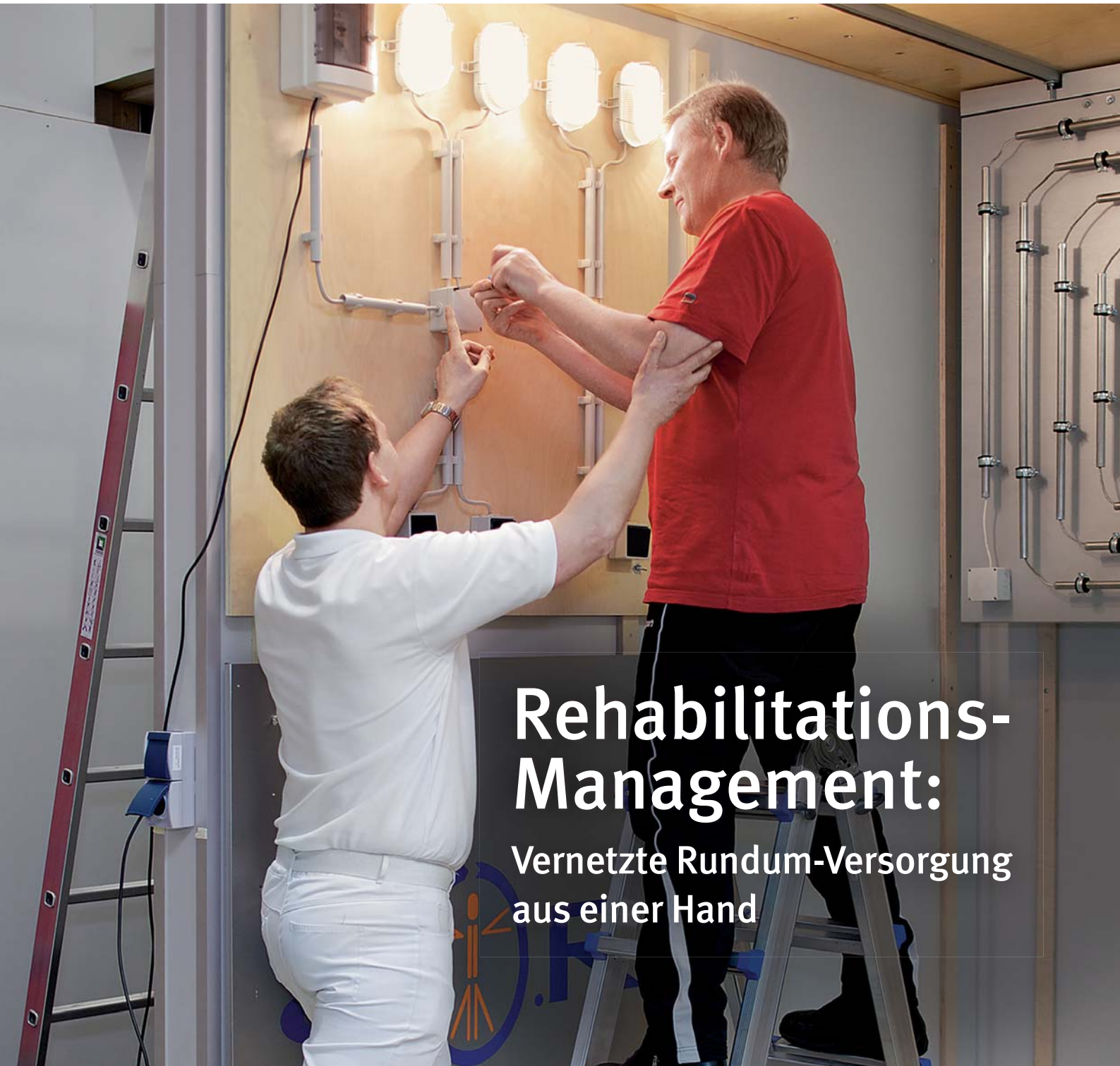


DGUV Forum



Rehabilitations- Management: Vernetzte Rundum-Versorgung aus einer Hand

Interview mit Dr. Stefan Hussy und Dr. Edlyn Höller
„Wir müssen aus der Sicht des Kunden denken“

E-Scooter
Was rollt da auf uns zu?

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Tetraplegiker bewegen nach einer Nerven transplantation wieder ihre Arme und Hände. Amputierte steuern ihre Prothesen mit Gedankenkraft. Wenn die Rehabilitation es in die Medien schafft, dann meist mit spektakulären Erfolgsmeldungen. Wie repräsentativ sind diese Einblicke?

Zweifellos verändern medizinischer und technischer Fortschritt auch diesen Bereich rasant. Aber Innovationen und Highlights sind nur eine Seite. So war es zum Beispiel mit der Nerven transplantation allein nicht getan, es brauchte noch zwei Jahre Physiotherapie, um die Beweglichkeit wiederherzustellen. Rehabilitation wird auch in Zukunft fachliche Expertise, eine gute Kommunikation und Koordination brauchen.



Foto: Jan Roehl/DGUV

Darin hat die gesetzliche Unfallversicherung Erfahrung und deshalb ist sie auch gut gerüstet für die Innovationen, die zum Beispiel die Digitalisierung auch in diesem Bereich mit sich bringt. Eine Umfrage unter den Versicherten zeigt, dass neben der Qualität der Leistungen der Kontakt zu ihrem Reha-Manager oder ihrer Reha-Managerin zentral ist für die Bewertung des Reha-Prozesses und damit auch für dessen Erfolg.

„Eine Umfrage unter den Versicherten zeigt, dass neben der Qualität der Leistungen der Kontakt zu ihrem Reha-Manager oder ihrer Reha-Managerin zentral ist für die Bewertung des Reha-Prozesses und damit auch für dessen Erfolg.“

Der Kerngedanke unseres Reha-Managements, eine fachlich kompetente, persönliche Begleitung, trägt also. Aber natürlich hat die Umfrage auch aufgezeigt, wo es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt. Darüber hinaus müssen wir uns auch mit den Anforderungen des neuen Bundesteilhabegesetzes auseinandersetzen. Es fordert eine

enge und frühzeitige Abstimmung aller Rehabilitationsträger zum Wohle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ein. Wir müssen künftig auch Bedarfe, für die wir nicht zuständig sind, im Blick haben und die Versicherten bei möglichen Anträgen unterstützen. Damit das gelingt, sind vor allem eine gute Zusammenarbeit und ein verlässlicher Teilhabeplan notwendig. Unser standardisiertes Reha-Verfahren wird da eine große Hilfe sein, aber wir müssen auch weiter bereit sein, Veränderungen anzugehen und mitzugestalten.

Mit den besten Grüßen

Ihr



Dr. Stefan Hussy
Hauptgeschäftsführer der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

› Editorial/Inhalt ›››	2–3
› Aktuelles ›››	4–9
Interview mit Dr. Stefan Hussy und Dr. Edlyn Höller „Wir müssen aus der Sicht des Kunden denken“	6
<i>Das Interview führten Kathrin Baltscheit und Elke Biesel, DGUV</i>	
› Nachrichten aus Brüssel ›››	5
› Titelthema ›››	10–49
Ergebnisse einer Versichertenbefragung Wie hoch ist die Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsmanagement?	10
<i>Doris Habekost</i>	
Neuanfang nach Rehabilitation Der Wegweiser Berufsumstieg als Tool für das Reha-Management	12
<i>Thomas Schramm</i>	
Kompetenzentwicklung Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern	14
<i>Caroline Lüder, Michael Baron</i>	
Änderung im Sozialgesetzbuch Aktuelle Entwicklungen beim Bundesteilhabegesetz	18
<i>Doris Habekost</i>	
Bewerbungsverfahren 2.0 Recruiting und die Herausforderungen für das Rehabilitationsmanagement	22
<i>Thomas Schramm</i>	
Fallbeispiel einer gelungenen Rehabilitation Nach einem Jahr wieder am Arbeitsplatz	24
<i>Jürgen Stucke</i>	
Selbstbestimmte Elternschaft durch Elternassistenz Eine Unfallkasse geht neue Wege bei der Förderung sozialer Teilhabe	26
<i>Stephanie Philipp, Bert Wagener, Silke Trumpa</i>	
Reha-Koordination Vor Ort in den BG Kliniken	30
<i>Caroline Fänger</i>	
Qualitätssicherung der DGUV Ergebnisse der Evaluation der Durchgangsarztberichte	32
<i>Marion Wittwer, Ute Polak, Daniel Szcotkowski</i>	
Sinnvolle Ergänzung zum Reha-Management Die Peer-Beratung – mehr als ein Gespräch unter Gleichgesinnten	37
<i>Diana Buzungidis</i>	
Peer Counseling Impulse für Versicherte – Unterstützung für das Reha-Management	40
<i>Martina Magdalinski, Bert Wagener, Dirk Scholtysik</i>	



Kommunikation zwischen Unfallversicherungsträgern und BG Kliniken Anruf beim „Blauen Telefon“	44
<i>Annemarie Ulbrich, Maïke Weerts</i>	
SAV-Onlinebefragung Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Unfallversicherungsträgern?	46
<i>Ute Polak</i>	
› Prävention ›››	50–57
E-Scooter Was rollt da auf uns zu?	50
<i>Kay Schulte, Sven Timm</i>	
Alten- und Krankenpflege Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen	54
<i>Nicola Schmidt, Marlies Jöllenbeck</i>	
Aus der Forschung Wie sicher gestaltete Möbelkanten in Kitas Verletzungen vorbeugen können	56
<i>Michael Huelke, Jan Zimmermann, Ina Neitzner</i>	
› Rehabilitation ›››	58–63
Künstliche Intelligenz Teilautomatisierte Klassifikation von Schadensfällen mittels Machine Learning	58
<i>Stefan Scholz-Odermatt, Dominik Gabler</i>	
› Aus der Rechtsprechung ›››	64
› Personalia ›››	65
› Medien/Impressum ›››	66

Neue „Ersthelferkarte“ der Unfallkasse Berlin

Menschen, die anderen in Not Erste Hilfe leisten und dabei selbst zu Schaden kommen, sind über die Unfallkassen versichert. Von körperlichen Verletzungen über die kaputte Hose bis hin zu psychischen Folgen – wer andere Menschen in einer Gefahrensituation vor Schäden bewahren will und dabei selbst zu Schaden kommt, ist abgesichert. Doch leider wissen viel zu wenige Menschen von diesem Recht. Um Betroffene schnell und unkompliziert zu informieren, hat die Unfallkasse Berlin eine „Ersthelferkarte“ entwickelt. Sie wird ab sofort von den Einsatzkräften der Feuerwehr, der Notfallseelsorge und der Polizei an den jeweiligen Einsatzorten in Berlin überreicht.

„Meistens erfahren wir über die Krankenkassen, dass Menschen bei einer Hilfeleistung zu Schaden gekommen sind, weil diese die Kosten an uns durchreichen“, sagt der Geschäftsführer der Unfallkasse Berlin, Wolfgang Atzler. „Besser ist es aber, wenn die Ersthelferinnen und Ersthelfer sich direkt bei uns melden. Umso schneller profitieren die Geschädigten von den umfassenden Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung.“

Die Karte für Ersthelferinnen und Ersthelfer der Unfallkasse Berlin kann auf Wunsch von anderen Unfallkassen übernommen werden.



Quelle: Unfallkasse Berlin

Auf der Karte stellt sich die Unfallkasse als Ansprechpartnerin vor, informiert über mögliche Ansprüche auf Leistungen und spricht den Ersthelfenden ihren Dank aus. Bestimmt ist die Karte für Personen, die bei folgenden Tätigkeiten körperlich oder psychisch verletzt oder deren Sachen dabei beschädigt wurden:

- Sie haben Erste Hilfe geleistet.
- Sie haben nach einem größeren Schadensereignis um Verletzte gekümmert.
- Sie haben versucht, Personen vor einem Angriff zu schützen.
- Sie haben versucht, einen Dieb aufzuhalten.

Durch die Verteilung und Verbreitung der Ersthelferkarte, so hofft die Unfallkasse, wird es in Zukunft auch bei möglichen Großschadensereignissen einfacher sein, betroffene Ersthelfer und Ersthelferinnen zu erreichen.

Die Unfallkassen anderer Bundesländer können auf Wunsch die „Ersthelferkarte“ übernehmen.



Weitere Informationen

Hilfeleistung@unfallkasse-berlin.de

Zahl des Monats: 1,8 Milliarden Euro

Mehr als 1,8 Milliarden Euro für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Diese Summe haben die Institutionen, die an der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) beteiligt sind, im Jahr 2017 gemeinsam investiert. Auf die gesetzliche Unfallversicherung entfallen dabei knapp 1,2 Milliarden Euro. Diese und weitere aufschlussreiche Zahlen präsentiert der erste Präventionsbericht, den die Mitglieder der NPK jetzt dem Bundesgesundheitsministerium übergeben haben.

1,8 Mrd. Euro
Gesamtinvestitionen NPK 2017

1,2 Mrd. Euro
Anteil DGUV 2017



Investitionen für Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland

Quelle: LIEBCHEN + LIEBCHEN



Eine Pressemitteilung der DGUV und der Präventionsbericht sind zu finden unter: www.dguv.de, Webcode: dp1317068

Überraschung im Brüsseler Personalkarussell

Im Mai hat ganz Europa – zumindest knapp 51 Prozent der Wahlberechtigten – die neuen Mitglieder des Europäischen Parlaments gewählt. Direkt nach der Wahl hieß es: Die zu verteilenden fünf Spitzenposten müssen schnellstmöglich verteilt werden. Dass dies nicht ganz so einfach werden würde, war allen Beteiligten schnell klar.

Es folgte ein politisches Tauziehen zwischen EU-Parlament und Europäischem Rat um die Besetzung der Position des Kommissionspräsidenten. Schnell zeichnete sich ab, dass die Mitgliedstaaten dem vom Europäischen Parlament geforderten Spitzenkandidatenprinzip nicht nachkommen würden. Der Ausgang der Geschichte ist bekannt: Es fand sich keine Mehrheit für einen Spitzenkandidaten oder eine Spitzenkandidatin. Stattdessen wurde zur großen Überraschung der Öffentlichkeit die ehemalige deutsche Verteidigungsministerin Ursula von der Leyen nominiert und mit knapper Mehrheit vom Europäischen Parlament bestätigt.



Alt trifft neu: Der noch amtierende EU-Kommissionspräsident Jean-Claude Juncker gratuliert seiner Nachfolgerin Ursula von der Leyen.

Ursula von der Leyen muss nun rasch ein Arbeitsprogramm erstellen. Einige Ideen hat sie bereits den Europaabgeordneten präsentiert, so zum Beispiel die Einführung einer europaweiten Arbeitslosenrückversicherung und eines europaweiten Planes zur Bekämpfung von Krebs.

Auch den Ausbau des Schutzes der sozialen Sicherheit im Hinblick auf die Stärkung der Rechte von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen möchte sie voranbringen – ein Thema, das auch die deutsche Sozialversicherung beschäftigt.

Debatte um die Zukunft der sozialen Sicherheit von Plattformarbeiterinnen und Plattformarbeitern geht weiter

Die globale Organisation von Arbeit bringt verschiedene Ideen ans Licht, die aktuell auch auf europäischer Ebene diskutiert werden. Prof. Dr. Enzo Weber, Arbeitswissenschaftler am Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung hatte ein Konzept vorgeschlagen, wonach von allen Plattformgeschäften ein gewisser Prozentsatz des Umsatzes an einen internationalen Fonds gehen sollte. Dieser soll die gesammelten Beträge an die nationalen Sozialversicherungssysteme ausschütten und so eine Versicherung der Plattformtätigen ermöglichen.

Webers Konzept wurde nun aufgegriffen und weiterentwickelt durch eine

von der EU-Kommission eingesetzte „Hochrangige Gruppe“. Sie schlägt vor, dass die EU ein „Digital Single Window“ schaffen sollte. Über dieses „digitale Fenster“ sollen Behörden sozialabgaben- und steuerrelevante Daten von Selbstständigen austauschen, die über elektronische Plattformen oder andere Arten der Arbeitsvermittlung für eine Vielzahl von Auftraggebern arbeiten. Die Plattform-Betreiber müssten dem „Window“ automatisch alle entsprechenden Einkommensdaten in einem standardisierten Format übermitteln, unabhängig davon, wo die Auftraggebern ihren Sitz oder Wohnort haben.

Das „Window“ würde dann die Daten weiterleiten an die für die Besteuerung und Erhebung der Sozialabgaben der jeweiligen Plattformarbeiterinnen oder Plattformarbeiter zuständigen nationalen Behörden. Mithilfe dieser europäischen Lösung soll verhindert werden, dass Plattformen ihre Meldungen an eine Vielzahl von nationalen Behörden abgeben müssen – ein Schritt zur Vollendung eines harmonisierten digitalen Binnenmarktes. Allerdings soll es den Mitgliedstaaten ausdrücklich überlassen bleiben, ob sie das System wollen.

Interview mit Dr. Stefan Hussy und Dr. Edlyn Höller

„Wir müssen aus der Sicht des Kunden denken“

Digitalisierung, Rehabilitation, Bildung – ein Gespräch mit Dr. Stefan Hussy, neuer Hauptgeschäftsführer der DGUV, und Dr. Edlyn Höller, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin, über anstehende Aufgaben.

Herr Dr. Hussy, Sie haben zum 1. Juli 2019 die Position des Hauptgeschäftsführers der DGUV übernommen. Sie, Frau Dr. Höller, sind seit Kurzem stellvertretende Hauptgeschäftsführerin. Welche Erwartungen verknüpfen Sie mit Ihrer neuen Aufgabe?

HUSSY: Für mich stellt sich die Frage umgekehrt: Welche Erwartungen haben andere an mich? Das ist spannend und das werde ich zunächst versuchen, herauszufinden. Ich komme von einem Träger, das ist ein Perspektivenwechsel. Bislang habe ich die DGUV als diejenige wahrgenommen, die mir eine Dienstleistung erbringen sollte. Mit dem Ergebnis war ich meistens mehr, aber auch mal weniger zufrieden. Genau mit dieser Kenntnis

„Tätigkeiten werden zwar wegfallen, die Qualitäten der Beschäftigten werden aber auch weiter gefordert sein.“

Dr. Edlyn Höller

kann ich jetzt überlegen, was hätte ich damals vorgeschlagen, damit die DGUV es besser macht? Ich werde jetzt mit den Unfallversicherungsträgern aus einer anderen Rolle heraus kommunizieren und natürlich auch mit den Beschäftigten der DGUV. Denn sie haben die Kompetenz und die Ideen. Ich möchte mir von vielen Dingen erst einmal ein Bild machen.

HÖLLER: Ich kenne zwar das Verbandsleben, aber auch ich stelle mir jetzt noch stärker die Frage, was sind tatsächlich die Erwartungen der Träger an die DGUV, vielleicht auch an den Führungswechsel. Was

soll sich verändern? Bei dem einen oder anderen Träger habe ich schon einen Antrittsbesuch gemacht und die Themen, die angesprochen wurden, waren höchst unterschiedlich. Von politischen Fragen bis zu alltäglichen Dingen, wie der Informationsweitergabe per Rundschreiben. Ein bunter Strauß von Wünschen, die wir in Zukunft angehen müssen.

Kommen wir gleich zu dem Zukunftsthema schlechthin, die Digitalisierung. Welche Aufgaben müssen der Verband und die Unfallversicherung insgesamt in den nächsten Jahren angehen?

HUSSY: Da gibt es verschiedene Perspektiven. Die eine ist: Die DGUV und die Unfallversicherungsträger haben Kundinnen und Kunden. Die erwarten einfach, dass wir mit ihnen in einer anderen Art und Weise kommunizieren. Das betrifft Medien und Informationen, aber auch den konkreten Prozess beim Umgang mit der Unfallanzeige, die ein Unternehmen, oder der Taxi-Rechnung, die eine versicherte Person einreichen will. Viele sind es gewohnt, dies über eine App an die Versicherung zu schicken, so etwas haben wir noch nicht. Wir müssen mehr aus der Sicht des Kunden denken. Was erwartet er von uns, was müssen wir dafür tun?

Die andere Perspektive sind unsere eigenen Prozesse. Sind die noch zeitgemäß? Wir müssen möglicherweise in großen Bereichen über die Dunkelverarbeitung, das heißt automatisierte Prozessabläufe, nachdenken. Die Unfallversicherungsträger werden davon stark betroffen sein. Arbeitsschritte, die jetzt noch von Menschen gemacht werden, werden in Zukunft weniger Menschen benötigen. Da stellt sich dann schon die Frage, wie wir uns darauf einstellen können. Das gilt im Übrigen auch für die DGUV, die in großen Berei-

chen IT-Dienstleistungen für die Träger erbringt. Hinzu kommt das Thema Kommunikation mit den Leistungserbringern. Ganz wichtig beim Thema Digitalisierung: Wie qualifizieren wir unsere eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter so, dass sie den Herausforderungen für die Zukunft gerecht werden können und dass sie sich dabei auch wohlfühlen?

HÖLLER: Um da direkt anzuschließen, man sollte jetzt aber keine Ängste schüren. Auf der einen Seite werden sachbearbeitende Tätigkeiten wegfallen, aber auf der anderen Seite gibt es viele Bereiche, in denen die Qualitäten und Qualifikationen der Beschäftigten umso mehr gefordert sind und die nicht digitalisiert werden können. Dazu gehören insbesondere die persönliche Ansprache und Beratung der Versicherten und die Beratung in den Unternehmen. Ein anderes Thema ist die Digitalisierung im Bereich der Rehabilitation. Da sind wir nicht wie beim Online-Zugangsgesetz die Getriebenen. Mit DALE-





Foto: Jan Roehl/DGUV

Das Thema Digitalisierung steht ganz oben auf der Agenda von Dr. Edlyn Höller und Dr. Stefan Hussy.

UV waren wir Vorreiter. Die Ansprüche an den Datenaustausch mit den Leistungserbringern haben sich aber verändert und wir müssen ihn weiterentwickeln. Hier setzen wir mit dem IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) auf einen neuen zukunftsweisenden Standard.

HUSSY: Ich möchte da noch einmal einhaken. Wir müssen unsere Prozesse in der Unfallversicherung natürlich auch harmonisieren und uns darauf verständigen, wie wir etwas tun. Wir tun ja alle das Gleiche und doch tut es jeder Träger etwas anders. Das fängt ganz banal damit an, dass wir uns über gemeinsame Datenbankstrukturen einigen müssen. Wie kann ich sonst Daten austauschen und übertragen, wenn wir noch nicht einmal Name und Vorname in der gleichen Art und Weise abspeichern? Da sollten wir ganz schnell zu einer Einigung kommen. Wir dürfen auch nicht vergessen, die Unternehmensnummer wird schneller kommen, als manche von uns das denken.

Ein weiterer Aspekt bei der Digitalisierung, der uns vor eine Herausforderung stellt, heißt Prävention. Wie reagieren wir auf eine sich verändernde Welt? Stichwort: Mobilität der Arbeit. Wir sind zwar über die Risikobeobachtungsstelle im Bereich Technik sehr gut aufgestellt, sprich kollaborierende Roboter, intelligente Brillen, Exoskelette. Aber wie erreiche ich Menschen, die heute hier sind und morgen da? Wie kann ich sie informieren und falls erforderlich auch etwas durchsetzen, damit sie vernünftige Arbeitsbedingungen haben?

HÖLLER: Ein gutes Beispiel für neue Arbeitsformen ist die Plattform-Ökonomie. Nehmen wir den Fahrradkurier, der per App seine Aufträge erhält und niemand kümmert sich darum, ob sein Fahrradverkehrssicher ist oder nicht. Oder das Phänomen, dass Gruppen von „Solo-Selbstständigen“ gemeinsam Baugerüste aufstellen. Sind das Personen, die wir in den Versicherungsschutz einbeziehen

sollten, oder überlassen wir sie sich selbst? Das ist eine große Diskussion, die aktuell auf der Ebene der Selbstverwaltung der DGUV geführt wird.

Hätte der Kurier einen Unfall, käme er vielleicht in eine BG Klinik. Der Klinikverbund, wurde 2016 mit dem Ziel gegründet die BG Kliniken besser aufzustellen in einem härter werden Klinikmarkt. Ist das gelungen?

HUSSY: Ich möchte ein positives Fazit ziehen. Der Klinikverbund hat vor allem eines geschaffen: Transparenz, und das war lange überfällig. Er hat die einzelnen Vereine erst einmal zusammengeführt. Man weiß jetzt, wo man Stärken hat und woran man vielleicht noch arbeiten muss, um besser zu werden. Und er hat die Bereiche herausgearbeitet, in denen wirklicher Handlungsbedarf besteht. Wobei man nicht vergessen darf, die BG Kliniken versorgen nur 20 bis 25 Prozent aller stationär Behandelten der Unfallversicherung. Wir müssen uns auch ▶



Foto: Jan Roehl/DGUV

Dr. Edlyn Höller ist seit dem 1. November 2018 stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der DGUV.

für die anderen Patientinnen und Patienten in den SAV-Kliniken Gedanken machen.

HÖLLER: Wir haben knapp 100 SAV-Kliniken. Schon aufgrund der räumlichen Verteilung können wir ja nicht alle Versicherten in BG Kliniken unterbringen. Also müssen wir auch insgesamt eine gute Struktur haben. Es ist auch eine Aufgabe und Ansporn für die BG Kliniken, zu zeigen, wo sie ihre Stärken gegenüber den SAV-Kliniken haben. Hier kommt unter anderem die Verbindung zur Rehabilitation ins Spiel, das ist ein Alleinstellungsmerkmal der BG Kliniken.

„Wir müssen unsere Prozesse in der Unfallversicherung natürlich auch harmonisieren.“

Dr. Stefan Hussy

HUSSY: Die integrierte Rehabilitation ist neben der Akutversorgung auf Spitzenniveau der Markenkern der BG Kliniken.

HÖLLER: Ja, aber der Bedarf wird immer wieder infrage gestellt. Aktuell fordert das

Bundesversicherungsamt, den Bedarf an BG Kliniken durch ein Gutachten untersuchen zu lassen. Es gibt zudem Entwicklungen im allgemeinen Krankenhausbereich durch einen Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses, die Notfallversorgung in einem Drei-Stufen-System neu zu strukturieren. Auch diesen Herausforderungen müssen sich die Kliniken stellen. Aber ich bin überzeugt, dass sie sie meistern werden.

Die gesetzliche Unfallversicherung engagiert sich seit Jahren in vielfältiger Weise für den Behindertensport. Bleibt dieses Engagement? Was ist Ihnen dabei wichtig?

HÖLLER: Häufig liegt der Fokus sehr stark auf dem Thema paralympischer Sport und Spitzensport. Wir machen das aber nicht, um Menschen mit Medaillen zu zeigen, sondern weil der Sport ein Vehikel ist, um das Thema Rehabilitation auch in die Breite zu tragen. Es gibt sehr viele Untersuchungen, die belegen, wie wichtig Sport in der Rehabilitation ist. Er trainiert nicht nur auf spielerische Weise Bewegungsabläufe, sondern fördert auch die Gemeinschaft. So hilft Sport auch bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Unser Engagement im Bereich Behindertensport dient vor allem dazu, die Aufmerksamkeit für dieses Thema zu erhöhen.

In diesem Zusammenhang wurde vor Kurzem von der gesetzlichen Unfallversicherung ein neues Strategiepapier zur Inklusion veröffentlicht. Ein Punkt ist dabei die stärkere Verzahnung von Reha und Prävention. Warum ist das so wichtig?

HÖLLER: Beim Stichwort Zusammenarbeit der beiden Bereiche fallen mir zunächst andere Arbeitsfelder ein. Das ist insbesondere der Bereich der Individualprävention. Da gibt es sehr gute Präventionsinstrumente – zum Beispiel mit dem Hautarztverfahren oder mit dem Rückenkolleg der BGW. Diese Dinge müssen wir noch sehr viel stärker ausbauen. Auch die Selbstverwaltung mit der Initiative zur Weiterentwicklung des Berufskrankheitenrechts hat sich dazu bekannt, den Bereich der Prävention noch stärker auszubauen.

Dann sehe ich noch Potenzial darin, Erkenntnisse, die in einem Bereich gewonnen werden, auch für den anderen Bereich zu nutzen. Stellt eine Reha-Managerin bei der Wiedereingliederung eines Patienten fest, dass die Arbeitsverhältnisse im Betrieb auch für andere Beschäftigte belastend sind, dann ist das ein Ansatzpunkt, dem Präventionsdienst einen Tipp zu geben. Das funktioniert auch umgekehrt. Diese Verzahnung ist, glaube ich, eine große Chance für beide Bereiche.

HUSSY: Also wir haben in dem Kontext auch eine Änderung des Rollenbildes unserer Akteure vor Ort zu begleiten. Als einen Schwerpunkt möchte ich die Änderung des Beratungsverständnisses der Aufsichtspersonen nennen. Hier geht es auch darum, zu überlegen, wie kann ich mit den Kolleginnen und Kollegen im Bereich Reha agieren, eventuell aber auch mit anderen Sozialversicherungsträgern? Wie kann ich ein Unternehmen dazu befähigen, dass dort Menschen mit Behinderung leichter arbeiten, und eben für das Unternehmen die Ansprechperson sein, die zwar nicht immer gleich die Lösung hat, die aber weiß, es gibt die Kollegin oder den Kollegen, die Reha-Beraterin oder den Reha-Berater oder es gibt das Integrationsamt. Wir wollen uns diese Position ganz klar erarbeiten: im Unternehmen die Ansprechperson sein für alle Fragen zum Thema Sicherheit und Gesundheit. Und dazu gehören auch Inklusion und Integration.

Also so eine Art Lotsenfunktion.

HUSSY: Ja genau, der Lotse trifft das ganz gut.

Kommen wir zur Prävention. Im Rahmen der Vision Zero wurden gerade fünf Unfallschwerpunkte ermittelt.**Was für eine Strategie haben Sie dazu?**

HUSSY: Die Vision Zero ist im Positionspapier zur Prävention formuliert worden: Wir streben eine Welt ohne tödliche oder schwere Unfälle an. Die Kampagne **kommit**mensch zur Kultur der Prävention ist ein Instrument, mit dem wir das umsetzen. Die Kampagne greift diese Unfallschwerpunkte auf und unterfüttert sie mit ihren sechs Handlungsfeldern. Durch die Fokussierung auf die Unfallschwerpunkte hat die Aufsichtsperson im Betrieb ganz konkret die Möglichkeit, Themen anzusprechen und diese auch im betrieblichen Kontext zu vermitteln. Das ist der Unterschied zum bisherigen Ansatz, wo wir doch eher abstrakt versucht haben, diese Themen zu kommunizieren.

Die Umsteuerung der Kampagne hat zunächst für Unruhe gesorgt.

HUSSY: Erst einmal muss man anerkennen, wenn jemand mutig genug ist, eine Analyse zu machen und auch Konsequenzen daraus zu ziehen. Das bedeutet auch die Bereitschaft, sich zu hinterfragen. Jetzt bieten wir unseren Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern in den Betrieben einen guten Ansatz an, Unternehmen auf die Präventionskultur anzusprechen.

Bleiben wir noch bei der Kampagne – Stichwort Schulsport. Herr Dr. Hussy, Sie waren selbst bei einer Unfallkasse tätig und kennen auch den Bildungsbereich gut. Zusammen mit der Kultusministerkonferenz hat die Unfallversicherung die Initiative „Sicherheit im und durch Schulsport“ (SuGiS) gestartet. Worum geht es dabei?

HUSSY: Wir haben über lange Zeit festgestellt, dass der Unfallschwerpunkt in der Schule zwar im Schulsport liegt, dass wir aber den Pausenbereich oder auch die Ganztagsbetreuung nicht vergessen dür-

„Der Klinikverbund hat vor allem eines geschaffen: Transparenz, und das war lange überfällig.“

Dr. Stefan Hussy

fen. Auch dort gibt es Bewegung, auch dort passieren Unfälle. Bewegung ist andererseits ganz wichtig für das Vermitteln von Kompetenzen. Es ist erwiesen, dass

Menschen besser lernen, wenn sie sich bewegen können und nicht den ganzen Tag sitzen. Wie kann man in die Planung und Gestaltung des Unterrichts frühzeitig Ansätze der Kampagne integrieren? Wir werden die Module, die die Kampagne **kommit**mensch bereitstellt, an den Bereich Schule anpassen. Gemeinsam mit dem Kultusministerium, mit den Ländern wollen wir schon ganz früh versuchen, diese Module in die Lehrpläne, in die Lehrerausbildung, in die Gestaltung des Unterrichts einzubringen.

Apropos: Gerade wurde der Digitalpakt Schule verabschiedet. Sind die Themen Sicherheit und Gesundheit beim Umgang mit mobilen Geräten im Bildungsbereich schon ausreichend berücksichtigt?

HUSSY: Ich will es mal vorsichtig formulieren: Da haben wir noch Luft nach oben. Eine Herausforderung, vor der wir als Unfallversicherungsträger stehen: Es ändert sich nicht nur die Arbeits-, sondern auch die Lernwelt. Da müssen und werden wir auch Hinweise, Unterstützung und Beratung geben. Es ist nicht ausreichend, zu sagen: Hier habt Ihr ein Tablet und ein Whiteboard, viel Spaß. So, wie wir ergonomische Anforderungen an Software stellen, so werden wir uns künftig auch bei der Gestaltung von Lernmodulen einbringen.

Da wären wir bei dem Ansatz der Lebenswelten im Präventionsgesetz: möglichst früh mit der Sensibilisierung für Sicherheit und Gesundheit beginnen.

HUSSY: Genau. Aber welcher 14-Jährige möchte etwas von Prävention hören? Das ist eine Frage der richtigen Vermittlung. Ich glaube, die Aufmerksamkeitsspanne der Jugendlichen heute ist zudem eine andere geworden. Vielleicht kann man versuchen, das über spielerische Ansätze zu lösen. Da können wir auch von der Schule für uns selbst etwas lernen.

HÖLLER: Ja, wir nutzen zum Beispiel den Spieltrieb in der Rehabilitation. Wir fördern gerade ein Forschungsprojekt, in dem die Hand-Reha so gestaltet wird, dass Menschen einen Handschuh bekommen, der mit Sensoren ausgestattet ist. Damit können sie dann ein Computerspiel machen. Dadurch werden ihre Finger subkutan bewegt und trainiert. ●

Das Interview führten Kathrin Baltscheit und Elke Biesel, DGUV.



Foto: Jan Roeh/DGUV

Dr. Stefan Hussy ist seit dem 1. Juli 2019 neuer Hauptgeschäftsführer der DGUV.

Ergebnisse einer Versichertenbefragung

Wie hoch ist die Zufriedenheit mit dem Rehabilitationsmanagement?

Bei Arbeitsunfällen mit komplexen Rehabilitationsbedarfen steht den Versicherten in der Unfallversicherung ein Reha-Manager oder eine Reha-Managerin zur Seite. Diese kümmern sich um einen zügigen und möglichst nahtlosen Rehabilitationsablauf. Das hat sich aus Sicht der Unfallversicherungsträger sehr bewährt. Aber wie sehen dies die Versicherten selbst und wie zufrieden sind sie mit dem Reha-Prozess?

Um das zu erfassen, erhielten alle Versicherten, deren Reha-Management zwischen August 2015 und Juli 2017 endete, einen Fragebogen. Der Fragebogen wurde vom Institut für Arbeit- und Gesundheit der DGUV (IAG) unter Leitung von Dr. Nicola Schmidt in Zusammenarbeit mit der DGUV und den Unfallversicherungsträgern, auch unter Einbeziehung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen in Form von Pre-Testungen, erarbeitet. Er besteht aus 32 Fragen und deckt die Themenkomplexe „Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager“, „Planung der Rehabilitation“, „Ablauf der Rehabilitation“, „Zielerreichung“, „Gesamtzufriedenheit“ und Angaben zur Person selbst (Alter, Geschlecht, Beruf) ab.

30.000 Fragebögen wurden versandt

Von den knapp 30.000 versandten Fragebögen kamen im Bereich der erwachsenen Versicherten rund 9.900 Bögen (rund 34 Prozent) ausgefüllt zurück. Etwa 46 Prozent der Rückantwortenden waren Arbeiterinnen und Arbeiter, 42 Prozent Angestellte. Zwei Drittel waren älter als 40 Jahre, mehr als die Hälfte sogar älter als 51 Jahre. Arbeitsunfähigkeit bestand bei gut 30 Prozent zwischen sechs und zwölf

Monaten und bei mehr als 27 Prozent länger als ein Jahr. Dies bestätigt, dass es sich um komplexe Krankheitsverläufe handelte. Das Antwortverhalten von Männern (knapp 67 Prozent) und Frauen (rund 33 Prozent) wich in den Ergebnissen übrigens kaum voneinander ab.

„Um die Stimme der Versicherten dauerhaft zu hören, sollte die Befragung in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.“

Im Bereich der Kinder und Jugendlichen betrug die Rücklaufquote bei 500 versandten Fragebögen 22 Prozent. Hier gaben die befragten Eltern oder Erziehungsberechtigten das Alter des Kindes in 39 Prozent der Fälle mit über 14 Jahren, 32 Prozent gaben zwischen 11 und 14 Jahren an. Aber auch viele jüngere Kinder waren dabei. Knapp 85 Prozent der Kinder und Jugendlichen waren Schüler und Schülerinnen an einer allgemeinbildenden Schule. Ein

Indikator für die Schwere der Erkrankung ist die Dauer der Schulsportbefreiung, diese lag bei fast 70 Prozent über zwölf Wochen.

Zufriedenheitsergebnisse

In Bezug auf die Gesamtzufriedenheit im Bereich der befragten erwachsenen Versicherten ergab sich beim Fragenkomplex „Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager/der Reha-Managerin“ ein mittelstarker Zusammenhang und bei den Fragenkomplexen „Planung der Rehabilitation“ und „Ablauf der Rehabilitation“ sogar ein starker Zusammenhang. Waren die Befragten also mit diesen Bereichen zufrieden, waren sie auch häufiger mit dem Reha-Prozess insgesamt zufrieden. Bei allen Einzelfragen ergaben sich schwache bis starke Zusammenhänge zur Gesamtzufriedenheit und Zielerreichung. Die meisten Einzelfragen wurden von 80 Prozent der Antwortenden positiv bewertet. Bei den Zielerreichungsfragen, bei der Frage nach dem persönlichen Kennen des Reha-Managers oder der Reha-Managerin und der Frage nach der Erstellung eines Reha-Plans war die Quote der Positivantworten niedriger.

Aufgrund der geringen Fallzahl bei den Kindern und Jugendlichen sind die Einzelergebnisse vorsichtiger zu bewerten, Sonderauswertungen von Zusammenhängen einzelner Fragen (= Korrelationen) zur Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit konnten hier nicht erfolgen. Aber auch hier wurden die Einzelfragen überwiegend positiv beantwortet, so zum Beispiel bei der Zusammenarbeit mit der Reha-Managerin oder dem Reha-Manager oder bei der Planung der Rehabilitation. Mehr als 80 Prozent der befragten Eltern oder Erziehungsberechtigten gaben an, dass die Ziele erreicht wurden.

Autorin



Doris Habekost

Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de

Es kann festgestellt werden, dass die Befragten überwiegend mit dem Rehabilitationsprozess zufrieden bis sehr zufrieden waren. Damit erfüllt das Reha-Management insgesamt die Erwartungen der Unfallversicherungsträger. Wichtige Einflussfaktoren für die Gesamtzufriedenheit sind neben der guten medizinischen und beruflichen Rehabilitation die Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager oder der Reha-Managerin, die Planung sowie der Ablauf der Rehabilitation.

