Möglichkeiten der Heilverfahrenssteuerung

Historie

In der Unfallversicherung ist es seit ihrer Gründung Ziel der Rehabilitation, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen sowie den Betroffenen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft möglichst schnell und dauerhaft wieder zu ermöglichen.

Die aktuellen Rahmenbedingungen zur Beurteilung von Effektivität und Effizienz werden dabei durch den Gesetzgeber definiert. Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig ... die Gesundheitsschäden zu beseitigen oder zu bessern ... und die Folgen zu mildern ... (§ 26 Abs. 2 SGB VII (SGB: Sozialgesetzbuch)) und dabei die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten (§ 69 Abs. 2 SGB IV).

Arbeitsunfall. Die Geschichte der Versicherung des Arbeitsunfalls reicht zurück bis zum 07.06.1871. An diesem Tag wurde das Reichshaftpflichtgesetz, welches die private Verschuldenshaftung des Unternehmers und in einigen Gewerben mit besonderer Gefahr auch die des leitenden Personals vorsah, beschlossen [20]. Die weitere industrielle Entwicklung im ausklingenden 19. Jahrhundert mit den damals bestehenden sozialen Spannungen führte zu einer öffentlich-rechtlichen Lösung des sich abzeichnenden Konfliktes. Mit der kaiserlichen Botschaft vom 17.11.1881 wurden die Grundlagen der heutigen Sozialversicherung geschaffen. Neben der Arbeiterkranken- und Rentenver-

sicherung entstand die Gesetzliche Unfallversicherung (GUV). Am 06.07.1884 wurde durch den Reichstag das Unfallversicherungsgesetz mit der Ablösung der Unternehmerhaftpflicht beschlossen.

Berufsgenossenschaften. Als Konsequenz der veränderten gesetzlichen Bedingungen wurden Berufsgenossenschaften (BG) gegründet. Diese waren zunächst für das Heilverfahren ab Beginn der 14. Woche nach dem Unfall verantwortlich und hatten Renten mit dem Entstehen der Erwerbsunfähigkeit zu zahlen [9].

Am 01.03.1890 konnte das erste BG-Unfallkrankenhaus der Welt, das „Bergmannsheil“, in Bochum eröffnet werden. 1894 folgte das BG-Unfallkrankenhaus „Bergmannstrost“ in Halle, Saale. In der Zeit von 1953–1968 wurden BG-Unfallkliniken in Murnau, Tübingen, Duisburg-Buchholz, Hamburg, Frankfurt, Main, und Ludwigshafen eröffnet. Mit dem ukb (Unfallkrankenhaus Berlin) eröffnete am 03.09.1997 in Berlin-Marzahn die vorerst letzte BG-Unfallklinik.

Mit dem „Zweiten Gesetz über Änderungen in der Unfallversicherung“ vom 14.07.1925 wurde den Berufsgenossenschaften endgültig und bis heute die Verantwortung für das Heilverfahren vom ersten Tag an übertragen [8, 9]. Daraus folgend wurde 1925 das so genannte „Verletzungsarten-Verfahren“ (früher § 6-Verfahren, heute VAV) eingeführt. Die nach § 6 der Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vorliegende Aufzählung der zum Schwerverletztenverfahren gehörenden Verletzungen galt, mit den entsprechenden Anpassungen an das (unfall-) chirurgische Wissen, bis zum Inkrafttreten des SGB VII 1997.

chirurgische Wissen, bis zum Inkrafttreten des SGB VII 1997.

Die Vorstellungspflicht beim D-Arzt wurde 1936 eingeführt [16]. Mit der Einführung des Teilgebietes Unfallchirurgie 1971 [16] forderten die Berufsgenossenschaften 1972 in ihrer Denkschrift des Hauptverbandes „Zur Verbesserung der medizinischen Rehabilitation Unfallverletzter“ die Versorgung Unfallverletzter in unfallchirurgischen Abteilungen [6]. Die Konsequenzen dieser Forderung wurden bei den notwendigen Anpassungen der Zulassungsvoraussetzungen für D-Ärzte und VAV-Krankenhäuser in Abhängigkeit der Weiterbildungsordnungen bis heute umgesetzt.

