DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Das Reha-Management

der

Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

- Handlungsleitfaden –

vom 13.09.2010,
in der Fassung vom 17.07.2014

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Mitwirkende der Arbeitsgruppe „Reha-Management“ der DGUV

Ralf Arnold (UK Bund), Michael Behrens (BG RCI), Ulrike Brink (DGUV), Alfred Deschner (UK Thüringen), Dr. Andreas Dietrich (Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH Bad Münder), K. Engels (UK Rheinland-Pfalz), Thomas Fritsch (Fleischerei-BG), Oliver Fröhlich (Eisenbahn-UK), Steffen Glaubitz (UK Berlin), Ralf Göltenbodt (UK Baden-Württemberg), Brigitte Görike (Feuerwehr-UK Brandenburg), Doris Habekost (DGUV; Leitung der Arbeitsgruppe seit 12/2009), Dominik Heydweiller (VBG), Thomas Ideker (DGUV Landesverband Nordwest), Lars Kaiser (BGW), Jörg Klein (UK Hessen), Gabriele Koczy-Rensing (BG Metall Nord-Süd), Carsten Koops (GUV Braunschweig), Margarete Krause (VBG), Steffen Krohn (DGUV), Michael Krüger (UK Sachsen-Anhalt), Martin Kunze (UK Nord), Angelika Küsgen (UK NRW), Bernd Lossin (BG ETEM), Christian Ludwig (VBG), Arne Luecking (UK Post und Telekom), Dr. Friedrich Mehrhoff (DGUV), Markus Oberscheven (DGUV), Gerhard Polzer (UK Sachsen), Herbert Purr (BG Verkehr), Cathleen Positzki (Feuerwehr-UK Brandenburg), Gabriele Kreutzer (DGUV Landesverband Nordost), Andreas Schuhmann (GUV Hannover und LUK Niedersachsen), Jürgen Schulin (BGN), Dr. Stefan Simmel (BGU Murnau), Prof. Christian Rexrodt (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg), Prof. Edwin Toepler (Hochschule Bonn-Rhein-Sieg), Dunja Voss (BG Metall Nord-Süd) Jürgen Wagner (BG BAU), Harald Wendling (BGHW), Martina Wesselbaum (UK Nordrhein-Westfalen), Karl Wirth (UK Baden-Württemberg), Prof. Dr. Weber-Falkensammer (DGUV; Leitung der Arbeitsgruppe bis 11/2009)

Vorwort

Der Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ richtet sich an alle Führungskräfte und Mitarbeiter/-innen, die im Reha-Management tätig sind.

Die Erfahrungen der einzelnen Unfallversicherungsträger (UV-Träger) im Reha-Management wurden erstmals in den Eckpunkten für ein gemeinsames Reha-Management in der Fassung vom 25.02.2008 zusammengefasst.

Durch diesen Handlungsleitfaden wird eine weitere Konkretisierung und Verständigung auf gemeinsame Rahmenbedingungen vorgenommen. Ziel ist es, ein einheitliches Bild der Gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber Versicherten, Unternehmern und anderen beteiligten Rehabilitationspartnern zu fördern und den UV-Trägern gleichzeitig zu ermöglichen, branchen- und aufgabenbezogene Besonderheiten zu erhalten.

Das Reha-Management ist ein dynamischer Prozess, der ständig weiterentwickelt werden muss, um den Erfordernissen aus der Praxis gerecht zu werden. Die Reha-Manager/-innen sind nunmehr gefordert, die im Nachfolgenden beschriebenen Prozesse und Strukturen eines Reha-Managements mit Leben zu füllen.

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Gliederung

1 Definition und Ziele des Reha-Managements 5
2 Fallauswahl 5
2.1 Grundsätze der Fallauswahl 5
2.2 Fallauswahl nach Indikator Arbeitsunfähigkeitsprognose 6
2.3 Fallauswahl nach weiteren Indikatoren 6
2.3.1 Medizinische Risikofaktoren 6
2.3.2 Psychologische Risikofaktoren 6
2.3.3 Soziale Risikofaktoren 6
2.3.4 Berufliche Risikofaktoren 7
3 Durchführung des Reha-Managements 7
3.1 Vorbereitende Maßnahmen 7
3.2 Reha-Plan 8
3.3 Koordinierung des Reha-Prozesses 8
3.4 Teamgespräche 9
3.5 Soll-Ist-Abgleich zwischen Tätigkeits- und Fähigkeitsprofil 9
3.6 Anpassung des Reha-Plans 9
3.7 Mitwirkung beteiligter Ärzte und Ärztinnen 10
3.8 Mitwirkung weiterer Spezialisten 11
4 Nutzung von Kompetenzzentren, Kooperationspartnern und Netzwerken 11
5 Einsatz von Assessments 12
5.1 Assessments zur Ermittlung der tätigkeitsbezogenen Leistungsfähigkeit 12
5.2 Assessments zur Berufsfindung und Arbeitserprobung 13
6 Ende des Reha-Managements und Nachhaltigkeit 13
7 Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen 14
7.1 Besonderheiten 14
7.2 Grundsätze der Fallauswahl 14
7.3 Reha-Plan und Koordinierung des Reha-Prozesses 16
8 Qualitätssicherung und Evaluation des Reha-Managements 17
8.1 Fallbezogene Evaluation 17
8.2 Strukturqualität 18
8.3 Prozessqualität 18
8.4 Ergebnisqualität 19
8.5 Ausblick 20

1 Definition und Ziele des Reha-Managements

Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordinierung und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft auf der Grundlage eines individuellen Reha-Plans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

Das Reha Management orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).

Ziel des Reha-Managements ist es, bei schwierigen Fallkonstellationen durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden, die Versicherte durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

Um diese Ziele zu erreichen setzen die UV-Träger insbesondere auf:

- persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Reha-Manager/-innen
- zielorientierte Steuerung und Koordination der Heilverfahren gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen, Ärzten/Ärztinnen und Therapeuten/Therapeutinnen, Arbeitgeber/-innen und Reha-Manager/-innen
- Planung einer nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen oder schulischen Wiedereingliederung
- Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe

2 Fallauswahl

2.1 Grundsätze der Fallauswahl

Schwierige Fallkonstellationen können oft aus der Art der Verletzung und der Tätigkeit abgeleitet werden. Diese Fälle lassen sich anhand der Arbeitsunfähigkeitsprognose als formales Eingangskriterium für das Reha-Management identifizieren. In anderen Fällen werden weitere Kriterien bedeutend sein, ohne dass diese pauschal-typisierend beschrieben werden können. Entscheidend ist, dass im Bedarfsfall Unfallverletzte ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt im Reha-Management betreut werden. Die nachfolgend genannten Kriterien der Fallauswahl sind deshalb auf allen Ebenen der Fallbearbeitung zu beachten.

2.2 Fallauswahl nach Indikator Arbeitsunfähigkeitsprognose

Liegt die Arbeitsunfähigkeitsprognose zu einer Diagnose infolge eines Arbeitsunfalls bei 112 Tagen (16 Wochen) oder darüber, ist dies ein Indikator dafür, dass die berufliche und soziale Integration gefährdet sein kann. Bei allen derartigen Diagnosen ist die Klassifikation als Fall des Reha-Managements zu prüfen. Die Arbeitsunfähigkeitsprognose sollte mit Hilfe von EDV-gestützten Steuerungselementen erfolgen.

2.3 Fallauswahl nach weiteren Indikatoren

Unabhängig von der Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann sich in jeder Phase der Rehabilitation oder bei einer Wiedererkrankung das Erfordernis für ein Reha-Management ergeben. Dies gilt für die gesamte Zeit der Rehabilitation, also auch vor und nach der 112-Tage-Grenze.

Hinweise hierfür geben z.B. folgende Kriterien, die besondere Schwierigkeiten bei der beruflichen oder sozialen Integration erwarten lassen:

2.3.1 Medizinische Risikofaktoren

- SAV-Verletzungen
- Komplikationen im Heilverlauf (z.B. CRPS, Nekrosen)
- mehrere kleinere Verletzungen, die in der Summe zu Komplikationen führen
- verletzungsrelevante Vorerkrankungen (z.B. vorangegangene Fraktur am selben Ort)
- problematischer gesundheitlicher Allgemeinzustand

2.3.2 Psychologische Risikofaktoren

- Probleme in der Traumaverarbeitung
- allgemeine psychische Auffälligkeiten
- Konflikte im Reha-Verlauf (z.B. fehlende Compliance, sekundärer Krankheitsgewinn, häufige Arztwechsel)

2.3.3 Soziale Risikofaktoren

- Soziale Probleme (z.B. fehlende familiäre Unterstützung, Einkommensverlust)

2.3.4 Berufliche Risikofaktoren

- Probleme im beruflichen Umfeld (z.B. gefährdetes Beschäftigungsverhältnis, fehlende Rückkehrmotivation, ungünstige wirtschaftliche Situation)
- problematische berufliche Reintegrationsperspektive (z.B. wenn durch eine bleibende Behinderung das voraussichtliche Leistungsbild nicht den Anforderungen am vorhandenen Arbeitsplatz entspricht)

3 Durchführung des Reha-Managements

3.1 Vorbereitende Maßnahmen

Im Vorfeld der eigentlichen Reha-Planung haben sich Reha-Manager/-innen ein Bild zu folgenden Fragestellungen zu verschaffen und ggf. im Teamgespräch einer Klärung zuzuführen:

- Ist die Diagnose gesichert?
- Stimmt die bisher prognostizierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit?
- Wie sehen Art, Häufigkeit und Dauer der Therapie bei dieser Verletzung aus?
- Ist die Verlegung in eine andere Einrichtung erforderlich?
- Welche Bedarfe an Hilfsmitteln, Reha-, Teilhabe- und Pflegeleistungen könnten bestehen?
- Wie sieht das Tätigkeitsprofil aus? Wie ist der berufliche Status?
- Besteht die Möglichkeit zur Aufnahme der bisherigen Tätigkeit?
- Ist eine Belastungserprobung und/oder Arbeitstherapie erforderlich und möglich?
- Welche personenbezogenen und umweltbezogenen Kontextfaktoren könnten hemmend oder fördernd für die Rehabilitation sein?

