Neugestaltung des Besuchsdienstes

Moderne Versorgungsformen im Gesundheitswesen sind durch 3 wesentliche Steuerungsfelder gekennzeichnet: Koordination, Kooperation und Kommunikation [4]. Der Besuchsdienst der gesetzlichen Unfallversicherungsträger ist ein seit vielen Jahren praktiziertes Verfahren, um diese 3 zentralen Steuerungsfelder anzusprechen und zu fördern. Er wurde als „Sammelbesuchsverfahren“ zu Beginn der 1960er Jahre von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung entwickelt und eingeführt. Der gesetzliche Auftrag, in der Rehabilitation der Versicherten eng zusammenzuarbeiten (§5 RehaAnglG), und die praktische Notwendigkeit eines wirtschaftlich sinnvollen Personaleinsatzes können dabei als wesentliche Aspekte betrachtet werden.

Ziel des Besuchsverfahrens war von Beginn an die Verbesserung der Rehabilitationsabläufe, insbesondere der lückenlosen Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. An diesem Ziel hat sich auch nach der Neugestaltung des Besuchsdienstes zum 01.07.2005 nichts Grundsätzliches geändert. Im Gegenteil die „Nahtlosigkeit“ der Rehabilitationsabläufe, die Vermeidung von Versorgungsbrüchen, von Über-, Unter- und Fehlversorgungen, die der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen seit seinem Gutachten 2000/2001 immer wiederherausstellt, ist heute wichtiger denn je.

Schnittstellen der Rehabilitation

Die zu optimierenden Schnittstellen werden heute nicht mehr nur zwischen der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation gesehen, sondern immer mehr auch innerhalb dieser Blöcke in den ver-

schiedenen Phasen und Stadien des Rehabilitationsablaufs. Die moderne Gesundheitsökonomie hat hierzu in der jüngeren Vergangenheit Konzepte entwickelt, die als Case-Management, Disease-Management und Managed-Care international diskutiert und realisiert werden. Die teilweise enge inhaltliche „Verwandtschaft“ dieser modernen Konzepte der Gesundheitsökonomie mit traditionellen Strukturen des Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens wurde bereits in der Literatur sehr klar herausgearbeitet [2]. Vor diesem Hintergrund ist der Besuchsdienst ein wichtiges und zeitgemäßes Instrument der Informationsgewinnung und -übermittlung aller am Rehabilitationsprozess beteiligten Parteien.

Charakteristika des Besuchsdienstes

Formal gesehen handelt es sich beim Besuchsdienst der gesetzlichen Unfallversicherungsträger um eine wechselseitige Beauftragung nach §88 SGB X:

„Da kein Unfallversicherungsträger personell in der Lage wäre, jeden Verletzten rechtzeitig am Krankenbett zu beraten, haben die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften zur Wahrung einer frühzeitigen Kontaktaufnahme zwischen dem Verletzten und seinem Versicherungsträger das sog. Sammelbesuchsverfahren eingeführt.“ [1].

Besuchsdienst vor Neugestaltung

In einer Verwaltungsvereinbarung vom 01.04.1998 (Anlage zu VB 48/98) wurde das Besuchsverfahren in seiner Form vor der zum 01.07.2005 durchgeführten Neugestaltung beschrieben. Der Auftragneh-

mer besucht danach die in stationärer Behandlung befindlichen Versicherten des Auftraggebers in den Rehabilitationseinrichtungen, führt Gespräche mit Ärzten und Pflegekräften, berät die Versicherten, nimmt Anträge entgegen und fasst Berichte. Es wird geprüft, ob die Betreuung im Rahmen des Heilverfahrens ausreichend ist oder ob z. B. die Verlegung in eine berufsgenossenschaftliche Unfallklinik angezeigt wäre. Gegebenenfalls werden schon während der medizinischen Rehabilitation berufliche Rehabilitationsmaßnahmen (z. B. Eignungsuntersuchungen) angeregt. Der Auftragnehmer verpflichtet sich, im Turnus von 4–6 Wochen die Krankenhäuser zu besuchen, für die seine Berufshelfer nach dem Betreuungsplan des Landesverbands zuständig sind. Die Vorgaben des Datenschutzes sind zu beachten, und ein Bericht gemäß Vordruck ist zu erstatten.

Im Landesverband Nordwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften wurden nach diesem Verfahren 2004 insgesamt 165 medizinische Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig betreut; es fanden 1432 Besuche statt, bei denen 4745 Beratungen durchgeführt wurden.

Das Verfahren hat sich grundsätzlich bewährt, dennoch sind im Lauf der Zeit auch bestimmte Nachteile sichtbar geworden. Insbesondere die Verkürzung der Verweildauern in den Krankenhäusern hat dazu geführt, dass – nach Schätzungen – nur noch etwa 10% der Patienten tatsächlich erreicht werden konnten [3].

