

DGUV **Forum****Das Reha-Management
in der gesetzlichen
Unfallversicherung**

Berufskrankheiten Bedarfsfeststellung und umfassender
Behandlungsansatz im BK-Verfahren
Heilverfahren Die Rolle der BG-Kliniken

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

auch in eingespielten Beziehungen kommt es immer wieder zu Überraschungen. Die Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und ihren Kliniken hat eine Geschichte, die bis in die Gründungszeiten der gesetzlichen Unfallversicherung zurückgeht. Trotzdem stellte sich jüngst bei einer Befragung heraus, dass gegenseitige Anforderungen und Erwartungen bei den Partnern nicht klar definiert sind. Ein solcher Befund überrascht zunächst, er bietet aber auch die Chance, etwas Vertrautes neu zu betrachten und sich zu fragen: Wo gibt es Defizite im Miteinander? Was können wir verbessern?



Foto: DGUV/Wolfgang Bellwinkel

Rehabilitation ist neben Prävention und Entschädigung eine der drei Säulen der gesetzlichen Unfallversicherung. Und so wie das Gespräch zwischen Trägern und Kliniken immer neu geführt werden muss, um die medizinische Versorgung möglichst passgenau mit allen weiteren Reha-Schritten zu verzahnen, so müssen wir auch die Rehabilitation selbst immer wieder an neue Anforderungen und Veränderungen anpassen. Das Reha-Management

ist eines unserer Aushängeschilder. Aber wann und bei welchen Diagnosen sollte es einsetzen? Wie kann das Reha-Management auch psychische Belastungen berücksichtigen, wie sie zum Beispiel nach einem Überfall auftreten können? Welche Partner kann sich ein Reha-Manager suchen, um mit dem Versicherten eine optimale Lösung zu finden?

„Jede erfolgreiche Rehabilitation ist das Ergebnis eines guten Teamworks. Diese Kooperation zwischen allen Beteiligten herzustellen, ist in jedem neuen Fall wieder eine Herausforderung.“

Knowhow und Standards ändern sich. Eine Konstante aber bleibt: Jede erfolgreiche Rehabilitation ist das Ergebnis eines guten Teamworks. Diese Kooperation zwischen allen Beteiligten

herzustellen, ist in jedem neuen Fall wieder eine Herausforderung: Die Versicherten und ihre Familien müssen im Sinne der Partizipation stärker in den Prozess einbezogen werden, aber auch externe Partner, wenn es für eine Versorgung „mit allen geeigneten Mitteln“ zielführend erscheint. Nicht zuletzt geht es auch darum, den Austausch von Praktikern und Verwaltungen innerhalb der Unfallversicherung zu intensivieren. Wie fruchtbar diese Begegnungen sein können, das zeigt dieses Heft.

Mit den besten Grüßen
Ihr



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2 – 3
› Aktuelles ›››	4 – 8
› Nachrichten aus Brüssel ›››	9
› Titelthema ›››	10 – 39
1. DGUV-Forum Reha-Management Ergebnisse und Perspektiven <i>Doris Habekost, Lars Kaiser</i>	10
Dresdner Rehabilitationstage Der Mensch steht im Mittelpunkt <i>Markus Oberscheven</i>	12
Reha-Management in der Schülerunfallversicherung „Wer, wie, was, wieso, weshalb, warum?“ <i>Klaudia Engels, Jörg Klein, Martin Kunze, Andreas Schuhmann, Karl Wirth</i>	14
Bedeutung des Reha-Managements Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft <i>Dirk Scholtysik</i>	16
Die Rolle der BG-Kliniken in den neu geordneten Heilverfahren der DGUV Was erwarten die Unfallversicherungsträger? <i>Thomas Köhler, Klaus Münch, Peter Seibert</i>	18
Gemeinsam oder auf eigene Faust Die Bedeutung von „Netzwerken“ im Reha-Management <i>Andreas Dietrich, Thomas Ideker</i>	23
Fallzuweisung zum Reha-Management „Die richtigen Passagiere an Bord?“ <i>Michael Behrens, Carsten Koops, Bernd Lossin</i>	26
Reha-Management bei psychischen Symptomen „Immer eine Hand breit Wasser unter dem Kiel“ <i>Claudia Drechsel-Schlund, Dirk Scholtysik</i>	28
Reha-Management vs. Besuchsdienst Reform des Besuchsdienstes unumgänglich <i>Jörg Wachsmann</i>	32
Berufskrankheiten Bedarfsfeststellung und umfassender Behandlungsansatz im BK-Verfahren <i>Marita Klinkert</i>	34
Umfrage Reha-Management – ... und wie viele? <i>Bernd Lossin</i>	38
› Aus der Rechtsprechung ›››	40
› Personalia ›››	41
› Medien/Impressum ›››	42





Die Gewinner des Deutschen Arbeitsschutzpreises 2013

Fünf ausgezeichnete Ideen erhalten den Deutschen Arbeitsschutzpreis 2013

Die Gewinner des Deutschen Arbeitsschutzpreises 2013 stehen fest. Eine unabhängige Experten-Jury prämierte am 5. November unter zwölf Nominierten vier zukunftsweisende Ideen für mehr Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Hinzu kam ein Sonderpreis für eine ehrenamtliche Initiative. Ausrichter des mit insgesamt 45.000 Euro dotierten Preises sind die Träger der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA): Bund, Länder und gesetzliche Unfallversicherung.

Zu den Gewinnern des Deutschen Arbeitsschutzpreises 2013 gehört das Jobcenter Hof Stadt, das für ein umfassendes Sicherheitskonzept ausgezeichnet wurde. Ziel des Konzeptes ist es, die Mitarbeiter vor verbalen und körperlichen Übergriffen durch Kunden zu schützen und gefährlichen Situationen vorzubeugen. Ein weiterer Preisträger ist die Firma Hörluchs Gehörschutzsysteme. Der Betrieb entwickelte ein neuartiges Hörgerät, das für hörgeschädigte Menschen die Möglichkeit eröffnet, an Lärmarbeitsplät-

zen zum Beispiel in Industriebetrieben, aber auch in Kindergärten, tätig zu sein.

„Eines vereint alle Träger des Deutschen Arbeitsschutzpreises 2013: clevere Produkte oder Prozesse, die als Best-Practice-Beispiele hervorragend zeigen, wie sich Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz nachhaltig verbessern lassen“, betont Prof. Dr. Rainer Schlegel, Abteilungsleiter Arbeitsrecht/Arbeitsschutz im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). „Die Gewinner überzeu-

gen mit wirkungsvollen Lösungen, die sich gut übertragen lassen – wir freuen uns über andere, die diese Anregungen aufgreifen“, sagt Anette Langner, Staatssekretärin im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie und Gleichstellung (MSGFG) des Landes Schleswig-Holstein. Und Dr. Hans-Joachim Wolff, amtierender Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ergänzt: „Die Preisträger zeigen auf beeindruckende Weise, dass mehr Arbeitsschutz eine Investition ist, die sich lohnt.“



Foto: kongressbild.de / Floss

Vertrag zur Förderung des paralympischen Sports

Das Berufsgenossenschaftliche Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) und der Hamburger Sportverein (HSV) haben einen Vertrag zur Förderung des paralympischen Sports vereinbart. Das BUKH ist nun der erste offizielle Partner des HSV Rollstuhlbasketball-Bundesligateams BG Baskets Hamburg.

„Sport ist ein elementarer Bestandteil im gesamten Rehabilitationsprozess. Wir wollen mit unserem Engagement auch frischverletzten Menschen Mut machen, stetig weiterzumachen und ihre persönlichen Fertigkeiten zu entwickeln, um schnellstmöglich wieder vollständige Teilhabe an der Gesellschaft zu erlangen“, betont Dr. Hubert Erhard, Geschäftsführer des BUKH. „Wir sind davon überzeugt, dass die Mitglieder der Rollstuhlsporthabteilung und die Spielerinnen und Spieler der BG Baskets Hamburg Vorbilder für Inklusion und Teilhabe sein können. Darüber hinaus wollen wir helfen, ein erfolgreiches Team in der Bundesliga zu entwickeln, und freuen uns, dass wir von nun an ein Teil dieser Erfolgsgeschichte sein werden.“

Jörn Spuida, Leiter Amateursport des HSV, sagt: „Wir freuen uns sehr, dass wir mit dem Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Hamburg einen Partner für den Rollstuhlsport gewinnen konnten, der nachhaltig den Sport für Menschen mit Behinderung entwickeln möchte und dies auch als Teil seines Gesamtkonzeptes in der Rehabilitation sieht. Das BUKH und der HSV arbeiten bereits seit einigen Jahren im paralympischen Sport zusammen, sodass dieser Schritt eine logische Konsequenz darstellt. Für den HSV hat sich aus der zukunftsorientierten Entscheidung unseres Partners die Chance entwickelt, die Sportart Rollstuhlbasketball in der Bundesliga wettbewerbsfähig aufzustellen und mit Blick auf die kommenden Jahre auch ein Titelaspirant zu sein.“

Vorankündigung zur Strategiekonferenz:

„Wie viel Politik braucht die Normung?“

Anlässlich ihres 20-jährigen Bestehens veranstaltet die Kommission Arbeitsschutz und Normung (KAN) am 26. März 2014 eine Strategiekonferenz in der Kunst- und Ausstellungshalle der Bundesrepublik Deutschland in Bonn. Die Strategiekonferenz wird sich der Frage „Wie viel Politik braucht die Normung?“ widmen. Im Fokus stehen dabei das Transatlantische Handelsabkommen und das Soziale Europa sowie deren Auswirkungen auf die Normung. Informationen zum Programm werden in den nächsten Wochen bekanntgegeben.



Foto: BUKH

v. l. n. r.: Oliver Scheel (HSV), Ulf Mehrens (Deutscher Rollstuhl-Sportverband) und Dr. Hubert Erhard

VDSI-Jahreshauptversammlung: Neuer Name, neue Strategie, neues Gesicht



Vorstand des VDSI nach den Wahlen auf der Jahreshauptversammlung 2013

Der Verband Deutscher Sicherheitsingenieure heißt ab dem 1. Mai 2014 „Verband für Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit“ – das hat die Jahreshauptversammlung des VDSI am 6. November in Düsseldorf beschlossen. Das bekannte VDSI-Kürzel bleibt erhalten. Alle Vorstandmitglieder wurden wiedergewählt. Vorsitzender bleibt Professor Rainer von Kiparski, in den Ruhestand ge-

treten ist Dieter Arnold. Außerdem wurde Michael Kloth neu in den Vorstand gewählt.

Ursprünglich als Arbeitsgemeinschaft für Sicherheitsingenieure gegründet, gehören dem VDSI mittlerweile auch Psychologen, Sicherheitsbeauftragte und andere Berufsgruppen an. Diese Entwicklung greift der Verband mit dem neuen Namen auf.

Gleichzeitig will er eine Hürde beseitigen, die Fachleute aus anderen Disziplinen davon abhält, Mitglied zu werden. „Unsere Botschaft lautet ganz klar: Der VDSI bietet allen Fachleuten aus dem Bereich Sicherheit, Gesundheit und Umweltschutz bei der Arbeit eine Plattform. Gemeinsam wollen wir Arbeit sicher und gesund gestalten. Diese vielschichtige Aufgabe lässt sich nicht isoliert bewältigen. Wir müssen sie aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten und unser Wissen austauschen – das bringt uns nach vorn“, erklärt Gregor Doepke, VDSI-Vorstand für Kommunikation.

Michael Kloth übernimmt das Ressort Nationale Zusammenarbeit von Dieter Arnold. Kloth (55) leitet seit 2004 die VDSI-Fachgruppe Zeitarbeit. Hauptberuflich betreibt er einen überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst mit Sitz in Hameln.

50 Jahre BG-Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall

Mit einem Festakt feierte die berufsgenossenschaftliche Klinik für Berufskrankheiten Bad Reichenhall am 11. Oktober ihr 50-jähriges Bestehen. Die Klinik der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) wurde im Jahr 1963 von der ehemaligen Berufsgenossenschaft der keramischen und Glas-Industrie gegründet. Sie hat sich seitdem zu einem der führenden Kompetenzzentren für die Diagnostik und Therapie von Berufskrankheiten der Atemwege und der Lunge sowie berufsbedingter

Hauterkrankungen weiterentwickelt. Ergänzt wird das Portfolio der Klinik durch das Zentrum für Psychotraumatologie.

Aufgrund der damals zunehmenden Bedeutung von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge gegründet, wurde in den Folgejahren das Versorgungsspektrum der Klinik um den Fachbereich Dermatologie erweitert. Seit 2010 ergänzt das Zentrum für Psychotraumatologie den Kompetenzbereich der Klinik. „Für uns als Trägerin

der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Klinik ein zentrales Element zur bestmöglichen Erfüllung unseres Auftrags zur Prävention und Rehabilitation. Um eine Berufskrankheit optimal zu behandeln, sind eine exakte Diagnose und konkrete Angebote zur Sekundärprävention wichtig. Beides leistet die Klinik, insbesondere in der Dermatologie“, so Prof. Bernd Petri, Mitglied der Geschäftsführung der VBG. „Getreu unserem Grundsatz: Alles aus einer Hand.“

v. l. n. r.: Hannelore Bohm, (Behindertenbeauftragte des Landkreises Berchtesgadener Land), Irmgard Badura (Beauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung), Dr. Herbert Lackner (Oberbürgermeister Bad Reichenhall) und Dr. med. Wolfgang Raab (ärztlicher Direktor der BG-Klinik Bad Reichenhall)



Leuchtturmprojekt Hand – Versorgung von Menschen mit Handverletzungen optimieren

Ein Drittel aller Unfälle am Arbeitsplatz führt zu einer Handverletzung. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung unterstützt deshalb das „Leuchtturmprojekt Hand“, das gemeinsame Behandlungsstandards entwickelt. Näheres erläutert Dr. Michaela Coenen von der Ludwig-Maximilians-Universität München, Koordinatorin des Projekts.

Frau Dr. Coenen, was sind die Hintergründe des Forschungsvorhabens?

Für eine optimale Versorgung von Menschen mit Verletzungen der Hand ist es wichtig, sich klarzumachen, welchen Einfluss Handverletzungen auf die allgemeine Gesundheit und Funktionsfähigkeit der Betroffenen in deren Alltag haben. Dies muss in einem Heilverfahren systematisch erfasst und berücksichtigt werden. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) bietet ein Konzept für solch ein umfassendes Verständnis. Um die ICF in der klinischen Praxis umzusetzen, wurden von den Projektpartnern – das sind die WHO, das Berufsgenossenschaftliche

Unfallkrankenhaus Hamburg und das Institut für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften der Ludwig-Maximilians-Universität München – die „ICF Core Sets der Hand“ entwickelt. Das sind Listen, die alle relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit beschreiben – von Körperfunktionen, über Aktivitäten des täglichen Lebens bis hin zu Aspekten der Teilhabe. Mithilfe dieser Core Sets kann jetzt die Planung und Steuerung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens von Patienten mit Handverletzungen unter biopsychosozialen Aspekten durchgeführt werden.

Welche Ziele verfolgen Sie mit dem Projekt?

Ziel des Projektes ist es, auf der Grundlage der ICF Core Sets der Hand Behandlungsstandards, Prozessbeschreibungen und ein entsprechendes ICF-basiertes Berichtswesen zu entwickeln und in der



Dr. Michaela Coenen

Foto: LMU München

täglichen klinischen Praxis der handchirurgischen Abteilungen der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken zu implementieren. Dieses Projekt ist das erste seiner Art, bei dem die ICF von der Akutversorgung bis hin zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Rückkehr an den Arbeitsplatz im klinischen Alltag eingesetzt wird.

Nach welchen Kriterien werden die Behandlungsstandards entwickelt?

Die in den ICF Core Sets der Hand enthaltenen Aspekte der Funktionsfähigkeit dienen als Basis für die Entwicklung der Behandlungsstandards. Die in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken bereits für verschiedene Handverletzungen verwendeten Behandlungsstrategien werden systematisch erfasst und dokumentiert. Wo möglich wird ein Konsens bezüglich eines verbindlichen und einheitlichen Vorgehens festgelegt.

Neuer iga-Report „Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit“

Die Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) hat einen neuen Report zu arbeitsbedingter räumlicher Mobilität und Gesundheit veröffentlicht. Mobilität gehört für viele Berufstätige zum Arbeitsalltag. Sie sind fast täglich für ihren Job unterwegs – als Pendler, auf Dienstreisen oder in einem „mobilen Beruf“. Auch der Umzug aus beruflichen Gründen oder Auslandsentsendungen zählen zur sogenannten berufsbedingten räumlichen Mobilität. Diese Mobilität birgt Chancen, aber ebenso gesundheitliche Risiken. Außerdem wird selten bewusst reflektiert, welche Voraussetzungen, Ressourcen und Kompetenzen vorhanden sein müssen, um ge-

sund mobil zu sein. Der iga-Report 25 „Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit“ bietet Hintergrundwissen zu den verschiedenen Mobilitätsformen und zeigt Maßnahmen für eine „gesündere Mobilität“ in den Betrieben auf.



Der Report kann unter www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-25.html heruntergeladen werden.



Quelle: iga

Symposium Hochleistungssport feiert Jubiläum

Bereits zum zehnten Mal veranstalteten das Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) und die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) am 18. November im Berliner Olympiastadion das Symposium Hochleistungssport. Über die Jahre hat sich das Symposium als ein fester Termin für den Fachaustausch unter Verantwortlichen aus Vereinen und Medizin etabliert. In diesem Jahr diskutierten die rund 700 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Bereichen Sportmedizin, Orthopädie, Physiotherapie, Psychologie und dem Profisport über Aspekte der Nachhaltigkeit und Kontinuität bei der Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse. Außerdem ging es um Standards in der optimalen Betreuung von Profisportlern.



v. l. n. r.: Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Geschäftsführer ukb, Dr. Kristina Schröder, Präsidentin der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Prof. Bernd Petri, VBG-Geschäftsführung

Anlässlich des 30-jährigen Bestehens der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung fand ein Sonderworkshop zu „Schädel-Hirn-Verletzungen beim Eishockey“ statt, der von Stiftungspräsidentin und Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Dr. Kristina Schröder eröffnet wurde. „Unsere Stiftung macht sich dafür stark, dass bereits bei den Nachwuchssportlern im Kindes- und Jugendlichenalter von Trainern und Betreuern auf mögliche Verletzungen geachtet wird. Prävention und

Früherkennung helfen, mögliche Spätfolgen für die Kinder zu vermeiden, und fördern die Profisportler von morgen“, so Dr. Kristina Schröder.

Weitere thematische Schwerpunkte des Symposiums waren die Themen Unfallverhütung und Rehabilitation. „Die VBG ist die Berufsgenossenschaft des Profi-

sports und bietet Sportvereinen umfangreiche Präventionshilfen. Ab 2014 startet die Präventionskampagne für den Fußball ‚Sei kein Dummy‘, mit der die VBG Profivereine in der Vermeidung von kostspieligen und folgenschweren Unfällen nachhaltig unterstützt“, erläuterte Prof. Bernd Petri, Mitglied der Geschäftsführung der VBG.

130.000

Neuverletzte
mit einem Schädel-
Hirn-Trauma
sind jünger als
25 Jahre.

Zahl des Monats November

Jährlich erleiden in Deutschland etwa 270.000 Menschen ein Schädel-Hirn-Trauma, etwa 130.000, also knapp die Hälfte aller Neuverletzten, sind jünger als 25 Jahre. Eine besonders gefährdete Gruppe sind Eishockey-Spielerinnen und -Spieler: Knapp 30 Prozent ihrer Unfälle betreffen Kopf oder Hals. Das leichte Schädel-Hirn-Trauma wird im Sport oft bagatellisiert. Aktuelle wissenschaftliche Studien belegen aber, dass es sich auch bei einem leichten Schädel-Hirn-Trauma um eine behandlungsbedürftige Hirnschädigung mit potentiell schwerwiegenden Folgen handeln kann. Das Risiko steigt, wenn in kurzer zeitlicher Abfolge ein zweites leichtes Schädel-Hirn-Trauma erlitten wird. Hier ist dann von einem „second impact“ die Rede. Um das zu verhindern, muss jedes Schädel-Hirn-Trauma erkannt und behandelt werden. Ein Schnelltest unmittelbar nach der ersten Kopfverletzung kann Aufschluss darüber geben, ob die Betroffenen das Spiel abbrechen müssen oder nicht. Die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) setzt sich für diesen Schnelltest ein, der seit dieser Saison in der Deutschen Eishockey Liga angewendet wird.

„Fitness-Check“: Brüssel treibt schlankere Rechtssetzung voran

„Schon wieder eine neue Regelung aus Brüssel.“ Mit dieser Kritik muss sich die EU-Kommission seit Jahren auseinandersetzen. Ein Jahr vor dem Ende ihrer Amtszeit hat die Brüsseler Behörde nun beschlossen aufzuräumen, zahlreiche Gesetze sollen auf den Prüfstand gestellt werden. Ist dies ein Ende der vermeintlichen Regulierungswut oder soll lediglich die Stimmung vor den Europawahlen im Mai nächsten Jahres verbessert werden?

In einer Mitteilung [KOM(2013)685 final] legt die EU-Kommission ihre Pläne dar:

Rechtsvorschriften sollen auf ihre Effizienz geprüft und bewertet werden, um diese möglicherweise zu vereinfachen, aufzuheben oder auf die Vorlage eines Rechtsinstruments zu verzichten.

