

Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung****Unter Mitarbeit von:**

Berthold Bickert
Karin Blumenthal
Wolfgang Danner
Susanne Dieffenbach
Marion Gutbier
Albert Hart
Angela Harth
Ute Häge
Doerthe Homberg
Andrea Anna-Maria Jester
Henry Kohler
Andreas Mayr
Holger Osthus
Karin Romer-Raschidi
Monika Strub-Franzkewitsch
Sandra Solz
Hartmut Wahlig
Gerhard Wind

Koordination:

Bernhard Rauch

Verantwortlich:

Unternehmensleitung BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH

Hinweis:

Der Text ist geschlechtsneutral. Die Verwendung der maskulinen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Abkürzungen

ABMR	Arbeitsplatzbezogene Muskoskeletale Rehabilitation
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
ABE	Arbeitsbelastungserprobung
ÄV	Ärztevertrag = Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger
BG	Berufsgenossenschaft
BGSW	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung
BGU-LU	BG Klinik Ludwigshafen
CRPS	Komplexes regionales Schmerzsyndrom
DASH	Disability of Arm, Shoulder, Hand –Evaluationsbogen
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hauptverband der BGr)
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
EBP	Evidenz-basierte Praxis
EFL	Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit
ET	Ergotherapie
FSW	Frühstationäre Weiterbehandlung
ICD	Internationale Klassifikation der Diagnosen
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ISD	Interdisziplinäre Schmerzdiagnostik
KSR	Komplex-Stationäre Rehabilitation
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (Zertifizierung)
MTT	Medizinische Trainingstherapie
OE	Obere Extremität
PT	Physiotherapie
RCT	Randomisierte kontrollierte Studie
SGB	Sozialgesetzbuch
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SRA	Stationäre Reha Abklärung
TKS	Tagesklinik Schmerztherapie
TOR	Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation
UE	Untere Extremität
UV	Unfallversicherung
VAV	Verletzungsartenverzeichnis
WHO	Weltgesundheitsorganisation

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung****Vorwort**

Die Rehabilitation nimmt eine zentrale Rolle im Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung ein. Nur so kann der Anspruch eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes bei der Behandlung von Unfallverletzten vom Unfallort bis zur Wiedereingliederung ins Berufsleben und der Teilhabe auf höchstem Niveau gewährleistet werden. Umfassende Rehabilitation statt Rentenzahlungen stellt den Patienten in den Mittelpunkt und ist gleichzeitig der wirtschaftlichste Ansatz für die Kostenträger. Eine optimale medizinische Betreuung mit dem Ziel einer umfassenden beruflichen und sozialen Wiedereingliederung des Patienten bedarf zum einen einer engeren Verzahnung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation, als auch einer umfassenden interdisziplinären Behandlung.

Das vorliegende Reha-Handbuch spiegelt das umfassende Wissen, die große Kompetenz und die enge Kooperation im interdisziplinären Rehabilitationsteam der BG Klinik Ludwigshafen wider. Es stellt sowohl die gesetzlichen Grundlagen, den wissenschaftlichen Hintergrund einer effektiven Rehabilitation, als auch die konkrete Umsetzung in unserer Klinik dar. Auch der zunehmenden Bedeutung der Rehabilitationswissenschaften wird Rechnung getragen. Für die große Mühe und den unermüdlichen Einsatz bei der Erstellung des Handbuchs sei allen Beteiligten Dank ausgesprochen. Eine derart umfassende und detaillierte Darstellung der Reha-Konzepte ist bislang einzigartig und dient als Grundlage für die professionelle Behandlung unserer Patienten und gleichermaßen als Ausgangspunkt für zukünftige Weiterentwicklungen des Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung.