Wie geht es weiter?

Die Befragung hat auch ergeben, dass der Bereich der sozialen Teilhabe und der Freizeitziele, häufiger als bei der körperlichen und beruflichen Zielerreichung, kein Rehabilitationsziel war. Dies sollte zukünftig mehr in den Fokus des Reha-Managements rücken. Weiterhin sollten bestimmte Kriterien des Reha-Managements nach Leitfaden, wie zum Beispiel die 30-Tage-Frist ab Unfalltag für die Erstellung des Reha-Plans, differenzierter betrachtet werden.

Aus den Ergebnissen wurden im Abschlussbericht konkrete Handlungsempfehlungen abgeleitet (siehe Infokasten).


Um die Stimme der Versicherten dauerhaft zu hören und Veränderungen abbilden zu können, sollte die Befragung in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Hierzu wird der Fragebogen nun zunächst an aktuelle Begrifflichkeiten angepasst und in einigen Fragen etwas mehr ausdifferenziert, zudem werden die Möglichkeiten einer Online- oder App-Version geprüft. ●

Anlage 4

MUSTER

UVT-Nr.:

**Befragung von Versicherten
zum Reha-Management**



Markieren Sie so:
 Verwenden Sie einen Kugelschreiber! Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst. Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Zusammenarbeit mit Ihrem Reha-Manager bzw. Ihrer Reha-Managerin

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie Sie die Zusammenarbeit mit dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin erlebt haben. Der Reha-Manager bzw. die Reha-Managerin koordiniert die Rehabilitation und begleitet die Versicherten aktiv bei ihrer medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Er bzw. sie ist während der gesamten Rehabilitation die zentrale Ansprechperson für die Verletzten.

1. Kennen Sie Ihre/n Reha-Manager/in persönlich? ja nein

Mein/e Reha-Manager/in ...

2. ... hat nach meinem Unfall innerhalb eines Monats Kontakt zu mir aufgenommen. ja nein weiß nicht

3. ... hat mit mir die Maßnahmen für meinen beruflichen Wiedereinstieg erörtert. ja nein war nicht erforderlich

Abbildung: DGUV

i

Der Abschlussbericht enthält konkrete Handlungsempfehlungen zum Reha-Management:

- Fachliche Kompetenz der Reha-Managerinnen und Reha-Manager beibehalten.
- Reha-Manager/Reha-Managerin als zentrale Ansprechperson für die Versicherten flächendeckend implementieren.
- 30-Tage-Frist zur Aktualisierung des Handlungsleitfadens Reha-Management evaluieren.
- Durchführung einer strukturierten Reha-Planung beibehalten.
- Im Reha-Prozess auf Veränderungen flexibel reagieren.
- Reha-Planung gemeinsam mit allen Beteiligten (Ärzeschaft, Therapierende, Versicherte, Reha-Manager/Reha-Managerin.).
- Die Versicherten können jederzeit ihre persönlichen Vorstellungen und Bedürfnisse in die Reha-Planung einbringen.
- Aktive Koordinierung der geplanten Rehabilitationsmaßnahmen aufrechterhalten.
- Gute Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Therapierenden fördern.
- Information zu beruflichen Maßnahmen empfangergerecht übermitteln.
- Ziele zur körperlichen Leistungsfähigkeit realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.
- Ziele zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten realistisch definieren, kommunizieren und realisieren.

i

Wichtig für die Zielerreichung und Gesamtzufriedenheit unter anderem:

- Ich habe meine persönlichen Bedürfnisse und Vorstellungen in die Reha-Planung einbringen können.
- Der Reha-Plan hat mir eine gute Orientierung gegeben.
- Der Reha-Plan wurde flexibel an veränderte Bedingungen angepasst.
- Am Ende einer jeden Maßnahme wusste ich, wie es weitergeht.
- Die medizinischen Reha-Maßnahmen haben mir sehr weitergeholfen.

i

Weitere Informationen zum Abschlussbericht

Versichertenbefragung zum Reha-Management:
www.dguv.de, Webcode: d1505

Neuanfang nach Rehabilitation

Der Wegweiser Berufsumstieg als Tool für das Reha-Management

Das Online-Tool unterstützt Rehabilitanden und Rehabilitandinnen bei der beruflichen Umorientierung. Die Selbstbestimmung wird gestärkt.

Der Wegweiser Berufsumstieg hat einen präventiven Charakter: Er unterstützt Beschäftigte, die aus gesundheitlichen Gründen voraussichtlich nicht bis zum Renteneintrittsalter in ihrem Beruf arbeiten können, bei der beruflichen Umorientierung. Ziel ist es, den Ausstieg in die Arbeitslosigkeit oder Berufsunfähigkeit durch einen frühzeitigen Wechsel in einen anderen, weniger oder anders belastenden Beruf zu verhindern.

Ein neuer Beruf?

Was aber, wenn dieser Berufswechsel plötzlich nach einem Arbeits- oder Wegeunfall oder einer Berufskrankheit erfolgen muss? Welche Berufe stehen nun in dieser neuen gesundheitlichen Situation zur Verfügung? Können die vorhandenen Talente und Potenziale in der Arbeitswelt eingebracht werden?

Antworten auf diese dann meist offenen Fragen liefert der Wegweiser Berufsumstieg. Damit wird dieses „Instrument“ oder „Werkzeug“ zu einem Tool der beruflichen Neuorientierung im Verlauf der Rehabilitation.

Und das Beste daran ist: Dieses Instrument steht im Internet allen Rehabilitanden und Rehabilitandinnen zur Verfü-

gung und bietet erste Hinweise auf mögliche passende Berufe – anonym, kostenlos und unverbindlich. Gestärkt wird damit nicht zuletzt die Selbstbestimmung der Betroffenen in Bezug auf ihr künftiges Arbeitsleben.

„Ziel ist es, den Ausstieg in die Berufsunfähigkeit durch einen frühzeitigen Wechsel in einen weniger belastenden Beruf zu verhindern.“

Die Berufssuche

Zunächst geht es ganz allgemein um die wichtigsten Eckpunkte der Person: Neben Alter, Region, Geschlecht, Motivation und Schulabschluss werden die bisherigen Berufe und Berufserfahrungen angegeben.

Nun geht es ans Eingemachte: Im nächsten Schritt werden die Merkmale sonstiger Qualifikationen, die Kompetenzen, die Wünsche, die Interessen, die weiteren Arbeitsplatzanforderungen und Daten zur Gesundheit festgelegt.

Wundern Sie sich nicht: Hier werden viele Fragen gestellt. Doch diese sind für die berufliche Zukunft erforderlich: Je mehr Fragen beantwortet werden, desto besser kann das System die passenden Berufe finden. Berücksichtigt werden deshalb berufliche Erfahrungen, Hobbys, mögliche Ehrenämter, Stärken und Schwächen, Präferenzen in puncto Arbeitszeiten, Arbeitsorte und Arbeitsmittel sowie gesundheitliche Leistungsmerkmale und Einschränkungen bei der Berufswahl.

Nun ist er da ... der neue Beruf

Das Ergebnis ist eine Liste der Berufe. Die am besten passenden stehen ganz oben. Die grüne Ampelfarbe signalisiert: Die Merkmale des Berufs passen richtig gut. Die rote Ampelfarbe erscheint, wenn die Qualifikation, Präferenzen oder die Gesundheit nicht zum Beruf passen.

Durch einen Klick auf den jeweiligen Beruf erhält man detaillierte Informationen über diesen Beruf.

Und nun? Möglicherweise wurde der künftige Wunschberuf gefunden. Das ist ein wichtiger Meilenstein für die Zukunft.

Und in Zukunft?

Es gibt bereits Ideen, das derzeitige Tool für die Arbeit im Reha-Management weiterzuentwickeln. Hier soll dann ein einfacher Austausch der Ergebnisse der Versicherten mit dem Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen. Eine Inverssuche soll es künftig leichter machen, einen neuen Beruf zu finden, und die Liste der Berufe wird um die Gruppe der Weiterbildungsberufe erweitert. ●

Autor



Thomas Schramm

DGUV job

E-Mail: thomas.schramm@dguv.de

Abbildung: Screenshot

The screenshot shows a mobile application interface with a status bar at the top (BELL, 4:21 PM, 100% battery). Below the status bar is a legend with three colored boxes: a red box with a sad face labeled 'schlecht', a yellow box with a neutral face labeled 'normal', and a green box with a happy face labeled 'gut / passend'. The main content is a table with the following structure:

▼ Gesamtergebnis	Ergebnisfilter		
	↕ Qualifikation	↕ Präferenzen	↕ Gesundheit
Fachkraft - Fahrbetrieb (133.26)	😊	😊	😊
Flugdienstberater/-in (110.54)	😊	😊	😊
Bürsten- und Pinselmacher/-in (104.47)	😊	😊	😊
Vorpolierer/-in – Schmuck- und Kleingeräteherstellung (98.0)	😞	😊	😊
Glasapparatebauer/-in (86.77)	😊	😊	😊
Produktprüfer/-in – Textil (76.91)	😊	😊	😊
Feinpolierer/-in (66.04)	😊	😊	😊
Glas- und Porzellanmaler/-in (63.59)	😊	😊	😊
Eisenbahner/-in – Betriebsdienst (60.26)	😊	😊	😊
Figurenkeramformer/-in (45.87)	😊	😊	😊
Polizeivollzugsbeamter/-in (mittlerer Dienst) (44.79)	😊	😊	😊
Binnenschiffer/-in (44.67)	😊	😊	😊
Amtliche/r Fachassistent/-in Fleischkontrolleur (38.52)	😊	😞	😊
Produktgestalter/-in – Textil (36.61)	😊	😊	😊
Technische/-r Produktdesigner/-in (35.61)	😊	😞	😊
Werkgehilfe/-in Schmuckwarenindustrie, Taschen- und Armbanduhren (35.59)	😊	😊	😊
Fachinformatikeri/-in (35.15)	😊	😞	😊
Goldschmied/-in (34.45)	😊	😞	😊
Chirurgiemechaniker/-in (34.0)	😊	😞	😊
Edelsteingraveur/-in (33.4)	😊	😊	😊
Beamter/-in – Verfassungsschutz (Mittlerer Dienst) (31.78)	😊	😞	😊
Kaufmann/-frau – Groß- und Außenhandel (31.39)	😊	😊	😊
Berufskraftfahrer/-in (31.12)	😊	😊	😊
Hafenschiffer/-in (30.51)	😊	😊	😊
Edelstahlschleifer/-in (30.4)	😊	😊	😊

Der Wegweiser Berufsumstieg ist ein Online-Tool, das Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beim Umstieg in einen anderen, weniger belastenden Beruf hilft.



Weitere Informationen

www.wegweiser-berufsumstieg.de



Studierende in einem Hörsaal der Hochschule der DGUV (HGU)

Kompetenzentwicklung

Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern

Die Hochschule der DGUV (HGU) ist als Bildungsdienstleisterin zuständig für die Qualifizierung der Beschäftigten der Unfallversicherungsträger. Sie ist auch verantwortlich für die Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern.

Reha-Management in der DGUV

Die Arbeitsgruppe „Reha-Management“ der DGUV hat mit dem Handlungsleitfaden vom 13. September 2010 das Reha-Management der DGUV etabliert. Heute ist Reha-Management ein Standard bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, wenn auch in unterschiedlicher

Ausprägung. Das Ziel des Reha-Managements blieb in den letzten Jahren einheitlich und unverändert: die schnellstmögliche Wiedereingliederung der Versicherten in Beruf oder Schule und Gesellschaft verbunden mit der Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zur Erreichung einer selbstbestimmten Le-

bensführung und gleichberechtigten Teilhabe. Dieses Ziel soll zeitnah und dauerhaft erreicht werden, indem in schwierigen Fallkonstellationen eine Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen erfolgt¹; dabei ist auch der Aspekt des wirtschaftlichen Umgangs mit den zur Verfügung stehenden finanzi-

Autorin und Autor



Dr. Caroline Lüder

Rehabilitationswissenschaft, Schwerpunkt Teilhabe und Gesundheit
Hochschule der DGUV (HGU)
E-Mail: caroline.lueder@dguv.de



Michael Baron

Fachkoordination Rehabilitation, Teilhabe
Hochschule der DGUV (HGU)
E-Mail: michael.baron@dguv.de

ellen Ressourcen zu beachten. Aus den Zielen des Reha-Managements ergeben sich verschiedene Aufgaben und Anforderungen, die in einem koordinierten Prozess umgesetzt werden. Demnach bedarf es einer handelnden Person, die diesen zu koordinierenden Prozess plant, umsetzt und vorantreibt, kontrolliert und bewertet.

Anforderungen an Reha-Managerinnen und Reha-Manager

Im Zuge der Einführung des Reha-Managements bildete sich bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung ein „neues Berufsbild“ heraus: Reha-Managerinnen und Reha-Manager übernehmen die koordinierende Prozessgestaltung bei der Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nach einem Versicherungsfall.

Zu den Aufgaben von Reha-Managerinnen und Reha-Managern gehören unter anderem:

- Frühzeitige Beratung der Versicherten und/oder der Angehörigen durch persönliche Kontaktaufnahme, möglichst bereits im Krankenhaus.
- Koordination und Steuerung der Heilbehandlung und medizinischen Rehabilitation unter Erstellung von Reha-/Teilhabeplänen, gemeinsam mit den Versicherten, den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie anderen Leistungsträgern/-erbringern.
- Dauerhafte Sicherstellung der Teilhabe am Arbeitsleben, entweder im bisherigen Arbeitsverhältnis oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Planung aller hierfür erforderlichen Teilhabeleistungen.

- Nachgehende Unterstützung der Versicherten bei der Führung eines möglichst selbstständigen Lebens in den Bereichen Familie, Freizeit, Kultur, Sport und Erholung, Kommunikation, Wohnen und Mobilität, um damit den Versicherten die vollumfängliche soziale Teilhabe zu ermöglichen²

Neben diesen Aufgaben werden an Reha-Managerinnen und Reha-Manager weitere Anforderungen gestellt. In erster Linie müssen sie ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit aufweisen. Denn über Kommunikation mit den Versicherten, den Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten sowie den bisherigen oder potenziellen Arbeitgeberinnen, Arbeitgebern gelingt es, den Rehabilitationsprozess transparent, zügig und nahtlos – ohne bürokratische Schranken und Schnittstellen – für alle Beteiligten zu gestalten. Reha-Managerinnen und Reha-Manager sind zudem ein „Aushängeschild“ ihres Unfallversicherungsträgers: Sie geben der oftmals in weiter Entfernung von den Versicherten ansässigen, anonymen Behörde ein Gesicht. Insbesondere der persönliche Kontakt der Reha-Managerinnen und Reha-Manager zu den Versicherten, den Netzwerkpartnern sowie weiteren am Rehabilitationsprozess Beteiligten baut gegenseitiges Vertrauen auf und führt zu einer tragfähigen, professionellen Beziehung.

Kompetenzorientierte Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern

Aus den genannten Aufgaben und Anforderungen, die an Reha-Managerinnen und Reha-Manager gestellt werden, lässt sich ein umfangreiches Kompetenzprofil

ableiten. Das Kompetenzprofil definiert die erforderlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und führt zu einer beruflichen Handlungskompetenz von Reha-Managerinnen und Reha-Managern. Diese erst garantiert, dass der Rehabilitationsprozess gelingt und die Ziele des Reha-Managements der DGUV erreicht werden.

Handlungskompetenz meint dabei die „Bereitschaft und Befähigung des Einzelnen, sich in beruflichen, gesellschaftlichen und privaten Situationen sachgerecht durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten“.³

Handlungskompetenz ist vierdimensional und umfasst die Fachkompetenz, die Methodenkompetenz, die Sozialkompetenz und die Selbstkompetenz.⁴ Eine Übersicht bedeutender Fähigkeiten und Fertigkeiten innerhalb der Kompetenzdimensionen, die die berufliche Handlungskompetenz von Reha-Managerinnen und Reha-Managern determinieren, ist in Abbildung 1 dargestellt.

Bachelor-Studiengang an der Hochschule der DGUV

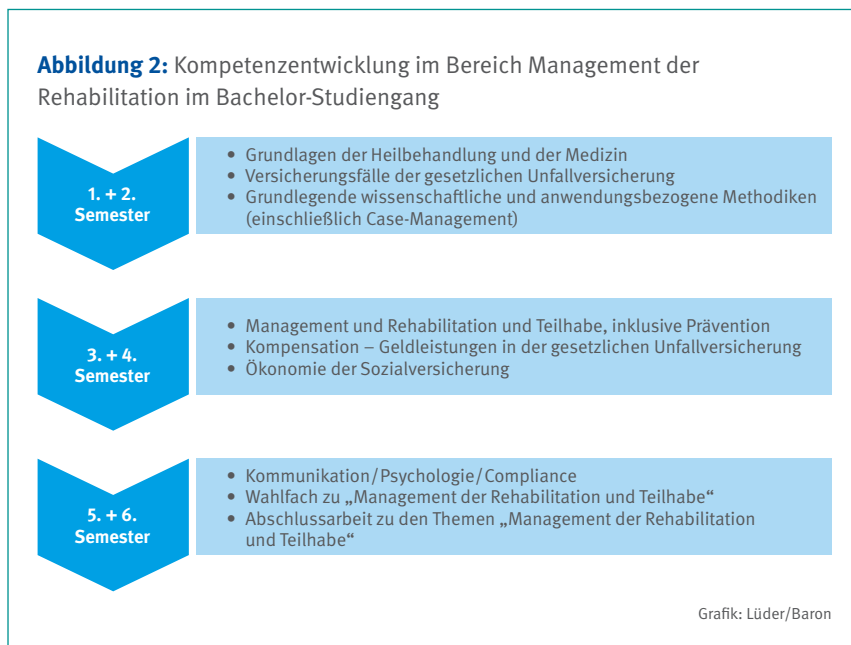
Innerhalb des dualen Bachelor-Studiengangs „Sozialversicherung, Schwerpunkt Unfallversicherung“ an der HGU erfolgt eine grundlegende Qualifizierung der Studierenden, um sie unter anderem auf die Übernahme einer Tätigkeit im Arbeitsbereich des Reha-Managements ihres Trägers vorzubereiten. Eine Neuausrichtung des Curriculums ab dem Studienjahrgang 2018 führt zu einer vollumfänglichen Qualifizierung aller Studierenden im Bereich des Managements der Rehabilitation. Damit stellt der Bachelor-Studiengang eine berufliche Anschlussfähigkeit sicher. ▶

Abbildung 1: Handlungskompetenzen von Reha-Managerinnen und Reha-Managern

Fachkompetenz	Methodenkompetenz	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
Rechtskenntnisse SGB und weitere Rechtskenntnisse	Netzwerkmanagement	Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit	Selbstverständnis und Identität
Grundkenntnisse Gesundheitspolitik, ICF und UN-BRK	Beratungsfertigkeiten	Kooperation und Teamfähigkeit (interdisziplinär)	(Selbst-)Reflexion
Kenntnisse sozial- und gesellschaftspolitischer Zusammenhänge	Projekt- und Prozessmanagement	Empathie	Professionalität und Selbstorganisation
Kenntnisse über Strategien und Konzepte des Reha-Managements	Arbeits- und Zeitmanagement	Kritik- und Konfliktfähigkeit	Wertehaltung und Ethik
Grundkenntnisse BWL und Arbeitsmarktstrukturen	Digitales und mobiles Arbeiten	Offenheit und Flexibilität	Gesundheitskompetenz und Selbstvorsorge
	Lern- und Wissensmanagement	Interkulturelles Verständnis	

Grafik: Lüder/Baron

Abbildung 2: Kompetenzentwicklung im Bereich Management der Rehabilitation im Bachelor-Studiengang



Das seitens der HGU gemeinsam mit der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg neu erarbeitete Curriculum für den Bachelor-Studiengang berücksichtigt damit die Bedeutung und Wertigkeit des Reha-Managements in der DGUV durch eine Qualifizierung, die berufliche Handlungskompetenzen entwickelt. Der erforderliche Praxisbezug wird durch Exkursionen hergestellt, beispielsweise in eine Klinik zur Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR-Klinik), in ein Berufsförderungswerk und eine Werkstatt für behinderte Menschen. Auch werden Fachleute aus Medizin und Verwaltung oder betroffene Menschen mit Behinderungen in die Lehrveranstaltungen eingeladen, um die Kompetenzerweiterung der Studierenden im Dialog zu fördern. Flankiert durch Lern- und Lehrinhalten zum sozialrechtlichen Verwaltungsverfahren vermittelt der Bachelor-Studiengang die Kompetenzvielfalt und Interdisziplinarität der Aufgaben von Reha-Managerinnen und Reha-Managern.

Zertifikatsstudiengang Rehabilitationsmanagement

Häufig werden die Studierenden nicht unmittelbar nach Abschluss des Bachelor-Studiengangs innerhalb des Reha-Managements ihres Unfallversicherungsträgers eingesetzt. Vielmehr schließt sich zunächst eine mehrjährige Tätigkeitsphase in der Unfallsachbearbeitung oder im Arbeitsbereich „Berufskrankheiten“ an, um die Fachkompetenz über Berufserfahrung zu festigen und die Sozial- und Selbstkompetenz über Lebenserfahrung

auszuprägen. Für einen zeitlich versetzten Einsatz im Bereich des Reha-Managements bietet es sich an, über den seitens der HGU in Kooperation mit der SRH Hochschule Heidelberg entwickelten Zertifikatsstudiengang „Rehabilitationsmanagement in der gesetzlichen Unfallversicherung“ eine Auffrischung der im Bachelor-Studiengang erworbenen beruflichen Handlungskompetenzen vorzunehmen. Überdies vertieft und erweitert der Zertifikatsstudiengang die Kenntnisse in den einschlägigen Kompetenzdimensionen. Durch den methodisch-didaktischen Ansatz und das Konzept des kollaborierenden Lernens berufserfahrener und neuer Beschäftigter erfolgt eine zielführende Qualifizierung für die vielfältigen Aufgaben im Rehabilitationsmanagement. Vor diesem Hintergrund eröffnet der Zertifikatsstudiengang sowohl berufserfahrenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ohne Bachelor-Abschluss (zum Beispiel nach der Fortbildungsprüfungsordnung) als auch Quereinsteigenden in der gesetzlichen Unfallversicherung den Erwerb der beruflichen Handlungskompetenzen, um als Reha-Managerin und Reha-Manager tätig zu werden. Der Zertifikatsstudiengang endet mit der Anfertigung einer wissenschaftlichen Arbeit. Nach erfolgreichem Abschluss erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein Zertifikat der kooperierenden Hochschulen. Weitere Informationen zum modularen Aufbau und zeitlichen Ablauf des Zertifikatsstudiengangs sind der Internetseite der Hochschule der DGUV zu entnehmen.⁵

Weiterbildungsseminare – lebenslanges Lernen

Der auch vor den Unfallversicherungsträgern nicht Halt machende demografische Wandel unserer Gesellschaft führt zu längeren Beschäftigungszeiten von Reha-Managerinnen und Reha-Managern in den Verwaltungen. Verbunden mit sich ändernden und zunehmenden Qualitätsanforderungen innerhalb ihrer Tätigkeit erfährt das kontinuierliche Lernen im Lebenslauf für Reha-Managerinnen und Reha-Manager eine herausragende Bedeutung.⁷

Die HGU hält für die berufliche Kompetenzweiterentwicklung ein umfangreiches Weiterbildungsprogramm vor. Die zumeist zwei- bis dreitägigen Seminare finden in Präsenzform statt und bedienen in unterschiedlicher Ausprägung die vier Kompetenzdimensionen. Erfahrene Lehrkräfte aus Medizin, Verwaltung und Sozialgerichtsbarkeit sowie hauptamtlich Lehrende der Hochschule der DGUV tragen Sorge dafür, dass in Abhängigkeit des Lernziels die Praxis und/oder Wissenschaft fokussiert werden. Neben langjährig angebotenen Seminaren werden stets aktuelle Themen aufgegriffen. Dabei werden im Dialog mit

Rehabilitationsmanagement

Zertifikatsstudium der Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU) Bad Hersfeld/Hennef und der SRH Hochschule Heidelberg

- Beginn jährlich im März
- Dauer: 18 Monate – in 14 Modulen
- Präsenzveranstaltungen vorwiegend in Heidelberg: jeweils freitags und samstags, alle 4-6 Wochen
- Begleitung der Präsenzphasen durch Selbstlernaufträge und Anwendungsbeispiele
- Antrag auf Anerkennung der Studienleistung für Bachelor- oder Master-Studium möglich
- Einsatz von Lehrenden beider Hochschulen sowie Experten und Expertinnen aus der Praxis
- Abschluss als „Zertifizierte/r Rehabilitationsmanager/in“
- Für Beschäftigte der Mitglieder der DGUV entfällt der Kostenbeitrag der Kursgebühr von 4.500,- Euro. Die Seminarpauschalen – Hotel und Verpflegung – sind selbst bzw. vom Unternehmen zu tragen.

Abbildung 3: Flyer Zertifikatsstudiengang Rehabilitationsmanagement⁶

Abbildung 4: Auswahl kompetenzbezogener Weiterbildungsseminare

Fachkompetenz	Methodenkompetenz	Sozialkompetenz	Selbstkompetenz
<ul style="list-style-type: none"> • ABMR, EFL, BGSW & Co. – wann hilft was? • „Teilhabe am Arbeitsleben“: Erfahrungsaustausch zu kreativen Einzelfalllösungen • Soziale Teilhabe: Die persönliche Assistenz • Trauma und Psyche: Posttraumatische Belastungsstörung • State-of-the-art-Wissen Schmerzmedizin • Praxiserfahrungen für die Wohnungshilfe • Feststellung von Pflege • Kraftfahrzeughilfe-Seminar • Feststellung von Leistungen nach § 39 SGB VII • usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitmanagement im digitalen Zeitalter • Zielorientierte Beratung – Teil 1 und 2 • Systemische Beratung eines erfolgreichen Reha-Managements • Lernen lernen • Persönliche Arbeitsmethodik und Zeitmanagement • In Projekten professionell arbeiten – Grundlagenseminar • Fit für die digitale Zukunft • usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Teamarbeit: leicht gesagt – schwer getan • Gesprächsführung mit Ärzten und Ärztinnen • Die Kunst der Kommunikation im Reha-Prozess • Schwierige Gesprächssituationen souverän meistern • Umgang mit Konflikten – Grundseminar • Versicherte mit Migrationshintergrund – Herausforderungen und Ressourcen in der Rehabilitation • Emotional intelligent • usw. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mein Berufsleben in der Inspektion – ein Workshop zur Selbstreflexion • Work-Life-Balance – persönliches Gesundheitsmanagement • Sicherheits- und Gesundheitstraining für Frauen • „Geschwindigkeitsbegrenzung“ – Belastende Faktoren im Außendienst erkennen und vermeiden • Resilienz – Eigene Stärken in belastungsreichen Zeiten • Gesundheit kennt kein Alter – Berufliche Aktivität, Leistungsfähigkeit und Arbeitsfreude • usw.

Grafik: Lüder/Baron

den Abteilungen für Personalentwicklung der Unfallversicherungsträger die Weiterbildungsbedarfe von Reha-Managerinnen und Reha-Managern geklärt. Daneben eröffnet die strukturierte Seminarevaluation auf Basis des Qualitätsmanagementsystems der HGU den Seminarteilnehmenden die Option, eigene Bedarfe aufzuwerfen und über diesen Weg zukünftige Weiterbildungsangebote anzuregen.

Die Abbildung 4 zeigt eine Auswahl kompetenzbezogener Weiterbildungsseminare. Das gesamte Seminarprogramm der HGU ist über die Seminaratenbank auf der Internetseite www.dguv.de (Webcode: d25945) abrufbar. Besonders hingewiesen wird auf zwei interdisziplinär konzipierte Seminare, die Reha-Managerinnen und Reha-Managern den Start in das neue berufliche Tätigkeitsfeld erleichtern: Das ist zum einen das Basisseminar „Reha-Management“ (Buchungsnummer 10068), das die Grundlagen des Reha-Managements unter Berücksichtigung des Handlungsleitfadens der DGUV vermittelt. Zum anderen bereitet das Seminar „Und plötzlich in den Außendienst? – keine Angst vorm ersten Mal“ (Buchungsnummer 10726) zukünftige Außendienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter im Reha-Management optimal auf die gleichermaßen verantwortungsvolle wie auch herausfordernde Tätigkeit vor.

Ausblick

Stillstand bedeutet Rückschritt. Deswegen stellt sich die HGU zukünftigen Herausforderungen bei der Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern. Auf der „To-do-Liste“ findet sich die Ausdehnung des Reha-Managements auf die Berufskrankheiten, mit einem entsprechenden Qualifizierungsbedarf. Auch rückt die Verknüpfung von Prävention und Rehabilitation in das Blickfeld von Reha-Managerinnen und Reha-Managern, wenn die Eingliederung von Menschen mit Behinde-

rungen in das Erwerbsleben unter arbeits-sicherheitsrelevanten Bedingungen zu erfolgen hat. Neben dieser inhaltlichen Weiterentwicklung wird die Lehre an der Hochschule, und damit auch die Qualifizierung von Reha-Managerinnen und Reha-Managern, zunehmend digitalisiert und von Präsenzveranstaltungen entkoppelt: Webinare statt Seminare werden Einzug in die Bildungsprodukte der HGU halten und das lebenslange sowie selbstgesteuerte Lernen am Heimat- respektive Beschäftigungsort unterstützen. ●



Fußnoten

[1] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, www.dguv.de/medien/inhalt/reha_leistung/teilhabe/reha-manager/handlungsleitfaden.pdf, abgerufen am 12.05.2019

[2] Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Reha-Manager/Berufshelfer, www.dguv.de, Webcode: d1505, abgerufen am 12.05.2019

[3] Sekretariat der Kultusministerkonferenz, Handreichung für die Erarbeitung von Rahmenlehrplänen der Kultusministerkonferenz für den berufsbezogenen Unterricht in der Berufsschule und ihre Abstimmung mit Ausbildungsordnungen des Bundes für anerkannte Ausbildungsberufe, 2018, S. 15, www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_09_23-GEP-Handreichung.pdf, abgerufen am 13.05.2019

[4] Cursio, M.; Jahn, D.: Leitfaden zur Formulierung kompetenzorientierter Lernziele auf Modulebene, www.fbzhl.fau.de/wp-content/uploads/2014/11/Leitfaeden_FBZHL_1_2013_Lernziele.pdf, abgerufen am 15.05.2019

[5] DGUV Hochschule, www.dguv.de, Webcode: d103717, abgerufen am 18.05.2019

[6] Bundesministerium für Bildung und Forschung, Empfehlungen des Innovationskreises Weiterbildung für eine Strategie zur Gestaltung des Lernens im Lebenslauf, www.dlr.de/pt/Portaldata/45/Resources/a_dokumente/empfehlungen_innovationskreis_weiterbildung.pdf, abgerufen am 19.05.2019

[7] DGUV Hochschule, www.dguv.de/medien/akademie/01_studiengaenge/srh_fs_rehabm_web_1.pdf, abgerufen am 18.05.2019

Änderung im Sozialgesetzbuch

Aktuelle Entwicklungen beim Bundesteilhabegesetz

Das im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) aktualisierte Sozialgesetzbuch (SGB) IX hat unter anderem zum Ziel, Rehabilitationsbedarfe frühzeitig zu erkennen, die Leistungen der Rehabilitationsträger noch besser als bisher zu verzahnen und die Kooperation der Träger weiter zu stärken. Betroffene Menschen sollen Leistungen umfassend und wie aus einer Hand erhalten.

Frühzeitige Bedarfserkennung und Ansprechstellen

Der § 12 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Das bedeutet, dass die Träger und auch die in ihrem Auftrag Handelnden darauf achten müssen, ob es generelle oder weitere Rehabilitationsbedarfe gibt. Dies gilt zu jedem Zeitpunkt eines Verfahrens. Hier eignen sich vor allem die Zeitpunkte mit persönlichem Kontakt zu den Versicherten. Wichtig ist sicherzustellen, dass die Betroffenen bei einer eventuell notwendigen Antragstellung bei anderen Trägern, so der oder die Versicherte diese wünscht, aktiv unterstützt werden.

Die Träger sollen das frühzeitige Erkennen des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten, barrierefreien Informationsangeboten unterstützen. Hierzu zählen insbesondere die Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe, die Möglichkeit

der Leistungsausführung als Persönliches Budget, das Verfahren zur Inanspruchnahme von Teilhabeleistungen sowie Beratungsangebote. Außerdem haben die Rehabilitationsträger dazu Ansprechstellen zu benennen, die entsprechende Informationsangebote an Leistungsberechtigte, Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sowie andere Reha-Träger vermitteln.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat zwischenzeitlich ein bundesweites webbasiertes Verzeichnis der Ansprechstellen aller Rehabilitationsträger veröffentlicht (www.bar-frankfurt.de), darin sind schon mehr als 90 Ansprechstellen der Unfallversicherungsträger enthalten.

Auch bei mehreren Reha-Trägern – alles (wie) aus einer Hand?

Werden Rehabilitations- oder Teilhabeleistungen bei einem Träger beantragt, umfasst dieser Antrag grundsätzlich auch die gewünschten Leistungen von anderen Rehabilitationsträgern. Somit muss der Fokus zusätzlich auf der Erkennung und Ermittlung von Rehabilitations- und Teil-

habebedarfen liegen, für die andere Rehabilitationsträger zuständig sind.

Der „leistende“ Rehabilitationsträger¹ ist grundsätzlich der koordinierende Träger. Er muss die anderen Rehabilitationsträger bitten, ihre Leistungen festzustellen, und diese in einem gemeinsamen Teilhabeplan zusammenführen. Sofern die anderen Träger ihre Leistungen nicht fristgerecht festsetzen, muss er bei Erfordernis deren Rehabilitationsleistungen sogar selbst erbringen. Neu ist also die umfassende Rehabilitationsbedarfsermittlung als Regelfall sowie die Teilhabeplanung mit anderen Rehabilitationsträgern. Eine reine Information an die Versicherten mit dem Hinweis, wo sie ihre weiteren Leistungen beantragen können, reicht nicht aus.

Werden Bedarfe anderer Rehabilitationsträger innerhalb von 14 Tagen nach der „Antragstellung“ erkannt, sind diese Träger unverzüglich einzubinden. Die vorliegenden Unterlagen sollten Aufschluss über die Rehabilitationsbedarfe geben, für die andere Träger zuständig sind. Vertiefende Ermittlungen, ob weitere Teilhabebedarfe bestehen, sind zu diesem frühen Zeitpunkt nicht notwendig. Bei Unklarheiten, welche Leistungen begehrt werden, empfiehlt es sich, bei der antragstellenden Person nachzufragen.

Bevor andere Träger eingebunden werden, sollte der Träger der Unfallversicherung eine Einverständniserklärung der Betroffenen einholen, wenn bisher keine entsprechende Willenserklärung vorliegt. Die versicherte Person hat beispielsweise einen Arbeitsunfall erlitten und daraus ergab sich das Handeln von Amtswegen.

Autorin



Doris Habekost

Referat Teilhabe/Reha-Management der DGUV
E-Mail: doris.habekost@dguv.de

Jetzt ist zu klären, ob sie weitere Leistungen anderer Träger überhaupt wünscht. Eventuell möchte sie diese Rehabilitationsbedarfe gar nicht oder noch nicht gedeckt wissen.

Werden die weiteren Bedarfe später – also nicht innerhalb von 14 Tagen – erkennbar, ist auf eine weitere Antragstellung hinzuwirken. Auch hier sollen die Leistungen aller Träger in einen gemeinsamen Teilhabeplan einfließen. Sind Bedarfe dagegen erst am Ende der eigenen Leistungszuständigkeit erkennbar, erfordert dies keine gemeinsame Teilhabepanung. Allerdings müssen hier Hilfestellungen zur Antragstellung erfolgen und eine Weitergabe von Unterlagen ohne Einverständnis der Betroffenen geht, im Falle der Unfallversicherung mangels Antragstellung, auch hier nicht.

bundene notwendige unverzügliche Einbeziehung weiterer Träger. Außerdem ist der Zeitpunkt der Antragstellung eine wichtige Kennzahl für den Teilhabeverfahrensbericht nach § 41 SGB IX, den die Rehabilitationsträger erstellen müssen.

Nun umfasst die Heilbehandlung in der Unfallversicherung nach § 27 SGB VII sowohl die medizinische (Akut-)Behandlung als auch die medizinische Rehabilitation. Das hat sich für einen schnellen und nahtlosen Prozess bewährt und setzt die Träger der Unfallversicherung in eine günstige Ausgangsposition, gerade mit Blick auf frühzeitige Bedarfserkennung und umgehende Leistungserbringung im Sinne der betroffenen Menschen. Zudem gilt für Träger, die „von Amts wegen“ handeln – bei der Unfallversicherung der Regelfall – anstelle des Rehabilitationsan-

konkretes Datum einheitlich zu definieren, hat der Geschäftsführerausschuss Rehabilitation der DGUV eine Projektgruppe eingesetzt. Sie soll Vorschläge für die möglichen Fallkonstellationen erarbeiten. Dabei geht es nicht nur um den Antrag und das Antragsdatum, sondern auch um das Bewilligungsdatum. Gerade bei der medizinischen Rehabilitation werden im Unfallversicherungsverfahren oft keine Bewilligungsbescheide erteilt, sondern die „Leistungsbewilligung“ ergibt sich zum Beispiel im Reha-Plangespräch oder aus der Verordnung einer Leistung. Zudem ist zu beschreiben, wann das „Antragssubstitut“ bei medizinischen Leistungen auch gleich soziale und berufliche Bedarfe mitumfasst und wann diese Leistungen im laufenden Verfahren einen eigenen „Antrag“ darstellen, weil diese Bedarfe erst später erkennbar sind.

„Die Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft muss gleichberechtigt in den Fokus rücken, gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung und Anforderungen an eine inklusive Gesellschaft.“

Das „Antragssubstitut“

Die dem SGB IX zugrunde liegenden Vorstellungen über Leistungen „wie aus einer Hand“ trotz mehrerer beteiligter Träger, über die Kooperationen der Träger untereinander sowie eine Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung erfordern einen initialen Antrag, dem Bedarfsermittlung und Leistungsfeststellung folgen. Mit dem „Antrag“ werden vielfältige Fristen und Prüferfordernisse ausgelöst, wie zum Beispiel die Klärung der Zuständigkeit innerhalb von 14 Tagen oder die umfassende Rehabilitationsbedarfserkennung und die damit ver-

trags gemäß § 14 Abs. 4 Satz 2 SGB IX „der Tag der Kenntnis des voraussichtlichen Rehabilitationsbedarfs“. Dies kann nicht der Unfalltag sein, auch wenn erfahrene Reha-Managerinnen und Reha-Manager hier gegebenenfalls schon erkennen, dass nach der Akutbehandlung medizinische und voraussichtlich auch berufliche sowie soziale Teilhabeleistungen folgen werden.²

Die Rehabilitationsbedarfserkennung kann sich zu den unterschiedlichsten Zeitpunkten und in vielen verschiedenen Situationen im Verfahren ergeben. Um ein

Bedarfsermittlungsinstrumente

§ 13 SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs. Dafür sind systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) einzusetzen. Dies beinhaltet eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung und Dokumentation. Dabei geht es vor allem darum, ob eine Behinderung vorliegt oder einzutreten droht und welche Auswirkung die Behinderung auf die Teilhabe hat. Es geht aber auch darum, welche Ziele mit den Teilhabeleistungen erreicht werden sollen und welche Leistungen dafür voraussichtlich erfolgreich sind. Hierzu haben die Rehabilitationsträger Grundsätze in der „Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“ vereinbart (www.bar-frankfurt.de).