Dabei hat die EU-Kommission auch Regelungen im Fokus, die für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung von Bedeutung sind. So möchte die Brüsseler Behörde zum Beispiel ihre bereits begonnenen Arbeiten zu Initiativen fortsetzen, die die Sicherheit und Gesundheit von Friseuren am Arbeitsplatz,

Erkrankungen des Bewegungsapparates, Bildschirmarbeit, Passivrauchen am Arbeitsplatz sowie die Gefährdung durch krebserregende oder Erbgut verändernde Stoffe betreffen. Auf die Vorlage eines konkreten Rechtsinstruments möchte sie jedoch zumindest während ihrer noch laufenden Amtszeit verzichten.

Es bleibt abzuwarten, wie das Europäische Parlament und der Ministerrat auf die Vorschläge der Europäischen Kommission reagieren werden.

EU-Initiativbericht: Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch verstärkte Arbeitskontrollen

Wie können die Arbeitsbedingungen in Europa verbessert werden? Mit dieser Frage setzt sich der Beschäftigungs- und Sozialausschuss des EU-Parlaments im Rahmen eines Initiativberichts von Jutta Steinruck (MdEP, SPD) auseinander.¹ Mit Initiativberichten möchte das EU-

Parlament insbesondere die politische Debatte zu bestimmten Themen beeinflussen und Diskussionen in Europa anstoßen.

Mit dem kürzlich vorgelegten Berichtsentwurf wird vor allem die Bedeutung der Arbeitskontrolle im Kampf gegen die Schattenwirtschaft hervorgehoben. Die wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen der vergangenen Jahre, so der Bericht, hätten sich erheblich auf die Arbeitsbedingungen ausgewirkt. Arbeitskontrollen müssten deshalb verbessert und verstärkt werden, um die zunehmende Missachtung von Arbeitsrecht und Arbeitnehmerrechten in den Griff zu bekommen. Darüber hinaus würden Kontrollen wesentlich dazu beitragen, dass Löhne sowie Sozialversicherungsbeiträge tatsächlich gezahlt werden und Arbeitsschutzvorschriften eingehalten werden.

Eine besondere Herausforderung seien grenzüberschreitende Arbeitsverhältnisse, da der Austausch von Informationen zwischen den Behörden nicht immer reibungslos verlaufe. Deswegen empfiehlt der Bericht die Einführung einer EU-Agentur für grenzüberschreitende Sachverhalte von Missbrauch des Arbeitsschutzes und nicht angemeldeter Erwerbstätigkeit. Auch ein EU-Sozialversicherungsausweis, in dem alle notwendigen Daten gespeichert sind, wird vorgeschlagen.

Der Beschäftigungs- und Sozialausschuss wird in den kommenden Wochen über den Berichtsentwurf abstimmen.

*

¹ Vgl. auch das Interview mit Jutta Steinruck in *DGUV-Kompakt* im November



Foto: Shutterstock/Levent Konuk

1. DGUV-Forum Reha-Management

Ergebnisse und Perspektiven

Das Reha-Management gilt als Aushängeschild der gesetzlichen Unfallversicherung. Frühzeitiges Identifizieren von Komplexfällen, eine effektive Steuerung und Schnittstellenminimierung sowie die Mitnahme und Einbindung aller Beteiligten sind nur einige der wichtigsten Merkmale eines effektiven Reha-Managements.

Ein wesentliches Resultat des 1. DGUV Forum Reha-Management ist ein „Zwölf-Thesepapier“, das aus den Ergebnissen der Workshops und der Marktstände der Veranstaltung erstellt worden ist. An diesen zwölf Thesen sollen sich die Weiterentwicklung und die praktische Umsetzung des Reha-Managements orientieren.

Zwölf-Thesepapier

1. Personalressourcen und Netzwerkstrukturen müssen optimiert und der Reha-Plan flexibel gehandhabt werden,
2. Wir müssen der Zertifizierung entgegenwachsen.
3. Klarstellung wird gefordert, dass 112 Tage kein verbindliches Auswahlkriterium sind, sondern nur ein Indikator (Orientierungshilfe).
4. Kontextfaktoren müssen obligatorisch bei Fällen mit Wiedereingliederungsproblematik (= originäre Reha-Managementfälle erhoben werden. Deswegen sind standardisierte und strukturierte Vorgehensweisen zu entwickeln (Wer? Wann? Wie? Was?).
5. Die Auswahl der Netzwerkpartner erfolgt durch Einbinden vorhandener Strukturen und eigener Erfahrungen, wobei zukünftig eine trägerübergreifende Unterstützung gewünscht wird.
6. Die Mehrheit wünscht für die Reha-Managerinnen und Reha-Manager die Entlastung von internen Verwaltungsaufgaben durch ein „internes Netzwerk“.
7. Der Handlungsleitfaden Reha-Management erfordert Überarbeitung des Besuchsdienstes.
8. Netzwerkpartner müssen beim Teamgespräch stärker Berücksichtigung finden,
9. Erfolgreiches Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen funktioniert nur mit überzeugten Eltern!

10. Erfolgreiches Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen bedarf flächendeckender kindertraumatologisch spezialisierter Netzwerke!

11. Die Erstellung eines übersichtlichen Reha-Plans (eine Seite) ist bei jedem Reha-Management-Fall erforderlich, weil er auch eine Wertschätzung für die/den Versicherte/n bedeutet und ein Qualitätsmerkmal unserer Arbeit darstellt.

12. Bei Fällen mit psychischen Problemlagen soll erreicht werden, dass

1. die Sachbearbeitung diese Konstellationen frühzeitig erkennt,
2. eine spezifische Kompetenz und Qualifikation der Reha-Managerinnen und Reha-Manager für diese Konstellationen gegeben sind,
3. der Reha-Plan für diese Konstellationen flexibler gestaltet werden kann (insbesondere der Zeitpunkt der Erstellung) und
4. ausreichend geeignete Netzwerkpartner (insbesondere Psychotherapeuten) zur Verfügung stehen.

Von den zwölf Thesen bestimmten die Teilnehmer per TED-Abstimmung die folgenden drei Thesen als vorrangig:

These 1: Optimierung von Personalressourcen und Netzwerkstrukturen einhergehend mit dem flexiblen Umgang bei der Reha-Plan-Erstellung (51,4 Prozent)

These 6: Entlastung der Reha-Managerinnen und Reha-Manager von internen Verwaltungsaufgaben durch ein „internes Netzwerk“ (17,3 Prozent)

These 12: Fälle mit psychischen Problemlagen (frühzeitig erkennen, spezifische Kompetenz und Qualifikation, ausreichend geeignete Netzwerkpartner, Reha-Plan flexibler gestalten) (9,5 Prozent)

Wie geht es mit dem Reha-Management und dem Leitfaden weiter?

Die Ergebnisse des DGUV-Forums werden von der Arbeitsgruppe Reha-Management und dem GFK-Ausschuss Reha aufgegriffen und fließen in die Beratungen über eine Weiterentwicklung des Reha-Managements ein. Derzeit wird die Gesamtdokumentation von der Arbeitsgruppe ausgewertet. Die Arbeit hat also schon begonnen. Sicher ist bereits jetzt, dass die Aspekte „Reha-Plan“, „Netzwerkstrukturen“, „Fallidentifikation“ (Ist die 112-Tage-Arbeitsunfähigkeitsprognose das richtige Auswahlkriterium? Wie können maßgebliche Kontextfaktoren erkannt werden?) und „der Einfluss und das Erkennen psychologischer Faktoren“ thematisiert werden.

Fallauswahl

Liegt die Arbeitsunfähigkeitsprognose nach einem Arbeitsunfall bei 112 Tagen (16 Wochen) oder darüber, kann die berufliche und soziale Integration gefährdet sein. Bei allen derartigen Diagnosen sollte im Regelfall ein Reha-Management durchgeführt werden. Dieses Auswahlkriterium wurde kritisch in den einzelnen Workshops und an den Marktständen diskutiert. Die Regelung wurde schließlich als zu starr verstanden und für den Einzelfall als nicht gerecht eingestuft. Die Teilnehmenden waren der Auffassung, dass die konkreten Unfallfolgen und die individuelle Situation der Betroffenen wichtiger seien.

Unabhängig von der Prognose kann sich in jeder Phase der Rehabilitation oder bei einer Wiedererkrankung das Erfordernis für ein Reha-Management ergeben. Aus den erarbeiteten Thesen wird mehr als deutlich, dass gerade bei den psychischen Problemlagen im Reha-Management ein besonderer Schwerpunkt bei der Weiter-

entwicklung des Handlungsleitfadens gesehen wird. Dies bezieht sich nicht nur auf die Aspekte der zutreffenden Auswahl der Fälle, sondern auch auf die Erstellung des Reha-Plans und die Netzwerkstrukturen.

Reha-Plan

Der Reha-Plan ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. Er wird in einem Teamgespräch zwischen der/dem Versicherten, Arzt/Ärztin und Reha-Manager oder -in sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten aufgestellt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wünschten sich hier einen flexiblen Umgang mit dem Reha-Plan, jeweils angepasst an die individuellen Erfordernisse des Einzelfalls. Auch eine kürzere und gut übersichtlichere Form des Reha-Plans wurde angefragt, um die Anwendung zu erleichtern und Akzeptanz bei allen Beteiligten zu erhöhen.

Netzwerke

Die besondere Kompetenz der gesetzlichen Unfallversicherung auf den Gebieten der Prävention und Rehabilitation muss durch noch bessere Vernetzung im Reha-Management genutzt werden.

In Netzwerken arbeiten Leistungserbringer verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem jeder Netzwerkpartner entsprechend den Vereinbarungen seinen Teil zum Gesamterfolg beiträgt.

Bei den Strukturen und bei der ausreichend vorhandenen Auswahl von kompetenten Partnern sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weiteren Optimierungsbedarf. Die Netzwerke sollten kontinuierlich und flächendeckend weiter ausgebaut werden.

Aber auch bei der internen Vernetzung innerhalb der einzelnen Unfallversicherungsträger, zum Beispiel zwischen Sachbearbeitung und Reha-Management, wurde Verbesserungsbedarf geäußert.

Wie wurde die Veranstaltung selbst bewertet und wird es eine Folgeveranstaltung geben?

Wichtig beim 1. DGUV-Forum Reha-Management war die direkte Diskussion zwischen Praktikern, also den Reha-Managern und Berufshelfern sowie den Führungskräften. Nur so konnten beide Perspektiven kommuniziert, diskutiert und verstanden werden.

Aus den Bewertungsbögen und den weiteren Rückmeldungen lässt sich sehr klar ableiten: Die Tagung war ein voller Erfolg. Sie wurde als Wertschätzung der Reha-Manager und ihrer Arbeit gesehen. Die Möglichkeit der aktiven Mitwirkung an der Weiterentwicklung und Verbesserung des Reha-Managements wurde genutzt. Auf dem nächsten DGUV-Forum-Reha-Management, das es nach dem Willen der Teilnehmer geben soll, werden dann der Umsetzungsstand und die weitere Entwicklung diskutiert.

Persönliche Bewertung der Autoren

Durch das Konzept der Veranstaltung wurde es ermöglicht, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer viel Zeit für den persönlichen Austausch und zur Bearbeitung der einzelnen Themenkomplexe hatten. Es erfolgte trägerübergreifend eine umfangreiche und offene Diskussion der einzelnen Erfahrungen bei der Umsetzung des Handlungsleitfadens zum Reha-Management. Unterschiede wurden transparent dargelegt, diskutiert und einzelner Handlungsbedarf zur Weiterentwicklung wurde erkannt und dokumentiert. Die Offenheit der Reha-Manger und Reha-Managerinnen, Berufshelferinnen und Berufshelfer – aber auch der Führungskräfte – hat den Teilnehmern der Podiumsdiskussion, Thomas Köhler, Dr. Andreas Dietrich, Thomas Hagdorn, Dr. Rainhardt Freiherr von Leoprechting, Dagmar Marth und Thomas Meiser, einen großen Einblick in die tägliche Arbeit und die damit einhergehenden Herausforderungen gegeben. Die Diskussionsteilnehmer bewerteten durchweg das Rehabilitationsmanagement der Unfallversicherung als einmalig und bezeichneten es als Kernstück im Rehabilitationsprozess. Sie kamen aber auch zu dem Schluss, dass Effizienznachweise unbedingt notwendig sind. Somit wurden

DGUV Forum Reha-Management

Unter dem Motto „2 Jahre Handlungsleitfaden – Alle auf Kurs?“ fand am 13. und 14. März 2013 das 1. DGUV-Forum Reha-Management im neuen Kongresszentrum des IAG in Dresden statt. Im Mittelpunkt standen die praktische Umsetzung des Handlungsleitfadens und die Perspektiven der Weiterentwicklung des Reha-Managements in der Unfallversicherung. Rund 400 Reha-Manager und -innen, Berufshelfer und -innen sowie Führungskräfte mit Bezug zum Reha-Management nahmen teil. Sie konnten in vier Workshops und auf 13 Marktständen zu wesentlichen Themen wie zum Beispiel Qualitätssicherung, den Aufbau von Netzwerken, die Fallauswahl, das Reha-Management bei Kindern und Schülern sowie den neuen Reha-Plan diskutieren.

die Grundlagen für die gemeinsame Diskussion und weitere Unterstützung des Reha-Managements durch Politik und Gremien geschaffen.

Die Veranstaltung hat aber auch Erwartungen geweckt, die es nun zu erfüllen gilt. Selbstverständlich können nicht jeder Wunsch und jede Anregung immer oder sofort in die Praxis umgesetzt werden. Aber wir garantieren dafür, dass wir alle Ergebnisse ernst nehmen, aufgreifen und in den Gremien erörtern. Wir werden in den kommenden zwei Jahren an der Umsetzung arbeiten, einiges wird schnell gehen, anderes wird der ausführlichen Diskussion und Abstimmung bedürfen. ●

Autoren

Doris Habekost

Leiterin des Referats „Teilhabe/Reha-Management“ der DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de

Lars Kaiser

Leiter Unternehmensentwicklung der BGW
E-Mail: lars.kaiser@bgw-online.de

Dresdner Rehabilitationstage

Der Mensch steht im Mittelpunkt

Die Unfallversicherungsträger haben einen umfassenden Auftrag. Daraus folgt die Herausforderung, individuell auf die Versicherten und ihre Situation einzugehen und flexibel auf Veränderungen zu reagieren. Die Betroffenen müssen in die Planung ihrer Behandlung und Therapie eingebunden werden. Der Mensch steht im Mittelpunkt.

Aus dem Recht der Rehabilitation und Teilhabe im SGB IX folgt ein Auftrag zur umfassenden Feststellung des Reha-Bedarfs. Dementsprechend müssten auch die Unfallversicherungsträger unabhängig von ihrer eigenen Zuständigkeit die Bedarfe ihrer Versicherten feststellen und koordinierend tätig werden, sagte Honorarprofessor Bernd Petri, Mitglied der Geschäftsführung der

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) auf den 1. Dresdener Rehabilitationstagen, die am 20. und 21. Juni 2013 stattfanden.

Wie berufliche Problemlagen nach Arbeitsunfällen frühzeitig identifiziert und angegangen werden können, zeigte Dr. Wolf-Dieter Müller, Chefarzt der Fachklinik für Rehabilitation Bad Lieben-

stein, in seinem Vortrag. „Alle Beteiligten im Reha-Prozess müssen berufliche Problemlagen im Fokus haben“, sagte er. Dabei unterstrich er die Bedeutung des Netzwerkgedankens, der durch einen verlässlichen Informationsaustausch und regelmäßige Fallkonferenzen zu verwirklichen sei. Von wesentlicher Bedeutung für die Therapieplanung ist laut Müller darüber hinaus die Feststellung der kör-



Foto: fotolia.de / WavebreakmediaMicro

perlichen arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit und der konkreten Arbeitsplatzanforderungen. Aus dem Profilvergleich leite sich der therapeutische Handlungsbedarf im Einzelfall ab. Auf diese Weise lässt sich laut Müller die Rehabilitation eng auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten hin ausgerichtet planen und durchführen.

Dass ein ganzheitliches Behandlungs- und Reha-Management auch bei Berufskrankheiten (BK) geboten ist, konnte anschließend Marita Klinkert, Hauptabteilungsleiterin Services der BGHW veranschaulichen. In den vergangenen Jahren sei ein Paradigmenwechsel in der BK-Fallsteuerung auszumachen. Im Mittelpunkt stehe hier nicht mehr allein die Klärung der versicherungsrechtlichen Fragen, sondern der individuelle Bedarf der Versicherten, der möglichst frühzeitig zu Beginn des Verfahrens zu ermitteln sei.

„Alle Beteiligten im Reha-Prozess müssen berufliche Problemlagen im Fokus haben.“

Erkennung und Therapie von psychischen Unfallfolgen

„Traumata können seelische Narben verursachen und zu messbaren psychologischen und neurobiologischen Veränderungen führen“, sagte Professor Jürgen Hoyer, Leiter des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Technischen Universität Dresden. Als Folgeprobleme seien Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Suchtstörungen, Depressionen, oder suizidale Handlungen zu beobachten. Hoyer erläuterte in seinem Vortrag die Erscheinungsformen psychischer Störungsbilder nach schweren Arbeitsunfällen und zeigte die Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie auf. Die Methode der

Wahl bei der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen sei die kognitive Verhaltenstherapie, wobei die Erfolgsaussichten prinzipiell als gut einzuschätzen seien. Allerdings gebe es abhängig von Schweregrad, Häufigkeit und Komorbidität auch Grenzen der Behandelbarkeit. Erforderlich sei eine frühestmögliche genaue Psychodiagnostik.

Daran knüpfte Dr. Jörg Angenendt an, leitender Psychologe der Sektion Klinische Psychologie und Psychophysiologie der Universität Freiburg, und stellte den Stand der Umsetzung der von der DGUV geförderten Freiburger Arbeitsunfallstudien (FAUST) zur Früherkennung psychischer Risiken dar. Das Projekt unterstreicht, wie wichtig die Früherkennung von psychischen Störungen ist. Positiv sind laut Angenendt darüber hinaus die Akzeptanz, die Realisierbarkeit und der Nutzen des hierfür entwickelten Screening-Bogens. Derzeit arbeiten die Wissenschaftler an einem Implementierungskonzept, mit dem die Strukturen und Prozesse in den Kliniken und Verwaltungen der Unfallversicherungsträger auf die notwendige Identifikation von Risikopatienten und daraus abgeleiteten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen abgestimmt werden.

Praxisnahe Projekte zur Weiterentwicklung der Heilverfahren und Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung

Am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung an der Universität München läuft ein Projekt zur Implementierung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF) in die Versorgung von Handverletzungen. Durch den Einsatz sogenannter ICF-Core-Sets sollen Aussagen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zur Bedarfsermittlung, zur Behandlungsplanung sowie die Messung von Behandlungseffektivität ermöglicht werden. Ziel ist, einen ICF-basierten Behandlungsstandard für das Heilverfahren und das Re-

habilitationsmanagement der gesetzlichen Unfallversicherung zu entwickeln. Das Projekt erläuterte Dr. Michaela Coenen von der Universität München.

Das Institut für Biologische und Klinische Psychologie an der Universität Jena hat eine Studie durchgeführt, mit der durch den Einsatz von funktionellen myoelektrischen Prothesen mit sensorischem Feedback eine Reduzierung von Phantom Schmerzen nach Amputationen erreicht und nachgewiesen werden soll. Professor Thomas Weiß von der Universität Jena stellte die Studie vor.

Welchen Wert der Einsatz von Assessmentinstrumenten für die Qualität der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten und Berufserkrankten künftig haben kann, zeigte Professor Thomas Kohlmann vom Institut für Community Medicine der Universität Greifswald. Neben einer Verlaufsdokumentation und Evaluation der Reha-Ergebnisse könnten Assessments auch zur Prognose und Identifikation von Risiken und damit letztlich zur Heilverfahrenssteuerung eingesetzt werden. ●

Autor



Foto: DGUV

Markus Oberscheven

Stellvertretender Leiter
Abteilung Versicherung
und Leistungen der DGUV
E-Mail: markus.oberscheven@dguv.de

Reha-Management in der Schülerunfallversicherung

„Wer, wie, was, wieso, weshalb, warum?“

Schülerinnen und Schüler sind nach den Beschäftigten die zweitgrößte Versichertengruppe in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die meisten Schülerunfälle verlaufen glimpflich. Den Unfallkassen werden jedoch auch schwere und schwerste Unfälle gemeldet. Gerade dann brauchen die Kinder und Jugendlichen ein speziell auf sie zugeschnittenes Reha-Management.¹



Foto: Jürgen Kornaker / UJK Hessen

Dieser Artikel beschäftigt sich mit den Verletzungen von Kindern und Jugendlichen, die unentdeckt nicht selten zu Schlichtungs- oder Gerichtsverfahren führen („Kadi-Läsionen“), mit der Fallauswahl des Reha-Managements in der Schülerunfallversicherung, mit Netzwerkstrukturen („welcher Patient in welche Behandlung?“) sowie der Mitwirkung der Eltern und der lebenslangen Absicherung der jungen Versicherten.

Kadi-Läsionen²

Kadi-Läsionen sind klinisch oder radiologisch unscheinbare Verletzungen, die wegen ihrer Komplexität zuweilen nicht rechtzeitig erkannt werden. Konkret sind dies:

- primär undislozierte Kondylus radialis-Frakturen (Speiche),
- Luxationen des Radiusköpfchens – isoliert oder mit Monteggia-Äquivalent (Speiche bzw. Elle),
- primäre oder sekundäre Rotationsfehler bei suprakondylären Humerusfrakturen (Oberarm),
- proximale Biegungsbrüche der Tibia (Schienbein),
- Malleolus medialis-Frakturen (Innenknöchel).

