Kriterien für eine erfolgreiche Durchführung der BGSW

Aus Sicht der Verwaltung

Entwicklung

Seit die BGSW erstmals 1990 vorgestellt [1] und ab Mitte 1991 von den 6 Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften (LVBG) eingeführt wurde, hat sich das Verfahren in nur unwesentlichen Schritten weiterentwickelt.

Von 1991–2000 hat sich die Anzahl der BGSW-Kliniken in Deutschland ständig erhöht. Im Jahr 2000 wurde der Höchststand von 155 Kliniken erreicht. Änderungen in den Anforderungen zur Therapeutenqualifikation und zu den medizinischen Trainingsgeräten haben dann zu einer leichten Reduzierung auf zurzeit 147 Einrichtungen geführt (■ Abb. 1).

Beim Vergleich der Beteiligung von BGSW-Einrichtungen für Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats in den einzelnen Landesverbandsbereichen der gewerblichen Berufsgenossenschaften werden Unterschiede deutlich (■ Abb. 2). Bis zur Einführung des §34 SGB VII am 01.01.1997 hatten die Landesverbände die Möglichkeit der Bedarfsprüfung.

Die Zahl der Behandlungen stieg von 2460 im Jahr 1991 kontinuierlich bis zum Jahr 2000 auf 12.002. Wahrscheinlich primär bedingt durch den Rückgang der Unfallzahlen verringerte sich diese Zahl bis zum Jahr 2003 auf 11.885 Fälle (■ Abb. 3).

Die regionale Verteilung der beteiligten BGSW-Kliniken wird beispielhaft am Land Niedersachsen aufgezeigt, das aktuell über 12 BGSW-Einrichtungen (Stütz- und Bewegungsapparat) und 2 BG-Einrichtungen (mit Hamburg) verfügt. Bemerkenswert sind die unterschiedlichen

Behandlungszahlen (aus 2003) in den einzelnen BGSW-Einrichtungen, die von 14–134 reichen (■ Abb. 4).

Die 12 BGSW-Kliniken versorgen 11,4% der Fälle des Verletzungsartenverfahrens. Das entspricht in etwa dem Gesamtdurchschnitt im Bereich des LVBG Nordwestdeutschland von 11,2%.

Auffallend ist in diesem Zusammenhang die große Zahl von Nachbehandlungsfällen in der BG-Sonderstation Hachmühlen, Bad Münde. Es handelt sich hierbei nicht um BGSW-Fälle im eigentlichen Sinn, sondern um Fälle mit Komplikationen, die in der Regel schon das übliche BG-Heilverfahren durchlaufen hatten. In etwa 10% der Fälle, in denen Unfallverletzte zur Überprüfung des Heilverfahrensverlaufs in einer BG-Klinik vorgestellt werden, sind bis dahin nicht erkannte Unfallfolgen diagnostiziert worden. Auch von BG-Kliniken bei über 50% der

stationären Heilverfahrenspatienten festgestellte Therapiedefizite nach Arbeitsunfall dokumentieren einen großen Handlungsbedarf [2].

Es stellt sich die Frage, welche BG-Einrichtungen BGSW-Betten vorhalten. Mit Ausnahme des LVBG Nordostdeutschland sind in allen LVBG-Bereichen BG-Einrichtungen mit BGSW-Betten ausgewiesen (Zahlen aus Jahresbericht VBKG 2003 und LVBG für 2 BG-Sonderstationen) (■ Abb. 5).

Aktuelle Handlungsanleitung und Anforderungen an BGSW-Kliniken

Nach der Handlungsanleitung für die BGSW vom 12.02.1997 beinhaltet diese grundsätzlich die Leistungen der erweiterten ambulanten Physiotherapie (EAP). Zur BGSW-Indikation wird auf die EAP verwiesen. Um das höhere Leistungsspek-

Abb. 1 ▲ BGSW-Kliniken in Deutschland

Tabelle 1

**Stationäre Behandlungen 2003
(n=86.944); 2002: n=94.708
(Quelle: HVBG)**

Verweildauer	Verletzte	Anteil [%]
Bis 3 Tage	30.576	35,2
Bis 6 Tage	21.267	59,6
Bis 10 Tage	15.554	77,5
Bis 15 Tage	8929	
Bis 20 Tage	3962	
Mehr als 20 Tage	6656	
Gesamt	86.944	

trum gegenüber der EAP deutlich zu machen, wird auf die ständige ärztliche Verantwortung im Rahmen der BGSW und auf die Mitwirkung von besonders geschultem Personal verwiesen. Außerdem wird auf mögliche soziale und organisatorische Gründe hingewiesen.