Ein Paradigmenwechsel bei den Berufsgenossenschaften begann Ende der 1980er Jahre mit dem Einsatz der Steuerungstabellen zur Überwachung des Heilverfahrens (so genannte „Weller-Tabelle“). Aus retrospektiv erhobenen Daten einzelner Berufsgenossenschaften und unfallchirurgischer Erfahrung wurden diagnosebezogene Tabellen mit Normverläufen unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit entwickelt [11, 21]. Damit waren die Berufsgenossenschaften in der Lage, Abweichungen von Normverläufen zu erkennen und steuernd in das Heilverfahren, z. B. durch Vorstellungen in spezielle Kliniken, einzugreifen.

In diese Zeit fiel auch die Entwicklung von Verfahren zur Durchführung multimodaler, komplextherapeutischer Maßnahmen. Im Bereich der stationären Rehabilitation wurde 1991 die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) eingeführt. In der ambu-

lanten Rehabilitation gab es seit 1991 bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) für Hochleistungssportler die Besonders indizierte Therapie (BiTh). Diese wurde 1995 als Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP) von allen Berufsgenossenschaften übernommen. Sowohl BGSW als auch EAP stellen auf die Behandlung von Störungen ganzer Funktionsketten ab, wenn erkennbar ist, dass mit herkömmlichen Standardtherapien das Rehabilitationsergebnis nicht ausreichend oder nur verzögert erreicht werden kann. Die aktuelle Handlungsanleitung beinhaltet für die BGSW erstmalig eine Indikationsliste [2]. Diese enthält Empfehlungen, bei welchen Diagnosen, auch unter Berücksichtigung sozialer Kontextfaktoren, eine multimodale Komplextherapie indiziert sein kann.

Sozialgesetzbuch VII (SGB VII). Es wurde mit dem Gesetz zur Einordnung der Reichsversicherungsordnung in das Sozialgesetzbuch vom 07.08.1996 geschaffen. Es trat am 01.01.1997 in Kraft. Mit ihm fielen die maßgeblichen Bestimmungen des früheren Reichsversicherungsamtes zum D-Arzt- (Durchgangsarzt-) und VAV-Verfahren weg. Mit der Ermächtigung des § 34 SGB VII wurde das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren neu geregelt [4]. Die wesentlichen und bewährten Elemente wie die vertraglichen Regelungen zu den D-Ärzten und die Verfahrensregelungen zur Akut- und Rehabilitationsmedizin wurden übernommen und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

Bis heute besteht die enge inhaltliche Verknüpfung zwischen Traumatologie und Unfallversicherungsträgern fort und wird weitergeführt. Aktuell werden Weiterentwicklungen und Anpassungen der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren mit den Regelungen im Weißbuch der Schwerverletztenversorgung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) abgestimmt [1]. Das im Weißbuch dargestellte Traumanetzwerk wird voraussichtlich die wesentlichen Strukturen der stationären Versorgung Unfallverletzter widerspiegeln.

Untersuchungen zu Heilverfahren

In den letzten Jahren wurden zunehmend einzelne Prozessabläufe oder spezielle Verfahren der Heilverfahrenssteuerung sowohl von ärztlicher Seite als auch von den UV-Trägern (Unfallversicherungsträgern) wissenschaftlich untersucht und publiziert.

Zur Prozessqualität konnte allgemein festgestellt werden, dass unterschiedliche Prädiktoren, darunter auch Kontextfaktoren nach der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF: „international classification of functioning, disability and health“) und Optimierungspotenziale in der Steuerung, zu verzögerten Heilverläufen führten [18]. Diese Feststellung ging mit der Korrelation zwischen Beginn der multimodalen Komplextherapie und dem Zeitpunkt der beruflichen Reintegration einher. Je konsequenter und eher, natürlich im Rahmen der biologischen Heilung von Verletzungen, die Steuerung komplexer Verletzungen in die entsprechenden Therapien erfolgte, desto wahrscheinlicher war die berufliche Reintegration [23]. Die Notwendigkeit, eine Systematisierung im Sinne eines Rehabilitationsmanagements vorzunehmen, war die Schlussfolgerung verschiedener Autoren, die Verfahren der UV-Träger analysierten bzw. sie anhand einzelner Diagnosen beurteilten [15, 17].

