten Grundgesamtheit der Verdachtsfälle auf BK 5101 konnten nicht festgesellt werden.

⁸³ Vgl. auch Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.3.1, S. 117ff.

⁸⁴ Vgl. Abschlussbericht EVA_Haut, Abschnitt 4.2.1, S. 50f.

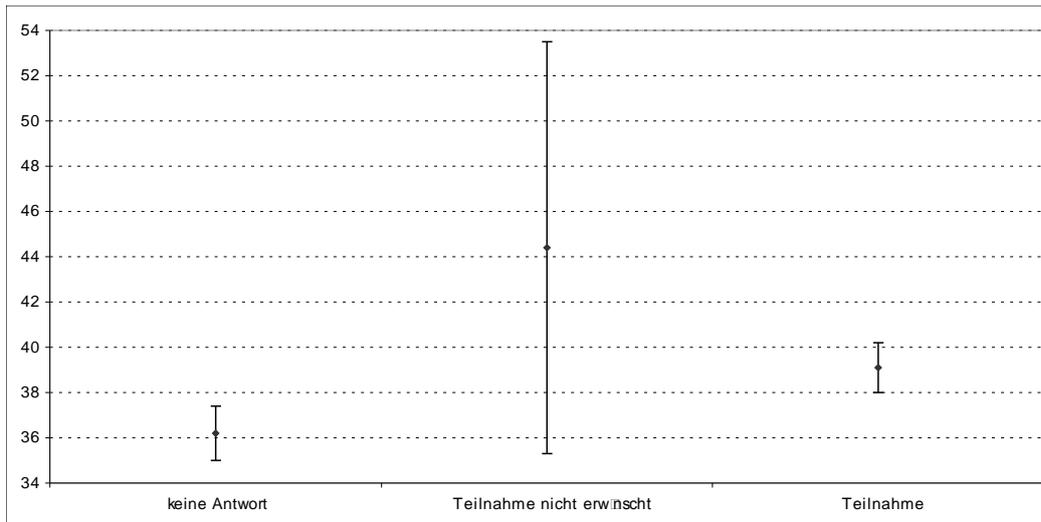


Abbildung 16: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle des Alters in Jahren. Es zeigen sich dagegen keine signifikanten Unterschiede in der Bereitschaft zur Teilnahme in Abhängigkeit vom Geschlecht.

5.5.2.1 Beurteilung der Beratung und des Stufenverfahrens Haut

Ähnlich dem Verfahren bei den Hautärzten soll hier zunächst einmal auch eine Einschätzung der Versicherten, der durchgeführten Verfahrensschritte und Maßnahmen des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers im konkreten Einzelfall dargestellt werden.

Die Beratungsqualität der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wird von 58,6 Prozent der Versicherten als gut oder sehr gut beurteilt, immerhin 85 Prozent der Versicherten beurteilen die Beratungsqualität mit mindestens ausreichend. Nur 15 Prozent hätten demnach einer besseren Beratung im konkreten Einzelfall bedurft (vgl. Abbildung 17).

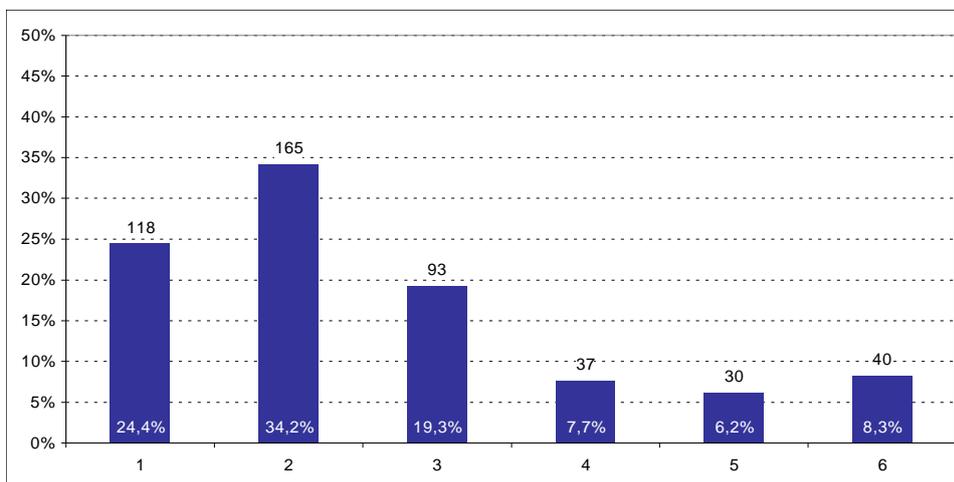


Abbildung 17: Beurteilung der Beratung durch die gesetzlichen UV-Träger durch Versicherte (Schulnote)

Die Note für die Beratungsqualität der gesetzlichen UV-Träger variiert aber nach einigen Faktoren. Ein wichtiger Einflussfaktor für die Beurteilung ist die Berufsgruppe. So sehen sich Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen besser beraten, als andere Beschäftigte, insbesondere aus den Bereichen Baugewerbe ($\chi^2=46,01$; $df=8$; $p=0,008$).

Beurteilung Beratung durch BG (Schulnote)	N	Mittelw.	Std.abw.	Std.fehler	95%-KI		Min.	Max.
					UG	OG		
Metallgewerbe	98	2,76	1,57	0,16	2,44	3,07	1	6
Baugewerbe	42	3,10	1,32	0,20	2,68	3,51	1	6
Gesundheit	127	2,17	1,19	0,11	1,96	2,38	1	6
Reinigungsberufe/ Hauswirtschaft	49	2,53	1,34	0,19	2,15	2,92	1	6
Friseur	26	2,58	1,65	0,32	1,91	3,24	1	6
Küche/ Lebensmittel	69	2,88	1,68	0,20	2,48	3,29	1	6
Gärtnerei/ Floristik/Landwirts chaft	13	3,08	1,89	0,52	1,93	4,22	1	6
Lagereiberufe/ Einzelhandel/Büro	26	2,65	1,74	0,34	1,95	3,36	1	6
Sonstige	25	2,76	1,59	0,32	2,10	3,42	1	6
Gesamt	475	2,62	1,50	0,07	2,48	2,75	1	6

Tabelle 155: Note der Beratung durch die BG in Abhängigkeit von der Berufsgruppe (Deskriptive Statistiken)

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor für die Bewertung der Beratungsqualität ist natürlich auch die Ergebnisqualität des bisherigen Verfahrens: So wird die Qualität des Verfahrens insbesondere dann besser beurteilt, wenn die Hauterscheinungen abgeheilt sind, als wenn die Hauterscheinungen als unverändert oder verschlechtert eingestuft werden (24,43; df=3; 8,15; F=3,75; p<0,011) (vgl. Abbildung 18)⁸⁵.

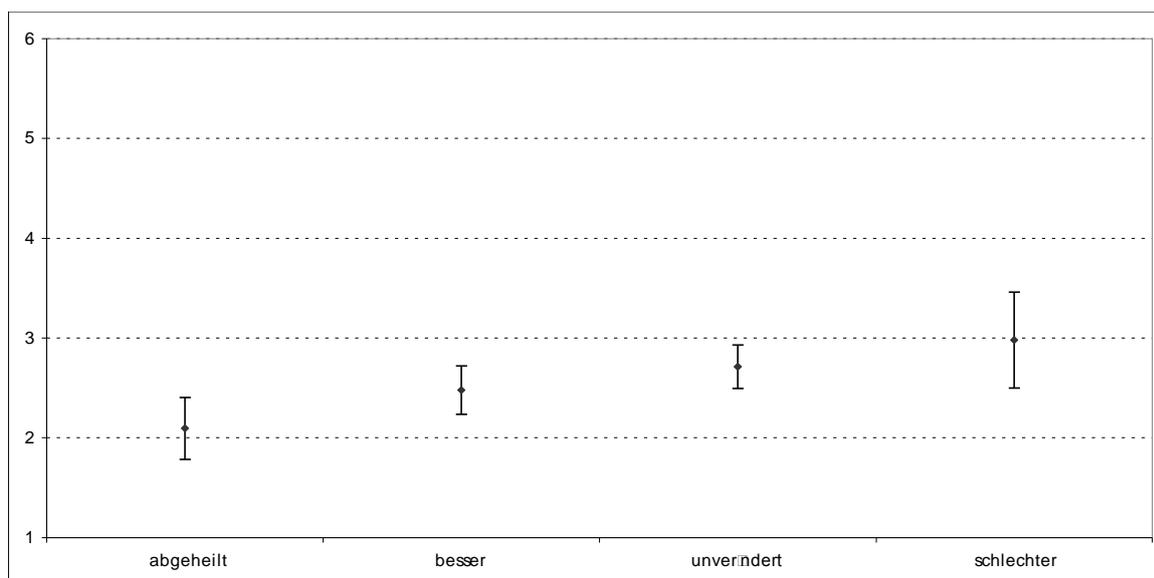


Abbildung 18: Durchschnittliche Note für die Beratung durch die gesetzlichen UVT in Abhängigkeit vom Erkrankungsverlauf (Varianzanalysetabelle)

⁸⁵ Bonferroni-Post-Hoc-Tests: abgeheilt: bessere Note für Beratung als unverändert und schlechter.

Einen ähnlichen Einfluss auf die Note kann beobachtet werden, wenn es zu einem Vergleich der Zufriedenheit des Versicherten mit seinem Beschäftigungsstatus kommt: Hier wird deutlich, dass es höchst signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gibt (59,51; df=4; 14,88; F=6,94; p<0,0001). Es zeigt sich deutlich, dass der Berufsverbleib ohne Änderung zu einer besseren Durchschnittsnote führt, als die Berufsaufgabe – unabhängig, ob diese nun in einem direkten Zusammenhang mit den Hauterscheinungen erfolgt (vgl. Abbildung 19). Der Berufsverbleib – auch mit Veränderungen am Arbeitsplatz bzw. in der Arbeitsorganisation wird dagegen signifikant besser beurteilt, als die Arbeitsplatzaufgabe, aufgrund der Hauterscheinungen.⁸⁶

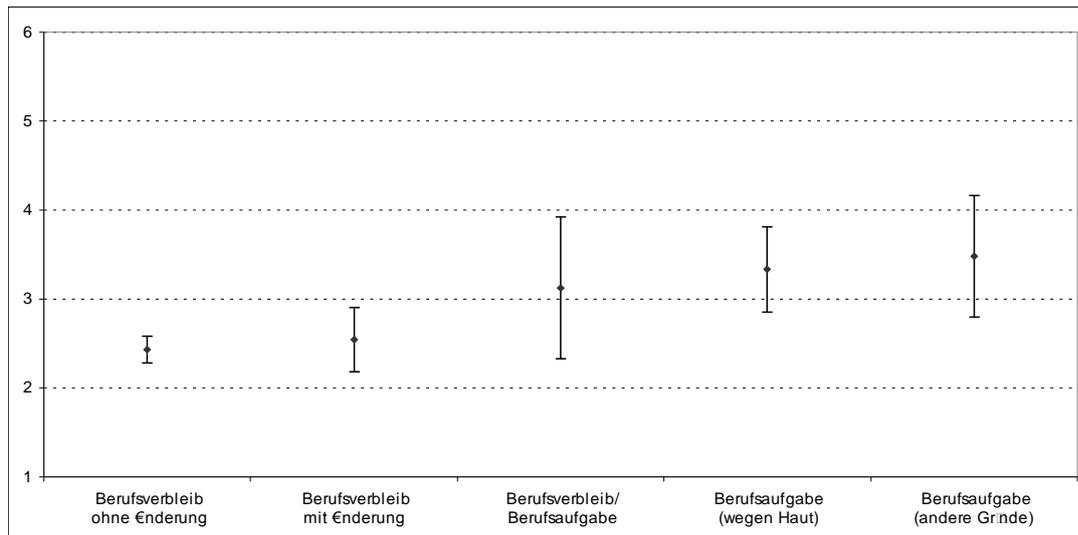


Abbildung 19: Durchschnittliche Note für die Beratung durch die gesetzlichen UVT in Abhängigkeit vom Berufsverbleib (Varianzanalysetabelle)

Insgesamt gibt es auch signifikante Unterschiede bei der Einschätzung der Beratungsqualitäten der einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträger, so wird die Beratungsqualität der Gruppe 3 besser beurteilt als Gruppe 1, Gruppe 2 und Gruppe 6.⁸⁷

➤ Kommunikation der gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit den Versicherten

Ein wichtiger Hinweis für die Qualität der Beziehung und auch für das Funktionieren der Prozesse, innerhalb des Stufenverfahrens Haut, ist natürlich auch die Häufigkeit und die Art der Kommunikation zwischen dem gesetzlichen Unfallversicherungsträger und den Versicherten. Bei der Analyse des Fragebogens „Versicherter“ konnte festgestellt werden, dass in 63 Prozent der Fälle im Beobachtungszeitraum ein Gespräch stattgefunden hat. In einem Viertel aller Fälle wurde sogar ein

⁸⁶ Bonferroni-Post-Hoc-Tests: Berufsverbleib ohne Änderung bessere Note als Berufsaufgabe (wegen Haut) und als Berufsaufgabe (andere Gründe). Berufsverbleib mit Änderung bessere Note als Berufsaufgabe (wegen Haut)

⁸⁷ Bonferroni-Post-Hoc-Tests: Gruppe 3 wird besser beurteilt als Gruppe 1, Gruppe 2 und Gruppe 6 (88,79; df=9; 9,87; F=4,69; p < 0,0001).

persönliches Gespräch zwischen Sachbearbeiter und Versichertem geführt (vgl. Abbildung 20).

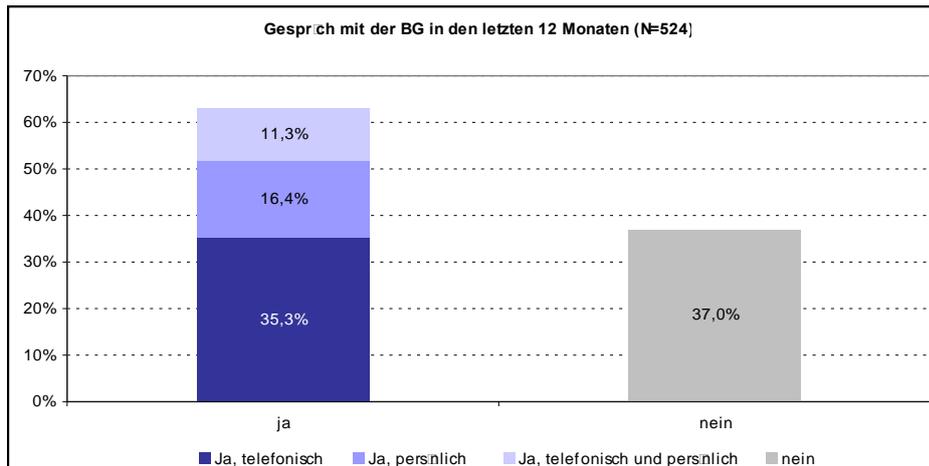


Abbildung 20: Hat es in den letzten 12 Monaten ein Gespräch mit Ihrer BG gegeben? (Mehrfachantworten möglich)

In fast 80 Prozent der Fälle erfüllte das Gespräch die Anforderungen der Versicherten voll umfänglich: Die gestellten Fragen wurden beantwortet, die Anliegen des Versicherten wurden ernst genommen und die Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungsträger wurden als freundlich eingestuft (vgl. Abbildung 21).⁸⁸

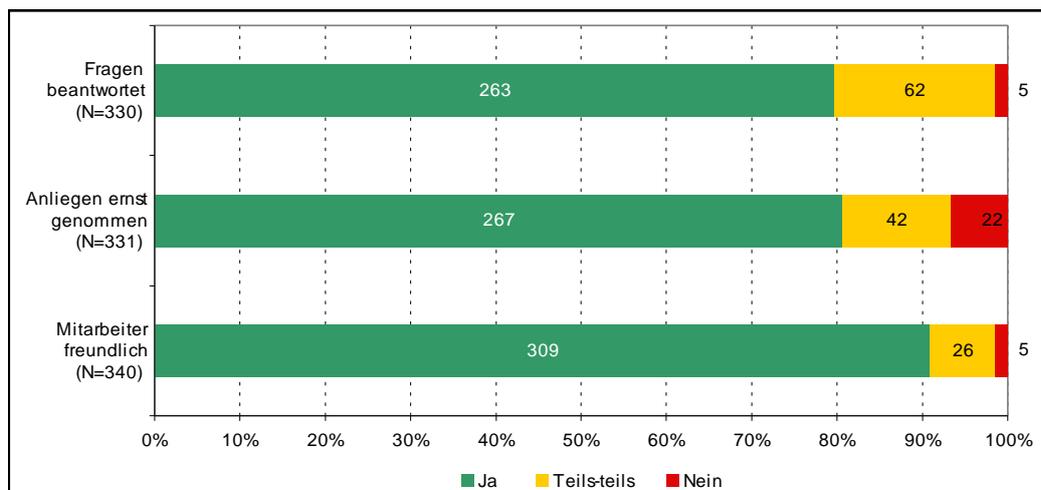


Abbildung 21: Zusammenfassender Überblick: Charakterisierung der Gespräche mit den gesetzlichen UVT durch den Versicherten.

Eine überwiegend gute Beurteilung durch die Versicherten bekamen auch die schriftlichen Mitteilungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. 73 Prozent der Befragten fanden die Mitteilung verständlich (vgl. Abbildung 22), nur drei Prozent fanden sie unverständlich; etwas überraschend allerdings: Ältere Versicherte (> 37 Jahre) stuften die Schreiben signifikant häufiger als verständlich ein als jüngere Versicherte ($\chi^2=7,9$; $df=2$; $p=0,019$).

⁸⁸ Für einen Überblick über die prozentualen Angaben, vgl. Anhang F.2.

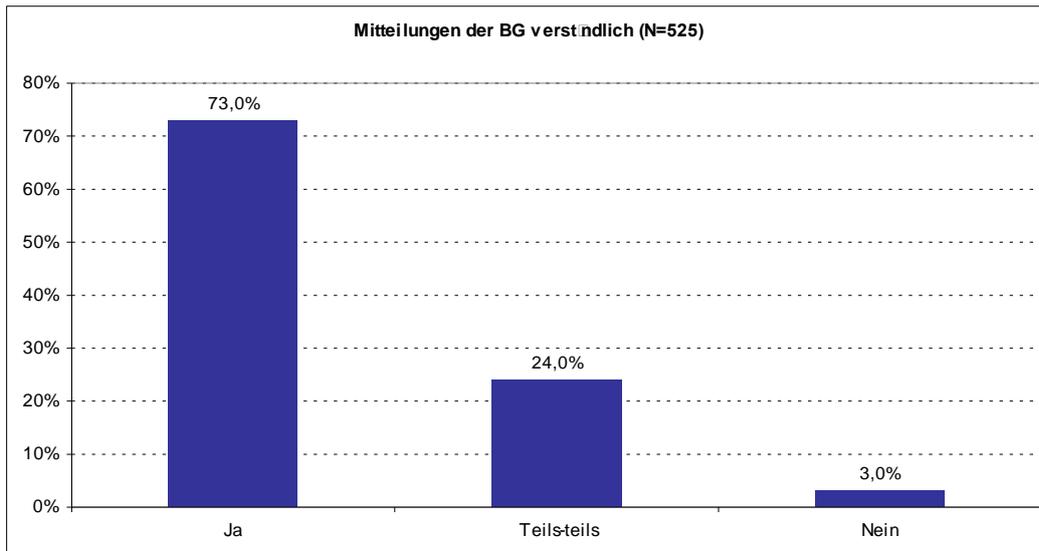


Abbildung 22: Verständlichkeit von Schreiben und schriftlichen Mitteilungen der gesetzlichen UVT.

Als ein weiterer wichtiger Punkt bei der Optimierung von Verfahren ist auch immer die Frage: Gibt es einen bekannten Ansprechpartner für den Kunden. Dies wurde in der Umfrage mit mehr als 50 Prozent bejaht (vgl. Tabelle 156).

Ansprechpartner BG bekannt	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
Nein	241	45,2	45,8	45,8
Ja	285	53,5	54,2	100,0
Summe	526	98,7	100,0	
Fehlend	7	1,3		
Gesamt	533	100,0		

Tabelle 156: Bekanntheitsgrad eines persönlichen Ansprechpartners bei den gesetzlichen UVT.

Hier kann zwar keine Signifikanz abgeleitet werden ($\chi^2=16,2$; $df=9$; $p=0,063$), aber zumindest eine deutliche Tendenz aufgezeigt werden, dass bei gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, bei denen der Ansprechpartner bekannt ist, die Einschätzung der Versicherten positiver ist als bei gesetzlichen Unfallversicherungsträgern, bei denen der Ansprechpartner nicht bekannt ist.

Ansprechpartner UVT bekannt	UVT-Gruppe										Gesamt
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nein	16	23	69	12	37	46	4	14	2	18	241
Ja	19	24	99	21	51	24	8	18	4	17	285
Gesamt	35	47	168	33	88	70	12	32	6	35	526

Tabelle 157: Bekanntheitsgrad eines persönlichen Ansprechpartners bei den gesetzlichen UVT, in Abhängigkeit von UVT.

5.5.2.2 Beurteilung einzelner Maßnahmen im Stufenverfahren Haut

Im Rahmen der Befragung der Versicherten wurden auch die besonderen therapeutisch-medizinischen Maßnahmen, die im Rahmen des Stufenverfahrens Haut entwickelt wurden („Osnabrücker Modell“) auf ihre Akzeptanz bei den betroffenen Versicherten untersucht.

➤ Beurteilung von Hautschutzseminarmaßnahmen

Die Gesundheitspädagogischen Seminare (Hautschutzseminare) wurden von den teilnehmenden Versicherten insgesamt als sehr hilfreich beurteilt. Fast 76 Prozent sahen in ihnen einen positiven Mehrwert, nur 5,7 Prozent sahen sie nicht als hilfreich an. Dabei ist auch zu bemerken, dass von den Versicherten, die (mindestens) ein Hautschutzseminar im Laufe des Beobachtungszeitraums durchlaufen haben, ein sehr hoher Prozentsatz an der Befragung teilnahm, insgesamt 212 Versicherte hatten an einem Hautschutzseminar teilgenommen und den Fragebogen beantwortet.

➤ Beurteilung von TIP Maßnahmen

Neben den Hautschutzseminaren wurde im Rahmen der Analyse auch nach den Maßnahmen zu der tertiären Individualprävention, den stationären Heilverfahren, gefragt. Hier haben insgesamt 63,6 der antwortenden Versicherten die Maßnahme als hilfreich eingeschätzt, während sich ein Viertel (25,0 Prozent) nicht ganz sicher war und 11,4 Prozent das stationäre Heilverfahren nicht als hilfreich empfanden. Auffallend war hier, dass einige Versicherte, die diese Frage beantwortet haben, im Beobachtungszeitraum überhaupt kein stationäres Heilverfahren besucht haben, allerdings ist nicht auszuschließen, dass sie zuvor schon an einer stationären Maßnahme teilgenommen haben.

5.5.2.3 Beurteilung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger

Neben der Zufriedenheit mit der Beratung und den durchgeführten Maßnahmen sollten die befragten Versicherten – ähnlich wie die Hautärzte – auch eine Einschätzung der Gesamtzufriedenheit mit den Versicherten abgeben. Auch bei den Versicherten fällt die Zufriedenheit mit den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern sehr hoch aus: 63,8 Prozent geben ihnen die Note zwei oder besser und sogar mehr als 91 Prozent geben den gesetzlichen UVT eine „ausreichende“ Beurteilung (Abbildung 22).

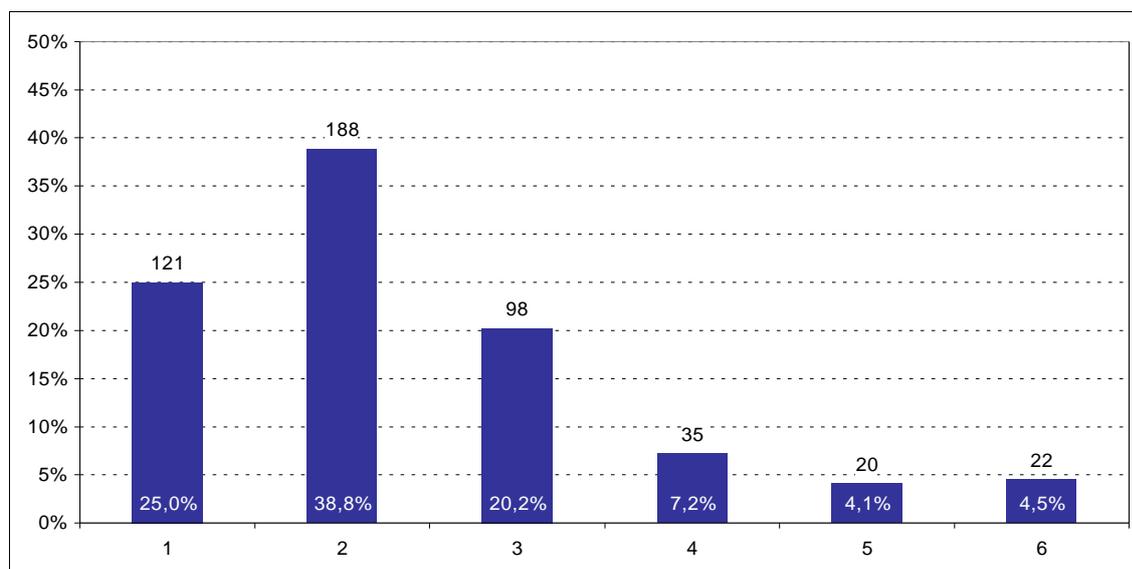


Abbildung 23: Gesamtnote der gesetzlichen UVT, durch die Versicherten

Auch bei der Bewertung der gesetzlichen UVT durch die Versicherten gibt es höchst signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen gesetzlichen UVT (46,43; df=9; 5,16; F=3,19; p=0,001): Dabei entsprechen die höchst signifikanten Unterschiede den beobachteten Unterschiede bei den befragten Hautärzten. Die UVT Gruppe 3 wird besser beurteilt als Gruppe 1, Gruppe 2 und Gruppe 6 (vgl. Tabelle 158 u. Abbildung 24).

Beurteilung Beratung durch UVT (Schulnote)	N	Mittelw.	Std.abw.	Std.fehler	95%-KI		Min.	Max.
					UG	OG		
1	32	3,16	1,61	0,28	2,58	3,74	1	6
2	43	3,16	1,63	0,25	2,66	3,67	1	6
3	160	2,16	1,22	0,10	1,97	2,35	1	6
4	31	2,58	1,41	0,25	2,06	3,10	1	6
5	84	2,60	1,45	0,16	2,28	2,91	1	6
6	60	3,22	1,74	0,22	2,77	3,67	1	6
7	11	3,55	1,51	0,45	2,53	4,56	1	6
8	27	2,37	1,47	0,28	1,79	2,95	1	6
9	5	2,80	2,05	0,92	0,26	5,34	1	6
10	30	2,47	1,43	0,26	1,93	3,00	1	6
Gesamt	483	2,62	1,50	0,07	2,49	2,75	1	6

Tabelle 158: Bewertung der gesetzlichen UVT durch die Versicherten

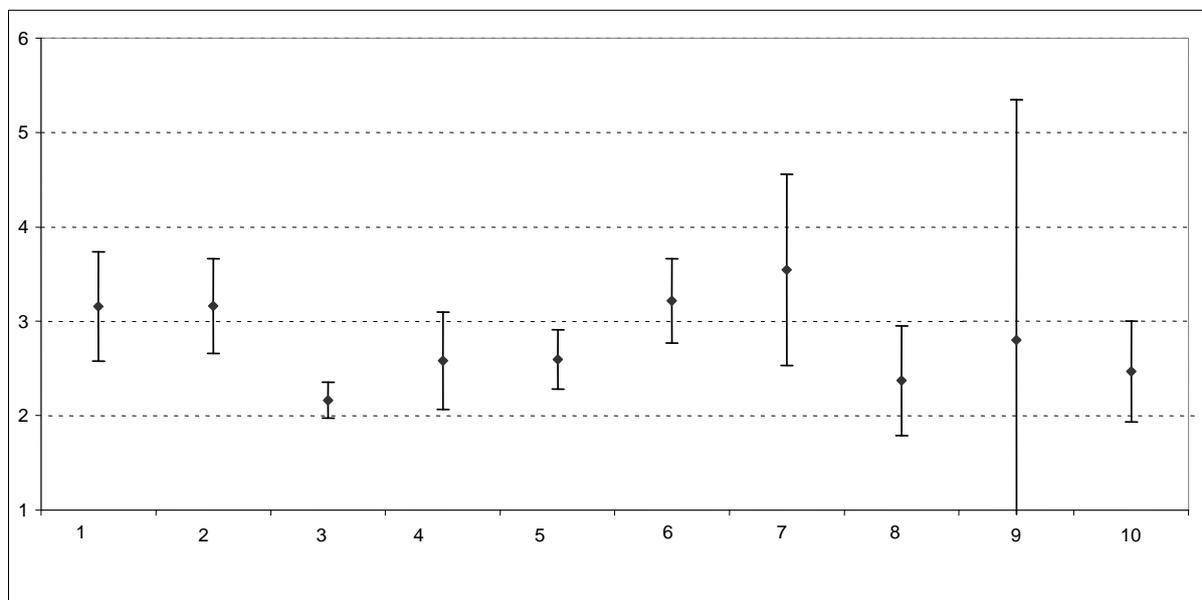


Abbildung 24: Durchschnittliche Note der Bewertung der gesetzlichen UVT durch die Versicherten (Varianzanalysetabelle)

Es kann aber auch deutlich gezeigt werden, dass die Zufriedenheit der Versicherten noch von weiteren Faktoren abhängt: Zum einen der Prozessqualität und zum anderen der Ergebnisqualität. So beurteilen Versicherte, die an einem Hautschutzseminar teilgenommen haben im höchst

signifikanten Maße die gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit einer besseren Note, als Versicherte, die nicht an einem Hautschutzseminar teilgenommen haben ($\chi^2=31,2$; $df=5$; $p<0,001$) (vgl. Tabelle 159).