Zur Planung des Reha-Verlaufs nutzen die Reha-Manager/-innen z.B.:

- persönliche und telefonische Erstkontakte mit den Versicherten
- EDV-gestützte Heilverfahrenssteuerung
- interne Arbeitshinweise zur Steuerung von Heilverfahren (z.B. „Leitfaden Handverletzungen“ der BGM, „Standards für Heilverfahren und Rehabilitation“ der VBG)
- Besprechung mit dem beratenden Arzt / der beratenden Ärztin

3.2 Reha-Plan

Der Reha-Plan ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. Er wird in einem Teamgespräch zwischen der/dem Versicherten, Arzt/Ärztin und Reha-Manager/-in, sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten aufgestellt. Soweit besondere Umstände des Einzelfalles dem nicht entgegenstehen, ist der Reha-Plan innerhalb eines Monats nach dem Unfall zu erstellen. Ergibt sich das Erfordernis eines Reha-Managements erst zu einem späteren Zeitpunkt ist der Reha-Plan unverzüglich zu erstellen.

Die Reha-Planung erfolgt auf Grundlage der Gemeinsamen Empfehlung „Teilhabeplan“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF. Neben der Betrachtung der Gesundheitsstörung und der daraus folgenden medizinischen Behandlungsnotwendigkeit wird erhoben, wie sich die Gesundheitsstörung auf die Aktivitäten und die Teilhabe der unfallverletzten Person unter Berücksichtigung aller Kontextfaktoren auswirkt. Bei länger dauernden Heilverläufen sind frühzeitig Maßnahmen zur Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit einzuplanen. Die systematische Fortschreibung des Reha-Plans ermöglicht es, frühzeitig Teilhabestörungen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu veranlassen.

3.3 Koordinierung des Reha-Prozesses

Der Reha-Manager/die Reha-Managerin informiert alle am Reha-Prozess Beteiligten rechtzeitig über den Reha-Plan und beauftragt gleichzeitig die Leistungserbringer.

Der Reha-Prozess wird fortlaufend überprüft, koordiniert, und - sofern erforderlich - gelenkt. Dies erfolgt insbesondere durch aktives Nachfragen der Reha-Manager/-innen bei den Versicherten und Leistungserbringern, z.B. zu Fortschritten im Heilverlauf bzw. bei Problemen oder Konflikten, die eine Intervention erfordern.

Eine wesentliche Aufgabe der Reha-Manager/-innen besteht deshalb darin, den Austausch zwischen den am Reha-Prozess Beteiligten sicherzustellen und Termine so frühzeitig zu setzen, dass noch steuernd eingegriffen werden kann, wenn die Gefahr besteht, dass sich geplante Maßnahmen verzögern. Die Kommunikation soll hierbei weitestgehend telefonisch erfolgen, um Zeitverluste zu vermeiden. Da die Reha-Manager/-innen die regionalen und überregionalen Angebote (z.B. BGSW, EAP, KSR) und Spezialisten kennen, können sie eine passgenaue und nahtlose Weiterbehandlung organisieren.

3.4 Teamgespräche

Der Reha-Prozess wird durch bedarfsabhängige Teamgespräche zwischen Versicherter/m, Arzt/ Ärztin und Reha-Manager/-in begleitet. Diese finden anlassbezogen statt, wenn einzelne Maßnahmeziele oder das Reha-/ Teilhabeziel insgesamt gefährdet erscheinen, z.B. durch wesentlich geänderte Verhältnisse oder auftretende Konflikte. Bei Bedarf sind Arbeitgebervertreter/-innen in die Gespräche einzubeziehen, wenn die/der Versicherte damit einverstanden ist. Die Reha-Manager/-innen sind für die Durchführung der Teamgespräche verantwortlich.

3.5 Soll-Ist-Abgleich zwischen Tätigkeits- und Fähigkeitsprofil

Für die Reha-Planung ist das Tätigkeitsprofil von wesentlicher Bedeutung. Durch den Abgleich des Tätigkeitsprofils mit dem aktuellen Stand der Heilbehandlung bzw. den erzielten Behandlungsfortschritten (aktuelles Fähigkeitsprofil) können die Reha-Manager/-innen frühzeitig:

- eine tätigkeitsbezogene Rehabilitation planen
- die Reintegrationsperspektiven erkennen
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben planen

3.6 Anpassung des Reha-Plans

Eine Anpassung der Reha-Planung kann u. a. durch Verzögerungen, geänderte Verhältnisse oder neue Erkenntnisse erforderlich werden. Für diese Anpassung und die Abstimmung mit den Beteiligten sind die Reha-Manager/-innen verantwortlich.

Aus den Erfahrungen der Praxis können sich Anpassungserfordernisse z.B. aus folgenden Gründen oder Situationen ergeben:

- medizinische Komplikationen im Heilverlauf
- bisher nicht bekannte unfallunabhängige Erkrankung(en) (z.B. Suchtmittelabhängigkeit)
- Rückkehr an den alten Arbeitsplatz entgegen erster Planung nicht möglich
- Kündigung während der medizinischen Rehabilitation
- Umstrukturierung des Arbeitsplatzes während der Arbeitsunfähigkeit
- Veränderungen in der Lebensplanung
- familiäre oder finanzielle Probleme

Eine Anpassung des Reha-Plans muss auch dann erfolgen, wenn die Unfallfolgen die Integration in das soziale Umfeld erschweren und daher Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erforderlich werden.

3.7 Mitwirkung beteiligter Ärzte und Ärztinnen

Arzt/Ärztin für die Planung im Reha-Management

Geeignete Partner für die Planung der Rehabilitation und Teilhabe sind der/die behandelnde Arzt/Ärztin, der/die beratende Arzt/ Ärztin oder ein Arzt/eine Ärztin eines entsprechenden Netzwerkpartners/Kompetenzzentrums. Seine/ihre Aufgaben sind insbesondere:

- Unterstützung bei der Identifikation von Reha-Management-Fällen aufgrund der Diagnose und Auswertung des Tätigkeitsprofils
- Sichtung der bereits vorliegenden Unterlagen, bei Bedarf Untersuchung der Versicherten
- Erstellung des konkreten Behandlungsablaufs
- Benennung konkreter Perspektiven für die Wiedereingliederung auch als Grundlage für die Planung des Arbeitsgebers
- Mitwirkung an der konkreten Zielvereinbarung (mit Datum) und am Reha-Plan
- Kommunikation mit allen Beteiligten

Behandelnder Arzt / behandelnde Ärztin

Der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin ist unabhängig von der Mitwirkung am Reha-Plan in das Reha-Management einzubeziehen bei:

- der Feststellung einer validen Diagnose
- Auskünften zum bisherigen Behandlungsverlauf
- der Feststellung und Prognose der Arbeitsunfähigkeit
- Umsetzung des Reha-Plans

Betriebs- und Werksärzte/-innen

Bei der Prozessbegleitung können die Betriebs- und Werksärzte/innen in geeigneten Fällen frühzeitig einbezogen werden, z. B. bei Belastungserprobung oder stufenweiser Wiedereingliederung, behinderungsgerechter Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz im Betrieb.

Im Bedarfsfall können auch bei den UV-Trägern beschäftigte Arbeitsmediziner/-innen hinzugezogen werden.

3.8 Mitwirkung weiterer Spezialisten

Je nach Störungsbild und Rehabilitationsprozess sind weitere Fachkräfte einzubinden.

4 Nutzung von Kompetenzzentren, Kooperationspartnern und Netzwerken

Die besondere Kompetenz der Gesetzlichen Unfallversicherung auf den Gebieten der Prävention und Rehabilitation sollte durch noch bessere Vernetzung im Reha-Management genutzt werden. Präventionsdienste der UV-Träger verfügen regelmäßig über Arbeitsmediziner, Naturwissenschaftler, Ingenieure und Techniker zahlreicher Fachrichtungen, die Reha-Manager/innen kompetent bei einem behinderungsgerecht umzugestaltenden Arbeitsplatz oder bei der Suche nach einem geeigneten neuen Arbeitsplatz im Betrieb beraten können.

Die Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung bieten den Unfallverletzten durch ihre bewährten Strukturen eine hohe Qualität der Behandlung.

Besonders schwere und komplexe Verletzungen erfordern eine Bündelung verschiedener Kompetenzen, um gemeinsam und möglichst optimal die Ziele der Wiederherstellung der Gesundheit, Rückkehr an den Arbeitsplatz und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erreichen. Diese Aufgaben übernehmen in erster Linie die BG-Kliniken sowie weitere überregionale Kompetenzzentren.

Für den Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt die Aus-, Fort- und Weiterbildung ambulant oder stationär in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk oder vergleichbaren Einrichtungen mit entsprechenden Fachdiensten, wenn aufgrund der Behinderung ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht. Diese Einrichtungen werden auch genutzt, wenn andere Gründe (z. B. familiäre Situation der Betroffenen) dies erfordern.

Im regionalen Bereich verfügen die UV-Träger über ortsnahe Kooperationspartner mit besonderen Erfahrungen in der Rehabilitation Arbeitsunfallverletzter, die bei komplexen Fallgestaltungen hinzugezogen werden können.

Bei medizinischen Fragestellungen sind unmittelbare, direkte und bewährte regionale Ansprechpartner insbesondere die beratenden Ärzte/Ärztinnen.

Weitere Beispiele für Kooperationspartner sind u. a.:

- Besondere Einrichtungen für die Erstellung des Reha-Plans
- Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen und psychotraumatologische Ambulanzen
- Spezialisten für berufsspezifische Rehabilitation
- Integrationsfachdienste
- Pflege-Fachberater/-innen

- DGUV job
- weitere Arbeitsvermittler

In Netzwerken arbeiten Leistungserbringer verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem jeder Netzwerkpartner entsprechend den Vereinbarungen seinen Teil zum Gesamterfolg beiträgt. Ziel ist es, ein abgestimmtes, nahtloses Rehabilitationsverfahren ohne hemmende Schnittstellen sicherzustellen. Dazu sind die Ansprechpartner der Netzwerkpartner bekannt, sie arbeiten ohne „bürokratische Schranken“ eng zusammen. Die Netzwerkpartner sind über die Reha-Planung informiert und die Verantwortlichkeiten für die einzelnen Phasen zwischen den Partnern festgelegt.

Auch im Netzwerk führen und koordinieren die Reha-Manager/-innen das Verfahren. Sie leiten die Teamgespräche mit Versicherten, Ärzten/Ärztinnen und sonstigen Partnern, bringen die gewonnenen Fakten und Erkenntnisse aktiv ein und kommunizieren die Ergebnisse zielführend.

