

Rehabilitationsmanagement der DGUV

Praktische Umsetzung aus ärztlicher Sicht

Laut Eckpunktepapier der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) vom 25.02.2008 [1] ist der Begriff Rehabilitationsmanagement nicht fest definiert. Die Interpretation ermöglicht dem Unfallversicherungsträger einen Handlungsspielraum, der sich am Bedarf branchenspezifischer Besonderheiten ausrichten kann. Die Vorgehensweise soll seitens der Unfallversicherungsträger abgestimmt erfolgen und am Bedarf des Versicherten ausgerichtet sein. Organisator ist der einzelne Versicherungsträger. Basis ist das sogenannte berufsgenossenschaftliche Heilverfahren.

In der weiter zurückliegenden Vergangenheit wurden von der Verwaltungsberufsgenossenschaft in Rehabilitationsverfahren nach Unfallverletzungen häufiger Mängel benannt [3]:

- im Hinblick auf die konkrete Verletzung eine inadäquate Diagnostik und Therapie,
- die fehlende Verzahnung der unterschiedlichen Rehabilitationsphasen und
- das Entstehen von Behandlungslücken.

Dies würde bedeuten, dass die Mängel der Rehabilitation in der Vergangenheit rein medizinischer Natur waren. Diese Betrachtungsweise erscheint aus ärztlicher Sicht nicht nur einseitig, sondern unvollständig. Rehabilitation im Rahmen des Rehabilitationsmanagements bedeutet nicht nur medizinische Versorgung, sondern ebenso Betreuung des Verunfallten durch den Versicherer der DGUV mit ge-

zielter Förderung der beruflichen Wiedereingliederung auch unter Einbeziehung des Arbeitgebers/arbeitsmedizinischen Dienstes und des sozialen Umfeldes des Patienten durch zielorientierte Begleitung und Betreuung ab dem Unfall durch einen Rehabilitationsmanager.

Rehabilitationsmanagement kann nicht bedeuten, dass organisatorische Aufgaben seitens des Versicherers an den Durchgangsarzt (D-Arzt) delegiert werden, wie am Auszug aus einem Schreiben einer BG vom 18.02.2009 deutlich wird:

„Sehr geehrter Herr Professor, Ihrem Wunsch entsprechend erhalten Sie vom Berufshelferbericht ein Exemplar zur Kenntnis Die von Ihnen vorgeschlagene Röntgenkontrolle mit der Überlegung zur Metallentfernung sollte entsprechend veranlasst werden. Wir bitten Sie, Herrn ... entsprechend zur Kontrolle einzuladen. Vielen Dank.“

Im Rahmen des Rehabilitationsmanagements kann es nicht Aufgabe des D-Arztes sein, zur Behandlung erforderliche Informationen zu erbitten und dann noch Aufträge des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers als Erfüllungsgehilfe zu erledigen. In diesem Sinne könnte das Rehabilitationsmanagement auch Ärzte entlasten, insbesondere bei Komplexfällen, wenn relevante Leistungsdefizite aus Unfallfolgen verbleiben und die Arbeitsplatzsituation unklar ist.

Natürlich liegen die oben angeführten ärztlichen Behandlungsmängel im Einzelfall vor. Klassisches Beispiel hierfür ist z. B. die viel zu späte Verordnung von Arbeits-

schuhen, die häufig auf ein Unverständnis oder auf eine schlechte Ausbildung von jüngeren Mitarbeitern hindeuten könnte, wie am Fall eines Zwischenberichts vom 20.02.09 deutlich wird:

„Heute wurde Arbeitsbelastungserprobung eingeleitet. Diese soll am 02.03.09 mit 4 Stunden täglicher Arbeit starten Heute erfolgte die Rezeptierung von Arbeitsschuhen mit Einlagen nach Maß und Abdruck und retrokapitale Abstützung links.“

D-Arzt

Information

Mit Rundschreiben D14 des Landesverbands West der DGUV vom 27.05.2008 [2] wurden die D-Ärzte informiert, dass die gesetzlichen Unfallversicherungsträger den D-Arzt und die Unfallverletzten noch stärker in die Rehabilitationsplanung einbeziehen möchten. Das Rehabilitationsmanagement würde dazu dienen, alle notwendigen Maßnahmen bereits während der medizinischen Rehabilitation zu koordinieren und zu vernetzen.

„In Einzelfällen wird sich somit künftig ein Rehabilitationsmanager eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers mit Ihnen in Verbindung setzen, um mit Ihnen und Ihrem Patienten gemeinsam einen Rehabilitationsplan zu erstellen und die künftige Therapie abzustimmen Wir bitten Sie, das Rehamanagement der Unfallversicherungsträger weiterhin aktiv zu unterstützen und bei der Rehaplanung intensiv mitzuwirken ...“ [2].

Die Vielschichtigkeit und die Ansprüche des gesetzlichen Unfallversicherers sollen an einem Beispiel dargestellt werden.

Beispiel der vielschichtigen Ansprüche der Versicherer. Am 10.11.08 schrieb die Berufsgenossenschaft (BG) an den D-Arzt:

„Es stellte sich nun heraus, dass das Planen der weiteren Vorgehensweise sowie das Erstellen eines Rehaplanes sich in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. ... nicht verwirklichen ließ. Nach Rücksprache mit dem Versicherten möchten wir daher die weitere primäre Heilbehandlung durch Sie durchführen lassen. Wir weisen darauf hin, dass im Falle von Herrn ... eine möglichst engmaschige Führung im Heilverfahren notwendig ist, da der Versicherte zum einen ein Alkohol- und Drogenproblem hat sowie zum anderen sich häufig bei verschiedenen Ärzten vorstellt. Wir haben mit dem Versicherten über die Situation bereits persönlich gesprochen und halten einen engen Kontakt zwischen uns, dem Versicherten und Ihnen für sehr sinnvoll.“

Es ergibt sich also die Frage, wann die D-ärztliche Behandlung bei sozialen Problemfällen für den jeweiligen D-Arzt beginnt und endet. Eine derartige Steuerung des Heilverfahrens führt zur Konzentration solch problematischer Patienten in entsprechenden Netzwerkeinrichtungen, in der Vergangenheit insbesondere in den BG-Kliniken und Sonderstationen.