Prof. Dr. med. Grützner



Prof. Dr. med. Kneser

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung

1.1 Ziele des Rehabilitationskonzepts

1.2 Gesetzliche Verankerung der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

1.2.1 Die Rehabilitationsziele

1.2.2 Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe

2 Kurzdarstellung der Einrichtung

2.1 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen (BG-Klinik Ludwigshafen)

2.2 Leitbild der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

2.3 Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

2.3.1 Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

2.3.2 Bereich Rehabilitation der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie - Schwerbrandverletzententrum

2.3.3 Rehabilitationsspezifische Versorgungsbereiche

2.3.4 Beratungs- und Rehabilitationsangebote der BG Klinik Ludwigshafen

3 Konzeptionelle und wissenschaftliche Grundlagen

3.1 Definition der Rehabilitation nach WHO

3.2 Konzeptioneller Hintergrund der Rehabilitation

3.2.1 Das biomedizinische Modell

3.2.2 Das biopsychosoziale Modell

3.2.2.1 Domänen der Körperfunktionen und -strukturen (Schädigungsebene)

3.2.2.2 Domänen der Aktivitäten/Teilhabe (Aktivitätsebene)

3.2.2.3 Domänen der Kontextfaktoren

3.3 Rehabilitationswissenschaften

3.3.1 Rehabilitationswissenschaftliche Grundlagen

3.3.2 Evidenz-basierte Praxis (EBP)

3.3.3 Zur Entwicklung der Wissenschaft in der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

3.4 Zur Zukunft der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

3.4.1 Aus der Sicht des Patienten

3.4.2 Aus der Sicht der Unfallversicherung

4 Rehabilitationsprozess

4.1. Indikationen zur Rehabilitation

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- 4.1.1 Allgemeine Voraussetzungen zur Durchführung einer Rehabilitation
- 4.1.2 Stellung der Indikation zur Rehabilitation
- 4.1.3 Kontraindikationen
- 4.2. Zugang zur Rehabilitation**
- 4.2.1 Allgemeine Ambulanz
- 4.2.2 UV-Sprechstunde
- 4.2.3 Stationäre Reha Abklärung
- 4.2.4 Interdisziplinäre Schmerzdiagnostik
- 4.2.5 Psychotrauma-Ambulanz
- 4.3. Rehabilitationsziele**
- 4.3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele
- 4.3.2 Individuelle Rehabilitationsziele
- 4.4. Inhalte der Rehabilitation**
- 4.4.1 Der multidisziplinäre Ansatz
- 4.4.2 Ärztlicher und pflegerischer Bereich
- 4.4.3 Physiotherapie, Physikalische Therapie, Sporttherapie
- 4.4.4 Ergotherapie
- 4.4.5 Technische Orthopädie
- 4.4.6 Schulung, Unfallprävention
- 4.4.7 Psychologische Behandlung
- 4.4.8 Berufshilfe- und Sozialdienst
- 4.4.9 Entlassungsbericht
- 4.5. Allgemeiner Ablauf der Rehabilitation**
- 4.6. Rehabilitationsangebote und deren Indikationen**
- 4.6.1 Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)
- 4.6.2 Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)
- 4.6.3 Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- 4.6.4 Komplex-stationäre Weiterbehandlung (KSR)
- 4.6.5 Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation (TOR)
- 4.6.6 Tagesklinik Schmerztherapie (TKS)
- 4.6.7 Ambulantes Rehasentrum

5 Qualitätsmanagement

5.1 Qualitätssicherung

- 5.1.1 Strukturqualität
- 5.1.2 Prozessqualität
- 5.1.3 Ergebnisqualität

5.2 Qualitätsziele und Qualitätsmanagement der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

6 Literatur

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung**

1 Einleitung

1.1 Ziele des Rehabilitationskonzepts

In der Therapie von Unfallverletzungen sind die operative Behandlung und die Rehabilitation untrennbar verbunden. Auch das beste Operationsverfahren kann versagen, wenn die post-operative Rehabilitation misslingt, und umgekehrt können Schwächen der operativen Behandlung auch durch eine optimale Rehabilitation nicht wett gemacht werden. Nur optimale operative Behandlung und optimale Rehabilitation gemeinsam können das erreichen, was Unfallverletzte, ihre Familien, Arbeitgeber, Unfallversicherer und die Gesellschaft als Ganzes wünschen: eine dem Gesunden möglichst nahe kommende Wiederherstellung und eine soziale Wiedereingliederung in möglichst kurzer Zeit.

