

Vom Heilen zum Verhindern

Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer im SICHERE ARBEIT-Exklusivinterview über die Chancen einer multiprofessionellen Zusammenarbeit zur Vermeidung von Hauterkrankungen, über einen Paradigmenwechsel in der Arbeitsmedizin ... und über die Notwendigkeit, ärztliche Komfortzonen zu verlassen.

VOLKMAR WEILGUNI



Foto: MedUni Graz

Ein wichtiger Aspekt des neuen „AUVA-Stufenmodells zur Verhinderung bzw. Behandlung von berufsbedingten Hauterkrankungen“ ist die Forschungsk Kooperation mit der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie der Medizinischen Universität Graz. Deren Vorstand, Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer, ist als wissenschaftlicher Leiter der Kooperation für die „diagnostische, allergologische und therapeutische Qualitätssicherung“ verantwortlich. Er will die intensive Zusammenarbeit und die daraus gewonnenen medizinischen Erkenntnisse aber auch dazu nutzen, die Berufsdermatologie in Österreich insgesamt weiterzuentwickeln und sie gemäß ihrem Stellenwert im Rahmen des medizinischen Faches attraktiver zu machen, erzählt er SICHERE ARBEIT-Redakteur Volkmar Weilguni.

Herr Professor Aberer, was sind aus medizinischer Sicht die wichtigsten Punkte der Forschungsk Kooperation im Rahmen des neuen AUVA-Stufenmodells?

Aberer: Durch das Projekt findet ein Umdenken statt, wird ein völlig neuer Ansatz bei berufsbedingten Hauterkrankungen gewählt. Nehmen wir als Beispiel das Handekzem als die häufigste Erkrankung: Bisher war es so, dass der Patient

Univ.-Prof. Dr. Werner Aberer, Vorstand der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie der Medizinischen Universität Graz und wissenschaftlicher Leiter des AUVA-Hautprojekts, im Interview mit SICHERE ARBEIT

mit seinem Handekzem zum Hautarzt ging, die Entzündung dann in der Regel mit einer Cortisonsalbe unterdrückt wurde und der Patient weiterarbeitete, bis das Ekzem wieder da war. Dann wiederholte sich der Vorgang – und irgendwann war nicht nur die Unzufriedenheit oder der Frust des Patienten groß, sondern die Erkrankung auch chronisch. Sie wurde damit zur Dauerbelastung. Folgen waren eine Vielzahl von Krankenstandstagen, Arztkonsultationen und am Ende entweder ein notwendiger Jobwechsel oder – noch schlimmer – Jobverlust bzw. Antrag auf Pensionierung.

Und wie sieht nun der neue Ansatz aus?

Aberer: Wir haben aus den Entwicklungen und Erfahrungen in Deutschland viel gelernt – vor allem die Notwendigkeit einer multiprofessionellen Zusammenarbeit als Voraussetzung für den Versuch, Betroffene möglichst in ihrem Job zu halten. Der Hautarzt als medizinischer Ansprechpartner kann das Ekzem gut behandeln, es aber nicht verhindern. Dafür braucht es die Kooperation mit dem Arbeitsmediziner, der den Einfluss der Arbeit auf die Erkrankung kennt und auch über potenzielle Schutzmaßnahmen und -ausrüstung Bescheid weiß, den Unfallverhütungsdienst, der die Gefahren am individuellen Arbeitsplatz kennt, Pädagogen, die den Betroffenen beibringen, wie sie sich effektiv schützen, ihre Haut schonen und pflegen können, und schließlich Ergotherapeuten, die vorzeigen und trainieren, wie man mit der notwendigen Schutzausrüstung im Arbeitsalltag zurechtkommt.

Paradigmenwechsel in der Arbeitsmedizin

Die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit solcher Kooperationen im Umgang