Wird im Rahmen des Rehabilitationsmanagements ein Rehabilitationsplan erstellt, könnte für den Versicherer der Eindruck entstehen, dass durch die Planung das weitere Vorgehen zunächst organisiert ist. Das kann im Einzelfall zutreffen. Insbesondere aber in Kliniken besteht die Gefahr, dass bei wechselnden Behandlern dem jeweiligen Arzt gar nicht bekannt ist, dass für den Patienten ein Rehabilitationsplan besteht und die Behandlung anders als in diesem vereinbart fortgesetzt wird.

Als Ziel des Rehabilitationsmanagements wird im obigen Rundschreiben den D-Ärzten mitgeteilt:

„Damit soll auch in problematischen Fällen eine zeitnahe und möglichst dauerhafte berufliche Wiedereingliederung erreicht werden.“

Es entspricht dem ärztlichen Selbstverständnis der D-Ärzte, mit allen geeigneten Mitteln die Unfallfolgen möglichst zu beseitigen oder zumindest zu vermindern und Schmerzen zu lindern. Für den D-Arzt sind die Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten, nicht die Produktion von Arbeitsfähigkeit, das Ziel seiner ärztlichen Bemühungen. Wenn die DGUV mit dem Rehabilitationsmanagement erfolgreich sein will, sollte sie dem Vertragsarzt nahe bringen, dass er nicht nur ihr besonders qualifizierter D-Arzt als medizinischer Behandler ihrer Versicherten ist, sondern auch ihr Partner, um das Ziel der Rehabilitation – die Wiederaufnahme der zuvor ausgeübten Tätigkeit – zu erreichen. Diesen Anspruch der DGUV hat der Erstautor trotz langjähriger D-ärztlicher und langjähriger beratungsärztlicher Tätigkeit erst im Rahmen seiner Tätigkeit als Rehabilitationsarzt in der arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation (ASR) verstanden. Eine erfolgreiche Rehabilitationsplanung mit dem Ziel einer zeitnahen und möglichst dauerhaften beruflichen Wiedereingliederung als vertragsärztliche Aufgabe des D-Arztes findet sich nicht in der Neufassung des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger ab 01.04.2008. Umso wichtiger ist es, dass nicht nur die Vertragsärzte, sondern über diese auch die mitarbeitenden Ärzte in den unfallchirurgischen Kliniken über diese Zielsetzung informiert und in der Umsetzung angeleitet werden.

Vereinheitlichte Vorgehensweise

Im Rundschreiben D14 vom 27.05.2008 [2] an die D-Ärzte wurde angeführt, dass zum Erreichen einer abgestimmten und möglichst einheitlichen Vorgehensweise aller Versicherungsträger „Eckpunkte für ein gemeinsames Rehabilitationsmanagement“ entwickelt wurden. In diesem Eckpunktepapier [1] wird zur Rehabilitationsplanung angegeben:

„Im persönlichen Gespräch zwischen Rehamanager, Unfallverletztem und Arzt wird ein Rehaplan erstellt, der die Phasen der Rehabilitation sowie alle erforderlichen Maßnahmen mit Zeitangaben so präzise wie möglich beschreibt.“

Bei den Unfallversicherungsträgern gibt es zunächst 2 grundsätzlich unterschiedliche Vorgehensweisen. Einmal erfolgt die Rehabilitationsplanerstellung zusammen mit dem behandelnden D-Arzt, wobei es sich sowohl um den erstbehandelnden D-Arzt in der Regel eines VAV-Krankenhaus (VAV: Verletzungsartenverfahren) handeln kann als auch um den nachbehandelnden D-Arzt. Es kann aber auch sein, dass einzelne gesetzliche Unfallversicherungsträger zur Rehabilitationsplanerstellung den Versicherten bei einem Rehabilitationsmanagementarzt ihrer Wahl und ihres Vertrauens vorstellen, was bei dem behandelnden D-Arzt eher auf wenig Verständnis stoßen dürfte. Dies kann insbesondere auch für den Patienten zu Problemen führen, wenn zwischen Rehabilitationsmanagementarzt und behandelndem D-Arzt kein Konsens bezüglich der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und dem zeitlichen Verlauf besteht. Aber auch für den Rehabilitationsmanagementarzt können diese Tätigkeiten problematisch sein, wenn er auf die Ablehnung des behandelnden D-Arzes stößt, der sonst einer seiner zuweisenden Ärzte ist.

In Einzelfällen kommt es vor, dass die Tätigkeit des Rehabilitationsmanagers quasi auf den D-Arzt, Rehabilitationsmanagementarzt oder Rehabilitationsarzt übertragen wird oder der Rehabilitationsplan ohne einen Arzt z. B. mit einem Physiotherapeuten erstellt wird. Beispielhaft sei aus einem Anschreiben eines gesetzlichen Unfallversicherungsträgers vom 10.11.2008 zitiert:

„Wir bitten Sie daher, uns einen ausführlichen Befundbericht zu erstatten sowie die weiteren notwendigen Rehamassnahmen in Form eines Rehaplans festzulegen.“

Oder aus dem Schreiben eines anderen Versicherers vom 13.01.2009:

„Um dieses Ziel zu erreichen, möchten wir gemeinsam mit Ihnen die medizinische Rehabilitation steuern. Bitte senden Sie den beigefügten Rehaplan ... ausgefüllt und unterschrieben an uns zurück Bitte besprechen Sie den Rehaplan mit Frau ... beim nächsten Vorstellungstermin ...“

Diese Vorgehensweise entspricht sicher nicht den im Eckpunktepapier dargelegten Vorstellungen.

Neuerungen

Im 2008 veröffentlichten Eckpunktepapier der DGUV [1] wurden als Ziel des Rehabilitationsmanagements die Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen angegeben. Wesentliches Element sei u. a. die „zielorientierte Steuerung der Heilverfahren, gemeinsam mit dem Versicherten und Angehörigen, Arzt und Therapeuten, Arbeitgeber und Rehabilitationsmanager.“

Das könnte im Einzelfall für den behandelnden Arzt ein Problem darstellen, wenn er erkennen muss, dass er zwar der behandelnde Arzt ist, aber nur einer von mehreren Beteiligten im Heilverfahren und nicht nur Berater des Patienten, sondern auch der gesetzlichen Unfallversicherung, die letztlich bei der Steuerung „Herr des Verfahrens“ ist.