Die Arbeitsabläufe und –ergebnisse werden auf der Grundlage von Erkenntnissen aller Netzwerkpartner regelmäßig evaluiert.

5 Einsatz von Assessments

Zur Steuerung des Reha-Prozesses können bei Bedarf auch Assessments genutzt werden.

5.1 Assessments zur Ermittlung der tätigkeitsbezogenen Leistungsfähigkeit

Durch standardisierte Arbeitsplatzsimulationssysteme kann die körperliche Belastbarkeit eines Menschen an bestimmten Arbeitsplätzen festgestellt werden. Dies ermöglicht eine realitätsgerechte Beurteilung seiner Reintegrationsperspektive. Geeignete Assessments hierfür sind z.B. die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und ERGOS.

Daneben gibt es weitere Assessments, die ihre Schwerpunkte in anderen Anwendungsbereichen haben und z.B. die psychische Belastbarkeit eines Menschen analysieren (s. a. www.iqpr.de)

Die Einleitung dieser Assessments kann insbesondere zur Klärung folgender Fragen angezeigt sein:

- Sind tätigkeitsspezifische Behandlungen oder Therapien durchzuführen?
- Ist die Rückkehr an den früheren Arbeitsplatz bereits möglich?
- Wie schätzt der/die Versicherte die eigene Leistungsfähigkeit allgemein und bezogen auf den früheren Arbeitsplatz ein?
- Ist eine berufliche Neuorientierung notwendig - ggf. mit welchem Belastungsprofil?

Die Testergebnisse sind mit dem/der Versicherten, dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und ggf. weiteren Spezialisten in einem Teamgespräch zu erörtern.

5.2 Assessments zur Berufsfindung und Arbeitserprobung

Ist eine berufliche Neuorientierung notwendig, kann im Bedarfsfall, ggf. auch neben oder ergänzend zu einem internen Profiling, eine Berufsfindung und/oder Arbeitserprobung durchgeführt werden. In der Berufsfindung werden gemeinsam mit den Versicherten tragfähige berufliche Perspektiven unter Einbeziehung der beruflichen Eignung und Neigung, der Berufsbiographie und der Lebensorientierung entwickelt. Durch die (anschließende) Arbeitserprobung wird die Eignung für einen konkreten Beruf oder ein Berufsfeld geklärt und aufgezeigt, ob die gewählte Berufsperspektive realistisch ist, ggf. mit Alternativen.

In allen Fällen soll sichergestellt sein, dass die Assessments unabhängig von den jeweiligen Qualifizierungsangeboten der Leistungserbringer ausgerichtet auf die Versicherten erfolgen. Entsprechende Verfahren bieten Berufsförderungswerke, Berufsförderungszentren, die Fortbildungsakademie der Wirtschaft sowie andere private Einrichtungen an. Für die Auswahl sind Qualität, Frühzeitigkeit und die individuellen Erfordernisse des Einzelfalls entscheidend.

6 Ende des Reha-Managements und Nachhaltigkeit

Das Reha-Management ist abgeschlossen, wenn die Reha- und Teilhabeziele erreicht und weitere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft nicht zu erbringen sind.

In der Praxis ist dies oft der Fall, wenn:

- die bisherige berufliche Tätigkeit wieder aufgenommen wird
- eine neue berufliche Tätigkeit aufgenommen wird
- die medizinische Rehabilitation abgeschlossen, aber eine Rückkehr ins Arbeitsleben nicht möglich ist und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht (mehr) erforderlich sind
- eine Berufstätigkeit nicht mehr ausgeübt wird und die medizinische Rehabilitation bis auf begleitende ärztliche oder physikalische Therapie abgeschlossen ist

Es kann sich jederzeit wieder ein Leistungsbedarf ergeben, wenn durch die Unfallfolgen eine erneute Teilhabestörung droht.

Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Teilhabe- und Pflegeleistungen ist eine sich an den individuellen Verhältnissen orientierende nachgehende Betreuung durchzuführen.

7 Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen

7.1 Besonderheiten

Ziel des Reha-Managements bei Kindern und Jugendlichen ist die möglichst dauerhafte und vollständige Wiedereingliederung in Bildungseinrichtungen, Familie und das weitere soziale Umfeld.

Dabei sind besondere persönliche, soziale und medizinische Faktoren zu berücksichtigen, z. B.:

- eine (noch) nicht abgeschlossene körperliche, geistige und psychische Entwicklung
- eine (noch) nicht begonnene oder abgeschlossene Schul-/Berufsausbildung
- die fehlende Handlungs- oder Geschäftsfähigkeit
- Vorstellungen der Eltern oder Erziehungsberechtigten zur Planung und Durchführung der Rehabilitation und Teilhabe ihrer verletzten Kinder
- Coping der Eltern mit der ggf. dauerhaften Behinderung des Kindes
- eine besondere medizinisch-pädiatrische Versorgung (z.B. durch andere OP-Techniken und Versorgungsstrukturen)

Die Reha-Manager/-innen müssen hier sicherstellen, dass Entwicklungsstörungen rechtzeitig erkannt werden, auch um eventuelle Spätschäden zu vermeiden. Dabei haben sie auf einen möglichst komplikationslosen und zeitgerechten Wechsel bestimmter Entwicklungs- und Lernphasen hinzuwirken (Schuleintritt, Schulwechsel, Berufswahlbestimmung, Eintritt ins Berufsleben). Bei Bedarf erfolgt eine lebenslange begleitende Hilfe.

7.2 Grundsätze der Fallauswahl

Im Reha-Management von Kindern und Jugendlichen gelten andere Kriterien für die Fallauswahl als bei Erwachsenen. So kann hier die voraussichtliche Dauer des unfallbedingten Schulausfalls nur im Einzelfall ein Hinweis für die Steuerung ins Reha-Management sein.

Fallauswahl bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen ist es aufgrund der noch nicht vollständigen Entwicklung wichtig, auf bestimmte Verletzungen und die Zeitdauer der Behandlungen einzugehen, um einer verzögerten Heilung vorzubeugen. Im Heilverlauf ist insbesondere auf gelenknahe Frakturen und eventuelle Störungen der Wachstumsfuge zu achten. Allein zeitliche Faktoren wie die Dauer der

stationären Behandlung als Zugangskriterium für das Reha-Management reichen nicht aus. Folgende Zugangskriterien sind für die Fallauswahl besonders geeignet:

- Gelenk- oder gelenknahe Brüche, insbesondere mit Beteiligung der Wachstumsfuge
- Schaftfrakturen nach definitiver Versorgung bei Fehlstellungen
- Mehrfachbrüche
- Operationsbedürftige Becken- und Wirbelsäulenbrüche
- Verletzungen mit Gefäß-, Nervenbeteiligung
- Schwere Weichteilverletzungen
- Kreuzbandverletzungen
- Behandlungsdauer über 8 Wochen nach Unfall
- Sonstige Fälle (Vorerkrankungen, Kontextfaktoren).

Diese Aufzählung kann nicht vollständig sein; allerdings bietet sie Anhaltspunkte für bestimmte Verletzungen bei jungen Versicherten, die in das Reha-Management aufgenommen werden sollten.

Junge Versicherte mit Querschnittslähmungen, schweren Brandverletzungen, Schädel-Hirn-Verletzte, Polytraumatisierte und Kinder mit diagnostizierter Osteitis werden aufgrund der Schwere der Verletzung intensiv im Reha-Management oder in gesonderten Verfahren betreut.

Fallauswahl nach weiteren Kriterien

Unabhängig von der Fallauswahl nach bestimmten Diagnosen kann sich in jeder Phase der Rehabilitation oder bei einer Wiedererkrankung das Erfordernis für ein Reha-Management ergeben (Kontextfaktoren).

Darüber hinaus sollen Fälle ins Reha-Management gesteuert werden, wenn bestimmte Konstellationen besondere Schwierigkeiten bei der schulischen oder sozialen Integration erwarten lassen. Hinweise für dieses Erfordernis geben neben den für das Reha-Management bei Erwachsenen geltenden Kriterien insbesondere:

- bestehende erhebliche Vorschädigungen
- Probleme im schulischen Umfeld oder der Ausbildung (z.B. missglückte Wiederaufnahme des Schulbesuchs; drohender Abbruch der Schulausbildung; Gefährdung der Berufsausbildung)
- familiäre Probleme (z.B. fehlende Hilfe/Unterstützung durch die Familie und Interessenkonflikt durch ein „Reha-Management der Familie“)
- Gefahr einer „Verelterung“, so dass Kinder mit Behinderung durch eine evtl. Überfürsorge der Eltern mögliche wichtige und selbstständige Entwicklungsschritte nicht machen können

7.3 Reha-Plan und Koordinierung des Reha-Prozesses

Bei der Erstellung und Anpassung des Reha-Plans sind neben Reha-Manager/-in, Unfallverletzten und Arzt/Ärztin bei Bedarf auch z. B. Eltern, Betreuer/-in, Jugendamt, Schulamt, Schulträger oder Schularzt/ärztin zu beteiligen. Bedarfsabhängig führt der/die Reha-Manager/in Teamgespräche.

Wichtig ist die fortlaufende Überprüfung der Reha-Planung, insbesondere beim Erreichen von Bildungsabschnitten, z.B. durch Zeugnisanforderung oder eine Abfrage zum Leistungsstand vor und nach dem Unfall. Dies ermöglicht es dem/der Reha-Manager/-in Entwicklungsstörungen zu erkennen, die Auswirkungen auf die Reha- und Teilhabeziele haben.

Akute Phase und medizinische Rehabilitation

Als Kooperationspartner sollen kindertraumatologische Zentren, die BG-Kliniken sowie VAV-Häuser einbezogen werden, um eine fachrichtungsübergreifende Zusammenarbeit sicherzustellen, z. B. mit Pädiatern oder Kinderchirurgen, die eine kindgerechte postoperative Versorgung durchführen.
Bei Bedarf sind besondere Leistungen, wie z.B. Förderunterricht am Krankenbett, Besuch der Eltern und ggf. Mitaufnahme der Eltern sowie Kinderpflege-Verletztengeld zu erbringen.