Gesamtnote BG (Schulnote)		Cluster_SIP		Gesamt
		kein SIP	SIP	
1	Anzahl	63	58	121
	Korrigierte Residuen	-4,3	4,3	
2	Anzahl	122	66	188
	Korrigierte Residuen	-1,1	1,1	
3	Anzahl	78	20	98
	Korrigierte Residuen	2,8	-2,8	
4	Anzahl	30	5	35
	Korrigierte Residuen	2,4	-2,4	
5	Anzahl	18	2	20
	Korrigierte Residuen	2,2	-2,2	
6	Anzahl	17	5	22
	Korrigierte Residuen	1,0	-1,0	
Gesamt		328	156	484

Tabelle 159: Bewertung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger in Abhängigkeit von der Hautschutzseminarteilnahme

Eine signifikante Unterscheidung der Schulnote in punkto Ergebnisqualität kann auch gezeigt werden, wenn man die Ergebnisse der Versichertenbefragung in Abhängigkeit von der Zielgröße „Arbeitsplatzerhalt“ auswertet. So geben die Versicherten aus der Gruppe Berufsverbleib ohne Änderung höchst signifikant bessere Noten als aus den Gruppen Berufsverbleib/Berufsaufgabe und Berufsaufgabe (wegen Haut) ($38,07$; $df=4$; $9,52$; $F=5,89$; $p<0,0001$) (vgl. Abbildung 25).

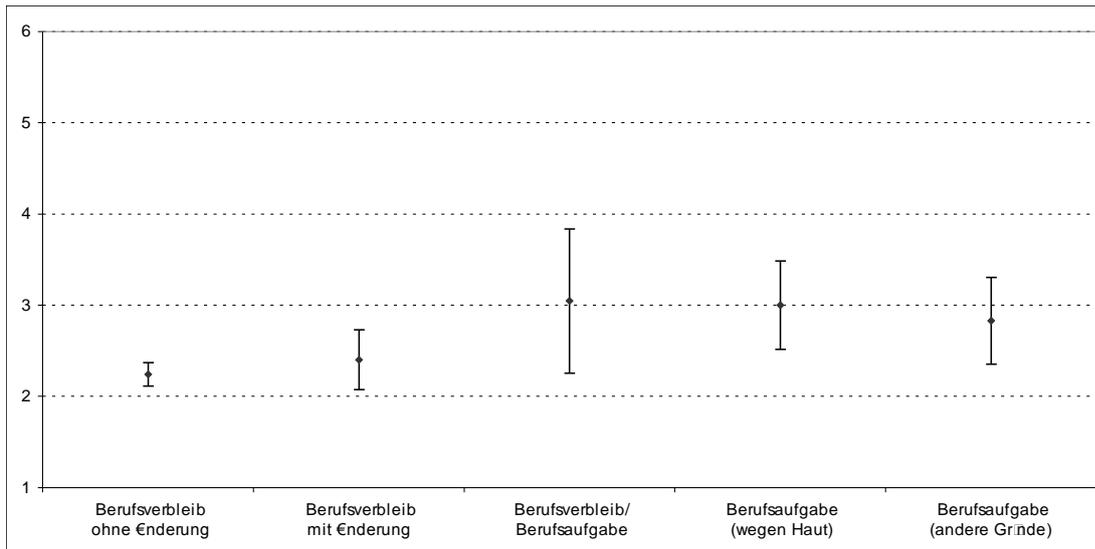


Abbildung 25: Mittelwerte und 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtnote der unterschiedlichen Gruppen nach Beschäftigungsstatus (Varianzanalysetabelle)

Von den Versicherten werden die Mitarbeiter der gesetzlichen Unfallversicherungsträger insgesamt als sehr freundlich eingeschätzt und die Arbeit der gesetzlichen UVT wird insbesondere als sehr professionell charakterisiert. Auch in den Punkten Flexibilität und Fortschrittlichkeit landen die UV-Träger nach Einschätzung der Versicherten noch bei Werten über siebzig Prozent im sehr guten Bereich der Skala (Werte 7 – 10 / bei Skalierung von 0 – 10) und selbst in der Einschätzung der Bürokratie der Prozesse sowie der Verwaltungsabläufe liegen die gesetzlichen UV-Träger mit der Charakterisierung „unbürokratisch“ noch knapp über 50 Prozent (vgl. auch Anhang F.2). In der Tendenz kann damit gesagt werden, dass die Charakterisierung der Versicherten noch etwas besser ausfällt, als die der Hautärzte.

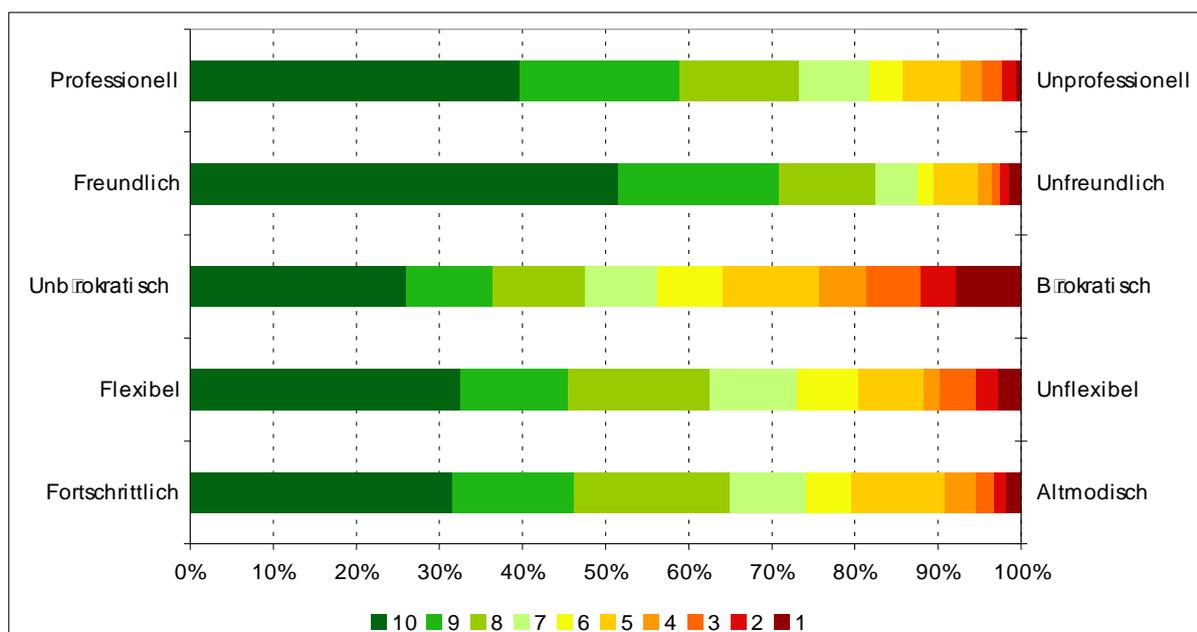


Abbildung 26: Einschätzung der Mitarbeiter der gesetzlichen UVT seitens der Versicherten

5.5.3 Zusammenfassung Akzeptanz und Zufriedenheit der Hautärzte und Versicherten

Die Zufriedenheit der Versicherten und Hautärzte mit dem optimierten Hautarztverfahren und dem Stufenverfahren Haut scheint bezogen auf die gesetzlichen Unfallversicherungsträger insgesamt sehr hoch zu sein. Die generelle positive Beurteilung der Hautärzte und der Versicherten lässt sich auch anhand der sehr ähnlichen Einzelbeurteilung und Charakterisierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zeigen.

Verbesserungspotenzial für die gesetzlichen UVT gibt es aus Sicht der Hautärzte vor allem noch bei der zügigeren Validierung der Erstberichte und der daraus resultierenden Erteilung / Übernahme eines dermatologischen Behandlungsauftrags und bei einer weiteren Ausweitung des Angebots an gesundheitspädagogischen Verfahren für die Versicherten. Hier wie auch an einigen anderen Stellen wird insbesondere auf eine Harmonisierung und Standardisierung der Verfahren und Angebote der einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträger Wert gelegt, auch im Hinblick einer gleichmäßigen Qualität der Versorgung der Versicherten.

Die Gesundheitspädagogischen Seminare, aber auch die Angebote der tertiären Individualprävention führen zu einer sehr hohen Zufriedenheit bei den Versicherten. Gerade i.V.m. den Gesundheitspädagogischen Seminaren kann auch gezeigt werden, dass diese Versorgungsmaßnahmen auch zu einer signifikant besseren Beurteilung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger führen. Dies lässt sich auch in Verbindung bringen mit den identifizierten Strategien der UVT Gruppen (vgl. Abschnitt 5.3). Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass die erreichte Ergebnisqualität, ebenso wie die Prozessqualität einen erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit der Versicherten hat und die Strukturqualität (Kenntnis der Ansprechpartner / Form der Kommunikation) in diesem Sinne nur eine notwendige Bedingung darstellt.

Ein Problemfeld sehen alle Beteiligten Akteure – auch die Sachbearbeiter – bei der Versorgung der Versicherten mit Hautschutz / PSA in den einzelnen Betrieben. Ein klares Indiz, dass eine kompetente Beratung und Unterstützung in Fragen des Hautschutzes / PSA auch für die Versicherten hilfreich ist und gerne angenommen wird, zeigt die Antwort auf die Frage, ob die empfohlenen Hautschutzmaßnahmen des Hautarztes hilfreich waren. Mehr als 85 Prozent der Versicherten stimmt dieser Aussage zu und nur zwei Prozent der Versicherten probiert diese Maßnahmen überhaupt nicht aus (vgl. Abbildung 28).⁸⁹

⁸⁹ Eine zusammenfassende Analyse zu den Erkenntnissen des betrieblichen Hautschutzes findet sich in Kapitel 5.6.

5.6 Analyse und Bewertung des Hautschutzes in den Betrieben

Eine wichtiger Erfolgsfaktor im Rahmen der Verbesserung des Hautschutzes hat sich zusätzlich im Rahmen der Untersuchung noch einmal deutlich herauskristallisiert: Die Versorgung mit Persönlicher Schutzausrüstung / Hautschutz in den einzelnen Betrieben. Die Analyse der einzelnen Fälle mit „Berufsaufgaben“ in der Beobachtungsperiode haben ergeben, dass in Fällen, in denen die Versorgung mit den Schutz- und Pflegeprodukten für die Haut nicht genau eingeschätzt werden kann, in einem signifikant höheren Maße der Arbeitsplatz aufgegeben wurde, als in Fällen, bei denen die Versorgung als gesichert angesehen wurde ($\chi^2=31,466$; $df=9$; $p<0,001$).

Kreuztabelle

			Berufsverbleib_2stufig		Gesamt
			Berufsaufgab e	Berufsverblei b	
Werden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt?	nein	Anzahl	18	89	107
		% innerhalb von Werden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt?	16,8%	83,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,4	-,2	
	ja	Anzahl	44	325	369
		% innerhalb von Werden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt?	11,9%	88,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,6	,7	
	nicht beurteilbar	Anzahl	44	175	219
		% innerhalb von Werden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt?	20,1%	79,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,8	-,8	
Gesamt		Anzahl	106	589	695
		% innerhalb von Werden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt?	15,3%	84,7%	100,0%

Tabelle 160: Einschätzung der Fälle, ob PSA / Hautschutz zur Verfügung gestellt wurde in Abhängigkeit vom Verlust des Arbeitsplatzes im Beobachtungszeitraum.

Bei einer Analyse der Fälle im Zeitablauf stellt sich heraus, dass die wirkungsvollste Maßnahme zur Verbesserung der PSA / des Hautschutzes in den Betrieben, die Übernahme der PSA / des Hautschutzes durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger – zumindest für eine gewisse Zeit - darstellt (vgl. Tabelle 161): Diese direkte Maßnahme erweist sich in diesem Punkt auch als deutlich wirksamer, wie beispielsweise die Durchführung bzw. Teilnahme an SIP- / TIP- Maßnahmen einzelner Versicherter. Als negativ muss in diesem Zusammenhang auch bewertet werden, dass in Fällen, in denen lediglich ein dermatologischer Behandlungsauftrag erteilt wurde, in 27,1 Prozent der Fälle auch aufgrund der Verlauf- und Zwischenberichterstattung kein Urteil über die Versorgung mit PSA / Schutzausrüstung möglich war, bzw. in zusätzlichen 9,5 Prozent der Fälle dies durch die Verwaltung nicht zu beurteilen war, allerdings fallen die Ergebnisse bei Fällen mit SIP- / TIP- Maßnahmen in diesem Punkt auch nicht deutlich positiver aus.

			Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln				Gesamt
			nein	ja	aus F6052 nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
Cluster 1 Niederschwellige Maßnahme	Anzahl		95	31	54	19	199
	% innerhalb von Cluster		47,7%	15,6%	27,1%	9,5%	
	Standardisierte Residuen		-1,4	,3	2,7	-,7	
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Anzahl		151	33	25	18	227
	% innerhalb von Cluster		66,5%	14,5%	11,0%	7,9%	
	Standardisierte Residuen		2,3	-,1	-2,7	-1,5	
SIP Maßnahme	Anzahl		148	40	59	44	291
	% innerhalb von Cluster		50,9%	13,7%	20,3%	15,1%	
	Standardisierte Residuen		-1,0	-,4	,5	1,9	
TIP Maßnahme	Anzahl		19	6	4	4	33
	% innerhalb von Cluster		57,6%	18,2%	12,1%	12,1%	
	Standardisierte Residuen		,2	,5	-,9	,1	
Gesamt	Anzahl		413	110	142	85	750
	% innerhalb von Cluster		55,1%	14,7%	18,9%	11,3%	

Tabelle 161: Einschätzung der Versorgung mit PSA / Hautschutz auf Grundlage der Verlauf- und Zwischenberichterstattung in Abhängigkeit von Maßnahmen Cluster.

Die dermatologischen Gutachter kamen schon im Zusammenhang mit der Erstberichterstattung auf die Aussage, dass in 30,4 Prozent der Fälle die Angaben zur persönlichen Schutzausrüstung, entweder als nicht bearbeitet oder als unvollständig eingestuft werden können (vgl. Abbildung 27).

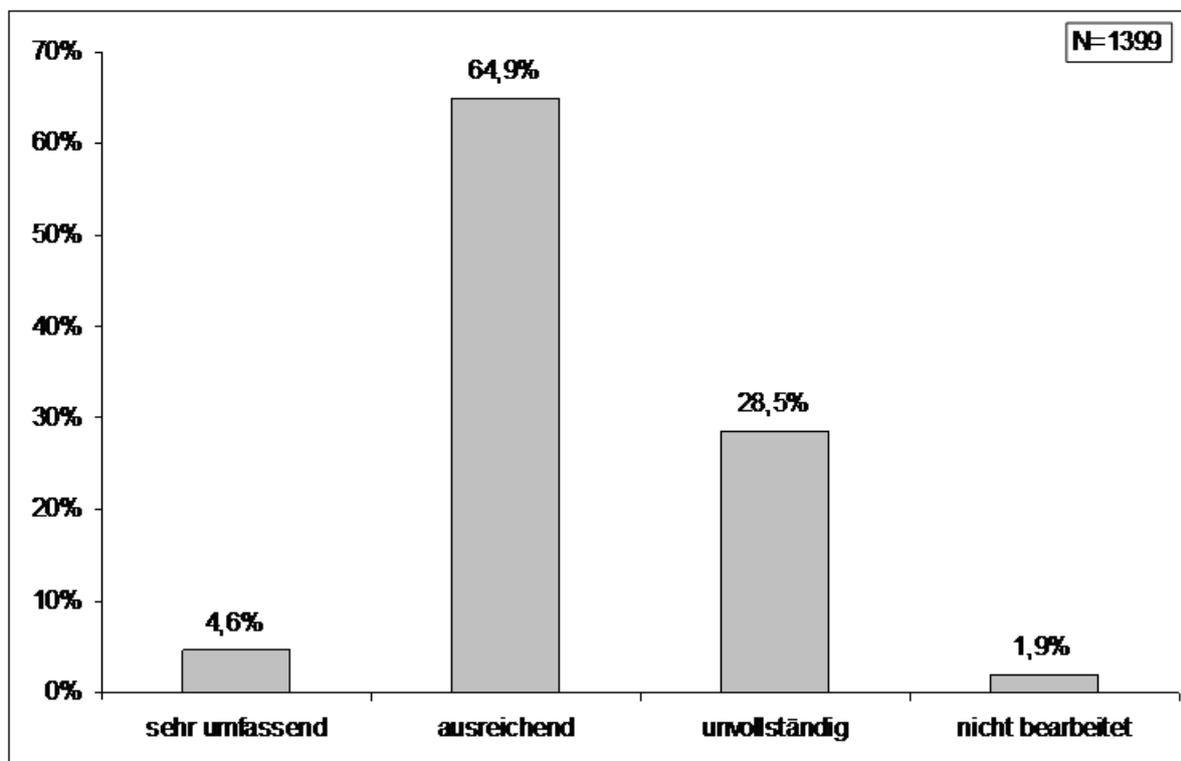


Abbildung 27: Qualität der Angaben zur Schutzausrüstung bei Erstmeldung

Die Bewertung der Qualität der Angaben zur schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz aus Sicht der berufsdermatologischen Gutachter korreliert mit der Einschätzung aus Sicht der Sachbearbeiter. Werden die Angaben zu schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz als „mindestens ausreichend“

eingestuft, so beantworten die Sachbearbeiter die o.g. Frage [Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben (Punkt 3.1-3.3)] häufiger mit „ja“, bei „nicht ausreichenden“ Angaben häufiger mit „nein“ ($\chi^2=24,0$; $df=1$; $p<0,001$).

Die Analyse der Versicherten Fragebögen hat ergeben, dass die Hautärzte in den meisten Fällen im Rahmen des dermatologischen Behandlungsauftrags, Empfehlungen an die Versicherten zum Hautschutz am Arbeitsplatz geben. Ein Teil dieser Informationen wird aber innerhalb des Verfahrens nicht weiter transportiert bzw. nicht in der Berichterstattung für die gesetzlichen Unfallversicherungsträger aufgenommen. Die routinemäßige Weiterleitung der Empfehlungen vom Arzt an den gesetzlichen Unfallversicherungsträger stellt ein Ansatzpunkt zur zielgerichteten Verbesserung des Verfahrens dar. Diese Informationen sind in vielen Fällen nämlich steuerungsrelevant und ein wichtiger Ansatzpunkt für die Optimierung der individuellen Arbeitsbedingungen.

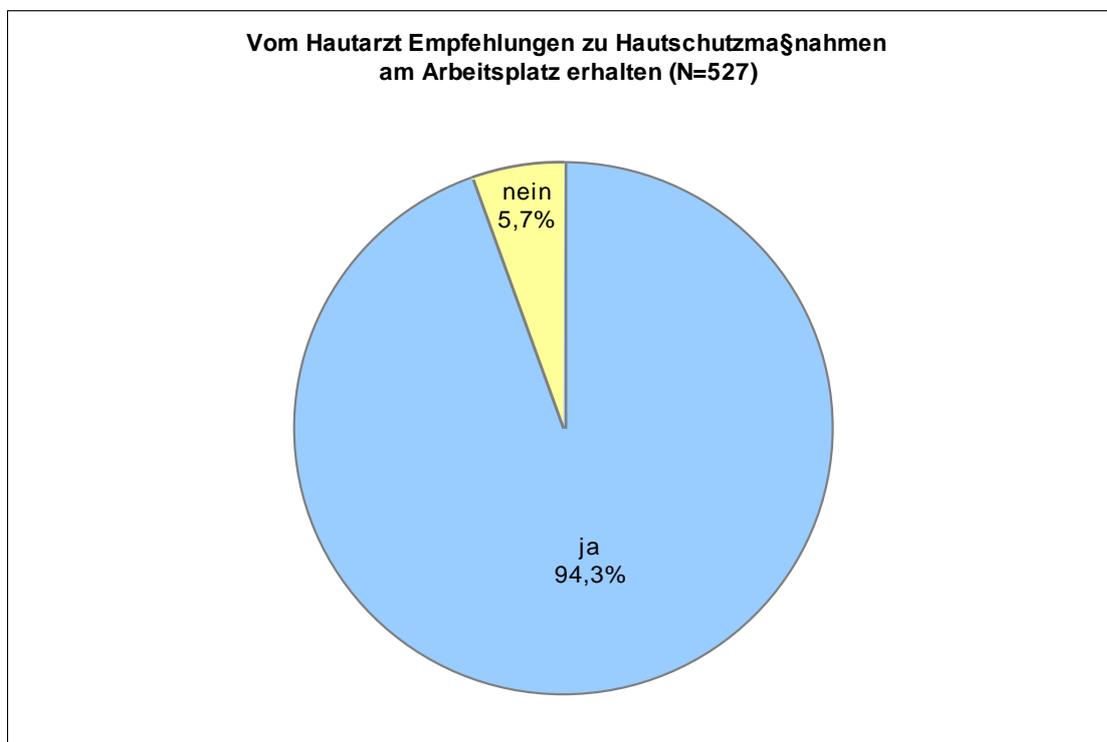


Abbildung 28: Haben Sie vom Hautarzt Empfehlungen zu Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz (Verwendung von Hautschutz- und Hautpflegecremes, Handschuhen, etc.) erhalten?

Auch von den Versicherten werden die Empfehlungen des Arztes in den meisten Fällen als hilfreich bzw. sehr hilfreich und zielführend angesehen. Lediglich 12,6 Prozent der Versicherten sehen diese Vorschläge als „überhaupt nicht hilfreich“ an und zwei Prozent der Versicherten wenden sie in der Praxis nicht an (vgl. Abbildung 29).

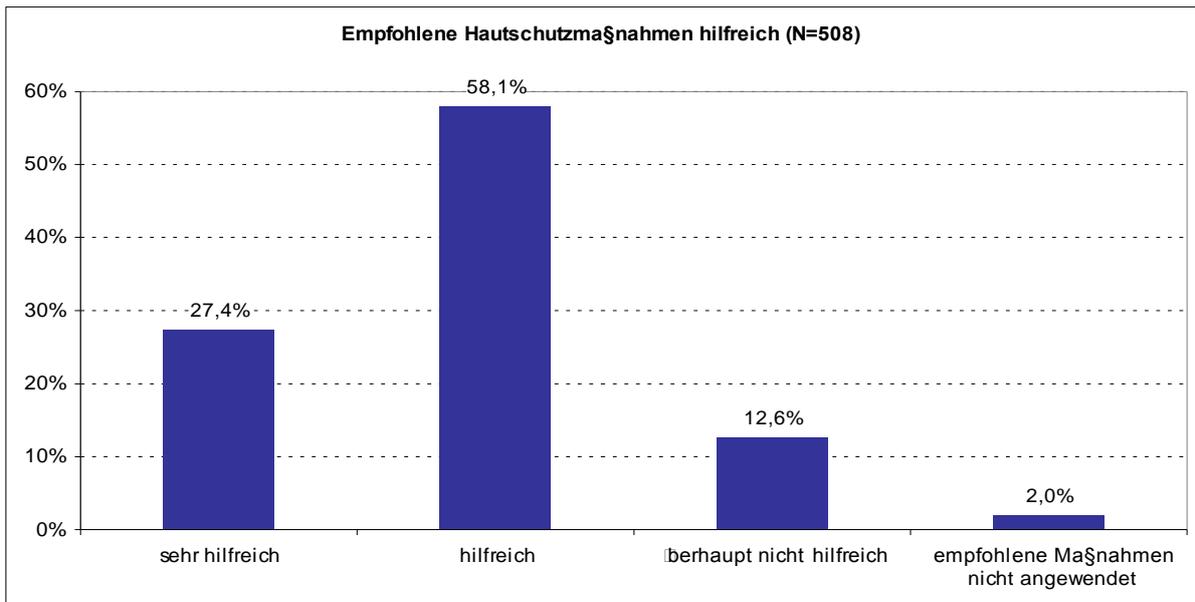


Abbildung 29: Einschätzung der empfohlenen Hautschutzmaßnahmen des Hautarztes durch den Versicherten.

Ein zu prüfender Punkt in Rahmen der §3-Maßnahmen zur Verhinderung des Eintritts einer BK 5101 wäre neben der Optimierung des Informationsflusses in punkto Hautschutz zwischen den Hautärzten und der Verwaltung (ggf. auch zwischen den Betrieben und der Verwaltung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger), die Bereitschaft der gesetzlichen Unfallversicherungsträger die PSA / den Hautschutz für eine gewisse Phase in einzelnen Verdachtsfällen zu übernehmen, um die Wichtigkeit dieser Maßnahme der Individualprävention an den einzelnen Gefährdungsstellen weiter zu betonen und in die Betriebe hinein ein positive Signalwirkung zu haben und die Akzeptanz der Vorsorgemaßnahmen weiter zu erhöhen.

Nach Angaben der gefährdeten Versicherten wurde nämlich in den Verdachtsfällen – auch nach Meldung – nur in 53,1 Prozent die benötigte PSA / Hautschutz von den Arbeitgebern ganz bzw. teilweise zur Verfügung gestellt wird, während immerhin in 32,7 Prozent der Fälle ein Teil der Hautschutzprodukte von den Versicherten selbst erworben wird. Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger übernehmen in 34,8 Prozent der Fälle den Hautschutz selbst und stellen in 38,7 Prozent der Fälle teilweise den Hautschutz über ein ärztliches Rezept zur Verfügung.

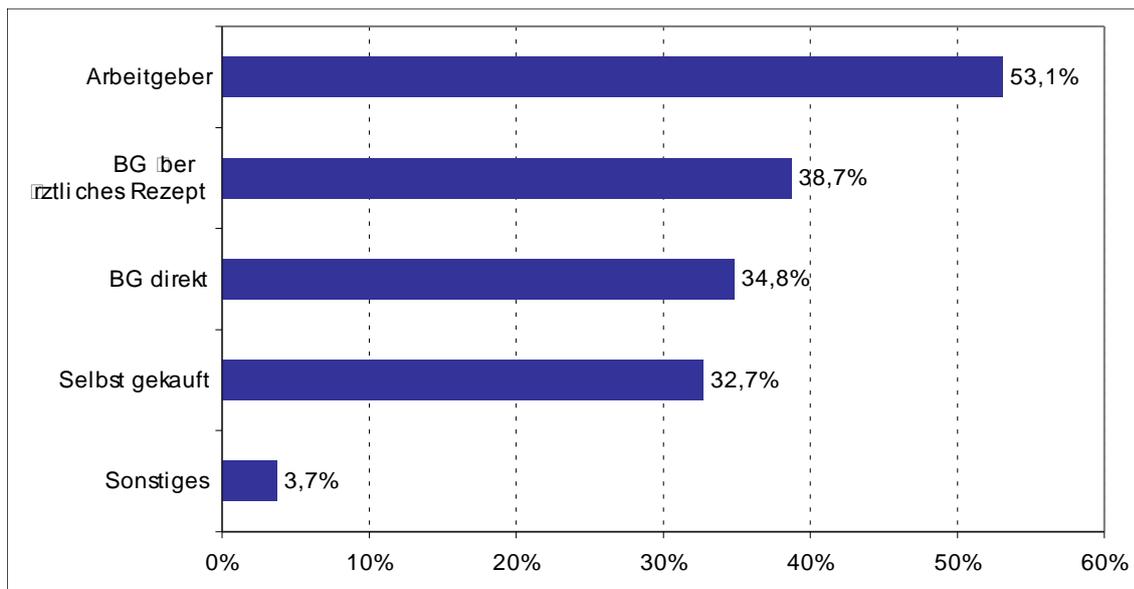


Abbildung 30: Durch wen wurden die empfohlenen Hautschutzprodukte zur Verfügung gestellt

Eine weitere Möglichkeit eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Betrieben zu erreichen, könnte auch eine bessere betriebsärztliche Versorgung der einzelnen gefährdeten Versicherten sein. Bei einer Analyse der betriebsärztlichen Versorgungssituation ergibt sich, dass insbesondere für Mitarbeiter im Küchen- und Lebensmittelbereich sowie in den Lagereiberufen die Abdeckung nur unzureichend ist. Positiv stellt sich die Situation dagegen in den Metallberufen und im Bereich der Gesundheitswirtschaft dar ($\chi^2=23,1$; $df=8$; $p=0,003$) (vgl. Tabelle 162).

Beratung Betriebsarzt		Berufsgruppe									Gesamt
		Metallgewerbe	Baugewerbe	Gesundheit	Reinigungsberufe/ Hauswirtschaft	Friseur	Küche/ Lebensmittel	Gärtnerei/ Landwirtschaft	Lagereiberufe/ Einzelhandel/ Büro	Sonstige	
Nein	Anzahl	63	33	86	33	20	66	13	28	22	364
	Korrigierte Residuen	-2,6	,4	-2,4	-,1	,5	2,8	1,7	2,0	,4	
Ja	Anzahl	38	11	47	13	6	11	1	4	7	138
	Korrigierte Residuen	2,6	-,4	2,4	,1	-,5	-2,8	-1,7	-2,0	-,4	
	Gesamt	101	44	133	46	26	77	14	32	29	502

Tabelle 162: Betriebsärztliche Versorgung der Versicherten nach den einzelnen Berufsgruppen.

➤ **Fazit**

Die Versorgung mit persönlicher Schutzausrüstung und Hautschutz für den Versicherten in den einzelnen Betrieben stellt neben anderen Faktoren einen entscheidenden Erfolgsfaktor für das Ziel des Stufenverfahrens Haut dar: Den langfristigen Erhalt des Arbeitsplatzes und die Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Teilweise werden die notwendigen Informationen zwar im Verfahren erzeugt, werden dann aber nicht zielgerichtet an alle Verfahrensbeteiligte kommuniziert. Dies deutet auf Informations- und ggf. Dokumentationslücken hin, die evtl. durch eine Weiterentwicklung der vorhandenen Regelberichterstattung überwunden werden könnte (F6050 bzw. F6052).

Darüber hinaus sollte zukünftig mit den Betrieben ein weiterer wichtiger Stakeholder noch stärker in das Verfahren einbezogen werden, dies würde nicht nur die Nachhaltigkeit der Verbesserung der Präventions- und Versorgungssituation des einzelnen Versicherten verbessern, sondern könnte einen wirtschaftlichen Beitrag zum Erfolg der betroffenen Betriebe leisten.