Neugestaltung

Von den Unfallversicherungsträgern wurde ein Konzept zur Optimierung des Besuchsdienstes entwickelt. In diesem sollten

die Stärken des bisherigen Systems gefördert und die Schwächen reduziert werden. Die Ergebnisse dieser Projektarbeit sind die Grundlage für das zum 01.07.2005 neu gestaltete Verfahren.

Die wesentlichen Neuerungen lassen sich wie folgt beschreiben:

1. Konzentration der Besuche auf Einrichtungen mit hoher Belegung an BG-Patienten
2. fester wöchentlicher Besuchsturnus in diesen Einrichtungen (Regelbesuch)
3. Besuch von Einrichtungen mit geringerer BG-Belegung bei besonderen Fragestellungen (Anlassbesuch)
4. Zusammenarbeit mit Krankenhaussozialdiensten im Anlassbesuch (Pilotprojekt BUK)
5. medizinische Aufwertung des Besuchsberichts

Ein Ziel des neuen Verfahrens ist es, den Anteil der im Besuchsdienst erreichenden Patienten der Unfallversicherungsträger auf mindestens 40% zu erhöhen. Modellrechnungen ergaben, dass dazu Einrichtungen, die jährlich etwa 95 Fälle oder mehr im Verletzungsarten-/BGSW-Verfahren behandeln, wöchentlich zu besuchen sind. Mit einigen Häusern, die eine geringere Belegung aufweisen (Anlassbesuch), hat der Bundesverband der Unfallkassen in einem Pilotprojekt eine besonders enge Zusammenarbeit über die Kliniksozialdienste vereinbart.

Neben dem neuen Besuchsturnus ist der vielleicht wichtigste Punkt des neuen Verfahrens die Erweiterung der medizinischen Fragestellung im Berichtsbogen. Der bisherige Bericht stellte v. a. auf Fragen der Berufshilfe ab, um die hierzu erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig planen zu können. Die Fragestellung im neuen Bericht setzt früher an.

Im Gespräch mit dem Arzt ist zu klären,

- welche – aktuelle – Diagnose gestellt wird,
- welche Komplikationen aktuell aufgetreten sind,
- ob unfallfremde Leiden festgestellt wurden und
- welche Behandlung derzeit durchgeführt wird.

Außerdem wird nach

- einer möglichen Verlegung,
- dem voraussichtlichen Entlassungstermin und
- der Dauer der Arbeitsunfähigkeit

gefragt. Zur weiteren Planung der medizinischen Rehabilitation ist es wichtig, dass die nach der Entlassung erforderlichen Maßnahmen beschrieben werden (BGSW, EAP, ärztliche Weiterbehandlung, häusliche Krankenpflege, Hilfsmittel ...).

Im Gespräch mit dem Versicherten bzw. seinen Familienangehörigen geht es v. a. darum, relevante Faktoren seiner häuslichen, familiären und beruflichen Situation transparent zu machen:

- Lebt der Versicherte allein?
- Sind Kinder zu betreuen?
- Gibt es wegen der Verletzungsfolgen Probleme in den Wohnräumen?
- Welcher Beruf wurde erlernt und was war die letzte Tätigkeit?
- Besteht Kontakt zum Arbeitgeber?
- Was kann der Versicherte zum Unfallhergang sagen?
- Besteht bereits Kontakt zum zuständigen Unfallversicherungsträger?

Die zugrunde liegende Idee und das Ziel des erweiterten und aufgewerteten Fragebogens sind, im Gespräch mit dem Arzt und dem Versicherten die aktuellsten Informationen über alle in der Rehabilitation relevanten Faktoren zu erhalten. Es soll ein Zeitvorsprung geschaffen werden, der für die Vorbereitung der nächsten Rehabilitationsphase und den dann nahtlosen Übergang genutzt werden kann. Von dieser Zielstellung her gesehen ist der Besuchsdienst nicht weit von den Konzepten zum Rehabilitationsmanagement entfernt, wie er von den Unfallversicherungsträgern in eigener Zuständigkeit betrieben wird (s. Beitrag Fehse in diesem Heft). Der Besuchsdienst dient der Vorbereitung des Rehabilitationsmanagements. Die möglichst effiziente Verzahnung dieser beiden Instrumente ist eine wichtige Aufgabe, bei der in Zukunft vielleicht noch Verbesserungen erzielt werden können.