Vor-/schulische Verlaufsplanung

Während der vorschulischen oder schulischen Befreiung erfolgt die Planung des Übergangs bzw. der Rückkehr in die Schule oder weitere Ausbildung. Je nach Einzelfall wird das Kind in allgemeinbildenden Schulen mit Nachteilsausgleich (z. B. Fahrdienst, Integrationshelfer, sonderpädagogischer Unterstützung) oder in anderer Schulform integriert.

Berufliche Verlaufsplanung

Zwischen dem Unfallereignis und einer evtl. Berufstätigkeit oder möglichen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt bei Kindern und Jugendlichen oft eine Zeitspanne von mehreren Jahren. Daher ist die Berufswegeplanung langfristig anzulegen. Die Reha-Manager/-innen stellen hier sicher, dass die Beteiligten zur richtigen Berufswahl qualifiziert beraten werden. Als Hilfen für eine realitätsgerechte Berufswahlbestimmung eignen sich u. a.:

- das Erstellen von Belastbarkeitsprofilen,
- im Einzelfall auch das Durchführen von Assessmentcentern,

die mit Unterstützung geeigneter Kooperationspartner durchgeführt werden können. (z. B. BBW, BFW, DGUV job, private Institute, WfbM).

8 Qualitätssicherung und Evaluation des Reha-Managements

Unter Qualitätssicherung wird die Überwachung, Ergebnissicherung und Optimierung des Reha-Managements verstanden. Ziel ist die Sicherung und Optimierung der Struktur-, Prozess- und insbesondere der Ergebnisqualität.

Evaluation umfasst die Überprüfung der Erreichung des Rehazieles sowie die Analyse des Reha-Prozesses mit dem Ziel der Optimierung der Verfahren, insbesondere im Hinblick auf den Rehabilitationserfolg sowie die Nahtlosigkeit der Leistungserbringung und die Versichertenorientierung.

8.1 Fallbezogene Evaluation

Überprüft werden in erster Linie die im Reha-Plan oder dessen Fortschreibung festgelegten Ziele und Fristen. Zur Messung der Ergebnisse können u.a. folgende Indikatoren verwandt werden:

- Aufnahme ins Reha-Management
- Persönlicher Erstkontakt (mit Versicherten bzw. Angehörigen)
- Therapieerfolg
- Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern

- Arbeitsfähigkeit
- Wiedereingliederung
- Versichertenzufriedenheit
- Effizienter Mitteleinsatz

Mögliche Instrumente der Evaluation sind u.a.:

- statistische Erhebung wesentlicher Parameter, ggf. unter Einsatz validierter Erhebungsverfahren (funktions-, diagnose- oder lebensqualitätbezogene Frage- und Erhebungsbögen)
- regelmäßige Fallreflexion und kontinuierliche Verbesserung auf Ebene des Reha-Teams (z.B. debriefing, Teambesprechungen, Supervision, Qualitätszirkel)
- Erhebung der Versichertenzufriedenheit
- interne, kollegiale Audits

Darüber hinaus können die UV-Träger interne Fallkontrollen zum Stand und zur Entwicklung für eine richtungweisende Steuerung durchführen.

8.2 Strukturqualität

Komponenten der Strukturqualität benennen die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die Leistungen des Reha-Managements erbringen zu können.

Wesentliche Merkmale der internen Strukturqualität liegen in der personellen und infrastrukturellen Ausstattung des Reha-Managements in den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen. Hier sind insbesondere die Qualifikation der Mitarbeitenden, sowie das Verhältnis zwischen Personalressourcen und Fallmenge zu nennen. Wesentliche Instrumente der Qualitätssicherung in dieser Hinsicht liegen in der Fort- und Weiterbildung der entsprechenden Mitarbeiter/-innen sowie der kontinuierlichen Verbesserung der EDV-technischen und sonstigen Ausstattung.

8.3 Prozessqualität

Komponenten der Prozessqualität des Reha-Managements beziehen sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf des Reha-Managements sowie auf die Beurteilung der sachgerechten Durchführung, wie sie im vorliegenden Handlungsleitfaden beschrieben werden.

Der Prozessqualität dient die Messung aller erfolgsrelevanten Geschäftsprozesse in Bezug auf Effektivität und Effizienz.

Die Vorgaben des Leitfadens sollten auf der Ebene der einzelnen Unfallversicherungsträger - orientiert an den jeweiligen Voraussetzungen und Bedingungen - praxisorientiert angepasst und umgesetzt werden (interne

Verfahrensanweisungen und Dokumente). Der Geschäftsprozess des Reha-Managements ist über ein Verfahrensablaufschema abzubilden.

Grundlage für eine vergleichende, trägerübergreifende Messung der Prozessqualität ist eine einheitliche Datenbasis. Diese kann nur erhalten werden, wenn eine standardisierte Verschlüsselung der Kenngrößen, insbesondere der Diagnosen, in einem einheitlichen Schlüssel erfolgt.

Prozess-Indikatoren sind u.a:

- Diagnoseerfassung und –klassifizierung
- Fallauswahl
- Erstellung und ggf. Fortschreibung eines Reha-Plans / der Zielvereinbarung
- Persönlicher Kontakt im Außendienst
- Erstellung des Tätigkeitsprofils
- Dokumentation und Bewertung des Rehaverlaufs

Bezogen auf die Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern können u.a. folgende Indikatoren herangezogen werden:

- Netzwerkpartner mit definierten Qualitätsstandards
- Kommunikations- und Reaktionsgeschwindigkeit
- Integration des Arbeitgebers in das Reha-Management-Verfahren
- Nutzung von EDV-gestützter HV-Überwachung
- Anbindung an trägerübergreifende Auswertungen

8.4 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität orientiert sich am gesetzlichen Auftrag der Unfallversicherung. Dieser lautet:

- die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit
- die Sicherstellung der beruflichen Teilhabe, i.d.R. die erfolgreiche Wiedereingliederung in den Beruf
- die Sicherstellung der Teilhabe
- die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung im Sinne einer positiven Kosten-Nutzen Relation

Komponenten der Ergebnisqualität des Reha-Managements beziehen sich darauf, in welchem Ausmaß die mit dem Reha-Management angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden. Objektive Kriterien erfassen Rehabilitations-, Wirtschaftlichkeits- und Zeitziele. Subjektive Kriterien erfassen die Zufriedenheit der Versicherten und der Systempartner.

Als Ergebnis-Indikatoren gelten u.a.:

- Nahtlosigkeit der Rehaphasen
- Geringe Arbeitsunfähigkeitsdauer

- Erfolgreiche berufl. Wiedereingliederung (Quote)
- angemessene Leistungsausgaben
- angemessene Verwaltungsausgaben
- schnelle Versicherungsfallentscheidung
- zeitnaher persönlicher Erstkontakt
- geringer Zeitbedarf bis zur beruflichen Wiedereingliederung
- externe Kundenzufriedenheit (Versicherte / ggf. Angehörige / Arbeitgeber / Leistungserbringer)
- Interne Kundenzufriedenheit (Mitarbeiter/-innen)

8.5 Ausblick

Mit Fortschreiben des Handlungsleitfadens können Checklisten und Fragebögen zur Qualitätssicherung erstellt werden.
Die Gesamtentwicklung der Reha-Fälle, Ergebnisse und Wirtschaftlichkeit sollte zur Optimierung der Handlungsschritte und der Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation gemeinsam und trägerübergreifend ausgewertet und verglichen werden. Die hierfür erforderlichen Instrumente sind zu erarbeiten und festzulegen.

Anlagen

Eckpunkte für ein gemeinsames Reha-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung
- Stand 25. Februar 2008 -

Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Stand 26.05.2010 –

Informationen zur ICF (Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 1 der BAR)

Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ vom 16. Dezember 2004 (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e. V.)

DGUV
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

Eckpunkte für ein gemeinsames Reha-Management in der gesetzlichen Unfallversicherung

Stand 25. Februar 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage
2. Ziele
3. Auswahl der Fälle
4. Bedarfsplanung in der Verwaltung
5. Reha – Planung
6. Nahtlosigkeit der Rehabilitation
7. Belastungserprobung
8. Gebührenregelung
9. Controlling
10. Vordrucke

Anlage 1 Reha – Plan

Anlage 2 Tätigkeitsprofil

1. Ausgangslage

Basis einer erfolgreichen Rehabilitation durch die Unfallversicherungsträger ist das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren.

Das Durchgangsarztverfahren, Verletzungsartenverfahren sowie die verschiedenen rehabilitativen Behandlungsmaßnahmen (z.B. BGSW, EAP, Physiotherapie) mit den besonderen Anforderungen an die Qualifikation und die Ausstattung der im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren tätig werdenden Leistungserbringer gewährleisten, dass die medizinische Akutbehandlung und die einzelnen Phasen der medizinischen Rehabilitation für die Versicherten kompetent und mit allen geeigneten Mitteln durchgeführt werden.
Dieses System hat sich bewährt. Allerdings zeigen neue Erkenntnisse Optimierungspotenziale für das qualitative Rehabilitationsergebnis sowie die Gesamtkosten der Rehabilitation auf. Reha-Management ist ein Schritt zur weiteren Qualitätsverbesserung der Rehabilitation.

Der Begriff Reha-Management ist nicht fest definiert. Die Interpretation ermöglicht einen Handlungsspielraum für die Unfallversicherungsträger, der sich am Bedarf branchenspezifischer Besonderheiten ausrichten kann. Allerdings sollen die mit Außenwirkung verbundenen Aktivitäten des Reha-Managements auf zwischen den Unfallversicherungsträgern abgestimmten Vorgehensweisen beruhen.
Die nachfolgenden Eckpunkte verfolgen das Ziel einer abgestimmten Vorgehensweise. Sie ermöglichen den einzelnen Unfallversicherungsträgern unverändert eine am Bedarf der jeweiligen Versicherten ausgerichtete organisatorische Ausgestaltung der Reha-Management-Verfahren.

2. Ziele

Ziel des Reha-Managements 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 Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

Zur Erreichung dieser Ziele setzen die Berufsgenossenschaften in ihrer Bearbeitung neue Maßstäbe, die insbesondere folgende wesentliche Elemente umfassen:

- persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Reha-Manager
- zielorientierte Steuerung der Heilverfahren gemeinsam mit Versichertem und Angehörigen, Arzt und Therapeuten, Arbeitgeber und Reha-Manager
- Planung der nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen Wiedereingliederung
- Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation.