Es gilt, frühzeitig diese Verletzungen zu erkennen, um eine Fehlbehandlung mit teilweise schwerwiegenden Folgen zu vermeiden. Die Frakturbehandlung bei Kindern setzt Erfahrung in der klinischen Untersuchung, Kenntnis der Rönt-

genanatomie sowie der problembehafteten Frakturtypen und -lokalisationen voraus. Die Bestätigung einer fehlerhaften Behandlung lag nach Erfahrungen der Schlichtungsstellen der norddeutschen Ärztekammern doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Schlichtungsverfahren.³

Die Unfallkassen legen besonderen Wert auf eine genaue und umfangreiche Diagnostik,⁴ sodass bei Komplikationen in der Diagnosestellung und im Heilverlauf frühzeitig gegengesteuert werden kann.

Hilfreich ist die strikte Anwendung der internationalen Klassifikation zur Lokalisation des Bruches (AO-Klassifikation), die mit Ergänzungen auf das kindliche Skelett übertragen wurde.⁵

Fallauswahl

So wie sich bei Erwachsenen eine spezielle Fallauswahl zum Reha-Management anhand geeigneter Kriterien herauskristallisiert hat und immer weiter verfeinert wird, ist es bei Kindern und Jugendlichen aufgrund des noch nicht voll entwickelten Körpers wichtig, im Heilverlauf insbesondere auf gelenknahe Frakturen und eventuelle Störungen der Wachstumsfuge zu achten. Die DGUV hat bereits durch das neue Verletzungsartenverzeichnis im Verletzungsartenverfahren (VAV) unter Einschluss des neuen Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV) hierauf reagiert und die besonderen kinderspezifischen Diagnosen hervorgehoben.⁶ Allein

zeitliche Faktoren wie die Dauer der stationären Behandlung als Zugangskriterium für das Reha-Management reichen nicht aus. Die Autoren halten – nach Austausch mit den medizinischen Sachverständigen – folgende Zugangskriterien für besonders geeignet:

- Gelenk- oder gelenknahe Brüche, insbesondere mit Beteiligung der Wachstumsfuge,
- Schaftfrakturen nach definitiver Versorgung bei Fehlstellungen,
- Mehrfachbrüche,
- operationsbedürftige Becken- und Wirbelsäulenbrüche,
- Verletzungen mit Gefäß-, Nervenbeteiligung,
- schwere Weichteilverletzungen,
- Kreuzbandverletzungen,
- Behandlungsdauer über acht Wochen nach Unfall,
- sonstige Fälle (Vorerkrankungen, Kontextfaktoren).

Diese Aufzählung kann nicht vollständig sein; allerdings bietet sie Anhaltspunkte für Verletzungsmuster bei jungen Versicherten, die in das Reha-Management aufgenommen werden sollen oder müssen.

Dass junge Versicherte mit Querschnittslähmungen, schweren Brandverletzungen, Schädel-Hirn-Verletzte, Polytraumatisierte und Kinder mit diagnostizierter Osteitis in besonderer Betreuung der Unfallkassen sind, versteht sich aufgrund der Schwere der Verletzung von selbst.

Netzwerkstrukturen

Die gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe zu erfüllen, flächendeckend kindertraumatologisch spezifische Netzwerke zu identifizieren und Kinder und Jugendliche einer geeigneten Behandlung zuzuführen. In etlichen Regionen ist es bereits gelungen, kindertraumatologische Kompetenz zu gewinnen, bis hin zur Versorgung schwerster Verletzungen. Wunschpartner in der stationären Versorgung sind BG-Kliniken mit kindertraumatologischen Kooperationspartnern ebenso wie Kinderkliniken oder kindertraumatologisch ausgerichtete Abteilungen an Krankenhäusern. Vorgenannte Einrichtungen sind besonders geeignet, kompetenten Rat bei der Behandlung schwieriger Verletzungen und kinderspezifischer Besonderheiten bei der medizinischen Versorgung⁷ zu geben.

Die Unfallkassen werden in ihren Regionen zusammen mit den Landesverbänden der DGUV daran arbeiten, entsprechende flächendeckende Strukturen aufzubauen, aufrecht zu erhalten und in Einzelfällen zu prüfen, ob Nachbesserungspotential vorhanden ist.

Die Autoren sehen die vorgenannten Krankenhäuser als besonders geeignet an, Reha-Plan-Sprechstunden zwischen dem dort für solche Fragen abgestellten Arzt, dem verletzten Kind und dessen Eltern, den Mitarbeitern der Unfallkassen und weiteren Beteiligten durchzuführen.

Eltern

Eltern können ganz erheblich zum Gesundungsprozess ihres Kindes beitragen: durch Ansporn, Zuspruch und Kooperation mit den behandelnden Ärzten und der Unfallkasse. Wenn alle Beteiligten „an einem Strang ziehen“, fällt dem Kind der schwierige Prozess der Verarbeitung des Unfalls, der Heilbehandlungsmaßnahmen und der schulischen Wiedereingliederung leichter. Wird bei einem schweren Unfall von Anfang an vertrauensvoll gemeinsam versucht, alle Maßnahmen dem Reha-Ziel unterzuordnen, sind Komplikationen im Heilverlauf und in der schulischen Wiedereingliederung eher unwahrscheinlich. Treten dennoch Störungen auf, können diese zu Verzögerungen

der Spiel-, Sport- und Schulfähigkeit führen. Es ist also wichtig, bei schwer verletzten Kindern möglichst schnell Kontakt zwischen Unfallkasse, behandelnden Ärzten, Netzwerkpartner und den Eltern oder Erziehungsberechtigten herzustellen und einen (stufenweisen) Reha-Plan abzustimmen. Nur wenn alle Beteiligten über die insgesamt geplanten Maßnahmen informiert und damit einverstanden sind, ist ein bestmögliches Rehabilitationsergebnis zu erwarten. „Alleingänge“ der Eltern scheitern erfahrungsgemäß, da der gute Wille, das Beste für sein Kind zu tun, oft nicht ausreicht. Die Unfallkasse kennt die typischen Verläufe, den etwaigen zeitlichen Bedarf, die zu erwartenden Reha-Ergebnisse, die geeigneten medizinischen Versorgungsstrukturen und die erforderlichen Wege zurück in Schule und Alltag. Eltern sind deshalb gut beraten, die Dienstleistung „Reha-Management“ der Unfallkasse zu nutzen.

Lebenslange Absicherung

Die fünfjährige Julia S. wird auf dem Weg von der Kindertagesstätte nach Hause im Auto der transportierenden Mutter Opfer eines Verkehrsunfalles und erleidet durch eine Verkettung unglücklicher Umstände schwere Verbrennungen. Dieses Unglück für das Kind, dessen Eltern und Verwandte sowie Freundinnen und Freunde ist schwerwiegend und es gibt an dieser tragischen Tatsache zunächst nichts Gutes zu erblicken. Aber eines ist sicher: Das Mädchen wird die nächsten Jahrzehnte, ein Leben lang, von seiner Unfallkasse betreut. Neben umfangreichen medizinischen Maßnahmen und kosmetischen Nachoperationen stehen schulische Hilfen, eventuelle Teilhabeleistungen der beruflichen Eingliederung und viele andere Leistungen auf dem Programm. Und immer wieder wird sich die inzwischen erwachsene Versicherte an ihre Unfallkasse mit der Frage der Unterstützung aufgrund des schwierigen Unfallfolgezustandes wenden. Deswegen ist es wichtig, bereits frühzeitig die umfassende Bedarfssituation zu erkennen und sich auf eine sehr lange Rehabilitation und Inklusion einzustellen, die für die Versicherte passend ist. Beispielhaft wäre eine Weichenstellung bei Wahl der geeigneten medizinischen Versorgung,

der Nachbehandlung, der Beratung in Wohnungsfragen und bei der Mobilität, die Unterstützung in schulischen und später in beruflichen Fragen. Alles aus einer Hand. Alles von der Unfallkasse. ●

*

- 1 *Reha-Management für Kinder und Jugendliche – im Netzwerk Hand in Hand agieren, teilweise identische Autoren wie für diesen Beitrag, DGUV Forum 7/8- 2011, 42 ff.*
- 2 *Die Kadiläsionen, L. von Laer et al. Trauma und Berufskrankheit 4-2012, 247 ff.*
- 3 *Arzthaftpflichtverfahren nach Frakturbehandlung bei Kindern, Deutsches Ärzteblatt Int 2009; 106 (30):491-8.*
- 4 *Durchgangsärztliche Diagnostik von Sprunggelenksfrakturen, Kindes- und Jugendalter, D. Scheidmueller et al. Trauma und Berufskrankheit 2-2013, 135 ff.*
- 5 *Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen.*
- 6 *Neuausrichtung der stationären Heilverfahren, M. Oberscheven, Trauma und Berufskrankheiten, 15-2013, 25-28.*
- 7 *Versorgungsmöglichkeiten kindlicher Frakturen, C. H. Illian et al. Trauma und Berufskrankheit 4-2012, 232 ff. Im Heft 4-2012 finden sich noch weitere Beiträge zur kindgerechten Versorgung.*

Autoren

Klaudia Engels

Leiterin der Abteilung Rehabilitation und Entschädigung der UK Rheinland-Pfalz

Jörg Klein

Leiter Rehabilitation und Entschädigung der UK Hessen

Martin Kunze

Stellvertretender Geschäftsführer der UK Nord

Andreas Schuhmann

Geschäftsbereichsleiter Rehabilitation und Leistungen des GUV Hannover/ Landesunfallkasse Niedersachsen

Karl Wirth

Stellvertretender Abteilungsleiter der UK Baden-Württemberg

E-Mail für alle Autoren:

martin.kunze@uk-nord.de

Bedeutung des Reha-Managements

Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

Mehr als 80 Teilnehmer diskutierten in sechs Durchgängen engagiert und teilweise kontrovers über die Frage, wie das neue Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) künftig auch für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (LTG) optimal genutzt werden kann, welche Rahmenbedingungen erforderlich sind oder geschaffen werden müssen und wie ein zukünftiger „Teilhabe-Plan“ gestaltet werden könnte.

Sicher ist noch nicht alles Gold, was glänzt, aber es herrschte Einigkeit, dass man im Reha-Management und auch bei den LTG hingegen unter dem Dach der gesetzlichen Unfallversicherung sehr gut aufgehoben ist.

Positionspapier zu LTG

Zu Beginn jedes Durchganges erfolgte eine Einführung in die Thematik, die Grundaussagen des zukünftigen Positionspapiers „LTG“ der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die damit verbundenen Zielfragen und Thesen. Medizinische, berufliche und soziale Teilhabe sind in der Unfallversicherung gemäß dem Grundsatz „Alles aus einer Hand“ untrennbar miteinander verknüpft. Sie beeinflussen sich gegenseitig und stellen damit einen ganzheitlichen Rehabilitationsprozess dar, der über das Reha-Management gesteuert wird. Selbstbestimmte und eigenverantwortliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben führt zu mehr Zufriedenheit und wirkt sich damit auch auf andere Rehabilitationsbereiche positiv aus. Dies zu fördern, ist ein großes Ziel der gesetzlichen Unfallversicherung.

Antworten, Anregungen und Vorschläge der Teilnehmer

Zielfrage 1 lautete:

Wie lässt sich das Reha-Management optimal und effizient nutzen, damit bei schweren Verletzungsfolgen mit sozialem Teilhabebedarf eine aktive Beratung so rechtzeitig und zielgerichtet erfolgt, um bereits mit Abschluss der stationären Reha und

Rückkehr in den häuslichen Bereich gewährleistet zu können, dass die Versicherten ihren Alltag möglichst selbstständig und eigenverantwortlich gestalten?

Hier ging es vor allem um Fragen der zukünftigen Beratungsstruktur, der Zielsetzung, aber auch der dafür erforderlichen personellen Kapazitäten. Eine Erst-Information zu den Möglichkeiten der GUV und den weiteren Abläufen kann grundsätzlich schon während der medizinischen Reha, das heißt noch am Krankenbett, sinnvoll sein und beruhigend wirken. Dabei sind jedoch Augenmaß und Fingerspitzengefühl nötig. Breiter Konsens bestand bei den Teilnehmern, dass spätestens während der stationären Reha (Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung [BGSW] etc.) mit den Versicherten konkret LTG-Maßnahmen besprochen oder erste Schritte eingeleitet werden sollten (sogenanntes Überleitungsmanagements). Der Wechsel aus dem „geschützten und betreuten“ stationären Reha-Bereich in die Eigenständigkeit der häuslichen Umgebung ist, besonders bei Schwerverletzten, wichtig für den Gesamterfolg der Rehabilitation und Eingliederung. In dieser Phase müssen die Versicherten begleitet und mit Rat und Tat unterstützt werden. Zu Hause gibt es oftmals andere, bis dahin unerkannte Rahmenbedingungen und Problemfelder. Erst jetzt zeigt sich oft, wie Versicherte und ihre Familien mit der neuen Situation zurechtkommen. Bei Unsicherheiten in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen sind Motivationshilfen (zum Beispiel

auch ergänzend durch Peer) angezeigt, um den Einstieg in Selbständigkeit trotz bestehender Behinderungen zu schaffen.

Die Teilnehmer waren sich auch einig, dass eine gute Beratung zu LTG nach Abschluss der stationären Rehabilitation

- persönlich und in häuslicher Umgebung (vor Ort) erfolgen muss,
- das familiäre Umfeld einbeziehen muss (systemische Beratung),
- geeignet ist, Ressourcen, Interessensgebiete und hemmende Faktoren rechtzeitig zu erkennen,
- persönliche Probleme innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfeldes aufzeigen kann,
- zeitnah zur Rückkehr in den häuslichen Bereich (nach stat. Reha) erfolgen sollte.

Mitentscheidender Erfolgsfaktor ist, dass die Beratung aktivierende Wirkung hat und die Motivation der Versicherten zur sozialen Teilhabe unterstützt. Um die Gesamtsituation und den individuellen Bedarf richtig einschätzen zu können, wurde bei Neu-Fällen eine frühzeitige systemische Beratung vor Ort regelmäßig im Zeitfenster von ein bis drei 3 Monaten nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation allgemein befürwortet. Reha-Managerinnen und Reha-Manager brauchen dafür jedoch nicht nur fachliche Kompetenzen in der Gesprächsführung, sondern auch die notwendigen zeitlichen Kapazitäten. Letztere können nach Ansicht vieler Teilnehmer unter anderem



Foto: DGUV

Wie kann das neue Reha-Management der DGUV für die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft genutzt werden?

durch eine Begrenzung der Fallzahl im Reha-Management sowie eine klare Trennung zwischen Innen- und Außendienst gewonnen werden.

Zielfrage 2 lautete:

Was soll der Reha-Plan (Teilhabe-Plan) zukünftig zu dem Bereich LTG enthalten? Ist eine Zielvereinbarung sinnvoll und wie könnte diese gestaltet werden?

Intensiv und teilweise kontrovers wurde darüber diskutiert, in welcher Form die Beratung erfolgen soll, welche Probleme es zum Beispiel mit Versicherten anderer Kulturkreise gibt, wie die aus der Situationsanalyse folgenden Konsequenzen umgesetzt und dokumentiert werden sowie in welcher Weise ein Teilhabe-Plan standardisiert ins Reha-Management aufgenommen werden soll.

Anders als bei der 1. Zielfrage zeigten sich hier deutlich unterschiedliche Vorstellungen, die ihren Ursprung häufig in langjährigen persönlichen Erfahrungen der Reha-Manager mit den Versicherten haben, aber auch auf die jeweils gelebten

Verfahrenskulturen der Unfallversicherungsträger zurückzuführen sind. Verschiedene Ansichten gab es zu der Frage, wie viel Standardisierung und Regelungsdichte die soziale Teilhabe verträgt und ob (unterschiedene) Zielvereinbarungen als Motivation für die Versicherten sinnvoll oder eher hemmend sind. Zudem wurde die immer wieder heikle und schwierig zu beantwortende Frage aufgeworfen, ob es rechtliche oder natürliche Grenzen bei der Leistungsgewährung LTG gibt, ob man sich hier auf entsprechende Kriterien einigen sollte und wie dies vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu sehen ist.

Ein formalisierter Teilhabe-Plan nach dem Vorbild des bisherigen Reha-Plans wurde oftmals als kritisch angesehen, da Arbeitsaufwand und Ergebnis im Verhältnis zu den bisher üblichen Besuchsberichten als zu hoch eingeschätzt werden. Befürwortet wurde hingegen das Vorgehen anhand einer Check-Liste „Soziale Teilhabe“ als Grundlage für das persönliche Gespräch vor Ort. Eher skeptisch bis kritisch wurde auch eine von beiden Seiten unterschriebene „Zielvereinbarung“ beurteilt. Diese könnte die notwendige persönliche und vertrauensvolle Atmosphäre zerstören sowie die Versicherten unter Druck setzen, anstatt sie zu motivieren. Für sehr wichtig hielten die meisten Beteiligten jedoch, dass die getroffenen Vereinbarungen und deren Umsetzungsschritte transparenter als bisher festgehalten werden. Das Persönliche Budget sei bei den LTG oft das Mittel der Wahl und würde auch von den Versicherten durchweg positiv bewertet und stärke deren Eigenverantwortung. Die Erstellung eines beispielhaften (internen) LTG-Förderungskataloges wurde vielfach begrüßt. Solche Listen fördern die Gleichbehandlung und helfen den Reha-Managern bei der praktischen Arbeit. Gerade die Diskussion zu diesem Punkt zeigte, dass die Förderungspraktiken der Unfallversicherungsträger (UVT) bei den LTG zum Teil noch erheblich voneinander abweichen. Andere Teilnehmer wiesen darauf hin, dass die Außenwirkung kritisch sein könne, da gegebenenfalls nicht erfüllbare Leistungsbegehren geschürt und die UVT in eine Konkurrenzsituation gebracht werden könnten.

Fazit

Der Marktplatz erbrachte wichtige Hinweise für die weitere Arbeit zur praktischen Umsetzung des neuen Positionspapier LTG der gesetzlichen Unfallversicherung. Wesentliche Aussagen der Teilnehmer sind:

- Die soziale Reha (LTG) stellt einen wichtigen Faktor im gesamten Reha-Prozess der gesetzlichen Unfallversicherung dar und muss künftig noch stärker in das Reha-Management integriert werden.
- Die Beratung der UVT zu LTG muss persönlich in der häuslichen Umgebung und unter Einbeziehung des familiären Umfeldes erfolgen, und zwar zeitnah zur Entlassung aus der stationären Rehabilitation.
- Ein sogenannter Teilhabe-Plan sollte die LTG nicht zu sehr formalisieren, jedoch mehr Transparenz zwischen den Beteiligten schaffen.
- Eine schriftliche, beiderseitig unterschriebene Zielvereinbarung wird im Hinblick auf das Vertrauensverhältnis zu den Versicherten oder deren persönliche (freiwillige) Motivationslage eher kritisch gesehen und zumindest überwiegend nicht befürwortet.
- Eine (UV-interne) beispielhafte Positiv-Liste für mögliche LTG-Leistungen oder Hilfsmittel wird allgemein als hilfreich für das Reha-Management angesehen und kann dazu beitragen, die Leistungen zu vereinheitlichen. Sie darf jedoch keinen abschließenden Charakter haben. ●

Autor



Foto: Nicole Fortin

Dirk Scholtysik

Leiter des Referats Soziale Reha/Be-gutachtung Pflege/Psychologie der DGUV
E-Mail: dirk.scholtysik@dguv.de



Die Rolle der BG-Kliniken in den neu geordneten Heilverfahren der DGUV

Was erwarten die Unfallversicherungsträger?

Besondere unfallmedizinische Behandlung und umfassende Rehabilitation: Die Kliniken der Unfallversicherungsträger erfüllen deren gesetzlichen Auftrag optimal. Ein jährlicher Umsatz von mehr als 1 Milliarde belegt nicht nur ein gewaltiges Leistungspotential, sondern zeigt auch die enorme wirtschaftliche Verantwortung und Herausforderung für die Kliniken.

Berufsgenossenschaften als Leistungserbringer und Klinikbetreiber

Die neun BG-Unfallkliniken zählen zu den größten Traumazentren in Deutschland. Gemeinsam mit zwei Kliniken für Berufskrankheiten und zwei Unfallbehandlungsstellen versorgen sie bundesweit Patienten auf höchstem Niveau mit dem Ziel, die nachhaltige Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und eine optimale Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu gewährleisten. Organisiert sind die Träger der BG-Kliniken überwiegend in Vereinen, deren Mitglieder gewerbliche

Berufsgenossenschaften und vereinzelt auch Unfallkassen und landwirtschaftliche Träger sind.

Die UV-Träger sind über die Vereine Eigentümer der Kliniken und finanzieren die notwendigen Investitionen in den Bau und Erhalt. Sie sind zugleich Leistungsträger und sorgen für eine bestmögliche Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln. Als Leistungsträger kommen die UV-Träger für die Behandlungskosten ihrer Versicherten auf. Sie nutzen die Kliniken aber nicht allein. Im Leistungs- und

Patientenspektrum haben sich die Kliniken trotz gemeinsamer Wurzeln und des unfallchirurgischen Kerngeschäfts relativ heterogen entwickelt.