Weiterhin relevant für die D-ärztliche Tätigkeit ist, dass als weiteres wesentliches Element im Rehabilitationsmanagement die „Planung der nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen Wiedereingliederung“ angegeben wird. Grundsätzlich ist es ärztliche Aufgabe, dem Patienten ein Konzept der Behandlung und des voraussichtlichen zeitlichen Ablaufs darzulegen und mit seiner Zustimmung die Therapie durchzuführen. Die Forderung nach einer Einbeziehung des behandelnden D-Arzt in die Rehabilitationsplanung und die schriftliche Fixierung eines Rehabilitationsplanes mit Unterschrift im Sinne einer Zielvereinbarung sind das eigentliche Neue und Relevante für die D-ärztliche Tätigkeit. Frühzeitig greift der Versicherer über den Rehabilitationsmanager in die Steuerung des Heilverfahrens ein. „Zur Vorbereitung des Rehaplans macht sich der Rehamanager zunächst selbst ein Bild von dem zu erwartenden optimalen Rehavverlauf...“ [1].

Hierfür stehen dem Rehabilitationsmanager umfangreiche Hilfsmittel zur Verfügung [1]:

- EDV-gestützte (EDV: elektronische Datenverarbeitung) Heilverfahrensüberwachung
- Leitfadenbehandlungsvorschläge spezialisierter Ärzte

Trauma Berufskrankh 2010 · 12 [Suppl 1]:59–66 DOI 10.1007/s10039-009-1581-3
© Springer-Verlag 2010

T. Tiling · T. Tjardes · B. Bouillon

Rehabilitationsmanagement der DGUV. Praktische Umsetzung aus ärztlicher Sicht

Zusammenfassung

Ziele des Rehabilitationsmanagements aus Sicht der Gesetzlichen Unfallversicherung sind: Steigerung der medizinischen Qualität, Verkürzung der Arbeitsunfähigkeitszeit, Überwindung von Schnittstellenproblemen und Verminderung der Rentenzahlungen. Dies soll mittels Steuerung der Rehabilitation durch einen Rehabilitationsmanager anhand eines Rehabilitationsplans erreicht werden. Der Durchgangsarzt (D-Arzt) kann sich sicher mit den Zielen einer Qualitätsverbesserung und Beseitigung von Schnittstellenproblemen identifizieren, könnte sich aber in seiner medizinischen Freiheit durch die Kontrollen des Rehabilitationsmanagers, die Einschaltung eines Rehabilitationsmanagementarztes oder Qualitätssicherungsmaßnahmen des Versicherers eingeschränkt füh-

len. Eine Vereinheitlichung des Rehabilitationsmanagementverfahrens für alle gesetzlichen Versicherungsträger sowie Information des behandelnden D-Arzt über für ihn relevante berufliche Aspekte – z. B. das Arbeitsprofil und den Arbeitsvertragsstatus – wären wünschenswert. Ein positiver Aspekt des Rehabilitationsmanagements besteht für den D-Arzt in der Minimierung des Berichtswesens, der Handhabung der Schnittstellenproblematik durch den Rehabilitationsmanager sowie einem besseren Behandlungsergebnis für den Patienten.

Schlüsselwörter

Rehabilitation · Rehabilitationsmanagement · Rehabilitationsplan · Durchgangsarzt · Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Rehabilitation management of the German statutory accident insurance. Practical implementation from a medical perspective

Abstract

The aims of rehabilitation management as offered by the German statutory accident insurance is to increase medical quality, reduce periods of worker disability, overcome interface problems and diminish pension payments. The aims are to be achieved by placing occupational rehabilitation under the guidance of a rehabilitation manager. Certainly the authorized medical examiner can identify with the aims of improving quality and diminishing interface problems, but may feel restricted in his medical freedom by the rehabilitation management physician or by quality assurance measures of the insurance institutions. Standardization of the rehabilitation management procedure for all insurance in-

stitutions, as well as information for the authorized medical examiner on all relevant aspects of patients' occupations, e.g. work profile and employment contract status, would be desirable. For the authorized medical examiner, a positive aspect of rehabilitation management lies in the minimization of reporting, the resolution of intersection problems by the rehabilitation manager, as well as better treatment outcome for patients.

Keywords

Rehabilitation · Rehabilitation management · Rehabilitation plan · Authorized medical examiner · German statutory accident insurance

Tab. 1 Beispiel eines Therapiestandards zur Rehabilitationsplanung^a

Maßnahme/Meilenstein	Beginn des Zeitkorridors	Ende des Zeitkorridors	Bemerkungen zu den einzelnen Maßnahmen
Stationäre Behandlung	Ab dem Unfalltag	Bis zum Ablauf der 6. Woche	
Übungsstabilität	Sofort nach der Operation		
Belastungsstabilität	Ab Beginn der 7. Woche		
Physiotherapie/KG	Sofort	Bis zum Ablauf der 26. Woche	3–5/Woche
EAP – Beginn	Ab Beginn der 7. Woche	Bis zum Ablauf der 9. Woche	Soweit nicht BGSW
BGSW	Ab Beginn der 7. Woche	Bis zum Ablauf der 12. Woche	Optional oder ergänzend
ABE – Beginn	Ab Beginn der 13. Woche	Bis zum Ablauf der 20. Woche	
Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit	Ab Beginn der 16. Woche	Bis Ablauf der 24. Woche	
Hilfsmittel	Korsettversorgung für die Dauer von maximal 12 Wochen möglich, Unterarmgehstützen		
Sonstige Bemerkungen	Schmerztherapie		
Mögliche Komplikationen	Neurologische Defizite, Instabilität, Gibbus		