5.7 Zusammenfassung der Ergebnisse und analysierten Ursachen-/Wirkungszusammenhänge

Durch die Einführung des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut wurden ein ärztlicher Versorgungsansatz und ein komplementäres Verwaltungsverfahren geschaffen, das in Kombination die Qualität für alle Beteiligten erhöhen und die Gesamtkosten senken soll. Insgesamt ist die praktische Umsetzung des Systems in der Praxis gelungen. Dies wird deutlich belegt durch die sinkende Zahl an anerkannten BK 5101 Fällen, bei einer steigenden Anzahl von Verdachtsmeldungen.

Die Hautärzte haben die entsprechenden Instrumente angenommen und liefern mit den unterschiedlichen Berichten, die für das gesteuerte Verwaltungshandeln notwendigen Informationen in einer guten bis sehr guten Qualität. Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger sind in der Lage, die Informationen zielgerichtet einzusetzen und die notwendigen Maßnahmen nach §3 BKV einzuleiten und so die Fälle entsprechend den gesetzten Zielen zu steuern und den Eintritt einer Berufskrankheit, die zur Aufgabe des Arbeitsverhältnisses führt, zu verhindern.

Dabei wurde in der Untersuchung deutlich, dass der optimierte Hautarztbericht (F6050) von elementarer Bedeutung für die Steuerung der Fälle ist, insbesondere stellen die Angaben zur beruflichen Verursachung und die Beschreibung und Einstufung der gefährdungstypischen Hauterscheinungen einen kritischen Erfolgsfaktor für die Einleitung des Verfahrens dar.

Optimierungsansätze für das verwaltungsseitige Stufenverfahren ergeben sich, im Abgleich mit den dermatologischen Gutachtern, bei allen gesetzlichen Unfallversicherungsträgern noch in der Anzahl der Fälle, in denen Verfahren eingeleitet werden. Außerdem sollten ggf. noch intensivere persönliche Beratungen mit den Versicherten durchgeführt werden. Dies führt zu einer höheren Akzeptanz der Verfahren und der gesetzlichen Unfallversicherungsträger bei den Hautärzten und den Versicherten und trägt - durch den zu erwartenden Informationsgewinn - dazu bei, die Qualität der eingeleiteten Maßnahmen weiter zu verbessern.

Zur weiteren Steigerung der Qualität der Verfahren ist künftig anzustreben, Zielvorgaben für die Durchführung einzelner Prozessschritte (z.B. Erteilung des Behandlungsauftrags), innerhalb der einzelnen Verwaltungen zu geben. Dieser Ansatz könnte noch einmal zur Steigerung der Wirkung beitragen und damit auch die Ergebnisqualität nachhaltig positiv beeinflussen.

Die dargestellte sinkende Anzahl an anerkannten BK 5101 Fällen seit 2005 / 2006 zeigt deutlich auf, dass die Optimierung der Verfahren eines der Hauptziele erreicht. Die Ergebnisse der Studie belegen darüber hinaus, dass in fast 85 Prozent der Fälle das Beschäftigungsverhältnis nach einer Verdachtsanzeige (in 88 % mit dem F6050) erhalten werden kann. Zur Verbesserung der Ergebnisse müsste von Beginn an ggf. eine noch stärkere Beachtung der Risikofaktoren und Warnhinweise (dokumentierte Arbeitsunfähigkeitszeiten, Hinweise des Hautarztes) erfolgen und der Betrieb noch stärker in die Präventions- und Versorgungsbemühungen eingebunden werden (einschl. anlassbezogener arbeitsmedizinischer Untersuchungen gemäß der DGUV V2). Auf Seiten der eingeleiteten Maßnahmen ist ein möglichst flächendeckender Einsatz von Hautschutzseminaren und – falls angezeigt – die frühzeitige Durchführung eines stationären Heilverfahrens angezeigt.

Diese Maßnahmen tragen zumindest mittelfristig auch zur Reduktion der Arbeitsunfähigkeitszeiten bei, die sowohl für die Solidargemeinschaft der Versicherten, als auch für die einzelnen Betriebe, denen ansonsten hohe kostentechnischen Belastungen führen, förderlich sind. Ein weiterer wichtiger

Faktor zur Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten ist die konsequente Optimierung der persönlichen Schutzausrüstung und des Hautschutzes am jeweiligen Arbeitsplatz.

Der Einsatz der finanziellen Mittel, der für diese Maßnahmen notwendig ist und zu einer Steigerung der durchschnittlichen Kosten der ambulanten Heilverorgung (u.U. auch stationäre Heilverorgung) führt, kann unter Berücksichtigung der dadurch erzielten Reduktion der Aufwendungen für Renten bzw. für Leistungen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben als sehr kosteneffizient angesehen werden.

Bei der Analyse der Verdachtsmeldungen auf hautbedingte Berufserkrankungen 5101 lassen sich vier unterschiedliche Interventionsstrategien identifizieren. Diese Interventionsstrategien lassen sich in vielen Fällen mit verschiedenen UVT-Gruppen in Übereinstimmung bringen. Auf dieser Grundlage ist es dann möglich, die unterschiedliche Gesamtbearbeitung der Prozesse sowohl in Abhängigkeit der Maßnahmen als auch in Abhängigkeit der UVT-Gruppen zu analysieren und im Folgenden auch zu bewerten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Durchführung der Maßnahmen nach §3 BKV in über 70 Prozent zu einer Abheilung bzw. Verbesserung des Gesundheitszustands im Beobachtungszeitraum geführt hat. Dabei lässt sich auch feststellen, dass mit dem Einsatz einer Kombination von niederschweligen Maßnahmen bessere Ergebnisse bei Erreichung des Ziels „Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes“ erzielt werden. Wirksam sind auch Verfahren in Kombination mehrerer niederschweliger Maßnahmen, insbesondere, wenn dabei die besondere betriebliche und organisatorische Situation des Versicherten mit einbezogen wird. Positive Effekte im Bereich der Verringerung der dokumentierten Arbeitsunfähigkeitszeiten werden vor allem durch Hautschutzseminare erzielt. Die beschriebenen Maßnahmen können insgesamt als kosteneffizient angesehen werden.

Die Zufriedenheit der Versicherten und Hautärzte mit dem optimierten Hautarztverfahren und dem Stufenverfahren Haut ist bezogen auf die gesetzlichen Unfallversicherungsträger insgesamt sehr hoch. Dies lässt sich auch anhand der positiven Charakterisierung der Unfallversicherungsträger durch beide Stakeholder belegen.

Verbesserungspotenzial für die gesetzlichen UVT gibt es aus Sicht der Hautärzte vor allem noch bei der zügigeren Validierung der Erstberichte und der daraus resultierenden Erteilung / Übernahme eines dermatologischen Behandlungsauftrags und bei einer weiteren Ausweitung des Angebots an Hautschutzseminaren für die Versicherten. Daneben wird insbesondere auf eine weitere Harmonisierung und Standardisierung der Verfahren und Angebote der gesetzlichen Unfallversicherungsträger Wert gelegt, auch im Hinblick auf eine gleichmäßige Qualität der Versorgung der Versicherten.

Bei den Versicherten führen die Hautschutzseminare und auch die Angebote der tertiären Individualprävention zu einer sehr hohen Zufriedenheit. Insgesamt kann festgehalten werden, dass die erreichte Ergebnisqualität (Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes), ebenso wie die Prozessqualität einen erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit der Versicherten hat und die Strukturqualität (Kenntnis der Ansprechpartner / Form der Kommunikation) in diesem Sinne nur eine notwendige Bedingung darstellt.

Ein von allen beteiligten Akteuren identifiziertes Problemfeld ist die Versorgung der Versicherten mit Hautschutz / PSA in den Betrieben bzw. an den einzelnen Arbeitsplätzen. Insbesondere der Optimierung des persönlichen Hautschutzes / PSA sollte zukünftig noch größere Bedeutung beigemessen werden. Hier sollte sowohl die stärkere Einbeziehung des Betriebsarztes vor Ort angestrebt werden, als auch auf die stärkere Einbindung der Betriebe insgesamt als eigene Anspruchsgruppe Wert gelegt werden. Dieser Impuls dürfte gerade bei den absehbaren Entwicklungen auf dem Arbeitskräftemarkt von den Arbeitgebern zukünftig verstärkt aufgenommen werden, da es als eine wirtschaftliche Notwendigkeit angesehen wird.

6 Diskussion der Ergebnisse

Zur besseren Einordnung der dargestellten Ergebnisse des Evaluationsprojektes Verwaltungsverfahren Haut soll ein kurzer Vergleich und Diskussion mit anderen Studien aus dem berufsdermatologischen Bereich vorgenommen werden, die sich in Teilbereichen ähnlichen Fragestellungen wie die VVH Studie gewidmet haben.

6.1 Vergleich mit weiteren Studien aus dem berufsdermatologischen Bereich

Schwerpunkt der Analyse bilden dabei die Vorgängerstudien der Universität Osnabrück zum optimierten Hautarztverfahren und in Teilbereichen dem Verwaltungsverfahren Haut sowie die Berichte über das Benchmarkingprojekt des Benchmarkings-Clubs der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zum Thema „BK 5101: Wirksamkeit von Maßnahmen nach §3 BKV“.

6.1.1. OHAV Studie

➤ Ausgangslage

Die „OHAV-Studie“ zur Optimierung des Hautarztverfahrens im norddeutschen Raum war als Pilotstudie eine der Grundlage zur flächendeckenden Einführung des optimierte Hautarztverfahren zum 01.01.2006.⁹⁰ Das optimierte Hautarztverfahren sieht neben der Einleitung von geeigneten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auch Empfehlungen zu im individuellen Fall geeigneten Präventionsmöglichkeiten vor. Die OHAV-Studie stellt die erste systematisierte Anstrengung zur Qualitätssicherung und -steigerung im Rahmen des Hautarztverfahrens dar. Als wirksames Frühinterventionsverfahren war das Ziel des optimierten Hautarztverfahrens durch einen aktualisierten und aussagekräftigen Hautarztbericht die sekundäre Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen effizienter zu gestalten.

Daneben wird in der OHAV Studie auch die Einführung des „Stufenverfahren Haut“ beschrieben. Dabei wird mit dem Stufenverfahren Haut eine grundsätzlich neue Herangehensweise der Unfallversicherungsträger an berufsbedingte Hauterkrankungen verbunden. Es soll systematischer und dadurch auch wesentlich rascher als bisher die nach den Erfordernissen des jeweiligen Einzelfalls sinnvoll gestuften präventiven Maßnahmen durch die Verwaltungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger bewirken.

➤ Studiendesign

Die OHAV-Pilotstudie wurde als nicht randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Hierbei wurde im Zeitraum von Oktober 2002 bis Juni 2004 mit 225 Probanden gearbeitet. Dabei wurden Ermittlungsverfahren, welche nach dem klassischen Hautarztverfahren durchgeführt wurden, mit Ermittlungsverfahren im Rahmen des optimierten Hautarztverfahrens verglichen. Anschließend wurden die beteiligten Stakeholder hierzu befragt. Zu den involvierten Gruppen zählten die die Hautärzte, die Verwaltungen der an der Studie beteiligten gewerblichen Berufsgenossenschaften und zudem die Versichertengruppe, welche von Hauterkrankungen betroffen war. Die Hautarztberichte wurden anschließend von Gutachtern „verblindet“ beurteilt.

⁹⁰ Vgl. Blome & John (2007), S. 27-31, Dickel et al. (2004), S. 10-21, John (1999), S. 118-131, John (2006), S. 517-546, John & Blome & Rogosky et al. (2006), S. 90-100.

➤ **Zentrale Ergebnisse**

Es kann insgesamt festgehalten werden, dass die Ergebnisse eine erfreulich hohe Akzeptanz aller am Hautarztverfahren Beteiligten belegen. Als zentrales Ergebnis kann konstatiert werden, dass in der OHAV-Pilotstudie sich der optimierte Hautarztbericht als für den praktischen Einsatz als gut geeignet erwies. Im Gegensatz zum bislang klassischen Hautarztbericht war die Informationsqualität im optimierten Hautarztbericht signifikant besser.

Es kann herausgestellt werden, dass bei der Analyse der Gutachter sich signifikante Unterschiede zugunsten des optimierten Hautarztberichtes ergaben. Zudem kann bestätigt werden, dass seitens der Hautärzte das optimierte Hautarztberichtsformular tendenziell als besser bewertet wurde. Auch die Versicherten berichteten von einem leicht besseren Erfolg der hautärztlichen Behandlung. Erfreulich ist auch, dass, trotz eines höheren Vergütungssatzes, sich kein Kostenunterschied im Rahmen der angefallenen Verfahrenskosten ergab. Auch zeitlich resultiert für die Sachbearbeiter der gewerblichen Berufsgenossenschaften kein Bearbeitungsmehraufwand durch den neuen optimierten Hautarztbericht.

Letztlich unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung dieses optimierten Präventionsinstruments und machen deutlich, dass die gemeinsamen Anstrengungen der Unfallversicherungsträger und der behandelnden Hautärzte seitens der Betroffenen gewürdigt werden.

➤ **Anknüpfungspunkte und Vergleich mit den vorliegenden VVH Ergebnissen**

Insgesamt decken sich die Erkenntnisse der OHAV Studie und der Evaluationsstudie VVH. Insbesondere die herausragende Bedeutung der auch in Zusammenhang mit der OHAV Studie weiter entwickelnden Berichte F6050 und F6052 im Rahmen eines verbesserten Informationsmanagements und damit zielgerichteten Verwaltungshandelns, innerhalb des Stufenverfahrens Haut wurde durch VVH mehr als belegt. Auch die hohe Akzeptanz des Verfahrens bei allen beteiligten Stakeholdern muss heraus gestrichen werden, auch wenn noch einmal auf die anzustrebende weitere Vereinheitlichung der Verfahren der einzelnen UVT Gruppen hingewiesen werden muss.

Die ggf. durch die weitere Entwicklung der Instrumente steigende Bearbeitungszeiten sowie auch Heilbehandlungsausgaben pro Fall in den einzelnen Verwaltungen durch Validierung, Information der Betroffenen und Steuerung und Umsetzung der Maßnahmen bzw. von Maßnahmensets wird dabei nicht nur durch die Akzeptanz der Verfahren überkompensiert, sondern auch durch den belegten Rückgang von anerkannten Fällen von Berufskrankheiten 5101 nach der Einführung der Verfahren sowie die nachhaltige Auswirkungen auf die Kostenblöcke Renten und Teilhabe am Arbeitsleben.

6.1.2 Benchmarkingprojekt in der gesetzlichen Unfallversicherung

➤ **Ausgangslage**

Im Rahmen des Projektes „Medizinische Rehabilitation“ wurde ein Vergleich der Heilverfahrenssteuerung unter mehreren Versicherungsträgern durchgeführt. Dies erfolgte erstmals seit Bestehen der Gesetzlichen Unfallversicherung in Deutschland. Hierzu hatten sich 11 Unfallversicherungsträger in Form eines Benchmarking-Clubs zusammengeschlossen. Benchmarking

beruht auf einem prozessorientierten Vergleich unterschiedlicher Verfahren und zielt darauf ab, die Qualität und die Wirkung der Dienstleistungen gesetzlicher Unfallversicherungsträger zu verbessern.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden drei Teilprojekte analysiert; dabei war die Berufskrankheit „Haut“ ein Teilprojekt. Für den Bereich der Berufskrankheit „Haut“ wurde die Wirksamkeit von Maßnahmen nach §3 der Berufskrankheitenverordnung bei Verdachtsmeldung auf BK 5101 untersucht. Demnach zählten zu den definierten Benchmarkingobjekten im Bereich „Haut“ die gemeldeten Verdachtsfälle der BK 5101 (1. Quartal 2004). Als höchstes anzustrebendes Qualitätsziel im Rahmen des Rehabilitationsprozesses galt der Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes des Versicherten. Als Subziele wurden ein möglichst wirtschaftliches Verfahren sowie kurze Interventionszeiten der Verwaltung während der einzelnen Prozessschritte ausgegeben.

➤ **Studiendesign**

Im Kontext dieser Studie sollten die besten Praxisverfahren (sogenannte „best practices“) ermittelt werden. Best Practices sind - innerhalb der Benchmarkingprojekte - ermittelte Verfahren, die eine hohe Ergebnisqualität gewährleisten und von den jeweils besten Organisationen angewendet werden. Mit den definierten Messgrößen der Best Practices ist es möglich, die Umsetzung der ermittelten Best Practices zu überwachen und damit Rückschlüsse auf die Veränderungen der Ergebnisqualitäten zu erhalten. Aus diesen ermittelten „best practices“ werden anschließend Handlungsempfehlungen formuliert. Diese leiten sich aus den identifizierten optimalen Prozessschritten ab und münden schließlich in eine Muster-Verfahrensbeschreibung für die einzelnen Prozesse.

Im Rahmen des Betriebsvergleiches wurden folgende Größen herangezogen: durchschnittliche Kosten je Fall, durchschnittliche Dauer bestimmter Prozessschritte in den Fällen sowie die prozentuale Arbeitsplatzerhaltungsquote, aus diesen Parametern wurde ein Ranking der beteiligten Unfallversicherungsträger gebildet.

Im Kontext der Ermittlung der Best Practices im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation bei BK 5101 wurden zum einen die vier Prozessschritte:

- Einholung von Testungen
- Erteilung von Behandlungsaufträgen
- Einleitung von niederschweligen Maßnahmen
- Durchführung spezieller Verfahren (Hautschutzseminare / Stationäre Heilverfahren)

sowie die Unterstützungsprozesse:

- Persönliche Betreuung der Versicherten und
- Einbezug der ärztlichen Berater herangezogen.

➤ **Zentrale Ergebnisse**

Im Nachfolgenden sollen die wesentlichen Erkenntnisse beziehungsweise die ermittelten „best practices“ im Teilprojekt Berufskrankheit „Haut“ dargestellt werden. Zentrale Größe für den Erfolg und die Wirksamkeit der Maßnahmen nach §3 BKV im Bereich der Verdachtsmeldungen auf BK 5101

waren auch im Bereich des Benchmarkingprojekts der „Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes“. Als Ergebnis innerhalb des Benchmarkingprojekts lässt sich festhalten: „§3-Maßnahmen“ lassen einen großen Spielraum, um frühzeitig Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und Sicherung des Arbeitsplatzes zu ergreifen. Daneben wurden folgende Erfolgsgrößen für die einzelnen Prozessschritte festgelegt:

➤ Einholung von Testungen

Im Rahmen der Best Practices „Testungen“ ergab, dass die Einleitung von Maßnahmen nach §3 BKV keine Testungen erfordert. Es sind allerdings vorhandene Testergebnisse für die Rechnungslegung und spätere Begutachtungen zu übermitteln.

➤ Erteilung von Behandlungsaufträgen

Bei den Best Practices „Behandlungsaufträge“ kann festgehalten werden, dass die sofortige Erteilung des Behandlungsauftrages ohne eingehende Prüfung der Kausalität von zentraler Bedeutung ist. Der Behandlungsauftrag sowie die Einbindung des Betriebsarztes sichern den Behandlungserfolg.

➤ Einleitung von niederschwelligen Maßnahmen

Als Ergebnis innerhalb der Best Practices „niederschwellige Maßnahmen“ kann konstatiert werden, dass die Verantwortung für die Steuerung des Falles der Sachbearbeiter übernimmt und eine entsprechende Fallplanung vorgenommen werden muss. Hinsichtlich der Einleitung von niederschwelligen Maßnahmen müssen diese der Fallplanung entsprechen. Das Einleiten erster niederschwelliger Maßnahmen erfolgt ohne beratenden Facharzt.

Die Einleitung weiterer niederschwelliger Maßnahmen erfolgt durch den Sachbearbeiter in Zusammenarbeit mit dem Arzt, der Prävention unter Mitwirkung des Versicherten und des Arbeitgebers. Es wurde zudem eruiert, dass Nachhaltigkeit, Vernetzung und Information zwischen Sachbearbeiter, Berufshelfer, Prävention und Betriebsarzt erfordert.

➤ Durchführung spezieller Verfahren (Hautschutzseminare / Stationäre Heilverfahren)

Bei den im Rahmen des Benchmarkingprojektes analysierten Verdachtsfällen auf BK 5101 wurden nur in 8 Prozent spezielle Verfahren eingeleitet. Dieses beinhaltet überwiegend Hautschutzseminare und nur in einem Bruchteil der Fälle stationäre Heilverfahren.

Bei den Best Practices wurden „Spezielle Verfahren“ allerdings als Erfolgsfaktor zum Erhalt des Arbeitsplatzes identifiziert. Sie sollen den Versicherten möglichst flächendeckend angeboten werden. Ebenso bieten trägerübergreifende Kooperationen die Möglichkeit, auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte berufsspezifischer Seminare mit ausreichender Teilnehmerzahl anzubieten. Alternativ können stationäre Heilverfahren mit integrierten Schulungen durchgeführt werden.

➤ Persönliche Betreuung der Versicherten

Innerhalb der Best Practices „Persönliche Betreuung“ kann konstatiert werden, dass Telefongespräche, persönliche Gespräche sowie individualisierte Schreiben Erfolgsfaktoren darstellen. Zudem sollte bei schwerwiegenden Verlaufsformen schnell persönlich eingegriffen werden. Die persönlichen Kontakte führen gleichzeitig zu einer Erhöhung der Kundenzufriedenheit

wie auch zu einer verbesserten Außenwirkung. In diesem Zusammenhang bildet die Quote der persönlich kontaktierten Versicherten die Messgröße.

➤ Einbezug der ärztlichen Berater

Bei den Best Practice „Ärztliche Berater“ obliegt die Einbeziehung des beratenden Facharztes der Entscheidung des Sachbearbeiters.

➤ Durchschnittliche Kosten der Verfahren

Im Rahmen des Benchmarkingprojektes wurden auch die durchschnittlichen Verfahrenskosten ermittelt. Diese lagen im Schnitt aller Kosten bei ca. 330 Euro. Die Fälle mit speziellen Verfahren (Cluster 3) liegen im Mittel bei 792 Euro, hier sind allerdings auch die stationären Heilverfahren mit eingerechnet (vgl. Abbildung 30). Berücksichtigt werden muss bei einem Vergleich der Verlaufsdaten noch, dass sich diese Kosten auf den Beobachtungszeitraum von 12 Monaten beziehen (VVH: 15 Monate).

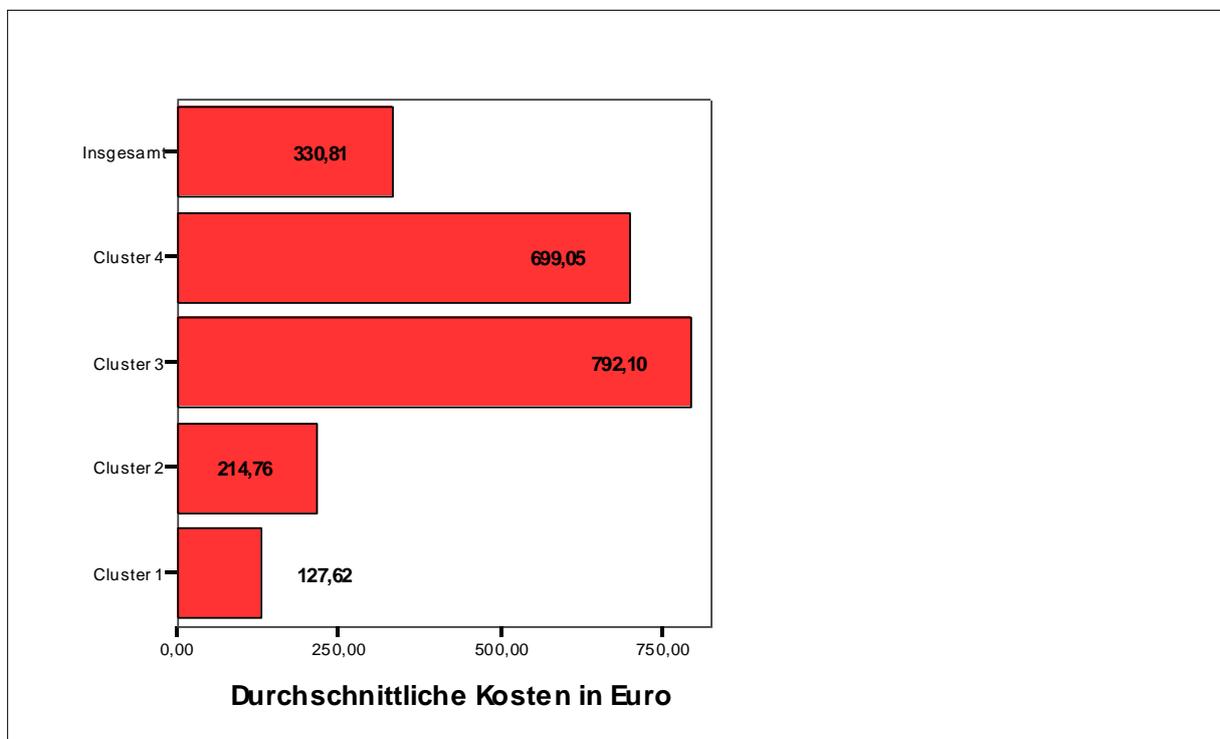


Abbildung 31: Durchschnittliche Kosten für die Behandlung eines Hautfalles nach §3 BKV im Benchmarkingprojekt der gesetzlichen Unfallversicherungen.

➤ Verlust von Arbeitsplätzen

Die Quote der nicht erhaltenen Arbeitsplätze im Bereich des Benchmarkingprojektes lag bei 18 Prozent, dabei gab es eine sehr große Streuung zwischen den einzelnen gesetzlichen Unfallversicherungsträger.

➤ **Anknüpfungspunkte und Vergleich mit den vorliegenden VVH Ergebnissen**

Mit der Umsetzung des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut sowie der damit verbundenen Einführung des neuen Hautarztberichts hat sich die Bereitstellung von Informationen im Verfahren (insbesondere z.B. Übermittlung von Testungen) strukturell verbessert, so dass die Einleitung von Maßnahmen nach §3 BKV noch zielgerichteter erfolgen können.

Die Quote der erteilten Behandlungsaufträge bzw. der insgesamt eingeleiteten Maßnahmen nach §3 BKV ist in den letzten Jahren angestiegen, allerdings ist das Ziel die Betreuung in den Betrieben durch die Betriebsärzte zu unterstützen noch nicht flächendeckend umgesetzt. Die Erteilung von Behandlungsaufträgen bzw. Einleitung von Maßnahmen wird inzwischen sehr häufig von den Sachbearbeitern selbständig durchgeführt, auch die Durchführung der weiteren Schritte orientiert sich an den im Benchmarkingprojekt festgelegten Best Practices. Die Einbeziehung der behandelnden Ärzte wird – je nach gesetzlichem Unfallversicherungsträger – immer noch sehr unterschiedlich gehandhabt.

Bei der Gegenüberstellung der Quoten der durchgeführten speziellen Verfahren zwischen den Verdachtsmeldungen im Rahmen des Benchmarkingprojekts und des Evaluationsverfahrens Haut wird deutlich, dass die Zahl der Verfahren um ca. den Faktor drei bis vier angestiegen ist. Auch werden sie inzwischen trägerübergreifend angeboten und die Fokussierung auf nur wenige gesetzliche Unfallversicherungsträger ist nicht mehr in so starkem Maße gegeben. Ihr, auch in VVH dargestelltes Potential wird zunehmend von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern realisiert und angenommen.

Die steigende Akzeptanz der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, auf die schon die Best Practices des Benchmarkingprojektes abzielten, werden von den Ergebnissen der Stakeholderanalyse voll bestätigt. Insgesamt kann bei einem Vergleich der Ergebnisse auch gezeigt werden, dass die Kommunikation mit dem Versicherten inzwischen weit individueller erfolgt und dies wohl nicht nur zu einer verstärkten Akzeptanz beiträgt, sondern auch die Ergebnisse der Verfahren deutlich verbessert.

Die Quote der erhaltenen Arbeitsplätze hat sich im Vergleich der Ergebnisse zwischen VVH und Benchmarkingprojekt von ca. 82 Prozent auf rund 85 Prozent verbessert. Dies unterstreicht, dass die ansteigende Prozessqualität in der Tendenz auch zu einer besseren Ergebnisqualität führt. Die Heilbehandlungskosten für die einzelnen Verfahren sind aber angestiegen, allerdings dürften die Gesamtkosten für das System, wie schon mehrfach dargestellt aber eher gesunken sein.

6.1.3 ROQ Studie

➤ **Ausgangslage**

Im Jahre 2005 wurde in Deutschland eine prospektive Kohorten-DGUV-Multicenter-Studie („Medizinisch-Berufliches Rehabilitationsverfahren Haut – Optimierung und Qualitätssicherung des Heilverfahrens“ (ROQ)) initiiert, mit Intention, die Effektivität, Übertragbarkeit und Nachhaltigkeit stationärer rehabilitativer Maßnahmen bei Berufsdermatosen zu prüfen.

Das interdisziplinäre, modifiziert stationäre Heilverfahren steht bei besonders schweren und ambulant therapieresistenten Berufsdermatosen auf der Ebene der tertiären Individualprävention zur Verfügung.⁹¹ Mit der Studie soll die tertiäre Individualprävention weiter standardisiert und im Hinblick auf die Nachhaltigkeit detailliert wissenschaftlich evaluiert werden (dermatologisches 3-Jahres-Follow-up von 1.000 Patienten, Stand 31.08.2009: 1785 Teilnehmer). Dabei werden berufsdermatologisch, gesundheitspädagogisch und sozialmedizinisch relevante Parameter im Zusammenhang mit dem Krankheitsverlauf und der Erkrankungsschwere bei verschiedenen Dermatosen evaluiert.⁹²

Ziel dieser Studie ist, dass durch standardisierte Interventionsmaßnahmen die Hauterkrankungen geheilt bzw. wesentlich gebessert und somit ein Berufsverbleib erzielt werden kann. Dadurch soll auch die Lebensqualität der Patienten erhalten bzw. wieder gesteigert werden. Als weiteres wichtiges Ziel gilt die Kostenminimierung. Zu den weiteren Zielen zählt die Etablierung einer qualitätsgesicherten, interdisziplinären Standardvorgehensweise bei schweren Berufsdermatosen im Sinne der Sicherstellung eines integrierten Konzeptes zur Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation derartiger Erkrankungen.