Selbstadministrierte Patientenfragebögen (Assessmentinstrumente) zur Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität wurden in der gesetzlichen Unfallversicherung erstmals 2001 eingesetzt – hier allerdings direkt im Prozess mit der Möglichkeit der prozessorientierten Qualitätssicherung [10]. Untersucht wurde in einer prospektiven Studie die Wirksamkeit der BGSW bei Frakturen der Wirbelsäule sowie der unteren Extremität. Neben den erfassten Kosten und Verlaufsdaten der VBG, die als UV-Träger an der Studie beteiligt war, erlaubten die eingesetzten patientenzentrierten Assessmentinstrumente Aussagen zur Wahrnehmung der Lebensqualität der Patienten. Mit Instrumenten zur Messung der allgemeinen Gesundheit (SF-36), der spezifischen Gesundheit (FFbH-R (Funktionsfragebogen Hannover – Version Rücken) und WO-

MAC] und der Lebensqualität (EQ-5D) war erstmals eine umfangreiche Bewertung der Verfahren durch die Patienten möglich. Zu den hier eingesetzten Assessmentinstrumenten und ihrer Wertigkeit sei auf weitere Publikationen verwiesen [13, 14].

Andere Autoren schlussfolgerten bereits 2003 in einer klinischen Arbeit, dass zur umfassenden Outcomebewertung neben spezifischen Scores auch der SF-36 zur Messung der allgemeinen Gesundheit sinnvoll erscheint [22].

Status quo der Heilverfahrenssteuerung

Die bisher dargestellten Bestrebungen und der Wunsch nach abgestimmten Vorgehensweisen aller Unfallversicherungsträger führten zur Erarbeitung der Eckpunkte für ein gemeinsames Rehabilitationsmanagement in der GUV, was in den DGUV-Rundschreiben VB 20/2008 an die Verwaltungen und D 7/2008 an die beteiligten Ärzte vorgestellt wurde [3].

Ziel des Rehabilitationsmanagements ist es, in problematischen Fällen durch Koordination/Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen

- die Gesundheitsschäden, die ein Versicherter durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten hat, zu beseitigen oder zu verbessern,
- eine Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern und
- eine zeitnahe und dauerhafte berufliche Reintegration sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erzielen.

Zur Erreichung dieser Ziele setzen die Unfallversicherungsträger auf:

- persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Rehabilitationsmanager
- zielorientierte Steuerung der Heilverfahren gemeinsam mit allen am Verfahren Beteiligten
- Planung der nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen Wiedereingliederung sowie
- Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

Die Auswahl der Rehabilitationsmanagementfälle orientiert sich in der Regel am

VAV-Katalog. Wesentliche Bestandteile des Rehabilitationsmanagements sind der Rehabilitationsplan (■ Abb. 1) und das Tätigkeits- sowie Fähigkeitsprofil (■ Abb. 2). Zu weiteren Einzelheiten sei auf die Rundschreiben verwiesen [3].

Neben dem dargestellten Rehabilitationsmanagement aller UV-Träger etablierten sich weitere spezifische Verfahren. An dieser Stelle seien lediglich das Handrehabilitationsmanagement [5, 12] sowie die Standards für Heilverfahren und Rehabilitation der VBG [19] genannt.

Zunehmend machen Unfallversicherungsträger von der Netzwerkbildung Gebrauch [7] und konzentrieren sich auf hochqualifizierte Leistungserbringer in allen Sektoren. Dies entspricht auch den Entwicklungen in den medizinischen Fachgesellschaften; an dieser Stelle sei auch das Traumanetzwerk^D der DGU erwähnt [1].

Zur Abschätzung von Prozess- und Ergebnisqualität werden zunehmend patientenzentrierte Assessmentinstrumente zur Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten eingesetzt. Die VBG nutzt diese bereits regelmäßig [13, 14].

Kasuistik

Mit dem folgenden Fallbericht soll das Niveau der Heilverfahrenssteuerung eines Unfallversicherungsträgers, hier am Beispiel der VBG, erläutert werden:

Der 27-jährige Versicherte verunfallte als Zeitarbeitnehmer am 05.04.2005 in der Nähe von Wien (Österreich). Am 07.04.2005 wurde die zuständige Bezirksverwaltung der VBG telefonisch vom Unfall informiert. Aufgrund der Schwere der Verletzung (Atlasberstungsfraktur und Kompressionsfraktur C 6) organisierte der Rehabilitationsmanager sofort die Verlegung per Lufttransport in ein deutsches Zentrum. Zunächst wurde konservativ anbehandelt; die am 3. Tage folgende Operation verlief nicht komplikationslos. Der Patient erlitt eine Ischämie der A. cerebri mit nachfolgender motorischer Halbseitenlähmung. Die akutstationäre Behandlung dauerte bis zum 28.04.2005.