Die derzeitige Handlungsanleitung sieht keine vorherige Genehmigung und gezielte Einflussnahme des Unfallversicherungsträgers auf die Auswahl der BGSW-Kliniken vor.

Akutversorgung

Auf die Anzahl der stationären BG-Behandlungen wirken sich die rückläufigen Unfallzahlen aus. Das ambulante Operieren kann noch keinen Einfluss auf die Fallzahlen nehmen. Aber nicht nur die Unfallzahlen spielen eine Rolle, sondern auch die in der Akutversorgung immer kürzeren Verweildauern, bedingt durch die laufende Entwicklung der medizinischen Versorgung (■ **Tabelle 1**). Die Zahlen machen für die postprimäre Behandlung deutlich, dass schon allein aus Zeitgründen im Rahmen eines gezielten Rehabilitationsmanagements das Agieren dem Reagieren vorgezogen werden muss.

Die möglichen Auswirkungen der DRG im Jahr 2004 auf die BGSW zeigt die Auswertung von 81% der Kliniken (Stand 14.03.2005) im Zuständigkeitsbereich des LVBG Nordwestdeutschland. Danach sind die Anzahl der Patienten im Vergleich zu 2003 um 3,4% und die Behandlungsdauer um 5,9% gestiegen.

Trauma Berufskrankh 2006 · 8[Suppl 2]: S202–S206
DOI 10.1007/s10039-005-1022-x
© Springer Medizin Verlag 2005

K.-H. Hagemann

Kriterien für eine erfolgreiche Durchführung der BGSW. Aus Sicht der Verwaltung

Zusammenfassung

Seit ihrer Einführung im Jahr 1991 wurden an der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) nur geringfügige Änderungen vorgenommen. Aufgrund der durch den medizinischen Fortschritt und die Einführung der DRG (diagnosis related groups) bedingten kürzeren Verweildauern in Akutkrankenhäusern werden neue Anforderungen an die Auswahl der BGSW-Kliniken gestellt. Über Zahlen und Daten werden die derzeitige

Akzeptanz des Verfahrens dargestellt, der Istzustand analysiert und mögliche Änderungsvorschläge gemacht.

Schlüsselwörter

Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) · DRG (diagnosis related groups) · Verweildauer im Akutkrankenhaus · Auswahl der BGSW-Klinik

Continuing inpatient therapy through an employer's liability insurance association. Criteria for successful completion from an administrative point of view

Abstract

Since its introduction in 1991, only minor changes have been made to continuing inpatient therapy through the employer's liability insurance association. Due to the reduced time spent in acute inpatient treatment caused by medical advances and the introduction of "diagnosis related groups", new requirements have been provided for the selection for employer's liability insurance association clinics. Quantitative and

qualitative data analysis, the Ist and possible suggested changes are presented indicating the acceptance of this procedure.

Keywords

Employer's liability insurance association · Continuing treatment · Diagnosis related groups (DRG) · Duration of acute hospital stay · Selection of employer's liability insurance association clinic

Genehmigung. Um evtl. überflüssigen BGSW-Maßnahmen entgegenzuwirken – Stichwort „EAP“ –, ist als wesentliche Neuerung des neuen BGSW-Verfahrens ein Genehmigungsverfahren geplant. Der verordnende Durchgangsarzt bzw. H-Arzt hat dem UV-Träger rechtzeitig vor Beginn der BGSW die Verordnung zur Durchführung einer BGSW, den Vordruck F2150, zu übersenden. Der UV-Träger muss zu dieser Verordnung innerhalb von 24 h Stellung beziehen, diese genehmigen oder ablehnen. Ohne fristgerecht abgegebene Stellungnahme soll die Maßnahme als genehmigt gelten!

Bei einer Verlängerung der BGSW-Maßnahme ist eine weitere Genehmigung 1 Woche vor Ablauf der genehmigten Dauer einzuholen.