➤ **Studiendesign**

Die Untersuchung ist als Interventionsstudie in drei Phasen unterteilt. Die erste Phase beinhaltet zunächst eine dreiwöchige stationäre Phase, in der Behandlung, Schulung und Beratung der Patienten mit entsprechenden Diagnosen und Indikationen stattfindet. Hieran schließt sich eine poststationäre Phase an (nachstationäre Arbeitskarenz zur Stabilisierung des Behandlungseffektes). Der Patient wird durch einen niedergelassenen Hautarzt im Rahmen eines ambulanten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens betreut. Nach der Wiederaufnahme der Berufstätigkeit finden dann mehrere Wiedervorstellungen im Rahmen einer Fortführung des ambulanten Heilverfahrens statt (insgesamt über einen Zeitraum von drei Jahren).

➤ **Zentrale Ergebnisse**

In knapp 30% der Fälle dauert es mehr als 37 Monate zwischen dem Beginn des Verfahrens und ROQ. Im Rahmen der Ein-Jahres-Nachbefragung von 983 Fällen, konnten 84,2 Prozent der Fälle in Arbeit zurückgeführt werden. Dies zeigt den Erfolg dieser Maßnahme.

Der Erfolg ist allerdings auch dahingehend nachweisbar, sofern man die beiden Prozentzahlen der durchschnittlichen Krankheitstage vor der Maßnahme und nach der Maßnahme betrachtet. Im Jahr vor der Maßnahme lag die Krankheitsquote (5 Tages-Woche) bei 8,1 Prozent; im Jahr nach der Maßnahme betrug diese lediglich noch 3,2 Prozent. Im Rahmen der Betrachtung kann darüber hinaus festgestellt werden, dass die Krankheitsausfallkosten von 12 Millionen Euro auf nunmehr 4 Millionen Euro verringert werden. Dies entspricht einer Reduzierungsquote von 61 Prozent.

Ebenso kam es medizinisch zu einer Verbesserung des Krankheitsbildes. Zu Beginn des dreiwöchigen stationären Aufenthalts lag der Grad für schwere Fälle noch bei 40,2 Prozent. Ein Jahr nach der Entlassung bzw. bei der Wiedervorstellung nach einem Jahr lag dieser Wert nur noch bei 14,1

⁹¹ Vgl. John & Skudlik (2006), S. 769-774, Skudlik & John (2007), S. 296-300.

⁹² Finanziert wird/wurde diese Studie von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Prozent. Eine ähnliche Verschiebung ist auch von ehemals mittelschweren und leichten Fällen zu betrachten. Aus diesen beiden Schweregraden wurden leichte Fälle bzw. kam es zur Abheilung. Somit kann festgehalten werden, dass es in 72,7 Prozent aller betrachteten Fälle zu einer Verbesserung kam. Betrachtet man diesen Zeitraum auch im Rahmen der Einschränkung der Lebensqualität der Patienten, so kann auch hier konstatiert werden, dass diese sich im Zeitablauf deutlich verbesserte.

➤ **Anknüpfungspunkte und Vergleich mit den vorliegenden VVH Ergebnissen**

Insgesamt belegen sowohl die Ergebnisse der ROQ-Studie als auch von VVH, dass es durch Maßnahmen der sekundären und tertiären Individualprävention zur einer guten Erreichung aller angestrebten Zielvariablen „Erhalt des angestammten Arbeitsplatzes“, „Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten“ und „Verbesserung des Gesundheitszustandes“ kommt.

Allerdings darf nicht übersehen werden, dass in VVH nur ein sehr kleiner Teil von Fällen mit einem ähnlichen Schweregrad betrachtet wird wie in der ROQ-Studie. Dies sind tendenziell vor allem die Fälle, die im Rahmen des Beobachtungszeitraums, allerdings darf nach den Erkenntnissen aus der ROQ-Studie davon ausgegangen werden, dass bei einem nicht unbedeutenden Teil der während des VVH Projektes noch nicht abgeschlossenen Verfahren in der Zukunft noch ein stationäres Heilverfahren eingeleitet wird. Nach den Erkenntnissen aus ROQ dauert es bei rund 30 Prozent der Fälle bis zu 37 Monate bis die TIP Maßnahme eingeleitet wird.

Die VVH Studie ergänzt die Erkenntnisse aus der ROQ Studie sicherlich in dem Maße, dass die Verwaltungen erstmals konkrete Anhaltspunkte bekommen, bei welchen Verfahren durch diverse Risikofaktoren, etwa dokumentierte AU-Zeiten vor Verdachtsmeldung, vermehrte Notwendigkeit der zusätzlichen Validierung und insgesamt von Beginn an schlechte Fallprognosen durch Ärzte und Verwaltung. Dennoch wird auch bei den VVH Ergebnissen deutlich, dass es trotz dieser Risikofaktoren ca. neun Monate dauert, bis ein stationäres Heilverfahren eingeleitet wird.

Obwohl der Beobachtungszeitraum zur Evaluation bei VVH insgesamt lediglich maximal 15 Monate beträgt und die stationären Heilverfahren im Schnitt erst nach neuen Monaten eingeleitet werden, sind die bis ans Ende des Beobachtungszeitraums erreichten Ergebnisse positiv. Es musste trotz schlechter „Startbedingungen“ nicht häufiger der Beruf aufgegeben werden als in anderen Fällen. Darüber hinaus belegt VVH, dass die Zufriedenheit der Versicherten mit den Maßnahmen als gut bis sehr gut einzuschätzen ist.

Diese positiven Effekte decken sich mit den guten Erfahrungen aus ROQ, auch wenn aufgrund des verkürzten Zeitraums der Nachbeobachtung über die Reduktion von AU-Zeiten noch keine Aussage möglich ist. Damit belegen sowohl ROQ als auch VVH, dass die Investition in ein stationäres Heilverfahren, das wie gezeigt, zu deutlichen Aufwendungen führt, zu rechtfertigen ist, schließlich werden dadurch weit höhere Ausgaben in den Kostenbereichen von Teilhabe am Arbeitsleben und Renten vermieden.

6.1.4 Studie „Ökonomische Aspekte (direkte und indirekte Kosten) berufsbedingter Hauterkrankungen“

➤ Ausgangslage

Im Rahmen dieser Studie sollten (aktuelle und) epidemiologisch gestützte Ergebnisse erzeugt werden, um die sozioökonomische Relevanz der Berufsdermatosen herauszustellen. Am Beispiel berufsbedingter Hauterkrankungen wurden die Gesamtkosten der Berufsdermatosen ermittelt, die sich wiederum aus direkten und indirekten Kosten zusammensetzen. Die direkten Kosten beschreiben den volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauch, wie z.B. den Verbrauch an Gütern und Dienstleistungen zur Krankheitsbehandlung, Kosten der Verwaltung, aber auch Aufwendungen für Forschung.

Hingegen entstehen indirekte Kosten, wenn es zum Beispiel durch die krankheitsbedingte Nichterzeugung von Gütern und Dienstleistungen zu einem volkswirtschaftlichen Ressourcenverbrauch kommt.⁹³ Ein dritte Kostengruppe, die sogenannten intangible Kosten (z.B. Schmerzen), wurden im Rahmen dieser Studie nicht berücksichtigt, da diese in der Regel nicht als monetisierbar gelten.

➤ Studiendesign

Auf der Basis von epidemiologischen und statistischen Datenmaterial des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) aus dem Jahre 2002 sowie aus dem Datenmaterial von Veröffentlichungen verschiedener Experten sollen die direkten und indirekten Kosten durch Anwendung des Humankapitalansatzes als auch des Friktionskostenansatzes (jeweils in monetären Größen) ermittelt werden. In dieser Studie kommen zwei verschiedene Ansätze deshalb zum Einsatz, um die methodischen Defizite der Einzelansätze zu reduzieren. Zur Herleitung bzw. zur Annäherung an die tatsächlichen Kosten bzw. im Kontext der Ergebnisdarstellung wurden letztlich die Mittelwerte beider Ansätze gebildet.

Beim Humankapitalansatz werden die indirekten Kosten in Form des Verlustes des Arbeitspotentials erhoben, was im Umkehrschluss den positiven Beitrag zum Sozialprodukt als Nutzengröße bestimmt. Diese Methode geht von einer Vollbeschäftigung auf dem Arbeitsmarkt aus. Um die indirekten Kosten zu ermitteln, findet im Rahmen des Friktionskostenansatzes ausschließlich die Zeitspanne Berücksichtigung, bis zu der ein Arbeitsplatz neu besetzt werden kann, bzw. bis ein Arbeitgeber Lohnfortzahlungen leisten muss.⁹⁴

Im Kontext dieser Studie wurden insgesamt fünf Szenarien, auf Basis unterschiedlicher Fallzahlen und gleichzeitig differenzierten Arbeitsunfähigkeitszeiten simuliert, dessen Ergebnisse die Berechnungsgrundlage für die Kostenermittlung bildeten.

Zunächst wurde versucht möglichst realistische Fallzahlen berufsbedingter Hauterkrankungen zu ermitteln. Der Ausgangspunkt der Überlegungen war die Anzahl der „Ärztlichen Anzeigen über eine

⁹³ Vgl. Hajen et al. (2000).

⁹⁴ Vgl. Greiner (1996), S. 167-188.

Berufskrankheit“ für die BK 5101. Diesbezüglich griff man auf das Datenmaterial aus dem Jahre 2002 von den gewerblichen Berufsgenossenschaften zurück. Im Jahr 2002 wurden 18.000 Fälle registriert (Szenario 1).⁹⁵ Diese Zahl erschien in der Betrachtung allerdings nicht praxistauglich bzw. realitätsnah, da Epidemiologen durchaus von einer 50- bis 100-fachen Dunkelziffer ausgehen (Szenarien 2 und 3).⁹⁶ Allerdings erschienen diese Werte recht hoch. Ein weiterer Ansatz zur Berechnung der Fallzahlen bedient sich zunächst der Anzahl der Krankheitsfälle pro Jahr in Deutschland. Im Jahr 2002 konnten 36 Millionen Krankheitsfällen festgestellt werden.⁹⁷ Unterstellt man zudem, dass Hauterkrankungen etwa zehn Prozent aller Erkrankungen ausmachen und hiervon wiederum 10 bis 13 Prozent berufliche Ursachen haben, so gelangt man an weitere potentielle Fallzahlen berufsbedingter Hauterkrankungen (Szenarien 4 und 5).⁹⁸

Um von den Fallzahlen zu den Arbeitsunfähigkeitszeiten (in Tagen) zu gelangen, wurden die erzielten Fallzahlen mit der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsdauer bei Hauterkrankungen (hier: 12,3 Tage bei Beschäftigten in der Altenpflege)⁹⁹ sowie mit einem 60-prozentigen Aufschlag multipliziert.¹⁰⁰ Dieser Aufschlag ergab sich dadurch, dass nicht jede berufsbedingte Hauterkrankung als eine solche diagnostiziert wird und Arbeitsunfähigkeitstage unter 3 Tage keine Berücksichtigung finden. Allerdings kann im Bereich der Nahrungsmittel- und Genussmittelindustrie durchaus auch von einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von bis zu acht Wochen ausgegangen werden.¹⁰¹ Somit konnte man innerhalb der fünf Szenarien im Rahmen der Ermittlung der Arbeitsunfähigkeitstage jeweils Mindest- und Maximalwerte erzielen.

Die Berechnungsgrundlage für die Gesamtkosten stellen allerdings lediglich Szenario 2 und 5 dar. Wie oben bereits geschildert, konnte Szenario 1 bereits zu Beginn als realistische Größe ausgeschlossen werden. Unrealistische Datengrundlagen bieten auch die Szenarien 3 und 4, da Szenario 3 den oberen Endpunkt bzw. Extremwert und Szenario 4 das Gegenteil, nämlich den unteren Endpunkt, der Krankheitsfälle darstellt.

➤ **Zentrale Ergebnisse**

Als Resultat konnte herausgestellt werden, dass berufsbedingte Hauterkrankungen im Jahre 2002 allein im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften Gesamtkosten zwischen 618 Millionen Euro und 1,92 Milliarden Euro verursachten. Dabei überstiegen die indirekten Kosten deutlich die direkten Kosten. Der Anteil der indirekten Kosten lag zwischen 74 und 94 Prozent.

Als Fazit lässt sich hieraus schließen, dass die ökonomische Relevanz berufsbedingter Hauterkrankungen zu einer systematischen Weiterentwicklung von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation führen (müssen). Ebenso begründen diese Zahlen die Anstrengungen aller Beteiligten¹⁰², die Prävention berufsbedingter Hauterkrankungen zu verstärken. Dies ist notwendig,

⁹⁵ Vgl. HVBG (2002).

⁹⁶ Vgl. Diepgen (2002), S. 477-480.

⁹⁷ Vgl. BGS (2002/2003).

⁹⁸ Vgl. Backes-Gellner (2003).

⁹⁹ Vgl. Moog (2001).

¹⁰⁰ Vgl. Backes-Gellner (2003).

¹⁰¹ Vgl. Stadelers (2003).

¹⁰² Vgl. Schwanitz (2002), S. 212-217.

um die Belastungen für den einzelnen Versicherten, das System zur sozialen Sicherung und die Gesellschaft insgesamt zu reduzieren.

➤ **Anknüpfungspunkte und Vergleich mit den vorliegenden VVH Ergebnissen**

Insgesamt kann gefolgert werden, dass die – auch aufbauend auf die obige Studie – erhobene Forderung zur Verbesserung der Prävention von berufsbedingten Hauterkrankungen mit den hier evaluierten Instrumenten „Optimiertes Hautarztverfahren“ und „Stufenverfahren Haut“ umgesetzt wurde.

Dabei lässt sich auch (u.a. durch die sinkenden Quoten an anerkannten BK 5101) belegen, dass diese Bemühungen insbesondere nach §3 BKV und im Bereich der sekundären und tertiären Individualprävention als erfolgreich angesehen werden können. In den Ergebnissen von EVA_Haut und von VVH wird deutlich, dass die entwickelten Instrumente den Forderungen nach Senkung der Kosten für den einzelnen Versicherten und das System der sozialen Sicherung sowie der Gesellschaft gerecht werden. Schließlich konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von niederschweligen Maßnahmen und insbesondere spezieller Maßnahmen (z.B. Hautschutzseminaren) einen positiven Effekt auf die Verbesserung des Gesundheitszustands, den Erhalt der angestammten Tätigkeit bzw. des Arbeitsplatzes und die Senkung von Arbeitsunfähigkeitszeiten hat (vgl. Abschnitt 5.2 und 5.4).

Durch eine nachhaltige Beobachtung der Fälle, ähnlich wie bei den stationären Fällen im Bereich ROQ wäre es darüber hinaus noch angezeigt auch den investiven Effekt von Hautschutzseminaren, die per se erst einmal zu einer Steigerung der Ausgaben führen nachzuweisen und die tatsächliche Verhinderung von Renten und Leistungen im Bereich der Teilhabe am Arbeitsleben langfristig zu belegen.

6.2 Zusammenfassung der Vergleichsanalysen

Insgesamt kann aus den Vergleichsanalysen der Ergebnisse der VVH-Studie mit den vorliegenden Studien aus der Bundesrepublik zu berufsbedingten Dermatosen gefolgert werden, dass die VVH Ergebnisse sich sehr gut in das vorhandene Bild einpassen.

Die OHAV Studie und das Benchmarkingprojekt der gesetzlichen Unfallversicherung zielten sehr stark auf die Prozessqualitäten ab und berücksichtigten dabei auch jeweils die Verwaltungsverfahren bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern. Die Expertisen aus beiden Studien sind direkt bzw. indirekt in das Design des optimierten Hautarztverfahrens bzw. das Stufenverfahren Haut eingegangen. So kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse von VVH belegen, dass sich die Qualität der Verwaltungsprozesse zielgerichtet im Sinne der Vorläuferstudien verändert hat und die Ergebnisse der Verfahren für den einzelnen Versicherten ebenfalls positiv entwickelt haben.

Die ROQ-Studie und die Analyse der direkten und indirekten Kosten von Berufsdermatosen zielen im stärkeren Maße auf die Ergebnisse und Wirkungen und insbesondere auch auf die Kosten von berufsbedingten Hauterkrankungen ab. Es konnte aber auch in der jetzigen Untersuchung gezeigt werden, dass durch die konsequente Nutzung der Möglichkeiten nach §3 BKV und der Umsetzung der Maßnahmen der sekundären und tertiären Individualprävention nicht nur die Prozessqualität der Verfahren bei den Verdachtsmeldungen gesteigert werden kann sondern es auch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität kommt sowie insbesondere die Gesamtkosten gemindert werden

können. Hier wäre es zu begrüßen, wenn ähnlich wie bei der Analyse der TIP Maßnahmen bei ROQ zukünftig auch eine standardisierte wissenschaftliche Evaluation der Nachhaltigkeit von Hautschutzseminaren angestrebt würde.

7 Fazit

Das Forschungs- und Evaluationsprojekt VVH hat in Verbindung mit EVA_Haut aufgezeigt, dass das Stufenverfahren Haut, als komplementäres Verwaltungsverfahren zum optimierten Hautarztverfahren, bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend etabliert und umgesetzt ist. Ein eindeutiger Beleg dafür ist die seit 2005 stark zurückgehende Anzahl an anerkannten BK 5101, bei nach wie vor leicht steigenden Verdachtsmeldungen auf eine hautbedingte Berufserkrankung.

Die im Stufenverfahren Haut zusammengefassten Möglichkeiten und Maßnahmen nach §3 BKV werden von den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern genutzt und nach den Vorgaben des Stufenverfahrens angewendet. Es ist belegt, dass das Stufenverfahren die allgemeingültige Form der Bearbeitung von Verdachtsfällen auf BK 5101 ist. Es konnte im Rahmen des Forschungsberichts gezeigt werden, dass durch die Anwendung und Umsetzung der Verfahrensschritte des Stufenverfahrens Haut eine hohe Prozessqualität erreicht wird, die durch eine steigende Ergebnisqualität in ihrer Wirkung belegt ist.

Innerhalb der Analyse der Umsetzung von einzelnen Prozessschritten und besonderen Maßnahmen durch die Verwaltungen konnte gezeigt werden, dass es unterschiedliche Basisstrategien zur Intervention bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern gibt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Kombination verschiedener niederschwelliger Maßnahmen nach §3 BKV und insbesondere der Einsatz von speziellen Verfahren (Hautschutzseminare / spezielle stationäre Heilverfahren) zu besseren Ergebnissen führt.

Hautschutzseminare haben dabei insbesondere eine positive Wirkung auf die Quote der erhaltenen Arbeitsplätze im Vergleich mit anderen Maßnahmen. Besondere stationäre Heilverfahren führen bei Fällen mit einer schlechten Grundprognose und einer schon längeren latenten Vorerkrankung zu einem positiveren Ergebnis als zu Beginn des Beobachtungszeitraums prognostiziert.

Die Zufriedenheit der untersuchten Stakeholder (Hautärzte / Versicherte) mit dem Stufenverfahren Haut kann insgesamt als außerordentlich hoch bezeichnet werden. Dies drückt sich auch in einer positiven Charakterisierung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch beide Gruppen aus. Verbesserungspotenzial scheint noch durch die Beschleunigung der Einleitung einzelner Prozessschritte (u.a. Behandlungsauftrag) gegeben zu sein. Dabei ist auch davon auszugehen, dass durch die schnellere Einleitung einzelner Verfahrensschritte und Maßnahmen die Ergebnisqualität weiter gesteigert werden kann. Analog zu den schon weitgehend umgesetzten Verfahrensvorgaben im Rehamanagement bei berufsbedingten Unfällen, sollten hier zukünftig für einzelne Verfahrensschritte und Maßnahmen Messgrößen vorgegeben werden, die einen Rückschluss auf die Prozessqualität erlauben.

Steigende Kosten im Bereich der ambulanten und stationären Heilbehandlungen, teilweise auch verursacht durch die steigende Anzahl von eingeleiteten dermatologischen Heilbehandlungen und § 3-BKV-Maßnahmen werden durch die Reduktion von Kosten im Bereich der Arbeitsunfähigkeit, der Renten und der Teilhabe am Arbeitsleben bei Weitem überkompensiert. So kann gezeigt werden, dass ein Fall, inkl. der Durchführung eines stationären Heilverfahrens, im Durchschnitt nur ca. ein Zehntel der Kosten verursacht, die durch die Entstehung der Rentenzahlung bei einer 20 prozentigen Minderung der Erwerbsfähigkeit im Durchschnitt entstehen.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse des Forschungsprojektes VVH mit anderen Studien aus dem berufsdermatologischen Bereich und den Verfahren nach §3 BKV konnte gezeigt werden, dass durch die Umsetzung des Stufenverfahrens Haut und des optimierten Hautarztverfahrens wichtige Schritte auf dem Weg der Umsetzung vielfach erhobener Forderungen zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität gegangen wurden.

Insgesamt kann so gezeigt werden, dass durch die Umsetzung des Stufenverfahrens Haut bei der Bearbeitung von Verdachtsmeldungen auf BK 5101 eine Prozess- und Ergebnisqualität angestrebt und erreicht wird, welche die komplette Zielpyramide eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers im Fokus hat. Abgeleitet aus der gesetzlichen Zielvorgabe „Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln unter wirtschaftlichem Ermessen“ wird versucht eine möglichst hohe Qualität der Leistungen zu erreichen, Laufzeiten zu vermindern, die Stakeholderzufriedenheit zu optimieren und die notwendigen Ausgaben möglichst effizient und effektiv einzusetzen.

Im Rahmen des Forschungsprojektes VVH konnte gezeigt werden, dass die durchgeführten und umgesetzten Maßnahmen der sekundären und tertiären Individualprävention im Bereich der Verdachtsmeldung auf BK 5101 einen hohen investiven Charakter besitzen und zur Vermeidung bzw. Verminderung zukünftig entstehender Kosten beitragen. Der „Return on Prevention“ ist damit in diesem Bereich, durch die Erwirtschaftung eines hohen Nettonutzens, deutlich belegt. So hat das Stufenverfahren Haut und das optimierte Hautarztverfahren einen positiven Effekt für alle beteiligten Anspruchsgruppen, insbesondere auch für die einzelnen Versicherten, die betroffenen Betriebe und die Solidargemeinschaft der Versicherten.

8 Ausblick

Das Stufenverfahren Haut und das optimierte Hautarztverfahren sowie insbesondere auch die speziellen Maßnahmen des „Osnabrücker Modells“ (Hautschutzseminare / besondere stationäre Heilverfahren) sorgen wie in diesem Projekt gezeigt für ein positiven „Return on Prevention“. Es wäre daher aus gesundheitsökonomischer Sicht wünschenswert, dieses Modell der sekundären und tertiären Individualprävention in ihrer langzeitigen Wirkung weiter zu beobachten und ggf. die Umsetzung von Messgrößen der Prozess- und Ergebnisqualität in den einzelnen Verwaltungen zu begleiten.

Ein wichtiger Schritt bei der weiteren Evaluation wäre neben einem Follow-up der noch nicht abgeschlossenen Fälle aus VVH u.a. auch die langfristige Nachbeobachtung der Fälle, in denen Hautschutzseminare bei den Versicherten durchgeführt wurden. Hier wäre es natürlich von besonderem Interesse, ob ähnlich wie in der ROQ-Studie, die nachgewiesenen positiven Effekte stabil über einen längeren Zeitraum beobachtet werden können.

Insgesamt sollte im Bereich der hier evaluierten Verfahren insbesondere die weitere Umsetzung und Standardisierung der Prozesse bei den gesetzlichen Unfallversicherungsträgern verfolgt werden. Dies würde neben einer gleichmäßig hohen Prozess- und Ergebnisqualität auch die Akzeptanz bei den Stakeholdern (Versicherte / Hautärzte) absichern und weiter verbessern. Daneben sollte versucht werden, eine weitere Anspruchsgruppe noch mehr in das Verfahren einzubeziehen: Die betroffenen Betriebe.

Dies müsste je nach Betriebsstruktur über die Betriebsärzte, die beauftragten arbeitsmedizinischen Dienste oder die zuständigen Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ggf. auch Eigentümer) geschehen. Neben der weiter zunehmenden Akzeptanz des Verfahrens, auch aus der ökonomischen Notwendigkeit heraus, Kosten zu senken und die Leistungsfähigkeit der Belegschaft zukünftig zu erhalten, müsste hier konkret die Verbesserung der persönlichen Schutzausrüstung und des Hautschutzes ein wichtiges Anliegen sein.

Darüber hinaus wäre es wichtig und zielführend aus gesundheitspolitischer, aber auch insbesondere ökonomischer Sicht, für weitere berufsbedingte Erkrankungen und ggf. auch chronische Erkrankungen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, ebenfalls Modelle zur sekundären und tertiären Individualprävention zu entwickeln. Durch den zielgenauen Einsatz der Verfahren ist ein hoher Nettonutzen mit solchen Modellen verbunden. Der Einsatz der Mittel für präventiven Zwecke könnte so zukünftig insgesamt noch zielgerichteter und erfolgreicher erfolgen.

9 Vorträge und Veröffentlichung zu EVA_Haut und VVH

➤ Artikel

Voß H, Mentzel F, Wilke A, Maier B, Gediga G, Skudlik C, John SM (2009): Optimiertes Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut : Randomisierte Evaluation der Eckpfeiler der berufsdermatologischen Prävention.] Hautarzt, 60, 695 – 701

➤ Abstracts/Poster

Voß H, Mentzel F, Skudlik C, Maier B, John SM (2009): Qualitätssicherung und Evaluation des optimierten Hautarztverfahrens und des Stufenverfahrens Haut: „EVA_Haut“. JDDG 7(Suppl. 4), p. 187

Voß H, Mentzel F, Wilke A, Skudlik C, Maier B, John SM (2009): Quality assurance and evaluation of dermatologist's procedure and hierarchical multi-step intervention in occupational dermatoses (anlässlich der 18. EADV-Tagung in Berlin, 7. – 11. Oktober 2009)

Mentzel F, Voß H, Wilke, A , Skudlik C, Maier B, John SM: Systematische Evaluation von Verfahrensarten der berufsdermatologischen Frühprävention: „EVA_Haut“ (anlässlich der 82. NDG-Tagung in Halle, 04. – 06.09.2009)

Mentzel F, Voß H, Wilke, A, Skudlik C, Maier B, Gediga, G, John SM (2010): Quality assurance in the management of occupational dermatoses: evaluation of dermatologist's procedure and hierarchical multi-step-intervention. Experimental Dermatology, 19, 166–232

Mentzel, F; Voß, H; Wilke, A; Skudlik, C; Maier, B.; Gediga, G; John, SM (2010): Evaluation der Qualität von Epikutantestungen im Rahmen des Hautarztverfahrens: erste Ergebnisse aus „EVA_Haut“ (anlässlich der 83. NDG-Tagung in Bremen, 03. – 05.09.2010)

Voß H, Mentzel F, Wilke A, Skudlik C, Maier B, Gediga, G, John SM (2010): Meldeverhalten im Rahmen des optimierten Hautarztverfahrens: erste Ergebnisse aus „EVA_Haut“ (anlässlich der 83. NDG-Tagung in Bremen, 03. – 05.09.2010)

Mentzel F, Lorch A, Voß H, Skudlik C, Maier B, John SM (2011): P05/01 - Evaluation der Qualität von Epikutantestungen bei Krankenschwestern im Rahmen des Hautarztverfahrens; Abstract-CD 46. DDG-Tagung 2011

➤ Freie Vorträge

John SM, Voß H, Mentzel F, Wilke A, Skudlik C (2009): Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der dermatologischen Praxis: Neue Forschungsergebnisse zum Hautarztverfahren und Stufenverfahren Haut- Bilaterale Evaluation der Eckpfeiler der berufsdermatologischen Frühintervention. JDDG 7 (Suppl. 4), p. 15 (anlässlich der 45. DDG-Tagung in Dresden, 29.April – 02.Mai 2009)

Voß H, Mentzel F, Wilke A, Maier B, Skudlik C, John SM (2009): Forschungsvorhaben „EVA_Haut“ – erste systematische Evaluation von Verfahrensarten in der dermatologischen Frühprävention. Autorenreferat im Rahmen der 10. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie. Dermatologie in Beruf und Umwelt, 57(3), 113 – 132

Mentzel F, Voß H, Wilke A, Skudlik C, Maier B, John SM (2010): Evaluation der Qualität von Epikutantestungen im Rahmen des Hautarztverfahrens, (anlässlich des Deutschen Allergologie Kongresses in Hannover, 8. – 11. September 2010)

Voß H, Mentzel F, Wilke A, Skudlik C, Maier B, Gediga G, John SM (2010): Quality assurance and evaluation of preventive strategies in occupational dermatoses (anlässlich der 19. EADV-Tagung in Göteborg, Schweden, 6. – 10. Oktober 2010)

Voß H, Mentzel F, Skudlik C, Maier B, Gediga G, Gediga K, John SM (2011): AKS01/03 - Randomisierte Evaluation des Hautarztverfahrens: Wo hakt's, wo klappt's? ; Abstract-CD 46. DDG-Tagung 2011

Anhang A: Das Stufenverfahren Haut und VVH Erfassungsmaske

A.1 Das Stufenverfahren Haut

(Schematische Abbildung aus dem Berufskrankheiten Informationssystem (BIS) der DGUV)