Die Berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken verfolgen deshalb das Konzept, operative Therapie und Rehabilitation aus einer Hand anzubieten. Hierbei obliegt der Rehabilitation die Verantwortung, die Ergebnisse der operativen Behandlung langfristig zu sichern und für den beruflichen und privaten Alltag anwendbar zu machen.

Das vorliegende Rehabilitations-Konzept beschreibt die Struktur, die Prozesse und die Inhalte des Bereichs Rehabilitation der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen am Rhein. Neben der strukturierten und ausführlichen Darstellung des Rehabilitationsangebots soll das Konzept auch zur inhaltlichen Abstimmung und optimierten Interaktion der wesentlichen medizinischen Bereiche der Klinik beitragen.

Das vorliegende Rehabilitationskonzept ist die Basis für eine kontinuierliche Fortentwicklung des Bereichs Rehabilitation an der BGU Ludwigshafen. Auf dieses Konzept sollen auch die Spezialbereiche der Rehabilitation aufbauen.

1.2 Gesetzliche Verankerung der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

1.2.1 Die Rehabilitationsziele

Der wichtigste Grundsatz der Berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation lautet:

Die **Rehabilitation hat Vorrang vor der Rente** [vgl. SGB VII §26(2)]. Dieses Prinzip soll **mit allen geeigneten Mitteln angewandt** werden [vgl. SGB VII §26 (1)].

Im Einzelnen basiert das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren auf dem 7. Sozialgesetzbuch (SGB VII) und dem Vertrag zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern (Ärztevertrag), wie hier auszugsweise zitiert:

SGB VII, §1: „Aufgabe der Unfallversicherung ist es

- mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,
- nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“.

SGB VII, §26, Grundsatz: Versicherte haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des Neunten Buches Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen.

(1) Der Unfallversicherungsträger hat mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig

- den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern,
- den Versicherten einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern,
- Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbständigen Lebens unter Berücksichtigung von Art und Schwere des Gesundheitsschadens bereitzustellen,

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- *ergänzende Leistungen zur Heilbehandlung und zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft zu erbringen,*
- *Leistungen bei Pflegebedürftigkeit zu erbringen.*

(2) Die Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen.

(3) Die Unfallversicherungsträger bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung und der Leistungen zur Teilhabe sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen. Dabei prüfen sie auch, welche Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten.

SGB VII, §34: *Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zweck die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung, sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen. Sie können daneben nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen.*

1.2.2 Rehabilitation als Leistung zur Teilhabe

Die Gewährleistung und Wiederherstellung der Selbstbestimmung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft hat für den Gesetzgeber eine große Bedeutung. Die Rehabilitation nimmt dabei eine zentrale Rolle ein.

Die zentralen Rehabilitationsziele sind deshalb im Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) gesondert festgelegt (www.sozialgesetzbuch.de). Die wichtigsten Inhalte des SGB IX sind wie folgt:

SGB IX, §1: Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft:

„Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen , um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“.

SGB IX, §2 Behinderung:

„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeiten oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abwei-

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

chen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“.

SGB IX, §4 Leistung und Teilhabe:

„Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Leistungen, um
→ die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

→ Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“.

2 Kurzdarstellung der Einrichtung

2.1 Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen (BG Klinik Ludwigshafen)

Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen zählt zu den großen unfallchirurgischen Zentren in Deutschland und in Europa. Die Klinik steht allen Patienten offen. Pro Jahr werden in der BG Klinik Ludwigshafen rund 13.500 Patienten stationär und rund 29.500 Patienten ambulant behandelt. Zur stationären Versorgung stehen 533 Betten zur Verfügung.

Die Klinik ist nach KTQ zertifiziert und im Jahr 2005 von der Landesregierung zum ersten Notfallmedizinischen Zentrum in Rheinland-Pfalz ernannt.

Klinikträger ist die BG Kliniken Ludwigshafen und Tübingen gGmbH.