mit berufsbedingten Hauterkrankungen haben uns einige Zentren in Deutschland schon über viele Jahre vorgezeigt. Da wurde viel Wissen angesammelt. Wie man Handekzeme heilt, das wissen wir, dafür gibt es evidenzbasierte Leitlinien. Aber wie man die erforderlichen Informationen an den Arbeitsplatz bringt, um berufsbedingte Handekzeme zu verhindern, wie man eine effektive Prophylaxe macht, das wussten wir nicht – es war auch nicht unsere Aufgabe. Wir haben uns als Dermatologen bislang damit begnügt, die Patienten zu behandeln und sie dann an ihren Arbeitsplatz zurückzuschicken. Durch das deutsche Modell haben wir einen Spiegel vorgehalten bekommen, was möglich ist, um nicht nur zu heilen, sondern Probleme zu verhindern. Da mussten wir uns eingestehen, dass wir viel zu lange bequem auf unseren Ärztesesseln gesessen sind und die Möglichkeiten zu wenig ausgeschöpft haben. Auch die Arbeitsmedizin sollte sich noch stärker in die Primär- und Sekundärprävention einbringen. Nicht Unfälle und Berufserkrankungen versorgen, sondern sie verhindern oder – wenn sie doch auftreten – sie bleibend in den Griff bekommen: Das wird verstärkt in den Fokus der Arbeitsmedizin rücken. Wir wollen bereits am Beginn einer Krankheitskarriere eingreifen bzw. – noch besser – davor!

Was von all dem, das Sie im Spiegel gesehen haben, wurde in das AUVVA-Projekt eingebracht?

Aberer: Das Projekt eröffnet uns die einmalige Chance, berufsübergreifend zusammenzuarbeiten, alle Experten an einen Tisch zu bringen. Wir reden, diskutieren und arbeiten nicht mehr jeweils getrennt als Spezialisten, sondern miteinander. Wir sind auch gut international vernetzt, tauschen uns aus, besuchen Kongresse, lernen aus Erfahrungen und

Modellen ausländischer Kollegen. Das theoretische Wissen, das wir uns dadurch Schritt für Schritt aneignen, können wir im Projekt gemeinsam auch gleich in die Tat umsetzen. Wir müssen nichts neu erfinden, aber wir müssen vieles aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen sowie organisatorischer und gesetzlicher Vorgaben entsprechend adaptieren und für unsere Anwendungen optimieren.

Sie haben die Notwendigkeit zur verstärkten Prophylaxe erwähnt. Welche Maßnahmen wird das Projekt in dem Bereich setzen?

Aberer: Wir müssen ein entsprechendes Problembewusstsein schaffen. Je vermeintlich „banaler“ die Erkrankung, desto geringer ist das Problembewusstsein – zumindest solange keine gesundheitlichen Probleme auftreten. Wenn das passiert, ist es aber manchmal schon fast zu spät. Daher werden wir verstärkt in die Berufsschulen gehen und den Jugendlichen sagen: „Ihr habt derzeit zwar noch eine intakte Haut, aber ihr arbeitet in eurem Beruf mit Problemstoffen. An eurem Arbeitsplatz lauern Gefahren, vor denen ihr euch von Anfang an entsprechend schützen müsst. Tut ihr das nicht, dann werdet ihr in absehbarer Zeit keine intakte Haut mehr haben.“ Und manchen Jugendlichen wird man auch frühzeitig sagen müssen, dass sie für den angestrebten Problemlerwerb ungeeignet sind, weil sie vielleicht eine Allergie mitbringen, die mit bestimmten Tätigkeiten einfach nicht kompatibel ist, oder eine besonders empfindliche Haut. Wenn etwa ein Jugendlicher mit Neurodermitis in einen klassischen Nassberuf einsteigen will, dann sind Probleme vorprogrammiert – wenn nicht beratend vorgebeugt wird. In Deutschland ist daher vor jedem Berufseinstieg eines nicht volljährigen Jugendlichen in einen Lehrberuf

eine kompetente Beratung zwingend vorgeschrieben, die sich auch mit solchen gesundheitsrelevanten Fragen auseinandersetzt. Dabei geht es weniger um Berufsverbote als vielmehr um aufklärende Beratung. Das gibt es bei uns leider nicht.

Und wie sieht es mit der Eigenverantwortung aus?

Aberer: Bisher haben wir im Zweifelsfall eher patientenfreundliche Gutachten geschrieben. Das werden wir auch zukünftig tun, aber wir werden auf Grundlage neu gewonnener Erkenntnisse und Daten den Ball künftig öfter an die Patienten zurückspielen, ihren Anteil an der Erkrankung professioneller beurteilen können und ihren Beitrag zur Heilung einfordern. Wir werden ihnen sagen: „Es liegt auch an dir. Die Krankheit hat viel mit deinem Verhalten zu tun – nicht aus Unwilligkeit heraus, sondern aufgrund fehlenden Wissens – oder auch mit den Bedingungen an deinem Arbeitsplatz. All das kann man ändern.“ Wir werden also nicht mehr so schnell aufgeben.

