Komplikationsdiagnose Dekubitus

Die Zahl der Arbeitsunfälle wies im ersten Halbjahr 2009 einen ausgeprägten Rückgang auf. Nach Angaben der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) [2] sank die Zahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im ersten Halbjahr 2009 auf 427.602. Dies entspricht einem Rückgang um etwa 11,7% gegenüber dem vergleichbaren Vorjahreszeitraum. Dieser statistische Befund allein ist jedoch kein Indikator für die durch Unfälle verursachten Kosten. Erfahrungsgemäß verursachen etwa 20% der Unfälle etwa 80% der Aufwendungen für das Heilverfahren [1]. Deshalb ist es wichtig, Kostentreiber in diesem Bereich zu identifizieren und ungegerechtfertigten Mehraufwand durch geeignete Steuerungsmaßnahmen zu vermeiden. Überlegungen hierzu werden nachfolgend am Beispiel der Komplikationsdiagnose Dekubitus dargestellt.

Dekubitus als mittelbare Unfallfolge

Die Komplikationsdiagnose Dekubitus kommt bei Unfallverletzten bei typischen Fallgruppen in Betracht. Hierzu zählen insbesondere

- Querschnittsgelähmte,
- Personen mit eingeschränkter Mobilität, insbesondere nach Schädel-Hirn-Trauma, sowie
- Personen, deren Mobilität durch die Verletzungsfolgen über längere Zeit eingeschränkt ist.

Prämorbid Risikofaktoren wie Diabetes oder Nikotinabusus begünstigen die Entstehung von den Dekubitalgeschwüren. Muss die Komplikationsdiagnose Dekubitus gestellt werden, ist dies nicht nur für

die Betroffenen sehr belastend, auch die medizinische Rehabilitation ist aufwändig und teuer, und der Verlauf ist in der Regel langwierig.

Gesundheitsökonomische Bedeutung

Mängel in der Pflege, insbesondere bei geriatrischen Patienten, sind vielfach Gegenstand öffentlicher Diskussionen [5, 9].

Kosten, die durch Dekubitus entstehen und damit das Gesundheitssystem belasten, werden in der Literatur unterschiedlich geschätzt [7]. Berücksichtigt man die Verlängerung der Verweildauer in Krankenhäusern, werden Summen zwischen 750 Mio. EUR und bis zu 2 Mrd. EUR angenommen, für die Behandlung von Patienten mit Dekubitus Grad III und IV werden Kosten von 1–2 Mrd. EUR geschätzt. (Die hier angegebenen EUR-Beträge wurden aus den bei Lehmann et al. [7] angegebenen DM-Werten errechnet).

Die tatsächlichen Kosten dürften noch höher liegen, denn allein die Sachkosten für die Grundversorgung bei Dekubitalulzera belaufen sich auf geschätzte 1,7 Mrd. EUR jährlich [6].

Kasuistik

Die im Folgenden angeführten 2 Fallbeispiele aus der Verwaltungspraxis der BG Verkehr sollen verdeutlichen, welche Kosten in konkreten Einzelfällen durch Dekubitus verursacht werden.

Fallberichte

Fall 1. Der 1966 geborene Müllsortierer stürzte am 02.07.2008 aus 5 m Höhe vom

Sortierband auf den Betonboden und erlitt eine Atlasbogenfraktur, Wirbelbogenfrakturen HWK2–5 (HWK: Halswirbelkörper) und eine HWK-5-Kompressionsfraktur, woraus eine Tetraplegie mit Blasen-/Mastdarmlähmung resultierte.

Der Patient wurde vorübergehend in einem Pflegeheim mit geriatrischem Schwerpunkt gepflegt und befindet sich seit 14.07.2009 wegen Dekubitus Grad II/III in stationärer Behandlung.

Fall 2. Der 1961 geborene LKW-Fahrer (LKW: Lastkraftwagen) wurde am 21.06.2001 zwischen Hauswand und rollendem Tankzuganhänger eingeklemmt und erlitt eine Luxationsfraktur HWK4/5 mit kompletter Tetraplegie.