Zwischenergebnisse

Der Nutzwert der vom Besuchsdienst ermittelten Informationen hängt ent-

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2007 · 9 [Suppl 2]: S142–S144
DOI 10.1007/s10039-006-1168-1
© Springer Medizin Verlag 2006

P. Kehl

Neugestaltung des Besuchsdiensts

Zusammenfassung

Der Besuchsdienst der gesetzlichen Unfallversicherungsträger kann als Klassiker der Kooperation in der deutschen Sozialversicherung gelten. Alle Beteiligten des Rehabilitationsprozesses werden in eine effiziente und zugleich persönliche, kundennahe Form der Informationsgewinnung und -übermittlung eingebunden. Der Besuchsdienst wurde zum 01.07.2005 bundesweit neu konzipiert. Das Verfahren wurde in seinen medizinischen Inhalten wesentlich aufgewertet und konzentriert sich nun auf Einrichtungen mit hoher Belegung an Patienten der gesetzlichen Unfallversicherung.

Schlüsselwörter

Besuchsdienst · Sammelbesuchsverfahren · Regelbesuch · Anlassbesuch · Rehabilitationsprozess

New form of the hospital visiting service provided by the German statutory accident insurance

Abstract

The German statutory accident insurance has a traditional form of visiting service for hospital inpatients. All participants in the rehabilitation process are involved in an efficient and equally personal customer-oriented form of gathering and imparting information. The hospital visiting service was redesigned as of 1 July 2005. It has been improved by more case management and concentrates on hospitals with a high level of accident patients.

Keywords

Hospital visiting service · Procedure for collective visits · Regular visit · Initial visit · Rehabilitation process

Abb. 1 ▲ Zeitraum zwischen Besuch und Berichterstattung

Abb. 2 ▲ Zeitraum zwischen Unfall und Berichterstattung

scheidend von ihrer Aktualität ab. Die Berichte sollten deshalb möglichst umgehend vom Besucher an den zuständigen Unfallversicherungsträger übersandt werden. Der Landesverband Nordostdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften hat hierzu im 3. Quartal 2005, gleich nach dem Start des neuen Systems, eine Auswertung durchgeführt, danach wurden über 80% der Berichte am Besuchstag selbst oder am nächsten Werktag erstattet (■ Abb. 1).

Auch der Zeitraum zwischen dem Unfalltag und der Berichterstattung wurde ausgewertet (nur Akutkliniken), denn es erscheint wichtig, dass nicht nur ganz „frische“ Fälle erreicht werden, sondern über die Ambulanz und im BGSW-Verfahren auch „ältere“ Fälle angesprochen werden können (■ Abb. 2).

Grundsätzliche Erfolgsbedingung für das Verfahren ist, dass verlässliche, allseits bekannte Besuchszeiten eingehalten werden können (jour fixe). Alle Seiten müssen sich darauf einstellen können, damit anstehende Frage mit kurzer Erledigungsfrist zu diesem Termin abgearbeitet werden können. Die wichtigste Anforderung an das Krankenhaus ist, dass ein kompetenter, über die aktuellen Fälle informierter Arzt als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Zur Einführung des neuen Besuchsdienstes wurden einige Informationsveranstaltungen durchgeführt. Aktuelle Plakate, die in den Kliniken ausgehängt werden können und Flyer stehen zur Verfügung.

Nach den ersten Rückmeldungen, die vorliegen, zeichnet sich eine überwiegend positive Bewertung des neuen Konzepts ab. Im Regelbesuch werden die Einrichtungen mit großer BG-Belegung erreicht. Im Landesverband Nordwestdeutschland beispielsweise, der für Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein zuständig ist, sind dies 30 Akutkliniken und 3 BGSW-Einrichtungen. Die Kooperation zwischen Verwaltung (Besucher) und Klinik funktioniert in den meisten Fällen gut. Verbesserungspotenziale werden durch eine systematische Evaluation erfasst, die besonders auf das erste Jahr der Projektlaufzeit abstellt.

Korrespondierender Autor

P. Kehl

BG Nahrungsmittel und Gaststätten
Tiergartenstraße 109–111, 30559 Hannover
peter.kehl@bgn.de

Danksagung. Allen Beteiligten des Verfahrens ist für ihr Engagement zu danken.

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

1. Böhnert W (1997) Aufgaben des Berufshelfers in der gesetzlichen Unfallversicherung. Rehabilitation 1997: 39–47

mische Ansätze im Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren. Die BG 2005: 522–527

3. Reich I, Stapelfeldt S, Ziche G et al. (2002) Besuchsdienst am Krankenbett und in der D-Arzt-Sprechstunde an den Ruppiner Kliniken. Trauma Berufskrankh 5 [Suppl 3]: 230–232
4. Schwanenflügel M (2006) Moderne Versorgungsformen im Gesundheitswesen. NZS 2006: 285–291