Befruchtender Austausch

Durch das Stufenmodell haben wir gelernt: Man kann etwas tun und auch nachhaltig etwas erreichen. Resignation ist einer positiven Stimmung gewichen, das erlebe ich bei meinen Besuchen in Tobelbad selbst mit. Ich fahre zu Beginn und am Ende jedes Turnus nach Tobelbad, spreche mit den Betreuern vor Ort durch, was in jedem Einzelfall zu tun ist. Dieser rege Austausch mit den Patienten und Betreuern vor Ort ist für alle Seiten sehr befruchtend. (Anm. der Red.: In der Rehabilitationsklinik Tobelbad findet im Rahmen des AUVA-Stufenmodells die tertiäre Prävention zur Verhinderung bzw. Behandlung berufsbedingter Hauterkrankungen statt. Während eines dreiwöchigen

Aufenthaltes werden die Patienten therapiert, beraten und geschult.)

Welche wissenschaftlichen Ressourcen stellt Ihre Klinik für das Projekt zur Verfügung?

Aberer: Mit 1. Mai konnten wir dank der Unterstützung der AUVA einen Dermatologen mit arbeitsmedizinischer Zusatzausbildung an unserer Klinik anstellen. Der neue wissenschaftliche Mitarbeiter wird zukünftig sowohl Grundlagen- als auch angewandte Forschung im Bereich der Berufsdermatologie vorantreiben und sich zusätzlich auch um die Qualitätssicherung des Projekts kümmern. Er wird erklären, was wir machen und warum wir das tun, er wird dokumentieren, Daten erheben und auswerten. Schließlich werden wir am Ende des Projekts den wissenschaftlichen Nachweis erbringen müssen, ob und in welchem Ausmaß sich der Aufwand gelohnt hat – für die Patienten und für die AUVA.

Welche Rolle spielt in diesem Zusammenhang der ökonomische Aspekt?

Aberer: Aus den deutschen Evaluierungsergebnissen wissen wir, dass sich mit dem beschriebenen umfassenden und multiprofessionellen Therapieansatz bei berufsbedingten Hauterkrankungen nicht nur individuelles Leid lindern lässt, sondern auch enorme Kosten eingespart werden können. Eine vollständige Rehabilitation spart nicht nur viele Krankenstandstage, sondern auch teure Folgekosten, etwa für das Pensionssystem. Ich bin optimistisch, dass wir das auch für das österreichische Projekt nachweisen werden können.

Fehlendes Datenmaterial

Ein weiteres Projektziel ist die Erstellung einer Datenbank „Berufsbedingte Hauterkrankungen“.

Wie muss eine solche Datenbank aussehen und was kann sie bewirken?

Aberer: Derzeit verfügen wir leider kaum über brauchbares Datenmaterial, um Fragen wie folgende beantworten zu können: Wo liegen die hauptsächlichen Probleme? Welche Hauterkrankungen kommen wie häufig vor? In welchen Berufen finden sich welche spezifischen Probleme? Da kommen wir Dermatologen ganz schnell ins Schwimmen, tun uns mitunter mit dem Argumentieren recht schwer. Wir kennen nur unsere eigenen Fälle, verfügen über keine repräsentativen epidemiologischen Zahlen. Das soll sich mit der Datenbank ändern. Wie eine solche Datenbank aufgebaut und genutzt werden kann, führen uns gerade die Schweizer Kollegen vor Augen. (Anm. der Red.: Details zur Schweizer Datenbank siehe Kasten auf Seite 16.) Auch daran werden wir uns orientieren.

Nochmals zurück nach Tobelbad. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit im Projekt aus fachlicher und atmosphärischer Sicht?

Aberer: Die Projektverantwortlichen für dieses Pilotprojekt „Haut – BK19“, Dr. Roswitha Hosemann und Primaria Barbara Machan, sind ungemein engagiert, wahre Perlen. Ich schätze die Zusammenarbeit mit ihnen und dem gesamten Team in Tobelbad sehr, bin dankbar dafür. Ich bin wirklich überrascht, wie gut der Start gelungen ist, das hätte ich mir nicht gedacht. Natürlich sind uns auch manche Anfangsfehler passiert, schließlich sind wir selbst auch Lernende. Die Zusammenarbeit ist konstruktiv, die Stimmung äußerst positiv. Ich würde sagen: Wir sind gut auf dem Weg.