Verfahren BK 5101

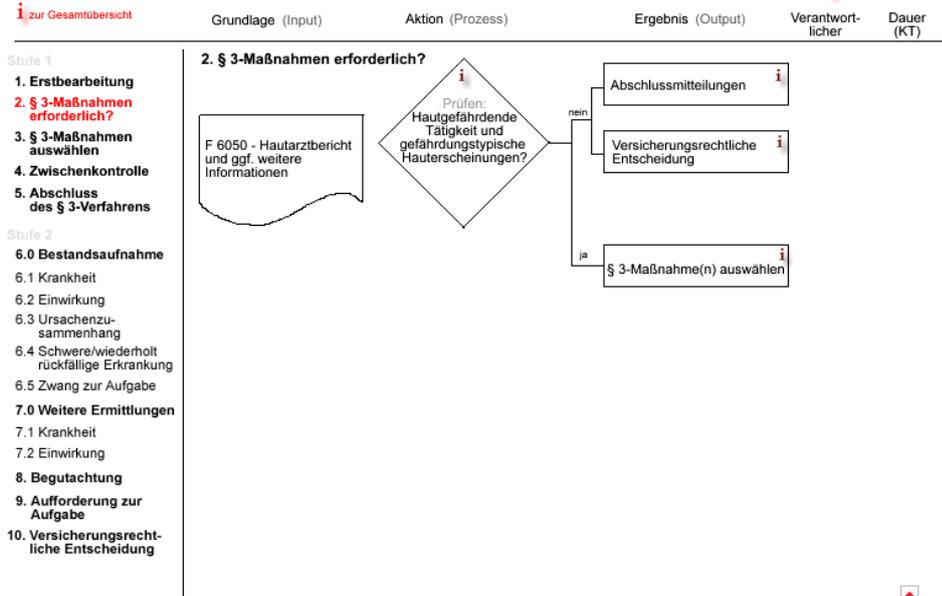
[i zurück zur Übersicht](#)

	Grundlage (Input)	Aktion (Prozess)	Ergebnis (Output)	Verantwortlicher	Dauer (KT)
<p>Stufe 1</p> <p>1. Erstbearbeitung</p> <p>2. § 3-Maßnahmen erforderlich?</p> <p>3. § 3-Maßnahmen auswählen</p> <p>4. Zwischenkontrolle</p> <p>5. Abschluss des § 3-Verfahrens</p> <p>Stufe 2</p> <p>6.0 Bestandsaufnahme</p> <p>6.1 Krankheit</p> <p>6.2 Einwirkung</p> <p>6.3 Ursachenzusammenhang</p> <p>6.4 Schwere/wiederholt rückfällige Erkrankung</p> <p>6.5 Zwang zur Aufgabe</p> <p>7.0 Weitere Ermittlungen</p> <p>7.1 Krankheit</p> <p>7.2 Einwirkung</p> <p>8. Begutachtung</p> <p>9. Aufforderung zur Aufgabe</p> <p>10. Versicherungsrechtliche Entscheidung</p>	<p>1. Erstbearbeitung</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Meldung</div> <p>Meldung i.S. des Stufenverfahrens:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hautarztbericht (Formtext F 6050) - BK-Anzeige nach § 202 SGB VII - Anzeige nach § 193 Abs. 2 SGB VII - jeder andere Hinweis auf eine beruflich (mit-) verursachte Hauterkrankung 	<p>Zuständigkeit und Versicherungsschutz</p> <p>Im Rahmen der Erstbearbeitung ist die Zuständigkeit und der Versicherungsschutz zu prüfen. Zudem sind die Informations- und statistischen Verpflichtungen zu erfüllen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zuständigkeit (§§ 2-4 VbgBK) <p>Die Zuständigkeit richtet sich nach der letzten gefährdenden Tätigkeit vor Eingang der Meldung. Solange diese nicht geklärt ist, übernimmt der erstangegangene UV-Träger die vorläufige Bearbeitung (vgl. Verfahren zuständiger UV-Träger § 3 VbgBK).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Versicherte Person <p>Bei Unternehmern, mitarbeitenden Ehegatten und unternehmerähnlichen Personen ist zu prüfen, ob aktuell Versicherungsschutz besteht. Ggf. ist auch ein in der Satzung normierter Leistungsausschluss für Erkrankungen zu beachten, deren Voraussetzungen bereits vor Beginn einer freiwilligen Versicherung vorlagen.</p> <p>Liquidation im Hautarztverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> - F 6050 = 50,00 €* - F 6052 = 25,00 €* <p>(* Die Pauschalen umfassen die Berichtsgebühr und die Gebühr für die Untersuchung des Patienten. Die UV-GoA Positionen 1-10 könnten also nur bei zusätzlichen, zwischenzeitlich durchgeführten Untersuchungen abgerechnet werden.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur vollständige Hautarztberichte sind zu vergüten (vgl. § 57 Abs. 2 Vertrag Arzte/UV-Träger). - Überweisung F 2900 kann durch Betriebs- und Werksarzt erfolgen und ist zu vergüten. (Gemeinsame Rundschreiben DGUV BK 005/2007 vom 07.03.07) - Werden bei der Meldung durch Hautarztbericht Hauttestungen abgerechnet, sind die Empfehlungen zum berufsspezifischen Umfang von Hauttestungen zu prüfen. <ol style="list-style-type: none"> 1. Allgemeine Hinweise zu Hauttestungen 2. Metall 3. Friseur 4. Altenpflege 5. Heil- und Pflegeberufe 6. Maurer und verwandte Berufe <p>Negativliste: Hautirritabilitäts- und Hautfunktionsdiagnostik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Maler und Lackierer <p> Hauttestungen sind für die Einleitung niederschwelliger §3-Maßnahmen regelmäßig nicht erforderlich und daher nicht nachzufordern.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotodokumentation des Hautbefundes i.d.R. nicht erforderlich. Ausnahmen nur in begründeten Einzelfällen, dann maximal 4 Fotos. Abrechnung analog Gebührennummer 9792 und 9793. - Bleiben Differenzen zwischen Dermatologen und UV-Träger bezüglich der Abrechnungsfähigkeit von Hauttestungen bestehen, bietet sich an, die Clearingstelle* bei der Arbeitsgemeinschaft Berufsdermatologie einzuschalten (Ablauf des Clearing-Verfahrens). <p>* Die Anfrage ist an den Vorstand der ABD zu richten.</p> <p>- Leitlinien Hautarztverfahren</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Persönliche Beratung</div> <p>Ein frühzeitiger persönlicher/telefonischer Kontakt ist empfehlenswert, um</p> <ul style="list-style-type: none"> - die hautgefährdenden Arbeitsumstände festzustellen (ggf. Checkliste Erhebungsbogen BK 5101 J 6150 - allgemein J 6152 - Metall J 6154 - Bau verwenden). - Art und Umfang der Hautschutzmaßnahmen in Erfahrung zu bringen, - den Versicherten zu beraten (Verfahren, Hautschutz, Leistungen). <p>Sofortige telefonische Kontaktaufnahme ist erforderlich, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Aufgabe der hautgefährdenden Tätigkeit droht, - der Versicherte arbeitsunfähig ist und die Wiederaufnahme der Arbeit durch ein gesundheitspädagogisches Seminar -GPS- gefördert werden kann, - der Versicherte selbständig ist. <p>Ebenso ist eine persönliche Kontaktaufnahme auch in den Fällen sinnvoll, in denen die hautgefährdende Tätigkeit bereits aufgegeben wurde (Prüfung der Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Reintegration, Status des Arbeitsverhältnisses, Motivation zum alten Arbeitsplatz zurückzukehren usw.).</p> <p>Der Inhalt und das Ergebnis der Beratung ist zu dokumentieren.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Hautarztbericht anfordern</div> <p>Ist die Erkrankung nicht mit Hautarztbericht (Formtext F 6050) gemeldet, ist der (behandelnde) Hautarzt aufzufordern, einen Hautarztbericht zu erstatten. Dies gilt auch bei einer Meldung mit BK-Anzeige.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Datenschutzerklärung</div> <p>Die Ermittlungen und Maßnahmen im Stufe 1-Verfahren werden durch die Datenschutzerklärung des Hautarztberichts (Formtext F 6050) gedeckt. Fehlt die Erklärung oder wird sie verweigert, ist das Verfahren mit dem Versicherten zu besprechen.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">Verfahrensbeteiligte informieren</div> <p>Zu informieren sind (Formtext M 6100):</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Gewerbearzt nach § 4 BKV - die Krankenkasse nach dem gemeinsamen Rundschreiben vom 30.11.1990 - der Betriebs-/Werksarzt - sofern datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung vorliegt - ggf. der eigene Präventionsdienst <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;">BK-DOK</div> <p>Der Hautarztbericht bzw. die sonstige Meldung ist als BK-Verdachtsanzeige zu dokumentieren (Dokumentationsgrund BK01).</p>		

Verfahren BK 5101

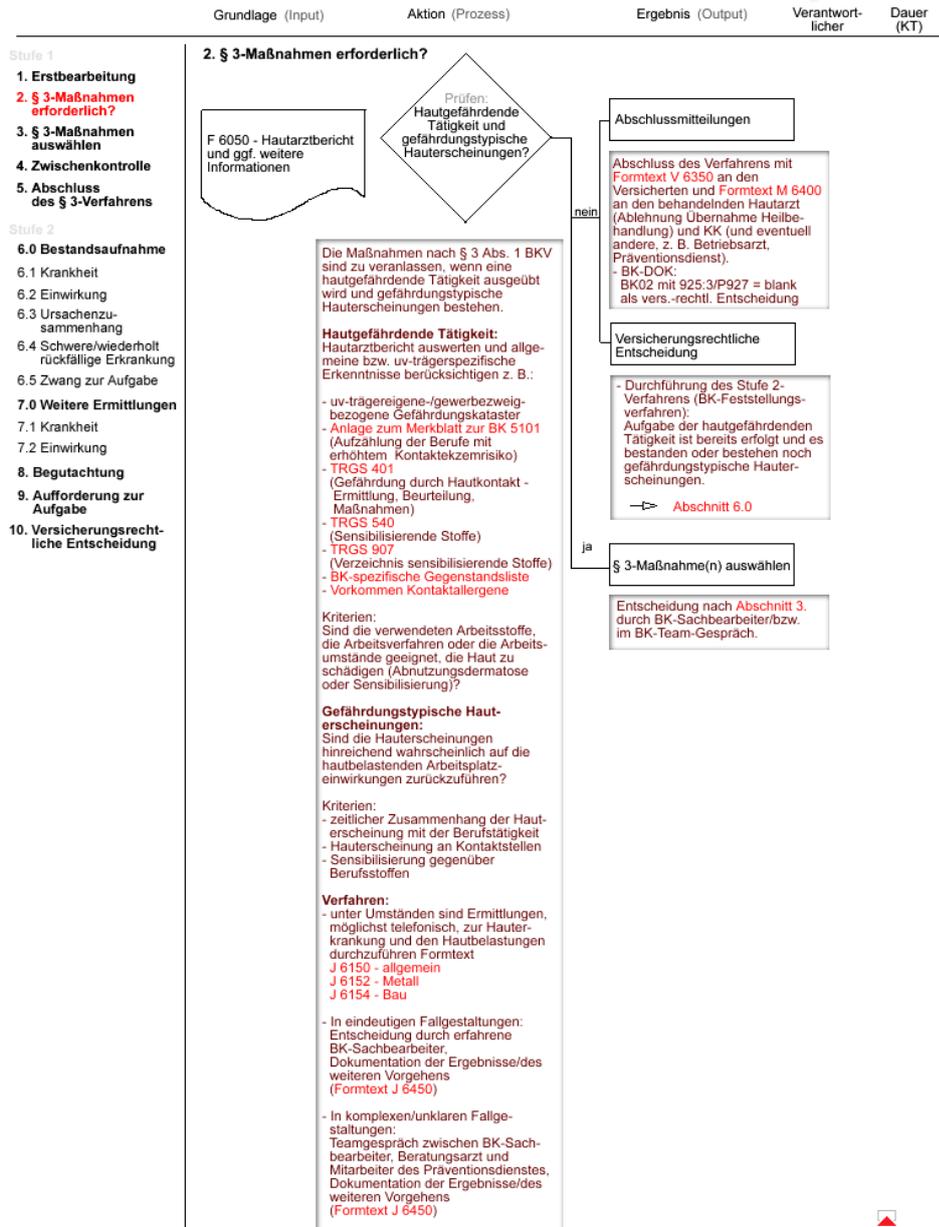
i zur Gesamtübersicht

i alle Informationen



Verfahren BK 5101

[i zurück zur Übersicht](#)



Verfahren BK 5101

[i zurück zur Übersicht](#)

Grundlage (Input)	Aktion (Prozess)	Ergebnis (Output)	Verantwortlicher	Dauer (KT)
<p>Stufe 1</p> <p>1. Erstbearbeitung</p> <p>2. § 3-Maßnahmen erforderlich?</p> <p>3. § 3-Maßnahmen auswählen</p> <p>4. Zwischenkontrolle</p> <p>5. Abschluss des § 3-Verfahrens</p> <p>Stufe 2</p> <p>6.0 Bestandsaufnahme</p> <p>6.1 Krankheit</p> <p>6.2 Einwirkung</p> <p>6.3 Ursachenzusammenhang</p> <p>6.4 Schwere/wiederholt rückfällige Erkrankung</p> <p>6.5 Zwang zur Aufgabe</p> <p>7.0 Weitere Ermittlungen</p> <p>7.1 Krankheit</p> <p>7.2 Einwirkung</p> <p>8. Begutachtung</p> <p>9. Aufforderung zur Aufgabe</p> <p>10. Versicherungsrechtliche Entscheidung</p>	<p>3. § 3-Maßnahmen auswählen</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>F 6050 - Hautarztbericht F 6052 - Verlaufsbericht Hautarzt J 6450 - Vermerk Entscheidung/ Maßnahmen Stufe 1 und ggf. weitere Informationen</p> </div> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>Prüfen: Welche §3-Maßnahme(n)?</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Bei der Umsetzung von Maßnahmen nach § 3 BKV ist ein abgestuftes Vorgehen geboten. Über einfache und kostengünstige Maßnahmen ist eine schnelle Entscheidung gefordert. Je kostenaufwendiger die Maßnahme, desto höher die Anforderungen an die Prüfung der rechtlichen Voraussetzungen. Es entsteht keine Bindungswirkung durch eine einzelne Maßnahme nach § 3 BKV, über jede weitere Leistungszusage nach § 3 BKV ist neu zu entscheiden.</p> <p>Folgende Auswahlgrundsätze sind zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eignung zur Gefahrbeseitigung, - Verhältnismäßigkeit, d.h. „niederschwellige“ Maßnahmen vor (kosten-)aufwendigen Maßnahmen, - wenn erforderlich, auch mehrere Maßnahmen parallel und/oder wiederholt. <p>Ergänzende Hinweise: Grundsätzlich hat der Arbeitgeber geeignete Hautschutz- und pflegemittel sowie Schutzhandschuhe zur Verfügung zu stellen. § 3 BKV eröffnet die Möglichkeit, die Kosten hierfür durch den UV-Träger in einer Anlauf- bzw. Erprobungsphase solange zu übernehmen, bis dem Unternehmer eine eindeutige Empfehlung hinsichtlich der am besten geeigneten Mittel des Hautschutzes gegeben werden kann. In begründeten Ausnahmefällen ist denkbar, Kosten für Schutzhandschuhe auf Dauer zu übernehmen, wenn z. B. üblicherweise bei den ausgeübten Tätigkeiten der Einsatz von Schutzhandschuhen nicht vorgesehen ist.</p> <p>Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - unter Umständen sind Ermittlungen, möglichst telefonisch, zur Hauterkrankung und den Hautbelastungen durchzuführen Formtext J 6150 - allgemein J 6152 - Metall J 6154 - Bau <p> Die Anforderung von Hauttestungen ist regelmäßig nicht erforderlich. Wichtig sind Hauttestungen ggf. aber für die konkrete Entscheidung zum Austausch von Stoffen am Arbeitsplatz.</p> <ul style="list-style-type: none"> - In eindeutigen Fallgestaltungen, insbesondere für die Entscheidung zur Übernahme der hautärztlichen Heilbehandlung ist alleine die BK-Sachbearbeitung verantwortlich. Dokumentation der Ergebnisse/ des weiteren Vorgehens (Formtext J 6450) - In komplexen/unklaren Fallgestaltungen: Teamgespräch zwischen BK-Sachbearbeiter, Beratungsarzt und Mitarbeiter des Präventionsdienstes, Dokumentation der Ergebnisse/ des weiteren Vorgehens (Formtext J 6450) </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Heilbehandlung einleiten bzw. übernehmen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>- Behandlungsauftrag für 6 Monate bei behandlungsbedürftigem Hautbefund als allgemeine Heilbehandlung mit vierwöchiger Vorstellungspflicht und Berichtserstattung des Hautarztes alle 2 Monate (Formtext A 6450). - Besondere Heilbehandlung bei besonderer Schwere des Krankheitsbildes oder sonstigem erhöhten Beratungs- und Betreuungsaufwand (Formtext A 6452). - Information des Versicherten (Formtext V 6150). - BK-DOK: BK02 mit 925:4/927:13 als vers.-rechtl. Entscheidung; BK03 mit Art der Maßnahme 452</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Heilbehandlung ablehnen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Wurde ausschließlich eine andere § 3-Maßnahme ausgewählt, ist der behandelnde Hautarzt über die Weiterbehandlung zu Lasten der Krankenkasse zu informieren (analog § 45 des Vertrages Ärzte/UV-Träger).</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Betreuung Betriebsarzt veranlassen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Einschaltung im Großunternehmen bei erstmals aufgetretenen und leichten Hauterscheinungen (Formtext A 6154). - Auftragserteilung mit Verpflichtung zur Wirksamkeitskontrolle und zur Zusammenarbeit mit behandelndem Hautarzt. - Information des Versicherten über Beratungsauftrag (Formtext V 6154). - Spätestens 3 Monate nach Auftragserteilung Sachstandsbericht anfordern (vgl. insgesamt Grundsätze zur Zusammenarbeit (VB 063/2002). - BK-DOK: BK02 mit 925:4/927:13 als vers.-rechtl. Entscheidung; BK03 mit Art der Maßnahme 460</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Optimierung Arbeitsplatz/ Persönliche Schutzausrüstung veranlassen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>- Auftrag an Präventionsdienst, ggf. AMD zur Optimierung Hautschutz und PSA, wenn Defizite bei der Verhaltens- und Verhältnisprävention (technische, organisatorische und persönliche Schutzmaßnahmen TRGS 401 sowie TRGS 540) erkennbar werden (Info Versicherte Formtext V 6152). - BK-DOK: BK02 mit 925:4/927:13 als vers.-rechtl. Entscheidung; BK03 mit Art der Maßnahmen 401/402/403/410 - 414/420 - 424/430/432 - 433</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Gesundheitspädagogische Seminare anbieten</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>In gesundheitspädagogischen Seminaren (über 1-2 Tage) wird durch berufsspezifisches Training optimaler Hautschutz am Arbeitsplatz vermittelt. Daneben findet regelmäßig auch eine individuelle berufsdermatologische Beratung statt.</p> <p>Anbieter: Gesundheitspädagogische Seminare werden für alle Berufe z. B. von den Kliniken angeboten. Einzelne Berufsgenossenschaften haben ihr Seminarangebot für Versicherte anderer UV-Träger geöffnet und richten auch branchenfremde berufsspezifische Seminare für andere UV-Träger aus. (Übersicht Seminarangebote)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einladung d. Vers. zu ein- bis zweitägigem Seminar mit berufsspezifischem Training zum hautschonenden Arbeiten (Formtexte V 7272 und V 7474) - BK-DOK: BK02 mit 925:4/927:13 als vers.-rechtl. Entscheidung; BK03 mit Art der Maßnahme 451 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Termine für Zwischen-Wirksamkeitskontrolle setzen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Termin für Zwischen-Wirksamkeitskontrolle (3 bzw.6 Monate nach Maßnahmezusage) setzen</p> </div>		

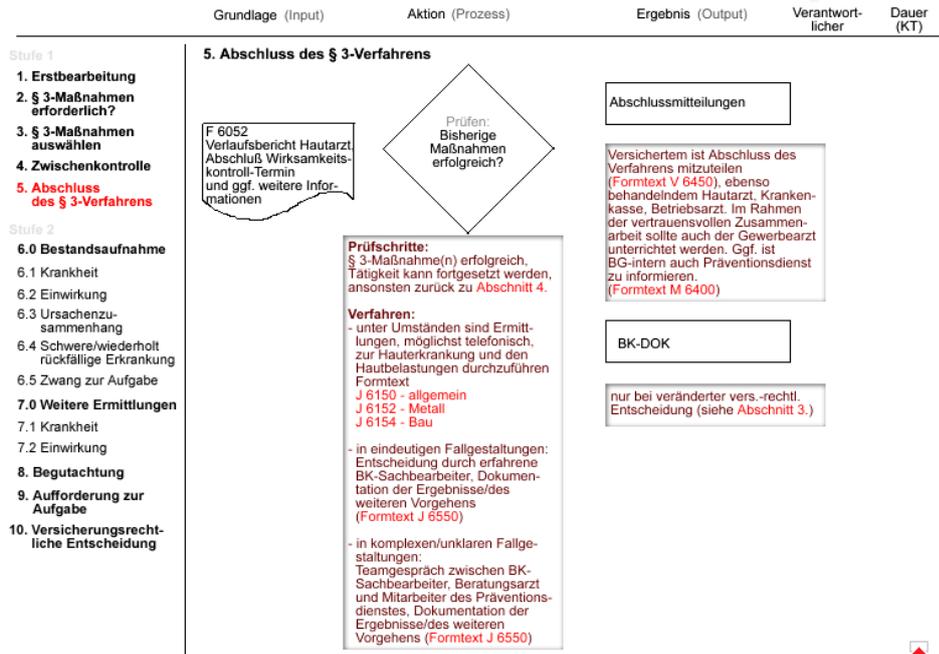
Verfahren BK 5101

[i zurück zur Übersicht](#)

	Grundlage (Input)	Aktion (Prozess)	Ergebnis (Output)	Verantwortlicher	Dauer (KT)
<p>Stufe 1</p> <p>1. Erstbearbeitung</p> <p>2. § 3-Maßnahmen erforderlich?</p> <p>3. § 3-Maßnahmen auswählen</p> <p>4. Zwischenkontrolle</p> <p>5. Abschluss des § 3-Verfahrens</p> <p>Stufe 2</p> <p>6.0 Bestandsaufnahme</p> <p>6.1 Krankheit</p> <p>6.2 Einwirkung</p> <p>6.3 Ursachenzusammenhang</p> <p>6.4 Schwere/wiederholt rückfällige Erkrankung</p> <p>6.5 Zwang zur Aufgabe</p> <p>7.0 Weitere Ermittlungen</p> <p>7.1 Krankheit</p> <p>7.2 Einwirkung</p> <p>8. Begutachtung</p> <p>9. Aufforderung zur Aufgabe</p> <p>10. Versicherungsrechtliche Entscheidung</p>	<p>4. Zwischenkontrolle</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>F 6052 Verlaufsbericht Hautarzt. 3-Monat-Kontroltermin</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> <p>Prüfen: Bisherige Maßnahmen wirksam und ausreichend?</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Prüfschritte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liegen Informationen über Maßnahmeergebnisse 3 Monate nach Umsetzungsbeginn vor? - Waren Maßnahmen wirksam und ausreichend? - Kann Tätigkeit fortgesetzt werden? <p>Verfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in eindeutigen Fallgestaltungen: Entscheidung durch erfahrenen BK-Sachbearbeiter, - in komplexen Fallgestaltungen: Teamgespräch zwischen BK-Sachbearbeiter, Beratungsarzt und Mitarbeiter Präventionsdienst </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Sachstandsanfrage(n)/ Anforderung Zwischenbericht</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Bei unvollständigen/nicht aussagefähigen Entscheidungsgrundlagen: Sachstandsanfrage(n) bei Vers., Präventionsdienst, AMD, Betriebsarzt bzw. Zwischenbericht bei behandelndem Hautarzt anfordern (Formtext F 6052) - Ggf. Sachstand durch örtliche Ermittlungen klären - Dokumentation der Ergebnisse/ des weiteren Vorgehens (Formtext J 6450) - Dokumentation der Wirksamkeitskontrolle BK-DOK: BK03 mit Art der Maßnahme 460/461 </div>			
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Optimierung § 3-Maßnahmen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Bei Optimierungsbedarf: Festlegung Maßnahmenplan und Maßnahmen einleiten, vgl. Abschnitt 3, sowie Dokumentation der Ergebnisse/des weiteren Vorgehens (Formtext J 6450) - Ggf. auch bei entsprechender Indikation stationäre Maßnahmen veranlassen (im Rahmen des Forschungsvorhabens "Medizinisch-berufliches Rehabilitationsverfahren Haut" Meldeformular Multicenterstudie) - Dokumentation der Wirksamkeitskontrolle BK-DOK: BK03 mit Art der Maßnahme 460/461 </div>		
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Termin für Abschluss- Wirksamkeitskontrolle setzen</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Termin für Abschluß-Wirksamkeitskontrolle (6 Monate nach Maßnahmezusage) setzen - BK-DOK: BK03 mit Art der Maßnahme 460/461 </div>		
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>Versicherungsrechtliche Entscheidung</p> </div> <p>→ Abschnitt 6.0</p>		

Verfahren BK 5101

[i zurück zur Übersicht](#)



A.2 Die VVH-Maske (ACCESS)

➤ Maske 1:

The screenshot shows a Microsoft Access window titled 'Microsoft Access - [Fragebogen für Sachbearbeiter]'. The form is titled 'EVA Haut (Evaluation des Verwaltungsverfahrens)'. It contains the following fields and controls:

- Stammdaten und Identität**
- ID:
- Geschlecht:
- Geburtsjahr des Versicherten:
- Melddatum:
- Erfolgte die Meldung mit Hautarztbericht?:
- Wurde der Hautarztbericht angefordert?:
- Wann wurde der Hautarztbericht angefordert?:
- Eingangsdatum Hautarztbericht (F6050)?
- Wurden Arbeitsunfähigkeitszeiten vor der Meldung dokumentiert?
- Wurden Arbeitsunfähigkeitszeiten im Beobachtungszeitraum dokumentiert?
- War der Versicherte zum Zeitpunkt der Meldung des BK-Verdachts noch berufstätig?:
- Buttons:

At the bottom, it shows 'Datensatz: 1 von 1 (Gefiltert)' and 'Formularansicht'.

➤ Maske 2:

The screenshot shows a Microsoft Access window titled 'Microsoft Access - [Hautarztbericht_2]'. The form is titled 'Hautarztbericht (F6050)'. It contains the following fields and controls:

- ID:
- Ist die berufliche Hautbelastung im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.1-3.3)
- Sind die beruflichen Schutzmaßnahmen im Hautarztbericht beschrieben? (Punkt 3.4)
- Gibt es aus dem Hautarztbericht: Anhaltspunkte für Defizite bei der Versorgung mit:
 - Handschuhe:
 - Hautschutzmittel:
 - Hautreinigungsmittel:
 - Hautpflegemittel:
- Lassen sich gefähdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3.7)
- Wurden Testprotokolle mitgeliefert?
- Ist die Diagnose aufgrund der Dokumentation im Hautarztbericht - aus Ihrer Sicht nachvollziehbar?
- Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht des Arztes - aufgegeben werden? (Punkt 9.3)
- Erscheint die Fortsetzung der Tätigkeit des Versicherten nach den Angaben im Hautarztbericht - aus Ihrer Sicht - gefährdet? (Punkt 9.3)
- War die Qualität der Erstmeldung ausreichend für die Beurteilung der beruflichen Verursachung?
- Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus der Sicht des Arztes gegeben? (insbesondere Punkt 9.5)
- Ist Beratungsbedarf durch den UV Träger aus Ihrer Sicht gegeben?

At the bottom, it shows 'Datensatz: 1 von 1 (Gefiltert)' and 'Formularansicht'.

➤ Maske 3a:

EVA Haut (Evaluation des Verwaltungsverfahrens)

Erstbearbeitung

Welche ergänzenden Schritte zur Validierung des Hautarztberichtes und Auswahl der § 3-Maßnahmen wurden eingeleitet:

ID:

Beurteilung durch beratenden Arzt nach Aktenlage wurde durchgeführt am:

Beurteilung durch Sachbearbeiter, Arzt und Techniker (Teamgespräch) am:

Beurteilung durch beratenden Arzt mit persönlicher Untersuchung am:

Beurteilung durch beratenden Arzt mit persönlicher Untersuchung und anschließender Besprechung mit Sachbearbeiter, Arzt, Versicherter und Technikere (Hautsprechstunde):

Zusätzliche Beurteilung durch behandelnden Arzt am:

Rückfrage beim Präventionsdienst am:

Wurden nicht mitgelieferte Testprotokolle nachgeliefert?

Es wurden folgende weitere Schritte zur Validierung unternommen:

Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:

(Hier soll nur mit "ja" geantwortet werden, wenn auf Grund des ersten Hautarztberichtes und seiner Validierung §3-Maßnahmen eingeleitet wurden.)

Es erfolgte eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem Versicherten durch:

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)

Formularansicht

Maske 3b:

Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:

(Hier soll nur mit "ja" geantwortet werden, wenn auf Grund des ersten Hautarztberichtes und seiner Validierung §3-Maßnahmen eingeleitet wurden.)

Es erfolgte eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem Versicherten durch:

den Sachbearbeiter am:

wie?

durch Präventionsdienst am:

wie?

durch Arbeitsmedizinischen Dienst am:

wie?

Berufliche Tätigkeit gefährdet?

Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?

Besteht der objektive Unterlassungszwang der beruflichen Tätigkeit?

Wurden Schutz-, Reinigungs- und Pflegemittel vom Arbeitgeber zum Zeitpunkt der Erstmeldung zur Verfügung gestellt?

Abschluss des Verfahrens ohne §3-Maßnahmen am:

Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:

BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:

Zurück Weiter

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)

Formularansicht

➤ Maske 4a:

EVA Haut (Evaluation des Verwaltungsverfahrens)

§3 - Maßnahmen

ID:

Art und Erteilung eines Behandlungsauftrages:

Die Erteilung des Behandlungsauftrages erfolgte am:

Die Erteilung des Behandlungsauftrages erfolgte:

Der Betriebsarzt wurde mit der Betreuung des Versicherten beauftragt am:

Eine Beratung durch den Arbeitsmedizinischen Dienst wurde beauftragt am:

Eine Beratung durch den Präventionsdienst/BK-Ermittler wurde beauftragt am:

Technische bzw. organisatorische Maßnahmen wurden veranlasst am:

Technische bzw. organisatorische Maßnahmen wurden durchgeführt am:

Entscheidung zur Übernahme Hautschutz, Handschuhe, Hautreinigung, Hautreinigungs- und -pflegemittel erfolgte am:

durch Sachbearbeiter:

Prävention:

AMD:

Beratenden Arzt:

Hautarzt:

Die Durchführung eines ambulanten Hautschutzseminars wurde veranlasst am:

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)

Formularansicht

➤ Maske 4b:

durch Sachbearbeiter:

Prävention:

AMD:

Beratenden Arzt:

Hautarzt:

Die Durchführung eines ambulanten Hautschutzseminars wurde veranlasst am:

Die Durchführung eines ambulanten Hautschutzseminars erfolgte am:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte in:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte von:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte bis:

Falls persönliche Schutzmaßnahmen (Handschuhe/Hautschutz) eingeleitet wurden, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Falls ein ambulantes gesundheitspädagogisches Seminar durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Falls ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Wer hat über die Einleitung von Maßnahmen entschieden?