Die persönliche Kontaktaufnahme durch den Rehabilitationsmanager fand

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 2]:199–207 DOI 10.1007/s10039-009-1536-8
© Springer Medizin Verlag 2009

A. Lohsträter · S. Germann · T. Kohlmann

Möglichkeiten der Heilverfahrenssteuerung

Zusammenfassung

Die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) haben den normierten Auftrag, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit ihrer Versicherten wiederherzustellen sowie ihnen die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Zur möglichst weitestgehenden Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit können sich die Träger der GUV verschiedener Möglichkeiten der Steuerung bzw. des Managements ihrer Heilverfahren bedienen. Beginnend mit einer Übersicht über die Entwicklung der GUV in den letzten 125 Jahren stellt der nachfolgende Beitrag diese Möglichkeiten, insbesondere bei schwerer verletzten Menschen, anhand einer Kasuistik dar.

Bestandteil dieses Artikels ist auch ein Überblick über den Stand der Forschung zur Optimierung der Heilverläufe und der Umsetzung von prozessqualitativen Veränderungen. Abschließend werden neue Wege in der GUV zur prozessorientierten Qualitätssicherung unter Einsatz patientenbezogener Assessments dargestellt und erläutert, anhand derer die Ergebnisqualität der Heilverfahren messbar wird.

Schlüsselwörter

Gesetzliche Unfallversicherung · Heilverfahrenssteuerung · Rehabilitationsmanagement · Assessmentinstrumente · Effektgrößen

Possibilities for therapy management

Abstract

The German Statutory Accident Insurance (GUV) assumes responsibility for the recovery of health and functioning of insured persons and for their occupational and social integration. To provide the best possible recovery of health and functioning, the GUV can use different strategies to control and manage medical treatment and rehabilitation. After a brief overview of the historical development of the GUV over the last 125 years, possible options for these strategies, particularly for severely injured patients, are presented. Furthermore, this article gives an overview of research on how to optimise medical

treatment and rehabilitation and how to implement and manage change. Finally, the article outlines and explains new paths within the GUV for process-oriented quality management using patient-related assessments, which will allow measurement of the quality of various therapies.

Keywords

German Statutory Accident Insurance · Therapy management · Rehabilitation management · Use of assessment tools · Effect size

Reha-Plan

Stand:

Ziel dieser Vereinbarung ist die Planung und Koordinierung aller Maßnahmen der medizinisch-beruflichen Wiedereingliederung zur Erreichung eines optimalen Rehabilitationsergebnisses. Bei Änderung der Verhältnisse ist der Reha-Plan fortzuschreiben.

Aktenzeichen:

Name:

Geburtsdatum:

Unfalltag:

Beruf/ Tätigkeit

Diagnose/ n:

Wird der Versicherte seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen können?

☐

Ja

Zeitpunkt:

☐

Ja, mit folgenden Einschränkungen

Zeitpunkt:

☐

Nein

I. Zielvereinbarung (bitte ankreuzen):

- Arbeitsfähigkeit

☐

- Berufliche Neuorientierung

☐

- Fortschreibung der Reha-Planung

☐

Termin:

II. Bisheriger Verlauf, Komplikationen und aktueller Status:

III. Geplante Maßnahmen, um das unter I. genannte Ziel zu erreichen:

Art der Maßnahme:	Beginn:	Ende:
1.	Wochen	
2.	Wochen	
3.	Wochen	
4.	Wochen	
5.	Wochen	
6.	Wochen	

Arzt, Versicherter und Unfallversicherungsträger vereinbaren, dass bei Abweichungen von dem geplanten Rehabilitationsverlauf der Unfallversicherungsträger unverzüglich unter Angabe der Gründe benachrichtigt wird, um eine Fortschreibung des Reha-Planes veranlassen zu können.