In diesem Kontext ist auch der gegründete Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung – KUV – zu sehen. Mit elf Kliniken ist der KUV der fünftgrößte Klinikverbund und der führende Anbieter in der Traumaversorgung in Deutschland. Mitglieder des KUV sind die UV-Träger, koordiniert durch die DGUV, und die Klinikvereine mit ihren ebenfalls auf

UV-Träger beschränkter Mitgliederstrukturen. Der KUV hat die Aufgabe, gemeinsame Interessen seiner Mitglieder bei der Errichtung, Unterhaltung und beim Betreiben der Kliniken wahrzunehmen und die Klinikträger zu unterstützen. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sollen dadurch gesteigert werden. Der KUV ist beauftragt, nach dieser Prämisse ein Klinikgesamt-konzept und ein entsprechendes Klinikbaukonzept zu erstellen; es wird maßgebend sein für die weitere Ausrichtung der Kliniken – eine sehr anspruchsvolle und vielschichtige Aufgabe.

Sind die Leistungsangebote der BG-Kliniken für die gesetzliche Unfallversicherung bedarfsgerecht?

Im Klinikgesamt-konzept sollen die Anforderungen der UV-Träger an die BG-Kliniken besonders berücksichtigt werden. Diese unverzichtbare Grundlage impliziert die Frage, ob die Leistungsangebote und die Ausrichtung der Kliniken tatsächlich die Erwartungen der UV-Träger erfüllen. Bei einem Workshop im April 2012 trafen sich Spitzenvertreter verschiedener Gremien der DGUV, der BG-Kliniken und weitere Experten, um ein gemeinsames Verständnis der zukünftigen Herausforderungen und Ziele für die BG-Kliniken zu entwickeln. Dabei setzten sich die 15 Sitzungsteilnehmer mit einer Reihe grundsätzlicher Fragestellungen auseinander:



„Qualität und Wirtschaftlichkeit sind kein Gegensatz.“

- Sind die Anforderungen an die BG-Kliniken von Seiten der Unfallversicherungsträger formuliert?
- Ist die Rolle aller BG-Kliniken in der flächendeckenden Versorgung von UV-Patienten klar definiert?
- Nutzen die UV-Träger die BG-Kliniken in ausreichendem Maße zur Versorgung ihrer UV-Patienten?

Überraschenderweise wurden diese Fragen ausnahmslos verneint.

Es folgte eine umfassende Befragung der UV-Träger unter Federführung des Ausschusses Rehabilitation der Geschäftsführerkonferenz der DGUV. Aufgrund der hohen Beteiligung an der Umfrage konnte ein repräsentatives Bild gewonnen werden. Die Rückmeldungen lassen den Schluss zu, dass die Aussagen der UV-Träger auf vergleichbaren Erfahrungen bei

der Zusammenarbeit mit den BG-Kliniken beruhen.

Die UV-Träger bestätigen eine herausragende Kompetenz der BG-Kliniken in der Akutversorgung von Schwerverletzten und sie wissen auch das überdurchschnittlich hohe Behandlungsniveau zu schätzen. Dennoch gibt es eine Reihe von Hinweisen und Anregungen zur Verbesserung und Weiterentwicklung.

Die UV-Träger sehen die Aufgabe der BG-Kliniken primär darin, sie bei der Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags zur optimalen Versorgung ihrer Versicherten mit allen geeigneten Mitteln zu unterstützen. Den BG-Kliniken kommt dabei eine Rolle als „Leuchttürme“ bei der Versorgung von schweren und schwersten Versicherungsfällen zu. Sie sind als solche Vorbild und Schrittmacher in der Akutversorgung und in der Rehabilitation sowie Innovationsführer in der Traumaversorgung. Über Akutversorgung und Rehabilitation hinaus sind sie auch die ersten Adressen für Fälle mit Komplikationen und bei notwendigen Korrektur-eingriffen.

Die BG-Kliniken folgen damit dem Grundprinzip der gesetzlichen Unfallversicherung, Leistungen „aus einer Hand“ zu erbringen, wobei diese qualitativ und quantitativ durchgängig auf den Bedarf der UV-Träger hin ausgerichtet sein müssen. Voraussetzung dafür ist eine ausgeprägte Identifikation mit dem umfassenden Rehabilitationsauftrag der UV-Träger und deren Interessen als Eigentümer der Kliniken. ▶



Foto: BGRCI

Durchgang zu:

- ↑ Sprechstunden
- ↑ Unfallchirurgie Ambulanz
- ↑ Plastische Chir. Ambulanz
- Handchirurg. Ambulanz
- ↑ Radiologie/Röntgen
- ↑ OP-Zentrum
- ↑ BG-Sprechstunde
- ↑ Narkosesprechstunde



Foto: BG RCI

SAV-Anforderungen als Mindeststandard

Die Anforderungen der UV-Träger an die Ausstattung der BG-Kliniken korrespondieren weitgehend mit den zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV).

Die UV-Träger erwarten, dass die BG-Kliniken im neuen SAV die „Pole-Position“ einnehmen, und um dies nachhaltig sicherzustellen, sollen sie in der Behandlung Unfallverletzter an der Spitze des medizinischen Fortschritts stehen.

Dies impliziert, dass die Voraussetzungen für die Zulassung zum SAV vollständig erfüllt werden. Die mit dem SAV verfolgte qualitätsorientierte Konzentration der Behandlung von Menschen mit sehr schweren Verletzungen setzt ein entsprechendes Leistungsangebot sowie die für die Umsetzung nötigen Steuerungs- und Kommunikationsinstrumente voraus.

Die UV-Träger ordnen in diesem Kontext die im SAV vorgeschlagene Sicherstellung einer besonderen kindertraumatologischen Kompetenz in den BG-Kliniken als wichtig ein, damit für die in der gesetzlichen Unfallversorgung versicherten Kinder die gleiche Versorgungsqualität sichergestellt werden kann wie für berufstätige Personen. Neben den bewusst anspruchsvollen Leistungsvorgaben des

SAV heben die UV-Träger einige spezielle Aspekte als besonders wichtig hervor. So ist es ihnen elementar wichtig, den bisherigen herausragenden Standard bei der Versorgung von Brandverletzten, Querschnittgelähmten und Schwer-Schädel-Hirn-Verletzten zu bewahren und in allen BG-Kliniken eine septische Chirurgie vorzuhalten.

Mit Blick auf die zunehmende praktische Relevanz werden abgestimmte qualifizierte Angebote für Schmerzpatienten sowie einheitliche und bedarfsgerechte Ausgestaltungen psychotraumatologischer Behandlungsmöglichkeiten gefordert. Fälle mit vermeintlich geringen körperlichen Läsionen, schwer beherrschbaren Schmerzzuständen und sekundären psychischen Problemen sind in der Praxis häufiger zu beobachten. Für Ärzte, Therapeuten und Reha-Manager sind sie oft undankbar, weil wirksame Maßnahmen oft schwer zu identifizieren sind und Erfolge somit nicht rasch sichtbar werden.

Die UV-Träger erwarten eine ganzheitliche und interdisziplinär abgestimmte Vorgehensweise. Akutversorgung und Rehabilitationsmaßnahmen müssen nahtlos ineinander übergehen, um die schnellstmögliche Wiedereingliederung der Versicherten zu gewährleisten. Die dadurch mögliche Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeit erspart zudem Ausgaben bei den UV-Trägern, da sich die Dauer der Verletzungsgeldzahlung verringert.

Das hört sich einfach an, fordert aber in der Praxis einige Weichenstellungen:

Notwendig ist ein sehr gut funktionierendes Schnittstellenmanagement. Entsprechend müssen die Kliniken ihre Führungs- und Organisationsstrukturen kontinuierlich hinterfragen und veränderten Rahmenbedingungen anpassen.

In der Rehabilitation erbringen alle BG-Kliniken die Leistungen der EAP, der BGSW und der ABMR als etablierte und abgestimmte Verfahren der DGUV. Soweit die BG-Kliniken darüber hinaus Angebote der Schwerstverletzten- und Komplikations-Rehabilitation vorhalten, wird von den UV-Trägern ein entsprechendes Abstimmungsverfahren über die DGUV gefordert. Dabei müssen der qualitative und quantitative Bedarf entscheidendes Kriterium für die Einführung neuer Verfahren sein.

Mit den Kliniken in Bad Reichenhall und Falkenstein gibt es zwei Einrichtungen, deren Fokus auf der Behandlung von Berufskrankheiten liegt. Ihren Schwerpunkt haben diese Kliniken in der Rehabilitation



Foto: KUV

„Mit 11 000 Mitarbeitern und über 50 000 Patienten pro Jahr ist der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung einer der größten Klinikverbände Deutschlands.“

von Krankheiten der Atemwege und der Haut. Aus den Rückmeldungen der UV-Träger lässt sich darüber hinaus (noch) kein evidenter Versorgungsbedarf für Berufskrankheiten ableiten, den speziell die BG-Unfallkliniken zwingend schließen müssten. Insofern erscheint es sinnvoll, zunächst näher zu analysieren, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang solche Angebote unter versorgungstechnischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten in den BG-Unfallkliniken eingerichtet und vorgehalten werden sollten.

Die UV-Träger dürfen und wollen ihre Versicherten nicht lange auf Entscheidungen über Entschädigungsansprüche warten lassen. Sie erwarten daher von den BG-Kliniken qualitativ hochwertige und zügig erstattete Gutachten. Dabei sollen – was heute in der Praxis nicht immer und überall gewährleistet ist – in den Kliniken feste Ansprechpartner für Rückfragen zu Gutachtenaufträgen benannt sein.



Vor dem Hintergrund einer optimalen Versorgung Schwerstverletzter und des größer werdenden Anteils älterer Menschen halten die UV-Träger es für wichtig, in allen BG-Kliniken eine Pflegeberatung angemessen zu etablieren. Ferner wird – auch mit Blick auf eine Vorbildfunktion – eine konsequente Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in den eigenen Einrichtungen erwartet.

Kommunikation und Kundenorientierung

Zu den Grundanforderungen der UV-Träger gehört eine auf ihren Bedarf und ihre Ziele hin ausgerichtete partnerschaftliche Zusammenarbeit. Ein intensiver Kontakt der Kliniken zu den UV-Trägern als deren „Kunden“ wird als zentrales Anliegen formuliert. Defizite in der Kommunikation produzieren Ärgernisse, ziehen Verfahren in die Länge und behindern eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Hauptursachen sind in aller Regel fehlende klare Absprachen oder, wenn es solche Absprachen gibt, dass sie nicht bekannt sind oder nicht immer beachtet werden.

Die UV-Träger sehen Optimierungspotential in der Kommunikation – im Bewusstsein, dass dies keine Einbahnstraße ist, denn hier sind nicht nur die Kliniken gefordert, sondern auch die UV-Träger selbst. Als Ausdruck der Kundenorientierung erwarten die UV-Träger eine kurzfristig mögliche Aufnahme und Behandlung ihrer Versicherten, eine stets aktuelle Information über den Stand des Heilverfahrens, außerdem Transparenz im Hinblick auf die Behandlungsziele und Vorgehensweisen. Mehr Transparenz wünschen sich die UV-Träger auch bei den Zuständigkeiten und Ansprechpartnern in den Kliniken, verbunden mit dem Wunsch, dass stets die aktuellen Kontaktdaten zur Verfügung stehen. Mit Blick auf die hohe Bedeutung für den Rehabilitationserfolg regen die UV-Träger an, die Kommunikation in einem verbindlichen Konzept auf der Basis einheitlicher Verfahren zu konkretisieren.

Reha-Management

Das Reha-Management der UV-Träger erfordert eine besonders intensive Zusammenarbeit mit den Kliniken. Die SAV-Anforderungen sehen deshalb ganz bewusst Regelungen für die Reha-Planung sowie die Durchführung und Unterstützung des Reha-Managements durch die Kliniken und die Verantwortlichkeiten vor.

Die UV-Träger erwarten in den BG-Kliniken eine vorbildliche Umsetzung dieser Vorgaben und deren Berücksichtigung in dem vorgeschlagenen Kommunikationskonzept. Dabei soll die Reha-Abteilung oder eine vergleichbare Einrichtung das Scharnier zwischen den medizinischen Fachbereichen der Klinik und dem UV-Träger sein. Sprechstunden mit kurzen Vorlaufzeiten und die Infrastruktur für optimale Arbeitsbedingungen sind ebenso Bestandteil der Anforderungen an die Zusammenarbeit wie die Unterstützung der UV-Mitarbeiter durch medizinische Fortbildung.

Qualität und Wirtschaftlichkeit

Zur Sicherstellung der Qualität der angebotenen Leistungen halten es die UV-Träger für unverzichtbar, dass die BG-Kliniken nach einheitlichen Standards arbeiten, die auf einen optimalen Erfolg der Rehabilitation ausgerichtet sind. Möglichkeiten zur notwendigen Individualisierung und Flexibilität sowie zur Kompetenzbildung einzelner Standorte unter Berücksichtigung der Bedarfslage können und sollen dabei gewahrt bleiben.

Die UV-Träger erwarten einheitliche Standards der Struktur-, Prozess- und Dienstleistungsqualität sowie abgestimmte einheitliche Angebote in den BG-Kliniken. Die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung wird vor allem in der Rehabilitation gesehen. Darüber hinaus sollen kontinuierlich valide Qualitätsnachweise auf der Grundlage gemeinsam definierter qualitativer, quantitativer und temporärer Kennzahlen erbracht werden. Ergänzt werden soll die Qualitätssicherung durch ▶



Foto: KUV



Foto: Shutterstock/Oliver Hoffmann

„55 Prozent der Betten für Schwerbrandverletzte und 40 Prozent der Betten für Rückenmarkverletzte werden in den BG-Kliniken vorgehalten.“

abgestimmte systematische Befragungen der Patienten und der UV-Träger, aber auch durch Benchmarkingprojekte, um „best-practices“ identifizieren zu können.

Mit Blick auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nach § 69 SGB IV erwarten die UV-Träger, dass die BG-Kliniken ihre Aufgaben in Übereinstimmung mit den ökonomischen Zielen der UV-Träger erfüllen. Die BG-Kliniken sollen insofern die UV-Träger unterstützen, ihre Leistungen umfassend, effektiv und ökonomisch zu erbringen. Hierzu zählt der Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ ebenso wie eine transparente Kosten- und Vergütungskalkulation. Die Kosten der Leistungen müssen nachvollziehbar ausgewiesen sein.

Forschung und Lehre

Die UV-Träger messen der Forschung in den BG-Kliniken einen hohen Stellenwert zu. Die Mitgestaltung des medizinischen Fortschritts wird als wichtiger Garant der Qualitätsentwicklung gesehen. Sie hat zudem Bedeutung für die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und die Attraktivität der BG-Kliniken als Arbeitgeber.

Die Forschung in den BG-Kliniken soll jedoch grundsätzlich mit praktischem Bezug erfolgen. Hierzu gehört auch, die Forschungsergebnisse hinsichtlich ihrer

praktischen Anwendbarkeit aufzubereiten und zum Beispiel bei Landesverbandsforen vorzustellen. Alle Forschungsschwerpunkte sollen entsprechend dem Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung bereits im Vorfeld abgestimmt und entwickelt werden.

Die UV-Träger erwarten in diesem Kontext mit Blick auf eine einheitliche Beurteilung ihrer Leistungsmöglichkeiten für innovative Therapien ein strukturiertes Beratungsangebot durch ein Gremium der BG-Kliniken, das zu neuen, noch nicht etablierten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Stellung nimmt und darauf basierend Empfehlungen ausspricht.

Der Blick voraus

Die BG-Kliniken sind für die Unfallversicherungsträger von herausragender Bedeutung, um den Auftrag „Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln“ zu erfüllen und ein positives Image der Gesetzlichen Unfallversicherung zu fördern. Wichtig ist die vorbehaltlose Identifikation der UV-Träger mit ihren Kliniken und umgekehrt. Die BG-Kliniken müssen eine gemeinsame Strategie entwickeln und umsetzen. Wenn sie als Gruppe agieren, werden Synergien entstehen. Die Nutzung gemeinsamer Stärken im Verbund des KUV ist der richtige Weg, um dem Wettbewerb in

der Krankenhauslandschaft in einer guten Ausgangsposition zu begegnen. In einem offenen Dialog können die Leistungsangebote der Kliniken noch mehr am tatsächlichen Bedarf der UV-Träger ausgerichtet und die partnerschaftliche Zusammenarbeit weiterentwickelt werden. Die optimale Versorgung unserer Versicherten hat oberste Priorität. Wirtschaftlichen Zielen ist kein Vorrang gegenüber ethischen Zielen einzuräumen. ●

*

 1 Jahresbericht 2012 der BG-Kliniken Ludwigshafen und Tübingen

Autoren

Thomas Köhler

Vorsitzender des GfK-Ausschusses Rehabilitation der DGUV, BG Rohstoffe und chemische Industrie (BG RCI)
E-Mail: thomas.koehler@bgrci.de

Klaus Münch

Leiter der Abteilung Reha und Leistungen der BG RCI
E-Mail: klaus.muench@bgrci.de

Peter Seibert

Referent Abteilung Reha und Leistungen der BG RCI
E-Mail: peter.seibert@bgrci.de

Gemeinsam oder auf eigene Faust

Die Bedeutung von „Netzwerken“ im Reha-Management

Ein Workshop im Rahmen des 1. DGUV-Forum „Reha-Management“ hatte Netzwerke und deren Ausbau zum Thema. Dieser bestätigte, dass ein erfolgreiches Reha-Management des Zusammenschlusses und der Zusammenarbeit zuverlässiger und leistungsfähiger Partner aus allen Bereichen der Heilbehandlung und Teilhabe bedarf.

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger verfügen über besondere Heilverfahren im Bereich der Akut- und Rehabilitationsbehandlung, um ihren in § 26 Abs. 2 SGB VII verankerten gesetzlichen Auftrag zu erfüllen: Mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfallverletzte möglichst vollständig gesundheitlich wiederherzustellen und ihnen die Teilhabe an Erwerbstätigkeit und am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen.

Für diese besonderen Heilverfahren stellen die gesetzlichen Unfallversicherungsträger personelle, bauliche und sächliche Anforderungen auf. Diese müssen Ärzte, Krankenhäuser sowie Rehabilitationseinrichtungen erfüllen, wenn sie an diesen Verfahren, und damit an der Heilbehandlung Arbeitsunfallverletzter, beteiligt werden wollen.

Kriterien für „Netzwerke“

Netzwerkpartner sind nicht automatisch alle Ärzte und Einrichtungen, die die vorgenannten Anforderungen erfüllen. Auch verfügen nicht alle Unfallversicherungsträger gleichermaßen über eigene „Netzwerke“. Fragen, unter anderem dazu, wie ein solches Netzwerk aufzubauen ist und nach welchen Kriterien die dafür notwendigen Partner auszuwählen sind, wurden sehr unterschiedlich von den Workshop-Teilnehmern beantwortet. Auch im Handlungsleitfaden zum Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversi-

cherung (DGUV) werden dazu bisher keine näheren Ausführungen gemacht.

Wir werden im Folgenden versuchen, aus den unterschiedlichen Auffassungen und Vorgehensweisen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Workshop Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Themen „Netzwerke“ und „Netzwerkpartner“ im Reha-Management der Gesetzlichen Unfallversicherung zu erarbeiten.

Ausgangssituation

Im Handlungsleitfaden der DGUV zum Reha-Management wird ein Netzwerk als Zusammenarbeit von Leistungsträgern und Leistungserbringern verschiedener Fachbereiche beschrieben, welches auf Grundlage eines gemeinsamen und abgestimmten Handelns zum Ziel hat, ein nahtloses Rehabilitationsverfahren ohne hemmende Schnittstellen sicherzustellen. ▶



Foto: Fotolia/Kosziur

Mit Ärzten und Kliniken, die an den Unfallversicherungs-Heilverfahren beteiligt sind, stehen für die Bereiche Akut- und Rehabilitationsbehandlung Partner für ein Netzwerk zur Verfügung. Außerdem ist deren Zusammenarbeit über entsprechende Beteiligungsverträge mit Ärzten und Kliniken sowie in besonderen Handlungsanleitungen weitestgehend geregelt. Für den Bereich Teilhabe am Arbeitsleben verfügen die Unfallversicherungsträger über keine eigenen Anforderungen und besonderen Verfahrensarten, an denen sich zum Beispiel Einrichtungen der Berufsbildung beteiligen könnten. Die Zusammenarbeit mit den Berufsförderungswerken ist in einem Rahmenvertrag geregelt, der zwischen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke einerseits und der Bundesagentur für Arbeit, den gesetzlichen Renten- und Unfallversicherungsträgern andererseits geschlossen wurde.

„Für die Auswahl von Netzwerkpartnern gibt es keine einheitlichen Regeln.“

Somit stehen grundsätzlich Netzwerke für verschiedene Leistungsbereiche zur Verfügung, derer sich die Reha-Managerinnen und Reha-Manager der Unfallversicherungsträger bedienen können.

Die Diskussion im Workshop hat jedoch gezeigt, dass sich viele Unfallversicherungsträger aus diesen bestehenden Netzwerken besondere Partner auswählen, mit denen sie ein eigenes „trägerspezifisches“ Netzwerk bilden. Ziel ist dabei ein optimales Reha-Management und die erfolgreiche Wiedereingliederung der Versicherten in das Erwerbsleben.

Wie erfolgt die Auswahl von Netzwerkpartnern?