ABE Arbeitsbelastungserprobung, *BGSW* Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung, *EAP* Erweiterte Ambulante Physiotherapie, *KG* Krankengymnastik
^aStandard der Metall BG Nord/Süd und der Maschinenbau- und Metall BG, Verletzung: instabile Wirbelkörperfraktur im Bereich der LWS (Lendenwirbelsäule), BWS (Brustwirbelsäule) und des thorakolumbalen Übergangs, operative Behandlung
 Achtung: bei Lähmungserscheinungen immer Rehabilitationsmanagementfall

- BG-Broschüren, Heilverfahrensstandard
- Broschüre des Landesverbandes zur Steuerung des Heilverfahrens
- Interne Hinweise
- Einholung einer beratungserztlichen Stellungnahme

Damit wird der D-Arzt durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit verschiedenen Verfahren kontrolliert. Er muss sich mit den Vorstellungen des Rehabilitationsmanagers über die medizinische Rehabilitation auseinandersetzen, wenn dieser ihn z. B. mit den Rehabilitationsplanungstabellen des jeweiligen Unfallversicherungsträgers konfrontiert (■ **Tab. 1**). Der D-Arzt könnte sich dadurch in seiner Behandlungsfreiheit eingeschränkt fühlen.

Zum Erreichen der Ziele wird als weiteres wesentliches Element im Eckpunktepapier [1] die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation angegeben. Dies bedeutet, dass der jeweilige gesetzliche Unfallversicherungsträger nicht nur die Möglichkeit nutzen will, diagnostisch und therapeutisch ins Heilverfahren ein-

zugreifen sowie eine Qualitätskontrolle zur Auswahl von Leistungserbringern einzuführen, sondern auch die erhaltenen Daten zur systematischen Qualitätsverbesserung zu nutzen. Für die Ärzteschaft ist es selbstverständlich ein ständiges Bestreben, die Qualität der ärztlichen Leistung zu verbessern. Die Qualitätssicherung durch den Versicherer entspricht aber nicht den Vorstellungen der ärztlichen Selbstverantwortung mit Durchführung der Qualitätssicherung durch ihre eigenen Organe, wie Ärztekammer oder kassenärztliche Vereinigung. Die Einbeziehung der D-Ärzeschaft in die Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation kann daher nur die Forderung aus ärztlicher Sicht sein.

Der Kontakt des D-Arzt mit dem Versicherungsträger erfolgte bisher überwiegend schriftlich. Telefonische Kontakte waren eher die Ausnahme, und persönlicher Kontakt mit dem Berufshelfer wurde selten aufgenommen. Zukünftig jedoch ist bei problematischen Fällen ein persönlicher Besuch des Rehabilitationsmanagers in der Sprechstunde des D-Arzt vorgesehen. Dies erfor-

dert zunächst die Organisation der Terminvereinbarung, aber auch die Einplanung eines Zeitfensters zwischen 15 und 45 min Länge je nach Rehabilitationsmanagementfall. Am einfachsten und wenig zeitaufwändig ist der jeweilige Rehabilitationsmanagementfall, wenn der Patient dem D-Arzt oder D-Arzt-Vertreter persönlich bekannt ist und alle medizinischen Unterlagen, insbesondere bildgebenden Verfahren und spezielle Untersuchungsbefunde, vorliegen. Dies dürfte am ehesten in der Praxis des niedergelassenen D-Arzt gewährleistet sein und sich im VAV-Krankenhaus am stör anfälligsten erweisen. Wird ein Rehabilitationsmanagementarzt, der den Patienten nicht selbst behandelt, von der Verwaltung eingeschaltet, muss der Rehabilitationsmanager vor der Rehabilitationsplanerstellung alle wesentlichen medizinischen Befunde und bildgebenden Untersuchungen beschaffen.

Rehabilitationsplanung

Vermittlung und Verbreitung von Informationen

Folgende neue, ihm bisher noch nicht vorliegende oder bekannte Angaben kann der D-Arzt vom Rehabilitationsmanager erhalten:

- Informationen über die Ausbildung des Patienten,
- die Arbeitsplatzbeschreibung,
- Informationen zur Art des Beschäftigungsverhältnisses, insbesondere ob der Arbeitsplatz des Patienten gesichert ist, ein Zeitarbeitsvertrag besteht oder dem Patienten gekündigt worden ist,
- Informationen über die Möglichkeit zur Durchführung einer ABE-Maßnahme (ABE: Arbeitsbelastungserprobung) im Betrieb,
- Informationen über evtl. Probleme am Arbeitsplatz und
- Informationen darüber, ob ggf. ein Schonarbeitsplatz eingerichtet werden könnte.

Von Bedeutung ist auch, dass der Patient durch den Rehabilitationsmanager über die zu erwartenden Leistungen infor-

miert ist. Dies ist für den Arzt aus zweierlei Gründen von Bedeutung:

1. Eine Aufklärung und Beratung über Leistungen und Ansprüche würden den Zeitrahmen der Rehabilitationsplanung sprengen und sind auch nicht Aufgabe des Arztes.
2. Eine sinnvolle medizinische Beratung eines Patienten, insbesondere bei medizinischen Problemen im Rahmen der Wiedereingliederung, bezüglich einer Entscheidung des Patienten für die eine oder andere Therapie bzw. für oder gegen eine Operation ist nur möglich, wenn dem Patienten bekannt ist, welche Leistungen er neben den medizinischen Leistungen auch im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben vom gesetzlichen Unfallversicherungsträger zu erwarten hat – sei es eine Arbeitsplatzumgestaltung, Eingliederungshilfe, Umschulung, Integrationsmaßnahme bis hin zur 78-Wochen-Regelung oder eine Arbeitsunfallrente. All diese Informationen sind spätestens dann von Bedeutung, wenn Verzögerungen im Heilverfahren und Hindernisse bei der Wiedereingliederung auftreten und der Rehabilitationsplan nicht eingehalten werden kann.