Die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, die am 12. Oktober 1968 eröffnet wurde, ist im Ludwigshafener Stadtteil Oggersheim angesiedelt und liegt damit in der Metropolregion Rhein-Neckar. Die Verkehrsanbindungen sind durch die unmittelbare Nähe zur Autobahn und gute Erreichbarkeit durch öffentliche Verkehrsmittel hervorragend. Die BG Klinik ist auf allen zentralen Zufahrtswegen gut ausgeschildert.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Aktuelle Leistungszahlen werden im Jahresbericht regelmäßig im Internet auf unserer Homepage unter der Rubrik Träger veröffentlicht. Die Klinik übernimmt in den Bereichen Unfall-, Hand-, Plastische- und Verbrennungschirurgie die Maximalversorgung aller Versicherten. Darüber hinaus wird die Rehabilitation für gesetzlich unfallversicherte Patienten sicher gestellt. Die Indikation wird im Kapitel 4 der Rehabilitationsprozesse des Reha-Handbuches näher erläutert.

Im Einzelnen gliedert sich die BG Klinik Ludwigshafen in folgende Abteilungen und Bereiche:

- Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
- Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie - Schwerbrandverletzentzentrum
- Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung
- Abteilung für Querschnittgelähmte und Technische Orthopädie
- Abteilung für Radiologische Diagnostik
- Abteilung für Neurochirurgie

Die Rehabilitation ist definitionsgemäß ein ganzheitlicher Therapieansatz, bei dem die gezielte interdisziplinäre Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgebiete und Spezialitäten im Sinne einer integrierten Versorgung Grundlage und Voraussetzung für einen langfristigen Erfolg darstellt. Die BG Klinik Ludwigshafen bietet ideale Voraussetzungen für eine solche integrierte Versorgung, da alle Fachspezialitäten unter „einem Dach“ zur Verfügung stehen. Die Kommunikations- und Transferwege sind sehr kurz und der kollegiale Austausch kann direkt und unbürokratisch erfolgen.

Reha Zentrum

Unsere Philosophie ist die ganzheitliche Behandlung unserer Patienten. Seit Gründung der Klinik im Jahre 1968 stellt die Rehabilitation eine unserer Kernkompetenzen dar. Mit dem Neubau des Reha Zentrums auf dem Gesundheitscampus der BG Klinik Ludwigshafen fügen wir der Rehabilitation an unserem Standort einen weiteren Baustein in einer umfassenden, sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung hinzu. Ob stationär oder ambulant, das Reha Zentrum bietet den Patienten im Anschluss an die Akuttherapie eine ganzheitliche Rehabilitation.

Eingebettet in eine großzügige Parkanlage mit direktem Zugang zum Akuthaus, verfügt das Reha Zentrum über 10.000qm Fläche auf vier Ebenen. Die aufgelockerte Bauweise lässt viel Licht und Raum zwischen den Gebäuden und bietet unseren Patienten eine Reha-Aufenthalt in freundlicher und moderner Umgebung. Das Haus verfügt über 150 stationäre Betten und 80 ambulante Therapieplätze. Die Zimmer sind im 3-Sterne-Hotelstandard ausgestattet und vollständig behindertengerecht gestaltet.

2.2 Leitbild der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen

Unsere Leitidee

Mittelpunkt unserer Bemühungen ist der Patient. Wir sehen unsere humanitäre Aufgabe darin, die Würde des Patienten und seine Persönlichkeit zu achten und ihm bei seinen Problemen und Nöten in der Ausnahmesituation von Unfall und Rehabilitation beizustehen. Diese Bemühung ist für Klinikleitung und für Mitarbeiter gleichermaßen die Grundlage für unsere wirtschaftliche Existenz.

Ziel: Optimale Therapie

Wir wollen die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung. Der Klinikträger wird darauf achten, dass die technische und personelle Ausstattung dem heutigen Stand entspricht. Wir wollen durch Fort- und Weiterbildung den fachlichen Standard auf höchstmöglichem Niveau sichern und wir werden nach Möglichkeiten der Steigerung unserer Effizienz und Qualität und Weiterentwicklung der Verfahren und Abläufe suchen.