Bei der Auswahl von Netzwerkpartnern verfahren die Unfallversicherungsträger unterschiedlich. Die Erfahrungen der Reha-Managerinnen und Reha-Manager in der Zusammenarbeit mit ein-

zelnen Leistungserbringern sind häufig ausschlaggebend. Auf Faktoren wie die Einhaltung von Absprachen oder dass Ansprechpartner exklusiv für die Unfallversicherungs-Reha-Managerinnen und -Reha-Manager zur Verfügung stehen, wird besonderer Wert gelegt. Natürlich hat die Reha-Managerin oder der Reha-Manager auch hier das Ergebnis der Rehabilitation im Blick. Allerdings nutzen nur wenige Unfallversicherungsträger für die Auswahl von Netzwerkpartnern strukturierte Abfragen und Überprüfungen der Ergebnisse, zum Beispiel zur Behandlungsdauer oder zum Behandlungserfolg. Solche Kriterien sind oft wegen geringer Fallzahlen nicht möglich. Generell ist die Bildung von trägerspezifischen Netzwerken für Unfallversicherungsträger mit hohem Fallvolumen einfacher. Auch die örtliche Zuständigkeit hat Auswirkungen auf die Netzwerkbildung. So sind in Ballungsräumen mit hoher Dichte an Leistungserbringern, Netzwerke einfacher zu bilden, als in ländlichen Regionen.

Die Teilnehmer von Unfallversicherungsträgern, die ein geringeres Fallaufkommen haben oder örtlich in überwiegend ländlichen und damit strukturschwachen Regionen zuständig sind, äußerten den Wunsch, sich bestehenden Netzwerken anderer Unfallversicherungsträger anzuschließen.

Für die Bildung von Netzwerken, den Zugang zu diesen sowie deren Qualitätssicherung könnte der DGUV als Spitzenverband eine koordinierende Rolle zukommen. Sie könnte auch einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Unfallversicherungsträger über die Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern durchführen.

Als wichtigste Partner im Netzwerk sahen die meisten Workshop-Teilnehmer die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhäuser (BG-Kliniken), den Durchgangsarzt im „Kompetenzzentrum“, den beratenden Arzt des Unfallversicherungsträgers und auch den behandelnden Arzt. Breite Übereinstimmung bestand darin, dass Psychotherapeuten, trotz des nach



Reha-Management: Im Netzwerk gut aufgehoben

einer mehrjährigen Projektphase zum 1. Juni 2012 eingeführten Psychotherapeutenverfahrens, noch nicht ausreichend für die Versorgung von Unfallverletzten mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) zur Verfügung stehen. Zeitnahe Termine seien nach wie vor schwer zu bekommen, wobei auch hier die Situation in ländlichen Gebieten deutlich schlechter ist als in Ballungsräumen.

Was ist für die Netzwerkooperation wichtig?

In den folgenden Punkten bestand im Workshop große Übereinstimmung. Danach kann die Kooperation nur über eine regelmäßige, vom Einzelfall unabhängige Kommunikation aller Beteiligten erreicht werden. Initiative und Organisation dafür sahen die Teilnehmer bei den Führungskräften des Unfallversicherungsträgers unter Einbindung der Reha-Managerinnen und Reha-Manager. Weitere Kriterien sind ein unbürokratisches Verfahren, die Sicherstellung der gegenseitigen Information aller Netzwerkpartner zum Verfahrens- und Behandlungsstand, kurze Wartezeiten sowie eine hohe Sicherheit in der Beurteilungen und Prognosen, insbesondere bei der Aufstellung des Reha-Planes.



Foto: DGUV/Dorothea Scheurten

Die BG-Kliniken haben sich hierbei als zuverlässige und gute Netzwerkpartner erwiesen, weil sie feste und ausreichend kompetente Ansprechpartner für das Reha-Management zur Verfügung stellen sowie über ein breites Leistungsangebot sowohl in Diagnostik als auch in der Akut- und Rehabilitationsbehandlung verfügen. Sie werden daher insbesondere für die Reha-Planerstellung als bevorzugte Netzwerkpartner gesehen.

Ist ein verwaltungsinternes „Netzwerk“ von Vorteil?

Diskutiert wurden auch die Netzwerke, die den Reha-Managerinnen und Reha-Managern innerhalb ihrer Verwaltungen zur Unterstützung ihrer Arbeit zur Verfügung stehen. Es wurden zwei Modelle diskutiert und bewertet: Das Modell „alles aus einer Hand“ und das der „Arbeitsteilung“.

Bei der Arbeitsteilung stehen den Reha-Managerinnen und Reha-Managern in ihren Verwaltungen Kolleginnen und Kollegen zur Verfügung, die sie bei ihrer Arbeit unterstützen, zum Beispiel bei Abwicklung des Schriftverkehrs, Kostenerstattungen, Hilfsmittelversorgungen oder Rentenfeststellungen. Es steht bei diesem

Modell also auf ein internes Netzwerk zurückgreifen. Vorteil dabei ist der Zeitgewinn für die außendienstliche Tätigkeit, insbesondere bei einem großen örtlichen Zuständigkeitsgebiet.

Im anderen Modell sind die Reha-Managerinnen und Reha-Manager für alle anfallenden Tätigkeiten des Einzelfalles verantwortlich, angefangen von der Feststellung des Versicherungsfalles bis hin zur Rentenfeststellung. Die Vorteile liegen besonders auf Seiten der zu betreuenden Versicherten. Sie haben nur eine/einen Ansprechpartnerin/Ansprechpartner.

Eine Abfrage unter den Teilnehmenden des Workshops darüber, wie zufrieden sie mit der jetzigen internen Netzwerkstruktur sind, ergab, dass bei den meisten vertretenen Unfallversicherungsträgern das Modell „alles aus einer Hand“ praktiziert wird. Zur Frage, welches Modell gewünscht wird, gab es ein überwiegendes Votum für das Modell der Arbeitsteilung und damit für ein internes Netzwerk. Dieser Wunsch wurde überwiegend von den konkret mit dem Reha-Management betrauten UV-Mitarbeitern im Innen- und Außendienst geäußert.

Fazit

Das Thema Netzwerke und Netzwerkpartner im Reha-Management wird bei den Unfallversicherungsträgern noch sehr unterschiedlich gehandhabt.

Der Workshop hat aufgezeigt, dass es kein einheitliches Vorgehen bei der Frage gibt, welche Netzwerkpartner nach welchen Kriterien auszuwählen sind. Unfallversicherungsträger mit geringeren Fallzahlen oder mit Tätigkeitsschwerpunkten in überwiegend ländlichen, strukturschwachen Regionen, haben Probleme, selbst Netzwerke aufzubauen. Die DGUV könnte hier eine koordinierende Rolle übernehmen. Gleiches gilt bei der Auswahl von Netzwerkpartnern und der Qualitätssicherung der Zusammenarbeit.

Um flexibler und mehr im Außendienst tätig sein zu können, besteht insbesondere bei der Mehrheit der Reha-Managerinnen

und Reha-Manager der Wunsch, von internen Verwaltungsaufgaben durch ein „internes Netzwerk“ entlastet zu werden. Im Rahmen der Weiterentwicklung des Handlungsleitfadens der DGUV zum Reha-Management, sollten diese Aspekte aufgegriffen und weiter vertieft werden – mit dem Ziel, für möglichst alle Unfallversicherungsträger den Aufbau von Netzwerken und die Beteiligung daran zu ermöglichen sowie die Qualitätssicherung innerhalb der Netzwerke nach einheitlichen Kriterien sicherzustellen. ●

Autoren



Foto: Privat

Andreas Dietrich

Chefarzt Diakoniekrankenhaus Friederikenstift, BG Sonderstation, Zentrum für integrative Rehabilitation in Bad Münde
E-Mail: andreas.dietrich@ddh-gruppe.de



Foto: Privat

Thomas Ideker

Referent Ärzte und Krankenhäuser der DGUV, Landesverband Nordwest
E-Mail: thomas.ideker@dguv.de

Fallzuweisung zum Reha-Management

„Die richtigen Passagiere an Bord?“

Der Workshop 2 beim 1. DGUV-Forum „Reha-Management“ unter dem Motto „Die richtigen Passagiere an Bord?“ befasste sich mit den Fragen: Welche Versicherten sollen eine intensivere Begleitung im Reha-Prozess erhalten? Woran erkennt man „problematische“ Fälle? Und werden tatsächlich die Fälle ins Reha-Management aufgenommen, die einen besonderen Hilfsbedarf durch einen Reha-Manager haben?

Ausgehend von diesen Fragen entscheidet sich, welche finanziellen und personellen Ressourcen ein UV-Träger aufzubringen hat, um die im DGUV-Leitfaden festgelegten Mindeststandards zu erfüllen.

Angeregt durch einen Impulsvortrag zu

- Auswahlkriterien: Verletzungsmuster, Rehaerläufe und Kontextfaktoren,
- Auswahlentscheidungen: falsch-negative und falsch-positive Fälle,
- Auswahlmethoden: Bauchgefühl, Screenings und Assessmentinstrumente, sowie
- Rahmenbedingungen: ICF, Evaluation, Qualität und Einheitlichkeit des Vorgehens

diskutierten Reha-Manager, Berufshelfer, Reha-Leiter, Kollegen der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) und obere Führungskräfte aus sehr unterschiedlichen Perspektiven. Dies fiel insbesondere bei der Erörterung der Frage auf, ob den Anwendern des Leitfadens die Fallauswahl zum Reha-Management zielführend erscheint, wenn man sich orientiert

- am Verletzungsmuster (mit der Dauer der prognostizierten Arbeitsunfähigkeit von 112 Tage nach Leitfaden),
- an anderen formalen Kriterien (zum Beispiel gewerbespezifischen Fallgruppen), oder
- an individuellen Kontextfaktoren (bio-psycho-soziale Risiko- und Schutzfaktoren)

Einzelne Teilnehmende führten an, nicht über die finanziellen und personellen

Ressourcen zu verfügen, um die Menge an Fällen, die sich bei Anwendung einer 112-Tages-Interventionsschwelle ergibt, mittels Reha-Management zu steuern. Je nach Gewerbebranche resultierte bei diesem Zugangskriterium aufgrund der Häufigkeit entsprechend schwerer Unfälle eine so hohe Zahl an Reha-Management-Fällen, dass die Aufwendungen von den Beitrag zahlenden Mitgliedsbetrieben nicht aufgebracht werden könnten. Es gebe auch gute Erfahrungen im Heilerfolg von 112-Tage-Fällen, ohne dass in diesen Fällen Reha-Management betrieben worden sei. Eine trägerinterne Vorgabe, ab welcher prognostischen Dauer der Arbeitsunfähigkeit Fälle ins Reha-Management gesteuert würden, könne somit deutlich über 112 Tagen und bis hin zu 6 Monaten liegen. Aus den Reihen der praktisch tätigen Reha-Manager wurde hingegen eine auf 112 Tage prognostizierte AU-Dauer überwiegend befürwortet und betont, dass auch künftig eine Fallauswahl über dieses Kriterium wichtig sei.

Die Diskussion, ob die Leistung „Reha-Management“ den vorhandenen Ressourcen eines UV-Trägers folgen muss oder ob der Bedarf beim Verletzten die bereitzustellenden Verwaltungsressourcen bestimmt, wurde kontrovers geführt. Teilnehmende, die das Reha-Management als freiwillige Zusatzleistung des UV-Trägers ansahen, befürworteten es, die Zahl der Reha-Management-Fälle und die Intensität der Prozessbegleitung nach Maßgabe des vorhandenen Personals zu begrenzen. Diejenigen, die die intensive Arbeit im Reha-Management als Ausgleich individueller Reha-Nachteile des Verletzten ansahen, tendierten hingegen



Foto: fotolia/jeanette Dietl

dazu, Reha-Management als Mittel zur Gleichbehandlung der Versicherten und Bestandteil des gesetzlichen Handlungsauftrags zu interpretieren. Diese Lesart findet in den rechtlichen Grundlagen, die für alle Sozialversicherungszweige gelten, eine Entsprechung: Mit dem im Sozialgesetzbuch IX festgeschriebenen bio-psycho-sozialen Modell hat der Gesetzgeber den Sozialversicherungsträgern einen umfassenden Handlungsauftrag erteilt, der deutlich über dem schlichten Bezahlen von Leistungen zur Rehabilitation anzusiedeln ist.

112-Tage-Grenze als Orientierungshilfe

Der DGUV-Leitfaden wurde von den Teilnehmenden als bindend interpretiert. Dabei wurde nicht in Betracht gezogen, dass es sich lediglich um ein Prüfkriterium für die Aufnahme ins Reha-Management handelt. Die 112-Tage-Grenze stellt ein rein formales Auswahlkriterium nach Erfahrungswerten dar, das einen ersten Zugang zu einer Fallauswahl erlauben soll, während falsch-positive Fälle, die sich als problemlos erweisen, aus Gründen der Effizienz aus dem Reha-Management herausgenommen werden können und sollen. Ein repräsentativer Teil der Teilnehmenden sprach sich dafür aus, im DGUV-Leitfaden durch eine kleine redaktionelle Anpassung eine Klarstellung vorzunehmen, dass die 112-Tage-Grenze nicht als verbindliches Auswahlkriterium, sondern nur als Indikator zu verstehen (Orientierungshilfe) sei. Mehrere Teilnehmer befürchteten jedoch, dass diese Änderung Tür und Tor öffne für eine Beliebigkeit bei der Fallauswahl. Die in den Verwaltungen gelebten Reha-Management-Modelle sind naturgemäß noch sehr unterschiedlich und nicht vollständig mit dem Handlungsleitfaden konform. Konsens war jedoch die Notwendigkeit, einer einheitlichen Außenwirkung bei trägerspezifischen Spielräumen in der Interpretation und Umsetzung des Leitfadens.

Fallauswahl durch Kontextfaktoren

In Bezug auf die Fallauswahl mittels Kontextfaktoren zeigte sich, dass diese von einigen UV-Trägern überhaupt nicht herangezogen werden, während andere hier einen Schwerpunkt sehen. Die Identifikation von Kontextfaktoren wur-

de überwiegend als Zufallsprodukt angesehen. Grundlage sei ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Reha-Manager und Versichertem, was den vorangegangenen Aufbau eines Vertrauensverhältnisses voraussetze. Besonders wichtig wurden bei der Meinungsumfrage gewertet: Komplikationen im Heilverlauf, Allgemeinzustand (BMI, Fitness, Alter), Vorschädigungen, Begleiterkrankungen, Lebensbewertung/Selbstkonzept, Rückkehrmotivation in den Beruf, psychischer Leidensdruck, Bezugspersonen/soziale Unterstützung, soziale Schicht/Sprache/Sozialisation, formales Arbeitsverhältnis/prekäre Arbeit. Während es eine starke Befürwortung des bio-psycho-sozialen Modells nach ICF gab, wurde jedoch eine Codierung nach ICF einhellig abgelehnt.

Die besondere Relevanz von Kontextfaktoren wurde dennoch von der überwiegenden Zahl der Teilnehmenden anerkannt. Es zeigte sich, dass hier noch weiterer Informationsbedarf besteht. Es wurde auch die Frage aufgeworfen, in welchem Rahmen die Erhebung solcher Faktoren datenschutzrechtlich zulässig ist. Eine Lösung könnte hier bereits in § 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X liegen, da die Erhebung der Kontextfaktoren für die Durchführung des Reha-Managements von erheblicher Bedeutung und daher erforderlich im Sinne des Gesetzes ist.

Zwei Teilnehmende der SUVA schilderten eindrücklich ihre positiven Ergebnisse im Case-Management von Kontextfaktor-Fällen, was eine intensivere Beschäftigung deutscher UV-Träger mit dieser Fallkategorie nahelegt. In der Schweiz bestehe

zwischenzeitlich ein umfassender Katalog von Kontextfaktoren, die bei Gefährdung der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben beim Versicherten erhoben würden.

Unter den Teilnehmenden bestand Übereinstimmung darüber, dass Kontextfaktoren obligatorisch bei Fällen mit Wiedereingliederungsproblematik erhoben werden müssten. Hierfür seien standardisierte und strukturierte Vorgehensweisen zu entwickeln. Diese Botschaft kreiert einen erheblichen Handlungsbedarf und sollte von der DGUV aufgegriffen werden.

Fazit

Zusammenfassend bleibt zu klären, in welchem Maße ein einheitliches Vorgehen bei der Fallzuweisung zum Reha-Management zwingend ist und wo trägerspezifische Spielräume möglich sein sollen. Dabei muss das – gemeinsame – Grundverständnis der UV-Träger, was Reha-Management ist und was es an „Mehr“ gegenüber den alten Verfahren bedeutet, weiter vorangetrieben werden. Ebenso ist bislang die Frage unbeantwortet, in welchem Maße das Reha-Management der DGUV als „Marke“ eine Außenwirkung haben soll, zum Beispiel unter einer Bezeichnung „DGUV Reha-Management“. Dessen Inhalte könnten im Rahmen von Qualitätsaudits, die sich an dem Leitfaden der DGUV orientieren (zum Beispiel „Good-Practice-Erhebung“), oder im Wege eines Zertifizierungsverfahrens durch die DGUV oder einen externen Anbieter überprüft werden, bei dem eine Bestätigung darüber erfolgt, welche UV-Träger ein dem Leitfaden entsprechendes Reha-Management durchführen. ●

Autoren

Michael Behrens

Stv. Bezirksdirektor der BG RCI,
Bezirksdirektion Köln
E-Mail: michael.behrens@bgrci.de

Carsten Koops

Stv. Geschäftsführer des
Braunschweigischen Gemeinde-
Unfallversicherungsverbands
E-Mail: carsten.koops@guv-braunschweig.de

Bernd Lossin

Geschäftsführer der Bezirksverwaltung
Berlin der BG ETEM

„Konsens besteht in der Notwendigkeit einer einheitlichen Außenwirkung bei trägerspezifischen Spielräumen in der Interpretation und Umsetzung des Leitfadens.“



Reha-Management bei psychischen Symptomen

„Immer eine Handbreit Wasser unter dem Kiel“

Das Thema psychische Störungen nach Arbeitsunfällen hat auf dem 1. DGUV-Forum „Reha-Management“ viel Aufmerksamkeit bekommen. Die Teilnehmer haben die besonderen Probleme bei den Konstellationen mit einer „psychischen Komponente“ intensiv diskutiert. Insbesondere wurden Fragen der Fallidentifikation und der spezifischen Fallsteuerung sowie der Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern aufgeworfen.

Fallidentifikation

Die frühzeitige Identifikation von Fällen mit „psychischer Komponente“ mit ungünstiger Arbeitsunfähigkeitsprognose ist Voraussetzung für die Zuweisung in das Reha-Management und die erfolgreiche Reha-Steuerung. Gegenüber Fällen mit organischen Unfallfolgen bereitet die Fallidentifikation teilweise noch erhebliche Schwierigkeiten und wirft viele Fragen auf.

Länger anhaltende psychische Störungen können unter Umständen nach Bedrohungs- und Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz auftreten. Diese branchenspezifischen Risiken kommen bei Beschäftigtengruppen mit intensivem Kontakt zu Kunden, Patienten, betreuten Personen oder Klienten zum Tragen: also zum Beispiel bei Zugbegleitern, Verkaufspersonal, Krankenschwestern und Pflägern, Taxifahrern, Rettungskräften, Wach- bzw. Sicherheitspersonal und Polizisten. Ebenso können sich psychische Störungen bei Arbeitsunfällen mit gravierenden körperlichen Verletzungen im weiteren Heilverlauf entwickeln, zum Beispiel infolge eines lebensbedrohlichen Polytraumas. Diese Fallkonstellationen gibt es branchenübergreifend. Aber: Auch bei Ereignissen mit hohem psychischem Traumatisierungspotential treten bei der Mehrzahl der Betroffenen keine über erste Schockreaktionen hinausgehenden, überdauernden gesundheitlichen Folgen auf.

Die Zuweisung in das Reha-Management ist jedoch nur dann geboten, wenn Ver-

zögerungen im Reha-Prozess zu erwarten sind und damit ein Steuerungsbedarf gegeben ist. Wie soll diese Prognose bei Fallkonstellationen mit „psychischer Komponente“ gestellt werden, wenn sie nicht an der Verletzungsschwere oder anderen, für organische Verletzungen geltenden objektiven und messbaren Parametern festgemacht werden kann? Die Identifikation von Risikopersonen mit Screening-Verfahren, wie sie durch die Forschungsergebnisse der Freiburger Arbeitsunfallstudie¹ nahe gelegt wird, ist in der Praxis der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) noch nicht etabliert.

„Gegenüber Fällen mit organischen Unfallfolgen bereitet die Fallidentifikation mit psychischer Komponente teilweise noch erhebliche Schwierigkeiten und wirft viele Fragen auf.“

Insofern haben es die Teilnehmer der Veranstaltung als wichtig angesehen, dass D-Ärzte als „externe Lotsen“ im Heilverfahren für die Identifikation von Komplikationsfällen besser zu qualifizieren sind. Auch die Weiterbildung der Sachbearbeitung als interne Schnittstelle zum Reha-Management wurde als notwendig erachtet. Es wird davon ausgegangen, dass bei entsprechender Sensibilisierung und Erfahrung Anzeichen und Hinweise auf mögliche psychische Belastungen

von der Sachbearbeitung besser erkannt werden können. Eine besondere Bedeutung kommt dabei auch den sogenannten „weichen Kontextfaktoren“, das heißt den persönlichen und familiären Rahmenbedingungen zu, die jedoch nicht in allen Fällen standardmäßig erhoben werden. Das Problem der Identifikation der richtigen Fälle für das Reha-Management wird im Falle einer „psychischen Komponente“ aber nicht alleine über Optimierungen der externen und internen Strukturqualität gelöst werden können. Wie Untersuchungen der SUVA² zeigen, sind Screening-Verfahren für die Fallauswahl einer individuellen Zuweisung durch die Sachbearbeitung überlegen und gewährleisten zugleich ein systematisches Vorgehen.