Die sach- und zielgerichtete Durchführung der BGSW ist von der schnellen Initiative des Unfallversicherungsträgers und der Möglichkeit der direkten Einflussnahme auf die BGSW abhängig. Die BGSW beginnt schon mit dem Durchgangsarztbericht!

Der Unfallversicherungsträger erhält in der Regel durch den Durchgangsarztbericht Kenntnis über den Arbeitsunfall. Zahlen der Unfallversicherungsträger machen allerdings deutlich, dass auch die Meldung von schweren und zur BGSW führenden Arbeitsunfällen häufig zu spät erfolgt. Nach einer Erhebung des LVBG Nordwestdeutschland gehen 17% der Berichte später als 7 Tage beim UV-Träger ein! Es bleibt zu hoffen, dass dieser Mangel durch die laufenden Aktionen beseitigt wird und der Unfallversicherungsträger über die schnelle Kenntnisnahme von einer notwendig werdenden Steuerung und Überwachung des Heilverfahrens in allen Fällen schnell agieren kann.

Indikationen. Erleichtert und damit beschleunigt werden soll die Entscheidung des UV-Trägers durch in der neuen Handlungsanleitung konkret definierte Indikationen, bei deren Vorliegen immer eine BGSW erforderlich ist. Genannt werden sollen schwerste Verletzungen wie:

- Schwere Schädel-Hirn-Verletzungen
- Amputation großer Gliedmaßen
- Replantationen

Abb. 5 ► BG-Einrichtungen mit BGSW-Betten in Deutschland

- Verletzungen großer Nervenbahnen und -geflechte
- Ausgedehnte Verbrennungen und entsprechende Weichteilverletzungen
- Schwere Handverletzungen

Ergänzt werden soll diese Aufstellung durch weitere schwere Verletzungen, die die mögliche medizinische Indikation für eine BGSW-Verordnung begründen.

Auswahl der Einrichtung. Erstmals soll neben der Genehmigung dem Unfallversicherungsträger die Möglichkeit eingeräumt werden, konkret zur vorgeschlagenen BGSW-Einrichtung Stellung zu beziehen, d. h., eine BGSW-Klinik direkt zu benennen, in der die Weiterbehandlung durchgeführt werden soll. Für den UV-Träger hat das zur Konsequenz, dass er sich künftig konkret mit den Inhalten der von den einzelnen Kliniken angebotenen BGSW auseinandersetzen muss. Dies beinhaltet natürlich auch die Frage, ob eine „normale“ BGSW ausreichend erscheint oder ob nicht aufgrund des Befunds, der mit der Genehmigung übermittelt wird, eine Weiterversorgung in einer BG-Einrichtung sinnvoll erscheint.

Berufliche Rehabilitation. Dieser Aspekt soll ein größeres Gewicht bei der BGSW

gewinnen. Durch eine Anlage zum Aufnahmebericht wird dem Unfallversicherungsträger eine Tätigkeitsbeschreibung übersandt. Diese umfasst die Darstellung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit des Versicherten, und zwar hinsichtlich der Art der Tätigkeit, die verrichtet wurde, der regelmäßigen Arbeitszeit, die der betreffende Verletzte zu verrichten hatte, und der äußeren Einflüsse, denen er ausgesetzt war. All das soll den Unfallversicherungsträger in die Lage versetzen, evtl. erforderliche Teilhabemaßnahmen einzuleiten bzw. diese in der BGSW-Einrichtung zu beeinflussen.

Abschließende Dokumentation. Bei der Entlassung soll ein kurzer Entlassungsbericht erstellt werden. Hier sollen Vorschläge zur weiteren Behandlung gemacht werden. Weiterhin soll der Kurzbericht eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung beinhalten. Diese befasst sich mit der letzten beruflichen Tätigkeit des Patienten und soll zum positiven oder negativen Leistungsbild, bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt, Stellung nehmen. Weitere Anlage dieses kurzen Entlassungsberichts wird ein Therapie- und Dokumentationsplan sein.

Nach dem kurzen Entlassungsbericht soll die BGSW-Einrichtung unverzüg-

lich einen ausführlichen ärztlichen Entlassungsbericht erstellen. Hierin werden zur genauen Diagnose Stellung genommen, eine kurze Anamnese erstellt und der genaue Aufnahme- und Abschlussbefund ausführlicher als in den bisherigen Berichten definiert oder konkretisiert. Außerdem wird eine kritische Würdigung des Gesamtverlaufs der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahme erwartet. Die sozialmedizinische Epikrise und Nachsorgekonzepte sollen ebenfalls Gegenstand dieses ausführlichen ärztlichen Entlassungsberichts werden.