Ziel: Wirtschaftlichkeit

Wir wollen unseren Kostenträgern und Auftraggebern für unsere Leistungen nicht mehr an finanziellem Aufwand abverlangen, als nach Lage der Dinge unvermeidbar ist. Wir wollen unser Kostenbewusstsein schärfen und Wirtschaftlichkeitsreserven nutzen.

Ziel: Kundenorientierung

Wir verstehen uns als Dienstleistungsunternehmen, das mit Patienten, Besuchern, Kostenträgern, einweisenden Ärzten und anderen Kunden und Partnern kooperativ und unter Achtung der gegenseitigen Interessen zum Wohle der Patienten zusammenarbeitet.

Ziel: Kooperation und Kommunikation

Wir wollen motivierte und engagierte Mitarbeiter. Dazu brauchen wir einen kooperativen Führungs- und Arbeitsstil. Wir wollen Information und Kommunikation und das offene, aber auch selbstkritische Gespräch und ein Klima der Kooperation und Offenheit bei der gemeinsamen Arbeit, um unsere Organisation zu verbessern und unsere Ziele zu erreichen.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

2.3 Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

In der BG Klinik Ludwigshafen gibt es zwei große medizinische Indikationsgebiete, die durch zwei Kliniken repräsentiert sind:

- die **Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**
- die **Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletzentzentrum**

Beide Indikationsgebiete erfordern besondere rehabilitations-spezifische und medizinische Kenntnisse. Ihnen kommt in Bezug auf die inhaltliche Ausgestaltung und Fortentwicklung des Bereichs Rehabilitation eine wesentliche Rolle zu.

Es ist die Aufgabe der Rehabilitation, die therapeutischen Konzepte der chirurgischen Disziplinen fachgerecht weiter zu verfolgen und umzusetzen. Dies wird auf festgelegten kommunikativen Wegen, wie auch durch personelle Vernetzungen zwischen den Bereichen, sichergestellt.