Spezifische Fallsteuerung und Reha-Management

Mit der Zuweisung in das Reha-Management ist die Voraussetzung für eine intensive Fallsteuerung der Konstellationen mit „psychischer Komponente“ geschaffen. Ziel ist es, alle notwendigen und geeigneten Maßnahmen zu ergreifen, um eine Chronifizierung zu vermeiden und schnellstmöglich die gesundheitliche Wiederherstellung und berufliche Eingliederung zu erreichen.

Wie die Diskussion am Marktstand gezeigt hat, herrscht nach wie vor Unsicherheit darüber, welche besonderen Interventionen und Methoden für die medizinische Rehabilitation dieser Fälle wirksam sind. Die Fallsteuerung und Rehaplanung erscheint erschwert, weil



Foto: Fotolia/aleksokolov

die Kooperation mit den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten nicht so eingespielt ist wie mit den D-Ärzten. Zudem wünschen sich die Teilnehmer Kompetenzzentren, die beratend zur Seite stehen und Handlungsoptionen aufzeigen beziehungsweise Therapieempfehlungen geben. Als problematisch in der Fallsteuerung werden auch multifaktorielle Ursachen psychischer Störungen bewertet. Nach den Erfahrungen der Teilnehmer können psychische Störungen häufig nur zum Teil oder für eine bestimmte Dauer auf ein Unfallereignis zurückgeführt werden.

Schließlich wurde angesprochen, dass für die berufliche Wiedereingliederung bei psychischen Störungen besondere Anforderungen gelten können. Beispielsweise kann die Beteiligung der Präventionsdienste geboten sein, wenn das psychisch traumatisierende Ereignis auf Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz zurückzuführen war und die fortbestehende Gefährdung eine Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit erschwert. Zu allen aufgeworfenen Fragen haben die Teilnehmer für sich Qualifizierungsbedarf gesehen, um das Reha-Management kompetent durchführen zu können.

Zusammenarbeit der Netzwerkpartner

Versicherte mit sich entwickelnden psychischen Störungen benötigen professionelle Hilfe. Meistens genügen niederschwellige Unterstützungsangebote – in Form von Beratungsgesprächen oder von probatorischen Sitzungen. Bei fortbestehenden Störungen, in einer weit kleineren Zahl der Fälle, ist durch das Reha-Management eine störungsspezifische Kurzzeit-Psychotherapie zu veranlassen. Für diese Leistungen sind die UV-Träger auf die Zusammenarbeit mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten angewiesen. Die entsprechenden Rahmenbedingungen wurden mit dem zum 01.07.2012 in Kraft getretenen Psychotherapeutenverfahren³ geschaffen.

Auch für die berufliche Reintegration von Versicherten mit psychischen Störungen stehen spezifische Dienstleister zur Verfügung, die aber nicht durchgehend bekannt sind. Zum Beispiel bietet sich hier die Zusammenarbeit mit den Integrationsfachdiensten⁴ als Netzwerkpartnern an. Im Vergleich zu dem Bereich physischer Funktionsbeeinträchtigungen muss eine stufenweise Wiedereingliederung häufig noch individueller geplant werden. Die bloße Absenkung der Arbeitszeit über einige Wochen bis zum Erreichen der vollen Arbeitsfähigkeit wird oft nicht ausreichend sein. Die jeweiligen psychischen Belastungsmomente können im Rahmen einer Arbeitsplatzbegleitung durch speziell geschulte Experten geklärt und der Wiedereingliederungsplan kann auf dieser gesicherten Basis aufgebaut werden.

Die Teilnehmer des Workshops haben auch bei der Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern Optimierungsbedarf gesehen. So wurden erhebliche Qualitätsunterschiede bei den Leistungserbringern gesehen, insbesondere bei den niedergelassenen ▶

„Mit dem neuen Psychotherapeutenverfahren ist ein erster Schritt für die verbesserte Strukturqualität gemacht.“

Psychotherapeuten. Die Kritik bezieht sich auch auf die Zusammenarbeit, die teilweise langen Wartezeiten bis zum Beginn einer probatorischen Sitzung und die teilweise unzureichende Berichterstattung. Einige UV-Träger nutzen infolgedessen zwischenzeitlich eigene Netzwerke an Psychotherapeuten. Von einigen Teilnehmern wurde eine verstärkte Unterstützung durch die Psychotraumatologischen Ambulanzen der BG-Unfallkliniken reklamiert. Das Angebot an den einzelnen Standorten erscheint tatsächlich nicht vergleichbar.

Fazit

Bei Fällen mit psychischen Problemlagen soll aus Sicht der Veranstaltungsteilnehmer erreicht werden, dass

- die Sachbearbeitung diese Konstellationen frühzeitig erkennt,
- eine spezifische Kompetenz und Qualifikation der Reha-Managerinnen und Reha-Manager für diese Konstellationen gegeben sind,
- ausreichend geeignete Netzwerkpartner (insbesondere Psychotherapeuten) zur Verfügung stehen.

Mit dem neuen Psychotherapeutenverfahren ist ein erster Schritt für die verbesserte Strukturqualität gemacht. Ebenso wird an Qualitätsstandards für die Angebotsleistungen der Psychotraumatologischen Ambulanzen der BG-Unfallkliniken gearbeitet. Zu beobachten bleibt jedoch, ob mit beiden Maßnahmen quantitativ ausreichende und qualitativ gute Versorgungsstrukturen geschaffen sind. Dazu werden statistische Daten der Behandlungsfälle im neuen Psychotherapeutenverfahren, die Anfang 2014 vorliegen werden, erste Aussagen liefern.

Im Handlungsfeld Qualifizierung von Sachbearbeitung, Reha-Managerinnen und Reha-Managern kann auf das bereits weiterentwickelte Seminarangebot der DGUV-Akademie⁵ verwiesen werden. Der Themenkomplex „psychische Störungen“ ist auch immer wieder auf der Agenda der Berufshelfer-Tagungen der Landesverbände der DGUV.⁶ Darüber hinaus sind bundesweite Weiterbildungsveranstaltungen der Psychotraumatologischen Ambulanzen der BG-Unfallkliniken geplant.⁷

Die zuständigen Arbeitsgruppen der DGUV (AG Reha-Management und Projektgruppe Trauma und Psyche) werden gemeinsam prüfen, welche weiteren Maßnahmen geboten sind, um den Bedürfnissen der Teilnehmer des 1. DGUV-Forums Reha-Management gerecht werden zu können. ●

*

1 Angenendt J.; Hecht H.; Nowotny-Behrens U. et al. (2006): *Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST)*.

Teil II: Wirksamkeit einer stationären psychologischen Frühintervention. Trauma und Berufskrankheit. [Suppl1] 8:74-79; Angenendt J.; Riering A.; Röhrich B.; Südkamp N.; Berger M. (2012): Freiburg Arbeitsunfallstudie-II (FAUST-II). Trauma und Berufskrankheit [Suppl 3] 14:299-306.

2 Siegenthaler F. (2010): *Selbstinschätzungen von Versicherten als valide Prädiktoren für die Rehabilitation*.

Suva Medical 2010: Versicherungsmedizin – Arbeitsmedizin – Rehabilitation https://extra.suva.ch/suva/b2c/b2c/start.do;jsessionid=ULYdt5JR37d7h-xOv-fC4aTCLzzC7QAFxdT4e_SAPRPxJuU NVdiRt3bkKG6PbR_8W;saplb_=(J2 EE507409720)507409751 (Zugriff am 26.8.2013).*

3 www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/Psychotherapeutenverfahren/index.jsp (Zugriff am 26.8.2013).

4 www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/Integrationsfachdienst/77c4381p/index.html (Zugriff am 26.8.2013).

5 www.dguv.de/medien/akademie/de/dokumente/pdf/DGUV-Seminarprogramm_2013.pdf (Zugriff am 26.08.2013).

6 http://bg36.bgn.net/hvbg.de/wcm/BGNet_live_prod/inhalt/lvbg/niedersch_mitteil/berufshilfe/dokumente/lv9_bh_0512.pdf (Zugriff am 26.8.2013).

7 www.bgu-frankfurt.de/fileadmin/redaktion/Veranstaltungen/BGU_FL_23_BG-Seminar_Psyche_rz2.pdf (Zugriff am 26.8.2013).

Autoren



Foto: privat

Claudia Drechsel-Schlund

Geschäftsführerin der Bezirksverwaltung Würzburg der BGW
E-Mail: claudia.drechsel-schlund@bgw-online.de



Foto: Nicole Fortin

Dirk Scholtysik

Leiter des Referats
„Soziale Reha, Begutachtung, Pflege, Psyche“ der DGUV
E-Mail: dirk.scholtysik@dguv.de

DGUV Arbeit & Gesundheit **BASICS**

www.universum.de/basics

Die Broschüren zu den wichtigsten Themen
rund um Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit.



Preise und Bestellung unter: www.universum.de/basics

Sie benötigen eine große Stückzahl, möchten Ihr Logo
eindrucken lassen oder Wechelseiten einfügen?

Sprechen Sie uns an: basics@universum.de

Universum Verlag GmbH · Taunusstraße 54
65183 Wiesbaden · Telefon 0611 90 30-501
Fax: 0611 90 30-379 · Internet: www.universum.de
E-Mail: vertrieb@universum.de · Registriert
beim Amtsgericht Wiesbaden, HRB 2208
Geschäftsführer: Siegfried Pabst, Frank-Ivo Lube

UV **Universum**
Verlag

Reha-Management vs. Besuchsdienst

Reform des Besuchsdienstes unumgänglich

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung hat durch den Handlungsleitfaden zum Reha-Management Standards für eine umfassende und optimale Rehabilitation entwickelt. Persönliche Gespräche der Reha-Manager der Unfallversicherungsträger mit dem Verletzten und dem Arzt zur Planung der Rehabilitation sind dabei das Kernelement. Wird dadurch die Beratung am Krankenbett im Rahmen des sogenannten Besuchsdienstes überflüssig?

Handlungsleitfaden zum Reha-Management

Die Erfahrungen der gesetzlichen Unfallversicherung zeigen, wie wichtig es bei schweren Verletzungen für den Rehabilitationserfolg ist, dass der gesamte Reha-Prozess im Dialog mit dem Versicherten und dem Arzt individuell geplant wird. Der Handlungsleitfaden „Reha-Management“ der DGUV vom September 2010 konkretisiert diesen Prozess.

Basis einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben ist ein rechtzeitiger Beginn des Reha-Managements. Eine unmittelbare Kommunikation aller Beteiligten ist das Erfolgsrezept. In einer gemeinsamen Zielvereinbarung, dem „Reha-Plan“, werden im persönlichen Gespräch die Reha-Maßnahmen festgelegt. Von Beginn an kennt der Verletzte „seinen“ Reha-Manager und hat damit seinen persönlichen Ansprechpartner, zu dem sich ein Vertrauensverhältnis entwickeln kann. Ohne Zeitverluste können gemeinsam konkrete Rehabilitationsmaßnahmen geplant werden.

Das Reha-Management und die neuen stationären Heilverfahren der Unfallversicherung

Um die Qualität der medizinischen Versorgung Schwerstverletzter nach einem Arbeitsunfall weiter zu verbessern, hat die gesetzliche Unfallversicherung die Standards für die Behandlung der Betroffenen angehoben. Neben dem bereits bestehenden Durchgangsarztverfahren (DAV) und dem Verletzungsartenverfahren (VAV) hat die DGUV mit dem Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) ein ganz neues Verfahren eingeführt. Besonders schwere



Fotor: DGUV/Dorothea Scheufler

Ist der Besuchsdienst noch zeitgemäß?

Verletzungen, die mit Komplikationen und längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden sind, werden zukünftig in den sogenannten SAV-Kliniken stationär behandelt. Die Ärzte in den SAV-Kliniken unterstützen die Reha-Manager umfassend, um die Akut- und Reha Maßnahmen zusammen mit dem Verletzten schnell und individuell zu planen, einzuleiten und zu koordinieren

Der Besuchsdienst der gesetzlichen Unfallversicherung

Beim 1. DGUV-Forum „Reha-Management“ im März 2013 in Dresden wurden die aktuellen Entwicklungen im Reha-Management diskutiert. Unter anderem wurde die Frage gestellt, ob die persönlichen Vor-Ort-Gespräche im Reha-Management

den sogenannten Besuchsdienst der gesetzlichen Unfallversicherung ersetzen. Im Besuchsdienst werden Verletzte während der stationären Behandlung von Mitarbeitern der Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen über deren Leistungen beraten. Diese eher allgemeine Auskunft erfolgt nicht durch den verantwortlichen Reha-Manager, sondern von einem für das Krankenhaus zuständigen Mitarbeiter des Unfallversicherungsträgers nach dem Prinzip „Einer für Alle“.

Abhängig von der Zahl der behandelten Schwerstverletzten wird zwischen einem Anlass- und Regelbesuchsdienst unterschieden. Der Anlassbesuchsdienst findet auf Wunsch der Einrichtung oder des Versicherten ohne festen Rhythmus statt.

Knapp 70 Prozent aller beteiligten Akut- und Reha-Kliniken nehmen am Anlassbesuchsdienst teil. Dennoch fanden dort im Jahr 2011 nur circa fünf Prozent aller Besuche statt. Auch die Reha-Manger in den Workshops des Dresdner Forums bestätigten, dass beim Anlassbesuchsdienst kaum Gespräche stattfinden.

Der Regelbesuchsdienst kommt hingegen grundsätzlich einmal pro Woche. Die Anzahl der Beratungen durch die Unfallversicherungsträger ist hoch, wobei deutliche Unterschiede bei den Fallzahlen der einzelnen Kliniken bestehen. In Folge der Neustrukturierung der stationären Behandlung ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der beteiligten Häuser verringern wird. Über diese Auswirkungen wurde auf dem DGUV-Forum diskutiert.

Ergebnisse des 1. DGUV-Forums „Reha-Management“

Die Experten waren sich einig: Eine Reform des Besuchsdienstes ist dringend erforderlich. Der Anlassbesuchsdienst findet bereits heute so gut wie nicht statt. Viele Einrichtungen werden im Besuchsdienst überhaupt nicht aufgesucht. Die heute daran beteiligten Krankenhäuser werden zukünftig aufgrund der Neuausrichtung der stationären Heilverfahren noch weniger Schwerstverletzte behandeln, so dass auch der komplette Wegfall des Anlassbesuchsdienstes als Lösung diskutiert wurde. Aber auch der Regelbesuchsdienst muss auf den Prüfstand, da durch das etablierte Reha-Management inzwischen signifikante Überschneidungen bestehen. Die ersten persönlichen Kontakte mit dem Verletzten haben in vielen Kliniken zunehmend die Reha-Manager und erst danach die Mitarbeiter der Besuchsdienste.

Das ist an sich erfreulich und zeigt das Engagement der Unfallversicherungsträger und deren Reha-Manager. Auf der anderen Seite ist diese Entwicklung problematisch, wenn es zu Mehrfachberatungen kommt. Die individuelle Planung „seiner“ Rehabilitation durch den verantwortlichen Reha-Manager ist sicher für den Verletzten informativer und zielführender als die allgemeine Beratung im Besuchsdienst. Heutzutage geht es auch immer um den effizienten Einsatz der

personellen Ressourcen. Wenn künftig die Reha-Managementfälle verstärkt im Schwerstverletzungsartenverfahren behandelt werden, macht es in diesen Fällen noch Sinn, einen Besuchsdienst vorzuhalten, bei dem allgemeine Auskünfte gegeben werden? Die Diskussion auf dem DGUV Forum deutete bereits an, dass die Unfallversicherungsträger in diesen Kliniken mit Ihren Reha-Managern die Heilverfahren mit Reha-Plänen vermehrt steuern werden.

Zusammenarbeit mit den BG-Unfallkliniken

Die berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken haben als „Leuchttürme“ der SAV-Kliniken eine besondere Verantwortung nicht nur in der Akutversorgung, sondern vor allem auch in der Zusammenarbeit im Reha-Management. In den Workshops in Dresden wurde deutlich, dass immer mehr Unfallversicherungsträger ihre Versicherten in den BG-Unfallkliniken von Beginn an durch eigene Mitarbeiter beraten sowie die anschließende Rehabilitation mit dem Verletzten und dem Arzt planen. Die Unfallversicherungsträger haben deshalb Forderungen an die BG-Unfallkliniken adressiert, zukünftig zur umfassenden Unterstützung auch Büroräume für Mitarbeiter der Unfallversicherung zur Verfügung zu stellen. Der enorme Vorteil für die Verletzten und Ärzte wäre ein fester persönlicher Ansprechpartner, der natürlich auch den Besuchsdienst für die „eigenen“ Verletzten durchführen sollte. Das Ziel sollte es auch nach Auffassung der Experten des Dresdner Forums sein, die Verletzten frühzeitig, individuell und kompetent zu beraten, ohne Unterschied, ob im Besuchsdienst oder im Reha-Management.

Der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu einem Reha-Manager ist dem ständigen Wechsel von Ansprechpartnern aus der Unfallversicherung unbedingt vorzuziehen. Auch der Wunsch der berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen nach einem festen weisungsbefugten Mitarbeiter des zuständigen Unfallversicherungsträgers wäre erfüllt.

Inwieweit dieses Verfahren auf alle Krankenhäuser des neuen Schwerstverletzungsartenverfahrens übertragen werden

kann, wurde beim DGUV Forum ergebnisoffen diskutiert, da die Anzahl dieser Kliniken noch unbekannt ist. Auch die personellen Konsequenzen bei den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen wären beachtlich.

Fazit

- Eine Diskussion in den Gremien der DGUV bezüglich der „Konkurrenzsituation Reha-Management – Besuchsdienst“ wurde angestoßen.
- Der Anlassbesuchsdienst hat in der derzeitigen Form keine Zukunft. Dies zeigen die statistischen Werte und Erfahrungen der Unfallversicherungsträger.
- Der Regelbesuchsdienst muss reformiert werden, da die neuen Entwicklungen im Reha-Management und in den stationären Heilverfahren dies notwendig machen.
- In den BG-Unfallkliniken existieren bereits eigene Verfahren einiger Unfallversicherungsträger. Von den Kostenträgern besteht die Anforderung, zukünftig Mitarbeitern in den berufsgenossenschaftlichen Einrichtungen Büroraum zur Verfügung zu stellen. Dadurch sind eine weitere Optimierung in der Rehabilitation und eine bessere Kommunikation mit den Schwerstverletzten der gesetzlichen Unfallversicherung zu erwarten. ●

Autor



Foto: privat

Jörg Wachsmann

Stv. Referatsleiter Leistungswesen
der BG BAU

E-Mail: joerg.wachsmann@bgbau.de

Berufskrankheiten

Bedarfsfeststellung und umfassender Behandlungsansatz im BK-Verfahren

Im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention sowie der Umsetzung des sich aus dem SGB IX ergebenden Auftrags ist der Begriff der „Bedarfsfeststellung“ verstärkt in den Fokus gerückt. Der „umfassende Behandlungsansatz“ ist seit jeher ein Postulat zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Unfallversicherung. Dieser Beitrag untersucht den Zusammenhang beider Begrifflichkeiten und leitet hieraus praxisbezogene Anforderungen an die Bearbeitung bei Berufskrankheiten ab.¹

Was haben die Begriffe „Bedarfsfeststellung“ und „umfassender Behandlungsansatz“ miteinander zu tun? Besteht zwischen ihnen überhaupt eine inhaltliche Verbindung? Diese Frage ist unbedingt zu bejahen, denn es handelt sich hierbei um zwei Seiten derselben Medaille.

Befassen wir uns zunächst mit dem Aspekt des umfassenden Behandlungsansatzes. Automatisch verbunden wird damit die bekannte Trias des Versorgungsauftrags: medizinische Rehabilitation eng verzahnt mit Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe. Es gilt der Grundsatz: alles aus einer Hand!

Assoziiert wird weiterhin der Leistungsgrundsatz „mit allen geeigneten Mitteln“, der die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) nach wie vor als Alleinstellungsmerkmal gegenüber den anderen Zweigen der Sozialversicherung kennzeichnet.

In seiner Wertigkeit deutlich hervorzuheben ist zudem der Grundsatz „Reha vor Rente“, der die Unfallversicherungsträger (UVT) dazu verpflichtet, vorrangig – unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes – alle Möglichkeiten der Rehabilitation auszuschöpfen, bevor Kompensation in Form von Geld geleistet wird. Letztlich kann kein Gesundheitsschaden auch nur näherungsweise mit Geld „ausgeglichen“ werden.

Konkrete Maßnahmen

Auf der Basis dieser Grundsätze und Rahmenbedingungen erbringen die UVT ihre Leistungen jedoch nicht abstrakt, sondern stets konkret bezogen auf ein Individuum und dessen persönliches Schicksal. Dabei wird nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ verfahren. Um die sich aus dem gesetzlichen Auftrag ergebenden Rehabilitations- und Teilhabeziele zu erreichen, muss vielmehr stets die konkrete Bedarfslage des im Einzelfall betroffenen Menschen identifiziert und befriedigt werden. Diese Bedarfslage können aber nicht die UVT selbst definieren und beschreiben. Sie sind hierfür auf den Dialog mit den Versicherten angewiesen.