Zurück Weiter

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)

Formularansicht

➤ Maske 5a:

EVA Haut (Evaluation des Verwaltungsverfahrens)

Gesamtbeurteilung des Verwaltungsverfahrens

Hautarztbericht (i.d.R. F6052)

ID:

Es legt ein erster Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Es legt ein zweiter Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Es legt ein dritter Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Es legt ein vierter Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Es legt ein fünfter Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Es legt ein sechster Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Alle folgenden Fragen sollen zusammenfassend - bezogen auf das GESAMTE durchgeführte Verfahren - beantwortet werden:

Wurde aufgrund der vorliegenden Informationen eine der folgende Maßnahmen eingeleitet:
 Beurteilung des Verlaufsberichtes/von Verlaufsberichten durch den beratenden Arzt:

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)
 Formularansicht

➤ Maske 5b:

Es legt ein sechster Verlaufsbericht (F6052 bzw. Behandlungsbericht) vor vom:

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

Alle folgenden Fragen sollen zusammenfassend - bezogen auf das GESAMTE durchgeführte Verfahren - beantwortet werden:

Wurde aufgrund der vorliegenden Informationen eine der folgende Maßnahmen eingeleitet:
 Beurteilung des Verlaufsberichtes/von Verlaufsberichten durch den beratenden Arzt:

Beurteilung durch beratenden Arzt mit persönlicher Untersuchung (Sprechstunde)

Waren zur Validierung noch weitere Schritte erforderlich:

Rückfrage beim Präventionsdienst

Nachforderung von Testprotokollen war erforderlich:

Rückfragen beim Hautarzt waren erforderlich:

Es wurden - weitere - §3-Maßnahmen eingeleitet

Es wurden folgende weitere Schritte zur Validierung unternommen:

Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:

Der Versicherte ist arbeitsunfähig:

Es erfolgte eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten

Die Hauterscheinungen des Versicherten sind:

Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:

Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln

Hautschutz, Handschuhe, Hautreinigungs- und -pflegemittel werden vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellt:

Zurück Weiter

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)
 Formularansicht

➤ Maske 6a:

EVA Haut (Evaluation des Verwaltungsverfahrens)

Es wurden folgende Maßnahmen durchgeführt (Bitte nicht aufgrund des Erstberichtes (F6050) beurteilen):

ID:

Es erfolgte eine persönliche Kontaktaufnahme mit dem Versicherten durch:

- den Sachbearbeiter:
- durch Prävention:

Ist der Behandlungsauftrag aufgrund der Informationen im Verlaufsbericht verändert worden?

Der Betriebsarzt wurde mit der Betreuung des Versicherten beauftragt am:

Eine Beratung durch den Arbeitsmedizinischen Dienst wurde veranlasst am:

Technische bzw. organisatorische Maßnahmen wurden veranlasst am:

Technische bzw. organisatorische Maßnahmen wurden durchgeführt am:

Entscheidung zur Übernahme Hautschutz, Handschuhe, Hautreinigung- und -pflegemittel erfolgte am:

Die Entscheidung erfolgte auf Vorschlag von:

- Sachbearbeiter:
- Prävention:
- AMD:
- Beratenden Arzt:

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)
Formularansicht

➤ Maske 6b:

Die Entscheidung erfolgte auf Vorschlag von:

- Sachbearbeiter:
- Prävention:
- AMD:
- Beratenden Arzt:
- Hautarzt:

Bitte bei der Beantwortung der folgenden Fragen weiterhin das gesamte Verfahren berücksichtigen. (Bitte nicht aufgrund des Erstberichtes (F6050) antworten)

Die Durchführung eines ambulanten Hautschutzseminars wurde beauftragt am:

Die Durchführung eines ambulanten Hautschutzseminars erfolgte am:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte in:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte von:

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte bis:

Falls persönliche Schutzmaßnahmen (Handschuhe/Hautschutz) eingeleitet wurden, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Falls ein ambulantes gesundheitspädagogisches Seminar durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Falls ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

Wer hat über die Einleitung von Maßnahmen entschieden?

Abschluss des Verfahrens am:

Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:

BK-Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:

Zurück Weiter

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)
Formularansicht

➤ Maske 7:

The screenshot shows a Microsoft Access window titled 'Microsoft Access - [Kosten_2]'. The main form is titled 'EVA Haut (Evaluation des Verfahrens)'. Below the title is a section labeled 'Kosten' with a table of input fields. The table has two columns: 'Kosten' and 'Wert'. The 'Kosten' column lists various cost categories, and the 'Wert' column contains input fields. The 'Kosten der Feststellung der Entschädigung' field is pre-filled with the value '500'. At the bottom of the form, there are two buttons: 'Zurück' and 'Zum Anfang'. The status bar at the bottom indicates 'Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)' and 'Formularansicht'.

Kosten	Wert
ID	<input type="text"/>
Gesamtkosten	<input type="text"/>
ambul. Heilbehandlung (Kontengruppe 40)	<input type="text"/>
stationäre Heilbehandlung (Kontengruppe 46)	<input type="text"/>
Verletztengeld und bes. Unterstützung (KG 47)	<input type="text"/>
sonstige Heilbehandlung, Pflege, TAL Leben an der Gemeinschaft, Übergangsleistung (KG 48)	<input type="text"/>
Teilhabe am Arbeitsleben (KG 49)	<input type="text"/>
Renten an Versicherte (KG 50)	<input type="text"/>
Kosten der Feststellung der Entschädigung	500

Zurück Zum Anfang

Datensatz: 14 von 1 (Gefiltert)
Formularansicht FLTR

A.3 Der Fragebogen „Gutachter“



Fragebogen „Gutachterkreis“ für ID:

I. Persönliche Angaben des Gutachters

Gutachter (Name, Vorname): _____

Ausfülldatum: |_|_| |_|_| |2|0|0|_|

Bitte bewerten Sie den vorgelegten Hautarztbericht anhand der folgenden Fragen:

Literatur unter www.dermatologie.uni-osnabrueck.de :
 Rubrik: „Peer-Review EVA_Haut“:

A. Hautarzteerstbericht

II. Berufliche Beschäftigung				
Die Angaben zur	sind sehr umfassend	sind ausreichend	sind unvollständig	sind nicht bearbeitet
1. Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tätigkeitsdauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vorherigen Tätigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> entfällt (keine vorherige Tätigkeit)				
III. Angaben zur Hautbelastung/Schutzmaßnahmen				
Die Angaben	sind sehr umfassend	sind ausreichend	sind unvollständig	sind nicht bearbeitet
1. zu den schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz (Arbeitsstoffe, Feuchbelastung, Verschmutzung, sonstige)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. zur Schutzausrüstung am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV. Anamnese zur Hauterkrankung				
Die anamnestischen Angaben zu	sind ausreichend	sind unvollständig	sind nicht bearbeitet	
1. Erstmaligem Auftreten/ Erkrankungsdauer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Lokalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Morphe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

V. Hautbefund				
Die Beschreibung des Hautbefundes hinsichtlich	ist ausreichend	ist unvollständig	ist nicht bearbeitet	
1. Beurteilungsgrundlage (unter Ausübung der Berufstätigkeit, Arbeitsunfähigkeit etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Lokalisation (deskriptiv od. anhand Skizze im „Beiblatt Hautbefund“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Morphe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Wird zu Punkt 5.3 (Erstbericht F6050) „Atopie“ nachvollziehbar Stellung genommen?	<input type="radio"/> Ja, nachvollziehbar	<input type="radio"/> Nein, nicht nachvollziehbar	<input type="radio"/> Nicht bearbeitet	
5. Wie würden Sie die <u>aktuelle klinische Schwere</u> d. Hauterkrankung im Erstbericht (analog der Kriterien „Ausmaß der Hauterscheinungen“, siehe Homepage bzw. Anlage) beurteilen?				
<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Leicht	<input type="radio"/> Mittel	<input type="radio"/> Schwer	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar

B. Verlaufsberichte (zusammenfassende Beurteilung)

Anzahl der von Ihnen bewerteten Verlaufsberichte:

VI. Berufliche Beschäftigung		
Änderungen gegenüber dem Vorbericht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Falls ja, welche?	<input type="radio"/> Berufsaufgabe ohne neue Tätigkeit	<input type="radio"/> Innerbetriebliche Umsetzung	<input type="radio"/> Neue berufliche Tätigkeit	
VII. Angaben zur Hautbelastung/Schutzmaßnahmen				
Änderungen gegenüber dem Vorbericht			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Falls ja: Die Angaben	sind sehr umfassend	sind ausreichend	sind unvollständig	sind nicht bearbeitet
1. zu den schädigenden Einwirkungen am Arbeitsplatz (Arbeitsstoffe, Feuchtbelastung, Verschmutzung, sonstige)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. zur Schutzausrüstung am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIII. Anamnese zur Hauterkrankung				
Die anamnestischen Angaben zu	sind ausreichend	unvollständig	nicht bearbeitet	
1. Erkrankungsverlauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Veränderung unter Arbeitskarenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Arbeitsunfähigkeitszeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
IX. Hautbefund				
Die Beschreibung des Hautbefundes hinsichtlich	ist ausreichend	unvollständig	nicht bearbeitet	
1. Beurteilungsgrundlage (unter Ausübung der Berufstätigkeit, Arbeitsunfähigkeit etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Lokalisation (deskriptiv od. anhand Skizze im „Beiblatt Hautbefund“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Morphe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Wie würden Sie die <u>aktuelle klinische Schwere</u> d. Hauterkrankung im letzten vorliegenden Verlaufsbericht (analog der Kriterien „Ausmaß der Hauterscheinungen“, siehe Homepage bzw. Anlage „Ausmaß d. Hauterscheinungen“) beurteilen?				
<input type="radio"/> Keine	<input type="radio"/> Leicht	<input type="radio"/> Mittel	<input type="radio"/> Schwer	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar

C. Zusammenfassende Bewertung von Erst- und Verlaufsbericht(en)

X. Allergologische Diagnostik (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)

Epikutantestung					
1. War/wäre eine Epikutantestung aus Ihrer Sicht indiziert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar		
2. Wurde eine Epikutantestung durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar		
Falls ja, wann wurde die Epikutantestung durchgeführt? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Im Zus.-hang mit Erstbericht		<input type="radio"/> Im Zus.-hang mit Verlaufsbericht(en)		
3. Wurde die Epikutantestung entsprechend der Leitlinie der DDG/DKG protokolliert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar		
4. Wurde durch die Epikutantestung das berufsrelevante Spektrum entsprechend der Empfehlung „Hautarztverfahren“ abgebildet (Mehrfachantworten möglich)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein, Testung (teils) unvollständig	<input type="radio"/> Nein, Testung (teils) zu umfangreich	<input type="radio"/> Keine Testung erfolgt	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar

Pricktestung					
5. War/wäre aus Ihrer Sicht eine Pricktestung indiziert? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Ja, da V.a. berufsrelevante Typ-I-Sensibilisierung (Haut)		<input type="radio"/> Ja, zum Atopie-Screening	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar
6. Wurde eine Pricktestung durchgeführt (d.h. Protokoll beiliegend od. im Hautarztbericht dokumentiert)?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Nicht beurteilbar	
Falls ja, wann wurde die Pricktestung durchgeführt ? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Im Zus.-hang mit Erstbericht		<input type="radio"/> Im Zus.-hang mit Verlaufsbericht(en)		
7. Wurde die Pricktestung entspr. der Empfehlung „Hautarztverfahren“ durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein, Testung (teils) unvollständig	<input type="radio"/> Nein, Testung (teils) zu umfangreich	<input type="radio"/> Keine Testung erfolgt	

Weitere Diagnostik					
8. Waren aus Ihrer Sicht serologische Untersuchungen indiziert?					
<input type="radio"/> Ja, Gesamt-IgE (Atopiescreening)	<input type="radio"/> Spez. IgE, da V.a. berufsrelevante Typ-I-Sensibilisierung (Haut)		<input type="radio"/> Spez. IgE gegenüber Inhalationsallergenen (entspr. sx1) zum Atopiescreening	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar
9. Wurden diese serologischen Untersuchungen i. Sinne der Empfehlung „Hautarztverfahren“ durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar	<input type="radio"/> Keine serol. Untersuchungen erfolgt	
10. Wurden Hautempfindlichkeitstestungen (z.B. Alkaliresistenztest) durchgeführt (d.h. Protokoll beiliegend od. im Hautarztbericht dokumentiert)?			<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
11. Wurde im Rahmen des diagnostischen Umfangs die Negativliste der ABD zur Hautirritabilitäts-	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar	<input type="radio"/> Keine Testung erfolgt	

diagnostik berücksichtigt?								
XI. Diagnosen (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)								
1. Die Diagnosestellung <u>im Hautarzteerstbericht</u> ist aufgrund der vorliegenden Dokumentation...								
O voll nachvollziehbar			O teilweise nachvollziehbar			O nicht nachvollziehbar		
2. Wurde die Diagnose <u>in den Verlaufsberichten</u> durch neue Erkenntnisse gegenüber dem Erstbericht nachvollziehbar korrigiert bzw. ergänzt?								
O ja, voll nachvollziehbar		O teilweise nachvollziehbar		O nicht nachvollziehbar		O keine Änderungen gegenüber Erstbericht		
3. Wurden bei Vorliegen von Typ-IV-Sensibilisierungen Beurteilungen hinsichtlich....								
...klinischer Relevanz durchgeführt?				O Ja		O Nein		
...beruflicher Relevanz durchgeführt?				O Ja		O Nein		
O Entfällt, da keine Typ-IV-Sensibilisierungen nachgewiesen.								
XII. Beurteilung (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)								
1. Die Begründungen zu Frage 8.1 (F6050) bzw. 7.1 (F6052) „Anhaltspunkte für eine beruflich verursachte Hauterkrankung“ sind								
O voll nachvollziehbar		O teilweise nachvollziehbar		O nicht nachvollziehbar		O nicht bearbeitet		
2. Sind in den vorgelegten Hautarztberichten die Punkte [1.- 8. (F6050) bzw. 1. – 7. (F6052)] ausreichend bearbeitet, um die Berufsbedingtheit der Hauterkrankung beurteilen zu können?					O Ja	O teilweise	O Nein	
3. War die Einleitung des Hautarztverfahrens aus dermatologischer Sicht insgesamt indiziert?								
O Ja	O Nein, da keine hautgefährdende Tätigkeit		O Nein, da keine gefährdungstypischen Hauterscheinungen		O Nein, da keine Hauterscheinungen		O Nein (sonstige Gründe)	
XIII. Empfehlungen (bzgl. Erstbericht F6050 und Verlaufsbericht/en F6052)								
Wurden die zur Verfügung stehenden Therapieprinzipien (z.B. keine überwiegende Steroidmonotherapie) bislang ausgeschöpft?						O Ja		O Nein
Die Angaben zu/r	sind sehr umfassend		ausreichend	unvollständig		nicht bearbeitet		
1. Therapie	O		O	O		O		
2. Hautschutz								
a. Hautschutz	O		O	O		O		

(Externa)				
b. Handschuhen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Waren aus Ihrer Sicht Maßnahmen der sekundären oder tertiären Individualprävention indiziert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar	
d. Wurde eine gesundheitspädagogische Schulung (z.B. GPS-Seminar, SIP gemäß Empfehlung „Hautarztverfahren“) empfohlen?	<input type="radio"/> Ja, Hautschutzseminar empfohlen			<input type="radio"/> Nein
Falls ja, wann?	<input type="radio"/> im Zusammenhang mit Erstbericht			<input type="radio"/> Im Verlauf
e. Wurde ein berufsgenossenschaftliches stationäres Heilverfahren (z.B. TIP gemäß Empfehlung Hautarztverfahren) empfohlen?	<input type="radio"/> Ja			<input type="radio"/> Nein

3. Arbeitsplatzbezogene technisch/organisatorische Maßnahmen					
a. Wurde in den vorgelegten Hautarztberichten verwertbar zu technisch/organisat. Maßnahmen Stellung bezogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Teilweise	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bearbeitet	<input type="radio"/> Nicht beurteilbar
b. Wären aus Ihrer Sicht technisch/organisatorische Maßnahmen erforderlich gewesen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		<input type="radio"/> Nicht beurteilbar	
4. Ist die Frage 9.3 (F6050) bzw. 8.3 (F6052) „Aufgabe der derzeit ausgeübten Tätigkeit“ in den vorgelegten Hautarztberichten nachvollziehbar begründet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Teilweise		<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nicht bearbeitet

D. Zusammenfassende Stellungnahme zu den Hautarztberichten im vorliegenden Fall

1. Wie bewerten Sie abschließend die Qualität der/s Hautarztberichte(s) im vorliegenden Fall (Schulnote 1 - 6) ?	Note:
--	-------

Kommentar:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Mit vielen kollegialen Grüßen, Ihre
Annika Wilke, Franziska Mentzel, Dr. Heike Voß, Prof. Dr. Christoph Skudlik,
Prof. Dr. Swen Malte John

A.4 Der Fragebogen "Hautärzte"

ID:



Bitte faxen Sie den ausgefüllten Fragebogen (Seite 1 und 2) formlos an:

0541-969-2445

Patientenname: _____

Unfallversicherungsträger: _____

Geburtsdatum: _____

Aktenzeichen: _____

Das Einverständnis des o.g. Patienten zur Erhebung der Daten gemäß § 67b SGB X liegt vor.

I. Wie beurteilen Sie die Praktikabilität des neuen Hautarztverfahrens im Praxisalltag? (bezogen auf den/die o.g. Patient/in)

sehr gut gut mittel eher schlecht schlecht

II. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit dem Unfallversicherungsträger im Fall des/der o.g. Patienten/in?

a. Die Kostenübernahme der Heilbehandlung im Rahmen des §3 BKV gestaltete sich

problematisch unproblematisch

Kommentar:

Zeitspanne vom Erstbericht bis zur Erteilung des Behandlungsauftrages? Wochen

Ich halte diese Zeitspanne für angemessen zu lang

b. Ich halte das Angebot der vom Unfallversicherungsträger angebotenen Maßnahmen hinsichtlich Art und Umfang (z.B. ambulantes hautärztliches Heilverfahren, Hautschutzseminare, stationäre Heilverfahren etc., vergleiche DDG- Empfehlung „Hautarztverfahren“) für

überzogen angemessen ergänzungsbedürftig

Kommentar: _____

c. War die Umsetzung der von Ihnen empfohlenen Maßnahmen durch den Unfallversicherungsträger zufrieden stellend (siehe Punkt 9 im Hautarztbericht) ?

ja teils-teils nein

Kommentar: _____

d. Die empfohlenen § 3-Maßnahmen wurden

ausreichend lang gewährt zu früh beendet bzw. nicht gewährt

Entfällt . §3-Maßnahmen wurden meinerseits nicht für erforderlich gehalten.

e. Die Anforderung v. Berichten durch den Unfallversicherungsträger erfolgte

zu häufig in angemessenem Umfang zu selten

III. Wie kommunizierten Sie im vorliegenden Fall mit dem Unfallversicherungsträger?

Schriftlich:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Telefonisch:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
E-Mail:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie
Fax:	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> meistens	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie

IV. Wie beurteilen sie zusammenfassend die Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger im vorliegenden individuellen Fall?

sehr gut gut eher schlecht schlecht

V. Welche Eigenschaften ordnen Sie der Arbeitsweise des Unfallversicherungs-trägers im vorliegenden individuellen Fall zu?

(Bitte kreuzen Sie ihre Einschätzung in der Skala an: 1= altmodisch, unflexibel usw., 10 = fortschrittlich, flexibel usw.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Altmodisch	<input type="checkbox"/>	Fortschrittlich									
Unflexibel	<input type="checkbox"/>	Flexibel									
Bürokratisch	<input type="checkbox"/>	Unbürokratisch									
Unfreundlich	<input type="checkbox"/>	Freundlich									
Unprofessionell	<input type="checkbox"/>	Professionell									

VI. Würden Sie die Übermittlung von Hautarztberichten an den Unfallversicherungsträger über geschützten Internetzugang bevorzugen?

ja nein entfällt, da kein Internetzugang in der Praxis vorhanden ist

VII. Anmerkungen zum Hautarztbericht/Hautarztverfahren:

Vielen Dank für Ihre Unterstützung. Mit vielen kollegialen Grüßen, Ihre
Franziska Mentzel, Dr. Heike Voß, Prof. Dr. Björn Maier, PD Dr. Christoph Skudlik,
Prof. Dr. Swen Malte John

A.5 Der Fragebogen "Patienten"

ID: |_|_|_|_|

   Ein Fragebogen für
Versicherte

Durch die Beantwortung der Fragen helfen Sie, die vorbeugenden Maßnahmen bei berufsbedingten Hauterkrankungen zu verbessern.

I. Persönliche Daten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: |_|_| |_|_| |19|_|_|
Tag Monat Jahr

Geschlecht: männlich weiblich

Ausfülldatum: |_|_| |_|_| |20|0|_|_|
Tag Monat Jahr

II. Fragen zu Beruf und Hauterkrankung

(1) Bezeichnung Ihrer beruflichen Tätigkeit (z.B. Friseurin, Büroangestellte, usw.) zum Zeitpunkt der Meldung der Hauterkrankung durch den Hautarzt an die BG (Berufsgenossenschaft/ gesetzliche Unfallversicherung):

(2) Seit wann haben Sie diese berufliche Tätigkeit (einschließlich Ausbildung) ausgeübt?

Seit |_|_| |_|_|_|_|
Monat Jahr

(3) Haben Sie Ihre oben genannte berufliche Tätigkeit (zwischenzeitlich) aufgegeben?

Nein Ja Wenn ja, wann? |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

(4) Hat es in den letzten 12 Monaten Veränderungen in Ihrer oben genannten beruflichen Tätigkeit geben? (Bitte nur ein Kreuz setzen!)

Nein, ich übe weiterhin genau dieselbe berufliche Tätigkeit aus.

Ja, ich bin zwar weiter am selben Arbeitsplatz tätig, führe aber einzelne Tätigkeiten nicht mehr durch (z.B. wegen einer Allergie).

Ja, ich bin noch beim alten Arbeitgeber, aber in einem anderen Tätigkeitsfeld eingesetzt (z.B. innerbetriebliche Umsetzung).

Ja, ich habe den Beruf aufgegeben wegen der Hauterkrankung.

Ja, ich habe den Beruf aufgegeben wegen anderer Gründe.

III. Fragen zu Ihrer Hauterkrankung

(5) Wann haben Sie zum ersten Mal die vom Hautarzt an die BG gemeldete Hauterkrankung bemerkt?

|_|_| |_|_|_|_|
Monat Jahr

(6) Glauben Sie, daß Ihre Hauterkrankung beruflich verursacht wird?

Ja Nein Weiß nicht

(7) Wie verändert sich Ihr Hautzustand in arbeitsfreien Zeiten (z.B. Wochenende, Urlaub)?

- keine Änderung Abheilung Besserung Verschlechterung
 nicht sicher beurteilbar

(8) Wie bewerten Sie abschließend den Verlauf Ihrer Hauterkrankung zum jetzigen Zeitpunkt? (Bitte nur ein Kreuz setzen!)

- abgeheilt Falls abgeheilt, seit wann? |_____||_|_|_|_|
 stark gebessert
 gebessert
 unverändert
 verschlechtert



IV. Fragen zur hautärztlichen Behandlung

(9) Wann haben Sie erstmals einen Hautarzt wegen Ihrer Hauterkrankung aufgesucht?

|_____||_|_|_|_|
Monat Jahr

(10) Aus welchem Anlass haben Sie den Hautarzt aufgesucht?
(mehrere Antworten sind möglich)

- aus eigenem Antrieb Hinweise durch BG
 Hinweis durch Arbeitskollegen Überweisung durch Hausarzt
 Hinweis durch Arbeitgeber Hinweis durch Betriebsarzt

- "Präventionskampagne Haut" ursprünglich nicht wegen einer berufsbedingten, sondern einer anderen Hauterkrankung
- Sonstige
-

(11) Hat Ihnen die hautärztliche Behandlung wegen der Hauterkrankung in den letzten 12 Monaten geholfen?

- sehr stark stark weniger überhaupt nicht

(12) Wurde von Ihrer Seite die hautärztliche Behandlung wegen der Hauterkrankung beendet? (mehrere Antworten sind möglich)

- Nein
- Ja, weil:
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung liegt nicht mehr vor | <input type="checkbox"/> Entfernung zum Hautarzt zu weit |
| <input type="checkbox"/> Bisherige Maßnahmen ausreichend (z.B. Betrieblicher Hautschutz) | <input type="checkbox"/> Keine Zeit |
| <input type="checkbox"/> Probleme seitens des Arbeitsgebers | <input type="checkbox"/> Ungünstige Praxisöffnungszeiten |
| <input type="checkbox"/> Keine Besserung erreicht | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

V. Fragen zu Hautschutz und Hautpflege

(13) Haben Sie vom Hautarzt Empfehlungen zu Hautschutzmaßnahmen am Arbeitsplatz (Verwendung von Hautschutz- und Hautpflegecremes, Handschuhen, etc.) erhalten?

- Ja Nein, ich habe keine Empfehlungen erhalten.

(14) Waren die vom Hautarzt für den Arbeitsplatz empfohlenen Hautschutzmaßnahmen (Verwendung von Hautschutz- und Hautpflegecremes, Handschuhen etc.) für Sie hilfreich?

- sehr hilfreich hilfreich überhaupt nicht hilfreich
- empfohlene Maßnahmen nicht angewendet

(15) Falls Hautschutz am Arbeitsplatz zur Verfügung stand: Wer hat Ihnen die empfohlenen Hautschutzprodukte für den Arbeitsplatz (Hautschutzcremes, Handschuhe etc.) zur Verfügung gestellt ? (mehrere Antworten möglich)

- BG direkt (z.B. per Post übersandt oder im Rahmen eines Hautschutzseminars)
- BG über ärztliches Rezept
- Arbeitgeber
- Selbst gekauft
- Sonstiges

(16) Gab es Probleme bei Gebrauch des empfohlenen Hautschutzes (Hautschutzcremes, Handschuhe etc.)? (mehrere Antworten sind möglich)

Nein, keine Probleme..

Ja, es wurde teilweise nicht die empfohlene Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt.

Ja, ich habe _____ Wochen auf die Schutzausrüstung gewartet.

Ja, von meinem Vorgesetzten wurde mir das Tragen von Handschuhen nicht erlaubt.

Sonstiges: _____

Entfällt, habe keinen Hautschutz angewendet.

(17) Sind sie im Zusammenhang mit der gemeldeten Hauterkrankung vom Betriebsarzt beraten worden?

Ja

Nein

VI. Zusätzliche Angebote der Berufsgenossenschaft/gesetzlichen Unfallversicherung

(18) War die Teilnahme an folgenden Maßnahmen der BG für Sie hilfreich?

a. Hautschutzseminar Ja, hilfreich Teils-teils Nicht hilfreich
 Entfällt, habe nicht teilgenommen.

b. Klinikaufenthalt durch BG Ja, hilfreich Teils-teils Nicht hilfreich
 Entfällt, habe nicht teilgenommen.

VII. Fragen zu Ihrer Zufriedenheit - Ihre Meinung ist gefragt:

(19) Wie beurteilen Sie insgesamt die Beratung und Behandlung durch den Hautarzt in den letzten 12 Monaten (Schulnote 1 - 6)?

(20) Wie beurteilen Sie insgesamt die Beratung durch die BG in den letzten 12 Monaten (Schulnote 1 - 6)?

(21) Waren die schriftlichen Mitteilungen der BG (Schreiben, Fragebögen, sonstige Schreiben, Bescheide) verständlich?

Ja Teils-teils Nein

(22) Kennen Sie den Namen Ihres Ansprechpartners bei der BG?

Ja Nein

(23) Hat es in den letzten 12 Monaten ein Gespräch mit Ihrer BG gegeben? (Mehrfachantworten möglich)

Nein Ja, telefonisches Gespräch. Ja, persönliches Gespräch.

Falls ja, welche der folgenden Aussagen traf bei der Mehrzahl d. Kontakte mit Ihrer BG zu?

Meine Fragen wurden beantwortet Ja Teils-teils Nein

Mein Anliegen wurde ernst entnommen Ja Teils-teils Nein

Die Mitarbeiter waren freundlich Ja Teils-teils Nein

(24) Welche Gesamtnote geben Sie Ihrer BG (Schulnote 1 - 6) ?

(25) Welche Eigenschaften ordnen Sie der Arbeitsweise Ihrer BG zu?