Erstellung des Rehabilitationsplans

Indikation

Aus ärztlicher Sicht ergibt sich die Frage, wann und für welchen Zeitraum es Sinn macht, einen Rehabilitationsplan aufzustellen. Er ist sicherlich nicht erforderlich für geringgradigere Unfallverletzungen, die erfahrungsgemäß ohne bleibende Behinderung verheilen. Für alle gravierenden Unfallfolgen, wie sie z. B. in der Liste für das VAV-Verfahren aufgeführt sind, macht es immer Sinn, einen Rehabilitationsplan aufzustellen. Er sollte aber nur für den Zeitraum geplant und festgeschrieben werden, der auch seriös zu prognostizieren ist. Ist eine ausreichend sichere Durchplanung bis zum Eintritt der Arbeitsfähigkeit nicht möglich, sollte der Rehabilitationsplan nur bis zum prognostizierbaren Zeitpunkt, zu welchem der Termin zu seiner Fortschreibung vereinbart wird, erstellt werden.

Tab. 2 Faktoren ohne Vorhersagewerte für den Eintritt der Arbeitsfähigkeit^a

Faktor	Vorhersagewert		Arbeitsfähig	Nicht arbeitsfähig
	Keine Aussage			
Geschlecht	Keine Aussage	Männlich	219	
		Weiblich	13	
Alter	Nein	≤40 Jahre	66%	
		>40 Jahre	66%	
Verletzungsregion	Nein	Obere Extremität	68%	
		Untere Extremität	68%	
		Andere	60%	
Mono-/Mehrfachverletzung	Nein	Monoverletzung	66%	
		Mehrfachverletzung	65%	
Schmerz bei Eingangsuntersuchung	Nein	In Ruhe (VAS)	12	15
		Unter Belastung (VAS)	50	51
Mobilitätstest (Assessmentverfahren) bei Eingangsuntersuchung	Nein		1,16	1,20
Maximalkraft bei Eingangsuntersuchung	Nein		0,94	1,16
Kraftausdauer bei Eingangsuntersuchung	Nein		1,05	1,07

VAS visuelle Analogskala
^aErgebnisse der Auswertung von 232 Patienten mit arbeitsplatzspezifischer Rehabilitation

Prognose

Gesicherte Faktoren, die einen Einfluss auf die Wiederaufnahme der Arbeit haben, sind der Sozialstatus, Risikofaktoren wie Diabetes, Alkohol, Rauchen usw., die Anzahl der Operationen und eingetretene Komplikationen.

Im Rahmen einer prospektiven Studie an 232 Patienten mit ASR wurde die Frage untersucht, welche weiteren Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten [5]. Keine Korrelation ergab sich für das Alter des Patienten und die Verletzungsregion. Insbesondere aber hatten auch die Angabe des Ruhe- und Belastungsschmerzes, das Ergebnis des Assessmentverfahrens und die Daten der Kraftwerte bei der Eingangsuntersuchung keinen Vorhersagewert für den Eintritt der Arbeitsfähigkeit (■ **Tab. 2**). Ein positiver Einfluss auf ein mögliches Wiedereintreten der Arbeitsfähigkeit lag vor, wenn die Arbeit leichter war oder der Arbeitsplatz noch bestand und der Patient eine BGSW- und/oder eine ABE-Maßnahme erhalten hatte. Des Weiteren war es prognostisch günstig, wenn der Patient im Rahmen der Rehabilitation sowohl in Ruhe als auch unter Belastung eine Schmerzreduktion angegeben hatte und sich sowohl in den Assessmentverfahren als auch bei den Kraftmes-

sungen bezüglich der Leistung verbessern konnte. Ein nach Einschätzung der Therapeuten vorliegendes Motivationsproblem hatte einen negativen Einfluss auf den Eintritt der Arbeitsfähigkeit (■ **Tab. 3**).

Dies bedeutet, dass im Rahmen der Behandlung besonders darauf geachtet wird, den Patienten zu motivieren und insbesondere in der Frühphase ihm gegenüber keine Aussagen zu machen wie:

„Die frühere Tätigkeit können sie nach dem Fersenbruch nicht mehr ausüben“.

Eine solche Aussage ist hinsichtlich einer Chance auf berufliche Wiedereingliederung absolut kontraproduktiv. Des Weiteren sollte darauf geachtet werden, dass der Patient eine adäquate Schmerztherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zur Vermeidung einer Chronifizierung der Schmerzen erhält. Andererseits muss im Einzelfall dem Patienten auch nahegebracht werden, dass ein Verbleiben von Schmerzen und Funktionsbehinderungen nicht unbedingt bedeutet, dass die frühere Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, sondern dass hier ggf. Kompensationsmechanismen erlernt werden können und müssen.

Der Patient muss rechtzeitig mit den erforderlichen orthopädischen Hilfsmit-

Tab. 3 Faktoren mit Vorhersagewert für den Eintritt der Arbeitsfähigkeit^a

Faktor	Vorhersagewert			
			Arbeitsfähig	Nicht arbeitsfähig
Arbeitsplatzbelastung	Ja	Leicht	90%	
		Mittel	77%	
		Schwer	60%	
Gekündigt nach Unfall	Ja	Gekündigt	53%	
		Nicht gekündigt	73%	
BGSW durchgeführt	Ja	Mit BGSW	65%	
		Ohne BGSW	55%	
ABE abgebrochen	Ja	Mit ABE	65%	
		Ohne ABE	55%	
BGSW und ABE abgebrochen	Ja	Mit BGSW/ABE	69%	
		Ohne BGSW/ABE	55%	
Arbeitsunfähigkeitsdauer	Ja		321 Tage	421 Tage
ASR-Einheiten (Anzahl)	Ja		26	20
Schmerzdifferenz zwischen Beginn und Ende der ASR	Ja	In Ruhe (VAS)	-6	4
		Unter Belastung (VAS)	-24	-5
Scorewertdifferenz zwischen Beginn und Ende der ASR	Ja		0,48	0,42
Maximalkraftdifferenz zwischen Beginn und Ende der ASR	Ja		0,85	0,59
Kraftausdauerdifferenz zwischen Beginn und Ende der ASR	Ja		0,83	0,57
Motivationsprobleme nach Einschätzung der Therapeuten	Ja		15%	31%

ABE Arbeitsbelastungserprobung, ASR arbeitsplatzspezifische Rehabilitation, BGSW Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung, VAS visuelle Analogskala