Bedarfe können aus medizinischen Befunden, Untersuchungen und im Rahmen der klinischen oder ambulanten Behandlung ermittelt werden. Bei komplexen Bedarfslagen eignet sich zudem der persönliche Kontakt des Reha-Managements zu ▶

Anlagen

Anlage 6: Mustervordrucke Teilhabeplanung

Dieses Formular wurde von der Fachgruppe „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“ bei der BAR entwickelt. Barrierefreie Versionen der drei Teile des Formulars stehen auch als ausfüllbare PDF-Dokumente zum Download unter www.bar-frankfurt.de zur Verfügung.

Kopfl. Logo des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers

Versicherten-Nr. / Aktenzeichen: _____ Datum des Anlass gebenden Antrags: _____

Leistender Rehabilitationsträger, sofern abweichend von dem für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträger: _____

Erster Teilhabeplan Anpassung des Plans vom: _____

Teilhabeplan verbindet mehrere separate Verwaltungsverfahren: nein ja, vgl. 7)

Anmerkung:
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form verwendet. Die Feldbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Teil I – Anfrage des für die Teilhabeplanung verantwortlichen Rehabilitationsträgers

1) Angaben zur Person

Name, Vornamen	Telefon
----------------	---------

„Im Teilhabeplan sollen insbesondere die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger zusammengeführt werden. Er bildet die Grundlage für die Leistungsfeststellung der beteiligten Träger.“

den betroffenen Menschen, weil hier die individuellen Lebenslagen und Bedürfnisse aufgezeigt werden können. Auch Assessmentverfahren, Checklisten, Arbeitsmarktanalysen und viele mehr werden im Rahmen beruflicher Rehabilitation eingesetzt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat eine Studie zur Implementierung der Bedarfsermittlungsinstrumente bei den Rehabilitationsträgern in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Ende 2019 vorliegen sollen. Derzeit werden die Ergebnisse den einzelnen Rehabilita-

tionsträgerbereichen vorgestellt und mit diesen erörtert. Für den Bereich der Unfallversicherung erfolgte dies am 1. August 2019.

Reha-Plan der Unfallversicherung und Teilhabeplan

Die Abstimmung der Rehabilitationsplanung in der Unfallversicherung erfolgt im persönlichen Gespräch mit den Versicherten (gegebenenfalls auch deren Angehörigen) sowie den Leistungserbringern und wird im „Reha-Plan“ festgehalten. Dieser Prozess eignet sich als Instrument, um Rehabilitationsbedarfe nach § 12 SGB IX,

aber auch konkrete Rehabilitationsbedarfe im Sinne des § 13 SGB IX zu erkennen. Der Plan selbst ist kein Vertrag und hat keine rechtliche Bindung. Er wird aber von allen Beteiligten unterschrieben und dient als Orientierungshilfe für den weiteren Rehabilitationsprozess. Auftretende Probleme, wie zum Beispiel Zeitverzögerungen aufgrund unerwarteter Erkrankungen oder Komplikationen, können so schnell erkannt und Leistungen, Ziele und Interventionen angepasst werden.

Wegen der Komplexität aller Rehabilitations- und Teilhabebedarfe sollte der

i

Literaturhinweise und Information

Auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) haben die Rehabilitationsträger erarbeitet (www.bar-frankfurt.de):

- Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“, am 01.12.2018 in Kraft getreten – konkretisiert die trägerübergreifenden Abstimmungsprozesse
- „Arbeitshilfe zum Datenschutz im trägerübergreifenden Reha-Prozess“ – wird in Kürze veröffentlicht
- „Muster“-Formulare etwa für Weiterleitung von Anträgen an den zuständigen Träger oder die Einbindung anderer Rehabilitationsträger im Teilhabeplanverfahren werden in Kürze veröffentlicht und sollen zunächst ein Jahr auf Probe genutzt und dann bei Bedarf überarbeitet werden

Reha-Plan zukünftig digital und modular erstellt werden. Damit könnte er als Checkliste dienen, sodass an alle trägerübergreifenden Bedarfe und Leistungen gedacht wird, und gleichzeitig bliebe er – wie bisher – individuell zugeschnitten auf die einzelne Person kurz und übersichtlich. Zudem würde eine digitale Form die Verknüpfung mit dem Teilhabepan vereinfachen. Im Teilhabepan (§ 19 SGB IX) sollen insbesondere die Leistungen der verschiedenen Rehabilitationsträger zusammengeführt werden. Er bildet die Grundlage für die Leistungsfeststellung (Verwaltungsakte) der beteiligten Träger. Dies setzt laut Gesetz nicht zwingend eine Teilhabepankonferenz (§ 20 SGB IX) voraus, auch sind die Leistungserbringer nicht zwangsläufig direkt einzubeziehen. Ein Teilhabepan ist auch zu erstellen, wenn kein anderer Rehabilitationsträger zu beteiligen ist, aber mehrere Teilhabeleistungen verschiedener Leistungsgruppen, wie zum Beispiel medizinische und berufliche oder soziale Teilhabeleistungen, zu erbringen sind, oder wenn der oder die Versicherte selbst einen solchen Plan wünscht.

Was ist nach Meinung der Autorin besonders wichtig?

Ein großer Vorteil der gesetzlichen Unfallversicherung ist, dass das Heilverfahren mit der Akutbehandlung beginnt und hier bereits die Weichen für die berufliche und soziale Teilhabe gestellt werden können. Zudem sind Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation eng miteinander verzahnt. Gerade die medizinische Rehabilitation bietet vielfältige Möglichkeiten der Bedarfserkennung in Bezug auf notwendige weitere Rehabilitations- und Teilhabeleistungen. Erfolgt hier eine enge

Vernetzung mit den Rehabilitationsträgern – so wie es in der Unfallversicherung zum Beispiel bei Sprechtagen in Kliniken oft erfolgt –, können Bedarfslagen direkt

„Die Unfallversicherung ist sehr erfolgreich bei der beruflichen Integration ihrer Versicherten.“

abgeklärt, Leistungen den Wünschen und Zielen der Betroffenen angepasst und gegebenenfalls unmittelbar vom Reha-Träger entschieden und eingeleitet werden.

Die rehabilitationsträgerübergreifende umfassende Bedarfsprüfung innerhalb von 14 Tagen nach „Antragstellung“ sollte nicht überbewertet werden. Komplexe Bedarfslagen erkennen und mit den geeigneten Maßnahmen die dauerhafte und für die betroffenen Menschen befriedigende Teilhabe zu ermöglichen, setzt immer einen persönlichen Kontakt und ein Vertrauensverhältnis voraus. Dies kann sich oft erst über einen gewissen Zeitraum entwickeln. Auch benötigen die betroffenen Menschen selbst Zeit, die neue Lebenssituation (zum Beispiel nach einer Beinamputation) zu akzeptieren und zu erkennen, welche sozialen und beruflichen Aktivitäten trotzdem möglich sind, und gegebenenfalls neue Interessen zu entwickeln.

Die Unfallversicherung ist sehr erfolgreich bei der beruflichen Integration ihrer Versicherten. Die Zielsetzung der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft muss dazu gleichberechtigt in den Fokus rücken, gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung und die Anforderungen an eine inklusive Gesellschaft mit der Möglichkeit einer lebenslangen Teilhabe. Dies bedeutet aber auch, dass alle Rehabilitationsträger soziale Teilhabebedarfslagen erkennen und die dafür zuständigen Träger in das Teilhabeverfahren einbinden. ●

i

Fußnoten

[1] Leistender Träger ist meist derjenige, bei dem der Antrag gestellt wurde, wenn er für mindestens eine der beantragten Leistungen zuständig ist oder den Antrag – trotz „Unzuständigkeit“ – nicht innerhalb von 14 Tagen an den zuständigen Träger weitergeleitet hat. (Näheres hierzu siehe „Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess“, www.bar-frankfurt.de).

[2] Aus der Handlungsbeschreibung der DGUV (Stand 14.02.2018): „Die Zwei-Wochen-Frist zur Klärung der Zuständigkeit beginnt am Tag, nach dem der UV-Träger Kenntnis von dem voraussichtlichen Reha-Bedarf erlangt hat. Für den Beginn der Frist ist eine qualifizierte positive Kenntnis, das heißt eine Bewertung und Dokumentation durch die Sachbearbeitung des UV-Trägers erforderlich.“

Die Feststellung über die Zuständigkeit erfolgt auf Basis des erkennbaren Leistungsbegehrens, einer ggf. vorliegenden Begründung oder vorliegender weiterer Unterlagen und Informationen. Hierzu gehört insbesondere, dass die Identität und das konkrete Leistungsbegehren bzw. der konkrete voraussichtliche Reha-Bedarf der Versicherten erkennbar sind. Es ist erforderlich, dass sich der erkannte Bedarf unabhängig von den verwendeten Begriffen sowie ohne Berücksichtigung ggf. unterschiedlicher Leistungen der Rehabilitationsträger auf Leistungen zur Teilhabe bezieht. Ggf. bestehende Unklarheiten über den voraussichtlichen Bedarf und das Leistungsbegehren werden, soweit möglich, mit dem Leistungsberechtigten geklärt.“

Bewerbungsverfahren 2.0

Recruiting und die Herausforderungen für das Rehabilitationsmanagement

Jobsuche und Bewerbungsverfahren finden immer häufiger online statt. Gleichzeitig wird die Bewerbung als „Verkaufsprospekt“ für die sich bewerbende Person angesehen, in der nur positives Platz finden soll. Darauf muss die Beratung im Reha-Management reagieren. Mit DGUV job ist dafür ein wichtiger Baustein vorhanden.

Studien verschiedener Universitäten beobachten seit dem Jahr 2002, wie Unternehmen und künftige Beschäftigte (Bewerberinnen und Bewerber) zueinanderfinden (Recruiting). Die Veränderungen des Bewerbungsverfahrens in den vergangenen 20 bis 30 Jahren bezogen sich auf kleinere Besonderheiten oder aufkommende Trends. Seit geraumer Zeit aber hat sich das Bewerbungsverfahren erheblich verändert. Unternehmen favorisieren andere Wege des Bewerbungsverfahrens als Bewerberinnen und Bewerber. Der Einfluss der Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, gewisse Vorgaben zu machen, bestimmte Formate oder auch hoch technisierte Programme, die teils im Hintergrund laufen, zu nutzen, wird immer stärker das Bild des Bewerbungsverfahrens prägen.

Während im Jahr 2003 fast 40 Prozent der Stellenanzeigen in verschiedenen Printmedien veröffentlicht wurden, waren dies im Jahr 2017 nur zwölf Prozent. Selbst die Jobbörse der Bundesagentur für Arbeit, die zumindest im Jahr 2003 noch 30 Prozent der Stellen vonseiten der Unternehmen erhalten hat, musste sich im Jahr 2016 trotz hohem technischem Aufwand mit knapp 32 Prozent der offenen Stellen zufriedengeben. Aufgrund

des Fachkräftemangels ist dieser Wert 2017 auf 49 Prozent gestiegen. Stellenanzeigen werden häufig mehrfach platziert. So haben 88 Prozent der Unternehmen im Jahr 2017 signalisiert, ihre Stellenausschreibung auf ihrer eigenen Homepage zu veröffentlichen. 72 Prozent der Stellenanzeigen wurden in verschiedenen Online-Stellenportalen (ohne die Jobbörse der Bundesagentur für Arbeit) platziert.

„Mit der vor 20 Jahren geborenen Idee von DGUV job ist der Weg zu individuellen Lösungen schon geebnet.“

Ein Trend, der 2003 noch gar nicht bekannt war: Im Jahr 2017 schalteten Unternehmen auch in Social Media-Kanälen 40 Prozent ihrer Stellenanzeigen. Auf den ersten Blick zeigt das Ergebnis, dass Bewerberinnen und Bewerber ohne Zugang zum Internet so gut wie keine Chance mehr haben, sich zu bewerben und am Arbeitsmarkt teilzunehmen.

Zersplitterung der Jobquellen

Darüber hinaus ist eine zielgerichtete Stellensuche auch für Bewerberinnen und Bewerber mit Internetzugang schwierig aufgrund der Zersplitterung der Quellen (rund 2.000 Online-Stellenbörsen in Deutschland, Millionen von Firmenwebsites und unzählige Tages- und Fachzeitschriften).

Hierbei stellt sich die Frage, wo finden die erfolgreichen Bewerberinnen und Bewerber eigentlich die Stellenanzeigen? Im Jahr 2003 erfolgten immerhin noch 35 Prozent der Neueinstellungen nach Stellenanzeigen in Printmedien, im Jahr 2017 nur noch fünf Prozent. Selbst der Arbeitgeberservice der Bundesagentur für Arbeit verzeichnet bundesweit von 2003 bis 2017 nur eine Quote von vier Prozent. Bei 64 Prozent erfolgten die Neueinstellungen aus Bewerbungen, bei denen das Unternehmen eine Internetstellenbörse oder eine Firmenwebsite in seiner Ausschreibung berücksichtigt hatte. Bei vier Prozent erfolgte 2017 die erfolgreiche Einstellung über eine Stellenanzeige in Karrierenetzwerken oder Social-Media-Kanälen.

Einen Ausblick in die Zukunft geben die Studien (siehe Infokasten). Für das Jahr 2021 gehen die Fachleute davon aus, dass mehr als 90 Prozent aller Bewerbungen in Deutschland auf digitalem Weg erfolgen werden. Schon jetzt sind sowohl E-Mail-Bewerbungen als auch Formular- oder Webportal-Bewerbungen mit jeweils 41 Prozent klar führend.

Im Rahmen von Expertinnen- und Experteninterviews wurden auch die Präferenzen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für die künftigen Werkzeuge im Bewerbungsverfahren erfragt. Hier signalisieren 67 Prozent der Befragten, dass sie Portal-

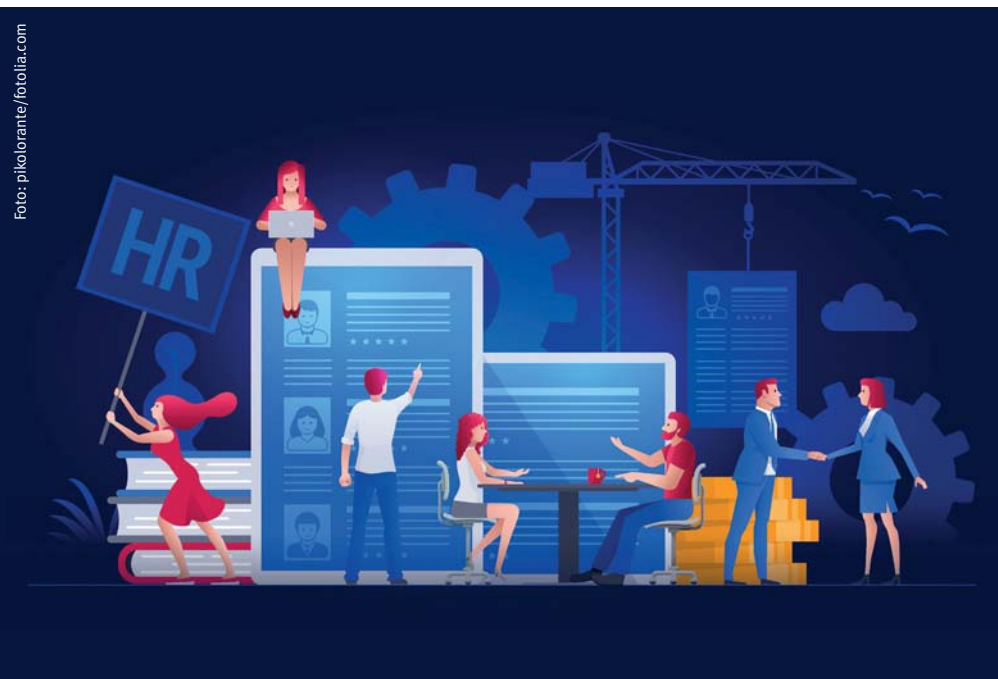
Autor



Thomas Schramm

DGUV job

E-Mail: thomas.schramm@dguv.de



Alles wird digital, auch Jobsuche und Bewerbungsverfahren machen da keine Ausnahme.

bewerbungen als den richtigen Weg ansehen. 23 Prozent favorisieren Bewerbungen per E-Mail. Bei den Bewerberinnen und Bewerbern liegt die Präferenz genau entgegengesetzt: 72 Prozent favorisieren eine Bewerbung per E-Mail, nur 18 Prozent die Portalbewerbung. Der Grund dafür liegt klar auf der Hand: Portalbewerbungen erleichtern die Personalauswahl, da in der Regel ein Algorithmus mit entsprechenden Einstellungen eine Vorauswahl und teils sogar eine tiefere Personalauswahl durchführt. Teilweise werden in diesen Portalbewerbungen neben Bearbeitungszeiten einige Fragen oder Angaben berechnet und bei Überschreitung der Zeit oder Nichtübereinstimmung erfolgt eine automatisierte Nichtberücksichtigung, die die Bewerberinnen und Bewerber jedoch so nicht erkennen können.

Herausforderungen für die Beratung im Reha-Management

Bewerberinnen und Bewerber ohne Internetzugang haben kaum Chancen am Arbeitsmarkt. Es fehlt schon alleine an der Möglichkeit, eine passende Stelle zu finden. Aber selbst wenn diese gefunden wird, fordern Unternehmen meistens einen Bewerbungsweg, den die Bewerberinnen und Bewerber gar nicht realisieren können. Auch der klassische Grundsatz einer lückenlosen Bewerbung und das Berücksichtigen von Ausfall- und Rehazei-

ten greifen so nicht mehr in der Bewerbung. Nach Alter und Geschlecht ist das Thema Behinderung auf Platz 3 der gerichtlichen Auseinandersetzungen nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Professionelle Unternehmensberaterinnen und Unternehmensberater sowie Personalcoaches tendieren schon seit längerer Zeit dazu, eine Bewerbung als „Verkaufsprospekt“ anzusehen und demnach nur positive Eigenschaften, die für die Ausübung der Arbeit erforderlich sind, zu berücksichtigen. Sollten zum Beispiel Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen dargestellt werden, könnte das als „Ich bewerbe mich, aber nimm mich nicht“ verstanden werden. Da mehr als 70 Prozent der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber signalisieren, Absagen auf Bewerbungen derzeit und künftig nicht zu begründen, entwickelt sich eine hohe Diskrepanz zwischen allgemeinen Vorstellungen, wie eine Bewerbung gestaltet werden soll, und den hoch professionellen und spezifischen Erwartungen der Unternehmen. Da sich Unternehmen zunächst nur durchschnittlich zwischen 20 und 60 Sekunden mit einer Bewerbung auseinandersetzen, müssen künftig die Besonderheiten an die Bewerberinnen und Bewerber im Reha-Management hergetragen werden, die sonst Gefahr laufen, trotz guten Potenzials und Talent, nie in die engere Personalauswahl zu kommen.

Was ist zu tun?

Folgende Handlungsfelder müssen für die Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung aktiviert werden:

1. **Stellensuche:** Meta-Suchmaschinen, wie sie DGUV job bereits unterhält, bieten den Zugriff auf mehr als zwei Millionen Stellen aus einer großen Vielzahl an Quellen und können den Bewerberinnen und Bewerber kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.
2. **Bewerbungsoptimierung:** Im Rahmen der Beratung zum Reha-Management müssen zwingend mindestens das Anschreiben und der Lebenslauf im Sinne einer positiven Darstellung (Verkaufsprospekt) optimiert werden. Den Versicherten muss im Rahmen der Beratung die Problematik verdeutlicht und klare Hilfe oder Alternativen angeboten werden.
3. **Hinführung und Coaching** zu Bewerbungen per E-Mail und Portalbewerbungen
4. **Social Media** als Bewerbungstool berücksichtigen
5. **Entwicklung technischer Lösungen** wie zum Beispiel einer speziellen App für das „Mitnehmen“ der Versicherten der Unfallversicherung, die sich auf diesem komplexen Arbeitsmarkt nicht zu helfen wissen. Oft kommt im Rahmen der Beratung im Reha-Management der Hinweis: „Ich habe kein Internet, aber ein Smartphone.“ Die Lösung scheint im Einzelfall gar nicht so weit entfernt.

Mit dem bewährten Prinzip „Alles aus einer Hand“ sollten sich Unfallversicherungsträger und DGUV gemeinsam den künftigen Herausforderungen stellen und den Versicherten im Reha-Management individuelle Lösungen anbieten. Mit der vor 20 Jahren geborenen Idee von DGUV job ist der Weg dazu schon geebnet. ●

i

Quellen

Bewerbung der Zukunft 2017,
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Mobile Recruiting 2018,
Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Digitalisierung und Zukunft
der Arbeit 2019,
Otto-Friedrich-Universität Bamberg

Fallbeispiel einer gelungenen Rehabilitation

Nach einem Jahr wieder am Arbeitsplatz

Ein Unfall mit schwersten Verletzungen. Eine hervorragende medizinische Behandlung. Eine Versorgung mit High-Tech-Hilfsmitteln. Eine gelungene berufliche Wiedereingliederung. Die bestmögliche Rehabilitation.

Das geschilderte Beispiel zeigt, wie durch das Zusammenwirken der verschiedenen Beteiligten für den Betroffenen nach einem schweren Unfall ein Neubeginn in weniger als einem Jahr möglich wird.

Der Unfall

Sascha M. arbeitet am 17. März 2017 als Maschinist und Schichtleiter in einem Betrieb der Abfallwirtschaft, in dem aus Müll Brennstoffe recycelt werden. Eine Zerkleinerungsmaschine hat wiederholt Fehlermeldungen abgegeben und soll gewartet werden. Dazu schaltet er das Gerät aus. Beim Griff in den Motorraum geraten die linke Hand und der Unterarm des 34-Jährigen zwischen die noch nachlaufende Antriebswelle und den Keilriemen und werden gequetscht.

Nach der Ersten Hilfe durch Arbeitskollegen wird er in einer Klinik weiterbehandelt. Dort zeigt sich eine komplexe Hand- und Unterarmverletzung mit Abtrennungen im Handgelenk, in der Mittelhand und in allen Fingern.

Die Klinik

Sascha M. wird auf schnellstem Weg in das BG Klinikum Bergmannstrost Halle gebracht. Die dortige Klinik für Hand- und plastische Chirurgie ist auf die Versorgung schwerster Handverletzungen eingerichtet. Mikrochirurgische Operationen zur Wiederherstellung von Nerven und Gefä-

ßen bis hin zur Replantation von abgetrennten Fingern und ganzen Händen sind zwar grundsätzlich möglich, aber nicht bei den vorliegenden schweren Zerstörungen seiner Hand. Am Unfalltag erfolgt die Amputation der linken Hand im Handgelenk. Bis Ende März folgen zwei weitere Eingriffe mit einer Nachamputation im Unterarm.

Ihrem Patienten Sascha M. vermitteln die Handchirurgen von Anfang an, was nach der folgenden Wundheilung und der Konditionierung des Stumpfes mit einer modernen Prothesenversorgung möglich ist, und schaffen so eine neue Perspektive.

Der Verletzte

Sascha M. zeigt sich vom Verlust der linken Hand und eines Teils des Unterarmes betroffen, aber nicht entmutigt. Im ersten Gespräch mit der Reha-Koordinatorin – wenige Tage nach der letzten Operation – benennt er die Prothesenversorgung und die Rückkehr an seinen Arbeitsplatz als seine persönlichen Ziele.

In der vorbereitenden ersten Stufe der Prothesenrehabilitation erzielt Sascha M. überdurchschnittlich gute Ergebnisse und kann in der Austestung mit den verbliebenen Sehnen und Muskeln elektrische Signale für alle Finger einer myoelektrischen Prothese steuern. In den weiteren Stufen der Prothesenauswahl und des Prothesen-

trainings bringt er sich mit hoher Motivation ein und trainiert auch zu Hause gezielt weiter.

Der Sachbearbeiter

Roland Klinkert erhält wenige Tage nach dem Unfall die ersten Unfallmeldungen und ärztlichen Unterlagen. Als Sachbearbeiter für die Fälle des Reha-Managements ist er im Innendienst der zentrale Ansprechpartner für Sascha M. Von nun an überwacht er den nahtlosen Ablauf aller Rehabilitationsmaßnahmen.

Gleichzeitig sorgt er dafür, dass Sascha M. während der Rehabilitation sowohl alle Leistungen zügig erhält wie auch mit dem späteren Eintritt der Arbeitsfähigkeit im März 2018 die Verletztenrente.

Die Reha-Koordinatorin

Claudia Bartikowski ist die Reha-Koordinatorin der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) im BG Klinikum Bergmannstrost in Halle/Saale. Als besonderen Service für die Versicherten der BG BAU gibt es in allen BG Kliniken Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren, die die Verunfallten direkt vor Ort im Unfallkrankenhaus beraten. Sie besucht Sascha M. unmittelbar nach der operativen Versorgung am Krankenbett und betreut ihn bis zum Abschluss der stationären und ambulanten Rehabilitation in allen Fragen der Rehabilitation im Bergmannstrost. Sie ist auch die Ansprechpartnerin für die Ärztinnen und Ärzte des Klinikums. Mit Sascha M., der Handchirurgin und den Therapeuten plant sie vor Ort den optimalen Rehabilitationsverlauf und passt die Planung kurzfristig an den Behandlungsfortschritt an. Alle Rehabilitationsmaßnahmen werden von ihr schnell genehmigt. Nach der Wundheilung und der Stumpfkonditionierung organisiert sie den frühestmöglichen Beginn des dreistufigen myoelektrischen Prothesentrainings.

Autor



Jürgen Stucke

Region Nord/Fachabteilung Rehabilitation und Leistungen
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
E-Mail: juergen.stucke@bgbau.de

Ein Beispiel für gelungene Rehabilitation: Ein Jahr nach einem schweren Arbeitsunfall kann Sascha M. seine Arbeit als Schichtleiter wieder aufnehmen.



Selbst das gelegentliche Führen eines Radladers ist für Sascha M. mit der Prothese möglich.

Die Reha-Einrichtung

Das Nicolaizentrum in Leipzig bietet ein Rehabilitationsmodul zur myoelektrischen Prothesenversorgung bei komplexen Amputationsverletzungen an. Sascha M. wird dort in der ersten Stufe im Juli 2017 auf die Prothetik vorbereitet. Im September 2017 findet in der zweiten Stufe die Auswahl des für ihn optimalen Prothesenmodells statt. Im Januar 2018 trainiert er hier bereits mit seiner individuell angepassten Prothese.

Der Hilfsmittelbeauftragte

Frank Orlea ist Hilfsmittelbeauftragter bei der BG BAU. Als Spezialist ist er mit den neuesten Entwicklungen im Bereich High-Tech-Prothesen vertraut. Von der ersten Testversorgung über die individuell angepasste Prothese bis hin zur Wechselversorgung mit einer robusten Arbeitsprothese stellt er im Kontakt mit den Leistungserbringern sicher, dass die für Sascha M. erforderlichen Hilfsmittel zur Verfügung stehen, sobald sie benötigt werden.

Der Arbeitstherapeut

Den Arbeitstherapeuten Ralf Zörkler lernt Sascha M. bei den Reha-Planungsgesprächen im Klinikum Bergmannstrost kennen. Als spezialisierter Ergotherapeut be-

reitet er Verletzte auf die Rückkehr in den Beruf vor. Nach dem Abschluss der Prothesenrehabilitation testet er aus, wie belastbar Sascha M. am bisherigen Arbeitsplatz ist. Auf dieser Basis berät er Sascha M. und seinen Arbeitgeber zu den erforderlichen Anpassungen des Arbeitsplatzes, damit die Arbeit mit der Prothese bewältigt werden kann.

Der Reha-Manager

Olaf Wodrich ist der zuständige Reha-Manager. Er betreut Sascha M., seit er das BG Klinikum verlassen hat, und unterstützt ihn bei der Wiedereingliederung in den Betrieb. Ende Januar 2018 begleitet er Sascha M., den Arbeitstherapeuten und den Arbeitgeber bei der Betriebsbegehung. Dabei werden im Verfahren des Betrieblichen Eingliederungsmanagements alle nötigen Veränderungen und Anpassungen vor Ort besprochen.

Danach steht fest, dass Sascha M. im Februar 2018 mithilfe einer kurzen Arbeits- und Belastungserprobung als Trainingsmaßnahme in die Tätigkeit als Schichtleiter zurückkehren kann.

Der Arbeitgeber

Die Geschäftsleitung Kreiswerke Delitzsch hat keinen Zweifel daran, dass Sascha M.

als bewährte Fachkraft im Betrieb gehalten und weiterbeschäftigt wird. Die Arbeitsanforderungen werden neu gewichtet. Zukünftig wird er ausschließlich als Schichtleiter eingesetzt. Die überwachenden, steuernden und anleitenden Arbeiten sind ihm bekannt und lassen sich von ihm bewältigen. Selbst das gelegentliche Führen eines Radladers ist mit der Prothese möglich.

Neubeginn

Am 12. März 2018, nur ein Jahr nach dem Arbeitsunfall, nimmt Sascha M. seine Arbeit als Schichtleiter endgültig wieder auf.

Fazit

Die gelungene Wiedereingliederung binnen eines Jahres wäre ohne das beschriebene enge Zusammenspiel aller Beteiligten nicht denkbar gewesen. Dazu gehören: die optimale handchirurgische Versorgung im BG Klinikum, die frühzeitige enge Begleitung des motivierten Verletzten durch die Reha-Koordination, die optimale Nachbehandlung und die hochwertige Prothesenversorgung bis zur individuellen Eingliederung mit arbeitstherapeutischer Unterstützung und einem im Sinne der Inklusion vorbildlich mitwirkenden Arbeitgeber. ●

Selbstbestimmte Elternschaft durch Elternassistenz

Eine Unfallkasse geht neue Wege bei der Förderung sozialer Teilhabe

Eine Elternassistenz kann Menschen mit Behinderung dabei unterstützen, eine selbstbestimmte Elternschaft zu leben. Zentraler Baustein dafür ist der richtige Dienstleister.

Selbstbestimmt Entscheidungen treffen, nach eigenen Wertevorstellungen und Bedürfnissen leben und sich in der Gesellschaft einbringen oder auch nicht, ist für die meisten Menschen ohne Behinderung selbstverständlich. Es ist ein Bedürfnis, nach dem alle streben, meist ohne darüber nachzudenken und sich dessen bewusst zu werden.

Für Menschen mit Behinderung ist ein selbstbestimmtes Leben dagegen nicht selbstverständlich, weil oftmals Rahmenbedingungen dafür geschaffen werden müssen. Dahingehend ist in den vergangenen Jahren ein gesellschaftlicher Wandel angestoßen worden, zu dem die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) wesentlich beigetragen hat. Ihr vorausgegangen ist unter anderem die Independent-Living-Bewegung, die Vorstellungen für eine gleichberechtigte und unabhängige Lebensführung bereits seit den 1960er-Jahren entwickelte. Die persönliche Assistenz wird entsprechend als Ab-

Autorinnen und Autor

Stephanie Philipp

Reha-Management bei der Unfallkasse Brandenburg
E-Mail: s.philipp@ukbb.de

Prof. Dr. Bert Wagener

Rehabilitationswissenschaft, Schwerpunkt Teilhabe, und Psychologie Hochschule der DGUV (HGU)
E-Mail: bert.wagener@dguv.de

Prof. Dr. Silke Trumpa

Institut für wissenschaftliche Weiterbildung und Personalentwicklung (IWP)
E-Mail: silke.trumpa@srh.de

i

Im Rahmen des kooperativ angebotenen Zertifikatsstudiums „Rehabilitationsmanagement“ der Hochschulen HGU und SRH setzte sich die Teilnehmerin Stephanie Philipp, tätig bei der Unfallkasse Brandenburg, mit ihren Betreuern Prof. Dr. Silke Trumpa (SRH Hochschule Heidelberg) und Prof. Dr. Bert Wagener (Hochschule der DGUV) in ihrer Abschlussarbeit mit dem Thema „Selbstbestimmte Elternschaft durch Elternassistenz unter Zuhilfenahme eines Dienstleisters im Rahmen der Sachleistungserbringung für den Leistungsteilbereich der sozialen Teilhabe in der gesetzlichen Unfallversicherung“ auseinander.

kehr von der fremdbestimmt geprägten Behindertenhilfe zur selbstbestimmten Abgrenzung verstanden. Mit ihr wird ein Nahbereich der Intimität und Privatsphäre geschaffen, die über die Befriedigung bloßer Grundbedürfnisse wie Satttheit und Sauberkeit hinausgeht.¹ Dabei wird nach Art. 19b der UN-BRK die Assistenz als geeignete Maßnahme für eine unabhängige Lebensführung, Teilhabe und Schutz vor Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft verstanden.

Insofern rückt die Assistenz immer mehr in den Fokus der Öffentlichkeit. Sie kann in vielen Bereichen und Lebensabschnitten zum Einsatz kommen, so zum Beispiel auch in der Lebensphase der Familiengründung und Kindererziehung als Elternassistenz. Die Elternassistenz übernimmt dabei Unterstützungsleistungen im Umgang mit dem Kind, die Eltern mit Behinderung benötigen, um ihre Vorstellungen von Elternschaft wahrnehmen zu können, ohne dabei die eigene Verantwortung und Sorge als Eltern und/oder als Familie mit eigenen Lebensvorstellungen abzugeben.

Mit der Elternassistenz werden also Grund- und Menschenrechte nach dem Grundgesetz (Schutz vor Benachteiligung, Schutz der Familie, freie Entfaltung der Persönlichkeit) und der UN-BRK gesichert, sodass die Assistenz als solche gesellschaftlich bedeutsam ist. Für die gesetzliche Unfallversicherung, insbeson-

dere für das Reha-Management, ist die Elternassistenz insofern ein geeignetes Mittel, weil sie hilft den gesetzlichen Auftrag im Rahmen der sozialen Teilhabe für eine selbstbestimmte Lebensweise in einer inklusiven Gesellschaft im Sinne der UN-BRK unter Beachtung des SGB IX (Bundesteilhabegesetz) zu erfüllen.

Konkret wird durch das Bundesteilhabegesetz im SGB IX die Elternassistenz in § 78 Abs. 1, 3 SGB IX, eingefasst im Kapitel 13 über die soziale Teilhabe, aufgeführt und bietet der gesetzlichen Unfallversicherung eine Rechtsgrundlage speziell für Eltern mit Behinderung. Die gesetzliche Unfallversicherung greift für soziale Teilhabeleistungen regelmäßig auf § 39 Abs. 1 SGB VII zurück. Diese Rechtsvorschrift enthält insbesondere durch § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII keine Einschränkungen oder abweichende Regelungen. Insofern kann soziale Teilhabe durch Assistenzleistungen und in Bezug auf das gegenständliche Thema durch die Elternassistenz auf Grundlage des § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII i. V. m. §§ 7, 78 Abs. 1, 3 SGB IX verwirklicht werden.

Für das Reha-Management ist die Implementierung einer Elternassistenz in eine Familie jedoch keine einfache Aufgabe. Es treffen Menschen aufeinander, die miteinander unter Wahrung der Selbstbestimmung des leistungsempfangenden Elternteils kommunizieren und zusam-

menarbeiten sollen. Es geht dabei um eigene Ansichten, Wünsche und Bedürfnisse, aber auch um Privatsphäre, da die Elternassistenz im häuslichen Bereich der Betroffenen, vor allem im Bereich der elterlichen Fürsorge um ein Kind, tätig ist. Anhand eines eingetretenen Falles von Elternassistenz wurde die Wirkungsweise unter Zuhilfenahme eines Dienstleisters in Hinblick auf die Selbstbestimmung der Mutter im Einzelfall untersucht. Dabei standen sich die Versicherte als Betroffene, das ausführende Personal der Elternassistenz sowie der Dienstleistungsanbieter gegenüber. Jede Gruppe brachte eigene Vorstellungen zur Selbstbestimmung und Assistenz ein, deren gemeinsame Klärung bei der Einzelfallbetrachtung zentral war.

Es fanden Interviews mit den beteiligten Personen in der Anfangsphase und rund vier Monate nach dem Beginn der Elternassistenz statt. Dabei sollte herausgefunden werden, welche Maßnahmen seitens des Reha-Managements zu ergreifen sind, um in der Anfangsphase mit der Elternassistenz als Teilhabeleistung erfolgreich zu sein.

Frau B. erhebt Anspruch auf ein „normales“ Familienleben

Die Versicherte (Frau B.) erlitt als Kind bei einem Verkehrsunfall ein schweres

Schädel-Hirn-Trauma mit Verletzung des Hirnstammes. Aus dem Unfall resultieren im Wesentlichen ein hirnorganisches Psychosyndrom mit Einschränkungen des kognitiven Leistungsvermögens und der Sprache. Darüber hinaus bestehen Bewegungs- und Koordinationsstörungen der linken Körperhälfte (Hemiparese).

„Die Elternassistenz übernimmt Unterstützungsleistungen im Umgang mit dem Kind für Eltern mit Behinderung.“

Im Juli 2016 informierte Frau B., inzwischen verheiratet, den Unfallversicherungsträger über ihren Kinderwunsch und bat in diesem Zusammenhang um eine personelle Unterstützung in den ersten zwei bis drei Lebensjahren. Sie begründete ihr Anliegen mit dem Wunsch nach einem normalen Leben mit Kindern und Partner. Für die Antragstellung und den weiteren Verfahrensablauf wandte sich Frau B. an einen Dienstleister, der in ihrem Wohnort eine Beratungsstelle für gesellschaftliche Teilhabe betreibt und in

der Umgebung verschiedene soziale Einrichtungen unterhält.

Im April 2017 erfolgte die Bekanntgabe der Schwangerschaft. Der Dienstleister erklärte sich bereit, die Elternassistenz zu erbringen, und unterbreitete ein Kostenangebot entsprechend den Abwesenheitszeiten des Ehemanns während seiner Erwerbstätigkeit im Schichtbetrieb.

Um die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft der Frau B. hinreichend zu sichern, wurde der Antrag auf Elternassistenz gemäß § 39 Abs. 1 Nr. 2 SGB VII (ab 2018: i. V. m. §§ 7, 78 Abs. 1, 3 SGB IX) noch vor Geburt des Kindes bewilligt. So erhielt auch der Dienstleister Planungssicherheit, die Elternassistenz entsprechend dem angegebenen Kostenrahmen zu organisieren. Das Kind kam schließlich im September 2017 zur Welt. Nach dem Ablauf der väterlichen Elternzeit begann die Elternassistenz Mitte Januar 2018. Die Assistenz übernahmen bei der Abwesenheit des Vaters drei Frauen im Schichtbetrieb in Teilzeitanstellung. Eine fachliche Qualifikation war dafür keine Voraussetzung.

Aushandlungsprozesse der beteiligten Personen

Interviewt wurden die Personengruppen Versicherte, Verwaltungskoordination und Assistenz zu den Themenkomplexen Selbstbestimmung, Assistenz, Konflikte und positive Aspekte.