Bedarfsfeststellung – die zweite Seite der Medaille – bedeutet also letztlich die logische und konsequente Umsetzung der Leistungsgrundsätze, denn nur bei Kenntnis der konkreten Probleme und Bedarfe auf Seiten der Versicherten sowie auch deren Dringlichkeit, können Leistungen sach- und zielgerichtet ausgebracht werden.

Dies führt letztlich dazu, dass stets der Mensch im Mittelpunkt steht und stehen muss; eine klare, einfache und mit Sicherheit großartige Botschaft.

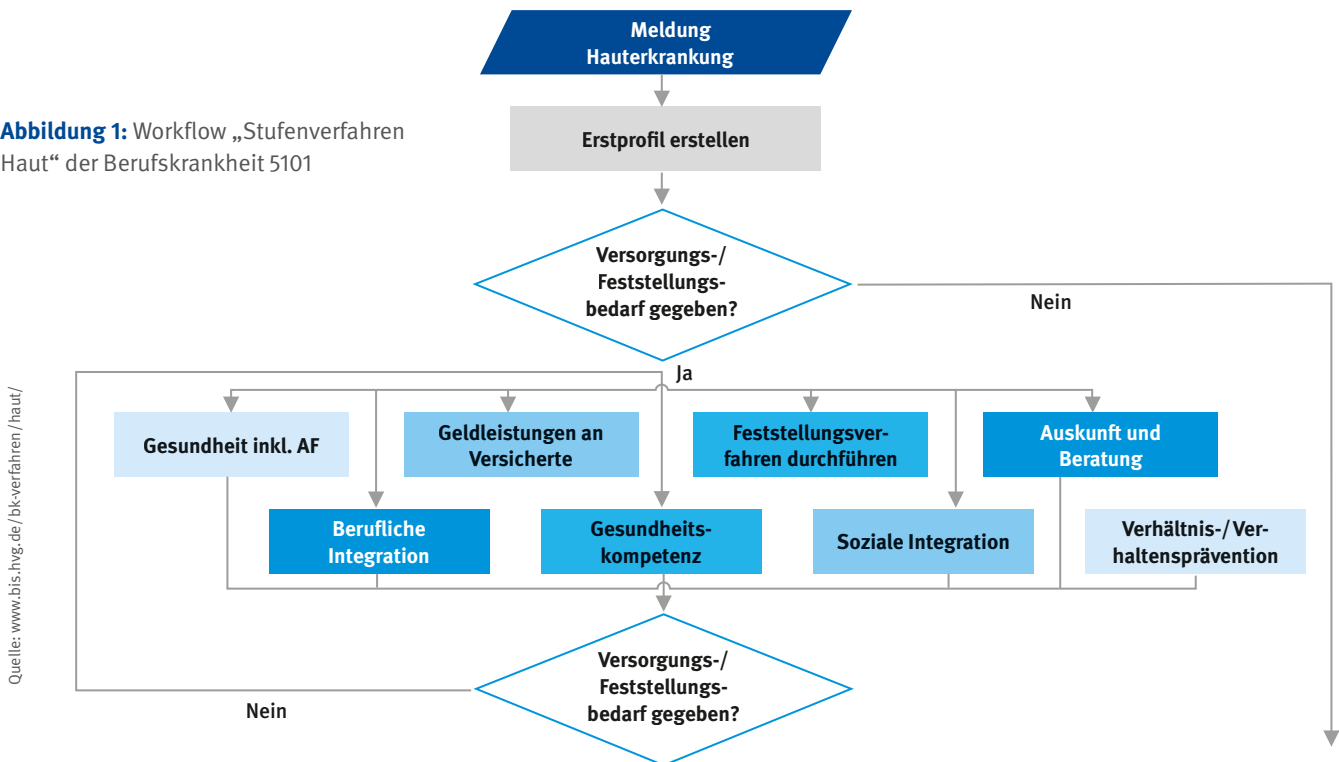
Individueller Bedarf

Die Feststellung des individuellen Bedarfs ist für die Träger der GUV dabei mehr als eine Option – sie ist gesetzlicher Auftrag! So ist nach § 9 SGB IX berechtigten Wünschen des Leistungsberechtigten zu entsprechen. Auf die persönliche Lebenssitua-



Berufsbedingte Hauterkrankungen zählen zu den häufigsten Berufskrankheiten, die den Berufsgenossenschaften gemeldet werden. Handschuhtragen ist deshalb Pflicht – auch im Friseurgewerbe.

Abbildung 1: Workflow „Stufenverfahren Haut“ der Berufskrankheit 5101



tion, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten ist Rücksicht zu nehmen (vgl. auch § 33 SGB I).

Den Menschen in den Mittelpunkt zu stellen, ist wiederum auch mehr als eine bloße Pflichterfüllung. Sie ist sowohl für die GUV insgesamt als auch für die einzelnen Träger eine große Chance!

Im Dialog mit den Versicherten bietet sich die Gelegenheit, Vertrauen aufzubauen und Vorbehalte auszuräumen, Transparenz hinsichtlich des Vorgehens sowie der Leistungsrahmenbedingungen zu schaffen. Weiterhin können im Rahmen der Bedarfsfeststellung bestehende Informations- und Wissensdefizite auf Seiten der Versicherten ausgeräumt werden. Aus Kundenbefragungen ist bekannt, dass viele Versicherte und auch Mitglieder nicht oder nicht ausreichend über die Leistungspalette der GUV informiert sind – ein Zustand, dem dringend gemeinsam nachhaltig begegnet werden sollte.

Darüber hinaus bietet die Bedarfsfeststellung durch die Einbindung und Aktivierung der Versicherten auch die Möglichkeit, „schlanke“ zielgerichtete Verfahren durchzuführen. Letztlich kann über diesen Weg die Akzeptanz und Kundenzu-

friedenheit erhöht und über den Einzelfall hinaus positiver Einfluss auf die Wahrnehmung der GUV in der Öffentlichkeit genommen werden.

Berufskrankheiten

Bezogen auf den Bereich der Berufskrankheiten (BK) ist zu konstatieren, dass hier seit jeher die Klärung versicherungsrechtlicher Fragen im Fokus der Verfahren steht. Dies zu Recht, denn es muss natürlich über das Vorliegen des Versicherungsfalles der Berufskrankheit entschieden werden. Aber: Die BK-Sachbearbeitung umfasst mehr als nur die Entscheidung: Berufskrankheit „ja“ oder „nein“. In dem Sinne hat der Ausschuss Berufskrankheiten der Geschäftsführerkonferenz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (GFK-A BK) bereits am 25. August 2011 einen sehr grundlegenden Beschluss gefasst, der die Neuausrichtung der BK-Fallsteuerung vorsieht: Im Mittelpunkt auch des BK-Verfahrens soll der individuelle Bedarf der Versicherten stehen, der frühzeitig – zu Beginn des Verfahrens – zu ermitteln ist.

In der Praxis wird die Bedarfsfeststellung im Rahmen eines sogenannten Profilings oder einer Fallanalyse durchgeführt, die wesentliches Element des Case-Managements ist. Case-Management wiederum ist Bestandteil des interdisziplinär aus-

gerichteten Bachelor-Studiengangs „Sozialversicherung – Schwerpunkt Unfallversicherung“, der an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg etabliert ist. Hierbei handelt es sich nicht um ein lapidares Gespräch oder Telefonat mit dem Versicherten, sondern um die strukturierte und systematische Erhebung der individuellen Problem- und Bedarfslage. Gleichzeitig werden dabei die Erwartungen des Kunden erfragt und Umweltfaktoren aufgenommen, die das Ergebnis oder die Maßnahmen beeinflussen. Das Profiling mündet in einer gemeinsamen Vereinbarung zu Zielen und weiterem Vorgehen.

Das Kompetenzprofil der Nachwuchskräfte im Bereich der GUV ist insoweit bereits jetzt auf den bedarfsorientierten Ansatz ausgerichtet. Weiterhin ist festzustellen, dass die frühzeitige Bedarfsfeststellung bei BK-Meldungen der erste Schritt hin zu einem Reha-Management auch bei Berufskrankheiten ist.

Entsprechend der Beschlussfassung des GFK-A BK wurden auf Ebene der DGUV und der dort angeschlossenen Arbeitsstrukturen sukzessive die im BIS-Verfahren veröffentlichten Workflows angepasst. So zum Beispiel der Workflow „Stufenverfahren Haut“ der Berufskrankheit 5101, der sich heute – bedarfsorientiert ausgerichtet – wie in **Abbildung 1** darstellt. ▶

„Die Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig Gesundheitsschäden zu beseitigen, zu bessern, deren Verschlimmerung zu verhüten und Folgen zu mildern.“

So logisch und schlüssig die Bedarfsfeststellung als solche den ersten Schritt im BK-Verfahren einnimmt, so bringt sie auch diverse Herausforderungen für die UVT mit sich, wie [Tabelle 1](#) verdeutlicht.

Wie zu erkennen ist, handelt es sich bei rund der Hälfte der angezeigten Verdachtsfälle letztlich nicht um Leistungsfälle der GUV, was sich regelhaft allerdings erst im Zuge des Ermittlungsverfahrens ergibt.

Speziell aus Sicht der Praxis ergeben sich aus dieser Tatsache folgende Zielkonflikte:

1. Unter Berücksichtigung der Anerkennungsquote birgt ein initiales Profiling mit Darstellung der breiten Leistungspalette der GUV die Gefahr, Erwartungen zu wecken, die bei Verweisung an andere Sozialversicherungsträger aufgrund des dort geltenden Leistungsrahmens nicht erfüllt werden können.
2. Weiterhin besteht auf Seiten der Praktiker – auch mit Blick auf die personellen Ressourcen – ein verständliches und berechtigtes Interesse daran, langwierige Zuständigkeitsstreitig-

keiten und Erstattungsverfahren mit anderen Sozialleistungsträgern (zum Beispiel wegen der Überleitung von im Wege des SGB IX eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen) zu vermeiden. Hierbei geht es letztlich auch um die Zuweisung von Kosten im Rahmen des gegliederten Systems der bundesdeutschen Sozialversicherung.

Bezüglich des 1. Zielkonfliktes ergeben sich gute Lösungsmöglichkeiten: Durch klare Kommunikationskonzepte können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Gesprächsführung adäquat vorbereitet werden, wobei es Ziel sein muss, im Zusammenhang des Profilings zu kommunizieren, dass die GUV als „Lotse“ im Sinne des SGB IX agiert.

Hinsichtlich des zweiten Problemkreises erscheint eine Lösung allein durch die Träger der GUV nicht erreichbar. Angesichts zunehmend knapper Ressourcen und der sektoralen Ausrichtung der übrigen Zweige der Sozialversicherung bedarf es einer zielorientierten Klärung der Schnittstellenproblematik auf politischer Ebene.

Herausforderungen für die Unfallversicherungsträger

Die Herausforderungen für die UVT liegen allerdings nicht nur im externen, sondern auch im internen Verhältnis. Der beschriebene Paradigmenwechsel muss mit Leben erfüllt und konkret in den einzelnen Verwaltungen umgesetzt werden. Hierzu bedarf es eines von Führungs- und Leitungsebene aus betrieblichen nachhaltigen Umsetzungsmanagements, das die notwendigen zeitlichen/personellen Ressourcen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kontext des vielfältigen Aufgabenspektrums schafft – gegebenenfalls auch durch Änderung von Prozessabläufen an anderer Stelle.

Betrachten wir noch einmal kurz den Aspekt des umfassenden Behandlungsansatzes, der deutlich mehr als „nur“ eine Option ist, vielmehr den gesetzlichen Auftrag der GUV widerspiegelt:

Danach sind die UVT verpflichtet, mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig Gesundheitsschäden zu beseitigen, zu bessern, deren Verschlimmerung zu verhüten und Folgen zu mildern.

Weiterhin haben die UVT die Aufgabe, den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern. Sie sollen zudem Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbstständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitstellen (§ 26 SGB VII).

Für die Umsetzung dieser Anforderungen auch im BK-Bereich können sehr viele Strukturen und Instrumente aus dem Bereich der Versorgung Unfallverletzter, die

Tabelle 1: Zahl der Berufskrankheiten

	2010	2011	Veränderung in %
Anzeigen auf Verdacht einer BK	70.277	71.269	+ 1,41
BK-Verdacht bestätigt	31.219	34.573	+ 10,74
davon:			
Anerkannte Berufskrankheiten	15.461	15.262	- 1,29
darunter: Neue BK-Renten	6.123	5.407	- 11,69
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	15.758	19.311	+ 22,55
BK-Verdacht nicht bestätigt	37.967	37.165	- 2,11
Entschiedene Fälle insgesamt	69.186	71.738	+ 3,69
Todesfälle infolge einer BK	2.486	2.548	+ 2,49

Quelle: DGVU/Zahlen und Fakten/BK-Geschehen

auf einem herausragend hohen Niveau erfolgt, übernommen werden. In diesem Sinne bietet sich auch bei Berufskrankheiten eine Orientierung an den Qualitätsgrundsätzen im Unfallbereich an, wie sie aktuell im Handlungsleitfaden Reha-Management und in den Anforderungen der UVT an die BG-Kliniken, die in ein Klinikgesamt-konzept münden sollen, beschrieben sind.

Im Blickfeld der Bemühungen stehen dabei die zahlreichen Einzelschicksale – vgl. nachfolgende **Tabelle 2** –, bei denen sich der BK-Verdacht bestätigt hat und bei denen eine Berufskrankheit im Rechtssinne anerkannt wird.

Ganzheitliches Behandlungsmanagement

Welche Aspekte sollten bei einem umfassenden, ganzheitlichen Behandlungsmanagement bei Berufskrankheiten betrachtet werden?

An vorderster Stelle muss es um die Etablierung einheitlicher, qualitätsgesicherter Behandlungskonzepte gehen, die hinsichtlich der medizinischen Therapie dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen.

Ganzheitliches Behandlungsmanagement umfasst allerdings nicht nur die medizinische Therapie im engeren Sinne, sondern auch flankierende Maßnahmen, wie zum Beispiel eine bedarfsgerechte palliative Versorgung, die insbesondere bei der großen Zahl von krebserkrankten Versicherten benötigt wird. Weiterhin bedarf es darüber hinaus auch eines gemeinsamen Konzeptes für die psychologische Betreuung, die nicht nur den Versicherten, sondern auch deren Angehörigen zuteil werden sollte, damit diese die Rehabilitation und Teilhabemaßnahmen unserer Versicherten (zum Beispiel Pflege) positiv unterstützen bzw. begleiten können.

Unter Bezugnahme auf die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) muss es im übrigen Ziel der

Tabelle 2: Zahl der Berufskrankheiten

	2010	2011	Veränderung in %
Anzeigen auf Verdacht einer BK	70.277	71.269	+ 1,41
BK-Verdacht bestätigt	31.219	34.573	+ 10,74
davon:			
Anerkannte Berufskrankheiten	15.461	15.262	- 1,29
darunter: Neue BK-Renten	6.123	5.407	- 11,69
Berufliche Verursachung festgestellt, besondere versicherungsrechtliche Voraussetzungen nicht erfüllt	15.758	19.311	+ 22,55
BK-Verdacht nicht bestätigt	37.967	37.165	- 2,11
Entschiedene Fälle insgesamt	69.186	71.738	+ 3,69
Todesfälle infolge einer BK	2.486	2.548	+ 2,49

Quelle: DGUV / Zahlen und Fakten/BK-Geschehen

GUV sein, systematischen Zugang zu den bereits etablierten diversen Selbsthilfeinitiativen in Deutschland zu verschaffen.

Neben der individuellen Versorgung mit geeigneten Hilfsmitteln bildet darüber hinaus auch das Thema Pflegemanagement inklusive Pflegeberatung einen weiteren wichtigen Baustein in der Versorgung speziell der Schwersterkrankten.

Zusammengefasst bedarf es – wie bei Unfällen – eines Reha-Managements auch bei Berufskrankheiten.

In diesem Zusammenhang gilt es, gemeinsam nutzbare Netzwerke von gut qualifizierten Leistungserbringern aufzubauen und zu pflegen. Dies ist im BK-Bereich besonders wichtig, weil die Fallzahlen der einzelnen Träger zu den vielfältigen BK-Tatbeständen stark variieren.

Eine gemeinsame IT-Plattform, über die aktuelle, qualitätsgesicherte Informationen zur Verfügung gestellt werden, wäre für die Umsetzung zweifelsohne ein wichtiger Erfolgsfaktor.

Last but not least bedarf es auch eines gemeinsam abgestimmten Qualitätsmanagements, mit dem einheitliche Standards auf den Ebenen der Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden.

All diese Ziele und Anforderungen lassen sich zweifelsohne am besten erreichen, wenn die UVT ihre Ressourcen bündeln und eine gemeinsame Handlungsstrategie entwickeln. ●

✱

1 Dieser Beitrag wurde ursprünglich als Vortrag bei den Ersten Dresdner Rehabilitationstagen am 20. und 21. Juni 2013 in Dresden gehalten.

Autorin



Foto: BGHW

Marita Klinkert

Hauptabteilungsleiterin Produktion der BGHW
E-Mail: m.klinkert@bghw.de

Umfrage

Reha-Management – ... und wie viele?

Die Praxis des Reha-Managements zeigt ein heterogenes Bild. Der Handlungsleitfaden hat die operativen Kernelemente beschrieben und dabei versucht, so viele Erfahrungen und Handlungsansätze wie möglich einzubinden. In einer Workshop-Befragung wurde die persönliche Reha-Management-Philosophie der unterschiedlichen Teilnehmer erhoben.

Die Frage, in welchem Maße man an der Seite des Patienten sein sollte, basiert nicht nur auf persönlicher Erfahrung. Es gibt neben dem „Alles-aus-einer-Hand-Prinzip“ auch Konzepte des getrennten Innen- und Außendienstes, der Trennung von Reha-Managern und Berufshelfern oder von heilverfahrenssteuernden Unfallsachbearbeitern, die alle im selben Fall tätig werden können. Elemente wie die Reha-Plan-Erstellung können von anderen Trägern in „Amtshilfe“ übernommen werden.

Der Handlungsleitfaden spricht von „Begleitung“, aber nicht davon, dass dies durch eine einzelne Person wie dem Reha-Manager zu erfolgen habe. Die Unterscheidung hat dann auch organisatorische Auswirkungen. Wer Reha-Management als Prozessoptimierung durch Behandlungspfade betreibt, wird mit der Variante „Trouble-Shooter“ auch das Modell des „residierenden Reha-Managers“ befürworten, der in einer BG-Klinik ähnlich dem SG-Verfahren fest residiert und alle Reha-Plan-Termine, auch für andere Träger, wahrnimmt. Der Patient kann

TROUBLE-SHOOTER

33 % „Ich muss nur da sein, wenn ein Problem aufkommt, dann springe ich ein und beseitige es, dann läuft der Fall wieder wie üblich.“

WEGBEGLEITER

57 % „Ich bin während dieser schwierigen Zeit an der Seite des Patienten und begleite ihn als Vertrauensperson durch die Reha, egal, ob es konkrete Probleme gibt oder nicht.“

mittig: **10 %**

Abbildung 1: An der Seite des Patienten

so nach dem Staffelstab-Prinzip von Einrichtung zu Einrichtung weitergereicht werden, der Verwaltungsaufwand bleibt gering bei optimaler Prozesssteuerung. BG-Klinken sehen wohl allein schon wegen des logistischen Aufwands Vorteile in dieser Variante, soweit die Pfadtreue bei SAV-Verletzungen als Schwerpunkt des Reha-Managements gesehen wird. Die Verwaltung oder der ursprüngliche Reha-Manager werden zu Ausführungs-

organen eines residierenden Reha-Managers des fremden UV-Trägers. Ein Vertrauensverhältnis und persönlicher Kontakt zum Reha-Manager sind in diesem Modell schwer aufzubauen. Wenn einem Reha-Manager bio-psycho-soziale Problemlagen anvertraut werden, dann nur bei einer kontinuierlichen Wegbegleitung, in der die Fachkunde und das Einfühlungsvermögen Grundlage sind.

Die beim Handlungsleitfaden avisierten Zeitfenster für Erstkontakt und Reha-Plan-Gespräch setzen auf Schnelligkeit, um Versorgungsstrukturen zu organisieren. Wer verstärkt auf Kontextfaktoren setzt, wird eher die Schock- und Einwirkungsphase abwarten wollen, um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Die Frage des richtigen Zeitpunkts ist auch die nach frühem oder spätem Reha-Management (Abbildung 2).

Eine Gefahr des frühen Reha-Managements ist die unnötige Betreuung falsch-positiver Fälle, also solcher, bei denen eine inter-

SCHNELL PRÄVENTIV FLAGGE ZEIGEN

48 % „Für ein erfolgreiches Reha-Management muss man schnell am Krankenbett sein, bevor sich Probleme manifestiert haben.“

Abbildung 2: Wann einsteigen?