,den

Arzt

Versicherter

Unfallversicherungsträger

2. Seite zum Reha-Plan vom

Kontaktpersonen:

	Name	Tel.	Mobil	E-Mail
Versicherte/ r:				
Arzt/Ärztin:				
Arzt/Ärztin:				
Sachbearbeiter/ in UV-Träger Innendienst:				
Sachbearbeiter/ in UV-Träger Außendienst:				
Arbeitgeber:				

Abb. 1 ◀ Rehabilitationsplan

Tätigkeitsprofil

I. Allgemeine Angaben

Gespräch/Telefonat am	geführt von
1. Versicherter/Aktenzeichen/Telefon	
2. Tätigkeitsbezeichnung	
3. Arbeitgeber	
4. Anschrift	
5. Ansprechpartner/Funktion/Telefon	
6. Unternehmensbereiche/Mitarbeiterzahl?	
7. Name und Anschrift des Betriebsarztes:	
8. Abteilung/Bereich, in der/dem der Versicherte beschäftigt ist?	
9. Stellung des Versicherten in diesem Bereich? (z. B. Vorarbeiter, Hilfsarbeiter o. ä.)	
10. Arbeitszeitsystem? (z. B. Schichtarbeit, Tagschicht, Teilzeit)	
11. stationärer Arbeitsplatz oder Montage/Außendienst?	
12. Status des Beschäftigungsverhältnisses? (Probezeit, befristet, unbefristet, ruhend o. ä.)	
13. Weiterbeschäftigung geplant?	
14. Ist perspektivisch eine ABE möglich?	

II. Tätigkeit

Bitte schildern Sie einen typischen Arbeitstag mit Aufgaben und Zeitanteilen.

Tätigkeit	ungefähre Zeitdauer oder ungefährer Zeitanteil

Müssen manchmal auch andere Aufgaben übernommen werden? Was ist das und wie oft kommt es vor?

Wird mit laufenden Maschinen und Geräten gearbeitet? Wenn ja, mit welchen?

Müssen Gewichte gehoben und getragen werden?

Gegenstand?	Wie schwer?	Wie oft?	Wie weit?

Umgebungseinflüsse

	Ja	nein
Hitze / Kälte / starke Temperaturschwank.	☐	☐
Nässe / Schmutz	☐	☐
Arbeiten im Freien	☐	☐
Gase / Dämpfe / Stäube / Flüssigkeiten	☐	☐
Sonstige besondere Hautbelastungen	☐	☐
Lärm	☐	☐
Vibrationen	☐	☐
Zugluft	☐	☐

Abb. 2 ► Tätigkeits- und Fähigkeitsprofil

III. Belastungen

(bezogen auf Arbeitszeit)	bis 10 %	bis 50%	bis 90%	bis >90%
Fortbewegung				
gehen, bis 50 m	☐	☐	☐	☐
gehen, über 50 m	☐	☐	☐	☐
gehen, lange Strecken	☐	☐	☐	☐
gehen auf unebenem Gelände	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
Leitern besteigen, klettern, Hindernisse überwinden	☐	☐	☐	☐
kriechen oder rutschen	☐	☐	☐	☐
Haltung				
sitzen	☐	☐	☐	☐
vorgeneigt sitzen	☐	☐	☐	☐
stehen	☐	☐	☐	☐
vorgeneigt, gebückt stehen	☐	☐	☐	☐
legen	☐	☐	☐	☐
arbeiten über Kopfhöhe	☐	☐	☐	☐
knien oder hocken	☐	☐	☐	☐
Kniebeuge	☐	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐	☐
Arme über Kopfhöhe	☐	☐	☐	☐
sonstige Zwangshaltung:	☐	☐	☐	☐
Körperteilbewegung				
Kopf- und Halsbewegungen	☐	☐	☐	☐
Rumpfrotation	☐	☐	☐	☐
Fuß- und Beinbewegung	☐	☐	☐	☐
Hand- /Armeinsatz				
feinmotorisch	☐	☐	☐	☐
mit Handrotation	☐	☐	☐	☐
grobmanuell	☐	☐	☐	☐
beidhändig	☐	☐	☐	☐
greifen oder fangen	☐	☐	☐	☐
Heben und Tragen/Schieben und Ziehen				
bis Lendenhöhe und bis 10 kg	☐	☐	☐	☐
bis Lendenhöhe und bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
bis Lendenhöhe und über 25 kg	☐	☐	☐	☐
bis Brusthöhe und bis 5 kg	☐	☐	☐	☐
bis Brusthöhe und über 5 kg	☐	☐	☐	☐
über Brusthöhe bis 5 kg	☐	☐	☐	☐
über Brusthöhe, über 5 kg	☐	☐	☐	☐
schieben oder ziehen bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
schieben oder ziehen bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
(mit Hilfsmittel, z.B. Karre: _____)				
Gleichgewicht/Reaktion				
Gleichgewicht	☐	☐	☐	☐
Koordination	☐	☐	☐	☐
Reaktionsvermögen	☐	☐	☐	☐
Sensorik/Sprache				
sehen mit besonderen Anforderungen (z.B. Farbe)	☐	☐	☐	☐
beidäugiges Sehen	☐	☐	☐	☐
hören	☐	☐	☐	☐
tasten	☐	☐	☐	☐
riechen oder schmecken	☐	☐	☐	☐
sprechen	☐	☐	☐	☐