Zum Themenkomplex Selbstbestimmung herrschte ein Konsens zwischen den Interviewpartnerinnen. Unter Leitung und Steuerung des Dienstleisters „Finde deine Mutterrolle. Du gibst den Ton an. Du sagst den Elternassistenten, ich möchte jetzt stillen, ich möchte jetzt mein Kind ins Bett bringen“ versus Versicherte „Dass die das so machen, wie ich das möchte“ versus Assistenz „Sie selbst entscheiden kann, was sie und wie sie es macht. Im Ganzen, wirklich im Ganzen. Egal um was es geht“, wurde der Begriff der Selbstbestimmung im Sinne der Mutter einheitlich verstanden und umgesetzt. Im Kern bedeutete Selbstbestimmung für die Beteiligten, ein eigenes Verständnis von Muttersein zu entwickeln und dieses gegenüber der Assistenz kommunizieren zu können.

Auch zum Begriff der Assistenz bestand weitgehend Einigkeit unter den verschiedenen Personengruppen. Assistenz ist ei- ▶

Elternassistenz hilft Frauen mit Behinderung bei einer selbstbestimmten Mutterschaft.



ne ausführende Unterstützungshilfe zum Ausgleich der Behinderung, ohne dabei die Integrität der Versicherten auszuhebeln. Vorausschauend – aber durchaus nicht unumstritten – erweiterte die Verwaltungskoordination den Begriff der Assistenz um eine Beratungsfunktion. Assistenz wurde hier interpretiert als Impuls, der die Mutter zur Selbstständigkeit im Umgang mit dem Kind anleitet, um die Assistenz selbst entbehrlich zu machen.

Aufgetretene Probleme wurden stets aus dem eigenen Blickwinkel der drei Personengruppen beurteilt. So lag der Schwerpunkt bei der Versicherten in aufgetretenen Konflikten mit den Assistentinnen im Umgang mit dem Kind. Für die Assistentinnen war dagegen die Abgrenzung von der Mutter und die dafür notwendige eigene Zurückhaltung ein Problem. Die Verwaltungskoordination sah dagegen in der Begleitung und Koordination des Dienstes ein Thema mit Hürden. „Ja, also insgesamt ist es halt das Thema der Begleitung und Koordination des Dienstes. Was wir auch am Anfang nicht so hoch eingeschätzt haben, was halt einfach damit zu tun hat, dass man auch Absprachen einfach erst mal so entwickeln muss, auch mit der Familie.“

Positiv wurde von der Versicherten bemerkt, dass die Assistentinnen im Umgang mit ihrem Kind auf sie hören, wenn sie möchte, dass es zum Beispiel nicht hochgenommen werden soll. Auch die Betreuung durch den Dienstleister wird positiv bewertet. Die Assistentinnen hoben die Kommunikation mit der Versicherten als positiv hervor. Sie begrüßen ihre Fähigkeit, ihren Willen klar zu äußern, sodass es ihnen möglich ist, darauf einzugehen. Für die Verwaltungskoordination wurde die Kooperationsfähigkeit der Versicherten zum Thema Assistenz und Selbstbestimmung in Bezug auf die eigene Mutterrolle positiv beurteilt. „Das hätte auch ganz anders laufen können [...], dass Frau B. sich nicht einfindet, dass sie immer sagen will: ‚Nee, mach du mal das Kind und so‘.“

Es wurde auch bei diesem Themenkomplex deutlich, dass die interviewten Personen ihre je eigene Perspektive auf die Situation haben. Die Versicherte und die Assistentinnen blickten dabei auf die Kommunikation im Umgang mit- und zueinander. Die Verwaltungskoordination

legte den Fokus auf die Versicherte und ihr Verständnis zur zuvor definierten Selbstbestimmung. In der Gesamtschau lagen alle drei Personengruppen nah beieinander, da sich unter Anleitung der Verwaltungskoordination der Umgang und das Verständnis zwischen der Versicherten und der Assistentinnen in der Praxis miteinander verzahnt haben.

Hohe Komplexität beim Einsatz von Elternassistenz

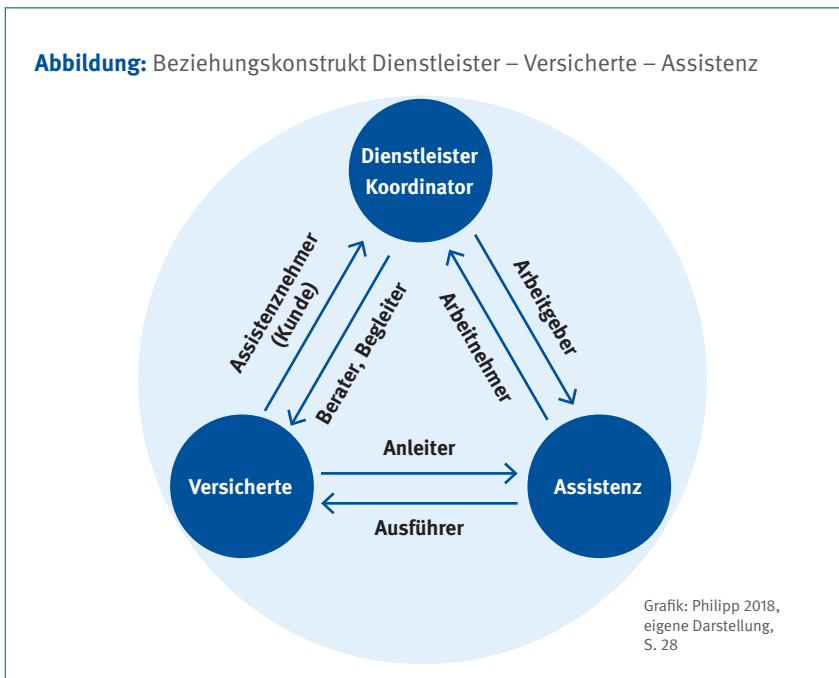
Das Ergebnis spiegelt die Komplexität bei der Organisation und Begleitung einer Elternassistenz wider. Verschiedene Personengruppen mit je eigenen Vorstellungen zur Assistenz und Selbstbestimmung treffen aufeinander. Insofern muss erst einmal ein Konsens zu den Grundbegriffen der Assistenz und Selbstbestimmung gefunden und sich positioniert werden. Das ist im Fallbeispiel gelungen. Die Bedeutung von Assistenz und Selbstbestimmung – unter Beachtung der persönlichen Meinung der Versicherten – herauszuarbeiten ist daher ein wichtiger Schritt in der Anfangsphase, sodass im weiteren Verlauf anhand entwickelter Grundsätze durch den Dienstleister entsprechend weiter (ein)gewirkt werden kann.

So entsteht ein komplexes Beziehungsgeflecht zwischen der Versicherten, den Assistentinnen und dem Dienstleister. Jede Personengruppe für sich nimmt dabei ihre eigene Position und Funktion ein (siehe Abbildung).

Dabei kommt dem Dienstleister eine bedeutsame Rolle im Verfahren zu. Dieser ist zum einen Ansprechperson für die Versicherte und zum anderen Arbeitgeber gegenüber den Assistentinnen mit der Aufgabe, diese auf ihre Tätigkeit in der Familie vorzubereiten. Dabei überwacht und begleitet das Dienstleistungsunternehmen das Verfahren. Hierfür muss es in der Lage sein, bei auftretenden Problemen und Konflikten steuernd einzugreifen und Lösungsansätze zu entwickeln.

Für das Reha-Management der gesetzlichen Unfallversicherung ist dies eine wichtige Erkenntnis. Denn eine als Sachleistung zu erbringende Elternassistenz durch einen Dienstleister erfordert eine gute Vorbereitung zur Anbahnung eines gemeinsamen Grundverständnisses über Selbstbestimmung und Assistenz bei vorhandener Behinderung. Erst nach dieser Klärung sollte weiter verfahren und die beteiligten Personengruppen betreut und entsprechend (an-)geleitet werden, sodass Einklang mit den Gesetzmäßigkeiten besteht und der gesetzliche Auftrag in diesem Sinne erfüllt werden kann. Insofern ist die Verwaltungs- und Koordinationsarbeit des Dienstleisters, insbesondere in der Anfangsphase zur Themenerfassung, Personaleinstellung und -schulung, Beratung und Absprache mit der Familie, nachvollziehbar aufwendig. Entsprechend müssen Kosten für den Verwaltungsaufwand on top zu den Personalkosten der Assistentinnen in der Bedarfsermittlung einkalkuliert werden.

Abbildung: Beziehungskonstrukt Dienstleister – Versicherte – Assistenz



Grafik: Philipp 2018, eigene Darstellung, S. 28

Zu beachten ist auch, dass es sich um keinen starren Prozess der Begleitung handelt. Das liegt in der Zusammenarbeit von Menschen begründet, deren Ansichten, Wünsche und Bedürfnisse sich auch ändern können. Dabei spielt die fortschreitende Kindesentwicklung eine besondere Rolle, da sich dadurch die Versicherte in ihrer Mutterrolle und damit in ihrem Verständnis von Selbstbestimmung weiterentwickelt. Deshalb sind eine stetige Reflexion, Besprechung und enger Austausch, zum Beispiel der Assistentinnen untereinander, wichtig. Die Bedürfnisse der Versicherten sollten dabei im Fokus behalten werden.

Dies wird folglich Einfluss auf das Tätigwerden der Assistentinnen haben, erst recht, wenn im Sinne des Empowerments gemeinsam Ideen mit der Mutter zum Umgang mit dem Kind entwickelt werden sollen. Das erfordert ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten, Empathie und Einfühlungsvermögen der Assistentinnen, da die Versicherte und Mutter die Ideenfindung nicht als Einmischung und Bevormundung verstehen soll. Insofern muss die Versicherte für die Ideenfindung auch bereit sein und der Assistenz diesbezüglich offen gegenüberstehen. An dieser Stelle muss dann gegebenenfalls der Dienstleister zusätzliche eine Beratungsleistung zur Verfügung stellen. Insbesondere dann, wenn keine spezifische fachliche Ausbildung als Einstellungsvoraussetzung für die Übernahme einer Elternassistenz vorgesehen ist.

Nicht zu unterschätzen ist auch der entstehende Nahbereich zwischen der Versicherten und den Assistentinnen, mit ihren unterschiedlichen Persönlichkeiten, im häuslichen Bereich und damit in der Privatsphäre der Versicherten. Das ist ein sensibles Thema und bietet Konfliktpotenzial, worauf auch der Dienstleister in der Lage sein muss, einzugehen.

Für den Unfallversicherungsträger ist es daher wichtig, im Rahmen des Reha-Managements bei der Sachleistungserbringung einer Elternassistenz einen Dienstleister zu akquirieren, der in der Lage ist, diese komplexen Aufgabenbereiche des Entwicklers, Gestalters, Beraters, Begleiters und Arbeitgebers in der jeweiligen Rolle auszufüllen. Die Beauftragung eines Dienstleisters erfordert zudem die Durchführung von Vor- und Verlaufsgesprächen

zur Verfahrensabsprache und Abstimmung der Assistenz in Hinblick auf die Wahrung der Selbstbestimmung der Versicherten.

Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Funktionsweise einer Elternassistenz in Hinblick auf die Selbstbestimmung der Assistenznehmerin komplex gestaltet und kein statischer Zustand ist. Zudem hängt der Erfolg einer Elternassistenz maßgeblich von der betroffenen Person selbst und den umgebenden Beteiligten ab.

„Die Elternassistenz ist ein komplexes Beziehungsgeflecht zwischen Versicherten, Assistentinnen und Dienstleister.“

Eine bedeutsame Rolle kommt hierbei dem Dienstleister zu, bei dem die Fäden aus dem einzelnen Beziehungskonstrukt zusammenlaufen und der eine Schnittstelle zum Leistungsträger bildet. Deshalb sind in Bezug auf den Dienstleister eine gute Netzwerkbildung und -pflege erforderlich. Insofern sollte sich die Reha-Managerin oder der Reha-Manager zum Dienstleister orientierend fragen, in welchem Bereich (zum Beispiel Behindertenhilfe) dieser tätig wird, welche Dienstleistungen angeboten werden, ob dabei Erfahrungen zur Assistenz vorgewiesen werden können und welche grundlegenden Leitgedanken zum breiten Thema der Selbstbestimmung entwickelt sind. Können all diese Fragen positiv beantwortet werden, ist eine gute Basis für die Zielerreichung einer selbstbestimmten Elternschaft entsprechend des gesetzlichen Auftrages geschaffen.

In welche Richtung sich die Elternassistenz und die Beziehungen der Beteiligten untereinander jedoch entwickeln, hängt im Verlauf auch von der Entwicklung des Kindes ab und den damit verbundenen, steigenden Anforderungen an die Eltern und die Assistentinnen. Es gilt zu fragen, ob es hier eine Schnittstelle zu den Trägern der Jugendhilfe zu nutzen gilt, weil möglicherweise die Mutter an Grenzen ihrer Selbstbestimmung

stößt. Dies sollte bei der Begleitung durch das Reha-Management mit betrachtet werden.

Parallel hierzu könnte für die Versicherte eine Peer-Beratung eine sinnvolle Plattform sein, um außerhalb der Dreiecksbeziehung in Kommunikation mit anderen Betroffenen zu treten und sich auszutauschen. Dies könnte vor allem vor dem Hintergrund erfolgen, dass die Versicherte Impulse für die (Zusammen)Arbeit mit der Assistenz erhält, um ihre Handlungskompetenzen zur eigenen Selbstbestimmung zu stärken. ●



Fußnote

[1] Vgl. Mürner & Sierck 2013, S. 104, 113; Vernaldi, 2015, S. 246



Weitere Informationen zum 1,5-jährigen Zertifikatsstudium „Rehabilitationsmanagement“ das in Kooperation der HGU und der SRH Hochschule Heidelberg berufs begleitend durchgeführt wird, unter: www.dguv.de, Webcode: d103717



Literatur

Mürner, C.; Sierck, U.: Behinderung. Chronik eines Jahrhunderts. Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn, 2013

Philipp, S.: Selbstbestimmte Elternschaft durch Elternassistenz unter Zuhilfenahme eines Dienstleisters im Rahmen der Sachleistungserbringung für den Leistungsteilbereich der sozialen Teilhabe in der gesetzlichen Unfallversicherung. Projektarbeit im Rahmen des Zertifikatsstudiums „Rehabilitationsmanagement“ in der gesetzlichen Unfallversicherung“. DGUV Hochschule (HGU). SRH Hochschule Heidelberg, 2018, unveröffentlicht

Vernaldi, M.: Durch Persönliche Assistenz zu einem selbstbestimmten Leben – ein Erfahrungsbericht. In: Degener, T. & Diehl, E. (Hrsg.), Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe (S. 241–252). Bundeszentrale für politische Bildung. Bonn, 2015



Denise Cassel ist Reha-Koordinatorin im BG Klinikum Duisburg und hat einen festen Arbeitsplatz vor Ort. Bei Bedarf berät sie die Versicherten der BG BAU auch direkt am Krankenbett.

Reha-Koordination

Vor Ort in den BG Kliniken

Für eine bestmögliche Rehabilitation und Betreuung von schwerstverletzten Versicherten hat die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) 2014 die Reha-Koordination eingeführt. Beschäftigte der BG BAU – die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren – sind seitdem in den Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken vertreten und für die am Heilverfahren Beteiligten jederzeit präsent und schnell ansprechbar.

Das Ziel der BG BAU ist es, die Versicherten nach schweren Arbeitsunfällen so früh wie möglich zu beraten, also bereits während der Akutbehandlung, und somit einen nahtlosen und optimalen Rehabilitationsverlauf sicherzustellen. Aus diesem Grund hat die BG BAU feste Ansprechper-

sonen – die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren – in die BG Kliniken entsandt. Die Reha-Koordination ist somit ein erweitertes Dienstleistungsangebot für die Versicherten der BG BAU und unterstützt das bewährte Reha-Management in den BG Kliniken.

Bereits im Jahr 2014 wurden die ersten Reha-Koordinatoren und Reha-Koordinatorinnen der BG BAU in den BG Kliniken eingesetzt. Seit Anfang 2015 sind sie nun bundesweit in allen neun BG Kliniken tätig. Jeder BG Klinik ist ein fester Reha-Koordinator oder eine feste Reha-Koordinatorin zugeordnet, der oder die an mindestens vier Tagen in der Woche vor Ort ist. Mit einem eigenen Büro im Klinikgebäude ist die Reha-Koordination fest in den Klinikalltag integriert und für die am Heilverfahren Beteiligten schnell ansprechbar. Durch die enge Vernetzung mit der BG Klinik gelingt es, die schwerstverletzten Versicherten der BG BAU bereits während der akutstationären Behandlung aufzusuchen und das Heilverfahren aktiv zu steuern. Weiterhin betreuen die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren die Versicherten der

Autorin



Caroline Fänger

Abteilung Steuerung Rehabilitation und Leistungen
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU)
E-Mail: caroline.faenger@bgbau.de

BG BAU auch während der Rehabilitationsmaßnahmen in den BG Kliniken. Sowohl für die Angehörigen als auch für die Versicherten sind sie die zentralen Ansprechpersonen während des gesamten Aufenthaltes. Durch die kurzen Wege, den guten Kontakt zum Klinikpersonal und durch die Nähe zu den Versicherten stellt die Reha-Koordination das Bindeglied zwischen der Verwaltung, der BG Klinik sowie den versicherten Personen dar.

„Mit der Reha-Koordination ist es der BG BAU gelungen, die Schnittstellen zwischen den BG Kliniken, den Versicherten und der Verwaltung zu optimieren.“

Die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren besitzen umfangreiche Entscheidungskompetenzen und können unbürokratisch im persönlichen Gespräch über Maßnahmen entscheiden sowie Kostenzusagen erteilen. So ist sichergestellt, dass die Prozesse beschleunigt und auftretende Probleme im Reha-Verfahren zeitnah mit den Versicherten, Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeuten und Therapeutinnen besprochen und gelöst werden können. Neben persönlichen Beratungen am Krankenbett sind die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren auch in den Sprechstunden anwesend und erstellen beispielsweise die Reha-Pläne.

Reha-Koordination versus Reha-Management

Die Reha-Koordination übernimmt die gesamten Aufgaben des Reha-Managements in den BG Kliniken. Besonderheiten sind die ständige Präsenz vor Ort und der feste Arbeitsplatz in den Kliniken, während die Reha-Managerinnen und Reha-Manager die Kliniken nur nach Bedarf aufsuchen und Beratungen auch bei anderen Netzwerkpartnern, im häuslichen Bereich oder am Arbeitsplatz durchführen.

Schwerpunkt der Reha-Koordination ist die umfassende persönliche Betreuung und Beratung der schwerstverletzten Versicherten sowie die Reha-Planung innerhalb der BG Klinik. Dadurch kann auf Veränderungen im Heilverfahren flexibel und schnell reagiert werden. Damit ihnen hier-

für genug Zeit bleibt, sind sie von vielen klassischen Verwaltungsaufgaben befreit.

Sobald die Versicherten entlassen werden, übernehmen die Reha-Managerinnen und die Reha-Manager der BG BAU die weitere Unterstützung außerhalb der Klinik. Insbesondere bei besonders komplexen und schweren Verletzungen mit umfangreichem Steuerungsbedarf erfolgt eine strukturierte Fallübergabe zwischen der Reha-Koordination und dem Reha-Management, sodass die weitere Planung und Umsetzung der Maßnahmen reibungslos erfolgen kann.

Offene Sprechstunden im ambulanten Bereich – ein ergänzender Service

Da sich das Konzept in den vergangenen Jahren bereits bewährt hat und sich die persönlichen Beratungen deshalb mehr als verdoppelt haben, wurde inzwischen eine offene Sprechstunde für die Versicherten der BG BAU im ambulanten Bereich eingeführt. In der BG Ambulanz Bremen und in der Unfallbehandlungsstelle Berlin steht den Versicherten der BG BAU nun auch während der nachstationären Behandlungsphase eine Reha-Managerin zur Seite. Die offenen Sprechstunden sind ein weiteres ergänzendes Angebot zum regulären Reha-Management. Mit diesem Service wird den Versicherten eine zusätzliche Möglichkeit angeboten, einen unmittelbaren persönlichen Kontakt zur BG BAU herzustellen.

Viele Versicherte werden nach der Entlassung aus den BG Kliniken in den Unfallambulanzen weiterbehandelt. Durch die Ausweitung der Präsenz auch auf die ambulanten Behandlungszentren kann die in der BG Klinik erstellte Reha-Planung konsequent überwacht und umgesetzt werden. Es entsteht somit ein fließender Übergang zwischen den Rehabilitationsmaßnahmen.

Weiterhin hat sich gezeigt, dass viele Probleme erst während der ambulanten Behandlung auftreten und häufig ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. Diesem will die BG BAU mit den offenen Sprechstunden gerecht werden. Um Beratungslücken zu schließen, betreut die zuständige Reha-Managerin während der offenen Sprechstunden in den Unfallambulanzen bei Bedarf auch versicherte Personen, die nicht dem Reha-Management zugeordnet sind. Dadurch gelingt es, Komplikationen rechtzeitig zu identifizieren und steuernd einzugreifen, bevor eine Störung im Heilverlauf eintritt.

Positive Bilanz

Mit der Reha-Koordination ist es der BG BAU gelungen, die Schnittstellen zwischen den BG Kliniken, den Versicherten und der Verwaltung zu optimieren und eine individuelle, zeitnahe persönliche Betreuung der Schwerstverletzten sicherzustellen. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv, sowohl vonseiten der Versicherten als auch aus den Kliniken. Mithilfe der Reha-Koordination kommt den Versicherten von Anfang an eine bestmögliche Betreuung zugute, wovon letztendlich alle Beteiligten profitieren. Das Reha-Management und die offene Sprechstunde sorgen auch nach der Klinikentlassung für eine engmaschige Betreuung. ●



Die Reha-Koordinatorinnen und Reha-Koordinatoren sind in allen neun BG Kliniken vertreten. In der BG Ambulanz Bremen und der Unfallbehandlungsstelle Berlin bietet die BG BAU eine offene Sprechstunde an.

Qualitätssicherung der DGUV

Ergebnisse der Evaluation der Durchgangsarztberichte

Die Universitätsmedizin Greifswald hat die Dokumentationsqualität in Durchgangsarztberichten evaluiert. Jetzt liegen die Ergebnisse vor.

Das Qualitätssicherungsprojekt zur Evaluation der Durchgangsarztberichte

Die DGUV hat als Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand nach § 2 Abs. 4 Nr. 8 der Satzung der DGUV die Aufgabe, die Qualität der Heilverfahren und Rehabilitationsmaßnahmen zu sichern. Sie hatte das Institut für Community Medicine der Universität Greifswald beauftragt, ein Projekt zur Sicherung der Dokumentationsqualität in den Durchgangsarztberichten (D-Berichten) durchzuführen.

„Mehr als 50 Prozent aller D-Berichte im niedergelassenen Bereich erhielten die Note ‚sehr gut‘ oder ‚gut‘.“

Zur standardisierten Beurteilung der D-Berichte wurde in einem sogenannten Peer-Review-Verfahren eine Checkliste mit neun spezifischen Beurteilungskategorien eingesetzt (Szcotkowski et al., 2017). Die

Checkliste wurde in einem vorausgegangenen Forschungsprojekt erfolgreich entwickelt und erprobt. Für jede Beurteilungskategorie war durch Beantwortung einer Checklistenfrage das Vorliegen eines Mangels entweder zu verneinen oder zu bejahen (Abbildung 1). Abschließend war die allgemeine D-Berichtsqualität mit einer Gesamtnote einzuschätzen (1 = sehr gut, 6 = ungenügend).

Die Beurteilenden waren Fachkollegen und Fachkolleginnen mit langjähriger Erfahrung als Durchgangsarzt oder Durchgangsärztin (= Peers), die zuvor durch Trainingsfälle und ein ausführliches Manual auf ihre Aufgabe vorbereitet wurden.

Warum ist eine vollständige und schlüssige Dokumentation im D-Bericht wichtig?

Der D-Bericht ist eine zentrale Informationsquelle für die Unfallversicherungsträger. Er wird beim erstmaligen Aufsuchen wegen eines Arbeits-, Schul- oder Wegeunfalls vom Durchgangsarzt (D-Arzt) oder von der D-Ärztin für die zuständige Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse erstellt. In mehr als 80 Prozent aller Fälle erfährt die Berufsgenossenschaft oder Unfallkasse zuerst durch den D-Bericht von

i

Exkurs: Peer-Review-Verfahren

Von einem Peer-Review-Verfahren spricht man, wenn eine Qualitätseinschätzung anhand standardisierter Kriterien durch Gleichgestellte aus demselben Fachgebiet erfolgt (englisch „Peers“ für Ebenbürtige; „Review“ für Überprüfung).

dem Unfall. In dem Bericht werden die wesentlichen Angaben der verletzten Person zum Unfall wiedergegeben und er enthält die zuerst nach dem Unfall erhobenen ärztlichen Befunde. Anhand dieser Informationen prüfen die Unfallversicherungsträger, ob ein Arbeitsunfall vorliegt.

Der D-Arzt oder die D-Ärztin entscheidet mit dem Bericht auch verbindlich über die Heilbehandlung zulasten eines Unfallversicherungsträgers und über die weiteren Maßnahmen im Heilverfahren. Diese Entscheidung gilt solange, bis der Unfallversicherungsträger widerspricht.

Die Berichte haben deshalb eine Schlüsselfunktion für die Feststellung der Leistungspflicht der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen sowie für die Steuerung des Heilverfahrens. Gerade bei schweren Verletzungen ist es für die verletzte Person und deren schnelle Genesung wichtig, dass schon zu Beginn des Heilverfahrens die richtigen Entscheidungen getroffen werden.

Ziele des Qualitätssicherungsverfahrens

Das Qualitätssicherungsverfahren für D-Berichte sollte nicht nur die Dokumentationsqualität und die Laufzeit der Berichte evaluieren, sondern den bewerteten Ärztinnen und Ärzten auch eine fundierte individuelle Rückmeldung geben.

Autorinnen und Autor

Marion Wittwer

Bereich Rehabilitation/
Gesundheitswesen der DGUV
E-Mail: marion.wittwer@dguv.de

Dr. Ute Polak

Bereich Rehabilitation/
Gesundheitswesen der DGUV
E-Mail: ute.polak@dguv.de

Daniel Szcotkowski

Abteilung Methoden der Community
Medicine, Institut für Community
Medicine, Universitätsmedizin Greifswald
E-Mail: daniel.szcotkowski@med.
uni-greifswald.de

Abbildung 1: Beurteilungskategorien und zugehörige Checklistenfragen zur Beurteilung der D-Berichte

Beurteilungskategorie	Checklistenfrage (Antwortformat jeweils „Ja“ / „Nein“)
Angaben zum Unfall	Sind die Angaben (zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit der/des Versicherten zum Unfallzeitpunkt) Ihrer Meinung nach vollständig?
Klinische Befunde	Sind die für diesen Verletzungsmechanismus relevanten klinischen Befunde und die klinische Funktionsuntersuchung dokumentiert worden?
Röntgenentscheidung	Ist die Röntgenentscheidung schlüssig?
Röntgenergebnis	Ist das beschriebene Röntgenergebnis ausreichend und vollständig?
Erstdiagnose	Folgt die beschriebene Erstdiagnose schlüssig aus der Beschreibung des Unfallhergangs, der Befunde und ggf. der Röntgendiagnostik?
Erstversorgung	Sind die beschriebenen Maßnahmen die schlüssige Folge des Unfallhergangs und des Befunds?
Annahme Arbeitsunfall	Spricht etwas gegen die Annahme eines Arbeitsunfalles?
Art der Heilbehandlung	Erscheint die Einleitung der Besonderen Heilbehandlung schlüssig?
Klassifikation der Verletzung	Ist die Klassifikation der Verletzung nach VAV / SAV* zutreffend?

(*VAV: Verletzungsartenverfahren, SAV: Schwerstverletzungsartenverfahren; siehe: www.dguv.de, Webcode: d25582)

Grafik: Eigene Darstellung (DGUV)

Auch der jeweilige Landesverband der DGUV, der für die Beteiligung der Ärzte und Ärztinnen am Durchgangsarztverfahren zuständig ist, sollte anhand der Ergebnisse in seinem Zuständigkeitsbereich Schwachpunkte erkennen und auf Optimierung hinwirken.

i

Exkurs: Beweiswürdigung bei Zweifel am Vorliegen eines Arbeitsunfalls

Die Erstangaben der verletzten Person zum Unfallgeschehen können nach der Rechtsprechung für die Beweiswürdigung eine besondere Bedeutung haben, weil es sich dabei um die noch unbeeinflusst erteilten zeitlich frühesten Angaben handelt. (Quelle u.a.: Hessisches LSG Urteil vom 24.03.2010 – L3 U 225/10)

Eckpunkte des Qualitätssicherungsverfahrens „Evaluation der D-Berichte“

• Peer-Review-Verfahren

82 erfahrene D-Ärztinnen und -Ärzte (so genannte Peers), bewerteten anhand einer Checkliste (Abbildung 1) die D-Berichte anderer Kollegen und Kolleginnen.

• Auswahlkriterien

Bewertet wurden D-Berichte, mit denen eine „Besondere Heilbehandlung“ eingeleitet wurde. Damit wurden insbesondere Berichte zu schwereren Verletzungen bewertet. Um eine fundierte Rückmeldung für eine D-Arztpraxis oder eine Klinik erstellen zu können, sollten möglichst 30 Berichte aus dem Erhebungsjahr 2017 bewertet werden.

• Datenanforderungen

Die D-Berichte mussten elektronisch und – sowohl hinsichtlich der persönlichen Daten der Patienten und Patientinnen als auch der absendenden Ärztinnen und Ärzte – anonymisiert vorliegen.

• Technische Umsetzung des Verfahrens

Die technische Umsetzung und die wissenschaftliche Begleitung des Verfahrens übernahm das Institut für Community Medicine (ICM) der Universität Greifswald. In einem papierlosen Verfahren wurden über eine Web-Anwendung die anonymisierten Daten aus den D-Berichten einschließlich der gegebenenfalls erstellten Ergänzungsberichte (für Kopfverletzung, Knieverletzung oder schwere Verbrennungen) nach dem Zufallsprinzip an die Peers verteilt und von diesen entsprechend der Checkliste (Abbildung 1) bewertet.

• Mengengerüst

Insgesamt wurden circa 30.400 D-Berichte bewertet (Abbildung 2). Erst wenn Einschätzungen zu mindestens 25 D-Berichten einer einzelnen D-Ärztin, eines D-Arztes oder einer D-Arztpraxis vorlagen, wurden diese in einem individuellen Ergebnisbericht zusammengefasst.

Ergebnisse

Häufigkeit festgestellter Mängel

Die Bewertung der D-Berichte wurde von den Peers anhand standardisierter Bewertungskriterien vorgenommen. In der Checkliste konnten bis zu neun Mängel beanstandet werden. Bei mehr als 60 Prozent der D-Berichte im niedergelassenen wie auch im SAV-Bereich trat in den Beurteilungskategorien höchstens ein Mangel auf. Im Mittel wurden im niedergelassenen Bereich 1,4 und im SAV-Bereich 1,3 Mängel pro D-Bericht beanstandet.

Bei den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen sind in den Beurteilungskategorien „Angaben zum Unfall“, „Klinische Befunde“ und „Art der Heilbehandlung“ die häufigsten Mängel aufgetreten (Häufigkeit festgestellter Mängel jeweils mehr als 20 Prozent). In den Beurteilungskategorien ▶

„Röntgenentscheidung“, „Annahme eines Arbeitsunfalls“ sowie „Klassifikation der Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis“ wurden mit sieben bis acht Prozent dagegen deutlich weniger Mängel beanstandet.

Bei den Ärzten und Ärztinnen der SAV-Kliniken stach die Beurteilungskategorie „Angaben zum Unfall“ mit fast 40 Prozent festgestellten Mängeln heraus, während die Mängelquoten in den anderen Beurteilungskategorien nicht über 15 Prozent lagen.

In Abbildung 3 sind für den niedergelassenen und den SAV-Bereich jeweils die Häufigkeiten der durch die Peers festgestellten Mängel in Prozent pro Beurteilungskategorie dargestellt.

Gesamtnoten

Zum Schluss der Bewertung vergaben die Peers eine Gesamtnote für jeden Bericht. Mehr als 50 Prozent aller D-Berichte im niedergelassenen Bereich erhielten die Note „sehr gut“ oder „gut“. Die durchschnittlich vergebene Schulnote für einen D-Bericht im niedergelassenen Bereich betrug 2,66 (Standardabweichung ± 1,38).

Im SAV-Bereich erhielten sogar mehr als 60 Prozent der D-Berichte die Note „sehr gut“ oder „gut“. Die durchschnittliche Gesamtnote für einen D-Bericht betrug 2,49 (Standardabweichung ± 1,39) im SAV-Bereich.

Bei immerhin mehr als zwölf Prozent aller Fälle wurde der D-Bericht in beiden Bereichen allerdings als „mangelhaft“ oder „ungenügend“ eingeschätzt (Abbildung 4).

Einflussgrößen auf die Gesamtnote

In einer speziellen statistischen Analyse (multiple lineare Regression) wurde untersucht, welche der festgestellten Mängel einen besonders deutlichen Einfluss auf die Gesamtnote hatten. Es stellte sich heraus, dass sich ein Mangel bei der Beurteilungskategorie „Annahme eines Arbeitsunfalls“ am stärksten auf die Gesamtnote auswirkte. Zweifelte ein Peer an der Annahme, dass es sich um einen Arbeitsunfall handelte, dann verschlechterte sich die Gesamtnote um durchschnittlich 1,08 Noten. Demgegenüber waren Mängel bei der Beurteilungskategorie „Angaben zum Unfall“ mit einer Verschlechterung der Gesamtnote um 0,38 Noten am wenigsten bedeutsam.

Abbildung 2: Anzahl eingeschlossener und bewerteter Leistungserbringer und D-Berichte sowie versandter Qualitätsberichte

	Niedergelassene D-Arzt-Praxen (N =)	SAV-Kliniken (N =)	Gesamt (N =)
Zu Beginn des Projektes eingeschlossen	1.046	108	1.154
Bewertete D-Berichte	27.116	3.268	30.384
Anzahl der für die Ermittlung der Berichtslaufzeiten berücksichtigten D-Berichte (Besondere Heilbehandlung)	152.725	87.223	239.948

Grafik: Eigene Darstellung (DGUV)

Berichtslaufzeiten

Nach § 27 Abs. 2 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger sollen die D-Berichte unverzüglich erstattet werden. Es war ein ausdrücklicher Wunsch der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, neben der Bewertung der Dokumentationsqualität auch zu ermitteln, wie lange es dauert, bis der D-Bericht von der Praxis oder Klinik abgesendet wird. Für die Ermittlung der Berichtslaufzeiten wurden alle elektronisch erstatteten D-Berichte mit besonderer Heilbehandlung aus dem Jahr 2017 berücksichtigt. Verglichen wurde das Eingangsdatum bei der zentralen Datenannahmestelle der DGUV (wo die Berichte von der jeweils zuständigen Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft abgerufen werden) mit der im D-Bericht angegebenen „Eintreffzeit“ der versicherten Person. Es wurden nur Werktage gezählt. In die Berechnung eingeflossen sind außerdem nur Berichte mit einer rechnerischen Laufzeit von höchstens 30 Werktagen (hiermit konnten 97,8 Prozent der D-Berichte abgebildet werden). Mit diesem Ansatz wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass es aufgrund von Tippfehlern im entsprechenden Datumsfeld des D-Berichtes („Eingetroffen am“) rechnerisch zu falschen, extrem langen Laufzeiten kommen kann, welche die Ergebnisse schließlich stark verzerren würden.

Im niedergelassenen Bereich vergingen im Mittel 2,4 und im SAV-Bereich 4,3 Werktage, bis die D-Berichte nach dem Eintreffen der verletzten Person bei der

zentralen Datenannahmestelle der DGUV eingegangen waren. Während im niedergelassenen Bereich 31 Prozent der D-Berichte noch am selben Tag abgesendet wurden, gelang dies im SAV-Bereich nur in drei Prozent der Fälle. Die meisten D-Berichte aus dem SAV-Bereich wurden nach einem oder zwei Werktagen übermittelt (Abbildung 5).

Rückmeldungen von Peers

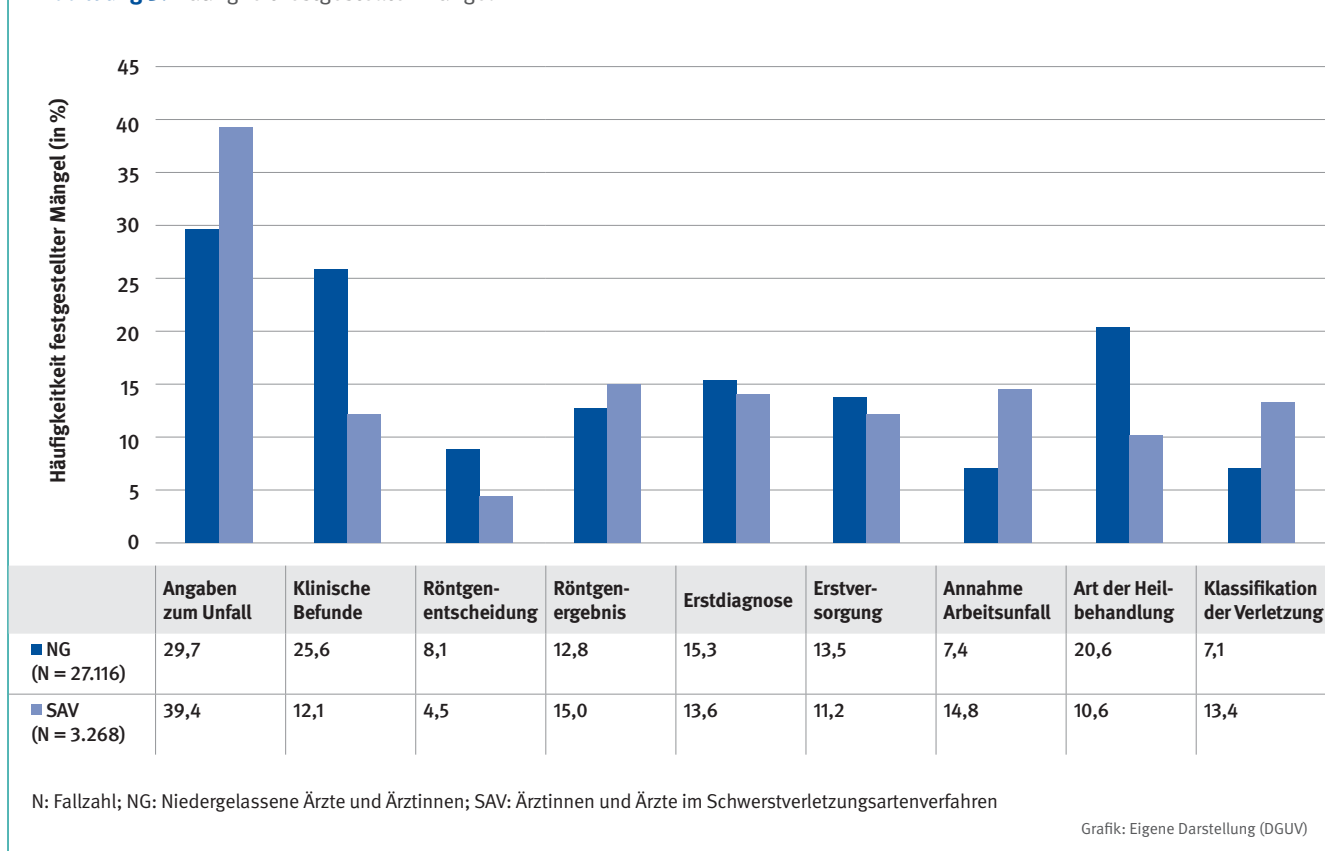
In einer abschließenden anonymisierten Befragung bewerteten die Peers das Verfahren sehr positiv. Ein praktischer Nebeneffekt wurde von den Peers für ihre eigene Dokumentationspraxis geschildert. Nachstehend zwei Auszüge aus Rückmeldungen von Peers:

A: „... Nur als Randbemerkung für eine wissenschaftliche Auswertung dieses m. E. wirklich sehr, sehr guten Projektes. Wenn ich meine persönlichen Erfahrungen einmal verallgemeinere:

Ich glaube, dass wir Peers am allermeisten gelernt haben ...“

B: „Vielen Dank für die gute Betreuung und Ihre FAQs. Nun hält einem die Arbeit als Peer auch den Spiegel vor: Viele Fehler, die ich bei anderen sehe, mache ich täglich auch, von Verrutschen im Kasten über das oberflächliche Codieren der Diagnose aufgrund der Algorithmen der Praxis-EDV bis hin zur Rechtschreibung. Ich hoffe, wie wahrscheinlich alle Peers, dass meine eigenen Berichte im Lauf des Jahres deutlich besser werden.“

Abbildung 3: Häufigkeit festgestellter Mängel



Fazit

Es zeigte sich, dass die Dokumentationsqualität der D-Berichte bei mehr als 50 Prozent der geprüften D-Ärzte und D-Ärztinnen gut oder sehr gut ist. Allerdings wurden auch die Ärzte und Ärztinnen identifiziert, die erhebliche Mängel in der Dokumentationsqualität aufwiesen oder zu viel Zeit benötigten, um den D-Bericht zu versenden.