Die Pflege erfolgte auf eigenen Wunsch durch die Ehefrau/selbst gewählte Pflegekräfte in der behinderungsgerechten Wohnung. Im Verlauf traten rezidivierende Dekubitus mit stationärer Heilbehandlung von 2003–2007 auf.

Kosten

Querschnittslähmungen zählen zu den Fällen, die regelmäßig hohe Kosten für Heilbehandlungen verursachen.

Fall 1. Die Kosten für Heilbehandlung und Verletztengeld (vom Unfalltag bis September 2009) betrugen ungefähr 435.000 EUR. Allein die Dekubitusbehandlung von Juli bis September 2009 verursachte Kosten in Höhe von 71.861,20 EUR.

Fall 2. Die Kosten für Heilbehandlung (vom Unfalltag im September 2009) beliefen sich auf etwa 1.275.000 EUR. Allein

für Dekubitusbehandlungen ergaben sich Kosten in Höhe von 280.000 EUR.

Schnittstellen zu Versicherungsrecht

Rechtliche Anknüpfungspunkte mit Bezug zur Komplikationsdiagnose Dekubitus ergeben sich aus den Vorschriften

- über die Durchführung der Heilbehandlung nach Arbeitsunfall (§ 34 SGB VII, SGB: Sozialgesetzbuch),
- zur Pflege (§ 44 SGB VII) sowie
- zum persönlichen Budget (§ 17 SGB IX).

Heilbehandlung

Nach § 34 SGB VII treffen die Unfallversicherungsträger alle Maßnahmen für eine optimale Heilbehandlung und beteiligen dabei besonders qualifizierte Leistungserbringer. Außerdem steuern die Unfallversicherungsträger das Heilverfahren aktiv, um auch die gesetzlich vorgeschriebene (§ 26 Abs. 2 SGB VII) Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln zu gewährleisten. In ausgewählten Fällen erfolgt die Steuerung durch Rehabilitationsberater (synonym verwendete Begriffe: Berufshelfer oder Case-Manager) der Unfallversicherungsträger.

Pflege

In Fall 1 war die pflegerische Betreuung in einer geriatrisch orientierten Einrichtung zunächst eine Übergangslösung bis zu einer Entscheidung des Versicherten über eine mögliche Rückkehr in seine ausländische Heimat. Trotz durchaus adäquater Pflege wurde ein Dekubitus diagnostiziert. Durch Intervention des Rehabilitationsberaters wurde eine unverzügliche Verlegung in ein geeignetes Zentrum zur optimalen Behandlung dieser Komplikationsdiagnose veranlasst.

Nach § 44 SGB VII haben Versicherte, die wegen der Unfallfolgen so hilflos sind, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Hilfe bedürfen, Anspruch auf Pflegegeld (bis zu einem monatlichen Betrag von derzeit 1228,00 EUR). Stattdessen können als Sachleistung eine Pflegekraft gestellt oder Heimpflege gewährt werden. Die Art

der Leistung steht im Ermessen des Leistungsträgers. Dabei sind die Bedürfnisse des Versicherten zu berücksichtigen. Unter diesem Gesichtspunkt berät der Rehabilitationsmanager bei der Wahl der optimalen Pflege und nutzt dabei auch externe Kompetenz, insbesondere die von den Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken (BG-Unfallklinik) angebotene Pflegefachberatung.

Mit dem Konzept des Landesverbandes Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung zum Komplikationsmanagement bei Dekubitus [4] erhalten die Rehabilitationsberater ein geeignetes Instrument, um potenzielle Problemfälle zu identifizieren und Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation optimal zu organisieren.