Abb. 2 ◀ Fortsetzung

IV. Anlage Fähigkeitsprofil

(bezogen auf Arbeitszeit)	möglich bis 10 %	zu bis 50%	bis 90%	bis >90%
Fortbewegung				
gehen, bis 50 m	☐	☐	☐	☐
gehen, über 50 m	☐	☐	☐	☐
gehen, lange Strecken	☐	☐	☐	☐
gehen auf unebenem Gelände	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐
Leitern besteigen, klettern, Hindernisse überwinden	☐	☐	☐	☐
kriechen oder rutschen	☐	☐	☐	☐
Haltung				
sitzen	☐	☐	☐	☐
vorgeneigt sitzen	☐	☐	☐	☐
stehen	☐	☐	☐	☐
vorgeneigt, gebückt stehen	☐	☐	☐	☐
legen	☐	☐	☐	☐
arbeiten über Kopfhöhe	☐	☐	☐	☐
knien oder hocken	☐	☐	☐	☐
Kniebeuge	☐	☐	☐	☐
Arme über Brusthöhe	☐	☐	☐	☐
Arme über Kopfhöhe	☐	☐	☐	☐
sonstige Zwangshaltung:	☐	☐	☐	☐
Körperteilbewegung				
Kopf- und Halsbewegungen	☐	☐	☐	☐
Rumpfrotation	☐	☐	☐	☐
Fuß- und Beinbewegung	☐	☐	☐	☐
Hand- /Armeinsatz				
feinmotorisch	☐	☐	☐	☐
mit Handrotation	☐	☐	☐	☐
grobmanuell	☐	☐	☐	☐
beidhändig	☐	☐	☐	☐
greifen oder fangen	☐	☐	☐	☐
Heben und Tragen/Schieben und Ziehen				
bis Lendenhöhe und bis 10 kg	☐	☐	☐	☐
bis Lendenhöhe und bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
bis Lendenhöhe und über 25 kg	☐	☐	☐	☐
bis Brusthöhe und bis 5 kg	☐	☐	☐	☐
bis Brusthöhe und über 5 kg	☐	☐	☐	☐
über Brusthöhe bis 5 kg	☐	☐	☐	☐
über Brusthöhe, über 5 kg	☐	☐	☐	☐
schieben oder ziehen bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
schieben oder ziehen bis 25 kg	☐	☐	☐	☐
(mit Hilfsmittel, z.B. Karre: _____)				
Gleichgewicht/Reaktion				
Gleichgewicht	☐	☐	☐	☐
Koordination	☐	☐	☐	☐
Reaktionsvermögen	☐	☐	☐	☐
Sensorik/Sprache				
sehen mit besonderen Anforderungen (z.B. Farbe)	☐	☐	☐	☐
beidäugiges Sehen	☐	☐	☐	☐
hören	☐	☐	☐	☐
tasten	☐	☐	☐	☐
riechen oder schmecken	☐	☐	☐	☐
sprechen	☐	☐	☐	☐

Abb. 2 ► Fortsetzung

13 Tage nach der stationären Aufnahme statt. Zu diesem frühen Zeitpunkt erfolgten, gemeinsam mit dem behandelnden Arzt und dem Patienten, die prognostische Rehabilitationsplanung, die Aufnahme der beruflichen Anamnese und die Ermittlung möglicher Kontextfaktoren nach ICF. Dieses Vorgehen entsprach bereits 2005 dem späteren und weiter oben beschriebenen Rehabilitationsmanagement der DGUV.

Mit Direktverlegung in eine BGSW-Klinik am 28.04.2005 wurde das Heilverfahren bei einem Netzwerkpartner der VBG weitergeführt. Diese multimodale Komplextherapie mit neurologischen und orthopädisch-traumatologischen Rehabilitationsinhalten einschließlich psychologischer Mitbehandlung dauerte bis 22.06.2005. Während der stationären Rehabilitation fanden 2 Fallkonferenzen zur weiteren Rehabilitationsplanung statt. Die während der akutstationären Behandlung aufgestellte Rehabilitationsprognose wurde weiter fortgeschrieben und die sich anschließende ambulante Behandlung bei einem anderen Netzwerkpartner angebahnt und eingeleitet.