Durch das webbasierte Peer-Review-Verfahren konnte erfolgreich ein papierloser Prozess realisiert werden, der eine systematische Auswertung der elektronisch vorliegenden Daten der D-Berichte erlaubt. Mit den Ergebnissen dieses Qualitätssicherungsverfahrens liegen Kennzahlen vor, die Schwachstellen in der Dokumentation in Durchgangsarztberichten aufzeigen. Die DGUV erhält damit eine Möglichkeit, ihrer Aufgabe zur Sicherung der Prozessqualität im Durchgangsarztverfahren nachzukommen.

Die im Projekt eingeschlossenen Ärztinnen und Ärzte haben eine konstruktive Rückmeldung erhalten, die spezifisch auf

der Basis von 25 bis 30 bewerteten D-Berichten beruht. Den Ärzten und Ärztinnen wurden mit dem übersandten individuellen Ergebnisbericht nicht nur die Ergebnisse ihrer eigenen Praxis oder Klinik vorgestellt, sondern im Vergleich dazu auch die Ergebnisse der übrigen Kollegen und Kolleginnen. Auf diese Weise erhielten sie einen transparenten Überblick, in welchen Punkten sie bessere oder schlechtere Ergebnisse als die Kolleginnen und Kollegen erzielt haben. Dem einzelnen Arzt und der einzelnen Ärztin wurden somit mögliche Verbesserungspotenziale aufgezeigt, indem eine Orientierung an den jeweils Besten ermöglicht wurde (Benchmarking).

Die Landesverbände der DGUV, die für die Beteiligung und Schulung der D-Ärzte und D-Ärztinnen zuständig sind, haben mit den Ärztinnen und Ärzten, die auffällig schlechte Ergebnisse erzielt haben, individuelle Beratungsgespräche geführt, um Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Hierbei zeigte sich, dass die bestehenden Mängel den Ärzten und Ärztinnen zum Teil gar nicht bewusst waren. Es wur-

den auch bisher unentdeckte Fehler oder Ungenauigkeiten in der zur Berichtserstellung verwendeten Software aufgedeckt.

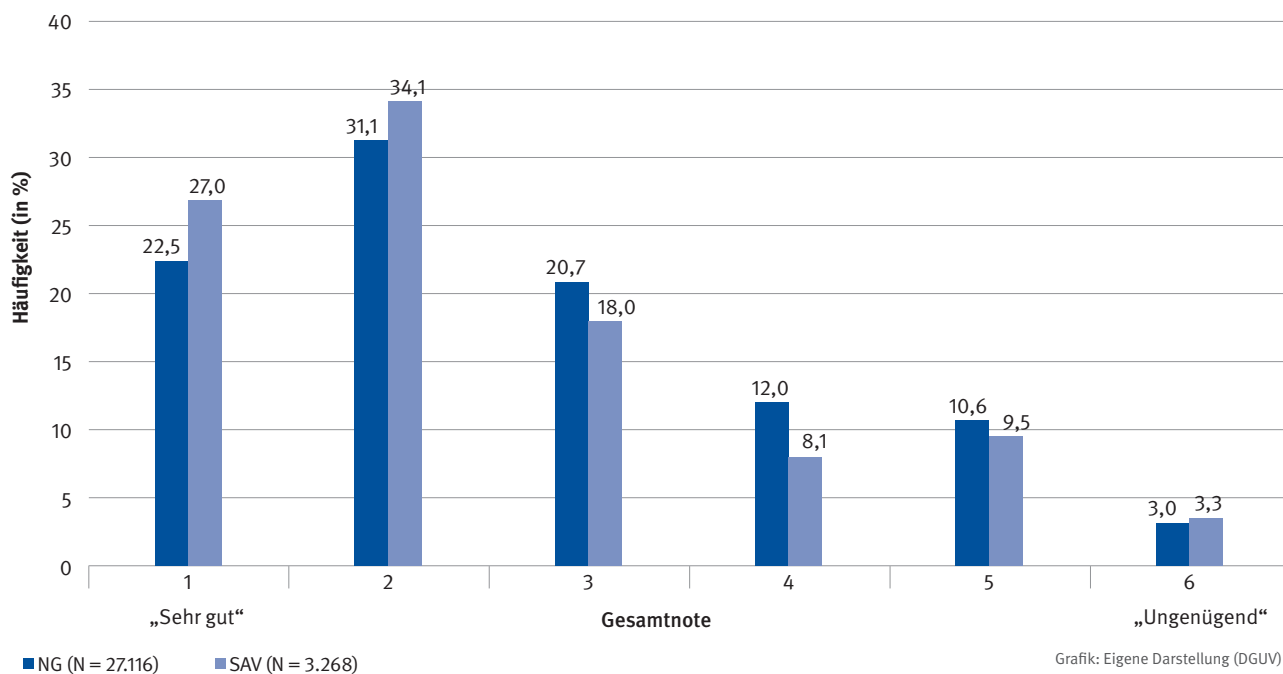
Die Ergebnisse zeigen auch, dass die DGUV die Anforderungen an einen vollständigen und schlüssigen D-Bericht für die Ärzteschaft konkreter beschreiben muss, als das bisher der Fall war.

Die Landesverbände der DGUV haben die Ergebnisse bezüglich regionaler Besonderheiten analysiert und werden diese zukünftig bei den regelmäßigen Schulungsveranstaltungen für die Ärzteschaft besonders thematisieren.

Ausblick

Die Gremien der DGUV haben entschieden, dieses Qualitätssicherungsprojekt zukünftig zu wiederholen und als Nächstes für die D-Ärzte und D-Ärztinnen an den Kliniken durchzuführen, die zum Verletzungsartenverfahren zugelassen sind. Später sind mit einem zeitlichen Abstand von wenigen Jahren Wiederholungen des Projektes vorgesehen, um Veränderungen und insbesondere Verbesserungen der

Abbildung 4: Verteilung der Häufigkeit der Gesamtnoten im niedergelassenen und im SAV-Bereich



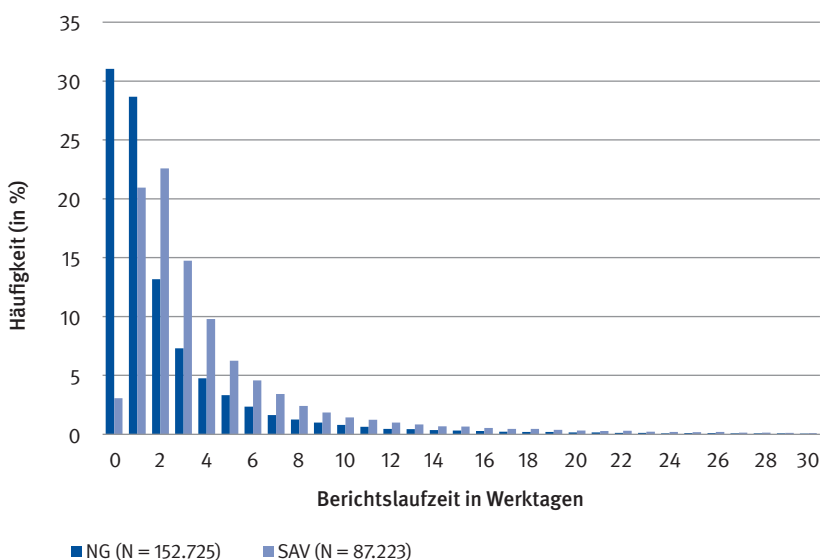
N: Fallzahl; NG: Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen; SAV: Ärztinnen und Ärzte im Schwerstverletzungsartenverfahren

Qualität der Durchgangsarztberichte erfassen zu können.

Im Durchschnitt wurde über alle Beurteilungskategorien hinweg eine gute Beurteiler-Übereinstimmung (sogenannte Interrater-Reliabilität) von 81 Prozent erreicht.

Bei den Gesamtnoten lag eine etwas geringere Übereinstimmung vor. In dem nächsten Projekt wird versucht, auf eine noch bessere Übereinstimmung der Bewertungen der Peers hinzuwirken, indem die vorausgehenden Schulungen der Peers intensiviert werden.

Abbildung 5: Verteilung der Berichtslaufzeiten im niedergelassenen und im SAV-Bereich



NG: Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen; SAV: Ärztinnen und Ärzte im Schwerstverletzungsartenverfahren



Literatur

Polak, U.; Wittwer, M.; Szczotkowski, D.; Kohlmann, T.:

Evaluation von Durchgangsarztberichten mithilfe eines Peer-Review-Verfahrens, in: Trauma und Berufskrankheit 2018, 20 (Suppl 4), S.237–240

Szczotkowski, D.; Brodowski, H.; Nolting, H.; Haase, T.; Gruner, A.; Kubke, R.; Kohlmann, T.:

Entwicklung und Erprobung einer Checkliste zur Beurteilung der Qualität von Durchgangsarztberichten, Trauma und Berufskrankheit 2017, 19, S. 41–46

Kohlmann, T.; Szczotkowski, D.; Brodowski, H.:

Wissenschaftlicher Abschlussbericht zum Forschungsprojekt FR183: „Entwicklung eines Bewertungsschemas für die Prozess- und Ergebnisqualität im ambulanten Durchgangsarztverfahren“ (2015)

www.dguv.de, Webcode: dp54488

Sinnvolle Ergänzung zum Reha-Management

Die Peer-Beratung – mehr als ein Gespräch unter Gleichgesinnten

Die unabhängige und vertrauliche Beratung durch Peers ist eine vielversprechende Methode für Betroffene, um mit ihren Schicksalsschlägen umgehen zu können und daraus zu lernen. Jeder Unfallversicherungsträger sollte dieses Angebot den Betroffenen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen oder proaktiv empfehlen.

„Als ich mich selbst behindert fand, war das, was ich am meisten wollte, mit jemandem zu reden, bei dem ich fühlte, dass sie die Gefühle kennt, die ich gerade erlebte. Ich wollte eine Frau treffen, die einen Rollstuhl benutzt und dies lange genug, so dass sie ihr Leben wieder in Ordnung gebracht hat. Ich dachte wiederholt: All diese Leute versuchen mir zu helfen, aber sie verstehen mich nicht wirklich. Ich war so hungrig darauf, alles über das Leben der Frau im Rollstuhl zu erfahren, ihre Methoden mit den alltäglichen Lästigkeiten und Schwierigkeiten umzugehen und besonders ihre Wege im Umgang mit Gefühlen kennenzulernen. Ich wollte sehen, ob sie einen besseren Weg wusste, als den, den ich mir ausgedacht hatte. All dies waren Fragen, die mir durch eine ziemlich gut auf ihre Behinderung eingestellte Frau beantwortet werden mussten.“^[1]

Dieses Zitat bildet einen direkten Übergang zur Methode der Peer-Beratung. Der Artikel stellt eine kurze Zusammenfassung meiner Bachelorarbeit „Analyse der Peer-Beratung in der gesetzlichen Unfallversicherung auf Basis der nondirektiven Gesprächsführung nach Carl Rogers“ aus dem Jahr 2017 dar, bei der auch die wissenschaftliche Literatur zur Methode des Peer Counseling ausgewertet wurde. Die empirischen Ergebnisse resultieren aus den schriftlichen Befragungen der Peers und Betroffenen. Aufgrund der relativ geringen Fallzahlen erhebt die Arbeit jedoch keinen Anspruch darauf, repräsentativ zu sein.

Beratung von Betroffenen

Peer-Beratung bezeichnet, allgemein gesprochen, die Beratung von Betroffenen für Betroffene. Die Beteiligten haben dabei oftmals gleichartige Verletzungen

oder Erkrankungen. Aufseiten des Peers beinhaltet die Beratung unter anderem aktives Zuhören und die Fähigkeit, sich für die Lösung von Problemen einzusetzen. Dabei geht es vorrangig nicht darum, Ratschläge zu geben. Vielmehr suchen Betroffene und Peers gemeinsam nach der besten Lösung für die Betroffenen. Viele frisch Unfallverletzte haben aufgrund des von ihnen durchlebten traumatischen Ereignisses und der bleibenden Folgen Gedanken und Ängste, wie sie im Zitat beschrieben werden. Sie fühlen sich hilflos und ratlos. Diese Hilf- und Ratlosigkeit kann mit der Peer-Beratung beseitigt oder verringert werden. Durch die Peers, die es geschafft haben, das eigene Trauma zu überwinden, erkennen die Betroffenen, dass und wie das Leben „trotz allem“ weitergehen kann. Sie erfahren ein Gefühl des initia-

len „Verstanden-Werdens“, das von anderen Menschen auch bei noch so wohlmeinenden Bemühungen in dieser Form nicht wahrgenommen werden kann.

Nondirektive Gesprächsführung

Die Idee des Peer Counseling basiert auf der sogenannten nondirektiven Gesprächsführung nach Carl Rogers. Dieser Ansatz findet sowohl in der Psychotherapie als auch in der Peer-Beratung Anwendung. Die Art der Gesprächsführung ist gekennzeichnet durch drei Grundhaltungen. Diese sind: Kongruenz (Echtheit, Authentizität, Unverfälschtheit und Transparenz seitens der Therapeutin, des Therapeuten oder Peers), Empathie (nicht wertendes Eingehen, also ein einfühlen- des und echtes Verständnis des Betroffenen) und unvoreingenommene Zuwendung (Akzeptieren, Anteilnahme und Wertschätzung der Betroffenen). Unter Kongruenz versteht Rogers, dass es einer betroffenen Person in einer Beziehung nur möglich ist zu wachsen, wenn ihr die Therapeutin, der Therapeut oder Peer authentisch gegenübertritt und beide Seiten ►

Autorin



Diana Buzungidis

Abteilung Rehabilitation und Entschädigung der
Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik
Telekommunikation (BG Verkehr)
E-Mail: diana.buzungidis@web.de



Fußnote

[1] Miles-Paul, O.: Wir sind nicht mehr aufzuhalten, 1992, S. 9 f.

Grammatikalische Fehler im Original wurden von der Redaktion korrigiert.

„Die Peer-Beratung ist eine vielversprechende Methode für Betroffene und Peers, um mit ihren Schicksalsschlägen umgehen zu können und daraus zu lernen.“

offen über ihre Gefühle und Einstellungen reden können. Damit dies möglich ist und sich der Peer erfolgreich emotional einbringen kann, muss er sein eigenes Schicksal „weitestgehend“ verarbeitet haben. Ist dies nicht der Fall, so besteht ein Ungleichgewicht zwischen dem „Ich“ des Peers vor dem Unfall und seinem jetzigen „Ich“. Diese Diskrepanz behindert oftmals die notwendige Authentizität des Auftretens als Kernelement und steht dem Erfolg eines Peer-Gesprächs entgegen.

Innerhalb der Peer-Beratung nach Rogers wird eine Atmosphäre geschaffen, in der sich Betroffene frei entfalten und über ihre Probleme sprechen können. Dies wird vor allem mit der notwendigen Empathie erreicht. Nach Rogers versetzt sich ein Peer in die Lage der betroffenen Person, als ob er selbst der zu Beratende wäre. Jedoch verlässt er diese „Als-ob-Position“ nicht, sonst würde der Zustand der Identifizierung eintreten.

„Als ob“ bedeutet, dass der Peer versucht, sich in den Betroffenen hineinzuversetzen und seine Perspektive zu übernehmen, die ihm aus eigener Erfahrung den Grundzügen nach bekannt ist.

Emotionale Beziehung braucht Zeit

Laut Rogers kann eine emotionale Beziehung nur über eine gewisse Zeitdauer entstehen. Die Untersuchungen im Rahmen dieser Bachelorarbeit zeigen, dass für die Hälfte der Betroffenen die durchschnittlich stattfindenden zwei bis drei Gesprächstermine zur Erfüllung ihrer eigenen Erwartungen und Hoffnungen subjektiv nicht ausreichend waren. Auch in der Literatur wird beschrieben, dass die Beratungsbeziehungen und deren Themen erst mit fortschreitender Zeit persönlicher und effektiver werden. Voraussetzung für eine wachsende zwischenmenschliche Beziehung ist zudem die Ausprägung des ge-

genseitigen Wunsches nach Kontakt und Kommunikation. Rogers stellte fest, je größer die Authentizität von Erfahrungen und das Bewusstsein bei einem Peer ist, desto stärker entwickelt sich die Beziehung zu einer wechselseitigen Kommunikation, die wirkliches Verstehen, psychische Ausgeglichenheit und Handlungsfähigkeit auf beiden Seiten ermöglicht. Die Anzahl der Peer-Beratungen sollte sich deshalb an den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und nicht von vorneherein fixiert sein.

Nach Einschätzung der Autorin haben die Betroffenen oftmals einen persönlichen Drang zur (positiven) Veränderung. Von einem Peer-Gespräch erhoffen sie sich neue Erkenntnisse, die zu ihrer Entwicklung und zur Entfaltung ihrer eigenen Ressourcen (Empowerment) beitragen. Im Laufe dieser Entwicklung kann es durch eine gute Peer-Unterstützung zu einem

Peer-Beratung ist ein Gespräch auf Augenhöhe. Menschen mit einer schweren Verletzung profitieren dabei von den Erfahrungen Betroffener, die Ähnliches erlebt haben.



Foto: Artur/Adobe Stock

Wandel von einem inkongruenten zu einem kongruenten (akzeptierenden) eigenen Zustand kommen. Innerhalb einer zwischenmenschlichen Beziehung, in welcher der Peer eine betroffene Person annimmt und wertschätzt, erfährt diese emotionale Freiheit (innerlich frei sein und so handeln, sprechen und denken, wie es dem wahren Wesen entspricht). Die Bachelorarbeit untersuchte zudem mögliche Affinitäten und Unterschiede bei den Geschlechtern, die jedoch so nicht festgestellt werden konnten. Es ist somit durchaus möglich, dass die Bedeutung der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht beziehungsweise einer Bildungs- oder Berufsschicht zurücktritt und im Gegenzug die Zugehörigkeit zu einer spezifischen Betroffenheitsgruppe wie zum Beispiel Amputierte steigt.

Peers als Rollenvorbilder

Im besten Fall ergänzen sich Emotionen von Peers und Betroffenen innerhalb des Peer Counseling. Die befragten Betroffenen fühlten sich in der Peer-Beratung wohl und waren offen für die Erfahrungen der Peers. Dadurch entstanden neue Impulse, die Hoffnungen zuließen sowie ziel- und ressourcenorientierte Wege aufzeigten. Die Peers fungierten dabei als positive Rollenvorbilder. Für die Betroffenen war es sehr wichtig, mit jemandem zu reden, der ebenfalls betroffen ist und dessen persönliche Erfahrungen und Bewältigungsstrategien kennenzulernen. Auch die Peers möchten ihre Erfahrungen mit den Betroffenen teilen und sie unterstützen. Es wurde deutlich, dass der offene Austausch über die ähnlichen Lebenserfahrungen die Grundlage für das gegenseitige Vertrauen im Peer-Gespräch darstellt. Es entsteht eine Verbundenheit zwischen den Beteiligten, wodurch Betroffene nicht das Gefühl haben, sich verstecken zu müssen. Sie wissen, dass der Peer für sie Zeit hat und deshalb alle wichtigen Themen besprochen werden können. Das können Aspekte der Erkrankung sein, aber auch die Än-



Peers müssen aktiv zuhören und sich für die Lösung von Problemen einsetzen können.

Foto: ftothansel/Adobe Stock

derung der Lebensumstände. Zudem wird über Tabuthemen gesprochen, die in der Regel nicht so schnell zur Sprache kommen. Wie viel Ähnlichkeit wichtig ist, wurde in dieser Untersuchung und auch in der Literatur nicht abschließend geklärt.

Betroffene stehen bei der Peer-Beratung eindeutig im Mittelpunkt und erlangen durch den Austausch mit dem Peer eine andere Sicht auf ihre Situation, sodass sie die eigene Situation besser verstehen und akzeptieren können. Gelingt es Betroffenen, die neue Realität zu akzeptieren, so ist die Grundlage dafür geschaffen, künftige Probleme selbst zu lösen. Dass diese wichtige Akzeptanz des eigenen Schicksals durch die Peer-Beratung gefördert wird, konnte in den Befragungen dieser Arbeit durchweg nachgewiesen werden.

Weiterhin sind bestimmte Qualifizierungen und die persönliche Eignung und Erfahrung mit Gesprächsführung von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Peer-Beratung. Die Peers müssen die Rahmenbedingungen und die Grenzen der Peer-Beratung sowie ihre eigenen Grenzen (zum Beispiel den Umgang mit Flashbacks) kennen und berücksichtigen. Auch die Grundhaltungen nach Rogers stellen wichtige Faktoren für die Qualität und den Er-

folg der Peer-Beratung dar. Ferner sollte die Peer-Beratung nach den Ergebnissen dieser Arbeit hinsichtlich ihrer Akzeptanz in Einrichtungen, des Austauschs und der Weiterbildung der Peers ausgebaut und gefördert werden. Um den Peer-Effekt optimal zu gewährleisten, sollte bei der Auswahl der Peers auf eine möglichst gleichartige Betroffenheit geachtet werden. Auch die Auswahl der Räumlichkeiten kann eine positive Atmosphäre fördern, in der sich sowohl Betroffene als auch Peers wohlfühlen.

Fazit

Zusammenfassend kann man sagen: Die Peer-Beratung ist eine vielversprechende Methode für Betroffene und Peers, um mit ihren Schicksalsschlägen umgehen zu können und daraus zu lernen. Die unabhängige und vertrauliche Beratung durch Peers ist in der gesetzlichen Unfallversicherung ein ergänzendes Angebot zum Reha-Management unmittelbar nach der Akutbehandlung bis hin zur beruflichen und sozialen Teilhabe. Jeder Unfallversicherungsträger sollte dieses Angebot den Betroffenen im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen oder proaktiv empfehlen. Die Teilnahme daran muss am Ende jedoch jeder betroffenen Person selbst überlassen bleiben. ●

Peer Counseling

Impulse für Versicherte – Unterstützung für das Reha-Management

Unterstützung von Betroffenen für Betroffene: Das ist der Kerngedanke des Peer Counseling. Im Reha-Alltag können davon schwer verletzte oder erkrankte Versicherte profitieren – aber auch Beteiligte von Unfallversicherungsträgern und Kliniken.

Der Begriff Peer Counseling setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Ein Peer ist eine gleichgestellte Person und unter Counseling wird Beratung verstanden. Es geht somit um die Beratung und Unterstützung durch einen Menschen, der in seinem Leben eine ähnliche oder vergleichbare Situation bewältigt hat wie die ratsuchende Person. Ein Peer kann seine persönlichen Erfahrungen und Bewältigungsstrategien als Hilfe anbieten.

Georg Dietrich ist ehrenamtlich als Peer im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-Peer-Landkarte) tätig und in der Fördergemeinschaft der Querschnittsgelähmten in Deutschland (FGQ) aktiv. „Als ‚Frischverletzter‘ im Alter von 18 Jahren habe ich sehr viel von älteren und erfahrenen Rollifahrern profitiert“, berichtet er. „Für uns waren das damals keine Peers, sondern einfach nur Paten. Die

Kontakte wurden oftmals über das Klinikpersonal hergestellt oder ergaben sich zum Beispiel über den Sport.“ Er selbst versuche als Peer, gemeinsam mit den Betroffenen Wege zur Gestaltung der neuen Lebenssituation zu finden. „Durch die Begleitung möchte ich die Eigenverantwortung der Menschen mit Handicap fördern und ihr Selbstvertrauen stärken“, so Dietrich. „Ich sehe mich in meiner Funktion als Peer als Impulsgeber für Betroffene.“

Ein Blick in die Geschichte

Ursprünglich kommt die Idee der Beratung durch Peers aus den USA. Dort nutzten die Anonymen Alkoholiker sie bereits Ende der 1930er-Jahre zur Bewältigung von Alkoholsucht. Das Peer Counseling als Empowerment-Methode für Menschen mit Behinderungen wurde Anfang der 1960er-Jahre von US-amerikanischen Studierenden entwickelt, die gravierend behindert waren. Um studieren zu können, initiierten sie das erste Zentrum für Pflegeassistenten und später die Independent-Living-Bewegung, in denen auch die Methode des Peer Counselings Anwendung fand. In Anlehnung daran entstand in den 1980er-Jahren in Deutschland die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung.

Mittlerweile ist die Beratung Betroffener durch Betroffene in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verankert, die auf die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebens- und Arbeitsbereichen zielt und seit 2009 auch in Deutschland gilt. In dem Übereinkommen heißt es in Artikel 26 Abs. 1: „Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, einschließlich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage

zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie [...] die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren.“¹ So arbeiten beispielsweise die vom Bund geförderten Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige mit dem Peer Counseling, um eine „Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratung“ (EUTB) nach dem Bundessteilhabegesetz (BTHG) umzusetzen.

Peer Counseling in der gesetzlichen Unfallversicherung

In den BG Kliniken gab es erste Peer-Ansätze bereits in den 1950er-Jahren, vor allem bei der Förderung von Rollstuhlsport. Im Jahre 2013 entwickelten die BG Kliniken Berlin und Duisburg im Rahmen eines Pilotverfahrens ein standardisiertes Peer Counseling nach Amputationen. Dieses hat sich zwischenzeitlich zu einem festen Angebot etabliert und wurde auf weitere BG Kliniken erweitert. Nach einer Befragung von Betroffenen und Peers aus dem Jahr 2016 wird es sehr positiv aufgenommen.

Seither hat sich die Einbindung von Peers kontinuierlich weiterentwickelt. Im Rahmen des Aktionsplans 2.0 der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-BRK haben die DGUV, die Unfallversicherungsträger und die BG Kliniken gemeinsam das Konzept „UV-Peer-Prinzip“ erstellt, mit dem die Unterstützung von Unfallverletzten oder Erkrankten durch Menschen mit Behinderungen in der Praxis umgesetzt wird.²

Mittlerweile wird das Peer Counseling als ergänzende „Hilfe zur Selbsthilfe“ in der gesetzlichen Unfallversicherung in verschiedenen Bereichen angeboten:

Autorin und Autoren

Martina Magdalinski

Beratung und Inklusion
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: martina.magdalinski@bgw-online.de

Prof. Dr. Bert Wagener

Rehabilitationswissenschaft,
Schwerpunkt Teilhabe und Psychologie
Hochschule der DGUV (HGU)
E-Mail: bert.wagener@dguv.de

Dirk Scholtysik

Referat für Unfallbegutachtung, Soziale Teilhabe, Pflege, Psychische Störungen der DGUV
E-Mail: dirk.scholtysik@dguv.de



Peers im Unfallkrankenhaus Berlin

- im Peer-Counseling-Programm „Peers im Krankenhaus“ (PiK) bei Amputationen,
- durch die Fördergemeinschaft für Querschnittsgelähmte (FGQ) – auch außerhalb des Krankenhauses,
- im Reha-Management bei verschiedensten Verletzungsarten sowie
- im Bereich der Berufskrankheiten-Beratung in Asbestose-Sprechstunden.

Neben praktischen Hilfestellungen bietet das Peer Counseling eine Begleitung bei den veränderten Lebens- und Arbeitsbedingungen. Die Peers kommen aus unterschiedlichen Lebens- und Berufsbereichen und können diese Erfahrungen in ihre ehrenamtliche Tätigkeit einbringen. So können sie ähnlich betroffene Menschen bei der Bewältigung ihrer neuen und schwierigen Situation unterstützen und begleiten. Die Peers können motivieren, Hilfe bei der Entwicklung neuer Perspektiven leisten und durch den persönlichen Kontakt einer sozialen Isolation entgegenwirken.

Aber nicht nur für Betroffene kann die Unterstützung durch einen Peer hilfreich sein. Häufig profitieren auch Angehörige, Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber und die am Reha-Geschehen Beteiligten

„In den BG Kliniken gab es erste Peer-Ansätze bereits in den 1950er-Jahren, vor allem bei der Förderung von Rollstuhlsport.“

davon. Ärztinnen und Ärzte des Unfallkrankenhauses Berlin berichten nach mehrjähriger Erfahrung mit dem Peer Counseling, dass Patienten und Patientinnen danach häufig wesentlich zugänglicher und motivierter seien, was die Zusammenarbeit erheblich erleichtere, da man sich auf die eigenen wesentlichen Aufgaben konzentrieren könne.

Ähnlich positiv sind auch die Erfahrungen gesetzlicher Unfallversicherungsträger, wie Jörg Schudmann, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), bestätigt: „Unser Ziel ist es, Verletzte und Erkrankte umfassend zu rehabilitieren und ihre Teilhabe zu sichern. Der Weg zurück ins Leben etwa nach einem schweren Arbeitsunfall ist für die Betroffenen nicht immer leicht und erfordert eine individuelle Begleitung und Unterstützung im Rahmen unseres Reha-Managements. Dabei können Peers mit ihrer Lebensgeschichte und Expertise in besonderer und unter Umständen sogar entscheidender Weise mitwirken. Deshalb greifen Reha-Managerinnen und -Manager im geeigneten Einzelfall gerne auf das Angebot eines Peer Counseling zurück.“

Erfolgsfaktoren

Zum Peer-Counseling-Programm PiK läuft noch bis Ende 2022 unter Leitung des Unfallkrankenhauses Berlin in Zusammenarbeit mit den anderen BG Kliniken ein von der DGUV gefördertes Forschungsprojekt. Dort geht es um die Frage, wann und unter welchen Rahmenbedingungen Betroffene, Angehörige und weitere Beteiligte besonders von solchem Peer Counseling profitieren.

Unabhängig davon haben sich im Rahmen der von der Initiative PiK seit 2013 durchgeführten jährlichen Fortbildungen in Zusammenarbeit mit Peer Coaches, Peers und Betroffenen bereits einige klare Erfolgsfaktoren für das Peer Counseling im Kontext der gesetzlichen Unfallversicherung herauskristallisiert. Zunächst einmal müssen die Menschen, die nach dem Peer-Prinzip beraten werden sollen, daran interessiert und offen dafür sein.

Weiter kommt es auf die richtige Auswahl der Peers an. Sie müssen neben dem Interesse an der Aufgabe und Aufgeschlossenheit für die Belange anderer Menschen vor allem ihre eigene Verletzung ausreichend ►

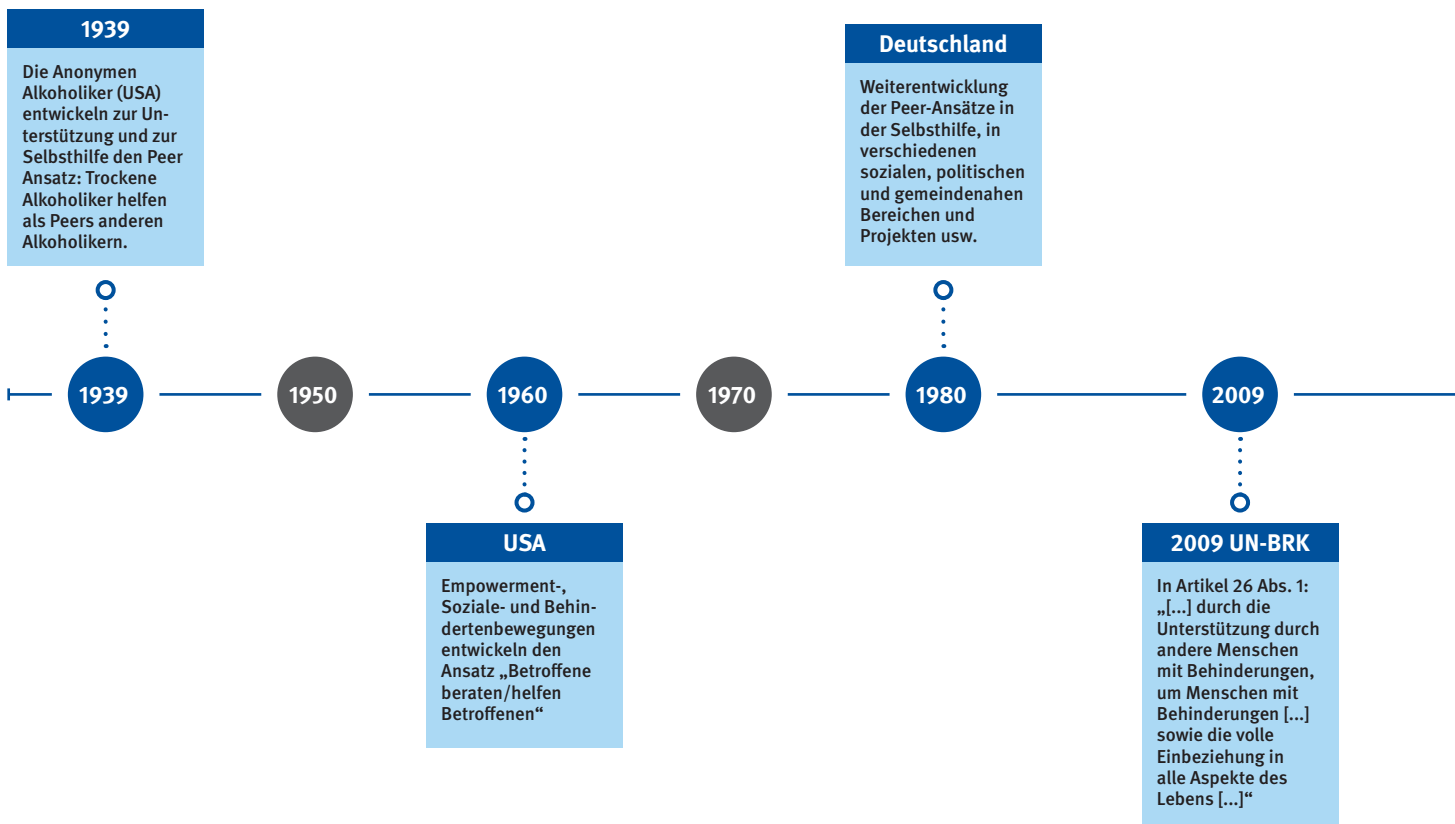


Abbildung: Zeitstrahl Peer-Prinzip

verarbeitet haben. Die Beratungsarbeit kann sie aufs Neue mit dem eigenen Trauma konfrontieren. Zudem sollten die Peers wertfrei kommunizieren können und Motivation ausstrahlen. Ihre Unterstützung soll authentisch sein und als „auf Augenhöhe“ empfunden werden. Und sie müssen wissen, dass sie keine Psychotherapie ersetzen können. Bei weiterem Unterstützungsbedarf sollten sie unbedingt auf professionelle Hilfe verweisen – oder diese im akuten Notfall selbst hinzuziehen.

„Der Einsatz von Peers lohnt sich in vielen Situationen und ist ein Gewinn für alle Beteiligten.“

Seminare für Peers und Beschäftigte der Unfallversicherung

Für die Peer-Tätigkeit ist zwar keine spezielle Ausbildung erforderlich, doch zukünftige Peers sollten die Bedeutung dieser ehrenamtlichen Aufgabe kennen und sich über mögliche Auswirkungen bewusst sein. Damit sie die damit verbunde-

nen Herausforderungen gut bewältigen können und nicht ihre eigene Gesundheit gefährden, ist die erfolgreiche Teilnahme an entsprechenden Einführungen und Fortbildungen von großer Bedeutung. Zugleich fördert beispielsweise ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten die Prozess- sowie Ergebnisqualität von Peer-Verfahren.