Eine abschließende Frage zur Situation der Berufsdermatologie.

logie in Österreich insgesamt: Sehen Sie hier Verbesserungspotenziale?

Aberer: Die Berufsdermatologie ist innerhalb des Faches in der Vergangenheit ein bisschen an den Rand gedrängt worden. Vielleicht sind die Krankheitsbilder zu unspektakulär, zu „banal“, um für Auszubildende und Forscher attraktiv zu sein. Wir haben uns daher – sozusagen als Nebeneffekt im Projekt – vorgenommen, die Berufsdermatologie auch in Österreich wieder zu einem attraktiven Teilgebiet der Dermatologie zu machen. Ich glaube, da ist vieles möglich. So wollen wir etwa erreichen, dass es in absehbarer Zeit flächendeckend über das ganze Bundesgebiet kompetente Spezialisten als Ansprechpartner gibt – für Erkrankte, aber auch für

die Betriebe, die Hilfe suchen, um Arbeitsplätze sicherer zu machen. Wir müssen zudem verstärkt auf Themen hinweisen, die an Aktualität gewinnen, etwa berufsbedingte Krebserkrankungen aufgrund von UV-Schäden. Dieser Hautkrebs ist derzeit in Österreich nicht als Berufskrankheit kodiert, wohl auch, weil die Erkrankung oft erst ausbricht, wenn Betroffene längst nicht mehr berufstätig sind. Daher gibt es auch keine verpflichtenden Schutzmaßnahmen für die Arbeitgeber. Solche Problemfelder müssen wir verstärkt zum Thema machen. ■

Mag. Volkmar Weilguni
freier Journalist
weilguni@vwcommunications.at
www.vwcommunications.at

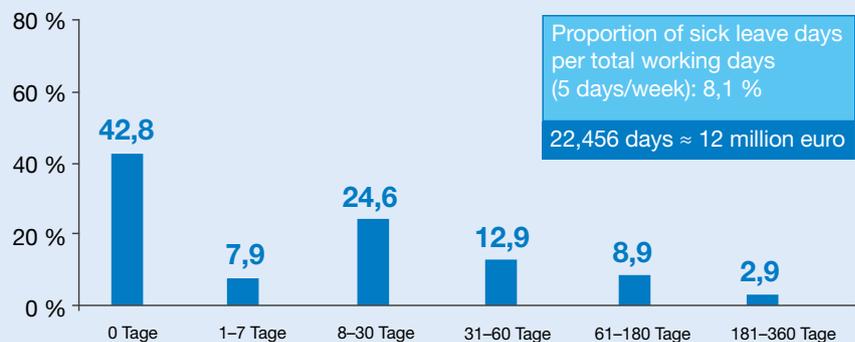


Kosteneinsparungspotenzial

Eine deutsche Studie (German Multicentre Study) konnte nachweisen, dass es mithilfe des Osnabrücker Modells – Vorbild für das AUVA-Hautprojekt – gelingt, die Krankenstandstage aufgrund von Hautschädigungen signifikant zu senken.

Über 800 Patienten waren in die Studie einbezogen. Es zeigte sich, dass die Zahl der Krankenstandstage im Verhältnis zu den Arbeitstagen von 8,1 Prozent (22.456 Krankenstandstage) auf 3,2 Prozent (8.992 Krankenstandstage) gesenkt werden konnte. Das entspricht einer Reduktion um 61 Prozent. Dadurch ließen sich Kosten in der Höhe von rund acht Millionen Euro einsparen.

Sick leave in the year before the measure, n=828



Sick leave in the year after the measure, n=828



Krankenstandstage vor und nach einem Rehabilitationsaufenthalt am Osnabrücker Zentrum

Erste Ergebnisse zum Schweizer Handekzem-Register CARPE

CARPE ist ein Akronym für „Chronisches Handekzem Register zum Patienten-Langzeitmanagement“. Es geht dabei um die Erhebung von Daten über Schweregrade der Erkrankung, Therapie und andere Parameter anhand eines standardisierten Fragebogens. Außerdem werden Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit und andere subjektive Parameter durch einen Patientenfragebogen erfasst.