Nahtlos begann am 23.06.2005 die ambulante Behandlung und Betreuung des Patienten bis zum 06.03.2006. Zu diesem Zeitpunkt stand fest, dass der Verunfallte seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit trotz großer rehabilitativer Erfolge und erheblicher Fortschritte nicht mehr wettbewerbsfähig verrichten kann. Durch die enge Betreuung des Rehabilitationsmanagers während der ambulanten Behandlung konnte am 06.03.2006 die Planung zur beruflichen Reintegration aufgenommen werden.

In der Zeit vom 06.03.2006–13.04.2006 fanden Gespräche des Rehabilitationsmanagers mit dem Verunfallten, seinem bisherigen Arbeitgeber sowie Netzwerkpartnern der VBG zur Reintegration statt. Da ein Einsatz beim bisherigen Arbeitgeber nicht möglich war, wurde ein Eignungsfeststellungsverfahren durchgeführt. In der Zeit vom 28.04.–23.05.2006 nutzte der Rehabilitationsmanager die spezifische Beratungskompetenz externer Dienstleister. Dem Wunsch des Verunfallten, Immobilienkaufmann zu werden, konnte Rechnung getragen werden.

Am 29.05.2006 begann für den Verunfallten ein notwendiger Vorbereitungskurs zum Beginn einer innerbetrieblichen Umschulung, dessen Dauer bis zum 18.08.2006 veranschlagt war. Während dieser Zeit nahm der Rehabilitationsmanager Kontakt mit potenziellen Ausbildungsbetrieben auf. Im Vordergrund stand hierbei, den Verunfallten auch nach der Ausbildung im Ausbildungsbetrieb zu integrieren.

Vom 21.08.2006–02.07.2008 dauerte die Ausbildung des Verunfallten zum Kaufmann der Immobilien- und Wohnungswirtschaft bei einem Mitgliedsunternehmen der VBG. Auch in dieser Zeit betreute der Rehabilitationsmanager regelmäßig den Versicherten und das ausbildende Unternehmen. Im Juni 2006 fanden Eingliederungsgespräche zwischen allen Beteiligten statt. Nach Abschluss der mündlichen Prüfung konnte der Verunfallte wieder in das Erwerbsleben integriert werden.

Die nachgehende Betreuung bei Schwerverletzten wird vom Rehabilitationsmanager in regelmäßigen Abständen wahrgenommen.

Diskussion und Resümee

In der abgelaufenen Dekade entwickelten die Unfallversicherungsträger ihre Steuerungsverfahren erheblich weiter und verständigten sich auf ein einheitliches Rehabilitationsmanagement. Den Grundstein der differenzierten Heilverfahrenssteuerung legte die so genannte „Weller-Tabelle“ [11, 21], von welcher mittlerweile die 4. Version in Gebrauch ist. Weitere Entwicklungen unterschiedlicher Verfahren folgten [5, 10, 12]. Den aktuellen Stand der Möglichkeiten der Heilverfahrenssteuerung spiegeln die „Eckpunkte für ein gemeinsames Reha-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung“ [3] wider, die mit den Rundschreiben VB 20/2008 an die Verwaltungen und D 7/2008 an die beteiligten Ärzte dargestellt und erläutert wurden.

Neben einer individuellen, am Patienten, seinen Lebensumständen und seiner Unfallverletzung ausgerichteten Rehabilitationsplanung werden das Arbeitsplatzanforderungsprofil und mögliche

Kontextfaktoren nach der ICF in den Prozess einbezogen.

Zunehmend machen Unfallversicherungsträger von der Netzworkebildung Gebrauch [7] und konzentrieren sich auf hochqualifizierte Leistungserbringer in allen Sektoren.

Zur Charakterisierung von Prozess- und Ergebnisqualität werden zunehmend patientenzentrierte Assessmentinstrumente zur Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Patienten eingesetzt. Eine Prozess begleitende Qualitätssicherung ist mit diesen Assessmentverfahren möglich. Anwender können sowohl Therapieinhalte im laufenden Einzelfall optimieren als auch ganze Verfahren beurteilen.