FALL REIFEN LASSEN

52 % „Für ein erfolgreiches Reha-Management müssen sich die Auswahlkriterien ansatzweise konkretisiert haben, daher sollte man nicht zu schnell über die Aufnahme des Falles ins Reha-Management entscheiden.“



Foto: DGUV/Dorothea Scheurten

ventionsbedürftige Problemlage gar nicht bestand. Diese proaktive, präventive Fallsteuerung ist der Idealfall, deren Erfolg ist aber schwer zu beweisen. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit beim Patienten ist bei gleicher Verletzung sehr breit gestreut. Daher können Patienten, die nur auf Grund einer schweren medizinischen Diagnose (SAV-Fall) ins Reha-Management aufgenommen werden, die Rehabilitation durchaus unproblematisch und mit kurzer Arbeitsunfähigkeits-Dauer durchlaufen. Und dies, obwohl keine Intervention im Reha-Management erfolgte. Letztlich entscheiden die Kontextfaktoren, ob ein Fall problematisch werden kann (Risikofaktoren/Barrieren nach ICF). Bei erkannten individuellen Risikofaktoren ist es gut, schnell präventiv „Flagge zu zeigen“, wer pauschale Fallzuweisung nach Verletzungsmuster betreibt, wird seine Hilfe auch dort investieren, wo dafür kein Bedarf bestand.

Das Problem beim späten Reha-Management besteht darin, dass präventive Unterstützung unterbleiben könnte. Hätte man früher eingegriffen, wäre das Prob-

lem nicht entstanden oder nicht so groß geworden. Aber auch hier gilt, dass es auf das frühzeitige Erkennen der individuellen Risikofaktoren ankommt. Da sich einige Risikofaktoren erst im Laufe der Rehabilitation herausbilden und zum Beginn schwer erkannt werden können, ist zumindest eine laufende Beobachtung (watchful waiting) sinnvoll. Ob, durch wen, wann und wie diese Suche nach Risikofaktoren erfolgen sollte, ist Gegenstand kontroverser Diskussion.

Einigkeit herrscht bei der Ansicht, dass ein Reha-Management den Patienten im Fokus hat, um im Zuge partizipativer Entscheidungsfindung einen Reha-Weg gemeinsam zu gehen (Abbildung 3).

Nur ein kleiner Teil der Befragten hält

das Reha-Management für ein eher oberkeitsstaatliches Steuerungsinstrument, bei dem der schlanke Verwaltungsprozess Vorrang hat. Wobei der Blick auf den gesetzlichen Auftrag seine Berechtigung haben kann: Wenn das Reha-Ziel des Patienten mit dem gesetzlichen Handlungsauftrag des Reha-Managers nicht in Einklang zu bringen ist, gibt es keinen Handlungsspielraum für ein partizipatives Reha-Management. In der Konsequenz bedeutet dies, dass Reha-Management seine Basis im Konsens hat: bei Ablehnung, Misstrauen oder konträren Reha-Zielen kann ein Arbeitsbündnis nicht funktionieren. Dies schließt eine rechtskonforme Heilverfahrenssteuerung in der Unfallsachbearbeitung natürlich nicht aus. Das so breit akzeptierte Modell des Arbeitsbündnisses geht vom mündigen Patienten aus, der aktiv an seiner Rehabilitation mitwirkt. Als Experte für sein eigenes Wohlbefinden wird er in die Erörterung von Behandlungsmethoden und -zielen eingebunden. Der hier markierte Konsens zeigt, dass das patriarchische, oberkeitliche Denken einer Versorgungsbewilligung mit Verwaltungsakt erfolgreich überwunden ist. ●

Autor

Bernd Lossin

Geschäftsführer der Bezirksverwaltung
Berlin der BG ETEM

E-Mail: lossin.bernd@bgetem.de

VERWALTUNGSHILFE

3 % „Wir müssen unserem gesetzlichen Auftrag nachkommen, die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, im Reha-Management sagen wir daher dem Patienten, wo es für eine effiziente Reha langgeht.“

Abbildung 3: Wofür diese Arbeit?

ARBEITSBÜNDNIS

97 % „Im Reha-Management vereinbaren wir mit Arzt und Patient, was unsere gemeinsamen Ziele sind, was wer warum macht, dann hat jeder seinen Teil zu leisten.“

Wegeunfall

Wird der Weg zu oder von der Arbeitsstätte durch eine private Besorgung mehr als nur geringfügig unterbrochen, besteht während der Unterbrechung kein Versicherungsschutz (hier: Kauf von Erdbeeren).

§ (Urteil des Bundessozialgerichts vom 04.07.2013 – B 2 U 3/13 R -, UV-Recht Aktuell 14/2013, S. 902 – 907)

Streitig war die Anerkennung eines Wegeunfalls. Der Kläger, mit seinem Pkw auf dem direkten Heimweg von der Arbeit, erlitt einen Auffahrunfall, als er aus privaten Gründen (Einkauf von Erdbeeren) nach links zu einem Verkaufsstand abbiegen wollte und wegen Gegenverkehrs bis zum Stillstand abbremsen musste. Der Kläger berief sich darauf, zum Unfallzeitpunkt den versicherten Weg (noch) nicht verlassen zu haben. Die Beklagte erklärte, bei eigenwirtschaftlichen Verrichtungen beginne die Unterbrechung des Versicherungsschutzes nicht erst bei Verlassen des öffentlichen Verkehrsraums, sondern bereits mit Beginn der Verwirklichung des eigenwirtschaftlich geprägten Wunsches (hier dem Stoppen des Fahrzeugs).

Anders als das Landessozialgericht hat das Bundessozialgericht einen Wegeunfall verneint. Der Kläger habe durch seine private Versorgung den Versicherungsschutz nicht nur geringfügig unterbrochen. Er habe wegen des Erdbeerenkaufs sein Fahrzeug bis zum Stand abgebremst. Mit diesem Vorgang, durch den er nach außen hin sichtbar seine private subjektive

Handlungstendenz in ein für Dritte beobachtbares "objektives" Handeln umgesetzt habe, habe der Kläger die Unterbrechung des versicherten Wegs objektiv erkennbar begonnen.

Bei Benutzung eines Fahrzeugs (Pkw, Motorrad, Fahrrad) sei zur Feststellung einer eigenwirtschaftlichen Handlungstendenz auch nicht erst das Verlassen des öffentlichen Verkehrsraums erforderlich. Ein vollständiges Abbremsen mit dem Ziel des Abbiegens dokumentiere ausreichend, dass ein Versicherter sich nicht weiter auf dem versicherten Weg fortbewegen wolle.

Ferner habe es sich nicht um eine bloß geringfügige und daher unbeachtliche Unterbrechung gehandelt. Die Gesamtheit des hier geplanten Handelns könne nicht mehr als geringfügig angesehen werden, weil sie nicht „nur nebenbei“ habe erledigt werden können. Damit stellt der Senat klar, dass zur Prüfung einer „Geringfügigkeit“ der gesamte private Vorgang zu erfassen ist, auch das beabsichtigte Handeln. Vorliegend schied bei dem Gesamtumfang des Erdbeerenkaufs an Aufwand und Zeit eine Erledigung „im Vorbeigehen“ bzw. „ganz nebenher“ ersichtlich aus.

Leistungen

1. Pflegemittel für Kontaktlinsen stellen Hilfsmittel dar, dessen Kosten vom Unfallversicherungsträger zu tragen sind.

2. Die für die gesetzliche Krankenversicherung in § 33 Abs. 3 Satz 4 SGB V getroffene Regelung, dass Kosten für Pflegemittel nicht übernommen werden, gilt nicht für die gesetzliche Unfallversicherung.

§ (Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 22.3.2013 – L 8 U 3733/12 -, UV-Recht Aktuell 08/2013, S. 525 – 531)

Streitig war die Verpflichtung der beklagten Unfallversicherungsträgerin, die Kosten von Kontaktlinsenpflegemitteln

des Klägers zu übernehmen. Das Landessozialgericht hat dies bejaht. Der Anspruch auf Hilfsmittel im Sinne des § 31 SGB VII umfasse alles Erforderliche, was den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Hilfsmittels ermögliche, wozu auch das erforderliche Pflegemittel für Kontaktlinsen gehöre. Insbesondere sei zu berücksichtigen, dass die Kontaktlinsenpflegemittel unverzichtbar für den bestimmungsgemäßen Gebrauch des gewährten Hilfsmittels „Kontaktlinse“ seien. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts folge aus dem Sachleistungsprinzip der Heilbehandlung und der Verpflichtung „mit allen geeigneten Mitteln“ tätig zu werden, dass die Unfallversicherungsträger auch alle notwendigen Betriebskosten für den bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Hilfsmittels zu übernehmen hätten.

Kontakt: Dr. Horst Jungfleisch, E-Mail: horst.jungfleisch@dguv.de

Bundesverdienstkreuz für Dr. Joachim Breuer



v. l. n. r.: Mario Czaja, Senator für Gesundheit und Soziales in Berlin, Dr. Joachim Breuer, Vorstandsvorsitzender der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Dr. Kristina Schröder, Präsidentin der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung, Dr. Johannes Vöcking, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung

Für sein herausragendes bürgerschaftliches und soziales Engagement für schädelhirnverletzte Menschen im Rahmen der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung wurde Dr. Joachim Breuer vom Bundespräsidenten mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet. Gesundheitssenator Mario Czaja überreichte ihm die hohe Auszeichnung am 31. Oktober in Berlin.

Dr. Joachim Breuer hat sich schon lange als Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung intensiv für die Belange schädelhirnverletzter Menschen eingesetzt. So war es für ihn

und die ZNS – Hannelore Kohl Stiftung folgerichtig, dass er zunächst als stellvertretender Vorstandsvorsitzender und seit dem Jahr 2008 als ehrenamtlicher Vorstandsvorsitzender der ZNS – Hannelore Kohl Stiftung dieser gemeinnützigen Organisation vorsteht. Die Stiftung setzt sich seit 1983 für Menschen mit Verletzungen des Zentralen Nervensystems ein und unterstützt deren Familien. Die ZNS-Hannelore Kohl Stiftung hat inzwischen mehr als 600 Projekte mit rund 29 Millionen Euro gefördert.

„Dr. Joachim Breuer engagiert sich ehrenamtlich in besonderer Weise für eine

nachhaltige Verbesserung der Lebensumstände von Menschen, die aufgrund einer Schädel- oder Hirnverletzung mühsam ihren Weg zurück ins Leben suchen müssen. Dabei hat er sich nicht nur um den Ausbau der Angebote für Betroffene und ihre Familien verdient gemacht, sondern auch um die Förderung der Therapieforschung, wie zum Beispiel die Vergabe des Hannelore Kohl Förderpreises für Nachwuchswissenschaftler. Dr. Breuer setzt sich darüber hinaus auch für Förderung der Prävention von Schädel-Hirn-Traumata und deren Folgen ein. Mit gezielten Präventionsaktionen hat er dazu beigetragen, dass immer mehr Menschen in Beruf und Freizeit einen Helm tragen. Schwerpunkt seines Engagements im Bereich der betrieblichen Prävention ist die Verhinderung von Unfällen. Dies hat Impulse für die betriebliche Gesundheitsprävention in ganz Deutschland gegeben. Neben seinem Wirken als Vorstand der ZNS-Hannelore Kohl Stiftung steht er auch ehrenamtlich anderen Institutionen und Organisationen im Bereich der Unfallprävention in Deutschland in führender Funktion vor. In allen diesen Tätigkeiten hat sich Dr. Breuer große Verdienste für das Gemeinwohl erworben. Dafür gebühren ihm unser Dank und unsere hohe Wertschätzung“, so Gesundheitssenator Mario Czaja.

Neuer Leiter der Rehabilitation an der BG Klinik Tübingen

Dr. Bernd Hofbauer leitet seit September die Abteilung für berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrensteuerung an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik (BG Klinik) Tübingen. Der 49-Jährige übernimmt diesen Aufgabenbereich von Chefarzt Prof. Dr. Hans-Peter Kaps, der im August in den Ruhestand verabschiedet wurde.

Dr. Bernd Hofbauer ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Seine zukünftigen Aufgaben sind dem neuen Abteilungsleiter nicht fremd: Bereits seit 2010 ist er Oberarzt in diesem Team. Im Januar 2011 wurde er außerdem zum Leitenden Arzt der Sektion für berufsgenossen-

schaftliche Heilverfahren und Begutachtung ernannt. Parallel ist Bernd Hofbauer Ärztlicher Leiter der stationären Rehabilitation in der Rehabilitationsklinik Bad Sebastiansweiler, mit der die BG Klinik einen Kooperationsvertrag hat.

Bernd Hofbauer studierte an Freien Universität Berlin Medizin, wechselte später an der die Universität Ulm, wo er 1995 auch promovierte. Es folgten Stationen am Insspital Bern und in Boston, wo er an der Harvard University zwei



Dr. Bernd Hofbauer

Jahre lang über akute Entzündungen der Bauchspeicheldrüse forschte. 1997 kam Bernd Hofbauer zurück nach Deutschland, ans Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Dort arbeitete er acht Jahre lang und schloss in dieser Zeit seine Facharztausbildung zum Chirurgen ab. 2005 wechselte er als Assistenzarzt an die BG Klinik Tübingen. Die Anerkennungen als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie als Facharzt für Spezielle Unfallchirurgie folgten hier im Jahr 2009.

Kindgerechte Prävention

Früh übt sich. Doch wie lassen sich Kinder für das komplexe Thema Prävention begeistern? Die Unfallkasse Berlin und die Aktion DAS SICHERE HAUS haben dazu eine Bilderbuchreihe ins Leben gerufen. Upsi-Bilderbücher für Kinder ab vier Jahren zeigen: Prävention macht Spaß! Upsi ist neugierig, experimentierfreudig und stößt oft an Grenzen. Er hat die gleichen Fragen wie Kinder in der Altersgruppe vier bis sieben. In seinen Abenteuergeschichten zeigt er Wege auf, mit Risiken lustvoll und im geschützten Rahmen umzugehen.

In der neuen Geschichte „Upsi sucht die Riesenschlange“ geht es um das Thema Rückenschmerzen – passend zum Schwerpunkt der aktuellen Kampagne der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen „Denk an mich. Dein Rücken“.

Gemeinsam mit „Upsi“ lernen Kinder ab vier Jahren spielerisch, wie wichtig Bewegung ist und erfahren, warum zum Beispiel Riesenschlangen und Giraffen kei-



Quelle: Unfallkasse Berlin

ne Rückenbeschwerden haben. Kinder im Upsi-Alter haben in der Regel noch keine Rückenbeschwerden. Deshalb ist die Geschichte nicht nur für Kinder gedacht, sondern richtet sich auch an die erwachsenen Vorleser und Vorleserinnen, um sie für das Thema zu sensibilisieren. Denn diese wissen vermutlich aus eigener Erfahrung, wie unangenehm Rückenschmerzen sein können. Wer nach dem Vorlesen seinem Rücken etwas Gutes tun will, findet im Anhang der Geschichte praktische Übungen, die man am besten gemeinsam durchführt.

! Informationen zur Bestellung der Bücher der „Upsi“-Reihe finden Sie hier: www.unfallkasse-berlin.de > Prävention > Upsi

Berufe im demografischen Wandel

Zunehmende Rekrutierungsschwierigkeiten stellen Unternehmen und Organisationen in einigen Berufsfeldern vor neue Herausforderungen: Der Fachkräftemangel gefährdet die wirtschaftliche Schlagkraft und kann zu Wettbewerbsnachteilen führen. Dabei steht Deutschland erst am Anfang. Der demografische Wandel ist noch nicht im vollen Gang. Die Früherkennung von Fachkräftengpässen wird deshalb immer wichtiger, um auf unternehmerischer und politischer Ebene gegenzusteuern.

Im Sommer 2011 beauftragte das Bundesministerium für Arbeit und Soziales im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) eine Studie zum Fachkräftemangel in Deutschland. Im Rahmen des zweijährigen Projektes „Work & Age: Branchen und Berufe im Wandel“ wurde eine standardisierte, vergleichende Analyse zwölf ausgewählter Berufe (Teil 1) und eine Untersuchung von Faktoren, die fortgesetzte Erwerbstätigkeit im Alter

begünstigen (Teil 2) durchgeführt. Die vorliegende Publikation fasst die Ergebnisse aus dem ersten Projektteil zusammen. Das Ziel war, die bestehende Diskussion über Fachkräftengpässe durch neue Aspekte zu vertiefen und dadurch für Unternehmen und die Politik voranzubringen.

Die Broschüre enthält standardisierte, kompakte Profile von Fertigungsberufen, MINT-Berufen, Gesundheits- und Pflegeberufen sowie kaufmännische Berufen, die im Kern eine innovative Untersuchung berufsspezifischer Alterungstrends beinhalten. Darauf baut eine indikatorenbasierte Verfügbarkeitsanalyse von Fachkräften auf. Der detaillierte Blick auf Berufsordnungen erlaubt neue Erkenntnisse und wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen.

! Die Broschüre kann auf der Website der INQA kostenfrei heruntergeladen werden: www.inqa.de > Lernen: Gute Praxis > Publikationen

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de
5. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

Herausgeber • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer, Mittelstraße 51, 10117 Berlin-Mitte, www.dguv.de

Chefredaktion • Gregor Doepke (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, Manfred Rentrop, DGUV, Berlin/Sankt Augustin/München

Redaktion • Elke Biesel, Elena Engelhardt, DGUV, Franz Roiderer (stv. Chefredakteur), Falk Sinß, Wiesbaden

Redaktionsassistentz • Andrea Hütten, redaktion@dguv-forum.de

Verlag und Vertrieb • Universum Verlag GmbH, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer • Siegfried Pabst und Frank-Ivo Lube, Telefon: 0611/9030-0, Telefax: -281, info@universum.de, www.universum.de

Die Verlagsanschrift ist zugleich ladungsfähige Anschrift für die im Impressum genannten Verantwortlichen und Vertretungsberechtigten.

Anzeigen • Anne Prautsch, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-246, Telefax: -247

Herstellung • Harald Koch, Wiesbaden

Druck • abcdruck GmbH, Waldhofer Str. 19, 69123 Heidelberg

Grafische Konzeption und Gestaltung • Liebchen+Liebchen GmbH, Frankfurt am Main

Titelbild • Fotolia/pressmaster

Typoskripte • Informationen zur Abfassung von Beiträgen (Textmengen, Info-Grafiken, Abbildungen) können heruntergeladen werden unter: www.dguv-forum.de

Rechtliche Hinweise • Die mit Autorennamen versehenen Beiträge in dieser Zeitschrift geben ausschließlich die Meinungen der jeweiligen Verfasser wieder.

Zitierweise • DGUV Forum, Heft, Jahrgang, Seite

ISSN • 1867-8483

Preise • Im Internet unter: www.dguv-forum.de

In dieser Zeitschrift beziehen sich Personenbezeichnungen gleichermaßen auf Frauen und Männer, auch wenn dies in der Schreibweise nicht immer zum Ausdruck kommt.

© DGUV, Berlin; Universum Verlag GmbH, Wiesbaden. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers und des Verlags.

Sicher und gesund in der Schule

www.universum.de/shop



Broschüre **Fragen und Antworten** zur **Schüler-Unfallversicherung**

Die Broschüre enthält die in der Praxis auftretende Versicherungsfragen, ergänzt um die im Zuge der Erweiterung schulischer Bildungs- und Betreuungsangebote auftretende Fragestellungen. Des Weiteren finden sich Stichworte aufgrund der Anfragen an Unfallversicherungsträger der Schüler-Unfallversicherung sowie Fragestellungen und Diskussionsbeiträge von Lehrkräften und Schulleitungen aus der Praxis.

**8. Auflage, Umfang: 132 Seiten, Format: DIN A5, ISBN 978-3-89869-330-1
Einzelpreis: 3,20 €, inkl. MwSt. zzgl. Versand, Staffelpreise auf Anfrage**



Broschüre **Gesund bleiben im Lehrertag**

Die Belastungen von Lehrkräften werden durch verschiedene Faktoren begünstigt: zum Beispiel die permanente Vermischung von Arbeits- und Freizeit, eine spürbare allgemeine Arbeitsverdichtung, herausfordernde Unterrichtssituationen und die oft schwierige Zusammenarbeit mit Eltern, Schulleitung oder Kollegen.

Obwohl die einzelne Lehrkraft auf viele dieser Faktoren kaum Einfluss hat, gibt es doch zahlreiche Ansatzpunkte, den eigenen Arbeitsalltag aktiv mitzugestalten und positiv zu beeinflussen. Tipps und Anregungen für ein effektives Selbstmanagement geben die Autoren der Broschüre und führen in das Themengebiet „Lehrergesundheit“ ein.

**Umfang: 44 Seiten, Format: A5, ISBN: 978-3-89869-401-8
Einzelpreis: 2,50 €, inkl. MwSt. zzgl. Versand, Staffelpreise auf Anfrage**

Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf 2., erweiterte Auflage

www.universum.de/shop



Vorbeugen Erkennen Handeln

Herausgeber:

Prof. Dr. Dirk Windemuth, M.P.H. (Direktor des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – IAG, Dresden)

Priv.-Doz. Dr. Detlev Jung (Leitender Betriebsarzt des ZDF, Mainz)

Olaf Petermann (Vorsitzender der Geschäftsführung der Berufsgenossenschaft Energie Textil Elektro Medienerzeugnisse – BG ETEM, Köln)

Das Standardwerk zum Thema „Psychische Belastungen im Beruf“

- » Unterstützt alle, die beruflich mit der Prävention, Diagnose und Verringerung psychischer Fehlbelastungen konfrontiert sind
- » Liefert fundiertes Hintergrundwissen
- » Bietet praktische Hilfestellung

Fachtagung zum Thema: www.universum.de/ppg

416 Seiten, Hardcover
ISBN 978-89869-385-1
78,00 €



Einfach bestellen unter:
www.universum.de/shop
per E-Mail: vertrieb@universum.de
oder per Fax: 0611 9030-2777-181