Persönliches Budget

Nach § 17 SGB IX können Teilhabeleistungen – hierzu zählen auch Leistungen der medizinischen Rehabilitation, also auch Pflege – durch ein persönliches Budget ausgeführt werden. Zweck dieser Vorschrift ist es, ein Budget, das regelmäßig als Geldleistung ausgezahlt wird, für den individuell festgestellten Bedarf zu erbringen, um dem Leistungsberechtigten ein möglich selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung zu ermöglichen.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung wurden im ersten Halbjahr 2009 insgesamt 505 persönliche Budgets bewilligt. Die Zahl der laufenden Budgetfälle betrug 405 im ersten Halbjahr 2009 [3]. Die geringe Zahl der Budgets ist zwanglos damit zu erklären, dass für den Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung wegen des umfassenden Leistungskataloges des SGB VII ein geringerer Budgetierungsbedarf besteht als in anderen Zweigen der Sozialversicherung. Die steigende Zahl der Fälle belegt gleichwohl, dass dieses Instrument in geeigneten Fällen auch in der Unfallversicherung genutzt wird.

Im Fall 2 wurde Pflege durch monatliche Geldleistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets gewährt. Der Versicherte hatte sich – trotz der schweren Unfallfolgen und des damit verbundenen hohen Pflegebedarfs – entschieden, die Pflege durch die Ehefrau und selbst gewählte ambulante Pflegekräfte zu organisie-

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]: 250–253
DOI 10.1007/s10039-010-1603-1
© Springer-Verlag 2010

K. Feddern

Komplikationsdiagnose Dekubitus

Zusammenfassung

Die Komplikationsdiagnose Dekubitus verursacht hohe gesundheitsökonomische Kosten, die durch das Rehabilitationsmanagement der Gesetzlichen Unfallversicherung minimiert werden können. Dieses Ziel wird insbesondere durch eine Steuerung der Pflege erreicht.

Schlüsselwörter

Dekubitus · Unfallversicherung · Gesundheitsökonomische Kosten · Rehabilitationsmanagement · Pflege

Decubitus as a complication

Abstract

Pressure ulcers as a complication generate high health care costs. Rehabilitation management under the German statutory accident insurance can minimize these costs, in particular by organizing efficient nursing care.

Keywords

Pressure ulcer · Accident insurance · Health care costs · Rehabilitation management · Nursing care

Abb. 1 ◀ Rolle des Rehabilitationsberaters (Reha-Berater) in der Steuerung des Heilverfahrens, D-Arzt Durchgangsarzt

Abb. 2 ▲ Steuerung der Pflege nach initialer stationärer Heilbehandlung im Kompetenzzentrum, UV Unfallversicherung

Abb. 3 ◀ Steuerung der Pflege bei „Altfällen“, BGU Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, D-Arzt Durchgangsarzt

ren. Nicht zuletzt wegen endogener Faktoren (Nikotinabusus) kam es in diesem Fall wiederholt zu Dekubitalgeschwüren. Deshalb schaltete der Rehabilitationsmanager die Pflegefachberatung ein. Der Vertrag über das Budget wurde um eine Zielvereinbarung ergänzt, die sicherstellt dass – durch regelmäßige Pflegefachberatung und regelmäßige fachärztliche Supervision – das Ziel des Budgets, also eine adäquate, qualitativ hochwertige Pflege, sichergestellt ist. Seit der Zielvereinbarung konnten im konkreten Fall weitere Komplikationen durch Dekubitus vermieden werden.

Fallsteuerung

■ **Abb. 1** verdeutlicht, wie der Rehabilitationsberater bei der Steuerung des Heilverfahrens mit allen beteiligten Akteuren kommuniziert, um den im Mittelpunkt stehenden Versicherten optimal zu betreuen.

Eine Arbeitsgruppe des Landesverbandes Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelte ein Verfahren, das die Rehabilitationsberater bei der Betreuung Versicherter, die potenziell dekubitusgefährdet sind, unterstützt:

Bei Querschnittsgelähmten, die nach dem Unfall in einem spezialisierten Zentrum, insbesondere in einer BG-Unfallklinik versorgt werden, wird die notwendige Pflege bereits vor der Entlassung aus der stationären Heilbehandlung organisiert. Der Rehabilitationsberater besucht den Patienten 1–2 Wochen nach der Entlassung zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung. Dabei wird er von einem Pflegefachberater unterstützt, der einen Bericht mit Hinweisen an den Unfallversicherungsträger erstellt. Dieser Bericht bildet die Basis für die weitere Fallsteuerung durch den Unfallversicherungsträger (■ **Abb. 2**).