Neben den Eckpunkten für ein gemeinsames Rehabilitationsmanagement erarbeitet die DGUV Eckpunkte zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung. Der Beschluss der Mitgliederversammlung der DGUV in der Sitzung am 25. und 26.06.2009 legte den Grundstein für weitere konzeptionelle Überlegungen. Von diesen Entwicklungen werden auch die zukünftigen Möglichkeiten der Heilverfahrenssteuerung maßgeblich beeinflusst werden.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Lohsträter
Bezirksverwaltung Erfurt, VBG,
Koenbergstraße 1, 99084 Erfurt
Axel.Lohstraeter@vbg.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2006) DGU-Weißbuch Schwerverletztenversorgung. DGU, Berlin, www.dgu-online.de/pdf/unfallchirurgie/weissbuch/weissbuch.pdf
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2006) Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/Krankengymnastik – Physikalischen Therapie, EAP, BGSW und Sonstigen stationären Maßnahmen. DGUV, Berlin, www.dguv.de
3. DGUV (2008) Eckpunkte für ein gemeinsames Reha-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung. Rundschreiben VB 20/2008 und D 7/2008. DGUV, Berlin, www.dguv.de/landesverbaende/de/rundschreiben/lv3_nordost/archiv_d08/pdf_archiv_d08/lv3_d07_08.pdf
4. Drewes R (1999) Die neuen Regelungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh [Suppl 1] 1:S42–S45

5. Eisenschenk A, Ekkernkamp A, Witzel C et al (2001) Qualitätsmanagement zur optimierten Steuerung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens für Handverletzungen. *Trauma Berufskrankh* 3:65–69
6. Förster B (2001) Zur Rehabilitation Arbeitsunfallverletzter in Sonderstationen. *BG* 2:86–88
7. Froese E, Lohsträter A, Haider E (2006) Netzwerkbildung. *Trauma Berufskrankh* 8:60–64
8. Grunwald E (1984) Zur historischen Entwicklung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens und der Berufsgenossenschaftlichen Klinik Murnau. *Krankenhausumschau* 5:352–359
9. Hierholzer G, Grodzki T (1995) Geschichtliche Entwicklung und Bedeutung der Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken in Deutschland. *BG* 9:490–493
10. Kropf U, Müller WD, Lohsträter A et al (2006) Effizienz und Kosteneffektivität der BGSW nach Verletzungen der Wirbelsäule und der unteren Extremität. *Phys Med Rehab Kuror* 16:160–165
11. Leuftink D (1991) Die Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens aus Sicht der Verwaltung. *BG* 11:665–666
12. Lohsträter A, Schmidt J (2002) Rehabilitationsmanagement bei Hand- und Handgelenksverletzungen aus Sicht des UV-Trägers. *Trauma Berufskrankh* 4:163–167
13. Lohsträter A, Froese E, Haider E et al (2007) Der Einsatz von Assessmentverfahren in der Rehabilitation von Unfallverletzten. *Gesundheitswesen* 69:45–49
14. Lohsträter A, Germann S, Ekkernkamp A et al (2008) Ist der Einsatz von Assessment-Instrumenten in der täglichen Praxis umsetzbar? *Phys Med Rehab Kuror* 18:265–269
15. Podiwin M (2007) Erwartungen an eine BGSW. *Trauma Berufskrankh [Suppl 1]* 9:S83–S86
16. Probst J (2002) Der Durchgangsarzt – bewährtes Modell einer öffentlichen Aufgabe. *BG* 5:251–253
17. Prokop A (2007) Problem Fersenbeinfraktur. *Trauma Berufskrankh* 9:315–318
18. Räder M, Fendler M (2006) Der schwierige Heilverlauf in der Handchirurgie – Möglichkeiten und Grenzen der BGSW. *Trauma Berufskrankh [Suppl 2]* 8:S143–S149
19. VBG (2007) Standards für Heilverfahren und Rehabilitation, 3. Aufl. VBG, Hamburg, ISBN 978-3-00-020656-6
20. Waltermann R (1997) Gesetzliche Unfallversicherung – Grundlagen, Entwicklung und neues SGB VII. *BG* 6:310–318
21. Weller S (1991) Die Überwachung und Steuerung des Heilverfahrens aus ärztlicher Sicht. *BG* 11:663–664
22. Westphal T, Halm HP, Piatek S et al (2003) Lebensqualität nach Kalkaneusfrakturen. *Unfallchirurg* 106:313–318
23. Wolf D (2007) Therapeutischer Stellenwert der BGSW bei Verletzungen des Bewegungsapparats. *Trauma Berufskrankh* 9:143–147