^aErgebnisse der Auswertung von 232 Patienten mit arbeitsplatzspezifischer Rehabilitation

teln versorgt werden. Für ihn ist es motivierend, wenn er in der Rehabilitation gefordert wird, wieder zunehmend mehr Leistungen zu erbringen bis hin zur Produkterzeugung, was er im Rahmen einer BGSW-Maßnahme mit AOR (arbeitsplatzorientierte Rehabilitation) oder im Rahmen einer ASR-Maßnahme trainieren kann, bevor eine ABE-Maßnahme erfolgt. Psychische Probleme des Patienten müssen rechtzeitig erkannt werden, um frühzeitig eine probatorische Psychotherapie verordnen zu können. Dies setzt voraus, dass beizeiten erkannt wird, wenn z. B. nach einer Absturzverletzung Probleme im Besteigen von Leitern, Gerüsten oder Dächern bestehen. Wurde dies im Rahmen der Rehabilitation nicht untersucht, verwundert es nicht, wenn der Rehabilitationsplan letztendlich scheitert, weil erst während der ABE-Maßnahme oder beim Versuch der Arbeitswiederaufnahme erkannt wird, dass eine Angststörung vorliegt.

Erstellung

Der Rehabilitationsplan soll im persönlichen Gespräch zwischen Rehabilitationsmanager, Unfallverletztem und Arzt erstellt werden, wobei die Phasen der Rehabilitation sowie alle erforderlichen Maßnahmen mit Zeitangaben so präzise wie möglich beschrieben werden sollen [1]. Damit erhält der D-Arzt über die Selbstdarstellung des Patienten hinaus Informationen bezüglich dessen sozioökonomischer Situation, die prognostisch sowie für seine medizinische Beratung, Behandlung und Prognoseabgabe von Bedeutung sein können. Umgekehrt können Ärzte und besonders Therapeuten wichtige Informationen vom Patienten für die Rehabilitation über die unfallmedizinischen Gesichtspunkte hinaus erhalten, was wiederum dem Rehabilitationsmanager bei der Steuerung der Rehabilitation helfen kann, wenn z. B. der Patient im Rahmen der medizinischen Behandlung angibt, dass ihm zwischenzeitlich gekündigt wurde oder Angaben dazu macht,

dass er gerne berentet werden würde, oder ob er selber Vorstellungen für seine berufliche Reintegration entwickelt.

Nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Rehabilitationsmanager kann es nützlich sein, wenn er im Rahmen der Rehabilitationsplanung erfährt, welche medizinischen Probleme der Patient schildert und ärztlicherseits angegeben werden und durch welche medizinischen Befunde dies begründet ist. Damit ergibt sich die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, dass die ärztliche Befragung und Untersuchung des Patienten in Gegenwart des Rehabilitationsmanagers stattfinden. Dafür könnte sprechen, dass Arzt und Patient dem Rehabilitationsmanager besser die individuellen Probleme darlegen können. Gleichzeitig erfolgt eine Kontrolle des medizinischen Ergebnisses durch den Rehabilitationsmanager, und indirekt erfährt dieser eine medizinische Schulung, die er sicher für seine qualifizierte Rehabilitationsmanagertätigkeit benötigt.

Gegen die Anwesenheit des Rehabilitationsmanagers bei der ärztlichen Befragung und Untersuchung des Patienten spricht eindeutig die mögliche Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, wenn der behandelnde D-Arzt oder der Arzt in der Rehabilitationseinrichtung gleichzeitig behandelnder Arzt ist. Der Patient muss ausdrücklich der Anwesenheit des Rehabilitationsmanagers bei der ärztlichen Befragung und Untersuchung zustimmen.

Wird der Rehabilitationsplan mit dem behandelnden D-Arzt oder dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung erstellt, sind das Beschwerdebild und der medizinische Stand dem Arzt in der Regel bekannt, so dass eine Befragung und Untersuchung in Gegenwart des Rehabilitationsmanagers nicht unbedingt erforderlich sind. Da jedoch die Erstellung des Rehabilitationsplans in der Regel auch durch den behandelnden Arzt im Rahmen einer gleichzeitigen Kontrolluntersuchung erfolgt, stellt sich auch für ihn die Frage nach der Auswirkung der Rehabilitationsplanerstellung auf das Arzt-Patienten-Verhältnis. Wichtig ist, dass der Arzt dem Anliegen des Patienten nach Selbst- und Mitbestimmung, wie im Eckpunkt Papier gefordert, im hohen Maße Rechnung trägt. Damit hängt der Erfolg der Rehabilitationsplanung