Komplexe stationäre Rehabilitation

Wie bereits ausgeführt, nehmen die BG-Einrichtungen rein formal einen nicht unwesentlichen Anteil an der Versorgung der BGSW-Fälle wahr. In der Vergangenheit hat sich allerdings gezeigt, dass insbesondere bei den Unfallversicherungsträgern häufig Irritationen hinsichtlich des Leistungsumfangs der von den BG-Einrichtungen erbrachten BGSW entstanden sind. Zumindest im Zuständigkeitsbereich des LVBG Nordwestdeutschland haben nach unseren Erfahrungen die BG-Einrichtungen in den wenigsten Fällen eine BGSW im herkömmlichen Sinn durchgeführt. Vielmehr hat es sich dabei um besondere stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gehandelt, die weit über das übliche Maß einer BGSW hinausgegangen sind. Im Rahmen dieser Versorgung wurden insbesondere aus der Primärversorgung in anderen Einrichtungen heraus auffällige Unfallverletzungen konservativ oder operativ nachbehandelt und einer intensiven Nachbehandlung zugeführt. Da die BG-Einrichtungen durch den erhöhten Leistungsumfang nicht mit den allgemein üblichen Pflegesätzen einer BGSW-Einrichtung konkurrieren konnten, führte dies in nicht wenigen Einzelfällen zu einer Ablehnung der Maßnahme in einer BG-Einrichtung durch die UV-Träger.

Es erscheint daher erforderlich, künftig eine stärkere Differenzierung zwischen einer normalen BGSW und einer gehobenen intensiven Nachbehandlung deutlich zu machen. Es wird diskutiert, in der neuen Handlungsanleitung die komplexe stationäre Rehabilitation (KSR) in

BG-Einrichtungen zu verdeutlichen. Angedacht ist, für diese einen beispielhaften Indikationskatalog für schwerste Verletzungsarten aufzustellen. Darüber hinaus sollen für eine KSR insbesondere auch die Fälle in Betracht kommen, bei denen eine Unverhältnismäßigkeit zwischen Art und Schwere der Verletzung und Dauer des Heilverfahrens oder eine Problematik bei der Teilhabe am Arbeitsleben erkennbar sind.

Schwer-Schädel-Hirn-Verletzte

Ihre Rehabilitation stellt an alle Beteiligten besondere Erfordernisse. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat mit seiner Denkschrift „Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter“ [3] u. a. Anforderungen an die personelle und sächliche Ausstattung im Rahmen medizinisch-beruflicher Rehabilitation (Phase 2b) aufgestellt. Danach bedarf es besonderer Mitarbeiter als Berufstherapeuten und Werkstätten für besonders definierte Berufszweige. Die medizinischen und zeitgleichen beruflichen Leistungen der Rehabilitation sollten in Einrichtungen erbracht werden, die beide Leistungen vorhalten. Die zurzeit geltenden „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger an Rehabilitationskliniken nach §§33,34 SGB VII zur Beteiligung an der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) für Schädel-Hirn-Verletzungen und periphere Nervenverletzungen“ (vom 01.03.1997) stellen in dieser Richtung keine Forderungen an die Kliniken. Es ist zu wünschen, dass bei der beabsichtigten Neufassung der Anforderungen die grundsätzlichen Vorgaben der Denkschrift in einem zeitgemäßen Umfang (Räumlichkeiten, Anzahl der Therapeuten usw.) Berücksichtigung finden.

Korrespondierender Autor

K.-H. Hagemann

Landesverband Nordwestdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Hildesheimer Straße 309, 30519 Hannover
E-Mail: hagemann@hannover.lvbv.de

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

1. Schmitt K-H (1990) BGSW – eine neue Heilverfahrensart in der gesetzlichen Unfallversicherung. BG 1990: 623–632
2. Bischoff HJ (2004) Maßnahmen nach Akutbehandlung aus Sicht der BG. Trauma Berufskrankh [Suppl 1]: 158–162
3. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2001) Zur Rehabilitation Schwer-Schädel-Hirn-Verletzter, 4. aktualisierte Aufl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, St Augustin