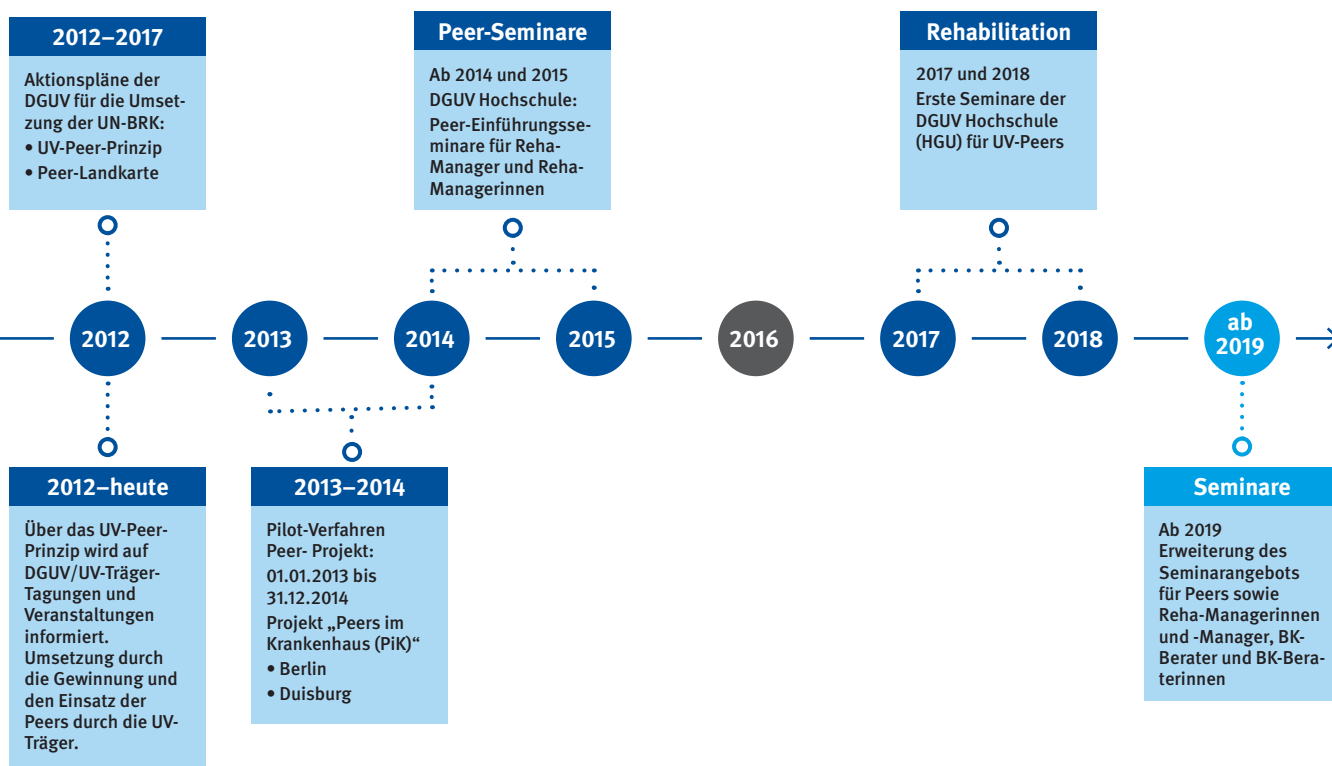
Die Hochschule der DGUV (HGU) bietet zwei Seminartypen zum Themenfeld an:

- Seminar 10673 „Peer-Counseling im Reha-Management“: Den Teilnehmenden werden Möglichkeiten und Grenzen dieser Unterstützungsarbeit aufgezeigt. Es geht unter anderem um die Definition und den Ursprung des Peer-Prinzips, um Rechtsgrundlagen, den Aufbau und Angebote des Peer-Prinzips in der Unfallversicherung und Anforderungen an Peers. Pilotprojekte werden vorgestellt und Erfahrungen ausgetauscht.
- Seminar 10773 „Erfahrungsaustausch und Workshop für Peer-Counselor und Reha-Manager/innen“: Dort werden wesentliche Grundlagen zur Fortentwicklung der Peer-Arbeit vermittelt. Um die Zusammenarbeit zu intensi-

vieren, werden Erfahrungsaustausche angeboten. Zur professionellen Unterstützung werden besonders gelungene Beispiele aus der Praxis vorgestellt sowie der Umgang mit schwierigen Fallkonstellationen erarbeitet. Es geht um die Definition und den Rahmen des UV-Peer-Prinzips, die Aufgabe und Rolle der Peers im Beratungsprozess, Supervision, Selbstreflexion, Selbst- und Fremdeinschätzung, Erfahrungsaustausch sowie Chancen und Intensivierung der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Nächster Seminartermin: 12. bis 14. August 2019 in Hennef.

Die Seminarkosten werden von den entsendenden Unfallversicherungsträgern übernommen. Weitere Informationen zu diesen Veranstaltungen samt Anmelde-möglichkeit finden sich in der Seminardatenbank der HGU unter www.dguv.de/hochschule.

Da ansonsten derzeit lediglich das Unfallkrankenhaus Berlin (UKB) eine regelmäßige Weiterbildung der Peers durchführt, kann das bestehende Seminarangebot der HGU bei entsprechender Nachfrage beispielsweise um ein Coaching-Seminar für aktive Peers oder ein Grundlagenseminar



Grafik: BGW

für unterschiedliche Akteurinnen und Akteure erweitert werden.

Bundesweite Peer-Angebote der Unfallversicherung

Die BG Kliniken bauen derzeit an allen Standorten Peer-Angebote vor allem für amputierte und querschnittsgelähmte Patientinnen und Patienten auf, wobei die bereits bestehenden Angebote als Leuchtturmprojekte dienen. Sie arbeiten dabei auch mit externen Organisationen wie der Fördergemeinschaft der Querschnittsgelähmten in Deutschland zusammen, die selbst über ein Netzwerk qualifizierter Peers verfügt und entsprechende Beratung an allen Querschnittszentren in Deutschland anbietet. Ziel sollte sein, dass zukünftig zumindest diese beiden Versichertengruppen bereits während der stationären Behandlung und Rehabilitation die Möglichkeit eines ersten Peer-Kontaktes bekommen, der bei Bedarf danach weiter fortgeführt werden kann.

Im Rahmen des Reha-Managements beziehungsweise der nachgehenden Betreuung Schwerstverletzter bieten zudem viele Unfallversicherungsträger die Unterstützung durch Menschen mit Behinderungen nach dem UV-Peer-Prinzip an. Aus dem Kreis ihrer Versicherten konnten da-

für bereits über 250 Menschen als Peers gewonnen werden, die vom Reha-Management kontaktiert und eingesetzt werden können. Die entsprechende Peer-Datenbank findet sich zusammen mit weiteren Unterlagen zum UV-Peer-Verfahren im UV-Net unter <https://uv-net.dguv.de/leistungen/reha-management/peer-verfahren/index.jsp>. Der Zugang zu dieser Datenbank und ihre Nutzung sind dort in einer Handlungsanleitung beschrieben.

Fazit

Der Einsatz von Peers lohnt sich in vielen Situationen und ist ein Gewinn für alle Beteiligten – auch für die Reha-Managerinnen und Reha-Manager sowie Berufskrankheiten-Beraterinnen und Berufskrankheiten-Berater. Um den Erfolg der Peer-Beratung zu fördern und die Gesundheit der Peers zu schützen, bedürfen diese einer ausreichenden Vorbereitung auf ihre anspruchsvolle ehrenamtliche Tätigkeit. Zudem empfiehlt es sich, die Arbeit aller Beteiligten miteinander zu vernetzen und ihnen regelmäßig Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch zu geben.

Mit der Einführung des UV-Peer-Prinzips und der Einbindung ehrenamtlich tätiger Peers in ihre Heilverfahren hat die gesetz-

liche Unfallversicherung im gewissen Sinne Neuland beschritten. Die angestoßenen Evaluationsprozesse in der Forschung und in den zuständigen DGUV-Gremien werden in den nächsten zwei bis drei Jahren zeigen, was sich bewährt hat und wo nachzusteuern ist. Im Fokus steht dabei vor allem der Ausbau der Peer-Angebote für frisch verunfallte Versicherte in den BG Kliniken und die Frage der zukünftigen Zusammenarbeit mit erfahrenen Peer-Anbieterinnen und Peer-Anbietern außerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung. In jedem Fall ist das Peer-Prinzip schon jetzt zu einem weiteren Qualitätssiegel der gesetzlichen Unfallversicherung geworden, das zukünftig unbedingt beibehalten, ausgebaut und weiter optimiert werden sollte. ●



Fußnoten

[1] Siehe Artikel 26 Abs. 1 UN-Behindertenkonvention „Habilitation und Rehabilitation“, www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/a729-un-konvention.html

[2] Siehe Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.): Aktionsplan 2.0 der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung der UN-BRK in den Jahren 2015–2017, Berlin 2015, S. 17

Kommunikation zwischen Unfallversicherungsträgern und BG Kliniken

Anruf beim „Blauen Telefon“

Spezielle Servicezentren in den BG Kliniken sorgen für einen besseren Informationsaustausch mit den Unfallversicherungsträgern.

Im Rahmen der zweiten „Onlinebefragung zur Bewertung der Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und den SAV-Kliniken“ waren auch die Kliniken der gesetzlichen Unfallversicherung Teil der Evaluation. Rund 500 Befragte bewerteten im Zuge der Erhebung die Kooperation mit den Akutkrankenhäusern der BG Kliniken, sodass nach Auswertung aller Ergebnisse für alle neun Traumazentren aussagefähige Ergebnisse vorliegen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Gesamtzufriedenheit mit den BG Kliniken mit knapp 90 Prozent weiterhin auf konstant hohem Niveau bewegt und durchschnittlich über anderen SAV-Kliniken in Deutschland liegt. Die BG Kliniken bleiben damit nicht nur ein geschätzter Ansprechpartner der Unfallversicherungsträger, sondern festigen ihre Rolle als wichtige überregionale Traumazentren und Krankenhäuser der Maximalversorgung: So hat die Betreuungsmenge der SAV-Fälle in den BG Kliniken im Vergleich zur letzten Erhebung noch weiter zugenommen – ein Hinweis darauf, dass in den BG Kliniken nach wie vor besonders viele schwere Fälle versorgt werden.

Betreuungsmenge der SAV-Fälle hat zugenommen

Die Rückmeldungen zeigen auch, dass sich über die vergangenen Jahre an vielen Standorten der BG Kliniken ein funktionierendes Netzwerk in der Kommunikati-

on zwischen Unfallversicherungsträgern und Kliniken entwickelt hat. Somit werden die BG Kliniken ihrem Auftrag gerecht, insbesondere für die Patientinnen und Patienten, die auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches VII versorgt werden, umfangreiche Leistungen vorzuhalten und für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen als Ansprechpartnerin zur Verfügung zu stehen. Einen Beitrag dazu hat insbesondere auch die Etablierung der sogenannten UVT Servicezentren an allen Akutkliniken sowie an den zwei BG Kliniken für Berufskrankheiten und an der BG Nordsee Reha-Klinik St. Peter Ording geleistet. Die Initiative für die flächendeckende Gründung der Zentren beruht auf den Ergebnissen der ersten Zufriedenheitsbefragung zur Bewertung der Zusammenarbeit mit den SAV-Kliniken aus dem Jahr 2016. Die Unfallversicherungsträger wurden unter anderem dazu befragt, ob ihnen für ihre Anfragen zum Reha-Management eine kompetente Ansprechperson zur Verfügung steht. Die Ergebnisse innerhalb der Klinikgruppe der BG Kliniken schwankten, zeigten aber, dass Kliniken mit einer zentralen Kontaktstelle für die Unfallversicherungsträger überdurchschnittlich positiv bewertet wurden. Eine daraufhin durch das Ressort Kunden und Markt der BG Kliniken angestoßene Status-quo-Erhebung ergab, dass sowohl die Strukturen als auch die Bezeichnungen der vorhandenen Kontaktstellen diver-

gierten. Angesichts der großen Bedeutung, die der Kommunikation zwischen den Unfallversicherungsträgern und den Kliniken innerhalb des Reha-Managements zukommt, ist die sichere Erreichbarkeit fester, kompetenter Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner jedoch stets zu gewährleisten.

Der Geschäftsführer der BG Kliniken, Reinhard Nieper, hatte beim 2. DGUV-Forum Reha-Management 2018 in Dresden die Etablierung eines sogenannten „Blauen Telefons“ zur Verbesserung der Kommunikation angekündigt. Durch eine Arbeitsgruppe, besetzt mit Vertreterinnen und Vertretern aller Kliniken, wurde darum zunächst ein Mindeststandard für die UVT Servicezentren entwickelt. Dieser ermöglicht es einerseits, die Servicequalität zu verbessern, die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern weiter auszubauen und eine Vergleichbarkeit innerhalb des Angebots zu schaffen. Andererseits berücksichtigt er aber auch lokale Unterschiede und gibt den Standorten die Möglichkeit, historisch oder strukturell bedingte Abweichungen in der Aufgabenerfüllung weiterhin beizubehalten.

Grundsätzlich dient das UVT Servicezentrum dazu, offene Fragen rund um den Ablauf des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens in den Bereichen der Akut-

Autorinnen

Foto: BG Kliniken



Annemarie Ulbrich

Unternehmenskommunikation und Marketing
BG Kliniken –
Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
E-Mail: annemarie.ulbrich@bg-kliniken.de

Foto: BG Kliniken



Maïke Weerts

Ressort Kunden und Markt
BG Kliniken –
Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH
E-Mail: maïke.weerts@bg-kliniken.de

„Insgesamt bildet die Zufriedenheitsbefragung der DGUV einen guten Gradmesser, um vertiefte Kenntnis über die Anforderungen der Unfallversicherungsträger zu erlangen und entsprechende Maßnahmen für eine reibungslose und partnerschaftliche Zusammenarbeit abzuleiten.“



Das „Blaue Telefon“ ist das Logo der UVT Servicezentren.

Foto: BG Kliniken

behandlung oder Rehabilitation zwischen Unfallversicherungsträger und der betreffenden BG Klinik zu klären. Dies kann beispielsweise Anfragen zur Umsetzung des Reha-Managements betreffen, aber auch Unterstützungsbedarf in der Kommunikation mit einzelnen Klinikbereichen oder Rückfragen zur Gutachtenerstellung. Inzwischen haben alle Akutkliniken und die zwei BG Kliniken für Berufskrankheiten sowie die BG Nordsee Reha-Klinik St. Peter Ording ein entsprechendes UVT Servicezentrum aufgebaut und besetzt oder ihre bestehenden Strukturen mit den Vorgaben des Mindeststandards abgeglichen. Damit wurde das angekündigte Versprechen inhaltlich verwirklicht und zusätzlich mit dem Symbol „Blaues Telefon“ ein internes und externes Kommunikationsmittel geschaffen, das von der jeweiligen BG Klinik verwendet werden kann und einprägsam auf das UVT

Servicezentrum hinweist. Zudem wird mit einem einheitlichen Internetauftritt und einem zentralen E-Mail-Postfach (uvt.servicezentrum@klinikname.de) pro Standort die Möglichkeit für Beschäftigte der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen geschaffen, sich schnell und zielgerichtet zu informieren.

Positive Effekte dank UVT Servicezentren

Die Ergebnisse der diesjährigen Onlinebefragung zur Zusammenarbeit zwischen den Unfallversicherungsträgern und den SAV-Kliniken zeigen, dass die Einrichtung der UVT Servicezentren positive Effekte auf die Bewertungsergebnisse in den relevanten Fragekategorien im Vergleich zur Vorgängerbefragung bewirkt hat. So konnten sich sowohl das BG Klinikum Duisburg als auch das BG Klinikum Hamburg in ihren Befragungsergebnissen mit

Bezug auf die Erreichbarkeit der Ansprechpersonen in der BG Klinik deutlich verbessern. Auch die Zufriedenheit im direkten Austausch mit den Unfallversicherungsträgern hat sich zum Positiven entwickelt. Insbesondere bei allen Fragen rund um die Erstellung und Terminvergabe für Reha-Pläne fühlen sich die Befragten sehr gut durch die BG Kliniken unterstützt. Und auch bei Fragen zu Fällen außerhalb des Reha-Managements oder bei fachabteilungsübergreifenden Anliegen ist die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit der Ansprechpersonen hoch.

Die Einrichtung der UVT Servicezentren und die daraus resultierende positive Entwicklung in der Zusammenarbeit zwischen Unfallversicherungsträgern und BG Kliniken bestätigt die Relevanz der Umfrage für die BG Kliniken als Krankenhäuser der gesetzlichen Unfallversicherung; Insgesamt bildet die Zufriedenheitsbefragung der DGUV einen guten Gradmesser, um vertiefte Kenntnis über die Anforderungen der Unfallversicherungsträger zu erlangen und entsprechende Maßnahmen für eine reibungslose und partnerschaftliche Zusammenarbeit abzuleiten. Auch die zweite Befragung wird Ausgangspunkt für eine weitere Anpassung des Austauschs und der internen Organisation der Kliniken sein, um Verbesserungspotenziale unter anderem in der Kommunikation zwischen Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Kliniken zu heben. Durch diese Weiterentwicklung kann die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit seitens der Unfallversicherungsträger erhalten und weiter gefördert werden – ein Ziel, dem sich die BG Kliniken als Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung ebenso verpflichtet fühlen wie der erstklassigen Versorgung der Patientinnen und Patienten. ●

SAV-Onlinebefragung

Wie läuft die Zusammenarbeit zwischen Kliniken und Unfallversicherungsträgern?

In einer Onlinebefragung bewerteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen erneut die Zusammenarbeit mit den 95 SAV-Kliniken. Vieles hat sich seit der letzten Umfrage 2016 verbessert, aber es gibt noch Luft nach oben.

1. Hintergrund

Die Kliniken, die zum Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) zugelassen sind, haben eine herausragende Bedeutung für die Unfallversicherung und die dort versicherten Personen.

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben „mit allen geeigneten Mitteln“ einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Um eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung zu gewährleisten, wurde das dreistufige stationäre Heilverfahren eingeführt. An Kliniken, die zum SAV-Verfahren zugelassen sind, werden besonders hohe Anforderungen gestellt, beispielsweise um Polytraumata zu versorgen.

2. Projektbeschreibung

Im Rahmen der Qualitätssicherung hat die DGUV im Jahr 2018 eine Onlinebefragung zur „Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit SAV-Kliniken“ wiederholt, die 2016 erstmalig durchgeführt wurde. Beschäftigte der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen bewerteten anhand eines Fragebo-

gens die Zusammenarbeit mit den 95 SAV-Kliniken. Voraussetzung für die Teilnahme war es, über Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit SAV-Kliniken zu verfügen, zum Beispiel über die Arbeit im Reha-Management oder in der Fallbetreuung. In ihren Antworten gaben die Mitarbeitenden eine Einschätzung für eine ausgewählte SAV-Klinik ab.

Der Fragebogen beinhaltete 25 geschlossene Fragen, aufgeteilt in sieben Bereiche:

- Ansprechpersonen in der Klinik
- Reha-Plan und Reha-Management
- Organisation der nachstationären Versorgung
- Berichte und Gutachten (fristgerechte Lieferung)
- Konsile im Rahmen der SAV-Behandlung
- Versorgung von Kindern/Jugendlichen
- Gesamtzufriedenheit

Für die Beantwortung der Fragen stand eine vierstufige Antwortskala (Fast immer – Häufig – Selten – Sehr selten) zur Verfügung. Bei einigen Fragen war es zusätzlich möglich, „kein Bedarf aufgetreten“ anzugeben. Für die Fragen zu den Berichts- und Gutachtenlaufzeiten wurden Antwortmöglichkeiten zu Wochenfristen

analog der vertraglichen Vereinbarungen angeboten.

Ziel der Befragung ist es, den SAV-Kliniken Hinweise für Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern zu geben. Diese Informationen sollen im Qualitätsmanagement der jeweiligen Klinik Verwendung finden. Ein Beispiel aus einem Ergebnisbericht für eine SAV-Klinik ist in Abbildung 3 dargestellt. Die Einzelberichte liegen auch den DGUV-Landesverbänden vor. Diese thematisieren die Ergebnisse unter anderem in den SAV-Teilnehmungsprüfungen, die gemäß dem Fünf-Jahres-Rhythmus in diesem Jahr wieder durchgeführt werden.

Bereitgestellt wurde die Onlinebefragung über das IAG (Institut für Arbeitsschutz der DGUV) in Dresden. Die Einzelberichte für die SAV-Kliniken und die statistischen Auswertungen wurden von der Abteilung Statistik der DGUV erstellt. Die fachliche Begleitung bei der Fragebogen-Anpassung und für die Umsetzung wurde durch eine Arbeitsgruppe mit Mitgliedern aus den Unfallversicherungsträgern begleitet und vom Referat „Heilbehandlung“ der Abteilung „Versicherungen/Leistungen“ der DGUV geleitet.

3. Eckdaten der Onlinebefragung 2018

Die zweite Onlinebefragung erfolgte über sechs Monate (August 2018 bis Januar 2019) und es wurden insgesamt 2.244 Fragebögen ausgefüllt. Die Beteiligung der Unfallversicherungsträger lag deutlich höher als bei der ersten Befragung 2016. Dies ist dem großen Engagement der Ansprechpersonen bei den Trägern und der Landesverbände zu verdanken. Insgesamt haben 32 Unfallversicherungsträger (9 Berufsgenossenschaften und 23 Unfall- und

Autorin



Ute Polak

Referat Heilbehandlung/Gesundheitswesen
der DGUV

E-Mail: ute.polak@dguv.de

Feuerwehrunfallkassen sowie die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten, Gartenbau) an der Befragung teilgenommen.

Mit der durchschnittlichen Anzahl von 25,5 Fragebögen pro Klinik konnte 2018 eine zufriedenstellende Grundlage für die Auswertung erzielt werden. Zudem wurde in der aktuellen Befragung eine deutlich höhere Beteiligung der Reha-Managerinnen und Reha-Manager erreicht. Die Frage „Haben Sie in dieser SAV-Klinik Fälle im Rahmen des Reha-Managements geführt?“ haben bei der Befragung im Jahr 2018 über knapp 60 Prozent bejaht, während es 2016 nur etwa 50 Prozent gewesen waren. Allerdings sind die Antworten der Beschäftigten, die außerhalb des Reha-Managements Fälle in der jeweiligen Klinik betreut haben, von gleicher Bedeutung, weil es in der Befra-

gung um zentrale Fragen zur Erreichbarkeit, zur Rückrufbereitschaft der Klinik oder um die Zufriedenheit mit Berichten oder Gutachten geht.

„Die Hälfte der besser eingeschätzten Kliniken erreichte Änderungswerte von mehr als 20 Prozent.“

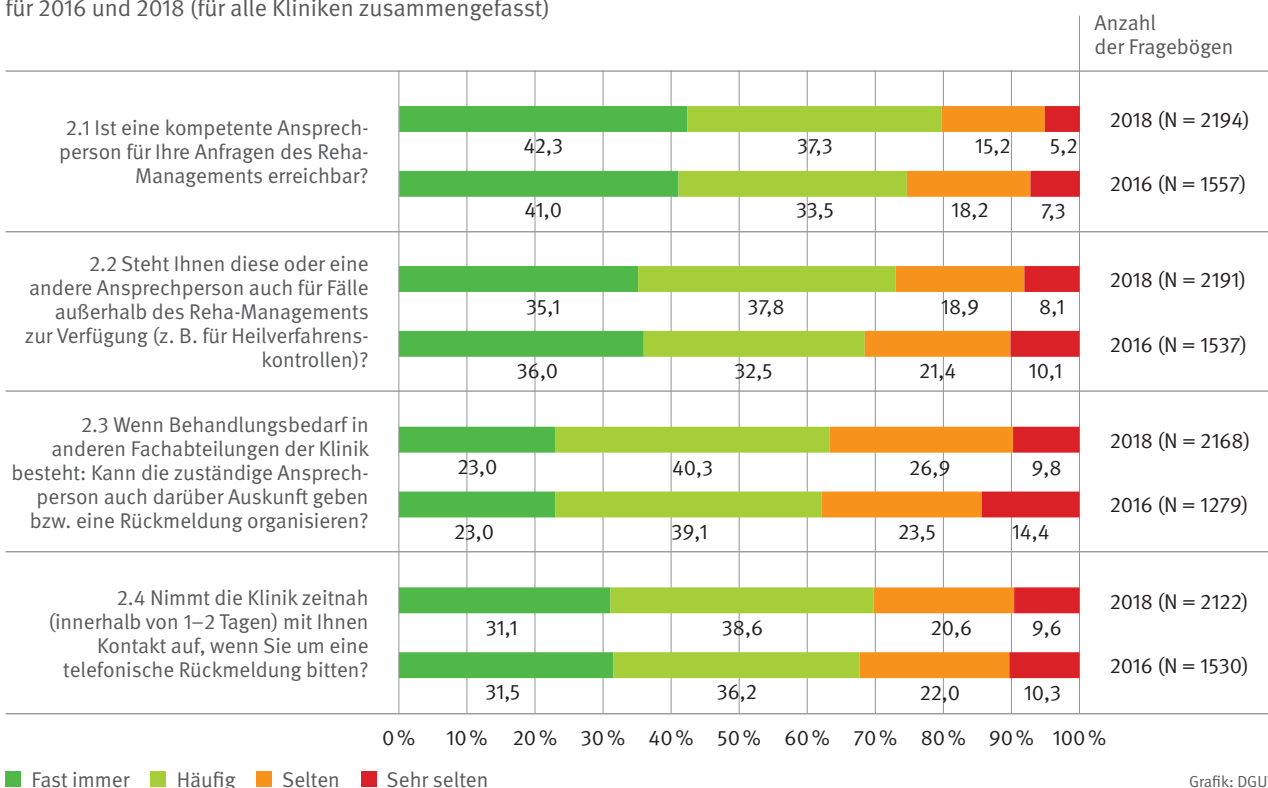
Jede SAV-Klinik hat im April 2019 einen individuellen Klinikbericht erhalten. In diesem Bericht wurde mitgeteilt, wie viele Fragebögen für die Bewertung der Klinik vorlagen und von wie vielen Unfallversi-

cherungsträgern diese Rückmeldungen stammten. Im Durchschnitt haben mehr als acht Träger eine Rückmeldung zu einer Klinik gegeben.

4. Ergebnisse 2018 und Vergleich mit den Ergebnissen von 2016

Die prozentuale Antwortverteilung der Bewertungen wurde für alle Fragen des Fragebogens ermittelt und den Ergebnissen aus der Befragung von 2016 gegenübergestellt. In Abbildung 1 sind die Auswertungen für vier Fragen des Bereichs „Ansprechperson“ des Onlinefragebogens dargestellt. Bei der Erfassung aller Antworten der Befragten über alle 95 Kliniken hinweg, ist die prozentuale Verteilung der Antwortkategorien sehr ähnlich. Die vorliegenden Unterschiede in der Bewertung zwischen 2016 und 2018 werden erst bei der Betrachtung

Abbildung 1: Prozentuale Darstellung der Auswertungsergebnisse für den Fragebereich 2 „Ansprechperson“ für 2016 und 2018 (für alle Kliniken zusammengefasst)



„Wenn die Rückmeldungen der Beschäftigten der Unfallversicherungsträger positiv waren, kann diese Zufriedenheit auf die guten Prozesse und Kommunikationsstrategien der SAV-Klinik zurückgeführt werden.“

der Einzelklinik (Beispiel siehe Abbildung 2) deutlich.

Die zusammengefasste Bewertung über alle Kliniken für die Fragen 2.1 (Ansprechperson erreichbar), 2.2 (Unterstützung für Fälle außerhalb des Reha-Managements) und 2.4 (Rückrufaktivität) fallen sehr positiv aus: Mehr als 65 Prozent der Befragten geben an, dass sie „fast immer“ oder „häufig“ den gewünschten Kontakt oder den Rückruf der Klinik erhalten. Die Frage 2.3 „Wenn Behandlungsbedarf in anderen Fachabteilungen der Klinik besteht: Kann die zuständige Ansprechperson auch darüber Auskunft geben bzw. eine Rückmeldung organisieren?“ erhält für die Kategorie „fast immer“ nur eine Zustimmungsquote von 23 Prozent, was zeigt, dass dieser Prozess 2016 und 2018 als weniger zufriedenstellend von den Befragten wahrgenommen wurde.

Die relativ hohe Übereinstimmung zwischen den Gesamtangaben für 2016 und 2018 besteht nicht auf der Ebene der ein-

zelnen Klinik. Die Einzelergebnisse zeigen große Abweichungen zwischen den Ergebnissen aus 2016 und 2018 und machen deutlich, dass die zusammengefasste Bewertung keine spezifische Aussagekraft besitzt. Beispielhaft wird dies an der Auswertung der Frage 2.1 des Onlinefragebogens dargestellt. In der Abbildung 2 wird für diese Frage jede SAV-Klinik mit zwei nebeneinanderstehenden Säulen angezeigt, um das Ergebnis für 2016 (blaue Säule) und für 2018 (rote Säule) darzustellen. Anhand der aufsteigenden Sortierung für 2018 kann man ablesen, in welchem Umfang die Kliniken „häufig“ oder „fast immer“ für die Beschäftigten der Unfallversicherungsträger erreichbar sind. Diese klinikbezogenen Werte zeigen deutliche Unterschiede in der Einschätzung zur Erreichbarkeit der Ansprechperson zwischen den Kliniken. Die Prüfung der „Tendenz“ der Veränderung ergab, dass 54 der 95 Kliniken bei der Befragung 2018 besser bewertet wurden.

Die Hälfte der besser eingeschätzten Kliniken erreichte Änderungswerte von mehr als 20 Prozent. Gleichzeitig muss festgestellt werden, dass bei Kliniken, die schon 2016 sehr gute Einschätzungen erhalten hatten, (beispielsweise mehr als 80 Prozent positive Bewertung der Erreichbarkeit) nur wenige eine weitere Steigerung erreichen konnten.

Über alle 95 SAV-Kliniken hinweg zeigt die Befragung ein differenziertes Bild. Neben einem breiten Mittelfeld von Kliniken, die gute Bewertungen erhalten, zeigt sich für eine Gruppe von rund 20 Kliniken, dass diese bei wichtigen Prozessen wie „Erreichbarkeit einer kompetenten Ansprechperson“, „Rückruf-Aktivitäten“, bei den Angaben zu „Berichtslaufzeiten“ und in der Bewertung der Gesamtzufriedenheit wenig gute Rückmeldungen erhalten haben. Bei diesen Kliniken gilt es, die konkreten Gründe für die geringe Zufriedenheit der Unfallversicherungsträger zu analysieren und die Klinik zu Verbesserungen aufzufordern.

Abbildung 2: SAV-Onlinebefragung 2018, Frage 2.1 „Ist eine kompetente Ansprechperson für Ihre Anfragen des Reha-Managements erreichbar? (Darstellung der prozentualen Zustimmung zu den Kategorien „fast immer“ und „häufig“ auf einer vierstufigen Antwortskala. Im Vergleich: Angaben für 95 SAV-Kliniken für 2016 (blaue Säule) und 2018 (rote Säule))

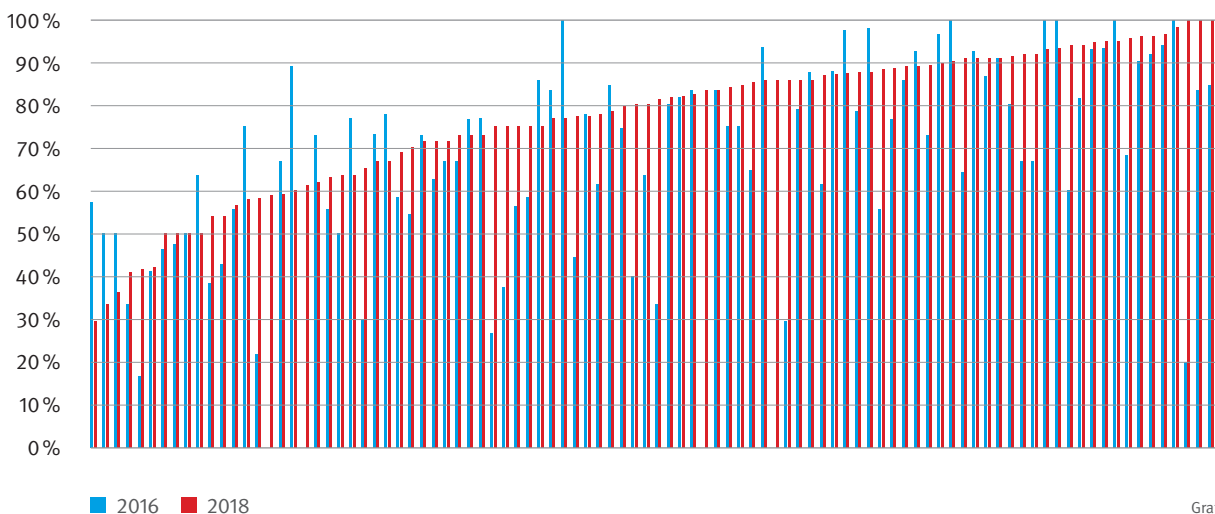
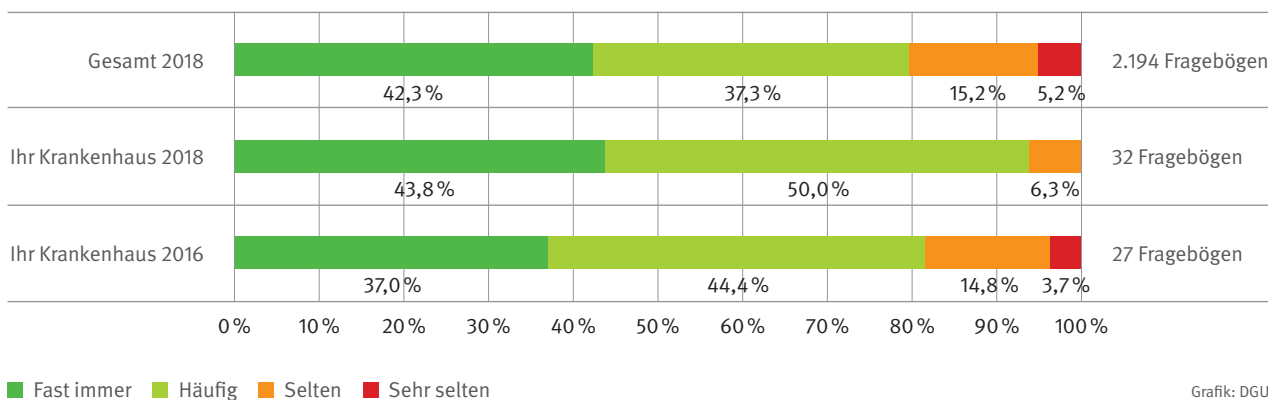


Abbildung 3: Exemplarische Darstellung aus einem Ergebnisbericht einer Klinik zu Frage 2.1
Erreichbarkeit einer kompetenten Ansprechperson (Frage 2.1: Ist eine kompetente Ansprechperson für Ihre Anfragen des Reha-Managements erreichbar?)



Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der größere Anteil der 95 SAV-Kliniken die Ergebnisse der ersten Befragung als Anstoß für eine Verbesserung der Außenkommunikation mit den Unfallversicherungsträgern verstanden hat und klinikinterne Prozesse zum Beispiel für die Kontaktaufnahme oder die Rückrufaktivität verbessert wurden.

„Die relativ hohe Übereinstimmung zwischen den Gesamtangaben für 2016 und 2018 besteht nicht auf der Ebene der einzelnen Klinik.“

5. Exkurs: Ergebnisse der BG Kliniken

Die BG Kliniken erhielten 2016 und 2018 insgesamt gute bis sehr gute Bewertungen, die über dem Durchschnitt aller SAV-Kliniken lagen. In Einzelbereichen haben BG Kliniken im Jahr 2018 auch deutlich bessere Bewertungen als 2016 erhalten, weil die Befragten die eingeleiteten Veränderungen positiv wahrgenommen haben. Aber es zeigte sich auch, dass es für alle Kliniken, die bereits 2016 sehr positive Bewertungen erhielten, schwierig war, die hohen Zufriedenheitswerte über 80 Prozent weiter zu verbessern.

Die BG Kliniken liegen regelmäßig im oberen Drittel der bewerteten Kliniken. Der Klinikverbund der BG Kliniken hat die Daten für die neun Häuser übermittelt bekommen und einen Vergleich der Ergebnisse erstellt. Diese Ergebnisse wurden bereits in den Gremien der BG Kliniken diskutiert.

6. Wozu dienen die Ergebnisse?

Die Ergebnisberichte wurden im April 2019 an die Kliniken versendet. Jede SAV-Klinik hat eine vergleichende Auswertung bezüglich der auf sie bezogenen Rückmeldungen aus den Jahren 2016 und 2018 erhalten. Zusätzlich wurden in den Berichten die Gesamtwerte von 2018 dargestellt, sodass jede Klinik ihre eigenen Ergebnisse im Verhältnis zu den Ergebnissen der anderen Kliniken einordnen kann (siehe Abbildung 3).

Die Landesverbände der DGUV als Vertragspartner der Kliniken haben die Ergebnisberichte der SAV-Onlinebefragung 2018 ebenfalls erhalten. Sie werden die Bewertungen im Rahmen der regelmäßigen Beteiligungsprüfungen mit den verantwortlichen Durchgangärztinnen und Durchgangärzten der Klinik besprechen. Eine Vorstellung der SAV-Onlinebefragung erfolgt auch in den Landesverbandsforen der DGUV für alle dort regional ansässigen SAV-Kliniken.

7. Fazit/Bewertung

Generell stellen Befragungen wie die „SAV-Onlinebefragung“ die Zusammen-

fassung von persönlichen Einschätzungen der Befragten dar. Die Subjektivität ist ein zentrales Merkmal solcher Erhebungen, denn die Erinnerung an den letzten erfolglosen Versuch der Kontaktaufnahme mit der Klinik oder die begeisterte Schilderung von Patientinnen und Patienten zur erhaltenen Versorgung können das Urteil der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beeinflussen. Es gilt deshalb, möglichst viele Rückmeldungen von verschiedenen UV-Beschäftigten für jede Klinik zu erhalten, um eine Annäherung an die Realität zu erreichen. Im Durchschnitt lagen 25,5 Rückmeldungen pro SAV-Klinik vor. Es wird davon ausgegangen, dass sich eine repräsentative Anzahl von Beschäftigten der Unfallversicherungsträger an der Befragung beteiligte. Die Ergebnisse der durchgeführten Onlinebefragung sollen als „Hinweise“ im Sinne einer Kundenbefragung verstanden werden.

Wenn Rückmeldungen der Beschäftigten der Unfallversicherungsträger für die jeweilige Klinik positiv waren, kann diese Zufriedenheit auf die guten Prozesse und Kommunikationsstrategien der SAV-Klinik zurückgeführt werden. Bei Kliniken, die schlechtere Bewertungen erhalten haben, gilt es nach Gründen zu suchen. Die Landesverbände werden im Rahmen der regelmäßigen Beteiligungsprüfung die Ergebnisse der Onlinebefragung mit den Kliniken besprechen und Verbesserungsmöglichkeiten sowie -notwendigkeiten identifizieren.

E-Scooter

Was rollt da auf uns zu?

Elektrokleinstfahrzeuge (EKfz) wie E-Scooter sind schnell, klein und gefährlich. Seit dem 15. Juni 2019 sind sie im Straßenverkehr erlaubt. Wenige Tage später ereigneten sich erste Unfälle mit schweren Verletzungen. Die Prävention ist gefordert.

Elektrokleinstfahrzeuge im Straßenverkehr

Sie sind schnell, man braucht keinen Führerschein und sie können bereits ab 14 Jahren gefahren werden. Die neue, moderne, „hippe“ Mobilität ist nun auch in Deutschland erlaubt – wenn es nach dem Willen des Bundesverkehrsministers gegangen wäre, dürften die E-Scooter sogar bereits ab 12 Jahren und auf dem Gehweg gefahren werden. Aber das konnte gerade noch durch die intensiven Interventionen des Bundesrates, des Deutschen Verkehrssicherheitsrates (DVR), der DGUV und anderer Stellungnehmenden verhindert werden.

Die letzte Meile

Beworben werden sie für die letzte Meile vom Bahnhof zur Arbeit oder nach Hause. Die letzte Meile, gerade diese überschaubare Strecke, die man gut laufen könnte, um etwas Gutes für die Gesundheit zu tun. Und bei beruflich bedingten Wegen steht diese Art der Fortbewegung auch unter dem Versicherungsschutz der gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Musste das wirklich sein? War es wirklich notwendig, noch mehr Mobilitätsmöglichkeiten vor dem Hintergrund eng begrenzter Verkehrsräume zu schaffen, oder diente es eher der Profilierung oder der Befriedigung nach Spaß, Erleben und Action? Die Begründung des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur zur Zulassung von Elektrokleinstfahrzeugen lautet auf der

Internetseite: „Diese Fahrzeuge sind batteriebetrieben und somit emissionsfrei. Die Besonderheit einer Vielzahl dieser Fahrzeuge liegt zudem in ihren meist kleinen Ausmaßen und ihrem geringen Gewicht, wodurch sie falt- und tragbar ausgestaltet sein können. Diese Eigenschaften ermöglichen den Nutzern die Mitnahme der Fahrzeuge, weshalb diese einen besonderen Mehrwert zur Verknüpfung unterschiedlicher Transportmittel und zur Überbrückung insbesondere kurzer Distanzen (sogenannte „Letzte-Meile-Mobilität“) darstellen.“¹

„Die neue, ‚hippe‘
Mobilität ist jetzt auch in
Deutschland erlaubt.“

Verbreitung

Elektrokleinstfahrzeuge sind auf dem Vormarsch in Lissabon, Vilnius, Paris und vielen anderen Orten in Europa, Asien, Afrika und Amerika. Menschen lieben es nun einmal, neue Dinge auszuprobieren und „modern“ zu sein. Aber es gibt bereits erste Orte wie Paris, die über Verbote nachdenken. Die Gründe sind vielfältig, Sicherheitsbedenken und Unfallhäufig-

keit, Blockieren der Gehwege oder Entsorgung von Sondermüll. Immer mehr Sharing-Anbieter stellen elektrische Tretroller, E-Scooter oder Segways auf die Gehwege, damit sie jederzeit spontan online angemietet und sofort genutzt werden können, seit Juni 2019 beispielsweise auch in Berlin.