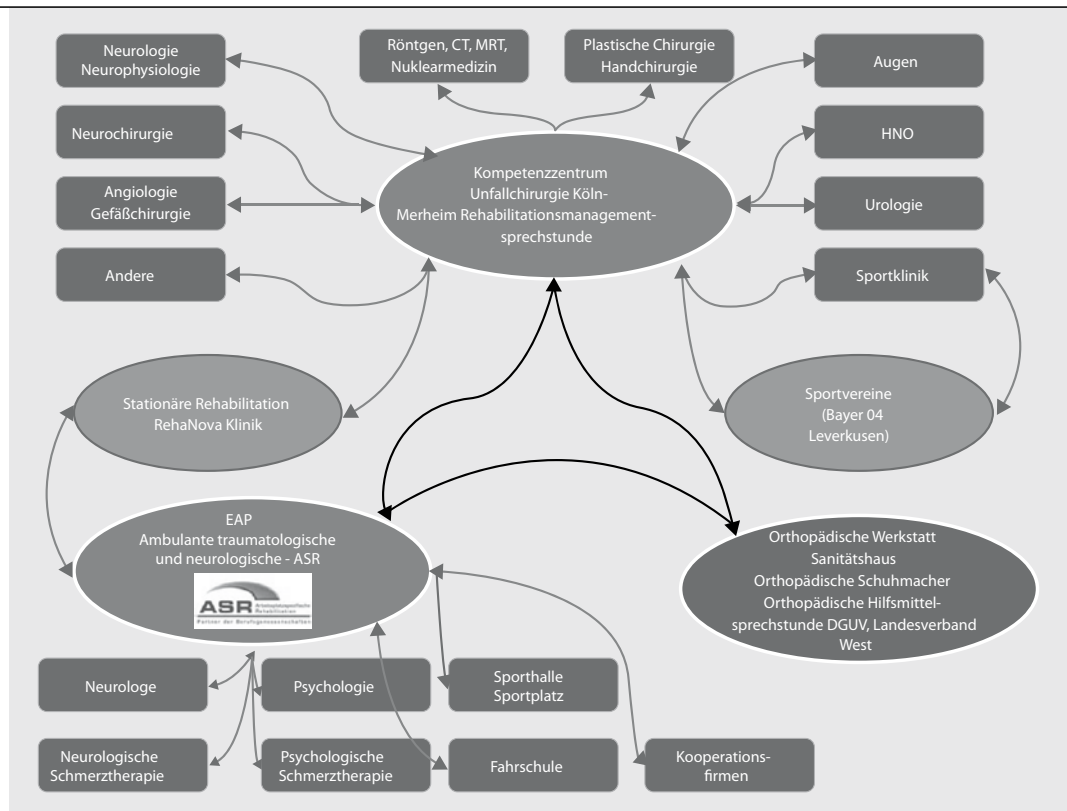


Abb. 1 ▶ Beispiel eines regionalen Netzwerks in Köln für das Rehabilitationsmanagement der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung), CT Computertomographie, MRT Magnetresonanztomographie, HNO Hals-Nasen-Ohren, EAP Erweiterte Ambulante Physiotherapie, ASR arbeitsplatzspezifische Rehabilitation

entscheidend davon ab, inwieweit es gelingt, den geplanten Behandlungsprozess in den Dienst des Patienten zu stellen und bei der Rehabilitationsplanung immer wieder darauf zu reflektieren, dass es Aufgabe des Rehabilitationsmanagers und des Arztes ist, Mentor des verletzten Patienten zu sein.

Rehabilitationsmanagement

Zielsetzungen und Forderungen

Im Eckpunktepapier wird angegeben, dass die persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch den Rehabilitationsmanager Ziel des Rehabilitationsmanagements sei. Gleichzeitig soll durch die Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern und Kompetenzzentren für eine hohe Qualität der Behandlung Sorge getragen werden, wobei die nahtlose Behandlung und zeitnahe Wiedereingliederung zu Kosteneinsparungen führen [1]. Seitens der Verwaltungsberufsgenossenschaft wurden diese Forderungen dahingehend präzisiert, das Ziel des Rehabilitationsmanagements sei eine schnelle, umfassende Koordination und Organisation bedarfsgerechter Leis-

tungen sowohl medizinisch als auch beruflich als auch sozial. Dafür sei der Aufbau von regionalen Netzwerken erforderlich. Die Netzwerkbildung bedeute eine Vernetzung mit besonders leistungsfähigen Rehabilitationseinrichtungen und die Konzentration geeigneter Rehabilitationsfälle in diesen Netzwerkeinrichtungen [3].

Die Realisierung einer solchen Netzwerkbildung sei an einem Beispiel aus Köln dargelegt, wo eine Vernetzung einer Schwerpunkt-klinik der Berufsgenossenschaft mit einer Arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation und orthopädischen Werkstatt erfolgte. Jeder Partner ist wiederum mit weiter erforderlichen Leistungsanbietern vernetzt, um möglichst alle diagnostischen und therapeutischen medizinischen Leistungen erbringen zu können bis hin zu speziellen schmerztherapeutischen und psychotraumatologischen Behandlungen, aber auch Möglichkeiten der arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation mit allen erdenklichen Arbeitssimulationen und Testungen bis hin zur Fahrschule und Erstellung von Leistungsbildern (■ **Abb. 1**).

Gebühr

Eine erste Rehabilitationsmanagementplanung dauert bis zu 45 min. Ist der Patient nicht bekannt und werden die Unterlagen vorher schon zur Durchsicht zugesandt, beläuft sich der Zeitaufwand auf etwa 1 h inklusive der Beurteilung von Röntgen-, CT- (Computertomographie) und MRT-Bildern (MRT: Magnetresonanztomographie) (in der Regel auf CD).

Eine UV-GOÄ-Nummer (UV: Unfallversicherung, GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte) existiert zurzeit für die Erstellung des Rehabilitationsplans noch nicht. Laut Eckpunktepapier wird empfohlen, dass der Arzt pauschaliert für die Abgeltung seines Aufwands bei der gesamten Rehabilitationsplanung einen Betrag von zurzeit 100,70 EUR erhält [1]. Diese Regelung ist interpretationsbedürftig. Nach Einschätzung der Autoren ist die klinische Untersuchung des Patienten (UV-GOÄ-Nummern 1–7) nicht mit der Rehabilitationsplanerstellungsg Gebühr abgegolten, ebenso nicht das Beratungsgespräch mit dem Patienten und dem Rehabilitationsmanager nach UV-GOÄ Nr. 19, ebenfalls nicht ein ggf. gesondert zu erstellender Bericht nach UV-GOÄ Nr. 119

mit Schreibgebühren (UV-GOÄ Nr. 190) sowie Porto oder elektronische Übermittlung (UV-GOÄ Nr. 192) und Kopieren und Verschicken des Rehabilitationsplans und des Berichts an alle beteiligten Behandler (UV-GOÄ Nr. 191). Des Weiteren ist damit auch die Beurteilung von Fremdbildern (UV-GOÄ Nr. 5255–5257) nicht abgegolten. Ebenfalls nicht in diesem Betrag enthalten sind Entgelte für Behandlungsleistungen oder bildgebende Untersuchungen wie Röntgen, Sonographie, CT und MRT im Rahmen der Rehabilitationsplanerstellung.

Unklar ist die Situation, wenn zu einem späteren Zeitpunkt durch denselben Arzt der Rehabilitationsplan fortgeschrieben wird. Handelt es sich dabei um einen neuen Rehabilitationsplan, der erneut mit 100,70 EUR zu begleichen ist, oder ist er Bestandteil des gesamten Rehabilitationsplans? Nach Meinung der Autoren handelt es sich bei einer Fortschreibung um einen neuen Rehabilitationsplan, sodass dieser erneut zu vergüten wäre.

Eine Rehabilitationsplanung ist nur aufgrund eines Auftrages des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers abrechnungsfähig und kann nicht ohne einen solchen Auftrag mit dem Versicherten abgeschlossen werden [1].