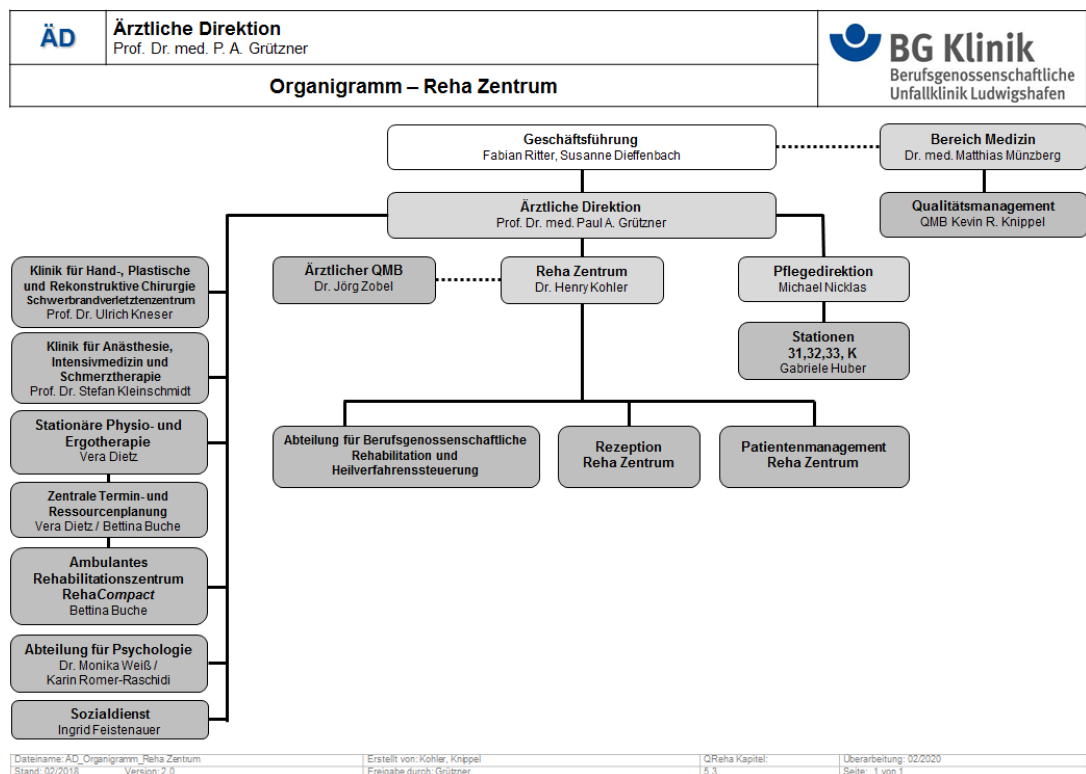


Abb. 2.3.1: Organigramm Reha Zentrum

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Leitbild der Rehabilitation

Das Leitbild der BG Klinik ist die Grundlage unserer Arbeit in der Rehabilitation. Die darin formulierte Leitidee stellt den Patienten in den Mittelpunkt unseres Handelns. Daher fühlen wir uns den Zielen „Optimale Therapie“, „Wirtschaftlichkeit“, „Kundenorientierung“, „Kooperation und Kommunikation“ gleichermaßen verpflichtet.

Für die Rehabilitation ergeben sich daraus folgende Schwerpunkte:

Teilhabeorientierung

Hauptziele sind die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten und dessen umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Dabei gilt unsere Aufmerksamkeit nicht nur dem Gesundheitsproblem, sondern auch dem beruflichen und privaten Umfeld des Patienten. Unsere Patienten sind eigenverantwortliche Partner, die aktiv an ihrem Gesundheitsprozess beziehungsweise an ihrer beruflichen Wiedereingliederung mitwirken. Der persönliche und vertrauensvolle Kontakt zu unseren Patienten und deren Bezugspersonen ist uns wichtig.

Interdisziplinäre und interprofessionelle Teamarbeit

Die Mitarbeiter aller Berufsgruppen sind gleichberechtigte Partner im Rehabilitationsprozess. Eine strukturierte Informationsweitergabe und partnerschaftliche Entscheidungsfindung sind die Basis für die individuelle Lösung auch komplexer Aufgaben in der Rehabilitation.

Zusammenarbeit mit Kostenträgern

Wir streben eine intensive Zusammenarbeit mit den Kostenträgern an. Eine unserer Stärken in der Rehabilitation ist hierbei die enge Vernetzung mit den Mitarbeitern der Unfallversicherungsträger, der Krankenkassen und aller anderen Kostenträger, um gemeinsam eine optimale Heilverfahrenssteuerung zu gewährleisten.

Qualitätsmanagement

Optimale Rehabilitation beinhaltet die ständige Weiterentwicklung unserer Methoden und Therapieverfahren entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Als lernende Organisation gewährleisten wir herausragende Kompetenz und eine entsprechende Ausstattung in allen Fachbereichen.

Wir streben eine hohe Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit an. Unser Qualitätsmanagement trägt durch Planung, Überprüfung und Optimierung der Rehabilitationsprozesse wesentlich dazu bei.

2.3.1 Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Die Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung ist Teil der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der BGU-Ludwigshafen, und sie verfügt über eine eigenständige BG-Ambulanz. Die Abteilung ist somit für alle stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen aus dem Bereich der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie zuständig. Ihr steht ein Leitender Arzt unterstützt durch Oberärzte und Assistenzärzte vor.

Die Rehabilitation von Patienten mit Hand- oder Brandverletzungen erfolgt durch die Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie (s.2.3.2). Bei kombinierten Verletzungen wird der Rehabilitationsprozess in enger Kooperation der jeweiligen chirurgischen Bereiche durchgeführt.

Die Hauptaufgabe der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung ist die Einleitung, Umsetzung und Steuerung der Rehabilitation im Auftrag der Berufsgenossenschaften und in enger Abstimmung mit den chirurgischen und akutmedizinischen Abteilungen und Fachrichtungen. Im Rahmen dieser Steuerung koordiniert die Abteilung die verschiedenen Therapie- und Versorgungsbereiche, um so ein synergistisches Zusammenwirken zur bestmöglichen Verwirklichung der individuellen Rehabilitationsziele zu gewährleisten.