(Bitte kreuzen Sie ihre Einschätzung in der Skala an: 1= altmodisch, unflexibel usw., 10= fortschrittlich, flexibel usw.)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Altmodisch	<input type="checkbox"/>	Fortschrittlich									
Unflexibel	<input type="checkbox"/>	Flexibel									
Bürokratisch	<input type="checkbox"/>	Unbürokratisch									
Unfreundlich	<input type="checkbox"/>	Freundlich									
Unprofessionell	<input type="checkbox"/>	Professionell									

(26) Kommentar: _____

☺ Vielen Dank für Ihre Mühe! ☺

Mit vielen Grüßen, Ihre

Franziska Mentzel, Dr. Heike Voß, Dr. Björn Maier, PD Dr. Christoph Skudlik, Prof. Dr. Swen Malte John
 Studienzentrum EVA_Haut, Universität Osnabrück, Dermatologie, Sedanstraße 115, 49069 Osnabrück
 Telefon: 0541-405-1810 Fax: 0541-969-2445 e-mail: eva_haut@uos.de

Anhang B: Quote und Anzahl der zu rekrutierenden Fälle je gesetzlichen Unfallversicherungsträger

➤ Anzahl der Verdachtsmeldung je UV-Träger 2007 (zusätzlich aufgeilt nach Quartalen)

UV-Träger	Vierteljahr				zusammen
	1	2	3	4	
Bergbau-BG	28	9	14	14	65
Steinbruchs-BG	16	13	12	8	49
BG Keramik und Glas	30	23	20	22	95
BG Gas und Wasser	8	10	11	13	42
Hütten- und Walzwerks-BG	10	11	13	14	48
Maschinenbau- und Metall-BG	235	199	167	173	774
BG Metall Nord Süd	604	517	446	408	1975
BG Feinmechanik und Elektro-Technik	274	227	229	262	992
BG Chemie	187	134	135	118	574
Holz-BG	75	67	76	67	285
Papiermacher-BG	7	13	5	5	30
BG Druck und Papier	31	56	36	49	172
Lederindustrie-BG	16	15	9	8	48
Textil- und Bekleidungs-BG	42	43	29	35	149
BG Nahrungsmittel	622	445	495	602	2164
Fleischerei-BG	78	71	54	93	296
Zucker-BG	0	2	0	0	2
Großhandels- und Lagerei-BG	126	140	89	123	478
BG für den Einzelhandel	191	181	150	178	700
Verwaltungs-BG	256	246	269	290	1061
BG Bahnen	8	9	13	11	41
BG Fahrzeughaltung	60	48	50	40	198

See-BG	2	0	2	0	4
BG Gesundheitsdienst	1360	1066	1003	1227	4656
BG Bau	398	340	331	313	1382
380 LBG Schleswig-Holstein und Hamburg	5	0	2	6	13
400 LBG Niedersachsen-Bremen	11	14	11	11	47
440 LBG Nordrhein-Westfalen	6	1	4	1	12
450 LBG Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland	6	7	8	7	28
490 LBG Franken und Oberbayern	3	8	5	9	25
500 LBG Niederbayern-Oberpfalz und Schwaben	3	9	2	3	17
540 LBG Baden-Württemberg	6	4	4	4	18
560 Gartenbau-Berufsgenossenschaft	45	40	46	37	168
570 LBG Mittel- und Ostdeutschland	13	14	16	20	63
580 Unfallkasse Baden-Württemberg	51	58	46	43	198
590 Bayerischer GUVV	63	61	46	43	213
600 Braunschweigischer GUVV	3	4	3	3	13
610 Unfallkasse Freie und Hansestadt Bremen	10	2	3	3	18
620 GUVV Hannover	20	23	13	12	68
640 GUVV Oldenburg	8	13	19	11	51
660 Rheinischer GUVV	15	17	13	14	59
680 GUVV Westfalen-Lippe	37	16	23	14	90
710 Unfallkasse des Bundes	43	17	29	47	136
720 Eisenbahn-Unfallkasse	16	4	8	6	34
730 Unfallkasse Post und Telekom	17	10	12	13	52
750 Unfallkasse Berlin	14	28	22	42	106
764 Unfallkasse Brandenburg	4	5	11	5	25

770 Landesunfallkasse Freie und Hansestadt Hamburg	7	17	8	10	42
774 Unfallkasse Sachsen-Anhalt	15	82	14	9	120
780 Bayerische Landesunfallkasse	15	13	6	7	41
784 Unfallkasse Sachsen	34	35	25	43	137
794 Unfallkasse Hessen	34	17	16	25	92
800 Landesunfallkasse Niedersachsen	14	8	12	5	39
820 Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen	9	14	9	5	37
834 Unfallkasse Rheinland-Pfalz	23	14	12	16	65
844 Unfallkasse Schleswig-Holstein	12	6	7	8	33
864 Unfallkasse Saarland	8	8	9	6	31
874 Unfallkasse Mecklenburg-Vorpommern	1	3	2	0	6
884 Unfallkasse Thüringen	7	2	1	2	12
920 Unfallkasse München	8	2	4	1	15
zusammen	5250	4461	4129	4564	18404
© DGUV Referat BK-Statistik/ZIGUV D-53757 Sankt Augustin; erstellt am 27 Oct 08					

➤ **Stichprobenanteile je UV-Träger nach Verdachtsmeldungen 2007**

UV-Träger	Anzahl	Prozent
Bergbau-BG	10	,6
Steinbruchs-BG	3	,2
BG Keramik und Glas	7	,4
BG Gas und Wasser	6	,4
Hütten- und Walzwerks-BG	5	,3
Maschinenbau- und Metall-BG	58	3,6
BG Metall Nord Süd	161	10,1
BG Feinmechanik und Elektro-Technik	107	6,7
BG Chemie	37	2,3
Holz-BG	25	1,6
BG Druck und Papier	17	1,1
Textil- und Bekleidungs-BG	16	1,0
BG Nahrungsmittel	198	12,4
Fleischerei-BG	26	1,6
Großhandels- und Lagerei-BG	47	2,9
BG für den Einzelhandel	63	3,9
Verwaltungs-BG	108	6,8
BG Bahnen	3	,2
BG Fahrzeughaltung	17	1,1
BG Gesundheitsdienst	442	27,6
BG Bau	107	6,7
560 Gartenbau-Berufsgenossenschaft	18	1,1

570 LBG Mittel- und Ostdeutschland	7	,4
580 Unfallkasse Baden-Württemberg	18	1,1
590 Bayerischer GUVV	17	1,1
610 Unfallkasse Freie und Hansestadt Bremen	2	,1
660 Rheinischer GUVV	5	,3
680 GUVV Westfalen-Lippe	5	,3
710 Unfallkasse des Bundes	7	,4
750 Unfallkasse Berlin	16	1,0
764 Unfallkasse Brandenburg	2	,1
784 Unfallkasse Sachsen	13	,8
794 Unfallkasse Hessen	10	,6
800 Landesunfallkasse Niedersachsen	3	,2
820 Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen	1	,1
834 Unfallkasse Rheinland-Pfalz	8	,5
844 Unfallkasse Schleswig-Holstein	3	,2
884 Unfallkasse Thüringen	1	,1
920 Unfallkasse München	1	,1
Gesamt	1600	100,0

Anhang C: Auswertung der VVH Maske (weitere Ergebnisse)

C.1 Hinweise auf Defizite in der Versorgung mit Hautschutzmaßnahmen

➤ Qualität in Bezug auf die Beschreibung der Hautschutzmaßnahmen

Häufigkeitstabelle nach Art der Schutzmaßnahmen:

		Handschuhen			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	549	46,9	47,7	47,7
	ja	369	31,5	32,1	79,8
	aus Bericht nicht beurteilbar	205	17,5	17,8	97,7
	kann ich nicht beurteilen	27	2,3	2,3	100,0
	Gesamt	1150	98,2	100,0	
Fehlend	System	21	1,8		
Gesamt		1171	100,0		

		Hautschutzmittel			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	372	31,8	32,3	32,3
	ja	524	44,7	45,6	77,9
	aus Bericht nicht beurteilbar	233	19,9	20,3	98,2
	kann ich nicht beurteilen	21	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	1150	98,2	100,0	
Fehlend	System	21	1,8		
Gesamt		1171	100,0		

Hautreinigungsmittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	525	44,8	45,7	45,7
	ja	342	29,2	29,8	75,5
	aus Bericht nicht beurteilbar	243	20,8	21,1	96,6
	kann ich nicht beurteilen	39	3,3	3,4	100,0
	Gesamt	1149	98,1	100,0	
Fehlend	System	22	1,9		
Gesamt		1171	100,0		

Hautpflegemittel

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	461	39,4	40,1	40,1
	ja	412	35,2	35,8	75,9
	aus Bericht nicht beurteilbar	240	20,5	20,9	96,8
	kann ich nicht beurteilen	37	3,2	3,2	100,0
	Gesamt	1150	98,2	100,0	
Fehlend	System	21	1,8		
Gesamt		1171	100,0		

➤ Qualität in Bezug auf die Einschätzung der Weiterführung der beruflichen Tätigkeit

Muss die derzeitige Tätigkeit nach den Angaben im Hautarztbericht - aus der Sicht des Hautarztes -
aufgegeben werden? (Punkt 9.3)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	932	79,6	80,6	80,6
	ja	85	7,3	7,3	87,9
	aus Bericht nicht beurteilbar	129	11,0	11,1	99,0
	kann ich nicht beurteilen	11	,9	1,0	100,0
	Gesamt	1157	98,8	100,0	
Fehlend	System	14	1,2		
Gesamt		1171	100,0		

Erscheint die Fortsetzung der Tätigkeit des Versicherten nach den Angaben im Hautarztbericht
- aus Ihrer Sicht - gefährdet? (Punkt 9.3)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	831	71,0	71,8	71,8
	ja	184	15,7	15,9	87,7
	aus Bericht nicht beurteilbar	88	7,5	7,6	95,3
	kann ich nicht beurteilen	55	4,7	4,7	100,0
	Gesamt	1158	98,9	100,0	
Fehlend	System	13	1,1		
Gesamt		1171	100,0		

C.2 Schritte zur Validierung der Erstmeldung

Val_Arzt_Akte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1165	78,8	78,8	78,8
	ja	313	21,2	21,2	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_Team_Akte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1419	96,0	96,0	96,0
	ja	59	4,0	4,0	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_Arzt_per

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1374	93,0	93,0	93,0
	ja	104	7,0	7,0	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_Arzt_Team_per

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1453	98,3	98,3	98,3
	ja	25	1,7	1,7	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_behArzt_Zusatz

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1439	97,4	97,4	97,4
	ja	39	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_Präv

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1432	96,9	96,9	96,9
	ja	46	3,1	3,1	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val_Testprotokoll

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1398	94,6	94,6	94,6
	ja	80	5,4	5,4	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

Val weitere Schritte

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	1351	91,4	91,4	91,4
	ja	127	8,6	8,6	100,0
	Gesamt	1478	100,0	100,0	

C.3 Anzahl der eingeleiteten §3 Maßnahmen im ersten Interventionschritt

Betriebsarzt_Betr1_n

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	68	7,4	7,4	100,0
nein	846	92,6	92,6	92,6
Gesamt	914	100,0	100,0	

Veranlassung der Betreuung durch den Betriebsarzt

BKErmittl_Betr1_n

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	126	13,8	13,8	100,0
nein	788	86,2	86,2	86,2
Gesamt	914	100,0	100,0	

Beratung / Betreuung durch den Präventionsdienst / BK-Ermittler

AMD_Betr1_n

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	34	3,7	3,7	100,0
nein	880	96,3	96,3	96,3
Gesamt	914	100,0	100,0	

Beratung / Betreuung durch den Arbeitsmedizinischen Dienst

Technische und organisatorische Maßnahmen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	45	4,9	4,9	100,0
nein	869	95,1	95,1	95,1
Gesamt	914	100,0	100,0	

Anzahl der technischen und organisatorischen Maßnahmen

Über Hautschutz_n

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	329	36,0	36,0	100,0
	nein	585	64,0	64,0	64,0
	Gesamt	914	100,0	100,0	

Übernahme des persönlichen Hautschutzes / der persönlichen Schutzausrüstung

Amb_Sem_n

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	284	31,1	31,1	100,0
	nein	630	68,9	68,9	68,9
	Gesamt	914	100,0	100,0	

Angebot eines ambulanten Seminars (Hautschutzseminar)

Die Durchführung eines stationären Heilverfahrens erfolgte in:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Osnabrück	6	,7	20,7	20,7
	Heidelberg	5	,5	17,2	37,9
	Hamburg	4	,4	13,8	51,7
	Bad Reichenhall	5	,5	17,2	69,0
	Sonstige Einrichtung	9	1,0	31,0	100,0
	Gesamt	29	3,2	100,0	
Fehlend	System	885	96,8		
Gesamt		914	100,0		

Durchführung von stationären Verfahren inkl. der Orte (Hautschutzseminar).

C.4 Entscheidung über Einleitung und Durchführung von §3-Maßnahmen

(in Abhängigkeit von Angaben im Hautarztbericht (Nachvollziehbarkeit der beruflichen Verursachung und gefährdungstypische Hauterscheinungen))

Q_H-jn				Wer hat über die Einleitung von Maßnahmen entschieden?			Gesamt
				Sachbearbeiter (alleine)	Vorgesetzter	SB in Abstimmung mit dem Arzt	
nein	Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	nein	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	9 75,0%	2 16,7%	1 8,3%	12 100,0%
		ja	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	63 79,7%	7 8,9%	9 11,4%	79 100,0%
		aus Bericht nicht nachvollziehbar	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	10 62,5%	1 6,3%	5 31,3%	16 100,0%
		kann ich nicht beurteilen	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	6 60,0%	3 30,0%	1 10,0%	10 100,0%
		Gesamt	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	88 75,2%	13 11,1%	16 13,7%	117 100,0%
ja	Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	nein	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	3 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
		ja	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	243 77,1%	12 3,8%	60 19,0%	315 100,0%
		aus Bericht nicht nachvollziehbar	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	9 69,2%	2 15,4%	2 15,4%	13 100,0%
		kann ich nicht beurteilen	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	3 33,3%	5 55,6%	1 11,1%	9 100,0%
		Gesamt	Anzahl % innerhalb von Lassen sich gefährdungstypische Hauterscheinungen nachvollziehen? (Würdigung Punkt 3-7)	258 75,9%	19 5,6%	63 18,5%	340 100,0%

C.5 Entscheidung über Durchführung von §3-Maßnahmen auf Grundlage des Hautarztberichtes

Falls persönliche Schutzmaßnahmen (Handschuhe/Hautschutz) eingeleitet wurden,
entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	51	5,6	18,4	18,4
	ja	111	12,1	40,1	58,5
	teilweise	90	9,8	32,5	91,0
	nicht beurteilbar	25	2,7	9,0	100,0
	Gesamt	277	30,3	100,0	
Fehlend	System	637	69,7		
Gesamt		914	100,0		

Entscheidung zur Übernahme des Hautschutzes / der persönlichen Schutzausrüstung

Falls ein ambulantes gesundheitspädagogisches Seminar durchgeführt wurde,
entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	65	7,1	71,4	71,4
	ja	26	2,8	28,6	100,0
	Gesamt	91	10,0	100,0	
Fehlend	System	823	90,0		
Gesamt		914	100,0		

Entscheidung zur Durchführung eines ambulanten gesundheitspädagogischen Seminars

Falls ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde, entsprach das den
Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	25	2,7	75,8	75,8
	ja	8	,9	24,2	100,0
	Gesamt	33	3,6	100,0	
Fehlend	System	881	96,4		
Gesamt		914	100,0		

Entscheidung zur Durchführung eines ambulanten gesundheitspädagogischen Seminars

C.6 Verlaufsberichterstattung

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	429	46,9	61,4	61,4
	unaufgefordert	270	29,5	38,6	100,0
	Gesamt	699	76,5	100,0	
Fehlend	System	215	23,5		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 1. Verlaufsbericht des Verfahrens

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	288	31,5	57,5	57,5
	unaufgefordert	213	23,3	42,5	100,0
	Gesamt	501	54,8	100,0	
Fehlend	System	413	45,2		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 2. Verlaufsbericht des Verfahrens

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	189	20,7	54,2	54,2
	unaufgefordert	160	17,5	45,8	100,0
	Gesamt	349	38,2	100,0	
Fehlend	System	565	61,8		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 3. Verlaufsbericht des Verfahrens

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	116	12,7	52,3	52,3
	unaufgefordert	106	11,6	47,7	100,0
	Gesamt	222	24,3	100,0	
Fehlend	System	692	75,7		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 4. Verlaufsbericht des Verfahrens

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	74	8,1	47,7	47,7
	unaufgefordert	81	8,9	52,3	100,0
	Gesamt	155	17,0	100,0	
Fehlend	System	759	83,0		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 5. Verlaufsbericht des Verfahrens

Dieser Verlaufsbericht wurde eingeschickt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	aufgefordert	39	4,3	38,6	38,6
	unaufgefordert	62	6,8	61,4	100,0
	Gesamt	101	11,1	100,0	
Fehlend	System	813	88,9		
Gesamt		914	100,0		

Berichterstattung bei 6. Verlaufsbericht des Verfahrens

C.7 Maßnahmen zur Validierung der Zwischenberichte im Rahmen des Stufenverfahrens

Rückfrage beim Präventionsdienst

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	479	62,8	85,5	85,5
	ja	75	9,8	13,4	98,9
	ja, aufgrund unzureichender Information in Verlaufsbericht	2	,3	,4	99,3
	ja, weil Informationen auf Veränderungen in den Verlaufsberichten enthalten waren	4	,5	,7	100,0
	Gesamt	560	73,4	100,0	
Fehlend	System	203	26,6		
Gesamt		763	100,0		

Nachforderung von Testprotokollen war erforderlich:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	104	13,6	17,6	100,0
	nein	487	63,8	82,4	82,4
	Gesamt	591	77,5	100,0	
Fehlend	System	172	22,5		
Gesamt		763	100,0		

Rückfragen beim Hautarzt waren erforderlich:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	142	18,6	24,4	100,0
	nein	439	57,5	75,6	75,6
	Gesamt	581	76,1	100,0	
Fehlend	System	182	23,9		
Gesamt		763	100,0		

C.8 Kontaktaufnahme zum Versicherten im Rahmen des Stufenverfahrens (Zwischenberichterstattung)

Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	61	8,0	8,0	8,0
nein	152	19,9	19,9	27,9
ja, telefonisch	196	25,7	25,7	53,6
ja, schriftlich	326	42,7	42,7	96,3
ja, vor Ort	28	3,7	3,7	100,0
Gesamt	763	100,0	100,0	

Kontaktaufnahme durch den Sachbearbeiter

Kontaktaufnahme durch Prävention

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	330	43,3	43,3	43,3
nein	286	37,5	37,5	80,7
ja, telefonisch	18	2,4	2,4	83,1
ja, schriftlich	13	1,7	1,7	84,8
ja, vor Ort	116	15,2	15,2	100,0
Gesamt	763	100,0	100,0	

Kontaktaufnahme durch Prävention

C.9 Durchführung ausgewählter §3-Maßnahmen im Rahmen des Stufenverfahrens auf Grundlage der Zwischenberichte (F6052)

Falls persönliche Schutzmaßnahmen (Handschuhe/Hautschutz) eingeleitet wurden, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	98	12,8	38,3	56,6
	teilweise	111	14,5	43,4	100,0
	nein	47	6,2	18,4	18,4
	Gesamt	256	33,6	100,0	
Fehlend	System	507	66,4		
Gesamt		763	100,0		

Hautschutz / PSA auf Grundlage Vorschläge Hautarztbericht (F6052 / 2. Intervention)

Falls ein ambulantes gesundheitspädagogisches Seminar durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	27	3,5	26,5	100,0
	nein	75	9,8	73,5	73,5
	Gesamt	102	13,4	100,0	
Fehlend	System	661	86,6		
Gesamt		763	100,0		

Hautschutzseminar auf Grundlage Vorschläge Hautarztbericht (F6052 / 2. Intervention)

Falls ein stationäres Heilverfahren durchgeführt wurde, entsprach das den Vorschlägen im Hautarztbericht?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	7	,9	20,6	100,0
	nein	27	3,5	79,4	79,4
	Gesamt	34	4,5	100,0	
Fehlend	System	729	95,5		
Gesamt		763	100,0		

TIP auf Grundlage Vorschläge Hautarztbericht (F6052 / 2. Intervention)

C.10 Grundlage für den Abschluss des Stufenverfahrens Haut nach Verdachtsmeldung

Besteht der objektive Unterlassungszwang der beruflichen Tätigkeit?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	736	49,8	84,8	84,8
	ja, schon nach Hautarztbericht klar	18	1,2	2,1	86,9
	ja, aber zusätzliche Informationen mussten eingeholt werden	1	,1	,1	87,0
	weiterhin nicht beurteilbar	113	7,6	13,0	100,0
	Gesamt	868	58,7	100,0	
	Fehlend System	610	41,3		
	Gesamt	1478	100,0		

BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet: * Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet: Kreuztabelle

			Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	nein	Anzahl	161	400	561
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	28,7%	71,3%	100,0%
	ja	Anzahl	23	78	101
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	22,8%	77,2%	100,0%
Gesamt		Anzahl	184	478	662
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	27,8%	72,2%	100,0%

BK-Feststellungsverfahren mit / ohne §3-Maßnahmen nach Erstmeldung und Validierung.

C.11 Grundlage für den Abschluss des Stufenverfahrens Haut, während des Beobachtungszeitraums

Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil: * Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:
Kreuztabelle

			Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:		Gesamt
			möglich	nicht möglich	
Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	keine	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	28 93,3%	2 6,7%	30 100,0%
	kein Zusammenhang	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	15 83,3%	3 16,7%	18 100,0%
	Hauterscheinungen abgeheilt	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	277 98,6%	4 1,4%	281 100,0%
	Tätigkeitsaufgabe	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	16 57,1%	12 42,9%	28 100,0%
	Wunsch des Versicherten	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	66 98,5%	1 1,5%	67 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	402 94,8%	22 5,2%	424 100,0%

Beschäftigungsprognose bei Verfahrensabschluss.

Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil: * Der Versicherte ist Arbeitsunfähig: Kreuztabelle

			Der Versicherte ist Arbeitsunfähig:		Gesamt
			nein	ja	
Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	keine	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	32 97,0%	1 3,0%	33 100,0%
	kein Zusammenhang	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	18 85,7%	3 14,3%	21 100,0%
	Hauterscheinungen abgeheilt	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	271 97,1%	8 2,9%	279 100,0%
	Tätigkeitsaufgabe	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	34 100,0%	0 ,0%	34 100,0%
	Wunsch des Versicherten	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	67 95,7%	3 4,3%	70 100,0%
Gesamt		Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	422 96,6%	15 3,4%	437 100,0%

Beschäftigungsfähigkeit bei Verfahrensabschluss.

Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil: * Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln Kreuztabelle

			Es bestehen Defizite bei Hautschutz, Handschuhen, Hautreinigungs- und -pflegemitteln				Gesamt
			nein	ja	aus F6052 nicht beurteilbar	kann ich nicht beurteilen	
Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	keine	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	13 41,9%	4 12,9%	5 16,1%	9 29,0%	31 100,0%
	kein Zusammenhang	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	9 45,0%	3 15,0%	5 25,0%	3 15,0%	20 100,0%
	Hauterscheinungen abgeheilt	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	189 67,5%	28 10,0%	40 14,3%	23 8,2%	280 100,0%
	Tätigkeitsaufgabe	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	13 39,4%	9 27,3%	4 12,1%	7 21,2%	33 100,0%
	Wunsch des Versicherten	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	21 29,2%	18 25,0%	23 31,9%	10 13,9%	72 100,0%
Gesamt	Anzahl % innerhalb von Das Verfahren wurde abgeschlossen, weil:	245 56,2%	62 14,2%	77 17,7%	52 11,9%	436 100,0%	

Versorgung mit Hautschutz bei Verfahrensabschluss.

C.12 Dokumentierter Zustand bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossene Verfahren

BK-Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	110	25,9	66,7	66,7
	ja	55	13,0	33,3	100,0
	Gesamt	165	38,9	100,0	
Fehlend	System	259	61,1		
Gesamt		424	100,0		

Einleitung des BK-Feststellungsverfahrens bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Eine dauerhafte Weiterarbeit des Versicherten am angestammten Arbeitsplatz ist:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nicht möglich	33	7,8	12,1	100,0
	möglich	239	56,4	87,9	87,9
	Gesamt	272	64,2	100,0	
Fehlend	System	152	35,8		
Gesamt		424	100,0		

Arbeitsplatzprognose bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	33	7,8	11,6	11,6
	ja	252	59,4	88,4	100,0
	Gesamt	285	67,2	100,0	
Fehlend	System	139	32,8		
Gesamt		424	100,0		

Veränderung der Tätigkeit bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Es erfolgte eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	13	3,1	4,8	100,0
	nein	256	60,4	95,2	95,2
	Gesamt	269	63,4	100,0	
Fehlend	System	155	36,6		
Gesamt		424	100,0		

Innerbetriebliche Umsetzungen bei im Beobachtungszeitraum nicht abgeschlossenen Fällen mit §3-Maßnahmen.

Anhang D: Zielgrößen des Verfahrens

D.1 Prognose auf Grundlage der Erstmeldung

Besteht die konkrete Gefahr der Entstehung einer BK 5101?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	nein	489	34,7	59,6	59,6	
	ja, schon nach Hautarztbericht klar	178	12,6	21,7	81,2	
	ja, aber zusätzliche Informationen mussten eingeholt werden	2	,1	,2	81,5	
	weiterhin nicht beurteilbar	152	10,8	18,5	100,0	
	Gesamt	821	58,2	100,0		
	Fehlend	System	589	41,8		
	Gesamt		1410	100,0		

Prognose auf Grundlage Erstmeldung auf Entstehung einer BK 5101.

Berufliche Tätigkeit gefährdet?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente	
Gültig	nein	564	40,0	68,2	68,2	
	ja, schon nach Hautarztbericht klar	137	9,7	16,6	84,8	
	ja, aber zusätzliche Informationen mussten eingeholt werden	1	,1	,1	84,9	
	weiterhin nicht beurteilbar	125	8,9	15,1	100,0	
	Gesamt	827	58,7	100,0		
	Fehlend	System	583	41,3		
	Gesamt		1410	100,0		

Prognose auf Grundlage der Erstmeldung zur beruflichen Tätigkeit.

Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt: * Es erfolgte eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten Kreuztabelle

			Es erfolgte eine innerbetriebliche Umsetzung des Versicherten		Gesamt
			nein	ja	
Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:	nein	Anzahl	85	17	102
		% innerhalb von Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:	83,3%	16,7%	100,0%
	ja	Anzahl	627	17	644
		% innerhalb von Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:	97,4%	2,6%	100,0%
Gesamt		Anzahl	712	34	746
		% innerhalb von Angestammte Tätigkeit wird noch ausgeführt:	95,4%	4,6%	100,0%

Fälle, in denen zunächst keine eindeutige Aussage, über den tatsächlichen Beschäftigungsstatus möglich ist. Ein Abgleich mit der Variable: „Tätigkeit aufgegeben“, als Begründung für Verfahrensbeendigung, ergibt dann allerdings, dass bei 31 Fällen auf jedenfall eine Beschäftigungsaufgabe vorliegt. So bleiben 54 Fälle offen.

			Tätigkeitsaufgabe_VVH		Gesamt
			ja	nein	
BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	nein	Anzahl	34	556	590
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	5,8%	94,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,8	,2	
	ja	Anzahl	11	84	95
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	11,6%	88,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,9	-,5	
Gesamt		Anzahl	45	640	685
		% innerhalb von BK_Feststellungsverfahren (Stufe 2) eingeleitet:	6,6%	93,4%	100,0%

Einleitung eines BK-Feststellungsverfahrens in Fällen mit und ohne Berufsaufgabe, während des Beobachtungszeitraums.

D.2 Überblick über Fallkosten und Kostengruppen je Cluster

Cluster		Gesamtkosten	ambul. Heilbehandlung (Kostengruppe 40)	stationäre Heilbehandlung (Kostengruppe 46)	Kosten der Feststellung der Entschädigung
Keine Maßnahme	Mittelwert	435,20	153,58	305,95	206,85
	Median	151,06	118,33	305,95	101,34
	Maximum	20315	726	306	1765
	Summe	73985	11979	306	25650
	N	170	78	1	124
	Standardabweichung	1729,799	159,656	.	317,212
1 Niederschwellige Maßnahme	Mittelwert	427,56	215,00		202,78
	Median	242,32	150,78		127,75
	Maximum	11632	1286		1662
	Summe	105179	40204		37109
	N	246	187		183
	Standardabweichung	893,805	215,211		263,766
2 und mehr Niederschwellige Maßnahmen	Mittelwert	648,77	336,50	102,53	264,88
	Median	346,20	207,94	102,53	209,08
	Maximum	13029	2000	103	1496
	Summe	167382	73694	103	47944
	N	258	219	1	181
	Standardabweichung	1326,268	357,695	.	261,412
SIP Maßnahme	Mittelwert	906,71	610,20		198,48
	Median	674,52	490,02		129,48
	Maximum	22155	3139		4099
	Summe	281081	178788		53987
	N	310	293		272
	Standardabweichung	1447,576	526,234		313,537
TIP Maßnahme	Mittelwert	8010,23	1583,65	5632,30	593,93
	Median	5619,43	630,00	6090,00	376,46
	Maximum	65667	13310	13920	4099
	Summe	304389	58595	129543	21382
	N	38	37	23	36
	Standardabweichung	11025,994	2778,084	2728,616	717,896
Insgesamt	Mittelwert	911,95	446,27	5198,05	233,76
	Median	333,39	255,05	6090,00	150,00
	Maximum	65667	13310	13920	4099
	Summe	932016	363261	129951	186070
	N	1022	814	25	796
	Standardabweichung	2856,003	762,135	3014,076	331,696

Anhang E: Ausgestaltung des §3-Verfahrens nach UVT-Gruppen

			Validierung_Erstbericht		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	51	56	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	47,7%	52,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	2,2	
	2	Anzahl	117	6	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,1%	4,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,8	-6,1	
	3	Anzahl	215	184	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	53,9%	46,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,8	2,3	
	4	Anzahl	64	46	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	58,2%	41,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,5	
	5	Anzahl	206	43	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	82,7%	17,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	4,4	-5,5	
	6	Anzahl	65	159	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	29,0%	71,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-6,1	7,7	
	7	Anzahl	33	21	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	61,1%	38,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,0	
	8	Anzahl	106	35	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	75,2%	24,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,1	-2,7	
	9	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	42,9%	57,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,6	,8	
	10	Anzahl	43	21	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	67,2%	32,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-,8	
Gesamt		Anzahl	903	575	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	61,1%	38,9%	100,0%

Anzahl der Validierung der Erstberichte nach UVT Gruppe.