Durch die persönliche Betreuung und Einbindung der Versicherten in den Rehabilitationsprozess wird dem Anliegen nach Selbst- und Mitbestimmung der Rehabilitanden in hohem Maße Rechnung getragen. Gleichzeitig wird durch die Abstimmung und Zusammenarbeit mit den Netzwerkpartnern und Kompetenzzentren für eine hohe Qualität der Behandlung Sorge getragen, wobei die nahtlose Behandlung und zeitnahe Wiedereingliederung zu Kosteneinsparungen führt.

3. Auswahl der Fälle

Unfallverletzte werden ab Unfallmeldung im Reha-Management betreut, wenn aufgrund der Schwere der Verletzung oder der Verletzung in Verbindung mit erschwerenden Umständen des Einzelfalles eine aktive Steuerung zur Erreichung der Ziele notwendig ist.

Als schwere Verletzungen sind in der Regel die Fälle des VAV-Katalogs einzuordnen:

- ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels, Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome, thermische und chemische Schädigungen, Verletzungen der großen Gefäße
- Verletzungen der großen Nervenbahnen einschl. Wirbelsäulenverletzungen mit

neurologischer Symptomatik

- offene oder gedeckte Schädel-Hirnverletzungen (ab SHT Grad II)
- Brustkorbverletzungen mit Organbeteiligung
- Bauchverletzungen mit operationsbedürftiger Organbeteiligung einschl. Nieren und Harnwege
- operativ rekonstruktionsbedürftige Verletzungen großer Gelenke (mit Ausnahme isolierter Bandverletzung des oberen Sprunggelenks sowie isoliertem Riss des vorderen Kreuzbandes und unkomplizierter vorderer Schulterinstabilität)
- schwere Verletzungen der Hand
- komplexe Knochenbrücke, insbesondere mehrfache, offene und verschobene Frakturen

Über diese Verletzungen hinaus sollen Fälle dann ins Reha-Management gesteuert werden, wenn aufgrund der Verletzungen in Verbindung mit der beruflichen oder privaten/persönlichen Situation der Betroffenen besondere Probleme bei der Wiedereingliederung zu erwarten sind. Weitere Fallgestaltungen für das Reha-Management ergeben sich im Laufe des Verfahrens, wenn Störungen auftreten, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer erheblichen Verlängerung der Arbeitsunfähigkeit führen und/oder die berufliche Integration gefährden. Dies gilt auch bei Wiedererkrankungen.

4. Bedarfsplanung in Verwaltung

Im Rahmen des Reha-Managements wird gemeinsam mit dem Versicherten, dem Arzt und Reha-Manager der Reha-Plan für eine nahtlose und zeitnahe Rehabilitation erstellt. Der Reha-Manager bereitet dieses Teamgespräch durch rechtzeitige und umfassende Ermittlungen so vor, dass alle relevanten Informationen zur Verfügung stehen. Zur Vorbereitung des Reha-Plans macht sich der Reha-Manager zunächst selbst ein Bild von dem zu erwartenden optimalen Reha-Verlauf und plant für das spätere Teamgespräch neben Art und Zeitpunkt der Therapien auch den etwaigen Zeitpunkt der beruflichen Wiedereingliederung. Der Reha-Manager befasst sich hierbei mit folgenden Fragestellungen:

- Ist die Diagnose gesichert?
- Wie lange wird die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich dauern?
- Welche Therapien sind in welcher Häufigkeit und Dauer bei der Verletzung angezeigt?

- Ist eine Arbeits- und Belastungserprobung erforderlich?
- Wird die Aufnahme der bisherigen Tätigkeit voraussichtlich wieder möglich sein?
- Wie ist der persönliche Hintergrund des Versicherten?
- Welche Hilfsmittel/Leistungen benötigt der Versicherte außerdem?

Zur Beantwortung der Fragen und zur Planung des Reha-Verlaufs stehen umfangreiche Hilfsmittel zur Verfügung, z. B:

- EDV-gestützte HV-Überwachung
- Leitfäden mit Behandlungsvorschlägen spezialisierter Ärzte
- VBG-Broschüre HV-Standards
- Broschüre der Landesverbände zur Steuerung des HV mit Hinweisen zur Verletzung, Diagnostik und Therapie
- interne Hinweise zur Steuerung der Rehabilitation
- Besprechung mit beratendem Arzt.

Wesentliche Elemente der Vorbereitung des Reha-Plans sind darüber hinaus die Ermittlung des Tätigkeitsprofils und des beruflichen Status des Versicherten. Die zügigen und detaillierten Feststellungen zur Tätigkeit sind Grundlage für die Beurteilung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit und Basis für arbeitsplatzbezogene Behandlungen und Therapien. Die Angaben sind für den Reha-Manager zur Planung notwendig und werden anschließend im Teamgespräch an den Arzt und Therapeuten weitergegeben.
Von besonderer Bedeutung ist zudem das persönliche Gespräch mit dem Versicherten und seinen Angehörigen bei den Vorbereitungen des Reha-Managers, um Informationen zum Versicherten und seinem Umfeld mit Auswirkungen auf Therapie und Reha-Verlauf zu erhalten.

5. Reha-Planung

Das Reha-Management zeichnet sich durch die aktive Steuerung der gesamten Rehabilitation aus. Das Reha-Management beginnt mit dem frühzeitigen persönlichen Kontakt zu den betroffenen Unfallverletzten (innerhalb von 1 Monat nach dem Unfall). Im persönlichen Gespräch zwischen Reha-Manager, Unfallverletztem und Arzt wird ein Reha-Plan (Anlage) erstellt, der die Phasen der Rehabilitation sowie alle erforderlichen Maßnahmen mit Zeitangaben so präzise wie möglich beschreibt. Der Reha-Plan wird

konsequent umgesetzt und bei Bedarf im Dialog mit den Beteiligten fortgeschrieben.
Eine wesentliche Grundlage für die Gestaltung der Rehabilitation ist das Tätigkeitsprofil (Anlage). Das Tätigkeitsprofil dient neben der Information über die konkrete berufliche Belastungssituation dazu, den Behandlungsfortschritt im Reha-Prozess im Abgleich mit dem Fähigkeitsprofil regelmäßig zu dokumentieren und die Reha-Maßnahmen entsprechend zu steuern. Aussagen über eine berufliche Wiedereingliederung werden durch dieses Verfahren valide.

Für den Bereich Schüler und Studenten ist im Rahmen des Reha-Managements eine frühzeitige Berufsberatung/Berufswegeplanung anzustreben. Vor dem Beginn einer Ausbildung bzw. einer praktischen Tätigkeit sind deswegen Versicherte und Angehörige rechtzeitig über die Auswirkungen der Unfallfolgen zu informieren.

6. Nahtlosigkeit der Rehabilitation

Die Durchführung des Reha-Plans wird fortlaufend koordiniert, überwacht und sofern erforderlich, gelenkt. Hierzu sind Erkundigungen bei den Leistungserbringern und Rehabilitanden nach den Fortschritten, den ggf. aufgetretenen Problemen oder möglichen Konfliktpunkten, die eine Reaktion erfordern könnten, erforderlich. Bei geänderten Verhältnissen ist eine Anpassung der Reha-Planung einschließlich der vereinbarten Ziele vorzunehmen und mit allen Beteiligten neu abzustimmen.
Dem Reha-Management liegt ein umfassendes Verständnis zugrunde, welches nicht auf Teilbereiche der Rehabilitation beschränkt ist. Optimale Rehabilitation orientiert sich auch an nahtlosen Rehabilitationsverläufen mit dem Blickwinkel einer umfassenden, deckungsgleichen medizinisch/beruflichen Rehabilitation.
Sofern das oberste Ziel der Rehabilitation, die Wiedereingliederung am alten Arbeitsplatz, nicht erreicht werden kann, sind umgehend die erforderlichen Maßnahmen für eine anderweitige Wiedereingliederung im Arbeitsleben einzuleiten.

7. Belastungserprobung

Die Belastungserprobung ist ein erfolgreiches Instrument zur Wiedereingliederung von Unfallverletzten. In geeigneten Fällen ist diese Maßnahme in der Reha-Planung zu berücksichtigen.
Die Belastungserprobung sollte möglichst wohnortnah unter realistischen

Arbeitsplatzbedingungen durchgeführt werden. In geeigneten Fällen kann sie auch unter stationären Bedingungen oder in einem Zentrum erfolgen.

Die Initiative zur Durchführung einer Belastungserprobung kann vom Reha-Manager oder vom am Reha-Plan beteiligten Arzt ausgehen. Hierzu erforderliche vorbereitende oder begleitende Maßnahmen zur Kräftigung der Muskulatur sind im Reha-Plan des Rehabilitanden rechtzeitig zu berücksichtigen. Das bereits ermittelte Tätigkeitsprofil des Rehabilitanden bildet die Basis für die Maßnahme.

Der Reha-Manager informiert bei einer innerbetrieblichen Maßnahme den Arbeitgeber des Rehabilitanden möglichst persönlich und umfassend rechtzeitig vor dem Beginn der Maßnahme und beteiligt auf Wunsch des Betroffenen auch den Betriebs- bzw. Personalrat.

Die Durchführung der Belastungserprobung erfordert eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Die zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Maßnahme erfolgt in Abstimmung mit dem Rehabilitanden, dem Arzt sowie dem Arbeitgeber und dem Betriebs- bzw. Personalrat. Die betrieblichen Bedingungen und die Anfahrtswege zur Arbeitsstelle sind dabei zu berücksichtigen.

Eine Belastungserprobung sollte hinsichtlich ihrer Dauer geplant werden. Zum Ende der Belastungserprobung sollte die Prüfung einer zumindest annähernden Dauerbelastbarkeit an eine vollschichtige Tätigkeit erreicht sein. Insbesondere in Abstimmung mit dem Arzt wird die für den Maßnahmezeitraum tägliche Arbeitszeit, das Leistungsprofil sowie die Verlaufskontrollen zur Feststellung der Leistungsfortschritte festgelegt. Die Unterrichtung der Beteiligten kann u.a. auch mit dem Reha-Plan Belastungserprobung erfolgen. Zur Sicherstellung der Geldleistungen während der Maßnahme ist die zuständige Krankenkasse rechtzeitig vor Beginn schriftlich zu benachrichtigen.