Verletzte, die initial an anderer Stelle versorgt wurden, oder Altfälle, die einer Dekubitusrisikogruppe zuzurechnen sind, werden routinemäßig nach einem Ermittlungsbogen [4] bewertet (■ **Abb. 3**). Ergibt dieser ein hohes Risiko, wird der Pflegebedarf durch die Pflegefachberatung ermittelt. Ergibt das Screening ein mäßiges Risiko, erfolgt eine Vorstellung beim Durchgangsarzt, der seine Funktion als Lotse im Heilverfahren wahrnimmt und über notwendige Maßnahmen entscheidet. Bei einem geringen Risiko bleibt es bei der nachgehenden Betreuung durch

den Rehabilitationsmanager, die selbstverständlich auch ohne Dekubitusrisiko zu den Aufgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung gehört.

Fazit

Die eingangs vorstellen Daten und die Beispiele aus der Verwaltungspraxis belegen, welche bemerkenswerten gesundheitsökonomischen Kosten durch die Komplikationsdiagnose Dekubitus verursacht werden. Diese kann durch optimale medizinische Rehabilitation und kompetente pflegerische Betreuung erfolgreich verhindert werden. Deshalb sind die entsprechenden Kosten vermeidbar.

Das Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung bietet gute Instrumente, um die Komplikationsdiagnose Dekubitus zu unterbinden. Aktuelle Überlegungen zur Neuausrichtung der Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung [8] werden ebenfalls dazu beitragen, Kostentreiber im Heilverfahren zu verhindern.

Rehabilitationsberater der Unfallversicherungsträger haben eigene besondere Kompetenz in der Betreuung Schwer-

verletzter. Sie vernetzen aktiv die Anstrengungen aller Akteure, die dazu beitragen können, Dekubitus zu verhindern. Darüber hinaus nutzen die Unfallversicherungsträger die Expertise von Pflegefachkräften, insbesondere durch die Pflegefachberatung der BG-Unfallkliniken. Das aktuell durch die Arbeitsgruppe „Dekubitusprophylaxe“ des Landesverbandes Südwest der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung entwickelte Konzept

- nutzt die Strukturqualität (Kompetenzen der Unfallversicherungsträger und der BG-Unfallkliniken),
- definiert ein Verfahren zur Optimierung der Prozessqualität und
- zielt auf verbesserte Ergebnisqualität (Verhinderung der Komplikationsdiagnose Dekubitus und Einsparung vermeidbarer Kosten).

Korrespondenzadresse

K. Feddern

Berufsgenossenschaft für Transport
und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr),
Wiesbadener Straße 70, 65197 Wiesbaden
Klaus.Feddern@bg-verkehr.de

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

Literatur

1. BG Verkehr (2003) Analysen des Referats Controlling der BG Verkehr. Berufsgenossenschaft für Transport und Verkehrswirtschaft (BG Verkehr), Hamburg
2. DGUV (2009) Unfall- und Berufskrankheitszahlen im 1. Halbjahr in der UV der gewerblichen Wirtschaft und der öffentlichen Hand (Allgemeine UV). Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin, www.dguv.de/inhalt/zahlen/vorl_erstesHJ/unfallzahlen_vorl/index.jsp
3. DGUV (2009) DGUV-Rundschreiben Reha 039/2009 vom 05.10.2009. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin,
4. Dietmann D (2010) Komplikationsmanagement bei Infektionen und Dekubitus. Trauma Berufskrankh
5. Hibbeler B (2009) Pflege-TÜV in der Kritik. Dtsch Arztebl 106:A1180
6. Horch RE, Nord D, Augustin M et al (2008) Ökonomische Aspekte in der chirurgischen Wundbehandlung. Chirurg 79:518–525
7. Leffmann C, Anders J, Heinemann A et al (2002) Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung Bund 12:11
8. Ritter F (2010) Neuausrichtung des Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh
9. Wagener W (2002) Beispielhafter Dekubitus. Dtsch Arztebl 99:A2090