			§3_nach_ValErst		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	38	69	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,5%	64,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,3	
	2	Anzahl	47	76	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	38,2%	61,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	,0	
	3	Anzahl	119	280	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	29,8%	70,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,7	2,1	
	4	Anzahl	40	70	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	36,4%	63,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,2	
	5	Anzahl	151	98	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	60,6%	39,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	5,7	-4,5	
	6	Anzahl	60	164	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	26,8%	73,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-2,8	2,2	
	7	Anzahl	28	26	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	51,9%	48,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,6	-1,3	
	8	Anzahl	59	82	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	41,8%	58,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,7	-,6	
	9	Anzahl	2	5	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	28,6%	71,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	,3	
	10	Anzahl	20	44	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	31,3%	68,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	,7	
Gesamt		Anzahl	564	914	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	38,2%	61,8%	100,0%

Einleitung von §3-Maßnahmen nach Erstmeldung.

			Es wurden §3-Maßnahmen eingeleitet:		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	9	47	56
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,1%	83,9%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,3	,2	
2	Anzahl	1	3	4	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	25,0%	75,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,3	-,2		
3	Anzahl	20	152	172	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	11,6%	88,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,0	,9		
4	Anzahl	7	39	46	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	15,2%	84,8%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,4	,2		
5	Anzahl	11	30	41	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	26,8%	73,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,3	-,6		
6	Anzahl	25	130	155	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	16,1%	83,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,5	,2		
7	Anzahl	7	13	20	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	35,0%	65,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,8	-,8		
8	Anzahl	15	19	34	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	44,1%	55,9%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	3,6	-1,7		
9	Anzahl	0	3	3	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	,0%	100,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,7	,3		
10	Anzahl	4	17	21	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	19,0%	81,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,1	-,1		
Gesamt	Anzahl	99	453	552	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	17,9%	82,1%	100,0%	

Anzahl der eingeleiteten §3-Maßnahmen, nach Validierung der Erstberichte, nach gesetzlichen UVT Gruppen.

			Val_Arzt_Akte		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	89	18	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	83,2%	16,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-1,0	
	2	Anzahl	123	0	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,6	-5,1	
	3	Anzahl	319	80	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	79,9%	20,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-,5	
	4	Anzahl	74	36	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	67,3%	32,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,4	2,6	
	5	Anzahl	237	12	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,2%	4,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	2,9	-5,6	
	6	Anzahl	76	148	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	33,9%	66,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-7,6	14,6	
	7	Anzahl	52	2	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	96,3%	3,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,4	-2,8	
	8	Anzahl	129	12	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	91,5%	8,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,7	-3,3	
	9	Anzahl	7	0	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-1,2	
	10	Anzahl	59	5	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	92,2%	7,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,2	-2,3	
Gesamt		Anzahl	1165	313	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	78,8%	21,2%	100,0%

Validierung durch den beratenden Arzt in Abhängigkeit von UVT Gruppen.

Kreuztabelle

			Val_Arzt_Team_per		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	107	0	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,3	
	2	Anzahl	123	0	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,4	
	3	Anzahl	375	24	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	94,0%	6,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,9	6,6	
	4	Anzahl	110	0	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,4	
	5	Anzahl	249	0	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-2,1	
	6	Anzahl	223	1	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	99,6%	,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,4	
	7	Anzahl	54	0	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-1,0	
	8	Anzahl	141	0	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-1,5	
	9	Anzahl	7	0	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	-,3	
	10	Anzahl	64	0	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,1	-1,0	
Gesamt		Anzahl	1453	25	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	98,3%	1,7%	100,0%

Validierung durch Arzt / Teamgespräch nach UVT Gruppen

			Val_Präv		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	96	11	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	89,7%	10,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,8	4,2	
	2	Anzahl	118	5	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,9%	4,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,6	
	3	Anzahl	398	1	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	99,7%	,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,6	-3,2	
	4	Anzahl	110	0	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-1,9	
	5	Anzahl	233	16	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	93,6%	6,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	3,0	
	6	Anzahl	224	0	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,5	-2,6	
	7	Anzahl	49	5	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	90,7%	9,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	2,6	
	8	Anzahl	137	4	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	97,2%	2,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,0	-,2	
	9	Anzahl	3	4	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	42,9%	57,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,5	8,1	
	10	Anzahl	64	0	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-1,4	
Gesamt		Anzahl	1432	46	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	96,9%	3,1%	100,0%

Validierung durch den Präventionsdienst nach UVT Gruppen.

			Val_weitere_Schritte		Gesamt
			nein	ja	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	86	21	107
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,4%	19,6%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,2	3,9	
	2	Anzahl	123	0	123
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-3,3	
	3	Anzahl	358	41	399
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	89,7%	10,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	1,1	
	4	Anzahl	88	22	110
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	80,0%	20,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,3	4,1	
	5	Anzahl	244	5	249
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	98,0%	2,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,1	-3,5	
	6	Anzahl	199	25	224
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,8%	11,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,4	1,3	
	7	Anzahl	46	8	54
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	85,2%	14,8%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,5	1,6	
	8	Anzahl	140	1	141
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	99,3%	,7%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,0	-3,2	
	9	Anzahl	7	0	7
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,8	
	10	Anzahl	60	4	64
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	93,8%	6,3%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,2	-,6	
Gesamt		Anzahl	1351	127	1478
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	91,4%	8,6%	100,0%

Durchführung weiterer Validierungsschritte nach gesetzlichen UVT Gruppen.

			Wer hat über die Einleitung von Maßnahmen entschieden?			Gesamt
			Sachbearbeiter (alleine)	Vorgesetzter	SB in Abstimmung mit dem Arzt	
UVT_Fus_Zahl	1	Anzahl	36	0	8	44
		% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	81,8%	,0%	18,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	,3	-1,6	,3	
2	Anzahl	6	0	0	6	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,6	-,6	-1,0		
3	Anzahl	139	23	29	191	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	72,8%	12,0%	15,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-,8	3,3	-,4		
4	Anzahl	27	7	25	59	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	45,8%	11,9%	42,4%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	-2,8	1,8	5,0		
5	Anzahl	51	1	8	60	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	85,0%	1,7%	13,3%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,7	-1,4	-,6		
6	Anzahl	32	0	4	36	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	88,9%	,0%	11,1%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,8	-1,5	-,8		
7	Anzahl	13	0	0	13	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,9	-,9	-1,5		
8	Anzahl	51	0	9	60	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	85,0%	,0%	15,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,7	-1,9	-,2		
9	Anzahl	4	0	0	4	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	,5	-,5	-,8		
10	Anzahl	43	1	1	45	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	95,6%	2,2%	2,2%	100,0%	
	Standardisierte Residuen	1,4	-1,1	-2,3		
Gesamt	Anzahl	402	32	84	518	
	% innerhalb von UVT_Fus_Zahl	77,6%	6,2%	16,2%	100,0%	

Entscheidung über die Umsetzung von §3-Maßnahmen nach UVT Gruppierungen.

			F6052_j_n		Gesamt
			nein	ja	
IVS1_Basisstrategien	Strategie Behandlungsauftrag	Anzahl	45	175	220
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	20,5%	79,5%	100,0%
		Standardisierte Residuen	1,5	-,7	
	Strategie Betreuungsauftrag	Anzahl	28	149	177
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	15,8%	84,2%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,1	,1	
	Strategie Hautschutz	Anzahl	28	152	180
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	15,6%	84,4%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-,2	,1	
	Strategie SIP	Anzahl	42	261	303
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	13,9%	86,1%	100,0%
		Standardisierte Residuen	-1,0	,5	
Gesamt		Anzahl	143	737	880
		% innerhalb von IVS1_Basisstrategien	16,3%	83,8%	100,0%

Einreichung von Zwischenberichten F6052 nach Basisstrategien der Intervention (1. Schritt).

Anhang F: Spezielle Auswertungen der Fragebögen

F.1 Auswertung Fragebogen „Hautarzt“

➤ Einschätzung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger durch Hautärzte

Altmodisch/Fortschrittlich					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	3	,9	1,0	1,0
	2	4	1,3	1,3	2,3
	3	10	3,1	3,3	5,6
	4	4	1,3	1,3	6,9
	5	38	11,9	12,5	19,5
	6	34	10,6	11,2	30,7
	7	38	11,9	12,5	43,2
	8	77	24,1	25,4	68,6
	9	50	15,6	16,5	85,1
	10	45	14,1	14,9	100,0
	Gesamt	303	94,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	17	5,3		
Gesamt		320	100,0		

Unflexibel/Flexibel					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	6	1,9	2,0	2,0
	2	11	3,4	3,6	5,6
	3	6	1,9	2,0	7,6
	4	7	2,2	2,3	9,9
	5	36	11,3	11,9	21,8
	6	26	8,1	8,6	30,4
	7	43	13,4	14,2	44,6
	8	70	21,9	23,1	67,7
	9	58	18,1	19,1	86,8
	10	40	12,5	13,2	100,0
	Gesamt	303	94,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	17	5,3		
Gesamt		320	100,0		

Bürokratisch/Unbürokratisch					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	12	3,8	4,0	4,0
	2	19	5,9	6,3	10,2
	3	17	5,3	5,6	15,8
	4	18	5,6	5,9	21,8
	5	37	11,6	12,2	34,0
	6	31	9,7	10,2	44,2
	7	36	11,3	11,9	56,1
	8	57	17,8	18,8	74,9
	9	42	13,1	13,9	88,8
	10	34	10,6	11,2	100,0
	Gesamt	303	94,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	17	5,3		
Gesamt		320	100,0		

Unfreundlich/Freundlich					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	2	,6	,7	,7
	2	3	,9	1,0	1,7
	3	4	1,3	1,3	3,0
	4	9	2,8	3,0	6,0
	5	30	9,4	10,0	16,1
	6	24	7,5	8,0	24,1
	7	26	8,1	8,7	32,8
	8	64	20,0	21,4	54,2
	9	75	23,4	25,1	79,3
	10	62	19,4	20,7	100,0
	Gesamt	299	93,4	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	21	6,6		
Gesamt		320	100,0		

Unprofessionell/Professionell					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	2	,6	,7	,7
	2	4	1,3	1,3	2,0
	3	1	,3	,3	2,3
	4	5	1,6	1,7	4,0
	5	27	8,4	8,9	12,9
	6	25	7,8	8,3	21,2
	7	26	8,1	8,6	29,8
	8	71	22,2	23,5	53,3
	9	75	23,4	24,8	78,1
	10	66	20,6	21,9	100,0
	Gesamt	302	94,4	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	18	5,6		
Gesamt		320	100,0		

Hautarztfragebogen Tabelle 1

Altmodisch/Fortschrittlich					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	3	,9	1,0	1,0
	2	4	1,3	1,3	2,3
	3	10	3,1	3,3	5,6
	4	4	1,3	1,3	6,9
	5	38	11,9	12,5	19,5
	6	34	10,6	11,2	30,7
	7	38	11,9	12,5	43,2
	8	77	24,1	25,4	68,6
	9	50	15,6	16,5	85,1
	10	45	14,1	14,9	100,0
	Gesamt	303	94,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	17	5,3		
Gesamt		320	100,0		

Hautarztfragebogen Tabelle 2

Unflexibel/Flexibel					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	6	1,9	2,0	2,0
	2	11	3,4	3,6	5,6
	3	6	1,9	2,0	7,6
	4	7	2,2	2,3	9,9
	5	36	11,3	11,9	21,8
	6	26	8,1	8,6	30,4
	7	43	13,4	14,2	44,6
	8	70	21,9	23,1	67,7
	9	58	18,1	19,1	86,8
	10	40	12,5	13,2	100,0
	Gesamt	303	94,7	100,0	
Fehlend	fehlender Wert	17	5,3		
Gesamt		320	100,0		

F.2 Auswertung Fragebogen „Versicherter“

- Charakterisierung der Gespräche mit den gesetzlichen UVT, durch den Versicherten

Meine Fragen wurden beantwortet	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
Ja	263	49,3	79,7	79,7
Teils-teils	62	11,6	18,8	98,5
Nein	5	,9	1,5	100,0
Summe	330	61,9	100,0	
Fehlend	203	38,1		
Gesamt	533	100,0		

Meine Fragen wurden beantwortet	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
Ja	263	49,3	79,7	79,7
Teils-teils	62	11,6	18,8	98,5
Nein	5	,9	1,5	100,0
Summe	330	61,9	100,0	
Fehlend	203	38,1		
Gesamt	533	100,0		

Die Mitarbeiter waren freundlich	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
Ja	309	58,0	90,9	90,9
Teils-teils	26	4,9	7,6	98,5
Nein	5	,9	1,5	100,0
Summe	340	63,8	100,0	
Fehlend	193	36,2		
Gesamt	533	100,0		

➤ Charakterisierung des gesetzlichen UVT, durch den Versicherten

Altmodisch - Fortschrittlich	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
1	7	1,3	1,7	1,7
2	6	1,1	1,5	3,2
3	9	1,7	2,2	5,5
4	15	2,8	3,7	9,2
5	45	8,4	11,2	20,4
6	22	4,1	5,5	25,9
7	37	6,9	9,2	35,1
8	75	14,1	18,7	53,7
9	59	11,1	14,7	68,4
10	127	23,8	31,6	100,0
Summe	402	75,4	100,0	
Fehlend	131	24,6		
Gesamt	533	100,0		

Unflexibel - Flexibel	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
1	11	2,1	2,8	2,8
2	11	2,1	2,8	5,5
3	17	3,2	4,3	9,8
4	8	1,5	2,0	11,8
5	31	5,8	7,8	19,5
6	30	5,6	7,5	27,0
7	42	7,9	10,5	37,5
8	68	12,8	17,0	54,5
9	52	9,8	13,0	67,5
10	130	24,4	32,5	100,0
Summe	400	75,0	100,0	
Fehlend	133	25,0		
Gesamt	533	100,0		

Bürokratisch - Unbürokratisch	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
1	32	6,0	7,9	7,9
2	17	3,2	4,2	12,0
3	27	5,1	6,6	18,7
4	23	4,3	5,7	24,3
5	47	8,8	11,5	35,9
6	32	6,0	7,9	43,7
7	36	6,8	8,8	52,6
8	45	8,4	11,1	63,6
9	42	7,9	10,3	74,0
10	106	19,9	26,0	100,0
Summe	407	76,4	100,0	
Fehlend	126	23,6		
Gesamt	533	100,0		

Unfreundlich - Freundlich	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
1	6	1,1	1,4	1,4
2	5	,9	1,2	2,6
3	4	,8	,9	3,5
4	7	1,3	1,6	5,2
5	23	4,3	5,4	10,5
6	8	1,5	1,9	12,4
7	22	4,1	5,2	17,6
8	49	9,2	11,5	29,0
9	83	15,6	19,4	48,5
10	220	41,3	51,5	100,0
Summe	427	80,1	100,0	
Fehlend	106	19,9		
Gesamt	533	100,0		

Unprofessionell - Professionell	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	kum. Prozente
1	2	,4	,5	,5
2	7	1,3	1,7	2,2
3	10	1,9	2,5	4,7
4	10	1,9	2,5	7,2
5	28	5,3	7,0	14,2
6	16	3,0	4,0	18,2
7	34	6,4	8,5	26,7
8	58	10,9	14,5	41,1
9	77	14,4	19,2	60,3
10	159	29,8	39,7	100,0
Summe	401	75,2	100,0	
Fehlend	132	24,8		
Gesamt	533	100,0		

Literaturverzeichnis

- Allmers, H., Schmenger, J., & C., S. (2002). Primary prevention of natural rubber latex allergy in the German health care system through education and intervention. *J Allergy Clin Immunol*(110), S. 318-323.
- Allmers, H., Schmengler, J., & John, S. (2004). Decreasing incidence of occupational contact urticaria caused by natural rubber latex allergy in German health care workers. *J Allergy Clin Immunol*(114), S. 347-351.
- Backes-Gellner, U. (1998). Abgerufen am 1. Oktober 2003 von www.krefelder-hautschutztag.de/hs1998/backes.htm
- Bauer, A., Kelterer, D., & Bartsch, R. e. (2002). Prevention of hand dermatitis in bakers`apprentices: different efficacy of skin protection measures and UVB hardening. *Int Arch Occup Environ Health*, S. 491-499.
- Bea, F., & Haas, J. (2004). Strategisches Management. UTB-Verlag.
- Belsito, D. (2005). Occupational contact dermatitis: etiology, prevalence, and resultant impairment/disability. *J Am Acad Dermatol*(53 (2)), S. 303-313.
- BGS. (2002). Abgerufen am 31. März 2004 von www.bmgs.bund.de/downloads/leistungsfalle2002.pdf
- Blome, O., & John, S. (2007). Das Hautarztverfahren. *Die BG*(1), S. 27-31.
- Bräunig, D., & Mehnert, K. (2008). Qualität in der Prävention: Präventionsbilanz aus theoretischer und empirischer Sicht. DGUV, Gießen.
- Breuer, J. (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). *HVBG BK-Rundschreiben 031/2005* vom 21.09.2005.
- Cherry, N., Meyer, J., Holt, D., Chen, Y., & McDonald, J. (2000). Surveillance of work-related diseases by occupational physicians in the UK: OPRA 1996-1999. *Occup Med*(50 (7)), S. 496-503.
- Commission, E. (2009). Assessment, elimination and substantial reduction of occupational risks at source. Luxembourg.
- Dickel, H., Kuss, O., John, S., Blome, O., Hagemann, K., & Schwanitz, H. (2004). Early secondary prevention of occupational skin disease in Germany: the dermatologist`s procedure in perspective. *Int Arch Occup Environ Health*, S. 142-149.
- Diepgen, T., & Drexler, H. (2004). Hautkrebs und Berufserkrankungen. *Hautarzt*(55), S. 7-22.
- Diepgen, T., & Schmidt, A. (2002). Werden Inzidenz und Prävalenz berufsbedingter Hauterkrankungen unterschätzt? *Arbeitsmed.Sozialmed.Umweltmed.* (37), S. 477-480.

- Diepgen, T., A., S., & Kresken, J.. Prävention berufsbedingter Handekzeme durch Hautschutzmaßnahmen - Ergebnisse einer betrieblichen Interventionsstudie. *Arbeitsmed. Sozialmed.Umweltmed.* (39).
- Diller, H. (1997). Handbuch: Preispolitik. Wiesbaden: Gabler-Verlag.
- Drechsel-Schlund, C., Francks, H. P., Klinkert, M., Mahler, B., Römer, W., & Rogosky, E. (2007). Stufenverfahren Haut. *BG 01/07*.
- Drexler, H. (2003). Evidence based occupational medicine. Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. Stuttgart: Gentner-Verlag.
- E., W., Radulescu, M., Bock, M., Albrecht, U., & Diepgen, T. (2006). Educational and dermatological aspects of secondary individual prevention in healthcare workers. *Contact Dermatitis*, 54, S. 254-260.
- e.V., H. A. *Präventionsforschung*. Hamburg.
- Flyvholm, M., Mygind, K., Sell, L., Jensen, A., & Jepsen, K. (2005). A randomised controlled intervention study on prevention of work related skin problems among gut cleaners in swine slaughterhouses. *Occup Environ Med*(62), S. 642-649.
- Funke, U. (2005). Prävention von Hauterkrankungen aus betriebsärztlicher Sicht. In H. d. (HBVG) (Hrsg.), *Arbeitsmedizinisches Kolloquium 2005* (S. 17). Bochum: DCM.
- Greiner, W. (1996). Die Messung indirekter Kosten in ökonomischen Evaluationsstudien am Beispiel krankheitsbedingter Produktivitätsverluste. In *Homo oeconomicus* (Bd. XIII (2), S. 167-188).
- Hajen, L. P. (2000). Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele. Suttgart, Berlin, Köln.: Verlag W. Kohlhammer.
- Hof, B. (2001). Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln, Köln.
- HVBG. (2002). Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften. HVBG, Sankt Augustin.
- John, S. (1999). Hautarztverfahren. *Dermatosen*(47), S. 118-131.
- John, S. (2006). Hautarztverfahren: Universelle Plattform für die dermatologische Frühintervention. In S. Szliska, S. Brandenburg, & S. John, *Berufsdermatologie. 2nd Edition*. (Bd. 2. Auflage, S. 517-546). München Deisenhofen: Dustri Verlag Dr. Karl Feistle.
- John, S. B.-H. (2006). Optimierte Hautarztverfahren: Ergebnisse einer Pilotstudie im Norddeutschen Raum. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*(54 (3)), S. 90-100.
- John, S. S. (2006). Neue Versorgungsformen in der Dermatologie. Vernetzte stationär-ambulante Prävention von schweren Berufsdermatosen: Eckpunkte für eine funktionierende integrierte Versorgung in Klinik und Praxis. *Gesundheitswesen*(68), S. 769-774.

- John, S., A., A.-H., Blome, O., Rogosky, E., Hagemann, K., Kuss, O., et al. (2006). Optimiertes Hautarztverfahren: Ergebnisse einer Pilotstudie im Norddeutschen Raum. *Dermatol Beruf Umwelt/Occup Environ Dermatol*(54), S. 90-100.
- John, S., Blome, O., Brandenburg, S., Diepgen, T., Elsner, P., & Wehrmann, W. (2007). *Zertifizierung: "Berufsdermatologie (ABD)": Neues Seminar-Curriculum 2006 der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie*. J Dtsch Dermatol Ges.
- John, S., Skudlik, C., & Römer, W. e. (2006). Leitlinie Hautarztverfahren der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD). *Dermatol Beruf Umwelt*, S. 101-103.
- John, S., Skudlik, C., Römer, W., Blome, O., Brandenburg, S., Diepgen, T., et al. (2006). Leitlinie Hautarztverfahren der Arbeitsgemeinschaft für Berufs- und Umweltdermatologie (ABD). *Dermatol in Beruf Umwelt / Occup Dermatol Environ*(54), S. 101-103.
- John, S., Skudlik, C., Römer, W., Blome, O., Brandenburg, S., Diepgen, T., et al. (2007). Empfehlung: Hautarztverfahren. *J Dtsch Dermatol Ges*(5 (12)), S. 1146-1148.
- Kaufmann, J., Cohen, M., Sama, S., Shields, J., & Kalakt, J. (1998). Occupational skin diseases in Washington State, 1989 through 1993: using workers' compensation data to identify cutaneous hazards. *Am J Public Health*(88), S. 1047-1051.
- Loffler, H., Bruckner, T., Diepgen, T., & I., E. (2006). Primary prevention in health care employees: a prospective intervention study with a 3-year training period. *Contact Dermatitis*(54), S. 202-209.
- Moog, W. (2001). Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Beschäftigten in der Altenpflege. Ergebnisse einer Analyse von Daten der AOK Baden-Württemberg und der DAK für die Jahre 1998 und 1999. In BGW-DAK, *BGW-DAK Gesundheitsreport 2001 Altenpflege. Teil 2: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten von Beschäftigten in der Altenpflege. Ergebnisse einer Analyse von Daten der AOK Baden-Württemberg und der DAK für die Jahre 1998 und 1999*.
- Nehls, J. (2009). *SGB VII*.
- Nienhaus, A., Rojahn, K., Skudlik, C., Wulfhorst, B., Dulon, M., & Brandenburg, S. (2004). Sekundäre Individualprävention bei Friseurinnen mit arbeitsbedingten Hauterkrankungen. *Gesundheitswesen*, 66, S. 759-764.
- Nord, B.-C. d. (2006). Heilverfahrenssteuerung bei Berufskrankheiten am Beispiel der Berufskrankheit *Haut (BK-Ziffer 5101)*. Abschlussbericht, Benchmarking Nord.
- Pohrt, U. (2005). Berufliche Hauterkrankungen und Prävention. In e. HVBG (Hrsg.), *Arbeitsmedizinisches Kolloquium 2005 des HVBG am 07.04.2005*, (S. 23-28). Bochum St. Augustin.
- Rudow, B. (2004). Das gesunde Unternehmen. *Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen*. München.
- Schurer, N., Klippel, U., & Schwanitz, H. (2005). Secondary individual prevention of hand dermatitis in geriatric nurses. *Int Arch Occup Environ Health*(78), S. 149-157.

- Schwanitz, H. (2002). Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. *Dermatol.Beruf Umwelt*(50), S. 212-217.
- Schwanitz, H., Batzdorfer, L., & John, S. (2003). Forschungsbericht 1987-2002 - "Halbzeit". In H. Schwanitz, Studien zur Prävention in *Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie (ABU 6)*. Göttingen: V&R unipress.
- Siegrist, J. (2005). Medizinische Soziologie. München: Urban & Fischer.
- Skudlik, C. J. (2007). Stufenverfahren Haut - praktische Umsetzung aus dermatologischer Sicht. *Trauma Berufskrankh.*(9), S. 296-300.
- Skudlik, C., & Schwanitz, H. (2004). Tertiäre Prävention von Berufsdermatosen. *J Dtsch Dermatol Ges*(2), S. 424-433.
- Skudlik, C., Jünger, M., Palsherm, K., Breuer, K., Brandenburg, S., & John, S. (2009). Neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik: Integrierte Versorgung in der Berufsdermatologie. *Hautarzt*(60), S. 722-726.
- Skudlik, C., Wulfhorst, B., Gediga, G., Bock, M., Allmers, H., & John, S. (2008). Tertiary individual prevention of occupational skin diseases - a decade`s experience with recalcitrant occupational dermatitis. *Int Arch Occup Environ Health*(81 (8)), S. 1045-1058.
- Stadeler, M. (2003). Präventionsprogramm zu berufsbedingten Hauterkrankungen im Back-, Hotel- und Gaststättengewerbe. Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena.
- Taylor, J. (1988). Occupational disease statistics. In perspective. *Arch Dermatol*(124), S. 1557-1558.
- Thommen, J., & Achleitner, A. (2009). Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Wiesbaden: Gabler-Verlag.
- UMWVG. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/091/1609154.pdf>.
- Unfallversicherung, D. G. (2010). „DGUV Vorschrift 2 Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (Bd. 2. veränderte Auflage). (D. G. (DGUV), Hrsg.) Berlin.
- Weisshaar, E., M., R., & Soder, S. e. (2006). Secondary individual prevention of occupational skin diseases in health care workers, cleaners and kitchen employees: aims, experiences and descriptive results. *Int Arch Occup Environ Health*.
- Wohlfahrtspflege, B. f. (2011). Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Unfallverhütungsvorschrift (DGUV Vorschrift 2). (B. f. (BGW), Hrsg.) Hamburg.
- Wulfhorst, B. (2001). Konzeption, Implementierung und Evaluation einer gesundheitspädagogischen Maßnahme. In H. Schwanitz, Studien zur Prävention in *Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie (ABU 5)*. Osnabrück: Universitätsverlag Rasch.

Danksagung

Die Studien EVA_Haut und VVH haben sich über die gesamte Laufzeit aufgrund der ausgezeichneten Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten auf der Seite der Verwaltungen und der DGUV reibungslos durchführen lassen. Wir möchten uns hierfür im Namen des gesamten „EVA_Haut-Teams“ herzlich bedanken.

Hier ist das BK-Referat der DGUV besonders zu erwähnen: An dieser Stelle möchten wir Frau Stefanie Palfner sowie insbesondere dem Koordinator der Studie, Herrn Fred-D. Zagrodnik für die stets unkomplizierte und zeitnahe Weichenstellung im Projektablauf danken. Sein engagierter Einsatz hat wesentlich zum Gelingen des Gesamtprojektes beigetragen. Darüber hinaus möchten wir uns bei Herrn Dr. Heinz Otten und Frau Elke Rogosky für die Projektkoordination in der Anfangsphase von EVA_Haut bedanken. Herr Dr. Wolfgang Römer, BGM Nord Süd, Mainz hat als Vorsitzender des Arbeitskreises Anwendung des BK-Rechtes freundlicherweise das Treffen der Ad-hoc-Arbeitsgruppe EVA_Haut ermöglicht.

Frau Claudia Drechsel-Schlund möchten wir besonders danken für ihre nicht nachlassende Bereitschaft, Einverständniserklärungen und Anschreiben auf juristische Tragbarkeit zu bewerten und durch wichtige Vorschläge fortlaufend zu verbessern. Im Bereich der VVH-Studie möchten wir Frau Evelyn Jürs (BGHM), Herrn Kai Jurig (Unfallkasse Sachsen) und Herrn Burkhard Mahler (BG Bau) für die Unterstützung bei der Erstellung der VVH-Datenbank mit essentiellen Input aus der Verwaltungspraxis danken. Frau Dr. Elke Esser, Academic Data - Gesellschaft für Umfragen, Methodenberatung und Analysen mbH, Essen, gebührt für ihre sehr konstruktive Kritik und Beratung bei dem Bemühen um optimale Klientenzentrierung sämtlicher Fragebögen, besonders aber des Versichertenfragebogens, unser Dank.

Herrn Dr. Butz möchten wir für die Randomisierung der Stichprobe und die stets rasche und unkomplizierte Zurverfügungstellung von weiteren relevanten Daten danken. Darüber hinaus möchten wir dem forschungsbegleitenden Arbeitskreis für wertvolle Anregungen und Unterstützung in der Vorbereitungsphase des Forschungsprojektes herzlich danken. Hervorzuheben ist auch die gute und konstruktive Zusammenarbeit mit den Koordinatoren der UVT, die durch die Übersendung der anonymisierten Aktenauszüge an das Studienzentrum wesentlich zum Gelingen des Forschungsvorhabens beigetragen haben. Den Sachbearbeitern, die die relevanten Daten in die VVH-Maske eingegeben haben, ist an dieser Stelle ebenfalls zu danken.

Einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen des Forschungsvorhabens haben die berufsdermatologischen Gutachter, die teilnehmenden Hautärzte und die teilnehmenden Versicherten geleistet, dafür sei ihnen an dieser Stelle herzlich gedankt. Ihre engagierte und konstruktive Bearbeitung der (teils sehr umfangreichen) Fragebögen sowie ergänzende Anregungen haben es erst ermöglicht, bei der Datenauswertung interessante Aspekte im Rahmen des Hautarztverfahrens zu identifizieren.

Frau Annika Wilke, Universität Osnabrück möchten wir für stets konstruktive Vorschläge im Rahmen des Projektforschrittes und die graphische Gestaltung der im Manual Gutachterkreis EVA_Haut verwendeten Skalierungen danken, darüber hinaus haben Frau Wilke und Frau Alexandra Lorch das Team zuverlässig bei der Datenbankeingabe unterstützt.