Die Erstellung eines Rehabilitationsplans ist, insbesondere wenn es sich um einen nicht bekannten Patienten handelt, sehr zeitaufwändig und je nach Einschätzung, was mit der Gebühr von 100,70 EUR abgegolten ist, möglicherweise nicht Kosten deckend.

Fazit

„Der DGUV geht es darum, in enger Zusammenarbeit mit den ärztlichen Partnern und sonstigen Leistungserbringern eine qualitäts- und kostenoptimierte Steuerung des Rehabilitationsprozesses zu gewährleisten. Dazu bedarf es eines ausgefeilten, hochwertig qualifizierten Rehabilitationsmanagements. Unsere Ziele sind dabei in erster Linie: Wir wollen die Effizienz der medizinischen Leistungen steigern und Zeiten der Arbeitsunfähigkeit verkürzen, wir wollen Komplikationen im Heilprozess vorbeugen und Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis sowie behandelndem Arzt, Betriebs- oder Werksarzt und Arbeitgeber überwinden und wir wollen

bisherige Arbeitsplätze möglichst erhalten oder andere geeignete Beschäftigungen ermöglichen und damit Rentenzahlungen vermeiden.“ [4]

Mit diesem Anspruch des gesetzlichen Unfallversicherungsträgers werden Ansprüche an die medizinischen Behandler aus Sicht der Versicherung gestellt, die nicht unbedingt dem traditionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft entsprechen. Insbesondere muss der behandelnde Arzt realisieren, dass er nicht Steuerer der medizinischen Behandlung ist, sondern „nur“ der behandelnde D-Arzt und die Steuerungsfunktion allein der gesetzlichen Unfallversicherung obliegt und sie auch den Anspruch der Qualitätssicherung bezogen auf die medizinische Versorgung erhebt. Andererseits darf man jedoch nicht verkennen, dass der Rehabilitationsplan aufgrund der medizinischen Beratung zusammen mit dem Patienten und dem Rehabilitationsmanager erarbeitet wird.

Wird der Rehabilitationsplan durch einen Rehabilitationsmanagementarzt eines Unfallversicherungsträgers erstellt, erfordert dies eine hohe Kompetenz und auch Fingerspitzengefühl, da mit dieser Rehabilitationsplanerstellung gleichzeitig auch eine Kontrolle des Heilverfahrens verbunden ist. Verständlicherweise stößt dies nicht unbedingt auf Zustimmung des behandelnden D-Arztes, der sich dadurch bevormundet fühlen kann. Hier sind ein kollegialer Umgang miteinander und Verständnis von beiden ärztlichen Seiten erforderlich.

Wird der Rehabilitationsplan zusammen mit dem behandelnden D-Arzt erstellt, bedeutet das für diesen zunächst vordergründig, nicht nur zu wissen, was der Rehabilitationsmanager im Rahmen einer solchen Rehabilitationsplanerstellung, aber auch im Rahmen des gesamten Rehabilitationsmanagements von ihm wünscht, sondern zunächst die Überlegung, wie er eine solche zeitaufwändige Beratung in seinem Praxismanagement integriert. Der Kommunikation und Effizienz des Rehabilitationsmanagements ist es sicherlich nicht dienlich, wenn insbesondere in der Klinik der Rehabilitationsmanager und der Patient längere Wartezeiten trotz Terminvereinbarung erdulden müssen, andererseits aber auch z. B. ein vereinbarter Termin und damit freigehaltenes Zeitfenster vom Patienten nicht wahrgenommen wird.

Der frühzeitige persönliche Kontakt mit dem Rehabilitationsmanager bis hin zur Erstellung eines Rehabilitationsplans ist dann für den D-Arzt ein positiver Effekt, wenn es dadurch zu einem Bürokratieabbau kommt. Da im Rahmen des Rehabilitationsplans vereinbart wird, dass der D-Arzt erst wieder berichten muss, wenn es zu Abweichungen vom Rehabilitationsplan kommt, bedeutet dies eine Verminderung der Berichterstattung und dass man nicht ständig computerisierte Serienbriefe erhält, ebenso auch keine Anforderungen von Unterlagen. Nicht zuletzt bekommt der behandelnde D-Arzt aber auch manche hilfreiche Information aus dem sozialen und Arbeitsumfeld des Patienten, die für die medizinische Beratung des Patienten nützlich sein kann. Insbesondere kann der D-Arzt vom Rehabilitationsmanager auch durch die Übernahme von „Sozialarbeitertätigkeiten“ entlastet werden.

Aus ärztlicher Sicht ist es natürlich wünschenswert, wenn Schnittstellen zwischen Klinik, Praxis, Rehabilitationsinstitut, Orthopädiemechanikern bis hin zum Betriebsarzt verbessert werden und daraus nicht zuletzt vielleicht ein besseres Ergebnis – medizinisch und beruflich – für unsere Patienten resultiert.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Tiling

Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Lehrstuhl für Unfallchirurgie/Orthopädie der Universität Witten/Herdecke, Krankenhaus Merheim, Kliniken der Stadt Köln, Ostmerheimerstraße 200, 51109 Köln
thomas@tiling.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor weist auf folgende Beziehung/en hin: Der Erstautor ist Rehabilitationsmanagementarzt der Bau BG und Beratender Arzt der Maschinenbau- und Metall BG und der DGUV-West und erhält für seine Tätigkeit ein Honorar.

Literatur

1. DGUV (2008) Eckpunktepapier der DGUV vom 25.02.2008. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Berlin
2. DGUV, Landesverband West (2008) Rundschreiben D 14, DGUV – West vom 27.05.2008. DGUV, Landesverband West, Düsseldorf
3. Froese E (Hrsg) (2009) Rehamanagement. Gentner, Stuttgart
4. Kranich H (2007) Erfolgskriterien in der Rehabilitation. Vortrag, Tagung, Hennef 20./21.03.2007
5. Tiling T, Tjardes T, Nguyen B (2006) Ergebnisse der Arbeitsplatzspezifischen Rehabilitation (ASR) – eine prospektive Studie. Jahrestagung der DGU, Berlin