Interdisziplinarität und Kommunikation: Übergeordnete Rehabilitationskonzepte werden in der Arbeitsgruppe Rehabilitation (Reha-AG) mit Vertretern aller daran beteiligten Bereiche erarbeitet.

Ein abteilungsinternes Besprechungswesen ist etabliert. Die Abteilungsbesprechung der Abteilung für berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung mit allen in der Rehabilitation vertretenen Berufsgruppen findet quartalsweise statt. Oberarztbesprechungen und Besprechungen mit allen in der Rehabilitation tätigen Ärzten erfolgen jeweils einmal monatlich. Ebenfalls einmal monatlich wurde eine interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung im Reha Zentrum etabliert.

Der konzeptionelle Austausch mit den Unfallversicherungsträgern und den Landesverbänden erfolgt in einem Qualitätszirkel, welcher zweimal jährlich stattfindet. Zusätzlich erfolgen Fortbildungsveranstaltungen, Hospitationen für BG-Mitarbeiter und Besuche in den Bezirksverwaltungen.

2.3.2 Bereich Rehabilitation der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletztenzentrum

In der Klinik für Hand-, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie – Schwerbrandverletztenzentrum - ist der Bereich Rehabilitation besonders eng mit der operativen Klinik verzahnt. Sowohl bei komplexeren Hand- oder Handwurzelverletzungen als auch bei Brandverletzungen besteht im Anschluss an die akute operative Phase oft eine enge Verzahnung von Maßnahmen der Rehabilitation mit weiteren rekonstruktiven operativen Eingriffen.

Da die Rehabilitation bei Hand- und Brandverletzungen eine zentrale Rolle spielt, wird auf die wissenschaftliche Auswertung und Weiterentwicklung patientenorientierter Rehabilitationsmaßnahmen hier besonders großer Wert gelegt.

2.3.3 Rehabilitationsspezifische Versorgungsbereiche

Die rehabilitationsspezifischen Versorgungsbereiche sind fest in den Rehabilitationsprozess integriert (Abb. 2.3.2). Deren enge Interaktion ist durch den Aufbau des Rehabilitationsprozesses mit gemeinsam erstellten Therapiezielen gewährleistet. Die Darstellung dieses Rehabilitationsprozesses ist der zentrale Inhalt des vorliegenden Rehabilitationskonzepts. Die rehabilitationsspezifischen Versorgungsbereiche repräsentieren schwerpunktmäßig folgende Inhalte:

- a) **Somatisch-medizinische Betreuung**
- b) **Edukative Maßnahmen**
- c) **Psychologische Maßnahmen**
- d) **Soziale und berufliche Unterstützung**



Abb. 2.3.2: Die Abbildung zeigt schematisch nach dem Prinzip der integrierten Versorgung, wie die einzelnen Bereiche und Versorgungsbereiche der BG Klinik Ludwigshafen mit der Rehabilitation inhaltlich assoziiert sind.

2.3.4 Beratungs- und Rehabilitationsangebote der BG Klinik Ludwigshafen

Prozesse: Die BG Klinik Ludwigshafen verfügt über eine breite Palette von Beratungs- und Rehabilitationsangeboten, um dem Bedarf nach möglichst individueller Therapieplanung und -durchführung gerecht zu werden:

Beratung und Zugang zur Rehabilitation (siehe Kap. 4.2):

- Allgemeine Ambulanz
- UV-Sprechstunden (Heilverfahrenskontrollen, UV-Regelsprechstunde, UV-Sondersprechstunden)
- Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)
- Kompetenz-Zentrum Reha-Abklärung
- Interdisziplinäre Schmerzambulanz
- Psychotrauma-Ambulanz

Rehabilitationsformen und -angebote (siehe Kap. 4.6):