Was sind Elektrokleinstfahrzeuge in Deutschland?

Definiert sind Elektrokleinstfahrzeuge als Kraftfahrzeuge mit einer Halt- oder Lenkstange, die eine maximale bauartbedingte Höchstgeschwindigkeit von 6 km/h bis 20 km/h aufweisen. Sie haben eine Leistungsbegrenzung von 500 Watt oder 1.400 Watt bei selbst balancierenden Fahrzeugen (zum Beispiel Segways). Aber es sind Kraftfahrzeuge und damit gelten die Regeln für das Führen von Kraftfahrzeugen. Sie müssen den verkehrssicherheitsrechtlichen Mindestanforderungen (unter anderem im Bereich der Brems- und Lichtsysteme, der Fahrdynamik und der elektrischen Sicherheit) entsprechen. Und sie benötigen eine Kraftfahrzeughaft-



Fußnote

[1] www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Artikel/StV/elektrokleinstfahrzeugeverordnung-faq.html, abgerufen am 26.06.2019

Autoren



Kay Schulte

Unfallprävention –
Wege und Dienstwege
Deutscher Verkehrssicherheitsrat
(DVR)
E-Mail: kschulte@dvr.de



Dr. Sven Timm

Stabsbereich Prävention,
Referat Strategische
Kooperationen der DGUV
E-Mail: sven.timm@dguv.de



Risikante Mobilität: Die Nutzung von E-Scootern kann zu schweren Unfällen und Verletzungen führen. So wird zum Beispiel das Verbot, auf dem Bürgersteig zu fahren, häufig missachtet.

pflichtversicherung. Diese wird durch eine kleine Versicherungsplakette am Fahrzeug sichtbar. Die Nutzung der Elektrokleinstfahrzeuge unterliegt keiner Helmtragepflicht.

Wo darf in Deutschland gefahren werden?

Der Regelungsdschungel in Deutschland ist grundsätzlich schon schwer überschaubar, aber bei den Elektrokleinstfahrzeugen ist es noch unübersichtlicher. Gebote und Verbote sind oft nicht logisch zu erfassen oder in Beziehung zu bekannten Regelungen setzen. Noch einmal zur Wiederholung, es ist kein Führerschein oder

eine Prüfbescheinigung für die Nutzung eines EKfz notwendig, man muss nur 14 Jahre alt sein. Und dann beginnt die Geschichte von „Kuriosistan“.

Wenn ausgewiesene Radwege oder Radfahrstreifen vorhanden und diese mit dem Verkehrszeichen 237, einem weißen Fahrrad auf rundem blauem Grund, gekennzeichnet sind, müssen sie genutzt werden. Es gibt in Deutschland aber auch viele baulich angelegte Radwege, die für Radfahrende nicht benutzungspflichtig, also nicht mit dem Verkehrszeichen 237 versehen sind, zum Beispiel weil sie sanierungsbedürftig sind. Radfahrende können

dann auf die Fahrbahn ausweichen. Wer mit einem Elektrokleinstfahrzeug unterwegs ist, darf das nicht, dann müssen auch sie nicht benutzungspflichtigen Radwege genutzt werden, auch wenn diese in baulich schlechtem Zustand sind. Wegen der kleinen Räder besteht ein besonders erhöhtes Risiko zu stürzen. Nur wenn Radwege nicht vorhanden sind, muss mit Elektrokleinstfahrzeugen auf der Fahrbahn gefahren werden.

In Deutschland existieren auch viele Wege, die von Radfahrenden sowie Fußgängerinnen und Fußgängern gemeinsam genutzt werden können. Dabei haben ▶

Radfahrende Rücksicht zu nehmen und den Menschen zu Fuß einen Vorrang einzuräumen. Derartige Wege sind mit den Zeichen 240 und 241 (weiße Fußgängerin mit Kind/und Fahrrad auf rundem blauem Grund) beschildert. Auch diese Wege müssen bei der Nutzung von Elektrokraftfahrzeugen benutzt werden. Menschen zu Fuß haben jedoch Vorrang, was nicht immer bekannt ist oder ernst genommen wird.

Welche Regeln und Pflichten sind mit dem Führen von Kfz und damit von Elektrokraftfahrzeugen verbunden?

Für die Nutzung von Kraftfahrzeugen und Elektrokraftfahrzeugen gelten alle Regeln der Straßenverkehrsordnung (StVO), des Straßenverkehrsgesetzes (StVG) und des Strafgesetzbuches (StGB). Doch was bedeutet das?

In puncto Elektrokraftfahrzeuge bedeutet das zum Beispiel im Rahmen des § 24a StVG, dass bei einer Nutzung mit mehr als 0,5 Promille und weniger als 1,1 Promille Alkohol im Blut eine Ordnungswidrigkeit vorliegt, die im Regelfall mit 500 Euro Geldbuße, einem Monat Fahrverbot und zwei Punk-

ten im Fahreignungsregister sanktioniert wird.

Bei einer Nutzung mit mehr als 0,3 Promille und Auffälligkeiten handelt es sich bereits um eine Straftat, die vor einem Gericht verhandelt und im Regelfall mit Fahrerlaubnisentzug geahndet wird.

„E-Scooter sind hochgefährlich, auch weil für die Nutzenden keine Helmtragepflicht besteht.“

Ab mehr als 1,1 Promille ohne Fahrauffälligkeit begeht man eine Straftat, die immer den Entzug der Fahrerlaubnis zur Folge hat.

Zusätzlich gilt für junge Menschen vor Vollendung des 21. Lebensjahres und für Personen mit Fahrerlaubnis auf Probe innerhalb der Probezeit nach § 24c StVG die Regelung, dass kein alkoholisches Getränk zu sich nehmen und man nicht unter der Wirkung eines solchen stehen darf,

wenn ein Kfz gefahren wird. Verstöße werden als Ordnungswidrigkeit in der Regel mit 250 Euro Geldbuße und der Eintragung eines Punktes geahndet.

Sturzgefahr bei Schlaglöchern und Kanten

Nicht viele Menschen haben bereits Erfahrungen mit Elektrokraftfahrzeugen. Sie kennen nicht die bemerkenswerten Beschleunigungskräfte, die E-Motoren aufweisen, und haben selten ein Gefühl für die Bremsen. Hinzu kommt, dass das notwendige Gleichgewichtsgefühl noch nicht ausgeprägt ist. Sehr kritisch müssen die in der Regel sehr kleinen Räder von EKfz betrachtet werden. Schlaglöcher oder Kanten sind schon für Menschen, die mit dem Fahrrad unterwegs sind, unangenehm. Bei Elektrokraftfahrzeugen mit Geschwindigkeiten bis zu 20 km/h führen Schlaglöcher oder Kanten häufig zum Sturz mit nicht selten schweren Verletzungen. Darüber denken die wenigsten nach, wenn sie einmal spontan ein derartiges Kfz anmieten.

Gefährliches Zusammentreffen

Schon jetzt am Anfang des zu erwartenden EKfz-Booms sind Konflikte bei einer gemeinsamen Nutzung von Radwegen durch Fahrräder, Pedelecs und Elektrokraftfahrzeuge absehbar. Diese werden gemeinsam auf oft recht schmalen Wegen mit ganz unterschiedlichen Geschwindigkeiten und fahrphysikalischen Besonderheiten unterwegs sein. Einige können bauartbedingt schneller beschleunigen und neigen eher dazu, langsamere Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer auf schmalen Wegen zu überholen. Andere müssen beispielsweise aufgrund unterschiedlicher Geschwindigkeiten spontan ausweichen, um nicht zu stürzen. Komplizierend kommt hinzu, dass auf einer Vielzahl von Radwegen das Befahren im Gegenverkehr freigegeben ist. Besonders im dichten Stadtverkehr zu Zeiten des Berufsverkehrs wird es voll werden auf den Radwegen.

Fehlnutzung von Wegen

Berücksichtigt werden muss auch das Verhalten von Menschen. Es ist davon auszugehen, dass eine große Anzahl von EKfz-Nutzenden zukünftig auch Gehwege benutzen wird, sei es aus Unwissenheit oder Bequemlichkeit oder auch, um noch



Schlaglöcher sind für die in der Regel sehr kleinen Räder gefährlich und können leicht zu einem Sturz führen.



- ◀ Konflikte sind bei einer gemeinsamen Nutzung von Radwegen durch Fahrräder, Pedelecs und Elektrokleinstfahrzeuge absehbar.

Verantwortliche für Prävention müssen hier handeln und dies sehr schnell. Ein erster Schwerpunkt sollte im Bereich der gesetzlichen Schülerunfallversicherung liegen. Die EKfz dürfen bereits von 14-Jährigen gefahren werden, deren Verkehrssozialisation gerade noch in den Anfängen steckt. In dieser Altersgruppe kann man weniger Verantwortungsgefühl für das Führen von Kfz erwarten als bei Erwachsenen. Hier wird Schule eine große Verantwortung übernehmen und gegensteuern müssen. Für die Präventionsverantwortlichen bedeutet dies, kurzfristig gute Aufklärungskonzepte und Schulungsmaterialien zur Integration in den Unterricht bereitzustellen.

Aber auch Auswirkungen auf das Arbeits- und Wegeunfallgeschehen werden erwartet, etwa von Fachleuten im Bereich Unfallchirurgie. Elektroroller würden für alle Verkehrsteilnehmerinnen und Verkehrsteilnehmer und insbesondere für die Nutzenden von EKfz ein „deutlich erhöhtes Verletzungsrisiko“ bergen, sagte Christopher Spering, Leiter der Sektion Prävention der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und Oberarzt in der Klinik für Unfallchirurgie in Göttingen, in einem Interview Anfang Juni 2019. Für ihn sind die E-Scooter im Stadtverkehr „hochgefährlich“, besonders weil sich andere Verkehrsteilnehmende nur extrem schwer auf die neuen Fahrzeuge einstellen könnten und für die Nutzenden keine Helmtragepflicht besteht. In Göttingen seien allein im Mai und Juni zwei schwer verletzte E-Rollerfahrer behandelt worden, berichtete Spering. Die beiden Verletzten hätten ein Schädel-Hirn-Trauma und Verrenkungsbrüche im Bereich der Sprunggelenke gehabt, typische Verletzungen bei Unfällen von Elektrotretroller-Nutzenden. Da auch viele Erwachsene Elektrokleinstfahrzeuge auf dem Weg zur Arbeit und zurück nach Hause nutzen werden, wird es erforderlich sein, Unternehmen und Beschäftigte frühzeitig über die Risiken bei der Nutzung von EKfz zu informieren und zu sensibilisieren. ●

schneller voranzukommen. Das erleben wir bereits heute mit Personen, die Rad fahren. Sie treffen nahezu geräuschlos auf Menschen, die zu Fuß unterwegs sind und meist nicht mit ihnen rechnen. Sie treffen auch auf Menschen, die leider beim Laufen mit Kopfhörern Musik hören, die neuesten Posts oder E-Mails auf dem Handy lesen und nicht auf den Verkehr achten. Schreckhafte Reaktionen als Folge können dann böse enden.

Elektrokleinstfahrzeuge auf der Fahrbahn

Immer wenn keine Radwege vorhanden sind, müssen Nutzende von Elektrokleinstfahrzeugen auf der Fahrbahn fahren. Sie werden das auch dann machen, wenn Radwege vorhanden sind. Dies führt zu weiteren Konflikten, zumal E-Scooter und elektrische Tretroller schmal und klein sind, aber relativ schnell sein können. Und die auch schnell übersehen werden können, insbesondere, wenn sie von 14-Jährigen gefahren werden, die

noch nicht ihre volle Körpergröße erreicht haben. Und es wird eine Vielzahl von Konflikten besonders in Kreuzungsbereichen erwartet.

Prävention muss handeln

In den wenigen Tagen nach der offiziellen Zulassung wurden mehrere schwere Unfälle verzeichnet. Bereits am 27. Juni 2019, also zwölf Tage, nachdem die Verordnung in Kraft getreten ist, gab es in Berlin zwei Elektrotretrollerunfälle, bei denen zwei Frauen schwere Knochenbrüche erlitten haben. Am 1. Juli ist in Sonneberg in Thüringen ein 31-jähriger Mann ohne Helm mit seinem Elektrotretroller auf dem Gehweg gestürzt und hat sich dabei schwere Kopfverletzungen zugezogen, bleibende Schäden konnten Anfang Juli nicht ausgeschlossen werden. Die Meldungen über Stürze mit schweren Verletzungen nehmen täglich zu. Ärzte und Ärztinnen von Unfallkrankenhäusern, wie das Unfallkrankenhaus Berlin, zeigen sich zunehmend besorgt.

Alten- und Krankenpflege

Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Der Strategietag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) dient der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) und wird in den Mitgliedsbetrieben durchgeführt. Eine Evaluation im Bereich Alten- und Krankenpflege ergab Anregungen für Präventionsmaßnahmen.

Strategietag Rücken

Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen zu den häufigsten Ursachen für das vorzeitige Ausscheiden von Pflegekräften aus dem Erwerbsleben und den Bezug einer Erwerbsminderungsrente.¹ Die BGW bietet daher das Beratungsprodukt „Organisationsentwicklung zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen“ an, das aus verschiedenen Modulen besteht und in den Mitgliedsbetrieben nachhaltige Strukturen für Sicherheit und Gesundheit schaffen soll. Der Strategietag ist das Einstiegsmodul der Organisationsberatung. Er wird als In-House-Workshop von Beraterinnen und Beratern im Auftrag der BGW durchgeführt. Teilnehmende sind zum Beispiel Führungskräfte, Einrichtungs- und Teamleitungen, Arbeitsschutzfachleute oder Betriebsärzte und -ärztinnen. Ziel ist es unter anderem, eine individuelle Bestandsaufnahme rückenrelevanter Belastungsschwerpunkte und betrieblicher Stärken in der Prävention von MSE² vorzunehmen sowie weitere praxisnahe Präventionsmaßnahmen zu erarbeiten.“



Muskel-Skelett-Erkrankungen sind bei Pflegekräften weit verbreitet. Die BGW bietet deshalb ein Beratungsprodukt an, das für Sicherheit und Gesundheit bei der Pflegearbeit sorgen soll.

Evaluation des Strategietages

Zur Evaluation des Strategietages hat das Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV (IAG) im Auftrag der BGW eine Interviewstudie durchgeführt. Befragt wurden Leitungen, Führungskräfte sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich Arbeitsschutz, wie die Teilnehmenden den Strategietag erlebt haben und welche Maßnahmen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen anschließend in den Unternehmen eingeführt wurden.

Bedarf an Hilfsmitteln und Sensibilisierung der Pflegekräfte

Eine zentrale Erkenntnis in einigen der befragten Unternehmen war, dass Arbeitsmittel zwar vorhanden sind, oft jedoch nicht zum Einsatz kommen. Die vorhandenen Arbeitsmittel oder auch kleinere Arbeitshilfen (zum Beispiel Gleittücher, Haltegürtel, Drehteller) werden teilweise nicht genutzt oder falsch angewendet. Gründe dafür sind eine hohe Arbeitsdichte und Zeitdruck. Da der Einsatz der Ar-

Autorinnen



Dr. Nicola Schmidt

Evaluation und BGM,
Institut für Arbeit und
Gesundheit der DGUV (IAG)
E-Mail: nicola.schmidt@dguv.de



Dr. Marlies Jöllenbeck

Produktentwicklung
Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und
Wohlfahrtspflege (BGW)
E-Mail: marlies.joellenbeck@uksh.de

beitshilfen Zeit kostet, mobilisieren Pflegekräfte die Personen lieber selbst oder zu zweit. In manchen Fällen fehlen den Pflegekräften aber auch Kenntnisse, um die Arbeitsmittel sachgerecht zu benutzen. Den Führungskräften ist beim Strategietag bewusst geworden, dass die Pflegekräfte noch stärker für die Nutzung der Hilfsmittel sensibilisiert und für ein rückengerechtes Arbeiten qualifiziert werden müssen. Die Analysen zeigten aber auch, dass nicht in allen Einrichtungen Hilfsmittel in ausreichender Zahl vorhanden sind.

Maßnahmen zur Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Zwei Interviewte gaben an, dass in ihren Einrichtungen infolge des Strategietages erstmals Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt wurden, die auch die rückenbezogenen Belastungen und Gefährdungen berücksichtigt haben. Die von den Befragten am häufigsten genannten Maßnahmen, die beim Strategietag erarbeitet wurden, bezogen sich auf die Themen Weiterbildung, Hilfsmittel und die Rolle der Führungskräfte.

„Der Zeitdruck in der Pflege erschwert eine zielgerichtete Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden.“

Weiterbildung

Im Bereich von Qualifizierungsmaßnahmen zum rückengerechten Arbeiten wurden vor allem Kinästhetik-Schulungen für die Pflegekräfte als wichtig erachtet. In einigen Einrichtungen werden zukünftig regelmäßig Kurse dazu durchgeführt oder Mitarbeitende zur Kinästhetikanleitung weitergebildet. In anderen Unternehmen werden zukünftig das Thema Rückengesundheit und die praktische Einübung

und Anleitung in der Handhabung der Hilfsmittel in Unterweisungen thematisiert. Darüber hinaus haben Einrichtungen das Konzept der Begleittage eingeführt. Hier begleitet eine in Kinästhetik ausgebildete Trainerin die Pflegekräfte bei der Arbeit und gibt Hilfestellung und Tipps für rückengerechtes Arbeiten sowie die Handhabung der Hilfsmittel.

Beschaffung von Hilfsmitteln

In vielen Einrichtungen wurden nach dem Strategietag kleinere Hilfsmittel für das Bewegen der betreuten Personen angeschafft. Der Workshop hat vielen Teilnehmenden gezeigt, dass gerade diese Hilfsmittel sehr wirkungsvoll für eine rückengerechte Arbeitsweise sind. Einzelne Einrichtungen sahen es zudem als wichtig an, technische Hilfsmittel, wie zum Beispiel Hebelifter oder höhenverstellbare Pflegebetten, anzuschaffen. Einige Einrichtungen haben im Nachgang zunächst eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Hilfsmittel durchgeführt und dann festgelegt, welche Hilfsmittel anzuschaffen sind. Oder es wurden die rückenbelastenden Tätigkeiten analysiert, wobei die Anzahl der Patiententransfers und die dazu verwendeten Hilfsmittel ermittelt und Empfehlungen für weitere Hilfsmittel gegeben wurden.

Zentrale Rolle der Führungskräfte

Um das Bewusstsein der Pflegekräfte für ein rückengerechtes Arbeiten zu stärken, wurde beim Strategietag die zentrale Rolle der Führungskräfte hervorgehoben, die noch intensiver auf das rückengerechte Arbeiten ihrer Beschäftigten achten und auf die Nutzung der Hilfsmittel hinweisen können. Dazu bieten sich zum Beispiel die Pflegevisiten an, bei denen die Führungskräfte Hilfestellung und Tipps zur Handhabung von Hilfsmitteln und zu Weiterbildungen geben können. Auch in regelmäßigen Teambesprechungen führen die Führungskräfte zukünftig verstärkt Schulungen oder Unterweisungen zum rückengerechten Arbeiten und zum Umgang mit den Hilfsmitteln durch oder verankern deren Nutzung direkt in der Pflegeplanung.

Fazit

Insgesamt ist der Strategietag ein erfolgreiches Konzept, das den Mitgliedsbetrieben der BGW Impulse und Anregungen für nachhaltige Ansätze in der Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen gibt und dabei sowohl die Arbeitsbedingungen in den Blick nimmt wie auch die individuelle rückengerechte Arbeitsweise der Pflegekräfte fördert. Allerdings erschwert der Zeitdruck in der Pflege aus Sicht vieler der befragten Personen eine zielgerichtete Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Rückenbeschwerden. Der Zeitdruck ist auch ein Grund dafür, dass Hilfsmittel nicht eingesetzt werden. Es wäre als Erfolg zu werten, wenn es zukünftig gelingt, die Sensibilität der Pflegekräfte für rückengerechtes Arbeiten zu erhöhen und die dafür erforderlichen zeitlichen (zum Beispiel durch eine angemessene Zeit- und Personalplanung für Pflege- und Transfertätigkeiten) und personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Diese Ziele können mit dem Strategietag Rücken erreicht werden. ●



Fußnoten

[1] Rennert, D.; Kliner, K.; Richter, M.: Neue Pflegekräfte braucht das Land? In: BKK Dachverband. Gute Arbeit – Gute Pflege. Magazin für Politik, Recht und Gesundheit im Unternehmen, 4, Berlin 2018, S. 46–52

[2] Vgl. www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gesunder-Ruecken/Strategietag-Ruecken/Strategietag-Ruecken_node.html; abgerufen am 17.06.2019



Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW): Prävention von Rückenbeschwerden. TOPAS_R – Das Konzept der BGW für Pflege und Betreuung, Hamburg, 2012

Strategietag Rücken: www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gesunder-Ruecken/Strategietag-Ruecken/Strategietag-Ruecken_node.html, abgerufen am 17.06.2019.

Aus der Forschung

Wie sicher gestaltete Möbelkanten in Kitas Verletzungen vorbeugen können

In Kindertageseinrichtungen sind Stürze auf Möbelkanten eine Ursache für Unfälle mit teils schweren Verletzungen. Ob die Verletzungsschwere durch die Gestaltung des Kantenradius der Möbel zu beeinflussen ist, hat das Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA) untersucht.

Die Unfallverhütungsvorschrift (UVV) „Kindertageseinrichtungen“ regelt aktuell, wie Möbelkanten für den Einsatz in der Kindertagesbetreuung zu gestalten sind. Diese Empfehlungen (Kantenradien mehr als 2 mm) werden von Herstellerseite immer wieder infrage gestellt, nicht zuletzt, weil die zugrunde liegenden wissenschaftlichen Daten als unzureichend betrachtet werden. Um die empirische Datengrundlage zu verbessern, hat der DGUV Fachbereich „Bildungseinrichtungen“ mit seinem Sachgebiet „Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege“ ein Forschungsprojekt initiiert.

Kopfverletzungen im Fokus

Im Zentrum der Betrachtungen stehen Unfälle von dreijährigen Kindern. Ihre Belastungen bei Kollisionen mit Möbelkanten sollte das IFA für typische Unfallsituationen, in der Regel Stürze, untersuchen. Variiert wurden dabei Faktoren, die die Verletzungsschwere maßgeblich beeinflussen, beispielsweise der Kollisions-

Autoren und Autorin

Dr. Michael Huelke

Referat Neue Technologien, Mensch & Technik im Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: michael.huelke@dguv.de

Jan Zimmermann

Referat Neue Technologien, Mensch & Technik im Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: jan.zimmermann@dguv.de

Ina Neitzner

Referat Wissenschaftliche Kooperationen im Institut für Arbeitsschutz der DGUV (IFA)
E-Mail: ina.neitzner@dguv.de

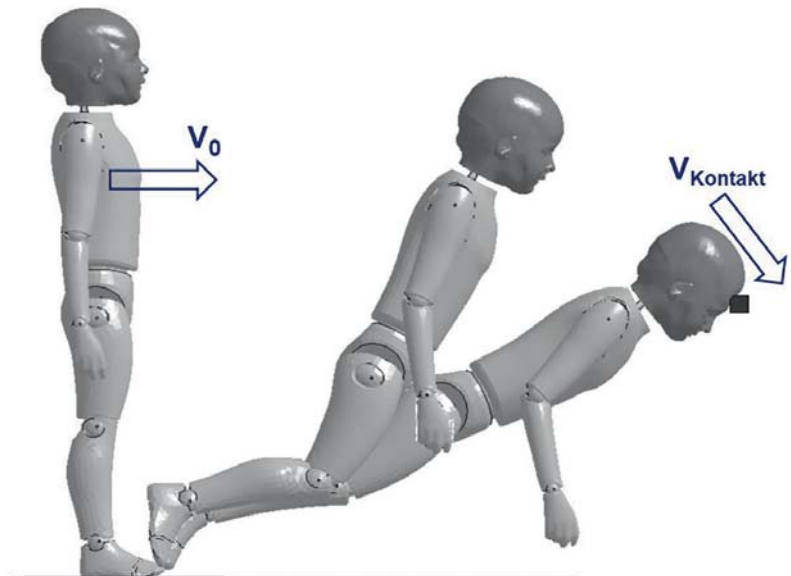


Abbildung 1: Sturzsimulation auf eine Kante (am rechten Rand)

Foto: CADFEM

punkt und die Kollisionsgeschwindigkeit des Kopfes. Am Beginn der Untersuchungen stand die Ermittlung typischer Geh- und Laufgeschwindigkeiten von Kindern der betrachteten Altersgruppe. Dazu fanden in drei Kindertagesstätten Messungen mit insgesamt 30 Kindern statt. Die so ermittelten Werte dienten als Eingangsgrößen für die Hauptuntersuchung, die sogenannte Finite-Elemente-Simulation (FE-Simulation). Dabei handelt es sich um ein rechnerisches Verfahren, bei dem der zu untersuchende Bereich, hier der Kopf, in eine endliche (finite) Anzahl von Elementen unterteilt wird. Das Verhalten bei der Kollision lässt sich innerhalb der einzelnen Elemente leicht beschreiben; Algorithmen helfen anschließend, das Gesamtverhalten des Kopfes zu berechnen.

Simulationen für mehr Sicherheit

Um Simulationsmodelle des Menschen realitätsnah zu gestalten, werden für die jeweiligen Körperbereiche Computertomo-

grafie-(CT-)Datensätze benötigt, in diesem Fall der CT-Datensatz des Kopfes eines etwa dreijährigen Kindes. Dieser Datensatz kam aus der klinischen Standardroutine und wurde für die FE-Berechnung von einem externen Fachdienstleister in Vorbereitung des Projektes aufbereitet und mit den biologischen Festigkeitsparametern für Gewebe, Knochen und so weiter versehen. Der Körper des Kindes ist in der FE-Simulation als Modell mit mehreren Massen (wie bei einer Marionette: Kopf, Torso, Extremitäten) aufgebaut, dessen Eigenschaften aus anthropometrischen Daten und Spezifikationen für Kinderdummys abgeleitet wurden.

Das anschließende Simulations- und Berechnungsszenarium im IFA sah wie folgt aus: Ein mit unterschiedlicher Geschwindigkeit laufendes Kind stolpert – beispielsweise an einer Bodenkante –, stürzt und schlägt dabei mit dem Kopf auf die Kante eines Möbelstückes (Abbildung 1).

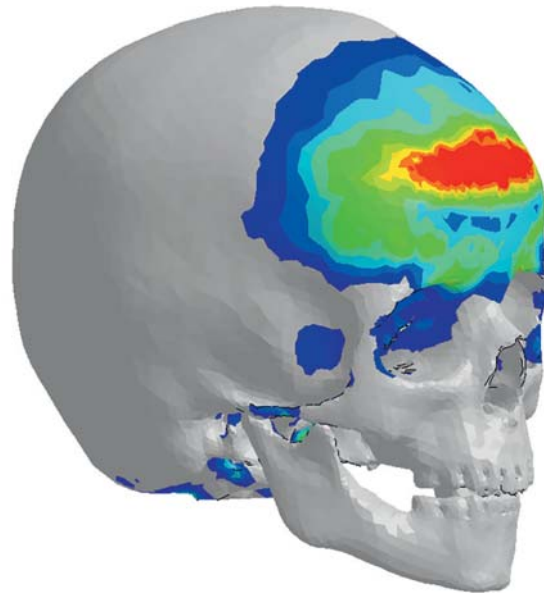


Abbildung 2: Maximale Belastung an der Kollisionsstelle Foto: CADFEM

Für die Kollisionspunkte Stirn, Hinterkopf und Wange ließen sich so die jeweiligen Belastungen des Gewebes, der Knochen, des Gehirns und der Gelenke ermitteln.

Die FE-Berechnung wurde mit festgelegten Variationen, insbesondere mit verschiedenen Kantenradien, systematisch wiederholt. Für jede Variation gab es neben den numerischen Ergebnissen auch Animationen (Videos), die eine visuelle Bewertung im Zeitverlauf – vom Start bis zum Ende des Kontaktes – ermöglichten. Auch Diagramme und Bilder sollten die auftretenden maximalen Belastungen an der Kollisionsstelle veranschaulichen (Abbildung 2). So konnte wissenschaftlich gezeigt werden, ob und wie der Kantenradius die biomechanischen Belastungen und damit die Schwere der Verletzung beeinflusst.

Plausible Ergebnisse

Dass die Ergebnisse der FE-Simulationen plausibel sind, konnte das IFA anschließend in Laborversuchen mit einem standardisierten Kinder-Crashtest-Dummy (Q3 – drei Jahre) zeigen (Abbildung 3): Je

kleiner der Kantenradius, desto größer die Kontaktkraft und damit der Druck auf die betroffene Körperstelle. Die daraus resultierende Verletzungsschwere der Hautoberfläche lässt sich nachweislich für alle Aufprallgeschwindigkeiten reduzieren, sobald größere Kantenradien zum Einsatz kommen. Konkret heißt das: Bei einer Erhöhung des Radius von 2 auf 4 mm ergibt sich für alle Geschwindigkeiten eine signifikante Abnahme des maximalen Druckes um circa 50 Prozent. Noch höhere Kantenradien führen allerdings zu keiner weiteren Verbesserung.

Bei höheren Geschwindigkeiten werden neben der Haut auch der Schädel und das Hirn stärker belastet. Diese Belastungen sind aber kaum abhängig vom Radius, denn der Druck verteilt sich in den tieferen Körperschichten.

Fazit

Kommt es in Kindertageseinrichtungen zu Stürzen mit Kopfkollisionen an Möbelkanten, so hängt die Schwere der Verletzung maßgeblich von zwei Faktoren ab: dem Möbelkantenradius und der Laufgeschwindigkeit, die wiederum die Aufprall-

Abbildung 3: Versuchseinrichtung mit Kinder-Dummy beim Aufprall auf Kante



„Im Zentrum der Betrachtungen stehen Kollisionen von dreijährigen Kindern mit Möbelkanten.“

geschwindigkeit beeinflusst. Dass Kinder spielen, toben und laufen, entspricht ihnen und dient ihrer Entwicklung. Hier beschränkend einzugreifen, erscheint pädagogisch nicht sinnvoll. Allerdings deuten die Untersuchungen des IFA an, dass zumindest in Nicht-Bewegungsbereichen größere Möbelkantenradien helfen können, die gesundheitlichen Auswirkungen von Stürzen zu mindern. Letzte Gewissheit soll eine medizinische Begutachtung der biomechanischen Beanspruchungsdaten aus den FE-Berechnungen geben. ●

Künstliche Intelligenz

Teilautomatisierte Klassifikation von Schadensfällen mittels Machine Learning

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) wird ab Herbst 2019 teilautomatisierte Prozesse rund um die Schadensregistrierung einsetzen. Dieser Beitrag beschreibt die Herausforderungen bei der Umstellung der Prozesse und die Vorgehensweise der Suva.

Der Alltag der Sachbearbeitenden im Versicherungsbetrieb besteht zu weiten Teilen daraus, in unterschiedlichsten administrativen Vorgängen Entscheidungen zu treffen. Soll der Schadensfall anerkannt werden? Soll die Rechnung bezahlt werden? Muss Regress eingefordert werden? Soll ein Außendienstmitarbeiter den Betrieb besuchen? Wäre eine Zweitmeinung vor einer Operation einzuholen?

„Eine Maschine, die automatisiert eine Klassifikation vornehmen soll, wird sich grundsätzlich auf die gleichen Entscheidungsgrundlagen stützen wie die Sachbearbeitenden.“

Der Versicherungsbetrieb kann in mancher Hinsicht als regelrechte Klassifikationsmaschine betrachtet werden. Die wachsende Zahl der zu berücksichtigenden Prozesse und Entscheidungen führt

zu erheblicher Arbeitsbelastung der Sachbearbeitenden. Um das gestiegene Volumen zu bewältigen, liegt es daher nahe, auf die in den vergangenen Jahren entwickelten Klassifikationsverfahren zurückzugreifen. Wie und in welchem Umfang können Algorithmen und Methoden von Big Data und künstlicher Intelligenz Unterstützung und Entlastung bieten?

Wir wollen dieser Frage nachgehen und den Einsatz eines automatisierten Klassifikationsverfahrens an einem praktischen Beispiel aufzeigen, das derzeit bei der Suva in der Schweiz umgesetzt wird: Unsere Klassifikationsmaschine soll uns helfen, Schadensfälle zu identifizieren, die den Unfallbegriff nach Schweizerischem Gesetz erfüllen.

Die Fakten: Wie kann man die unterschiedlichsten Arten von Daten auf einen gemeinsamen Nenner bringen?

Eine Maschine, die automatisiert eine Klassifikation vornehmen soll, wird sich grundsätzlich auf die gleichen Entscheidungsgrundlagen stützen wie die Sachbearbeitenden. Auch für das maschinelle Lernen werden die gleichen Inputs als Lehrstoff benötigt.

Außerdem braucht es einen möglichst großen Satz von bereits durch Sachbearbeitende klassifizierten Fällen. Hier also Schadensfälle der Vergangenheit, jeweils versehen mit der Information, ob der Schaden als Unfallereignis anerkannt oder abgelehnt wurde.

Die Informationen, auf die sich die Sachbearbeitenden stützen, entstammen administrativen Prozessen. Jede Sachentscheidung fließt selbst wieder in den administrativen Prozess ein. Wenn diese Prozesse nicht bereits digital vorliegen, ist keine Automatisierung möglich: Das hier beschriebene Verfahren dient nicht der Digitalisierung bestehender analoger Prozesse, sondern der (teilweisen) Automatisierung von bereits digital existierenden Prozessen.

Die Fakten müssen also den Sachbearbeitenden in digitaler Form vorliegen; normalerweise in einer oder mehreren Datenbanken und dort oft über die unterschiedlichsten Tabellen verteilt. Dort finden sich strukturierte wie auch unstrukturierte Daten, worunter frei in natürlicher Sprache verfasste Texte verstanden werden.

Autoren



Dr. Stefan Scholz-Odermatt

Suva Versicherungstechnik Statistik und SSUV (Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherungen UVG)
E-Mail: stefan.scholz@suva.ch



Dominik Gabler

Suva Stab Innovation
Schadenmanagement
E-Mail: dominik.gabler@suva.ch

i

Strukturierte Daten

Nominale Daten können direkt in der beschriebenen generischen Datenstruktur abgelegt werden. Auch die in Zusammenhang mit einem Schadensfall durchgeführten Maßnahmen sind meist nominal strukturierte Fakten. Voraussetzung ist natürlich, dass die Maßnahmen und Entscheidungen der Sachbearbeitenden eine Datenspur hinterlassen, die als Fakt in den Daten wieder auffindbar und zuzuordnen ist. Für die Faktensammlung lässt sich dann ein Sachverhalt in eine Information übersetzen wie beispielsweise: Über „Erika Mustermann“ liegt ein Informationstyp „eingeleitete Maßnahme“ vor mit der Kategorie „Vereinbarung eines Termins für eine Kreisarzt-Untersuchung“.

Auch quantitative Angaben fallen im Verwaltungsprozess in großer Zahl und meist als strukturierte Daten an. Das Alter der versicherten Person, das Unfalldatum, die Höhe der ausgezahlten Versicherungsleistungen oder die Dauer der Arbeitsunfähigkeit gehören zu den Administrativdaten. Für maschinelles Lernen hat sich gezeigt, dass Quantitatives in sinnvollen Kategorien zusammengefasst und somit in ordinale Kategorien überführt werden sollte. Ein Unfalldatum ist für sich genommen beispielsweise für viele Fragestellungen wenig hilfreich. Zusammengefasst zu Kategorien nach Wochentag oder nach Unfallmonat lassen sich die relevanten Aspekte besser herausarbeiten. Auch beim Bilden geeigneter Kategorien sollte man sich an dem orientieren, was die in dieser Hinsicht erfahrenen Sachbearbeitenden als potenziell relevante Information betrachten.

Big Data auf generischer Datenstruktur

Wenn die Klassifikationsmaschine auf ähnlicher Informationsbasis wie bisher die Sachbearbeitenden arbeiten soll, müssen all diese Informationen für das maschinelle Lernen erschlossen werden. Die Vielzahl der Datenquellen, -tabellen, -arten und -typen stellt uns vor ein Problem: Es wird eine Datenplattform benötigt, die all dies abdeckt. Das ist nur möglich durch Verwendung von generischen Datenstrukturen. Wir haben daher zur Erschließung dieser Datenbasis alle Informationen in ein einheitliches Format überführt, das sich am Wikidata-Format orientiert und Konzepte einer sogenannten Graph Database aufnimmt. Grob gesagt geht es dabei um die Zerlegung jeglicher Aussagen in einzelne Faktenschnipsel. Diese kleinsten Informationseinheiten werden in immer die gleiche Struktur gebracht: Über etwas oder jemanden (beispielsweise „Erika Mustermann“ oder „Arztbericht xy“) liegt ein Informationstyp (etwa „ist von Geschlecht“ oder „erwähnt die Diagnose“) sowie die Kategorie oder Ausprägung („weiblich“ oder „Beinbruch“) vor.

Um Inhalte von Texten zu erschließen, können sie mit dem als Bag of Words bekannten Verfahren aufbereitet und ebenfalls in die gleiche Struktur gebracht werden: Zum Unfall von „Erika Mustermann“ liegt ein Informationstyp „Beschreibung enthält das Wort“ mit der Ausprägung „stolpern“ vor.

Abbildung 1: Die Fakten-Tabelle enthält das Fallwissen über den Schadensfall von Max Muster, inklusive strukturierter Daten, Textinhalte und Transaktionsdaten.

Entität	Attributs-Typ	Attribut	
Max Muster	Tätigkeit	Skifahren	Strukturierte Daten
Max Muster	Diagnose	Bänderriss	
Max Muster	Verletzter Körperteil	Fußgelenk	
Max Muster	Schadensart	Nichtberufsunfall	
Max Muster	Unfallmonat	Dezember	
Max Muster	Unfallbeschreibung enthält	„Piste“	Textdaten
Max Muster	Unfallbeschreibung enthält	„stürzen“	
Max Muster	Medikament	Voltaren	Neue Fakten
Paul Müller	Unfallereignis	Ja, anerkannt	für alle Schadensfälle
...	