Die Mitwirkung des Rehabilitanden und seine Bereitschaft zur Rückkehr in das Erwerbsleben sind während der Maßnahme kritisch zu prüfen. Sofern das Verhalten des Rehabilitanden das vereinbarte Maßnahmeziel gefährdet, ist unverzüglich ein persönliches Teamgespräch, ggf. unter Beteiligung des Arbeitgebers und des Betriebs- bzw. Personalrates, durchzuführen.

Sofern die prognostizierte Dauer der Maßnahme zur Klärung der beruflichen Wiedereingliederung nicht ausreicht, ist mit einem fachkompetenten medizinischen Partner abzuklären, ob die Wiedereingliederung durch eine Verlängerung der Maßnahme erreicht werden kann. Der Reha-Plan ist fortzuschreiben. Die Beteiligten sowie die zuständige Krankenkasse sind über eine Verlängerung der Maßnahme zu unterrichten.

Bei Abbruch der Maßnahme empfiehlt es sich, in Zusammenarbeit mit einem medizinisch kompetenten Partner über die weitere Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit zu entscheiden.

8. Gebührenregelung

Die Unfallversicherungsträger werden von den am Heilverfahren beteiligten Ärzten bei der Durchführung von Reha-Management unterstützt. Die zeitliche Inanspruchnahme des Arztes bei der gemeinsamen Reha-Planung erfordert eine Gebührenregelung. Bis zur Aufnahme einer entsprechenden Gebührenziffer wird empfohlen, dass dem Arzt pauschaliert für die Abgeltung seines Aufwandes bei der gesamten Reha-Planung ein Betrag in Höhe der 1,5 fachen Gebühr für das 1.Rentengutachten (UV-GOÄ-Nr. 146) gewährt wird. Dies sind zurzeit 100,70 €.

9. Maßnahmen zum Controlling des Reha-Managements

Die Gesamtentwicklung der Reha-Fälle, Ergebnisse und Wirtschaftlichkeit werden zur Optimierung der Handlungsschritte und der Wirtschaftlichkeit der Rehabilitation gemeinsam ausgewertet und verglichen. Die hierfür erforderlichen Instrumente sind zu erarbeiten und festzulegen.
Den Unfallversicherungsträgern bleibt es unbenommen, interne Fallkontrollen zum Stand und zur Entwicklung und für eine richtungweisende Steuerung durchzuführen.

10. Vordrucke

Um eine einheitliche Außenwirkung beim Reha-Management zu erreichen, kommen die anliegenden Vordrucke

a. Reha-Plan
b. Tätigkeitsprofil

zum Einsatz.

Stand: 26.05.2010

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Position der Gesetzlichen Unfallversicherung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Gesetzliche Unfallversicherung leistet aktiv alle medizinischen und außermedizinischen Leistungen zur Rehabilitation einschließlich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft sowie ergänzende Leistungen aus einer Hand. Sie stellt die betroffenen Menschen mit dem Ziel der Förderung ihrer Selbstbestimmung im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB) IX in den Mittelpunkt und orientiert sich an der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Nach einem Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit oder auch bei einer drohenden Berufskrankheit sichert die Gesetzliche Unfallversicherung bestehende Beschäftigungsverhältnisse mit allen geeigneten Mitteln. Hierzu erbringen die Träger primär Leistungen der medizinischen Rehabilitation und, wo dies nicht ausreicht, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Parallel dazu werden bei Bedarf Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbstständigen Lebens bereitgestellt. Ebenso erbringt die Gesetzliche Unfallversicherung ergänzende Leistungen, um den Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe zu erreichen und zu sichern.

Gemeinsam mit dem unfallverletzten oder berufserkrankten Menschen, seinem Arbeitgeber und anderen am Rehabilitationsprozess Beteiligten wird eine zügige und nachhaltige Rückkehr an den alten oder einen neuen Arbeitsplatz angestrebt. Die zeitliche Komponente ist nach allen bisherigen Erfahrungen so bedeutsam, weil die Chancen auf Teilhabe am Arbeitsleben umso besser sind, je kürzer die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ist.

Der betroffene Mensch steht im Mittelpunkt

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden soweit wie möglich auf die individuellen Verhältnisse des betroffenen Menschen ausgerichtet. Alle Informationen und Beratungen werden nutzerorientiert durchgeführt. Das Verfahren der Leistungsentscheidung ist nachvollziehbar und transparent.

Berechtigten Wünschen und Bedürfnissen der Versicherten ist nachzukommen, es sei denn, dadurch wird der Erfolg der Rehabilitation gefährdet. Maßnahmen können nur erfolgreich sein, wenn der betroffene Mensch aktiv mitarbeitet und motiviert ist. Neigung, Eignung und Leistungsfähigkeit der Versicherten sind unter dem Grundsatz „Fördern und Fordern verstärkt die Motivation“ zu berücksichtigen.

Versicherte haben einen Anspruch auf eine mindestens sozial gleichwertige Qualifikation und Beschäftigung im Rahmen der beruflichen Wiedereingliederung. Die bisher im Arbeitsleben erreichten Fähigkeiten und Fertigkeiten werden soweit wie möglich berücksichtigt und gefördert. Das Spektrum aller gesetzlich zulässigen Maßnahmen wird versichertenbezogen genutzt. Qualifizierung hat auch im Hinblick auf den Befähigungs- und Kompensationsfaktor Bildung einen hohen Stellenwert.

Verzahnung von medizinischer Rehabilitation mit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen einen durch die Unfallversicherung eng miteinander verknüpften Prozess dar. Die medizinische Rehabilitation ist, wo immer eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz realistisch erscheint, auch auf die in der konkreten Tätigkeit zu bewältigenden Anforderungen ausgerichtet. Sobald erkennbar wird, dass die bisherigen Tätigkeiten wegen Art und Schwere des durch den Versicherungsfall eingetretenen Gesundheitsschadens nicht mehr bewältigt werden können, werden gemeinsam mit der/dem Versicherten die in Frage kommenden Teilhabeleistungen konkret geplant und terminiert.
Im Reha-Plan ist die derzeitige und künftige berufliche Situation von Beginn des Rehabilitationsprozesses an zu berücksichtigen. Insbesondere bei längeren Heilverfahren sind Maßnahmen zur Erhaltung bzw. zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit frühzeitig einzuplanen, um eventuelle Wartezeiten im Bereich von Schnittstellen zu vermeiden.

Die medizinische Rehabilitation muss tätigkeitsspezifisch und teilhabebezogen ausgerichtet sein.

Bei drohenden Berufskrankheiten werden im Rahmen der sekundären Individualprävention Beratungs- und Schulungsangebote genutzt, um die Aufgabe der gefährdenden Tätigkeit zu verhindern. Gemeinsam mit den Betroffenen werden Strategien entwickelt, wie die Arbeitsfähigkeit dauerhaft gesichert werden kann.

Die Erhaltung des vorhandenen Arbeitsplatzes hat grundsätzlich Vorrang vor allen anderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der Arbeitgeber wird in Absprache mit der/dem Versicherten frühzeitig am Prozess der Wiedereingliederung beteiligt, um den vorhandenen Arbeitsplatz dauerhaft zu sichern. Nach Möglichkeit sind Betriebsarzt und betriebliche Interessenvertretung einzubeziehen. Die Gesetzliche Unfallversicherung unterstützt die Arbeitgeber bei deren Betrieblichen Eingliederungs-Management. Von der traditionell engen Vernetzung der Unfallversicherungsträger mit ihren Mitgliedsunternehmen profitieren hierbei Arbeitgeber und Beschäftigte gleichermaßen.

Der Teilhabebedarf im Rehabilitationsprozess wird auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) festgestellt. Die ganzheitliche, bio-psycho-soziale Betrachtung der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit ihren Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation ermöglicht passgenaue Lösungen zur Behebung der beruflichen und/oder sozialen Teilhabestörungen. Ein nicht mit Unfall- oder Berufskrankheitsfolgen zusammenhängender zusätzlicher Teilhabebedarf wird mit einbezogen und im Sinne des Teilhabeplans mit anderen zuständigen Trägern abgestimmt.

Integration

Ziel ist die schnelle und nachhaltige berufliche Wiedereingliederung; finanzielle Nachteile sollen vermieden werden. Arbeitsunfähigkeitszeiten und Zeiten von Arbeitslosigkeit sind möglichst kurz zu halten, da die Wiedereingliederungschancen nach sechs Monaten deutlich sinken. Die schnelle berufliche Integration hat deshalb Vorrang, es sei denn, dadurch wird absehbar keine nachhaltige Wiedereingliederung erreicht.

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Rangfolge der Teilhabeleistungen

Erste Priorität hat die Rückkehr an den vorhandenen Arbeitsplatz. In Abstimmung mit den Betroffenen und dem Arbeitgeber werden alle Maßnahmen getroffen, um diese Rückkehr zu ermöglichen (z. B. Umbau des Arbeitsplatzes, Einsatz von Hilfsmitteln, Arbeitsassistenz). Die Kompetenz der Prävention bei der optimalen Gestaltung von Arbeitsplätzen wird dabei genutzt. Eine begonnene schulische, universitäre oder berufliche Ausbildung wird nach Möglichkeit fortgesetzt und abgeschlossen.

Die zweite Priorität hat die Erhaltung des Beschäftigungsverhältnisses mit Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz im selben Betrieb. Die Gesetzliche Unfallversicherung leistet in Abstimmung mit dem Arbeitgeber und dem betroffenen Menschen alle erforderlichen Hilfen, um die Aufnahme einer anderen Tätigkeit zu ermöglichen. In Betracht kommen sowohl berufliche Anpassungen und Weiterbildungsmodule bezogen auf den konkreten Arbeitsplatz als auch eine Umschulung beim bisherigen Arbeitgeber.

Wenn eine Rückkehr in das zuvor bestehende Arbeitsverhältnis nicht möglich ist, sind die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auf eine zügige und nachhaltige sowie gleichzeitig möglichst kostengünstige Eingliederung (z. B. auf einen behindertengerecht gestalteten Arbeitsplatz) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, auszurichten. Falls erforderlich ist eine Teil- oder auch Vollqualifizierung durchzuführen. Der soziale Status soll möglichst erhalten bleiben.

Um die Wiedereingliederungschancen präzise zu erfassen, bedient sich die gesetzliche Unfallversicherung anerkannter Instrumente, z. B. Profiling und Assessment.