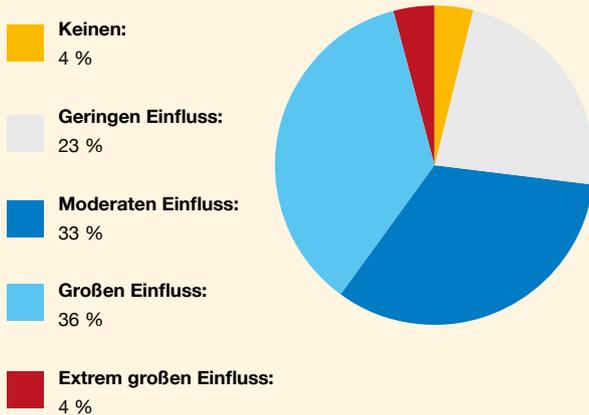
Studienleiterin Prof. Dagmar Simon, Dermatologin am Inselspital in Bern, zu den Motiven für die 2011 gestartete Initiative: „Gerade bei den durch externe Faktoren hervorgerufenen Ekzemen ist eine primäre und sekundäre Prophylaxe extrem wichtig. Aber erst, wenn wir die Auslöser gut kennen, können wir gezielte Maßnahmen zur Prävention einleiten.“

Nun wurden die Ergebnisse einer Studie präsentiert, die auf einer ersten systematischen Auswertung der Registerdaten basieren. In die Studie waren 199 Patienten aus sieben

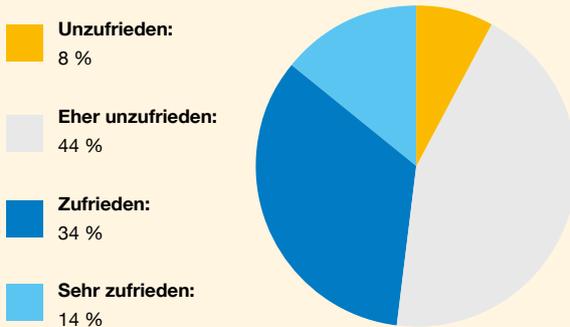
dermatologischen Einrichtungen der Schweiz einbezogen: Nahezu die Hälfte der Handekzeme ist berufsbedingt. Ein Drittel der Studienteilnehmer war innerhalb des vergangenen Jahres zumindest einmal in Krankenstand, 15 Prozent mussten ihren Beruf aufgeben oder wechseln. Die durchschnittliche Krankheitsdauer beträgt fast sieben Jahre. 50 Prozent der Patienten waren mit dem Therapieergebnis unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Wie ihre Vorgängerstudien (etwa in Deutschland) bestätigt auch die Schweizer Studie den großen Einfluss von chronischen Handekzemen auf das subjektive Wohlbefinden, die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen. Die Krankheit ist verbunden „mit einer intensiven Beanspruchung medizinischer Therapiemaßnahmen, einer hohen Rate von Krankenständen, Jobverlust und Jobwechsel“, schreiben die Autoren. „Sie ist daher eine hohe sozial-ökonomische Last.“

Einfluss auf die Lebensqualität:



Zufriedenheit mit der Therapie:



Quelle: Medical, psychological and socio-economic implications of chronic hand eczema: a cross-sectional study, D. Simon et al, JEADV 2016, 30, 628–637

ZUSAMMENFASSUNG



Mit einem dreiteiligen Stufenplan will die AUVA berufsbedingte Hauterkrankungen bekämpfen. Dieser Plan umfasst unter anderem eine gezielte Primär- und Sekundärprävention, um möglichst viele Menschen durch Problemsensibilisierung, Schulung und frühzeitige Intervention in ihrem Beruf zu halten. ■

SUMMARY



AUVA has developed a three-part step-by-step-plan to fight occupational skin diseases. The scheme includes specific measures of primary and secondary prevention. Its aim is to keep people employed as long as possible by means of early intervention, training, and increased risk awareness. ■

RÉSUMÉ



L'AUVA veut combattre les maladies de la peau dues au travail à l'aide d'un plan en trois étapes. Ce plan comprend, entre autres, une prévention primaire et une prévention secondaire ciblées, afin de maintenir le plus grand nombre possible de gens à leur poste de travail à travers la sensibilisation au problème, la formation et l'intervention effectuée à temps. ■