Quelle: SUVA

Der Charme dieser generischen Datenstruktur zeigt sich besonders, wenn es um Skalierbarkeit oder die Ergänzung des Datensatzes mit neu hinzukommenden Informationen geht. Wenn zum Beispiel eine weitere medizinische Disziplin involviert wird oder die Versicherte rechtlichen Einspruch erhoben hat, dann lässt sich das in der Datenbank durch zusätzliche Einträge ergänzen. „Erika Mustermann“ werden die Fakten „beteiligte Arztdisziplinen“ mit Ausprägung „Röntgenlabor“ sowie „Eingegangene Dokumente“ mit Ausprägung „Rechtlicher Einspruch“ hinzugefügt.

Die Tabelle der Fakten versammelt also das komplette Fallwissen über alle Schadensfälle. Sie enthält eine anders strukturierte Sicht auf eben die Daten, die in den operativen Datenbanken der Versicherung vorliegen, und nicht mehr. Für eine solche Tabelle ist selbstverständlich beim Datenschutz die Messlatte auf dem gleichen Niveau anzulegen wie beim operativen System selbst. Alle Spalten in der Fakten-Tabelle werden zusätzlich pseudonymisiert. Dank nicht sprechender Codes kann aus der Fakten-Tabelle allein weder ersehen werden, auf welchen Schadensfall sich eine Information bezieht, noch um was für eine Information es sich über- ▶

haupt handelt. Dies ist nur mithilfe weiterer Tabellen möglich, die den jeweiligen Schlüssel für die Pseudonymisierung enthalten, und die separat von der Faktentabelle aufbewahrt werden. Dies dient gleichzeitig dem Datenschutz wie auch der effizienteren Datenverarbeitung, weil Datenbanken numerische Angaben besser verarbeiten.

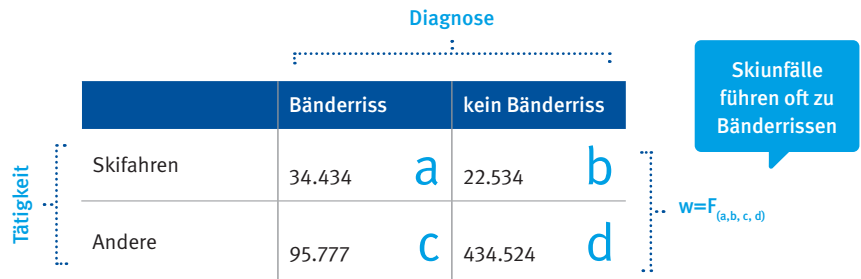
Wissen und Know-how

Machine Learning ist ein Lernvorgang, und in einem Lernvorgang wird Wissen aufgebaut. Wissen kann sprachlich gefasst werden in Sätze wie „Skiunfälle führen häufig zu Bänderrissen“. Aber wie kann solches Wissen datentechnisch repräsentiert werden? Im einfachsten Fall

„Es wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Algorithmen entwickelt, die Klassifikationsaufgaben lösen können.“

lassen sich Zusammenhänge zwischen jeweils zwei Fallmerkmalen durch eine 2x2-Kreuztabelle darstellen, wie dies in Abbildung 2 zu sehen ist. Diese Tabelle enthält

Abbildung 2: Eine Kreuztabelle repräsentiert den Zusammenhang zwischen zwei Sachverhalten anhand der Häufigkeitsverteilung auf a, b, c und d (fiktive Daten).



die Aussage über Skiunfälle und Bänderrisse, aber ausgedrückt über die Häufigkeiten der Beobachtungen a, b, c und d in den vier Feldern. Aus dieser Kreuztabelle lässt sich dann die Stärke eines Zusammenhangs ableiten und quantifizieren. Diese Kenngröße ist $w = F(a, b, c, d)$, und diese Funktion bildet positive Zusammenhänge zwischen den beiden Sachverhalten als positive Werte von w ab. Negative w stehen für negative Zusammenhänge, markieren also beispielsweise Indizien, die gegen einen bestimmten Sachverhalt sprechen. Wenn zwischen zwei Sachverhalten kein Zusammenhang besteht, erhält w einen Wert nahe bei 0. Komplexe Zusammenhänge, die mehr als nur zwei Fallmerkmale miteinander in Zusammenhang setzen, werden hierbei ausgeblendet.

Die Zusammenhänge werden auf Grundlage der Fakten in der Fakten-Tabelle berechnet, aber ohne den Bezug zu einem konkreten Schadensfall herzustellen oder zu benötigen. Und die berechneten Zusammenhänge zwischen zwei Sachverhalten erlauben selbst keinerlei Rückschlüsse auf fall- oder personenbezogene Daten. Dadurch ist die Repräsentation von reinen Zusammenhängen zwischen Sachverhalten unter Datenschutzaspekten unproblematisch.

Es wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Algorithmen entwickelt, die Klassifikationsaufgaben lösen können. Die Suva hat sich – einstweilen – für das einfachste von allen Verfahren entschieden, obwohl damit alle denkbaren komplexen Sachverhalte ausgeblendet werden. Das verwendete Verfahren lehnt sich an den Algorithmus Naïve Bayes Classifier (NBC) an. Vereinfacht gesagt werden sämtliche zu einem Schadensfall bekannten Fakten mit ihrem (positiven oder negativen) Gewicht in Bezug auf das zu prognostizierende Fallmerkmal gewürdigt, indem man die jeweiligen Gewichte w zu einem Scorewert aufsummiert. Je höher der resultierende Score ist, desto eher wird ein Schadensfall die gesuchte Eigenschaft aufweisen.

Abbildung 3: Die Gewichte-Tabelle enthält das fallunabhängige Know-how, das Unternehmenswissen, in Form der Kennzahl w für die Stärke eines Zusammenhangs zwischen jeweils zwei Sachverhalten (fiktive Daten).

Attributs-Typ 1	Attribut 1	Attributs-Typ 2	Attribut 2	w
Tätigkeit	Skifahren	Diagnose	Bänderriss	4.33
Medikament	Voltaren	Unfallereignis	Ja	0.14
Unfallmonat	Juni	Tätigkeit	Skifahren	-8.10
Text enthält	„stürzen“	Unfallereignis	Ja	2.35
Text enthält	„Hexenschuss“	Unfallereignis	Ja	-1.96
...



Quelle: SUVA

Mathematisch ähnelt der NBC-Algorithmus einem einlagigen Perzeptron – dem „dümsten“ aller neuronalen Netze. Mit einem solch primitiven Herangehen können nicht einmal relativ elementare Zusammenhänge wie Entweder-oder-Beziehungen (XOR) logisch erfasst werden.

Aber der NBC-Algorithmus hat – trotz oder wegen seiner Einfachheit – auch ge-

wisse Vorteile: Die Sachbearbeitenden haben im Allgemeinen viel Erfahrung, welche Arten von Fallmerkmalen für eine Fragestellung von Bedeutung sind. Die Gewichtung der verschiedenen Fallmerkmale relativ zueinander kann man direkt aus den Erfahrungen der Sachbearbeitenden ableiten und als Modellparameter übernehmen. Nehmen wir an, dass für eine bestimmte Entscheidung des Sachbearbeitenden beispielsweise in erster Linie die Diagnose von Bedeutung ist, und in zweiter Linie noch die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die wirtschaftliche Branche des Arbeitgebers des Verunfallten in Betracht gezogen wurden. Dann kann für die Gewichtung zwischen diesen Merkmalen ein Verhältnis von 2:1:1 angenommen werden.

Das Resultat ist nicht optimal im mathematischen Sinne, dafür aber ausgesprochen robust. Denn die Gewichtungen selbst sind nicht errechnete Parameter, sondern entstammen dem A-priori-Wissen. Andere Verfahren errechnen und optimieren diese relativen Gewichtungen, kommen so auch zu höheren Trefferquoten bei den Prognosen. Aber genau das kann auch zu unangenehmen Nebeneffekten führen, wenn der Lernvorgang zu einem späteren Zeitpunkt mit aktualisierten Inputs wiederholt wird. Falls nämlich mehrere Merkmale miteinander korrelieren, kann es bei ausgefeilteren Verfahren passieren, dass die Wiederholung des Lernprozesses plötzlich ein anderes Merkmal für die Prognose heranzieht.

Ein weiterer angenehmer Nebeneffekt dieses einfachen Verfahrens ist, dass die Wichtigkeit und der Einfluss einzelner Fall-eigenschaften auf das Ergebnis der Klassifikation nachvollziehbar sind. Man kann somit quantifizieren, welches Fallmerkmal welchen Einfluss auf das Klassifikationsverfahren hat, ohne spezielle statistische Verfahren zur Anwendung zu bringen.

i

Natural Language Processing

Um Freitexte für statistische Auswertungen zu erschließen, wird eine Sprachverarbeitung (Natural Language Processing, NLP) in irgendeiner Form benötigt. Es gibt eine Vielzahl von Verfahren. Pilotprojekte haben gezeigt, dass ein sehr einfaches Verfahren namens Bag of Words bereits gute Ergebnisse liefert. Bei diesem Verfahren wird das Auftreten eines Wortes registriert, unter Vernachlässigung von jeglichem Kontext im Satz oder im Dokument. Es wird als Fakt nur registriert: Kommt in einem Text das Wort „Kreuzband“ vor? Zwecks Reduktion des Datenvolumens werden durch das sogenannte Stemming alle gebeugten Wortformen auf ihre jeweilige Grundform zurückgeführt. So werden Pluralformen wie „Kreuzbänder“ zum Singular „Kreuzband“ oder „stürzte“ zum Infinitiv „stürzen“ zusammengeführt. Dies verdichtet die Daten und steigert ihre statistische Aussagekraft. Besonders in der vielsprachigen Schweiz ist dies wichtig, und besonders in den kleineren Sprachgruppen. Herausforderung hierbei sind die im Deutschen häufigen zusammengesetzten Bandwurmörter, Abkürzungen, Fachjargon und Orthografie („Miniskus“ statt „Meniskus“).

Es ist klar, dass mit einem solchen Verfahren und relativ hochgradiger Datenreduktion keine komplexen Zusammenhänge abgebildet werden können. Trotzdem erweist sich das Vorgehen als gut geeignet, um die in einem Text tangierten Themen zu identifizieren. Verneinungen werden bei dieser Herangehensweise nicht verstanden, Ironie wird nicht erkannt, nicht einmal Bedeutungsunterschiede werden aus dem Kontext herausgelesen, wie etwa „gefallen“ im Sinne von „gestürzt“ nicht von „geliked“ unterschieden wird. Dass Negationen nicht verstanden werden, beeinträchtigt aber zum Beispiel kaum. Denn auch wenn im Arztbericht ein „Kreuzbandriss ausgeschlossen“ werden konnte, so deutet die Erwähnung darauf hin, dass eine Bandläsion mindestens möglich – und daher vielleicht untersuchungswürdig? – erscheint.

Kosten und Nutzen

Je höher der Score, den ein Schadensfall in einer Analyse erreicht, desto eher fällt ein Schadensfall also in die gesuchte Kategorie. Es sollte also ein Entscheidungskriterium geben, mit dessen Hilfe man den Schwellwert bestimmen kann, oberhalb dessen der Fall in die gesuchte Kategorie gehört. Ab welchem Score sollte ein prognostiziertes Merkmal als ausreichend wahrscheinlich angesehen werden, um eine Positiv-Klassifikation zu erhalten?

Der Statistikerin oder dem Statistiker steht zu solchen Fragestellungen eine Vielzahl von statistischen Kennzahlen zur Auswahl, wie precision, recall, false-positive-

rate, misclassification rate, area-under-curve und anderes mehr. Die Optimierung eines Modells ist normalerweise nur in Bezug auf jeweils eine dieser Kennzahlen möglich. Die übrigen Kennzahlen können nicht gleichzeitig auch alle optimal sein, und damit werden auch die Aspekte ausgeblendet, die in diesen übrigen Kennzahlen dargestellt werden. Dieses Ausblenden kann zu absurden Ergebnissen führen. So könnte ein Klassifizierungsmodell darauf optimiert werden, eine möglichst kleine Zahl von falsch-positiv klassifizierten Fällen zu erzeugen. Das könnte man erreichen, indem das Modell schlicht keine einzige positive Klassifizierung mehr ausgeben würde. Sinnvoll wäre das nicht. ▶

„Die Suva hat sich – einstweilen – für das einfachste von allen Verfahren entschieden, obwohl damit alle denkbaren komplexen Sachverhalte ausgeblendet werden.“

„Wie man es auch dreht und wendet: Die letzte Entscheidung – und die Verantwortung – liegt immer bei einem Menschen.“

Für eine rationale Entscheidung braucht es eine einheitliche Bewertungsskala. Letztlich entscheidend sind Kosten-Nutzen-Überlegungen, nicht statistische Kennzahlen. Die Kosten-Nutzen-Betrachtungen orientieren sich an drei Fragestellungen, die fachlich festgestellt werden müssen:

- Ein Schadensfall könnte durch den ML-Algorithmus in die gesuchte Kategorie eingeteilt werden (positiv klassifiziert werden), obwohl er in der Realität nicht dorthin gehört. Diese Art der Fehlklassifikation bezeichnet man als falsch-positiv. Wie groß ist der Schaden, der durch falsch-positive Fehlklassifikation entsteht? Wenn beispielsweise ein Schadensfall fälschlicherweise anerkannt wird, erbringt der Versicherer durchschnittlich Leistungen für Taggelder und Pflege in Höhe von 1.500 Franken, die nicht zurückgefordert werden können.
- Umgekehrt kann ein Schadensfall durch das Modell übersehen/nicht entdeckt werden, obwohl er in der Realität zur gesuchten Kategorie dazugehören würde. Diese Art der Fehlklassifikation bezeichnet man als falsch-negativ. Wie groß ist der Schaden, der durch falsch-negative Fehlklassifikation entsteht? Wenn ein Schadensfall abgelehnt wird, kann dies kostenintensive Einspruchsverfahren nach sich ziehen. Diese Kosten muss gegebenenfalls der Versicherer tragen. Eventuell ist sogar ein Reputationsschaden für den Versicherer zu befürchten. Zumindest muss der Verwaltungsprozess für nachträgliche Anerkennung durchlaufen werden, der mit Aufwand verbunden ist, der mit 40 Franken pro Fall beziffert wird.
- Als dritte Möglichkeit kann das Ergebnis aus dem ML-Algorithmus fachlich als zu unsicher und das finanzielle Risiko durch eine Fehlklassifikation

– egal in welcher Richtung – als zu schwerwiegend eingeschätzt werden. Wenn das Risiko pro Fall betragsmäßig größer ist als die Kosten einer Bearbeitung durch Sachbearbeitende, dann sollte die Entscheidung besser manuell getroffen werden. Die manuelle Bearbeitung ist mit einem Aufwand von 30 Franken pro Fall anzusetzen.

Mit derartigen Annahmen über das Kostengerüst ist es also möglich, die optimalen Schwellwerte zu bestimmen für die Scorewerte, oberhalb derer automatisch-positive Verarbeitung gegenüber manueller Entscheidung wirtschaftlicher ist. In diesem Bereich ist es rational, eventuelle Fehlklassifikationen in Kauf zu nehmen. Diese werden sehr selten sein, und risikogewichtet wird der Vorteil überwiegen, zwei Drittel der Schadensfälle nicht mehr in Bezug auf Anerkennung kontrollieren zu müssen. Und ebenso kann man den Scorewert bestimmen, unterhalb dessen die automatisch-negative Verarbeitung gegenüber manueller Entscheidung die rationalste Entscheidung ist – wahrscheinlich jedenfalls. Eine Entscheidung zuungunsten einer versicherten Person durch einen automatisierten Prozess treffen zu lassen, stellt hierbei verständlicherweise eine deutlich höhere Hürde dar.

Herausforderungen und Anforderungen an die zu automatisierenden Prozesse

Jedes Verfahren, das maschinelles Lernen verwendet, hat auch klare Anforderungen an die Prozesse, auf die es angewendet werden soll.

Die Prozesse müssen eine identifizierbare digitale Spur in der Datenlandschaft hinterlassen. Letztlich handelt es sich beim Einsatz von Klassifizierungsalgorithmen nicht um ein Projekt zur Digitalisierung bestehender Prozesse, sondern um ein

i

Maschinelles Lernen

In den vergangenen Jahren sind zahlreiche Verfahren entwickelt worden. Die Lernvorgänge können grundsätzlich in überwachtes Lernen („Supervised Learning“) und nicht überwachtes Lernen („Unsupervised Learning“) unterschieden werden, Letzteres bis hin zum Deep Learning, bei dem sich ein Algorithmus alle Zusammenhänge von Grund auf selbstständig erarbeitet.

Bei den nicht überwachten Lernverfahren interpretiert das lernende System die Fakten selbstständig und zieht eigene Schlüsse, bildet beispielsweise eigene Kategorien. Diese Verfahren sind in unserem Rahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch illusorisch. Sie benötigen eine Fallzahl, die weit größer ist als das was in unserem Zusammenhang zur Verfügung steht, oder stützen sich auch auf extern erlerntes Wissen.

Bei den überwachten Verfahren wird Feedback von Menschen benötigt. Um zu lernen, müssen der Maschine Beispieldaten zur Verfügung stehen, zu denen die richtige Klassifikation bekannt ist. Durch Entwicklung eines statistisch-mathematischen Modells, das diese Lerndaten möglichst gut wiedergibt, und seiner Parameter lernt die Maschine. Die Nagelprobe ist dann, ob es dem so entstandenen Verfahren auch gelingt, für einen unabhängigen Validierungsdatensatz bei einer Prognose eine gute Vorhersagequalität zu erreichen.

Abbildung 4: Kosten-Nutzen-Matrix für (Fehl-)Klassifikationen durch das ML-Modell

	Modell: Unfallereignis	Modell: Unklar	Modell: kein Unfallereignis
Realität: Unfallereignis	True positive 0 CHF	Manuelle Beurteilung Aufwand von -30 CHF	False negative -40 CHF
Realität: kein Unfallereignis	False positive -1.500 CHF		True negative 0 CHF

Quelle: SUVA

Abbildung 5: Mit den optimalen Schwellwerten berechnetes Mengengerüst für tausend Schadensfälle (Modelldaten). Ein Automatisierungsgrad von 70 Prozent ist realistisch. Einschließlich der Fehlklassifikationen ergeben sich bei Teilautomatisierung Kosten von 9.400 Franken, im Vergleich zu 30.000 Franken Kosten bei komplett manueller Bearbeitung.

	Modell: Unfallereignis	Modell: Unklar	Modell: kein Unfallereignis
Realität: Unfallereignis	703 x True positive 0 CHF	Manuelle Beurteilung 200 x Aufwand von -30 CHF	10 x False negative -40 CHF
Realität: kein Unfallereignis	2 x False positive -1.500 CHF		85 x True negative 0 CHF

Quelle: SUVA

Projekt zur Teil-Automatisierung von bestehenden digitalen Prozessen. Ist die Digitalisierung nicht gegeben, kommt Automatisierung nicht infrage.

Regelbasierte Entscheidungen haben Vorrang vor wahrscheinlichkeitsbasierten. Es ist nicht sinnvoll, ein probabilistisches Modell anzuwenden, wenn eine Entscheidung auch mit fest programmierten Regeln getroffen werden kann.

Die Verantwortung für die automatisierten Entscheidungen liegt bei der fachlichen Führung. Die Verantwortlichen müssen die Entscheidungen verantworten, unter Umständen ohne sie in den Details nachvollziehen zu können, und gegebenenfalls revidieren. Im Prinzip ist das nicht anders, als wenn ein Mensch die Entscheidung für sie getroffen hätte, der ebenfalls Fehler machen kann. Aber die Einstellung ist eine andere. Es erfordert mehr Mut. Die Alternative einer Klassifikation durch menschliche Mitarbeitende besteht immer, nicht zuletzt als Fallback-

Szenario. Wie man es auch dreht und wendet: Die letzte Entscheidung – und die Verantwortung – liegt immer bei einem Menschen.

„Ab Herbst 2019 werden bei der Suva teilautomatisierte Prozesse rund um die Schadensregistrierung produktiv eingesetzt werden.“

Menschliche Mitarbeitende handeln menschlich. Das heißt, sie machen – etwa unter Zeitdruck, der dem großen Arbeitsvolumen geschuldet ist – Fehler. Für das maschinelle Lernen stellt dies ein Dilemma dar, weil die falsche Klassifikation in den Trainingsdatensatz einfließt: Die Maschine wird aus diesen Fällen etwas Fal-

sches lernen. Gleichzeitig wird das Modell wegen der fehlerhaften Trainingsdaten mehr Fehlklassifikationen ausweisen. Beim Einsatz von maschinellem Lernen zeigt sich hier sehr deutlich: Datenqualität zahlt sich aus.

Ähnlich verhält es sich mit der Kulanz. Streng genommen handelt es sich dabei um eine Abweichung von einer Regel, aber Compliance hat für die künstliche Intelligenz einen anderen Stellenwert als für die menschlichen Sachbearbeitenden. Wenn man Abweichen von einer Regel als Fehler betrachtet, wird die Maschine aus diesen Fällen etwas Falsches lernen. Wenn man Kulanz aber als Teil der Realität betrachtet, müsste es dann nicht eine Regel geben, das Abweichen von jeder Regel zumindest zu dokumentieren?

Eine große Herausforderung ist nicht zuletzt der Umgang mit diesen Veränderungen. Die Befürchtung, dass Personaleinsparungen drohen könnten, scheint naheliegend. Allerdings steigt die Qualitätsverantwortung aller Beteiligten im gleichen Maße, wie der Automatisierungsgrad zunimmt. Das bedeutet: weniger, aber schwierigere Fälle für die Sachbearbeitenden. Auch eine psychologische Komponente kann ins Spiel kommen, wenn die Ablehnungsquote bei den manuell verarbeiteten Schadensfällen statt 5 Prozent nun 50 Prozent betragen sollte, weil die Anerkennung automatisiert wurde.

Ausblick

Die beschriebene Herangehensweise hat also einige Stärken, kann nachweislich unterstützen und Nutzen bringen. Ab Herbst 2019 werden bei der Suva teilautomatisierte Prozesse rund um die Schadensregistrierung produktiv eingesetzt werden. Das Vorgehen ist auf eine Vielzahl von weiteren Fragestellungen übertragbar: Maschinell kann nach gleichem Muster eine Klassifikation erstellt werden, ob Regress einzufordern ist, ob eine Zweitmeinung zu einer Operation eingeholt werden sollte, ob Leistungskürzung, Fallabschluss, Außendienstbesuch oder Aufnahme ins Case-Management-Programm angezeigt sein könnte. Die Methode hat gleichzeitig ganz klar auch ihre Grenzen. Außerhalb dieser Grenzen wird der Mensch auch langfristig unverzichtbar bleiben.

Telefonieren auf versicherten Wegen – eigenes Risiko – einfach so?

Ereignet sich ein Unfall auf dem Heimweg vom Arbeitsplatz, während die betroffene Arbeitnehmerin mit einem Mobiltelefon telefoniert (sogenannte „gemischte Tätigkeit“), so scheidet ein Wegeunfall dann aus, wenn die Unfallentstehung überwiegend dem Telefonieren zuzurechnen ist und dieses damit für die Unfallentstehung wesentlich war.

Sozialgericht Frankfurt, Urteil vom 18.10.2018 – S 8 U 207/16 –, juris

Auf einem für Beschäftigte unfallversicherten Weg nach Hause erlitt die (spätere) Klägerin bei dem Versuch, einen unbeschränkten Bahnübergang zu überqueren, einen Unfall mit schweren körperlichen Verletzungen; sie wurde von einer anfahrenen U-Bahn erfasst und zu Boden geschleudert. Die Auswertung von Zeugenaussagen und Videomaterial ergab, dass die Klägerin zunächst aus der U-Bahn ausstieg, den Bahnsteig in absteigender Richtung entlangging und dann plötzlich in Höhe des Fußgängerüberwegs im spitzen Winkel nach links abbog; der U-Bahnfahrer sagte aus, er habe grünes Licht gehabt; beim Unfallgeschehen hatte die anführende U-Bahn eine Geschwindigkeit von etwa 15 bis 20 km/h. Bei alledem hatte die Klägerin ein Handy am linken Ohr (der U-Bahn zugewandt) und telefonierte.

Der zuständige Unfallversicherungsträger lehnte einen Arbeitsunfall ab, weil der Unfall nicht infolge der versicherten Tätigkeit (Weg nach Hause), sondern wesentlich durch das Telefonieren geschehen sei. Dem schließt sich das Sozialgericht Frankfurt (SG Frankfurt) mit der hiesigen Entscheidung an. Aufgrund der Verbindung eines versicherten Weges und eines gleichzeitigen eigenwirtschaftlichen (privaten) und damit unversicherten Telefonierens nimmt das SG Frankfurt eine sogenannte gemischte Tätigkeit (und damit insgesamt eine versicherte Tätigkeit) an und richtet den Blick auf die Unfallkausalität, also die notwendige, rechtlich wesentlich kausale Verknüpfung von versicherter Tätigkeit und Unfall(ereignis). Genau diese verneint das SG Frankfurt, weil „die Wahrnehmung der Klägerin aufgrund des Telefonierens in vielfacher Hinsicht erheblich eingeschränkt war. Weder erkannte noch hörte sie aufgrund des Telefons am linken Ohr die herannahende U-Bahn, zumal die U-Bahn auf der gleichen Höhe wie die Klägerin war, als diese unvermittelt nach links in den Schienenbereich abbog.“ (Rz 35) Damit habe die Klägerin ein „erhebliches Risiko begründet“, hinter dem das „allgemeine Wegerisiko, einen unbeschränkten U-Bahnübergang mit freier Sicht in Richtung herannahender Bahn und Lichtzeichenanlage zu überqueren“, zurücktrete (Rz 36).

Einleuchtend – oder? Wir sehen im Straßenverkehr in zunehmendem Maße abgelenkte „Handy- und Smartphone-User“, die zur Gefahr für sich selbst und andere werden; den Blick,

die Sinne fokussiert auf das Telefonieren, das Absetzen einer „Whats App“-Nachricht, das Surfen im Netz. Es gab 2017 mehr tödliche Verkehrsunfälle wegen einer Ablenkung durch Handys oder Smartphones als durch Alkohol (vgl. <https://www.zeit.de/2017/46/handys-strassenverkehr-unfaelle-bussgeld>, abgerufen am 4. Juli 2019). Soll die gesetzliche Unfallversicherung dieses Risiko tragen? Eher nicht – oder?

Schauen wir genauer auf die Entscheidungsgründe des SG Frankfurt, so bewegen sich diese im Bereich eines Vorwurfs an die Klägerin, telefoniert und damit nicht aufgepasst zu haben („erheblich durch die Nutzung des Telefons abgelenkt“; „ohne sich in Richtung U-Bahn umzuwenden“; „weder erkannte noch hörte sie aufgrund des Telefons am linken Ohr die herannahende U-Bahn“). Von „Schuld“ spricht das SG Frankfurt zwar nicht, weil „Schuld“ kein K.o.-Kriterium für einen Versicherungsfall ist; dies ergibt sich schon aus der Regelung des § 7 Abs. 2 SGB VII, wonach verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht ausschließt. Allerdings ist der Schritt vom Vorwurf zur „Schuld“ bekanntlich nicht groß. Sind wir hier gar im Bereich einer vom Bundessozialgericht gar nicht geschätzten sogenannten selbstgeschaffenen Gefahr? Das SG Frankfurt schweigt sich hierzu aus.

Es fehlt zudem eine intensive Diskussion hinsichtlich der Abwägung der Gefahrenfaktoren. Warum soll – so das SG Frankfurt – das allgemeine (?) Wegerisiko eines unbeschränkten Bahnübergangs hinter das Risiko telefonischer Ablenkung zurücktreten? Während dem Risiko der Ablenkung durch Telefonieren großer Raum gegeben wird, bleibt das Risiko eines unbeschränkten Bahnübergangs selbst wenig bedacht, obwohl auch das große Gefahrpotenzial birgt (vgl. etwa www.dvr.de/unfallstatistik/de/bahnuebergaenge/, abgerufen am 4. Juli 2019).

Eine letzte Frage bleibt noch: Mit wem hat die Klägerin telefoniert? Dazu findet sich im hiesigen Urteil kein einziges Wort. Es wird einfach unterstellt: telefonieren = privat = unversichert. Was aber ist, wenn die Klägerin „betrieblich“ telefonierte? Dann haben wir kein Element einer privaten Tätigkeit; auch keine gemischte Tätigkeit. Dann wäre der Fall anerkennungsreif. Und was ist, wenn das gar nicht zu ermitteln ist, also beweislos bliebe? Wer trägt hier das Risiko der Beweislosigkeit?

Manche Fälle sind vielleicht doch komplexer, als es auf den ersten Blick scheint.



Neues Mitglied in der Geschäftsführung der BGHM



(v. l. n. r.): Prof. Dr. Eckhard Kreßel, Vorsitzender des Vorstands auf Arbeitgeberseite, Christian Heck, Bernhard Wagner, Vorsitzender des Vorstands auf Versichertenseite

Die Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft Holz und Metall (BGHM) hat Christian Heck zum Mitglied der Geschäftsführung gewählt. Ab September

komplettiert er das Gremium neben Michael Schmitz und Dr. Wolfgang Römer. Zugleich wird Dr. Albert Platz in den Ruhestand verabschiedet, der nach 25 Jah-

ren als Hauptgeschäftsführer der Vorgängerberufsgenossenschaften und Vorsitzender der Geschäftsführung der BGHM die Weiterentwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung maßgeblich mitgestaltet hat.

„Ich freue mich auf die neuen Aufgaben und die Möglichkeit, gemeinsam mit der Selbstverwaltung, meinen Kollegen in der Geschäftsführung sowie den Beschäftigten die Zukunft der BGHM aktiv mitzugestalten“, so der Jurist Heck, der zuletzt die Hauptabteilung Personal der Berufsgenossenschaft leitete. „Gerade im Zeitalter der Digitalisierung stehen unsere Mitgliedsbetriebe und auch wir vor großen Herausforderungen. Diese gilt es mit dem Fokus auf Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz praxisnah zu begleiten sowie Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen.“

DGUV fördert neue Stiftungsprofessur am Bergmannsheil

Dr. Elena Enax-Krumova, Mitarbeiterin der Neurologischen Universitätsklinik und Poliklinik wird am BG Universitätsklinikum Bergmannsheil eine neue W1-Stiftungsprofessur für Neuronale Regenerationsforschung ausfüllen. Die Juniorprofessorin kann somit innovative klinische Rehabilitationsverfahren nach Nervenverletzungen entwickeln und erproben. „Nervenverletzungen nach Unfällen können bei Betroffenen zu Lähmungen und Gefühlsstörungen und lang andauernder Beeinträchtigung im Arbeits- und Privatleben führen“, erklärt der Direktor der Klinik, Prof. Tegenthoff.

„Wir haben erheblichen Bedarf an neuen und wirksamen Behandlungskonzepten für diese Menschen, deshalb freuen wir uns sehr, dass wir unsere Forschung dank der Unterstützung der DGUV mit der Stiftungsprofessur für Frau Dr. Enax-Krumova erheblich intensivieren können.“ Periphere Nervenverletzungen entstehen bei Unfällen mit stumpfer oder scharfer Gewalteinwirkung,

Jun.-Prof. Dr. Elena Enax-Krumova (rechts, mit im Bild: Dr. Martin Tegenthoff) wird die neu geschaffene Professur ausfüllen, die für bis zu sechs Jahre mit einer Fördersumme von 630.000 Euro von der DGUV finanziert wird.

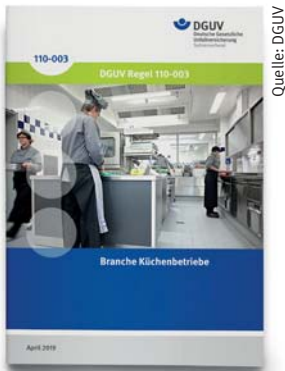


aber auch durch Zugwirkung eines Nervs zum Beispiel infolge von Knochenbrüchen. Selbst nach korrekter leitliniengerechter Behandlung leiden rund 30 Prozent der Patientinnen und Patienten dauerhaft an den neurologischen Ausfällen und Nervenschmerzen, also neuropathischen Schmerzen. Ein erster Forschungsschwerpunkt im Rahmen der Juniorprofessur ist, ein standardisiertes Monitoring zu entwickeln und

zu etablieren. Hierzu ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den operativen Disziplinen im Bergmannsheil geplant.

Ein weiterer Ansatz wird die Entwicklung individualisierter Therapiestrategien sein, um den Heilungsverlauf für die als Risikopatienten identifizierten Personen frühzeitig zu unterstützen.

Neue DGUV Branchenregel für Küchenbetriebe



Die Branchenregel bündelt die wichtigsten Arbeitsschutzbestimmungen und gibt Verantwortlichen Tipps, wie sie geeignete Präventionsmaßnahmen umsetzen können.

Für Menschen, die beruflich in Küchen arbeiten, ist die Zubereitung von Speisen nur eine von vielen Aufgaben. Die Lagerung und Vorbereitung der Waren, die Essensausgabe und -lieferung sowie die Reinigung und die Kontrolle der Arbeitsstätte gehören ebenfalls dazu. Wie Beschäftigte in all diesen Bereichen sicher arbeiten und dabei gesund bleiben, zeigt die neue Regel 110-003 „Branche Küchenbetriebe“ der DGUV. Sie richtet sich an Unternehmen, die Küchen betreiben, darunter Hotels, Restaurants, Imbisse, Caterer und die Systemgastronomien sowie Verantwortli-

che in Küchen öffentlicher Einrichtungen, Heimen und Krankenhäusern. Die Branchenregel löst die bisherige Regel „Arbeiten in Küchenbetrieben“ (DGUV Regel 110-002 bzw. -003, früher BGR/GUV-R 111) ab.

Die Branchenregeln der gesetzlichen Unfallversicherung setzen kein eigenes Recht, sondern fassen das vorhandene komplexe Arbeitsschutzrecht für die Unternehmen einer bestimmten Branche verständlich zusammen. Sie dienen Verantwortlichen als praxisbezogenes Präventionswerkzeug: Symbole vereinfachen das Auffinden von Informationen, konkrete Beispiele und Bilder veranschaulichen die Handlungsanweisungen. Checklisten, Prüfprotokolle und Hinweise auf weiterführende Dokumente komplettieren das Nachschlagewerk.

i Weitere Informationen

Die Regel 110-003 „Branche Küchenbetriebe“ kann kostenlos heruntergeladen werden unter: <https://publikationen.dguv.de>, Suchbegriff: 110-003

Ein Stups für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz

Etwas für die eigene Gesundheit am Arbeitsplatz zu tun, kann so einfach sein. Vorausgesetzt man trifft die richtige Entscheidung: „Genau daran scheitert es aber häufig. In der Kantine wird die Currywurst dem Salat vorgezogen. Statt ein paar Schritte die Treppe zu nehmen, wird der bequemere Weg mit dem Lift gewählt. Denn die gesunde Entscheidung kostet etwas Überwindung, wissen Diana Eichhorn und Ida Ott, die Autorinnen des iga.Reports 38. Dieser widmet sich dem Einsatz des sogenannten „Nudging“ in der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. Nudging heißt so viel wie „anstupsen“ und ist ein Weg, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern. Der aktuelle Report zeigt auf, wie Unternehmen ihre Belegschaft bei Entscheidungen im Sinne der eigenen Gesundheit unterstützen können.

Für Betriebe, die mit Nudging arbeiten wollen, bietet sich ein entsprechender Prozess

an. Dieser setzt ein systematisches Vorgehen voraus. Er besteht aus einer Ziel-, Analyse-, Entwicklungs- und Evaluationsphase. Der iga.Report hält hierzu einen entsprechenden Handlungsleitfaden inklusive Checklisten für die Anwendung in Unternehmen bereit.



Der neue iga.Report unterstützt Unternehmen, die auf „Nudging“ am Arbeitsplatz setzen wollen.

Impressum

DGUV Forum

Fachzeitschrift für Prävention, Rehabilitation und Entschädigung
www.dguv-forum.de

11. Jahrgang. Erscheint zehnmal jährlich

Herausgegeben von • Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Dr. Stefan Hussy, Hauptgeschäftsführer, Glinkastraße 40, 10117 Berlin, www.dguv.de

Chefredaktion • Stefan Boltz (verantwortlich), Sabine Herbst, Lennard Jacoby, DGUV

Redaktion • Elke Biesel (DGUV), Falk Sinß (stv. Chefredakteur), Gesa Fritz (Universum Verlag)

Redaktionsassistentz • Steffi Bauerhenne, redaktion@dguv-forum.de

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

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer • Hans-Joachim Kiefer, Gernot Leinert, 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 • Wolfgang Pfaff, Taunusstraße 54, 65183 Wiesbaden, Telefon: 0611/9030-234, Telefax: -368

Herstellung • Alexandra Koch, Wiesbaden

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

Grafische Konzeption und Gestaltung • LIEBCHEN+LIEBCHEN Kommunikation GmbH, Frankfurt

Titelbild • BG RCI/Bertram

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

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



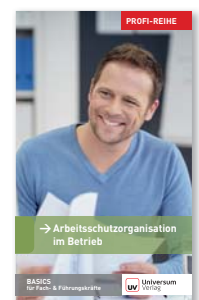
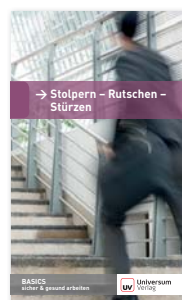
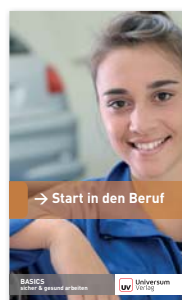
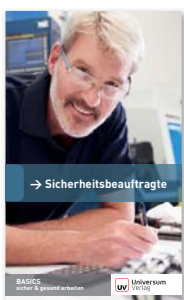
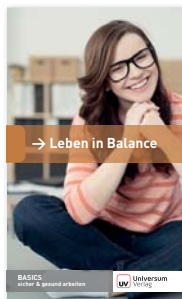
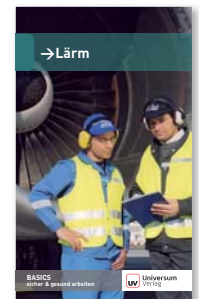
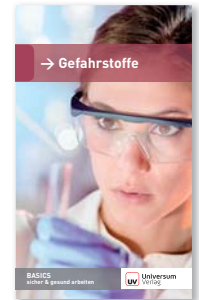
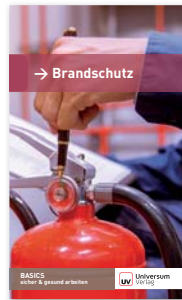
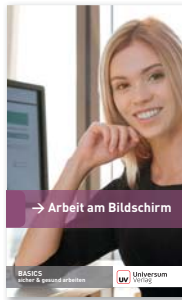
Jahresfachmedien 2020 begleiten Sie sicher durch das Jahr.



Jetzt online bestellen:
universum-shop.de/jfb

→ Grundwissen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit

BASICS sicher & gesund arbeiten



IHR LOGO

Benötigen Sie eine **größere Stückzahl**, möchten Sie Ihr **Logo eindrucken** lassen oder **Wechelseiten einfügen**?
Sprechen Sie uns an:

basics@universum.de
oder Tel. 0611 9030-271



→ Mehr Infos zur Reihe: www.universum.de/basics

Jetzt bestellen!

→ **Telefonisch** unter: 06123 9238-220
→ **Online** unter: www.universum.de/basics
→ **Per E-Mail** an: basics@universum.de