Die Möglichkeiten eines Persönlichen Budgets oder der Teilförderung helfen, individuellen Wünschen der betroffenen Menschen nach selbstbestimmten Lösungen entgegenzukommen.

Qualifizierung

Eine Weiterqualifizierung wird möglichst betriebsnah - bezogen auf einen tatsächlich zur Verfügung stehenden Arbeits- bzw. Ausbildungsplatz - durchgeführt.

Eine Aufstiegsqualifikation ist möglich, wenn ansonsten keine nachhaltige Wiedereingliederung erreicht wird. Weiterbildung in Form der Fortbildung oder Umschulung ist in erster Linie am Bedarf des regionalen Arbeitsmarkts auszurichten. Bei Mobilität kommt auch der überregionale Arbeitsmarkt in Betracht.

Wenn aufgrund der Behinderung ein besonderer Unterstützungsbedarf besteht, erfolgt die Weiterbildung ambulant oder stationär in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk oder vergleichbaren Einrichtungen mit entsprechenden Fachdiensten. Diese Einrichtungen werden auch genutzt, wenn andere Gründe (z. B. familiäre Situation der Betroffenen) dies erfordern.

Allein mit dem Verweis auf das Lebensalter und den damit verbundenen Chancen auf dem Arbeitsmarkt darf eine Qualifizierung nicht verweigert werden.

DGUV
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes

Ein beruflicher Abstieg nach Arbeitsunfall oder Berufskrankheit soll auch bei der Vermittlung auf einen anderen Arbeitsplatz vermieden werden.

Die Gesetzliche Unfallversicherung unterstützt die Vermittlung eines geeigneten Arbeitsplatzes durch konkrete Maßnahmen. Der Verweis auf einen konkret zur Verfügung stehenden Arbeitsplatz ist möglich.

Der Anspruch auf Vermittlung endet nur, wenn der/die Betroffene konkrete adäquate Arbeitsangebote nicht annimmt. Bei der Beurteilung eines adäquaten Arbeitsverhältnisses kommt es auf Ort, Zeit, Art und Entgelt der Tätigkeit an. Hierbei sind auch die individuellen Umstände der Versicherten zu berücksichtigen. Jungen, alleinstehenden Versicherten ist ein Umzug eher zuzumuten als Versicherten mit Familie, mit berufstätigen (Ehe-)Partnern und/oder schulpflichtigen Kindern.

Bei der Vermittlung nutzt die Gesetzliche Unfallversicherung insbesondere:

- die begleitende Beratung und Steuerung durch Reha-Manager/innen und Berufshelfer/innen
- den Kontakt zu Arbeitgebern, insbesondere den eigenen Mitgliedsbetrieben
- die Arbeitsvermittlung durch DGUV job

Nachhaltigkeit

Der langfristige Erfolg der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben wird durch nachgehende Betreuung sichergestellt. Es kann sich jederzeit wieder ein Leistungsbedarf ergeben, wenn aufgrund der Unfall- oder Berufskrankheitsfolgen eine erneute berufliche Teilhabestörung droht.

Qualitätssicherung

Angesichts der gestiegenen Anforderungen an den Nachweis von Qualität und Wirtschaftlichkeit auch der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ist es notwendig, ein Konzept zur kontinuierlichen Qualitätssicherung zu entwickeln. Das Konzept muss Verfahren einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle beinhalten und verstärkt Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Die nachgewiesene Qualität ist für die Entscheidung über Art und Form zu erbringender Leistungen maßgeblich.

Im Rahmen der Konzeptentwicklung sind Qualitätskriterien zu definieren und Instrumente zur Messung der Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die regelhaft und mit vertretbarem Aufwand, insbesondere aufgrund vorhandener Daten, zum Einsatz kommen können.

Flankierend zu einem neu strukturierten Qualitätssicherungssystem ist bei der Beteiligung von Leistungserbringern durch entsprechende vertragliche Gestaltung sicherzustellen, dass der geforderte Qualitätsstandard erhalten bleibt bzw. stetig verbessert wird.

Informationen zur ICF

Auszug aus dem ICF-Praxisleitfaden 1 der BAR (Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation

3. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

In Abbildung 1 ist das bio-psycho-soziale Modell der ICF skizziert.

Nach diesem komplexen Interdependenzmodell variiert der Zustand der funktionalen Gesundheit mit dem Gesundheitsproblem (ICD) und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen und jedes Element des Modells Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme sein. So kann z.B. eine längere Bettlägerigkeit einer Person (Aktivitätseinschränkung) eine Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktionsstörung) bewirken. Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten). Derartige Prozesse werden Sekundärprozesse genannt. Mit möglichen Sekundärprozessen sollte immer gerechnet werden. Neben Sekundärprozessen sind auch induzierte Prozesse bekannt. Induzierte Prozesse können sich bei Dritten, meist nächsten Angehörigen entwickeln. Bekannt sind induzierte Prozesse z.B. bei Eltern und/oder Geschwistern von krebskranken Kindern.

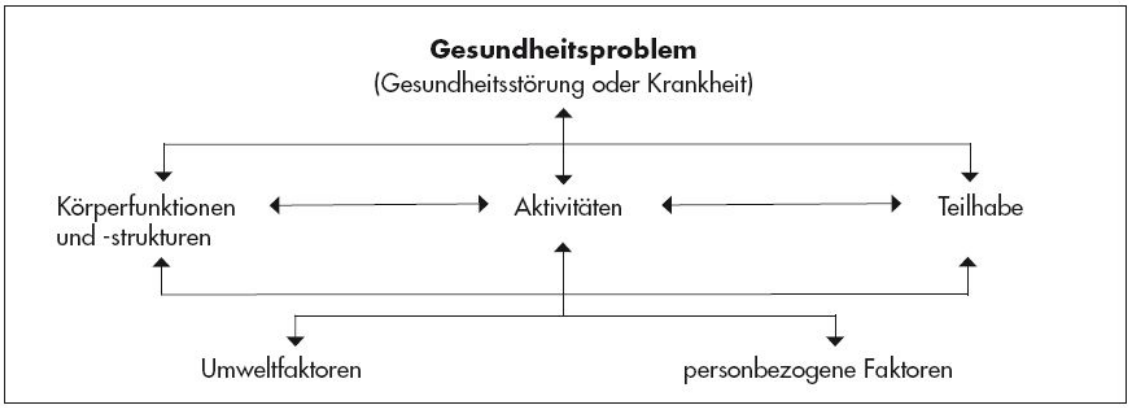

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell der ICF

Wird das Gesundheitsproblem als gegeben vorausgesetzt, dann kann der Einfluss der Kontextfaktoren auf eine funktionale Problematik zwischen „sehr stark“ und „sehr schwach“ sein, je nach Konstellation der Kontextfaktoren. Kann z.B. eine Person in Folge ihres Gesundheitsproblems noch halbtags arbeiten und möchte sie dies auch, besteht im aktuellen Wirtschaftssystem jedoch eine ausgesprochene Abneigung, Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung zu stellen, dann hat bei dieser Person dieser Umweltfaktor (Einstellungen in der Wirtschaft als Barriere) einen sehr hohen Einfluss auf die Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Erwerbsleben. In einer Wirtschaft hingegen, in der für gesundheitlich Beeinträchtigte genügend Teilzeitarbeitsplätze zur Verfügung stehen (Einstellungen in der Wirtschaft als Förderfaktor), käme es unter sonst gleichen Voraussetzungen praktisch kaum zu einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben. Mit dem bio-psycho-sozialen Modell wird ein bedeutender Paradigmenwechsel vollzogen. Funktionale Probleme sind nicht mehr Attribute einer Person, sondern sie sind das negative Ergebnis einer Wechselwirkung. Diese Betrachtung eröffnet ganz neue Perspektiven der Hilfe.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Walter-Kolb-Straße 9-11, 60594 Frankfurt am Main
Telefon (069) 60 50 18-0, Telefax (069) 60 50 18-29
E-Mail: info@bar-frankfurt.de
Internet: http://www.bar-frankfurt.de

Gemeinsame Empfehlung

nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX, in welchen Fällen und in welcher Weise die Klärung der im Einzelfall anzustrebenden Ziele und des Bedarfs an Leistungen schriftlich festzuhalten ist

(Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“)

vom 16. Dezember 2004

Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich - „wie aus einer Hand“ - erbracht werden.

Mit dieser Zielsetzung vereinbaren

- die gesetzlichen Krankenkassen,
- die Bundesagentur für Arbeit,
- die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung,
- die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung,
- die Träger der Alterssicherung der Landwirte,
- die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen,
- die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden

die nachfolgende Gemeinsame Empfehlung „Teilhabeplan“ nach § 13 Abs. 2 Nr. 3 SGB IX.

Grundlage sind dabei auch insbesondere die Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit", die Gemeinsame Empfehlung zur Zuständigkeitsklärung sowie die Gemeinsame Empfehlung zur Verbesserung der gegenseitigen Information und Kooperation.

§ 1
Aufgabe und Zielsetzung des Teilhabeplans

(1) Ein wesentliches Mittel zur Erreichung einer einheitlichen Praxis der Feststellung und Durchführung der einzelnen Leistungen innerhalb des gegliederten Systems der Rehabilitation und Teilhabe ist die Erstellung eines individuellen Teilhabeplans. Dieser dient insbesondere auch dem Ziel einer besseren Leistungsverzahnung im Wege einer entsprechenden Koordination der Leistungen und Kooperation der Rehabilitationsträger. Die Feststellungen sind bei Bedarf anzupassen und der Teilhabeplan ggf. fortzuschreiben.

(2) Die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen werden unter Berücksichtigung der individuellen kommunikativen Erfordernisse bei der Erstellung, Anpassung und Fortschreibung des Teilhabeplans aktiv einbezogen. Damit wird eine wichtige Bedingung für ihre Partizipation im gesamten Geschehen von Rehabilitation und Teilhabe erfüllt.

(3) Der Teilhabeplan ist bei sämtlichen Entscheidungen über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe heranzuziehen. Er dient vor allem als eine fachliche Grundlage für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Der Teilhabeplan ersetzt keinen Antrag.

§ 2
Inhalt und Form

(1) Der individuell zu erstellende Teilhabeplan enthält Angaben vor allem zu

- den Schädigungen,
- den Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe,
- den vorhandenen Ressourcen,
- den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (vgl. hierzu die Gemeinsame Empfehlung „Begutachtung“),

- den zu berücksichtigenden besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder,
- den leistungsbezogenen Zielen und Wünschen des betroffenen Menschen,
- den Gründen für die Erforderlichkeit der Leistungen,
- Ziel, Art, Umfang und inhaltlicher Ausgestaltung der vorgesehenen Leistungen,
- voraussichtlichem Beginn, Dauer der vorgesehenen Leistungen und Ort ihrer Durchführung,
- Sicherstellung der organisatorischen und zeitlichen Abläufe (insbesondere bei verzahnten und sich überschneidenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe),
- den beteiligten Rehabilitationsträgern und sonst noch zu Beteiligenden.

Sofern Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht werden, wird die Zielvereinbarung nach § 4 Budgetverordnung (BudgetV) in den Teilhabeplan aufgenommen.

(2) Der Teilhabeplan wird erstellt und erforderlichenfalls angepasst unter Berücksichtigung sämtlicher bereits vorhandener Erkenntnisse zum Bedarf an Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (auf Grundlage z.B. sozialmedizinischer Gutachten, von Befundberichten, Verordnungen sowie Erfahrungen des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen) einschließlich vorliegender Ergebnisse ggf. bereits durchgeführter Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (z.B. Entlassungs-/Abschlussberichte sowie Rückmeldungen und Anregungen des betroffenen Menschen).

(3) Der Teilhabeplan einschließlich seiner Anpassung bedarf der Schriftform. Er ist in allgemein verständlicher und barrierefreier Form unter Benennung der leistungsbezogenen Rechtsnormen abzufassen. Dabei ist der spezifischen Behinderung Rechnung zu tragen.

§ 3
Erstellung

(1) Ein Teilhabeplan ist unverzüglich zu erstellen, wenn Anlass zur Annahme besteht, dass im jeweiligen konkreten Einzelfall mehrere gleichzeitig durchzuführende oder aufeinander folgende Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe (verschiedener Leistungsgruppen) oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich werden.

(2) Der nach § 14 SGB IX leistende Rehabilitationsträger erstellt den Teilhabeplan nach einheitlichen Vorgaben (z.B. in Form eines Vordrucks) gemäß den vorangehenden Regelungen. Er

ist - bis zu einem etwaigen Wechsel der Trägerzuständigkeit, möglichst bis zum Beginn der Leistung des nachfolgenden Rehabilitationsträgers - dafür verantwortlich, dass nach seiner Feststellung des Teilhabebedarfs die beteiligten Rehabilitationsträger unverzüglich in Abstimmung miteinander und mit dem betroffenen Menschen die voraussichtlich erforderlichen Leistungen funktionsbezogen feststellen und in einem Teilhabeplan so zusammen fassen, dass sie nahtlos ineinander greifen können. Die Leistungen sind so aufeinander auszurichten, dass das gesamte Verfahren bis zur möglichst vollständigen und dauerhaften Eingliederung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen nahtlos, zügig, wirksam und wirtschaftlich abläuft.

Bei der Erfüllung dieser Koordinationsaufgabe können die gemeinsamen Servicestellen im Rahmen der Vermittlung örtlicher Ansprechpartner und trägerübergreifender Beratung unterstützend herangezogen werden.

§ 4
Fortschreibung und Anpassung

(1) Der Teilhabeplan und auf dieser Grundlage die Leistungen werden vom jeweils leistenden Rehabilitationsträger während und entsprechend dem Verlauf der Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe bzw. in Anpassung an veränderte Umstände überprüft und in Abstimmung mit dem betroffenen Menschen sowie unter Beteiligung des bzw. der Leistungserbringer/s (z.B. des Rehabilitationsteams der Einrichtung) angepasst.

(2) Der Teilhabeplan ist unverzüglich anzupassen, wenn

- sich im Verlauf der Rehabilitation veränderte bzw. neue Teilhabeziele und andere Leistungsarten und/oder -formen ergeben,
- sich die persönlichen Lebensumstände des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen geändert haben,
- neue, für die Rehabilitation und Teilhabe wesentliche Vorgaben und Entwicklungen eingetreten sind.

(3) Die Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes erfolgt durch den nach § 3 Abs. 2 verantwortlichen Rehabilitationsträger.

§ 5
Beratung und Mitwirkung

(1) Bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes ist der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch über

- die Möglichkeiten der Rehabilitation und Teilhabe unter Einschluss der zu diesem Zeitpunkt maßgeblichen Angaben aus § 2 Abs. 1,
- die auf Grund der Schädigungen und Beeinträchtigungen voraussichtlich in Betracht kommenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe, insbesondere Hilfen im Arbeitsleben, einschließlich ihrer Voraussetzungen und
- die Verwaltungsabläufe

zu beraten. Insbesondere ist ihm aufzuzeigen, welche Leistungen unter Berücksichtigung seiner individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe für ihn in Betracht kommen und welcher Rehabilitationsträger hierfür zuständig ist.

(2) Erstellung, Fortschreibung und Anpassung des Teilhabeplanes erfolgen über die Beratung nach Abs. 1 hinaus unter Einbindung und Mitwirkung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen und ggf. seiner Bezugsperson bzw. Person seines Vertrauens. Den berechtigten Wünschen des betroffenen Menschen wird bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung entsprochen.

(3) Auf berechtigten Wunsch des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen ist den behandelnden Ärzten und ggf. auch weiteren Sachverständigen die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Erstellung und Anpassung des Teilhabeplanes einzuräumen.

(4) Empfehlungen der behandelnden Ärzte (z.B. im Befundbericht oder in Unterlagen, die der betroffene Mensch selbst beibringt), der Beratungsdienste (z.B. Sozialbericht), der Leistungserbringer sowie von Sachverständigen im Begutachtungsverfahren sind angemessen zu berücksichtigen.

§ 6
Verfahren bei der Erstellung, Fortschreibung und Anpassung

(1) Der nach § 3 Abs. 2 verantwortliche Rehabilitationsträger unterrichtet die anderen und voraussichtlich weiteren beteiligten Träger über die Absicht, einen Teilhabeplan zu erstellen oder

einen vorhandenen Teilhabeplan fortzuschreiben bzw. anzupassen. Im Rahmen der Abstimmung teilt er den beteiligten Rehabilitationsträgern seine Vorstellungen über die geplanten Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe mit und macht die für deren Mitwirkung notwendigen Angaben.

(2) Die Beteiligten nach Absatz 1 und nach § 5 Abs. 3 und 4 teilen ihre Vorstellungen über die durchzuführenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe unverzüglich dem verantwortlichen Rehabilitationsträger mit. Dieser berücksichtigt sie bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes. Der verantwortliche Rehabilitationsträger wirkt darauf hin, dass die beteiligten Rehabilitationsträger ihrer Verpflichtung nach Satz 1 nachkommen sowie die Leistungen im Einvernehmen mit den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern koordiniert und verzahnt entsprechend den Festlegungen im Teilhabeplan erbracht werden. Sofern die Koordination nicht entsprechend diesen Vorgaben erfolgt, ist der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch über die Gründe hierfür unverzüglich zu unterrichten und auf seine rechtlichen Möglichkeiten hinzuweisen.

(3) Der verantwortliche Rehabilitationsträger stellt den Teilhabeplan allen bei der Erstellung, Fortschreibung bzw. Anpassung des Teilhabeplanes beteiligten Rehabilitationsträgern und Leistungserbringern sowie dem betroffenen Menschen, ggf. auch dem/der behandelnden Arzt/Ärztin, zur Verfügung.

(4) Nimmt die Bundesagentur für Arbeit gemäß § 38 SGB IX auf Anforderung eines anderen Rehabilitationsträgers zu Notwendigkeit, Art und Umfang von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben unter Berücksichtigung arbeitsmarktlicher Zweckmäßigkeit gutachterlich Stellung, fließen die entsprechenden Informationen in den Teilhabeplan mit ein.

(5) Der Teilhabeplan ist bei erforderlichen Leistungen zur Eingliederung in Arbeit mit der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II, bei erforderlicher Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53 ff. SGB XII mit dem Gesamtplan nach § 58 SGB XII und bei erforderlicher Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII) mit dem Hilfeplan nach § 36 SGB VIII abzustimmen. Hierzu treffen die beteiligten Leistungsträger, erforderlichenfalls unter Beteiligung der in § 13 Abs. 6 SGB IX genannten Organisationen, nähere Verfahrensabsprachen mit dem Ziel einer abgestimmten, koordinierten und einheitlichen Planung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen des übergreifenden Teilhabeplans.

(6) Werden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe in Form eines Persönlichen Budgets erbracht, ist der Teilhabeplan mit der Zielvereinbarung nach § 4 BudgetV abzustimmen.

§ 7
Verfahren bei Wechsel des zuständigen Trägers

Der nach § 3 Abs. 2 verantwortliche Rehabilitationsträger unterrichtet den nachfolgend zuständigen Rehabilitationsträger so rechtzeitig vor Beendigung seiner Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe über den bevorstehenden Wechsel der Leistungszuständigkeit, dass der nahtlose Übergang zu den weiteren erforderlichen Leistungen sichergestellt ist, und übersendet ihm mit Zustimmung des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen die zur Fortführung des Teilhabeplanes maßgeblichen Unterlagen.

Ferner unterrichtet der verantwortliche Rehabilitationsträger die anderen beteiligten Rehabilitationsträger über den Fortgang des Teilhabeverfahrens.

§ 8
Datenschutz

Bei der Bereitstellung des Teilhabeplans und Weitergabe der Daten durch den nach § 3 Abs. 2 verantwortlichen Rehabilitationsträger gegenüber den weiteren beteiligten Rehabilitationsträgern und den jeweiligen Leistungserbringern gemäß § 6 ist der Datenschutz zu wahren. Insbesondere sind das Einwilligungserfordernis und der Grundsatz der Erforderlichkeit der Datenerhebung und -übermittlung zu beachten.

§ 9
Inkrafttreten

(1) Diese Gemeinsame Empfehlung tritt am 1. Dezember 2004 in Kraft.

(2) Die Vereinbarungspartner und die anderen Rehabilitationsträger werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen unter Einbeziehung der Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände prüfen, ob die Vereinbarung auf Grund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss. Für diesen Fall erklären die Vereinbarungspartner ihre Bereitschaft, unverzüglich an der Überarbeitung einer entsprechenden zu ändernden gemeinsamen Empfehlung mitzuwirken.