- Ambulante Physiotherapie, Ergotherapie, Handtherapie
- Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)
- Arbeitsbezogene Muskoskeletale Rehabilitation (ABMR)
- Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- Komplex-Stationäre Rehabilitation (KSR)
- Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation (TOR)
- Stationäre Reha Abklärung (SRA)
- Tagesklinik Schmerz (TKS)
- Stationäre Schmerztherapie (SST)
- Rehabilitation Querschnittgelähmter
- Rehabilitation für Schwerbrandverletzte
- Arbeitsplatzbezogene Muskoskeletale Rehabilitation (ABMR)

Je nach Art der Schädigung und des Heilungsverlaufs können und müssen oft mehrere Reha-Angebote miteinander kombiniert werden, um einen nachhaltigen therapeutischen Erfolg zu erzielen. Es ist die Aufgabe der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung in enger Kooperation und Abstimmung mit den Berufshelfern/Reha-Managern der Unfallversicherungsträger, für jeden Patienten einen für ihn individuell angemessenen Rehabilitationsprozess in die Wege zu leiten, zu überwachen und zu steuern.

3 Konzeptionelle und wissenschaftliche Grundlagen

3.1 Definition der Rehabilitation nach WHO

„Rehabilitation umfasst den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen, sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitestgehend unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Lebensgestaltung so frei wie möglich wird.“ (WHO Definition der Rehabilitation definiert im „Technical Report“ 668/1981).

3.2 Konzeptioneller Hintergrund der Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation basiert auf theoretisch fundierten und wissenschaftlich ausgewiesenen Konzepten. Für die theoretische Einordnung und für das wissenschaftlich fundierte Therapiekonzept der BGU-Reha steht das WHO Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Zur Bestimmung des **Rehabilitationsbedarfs** und zur Messung des Rehabilitationserfolgs kann ebenfalls die ICF herangezogen werden. Außerdem liegen die aus dem konzeptionellen Modell abgeleiteten Behandlungsmaßnahmen und Behandlungselemente als standardisierte Leistungsbeschreibung vor (Zielke et al., 2006). Ein zentrales Anliegen der UV-Reha ist die berufliche Wiedereingliederung und die möglichst uneingeschränkte Wiederherstellung der Teilhabe im gesellschaftlichen Leben.

3.2.1 Das biomedizinische Modell

Im biomedizinischen Modell (Tab. 3.2) sind die einzelnen Erkrankungen, deren Entstehung und Auswirkungen auf den Organismus und auch auf andere Organismen (z.B. bei Infektionen) beschrieben. Neben der reinen Beschreibung von Syndromen und Krankheitszuständen (gelistet in der ICD) bemüht sich das biomedizinische Modell auch um die sogenannten pathophysiologischen Zusammenhänge. Gemeint sind hierbei primär die Zusammenhänge im somatischen Bereich des Krankheits- und Unfallgeschehens (Anatomie, Morphologie, Physiologie, Biochemie usw.). Die Auswirkungen von Gesundheitsproblemen im psychosozialen Kontext können im biomedizinischen Modell jedoch nicht beschrieben werden.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Tab. 3.2: Klassifikationssysteme		
Modell	Inhalte, Vorgänge	Klassifikation
Biomedizinisch (ICD-Modell der Krankheit)	<ul style="list-style-type: none"> - Kontextfaktoren - Ätiologie - Pathophysiologie - Interaktion von Organen und Organismen 	ICD Statisch: Krankheitsbilder, Zustände, Syndrome (beschreibt biomedizinisches Modell nur teilweise)
Biopsychosozial (ICF-Modell der Komponenten der Gesundheit)	<ul style="list-style-type: none"> - Schädigungen - Funktionsstörungen - Beeinträchtigung von Aktivitäten und/oder Teilhabe, definiert als die Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem einer Person und ihren Umweltfaktoren. 	ICF Statisch und dynamisch interaktives Modell der Komponenten der Gesundheit: Es können positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden unter Einfluss von Kontextfaktoren (beschreibt biopsychosoziales Modell hinreichend)

Tab. 3.2: Diese Tabelle stellt die zwei grundlegenden Betrachtungsweisen (Modelle) von Krankheit und Gesundheit dar und nimmt Bezug auf deren primäre Inhalte und Betrachtungsweisen, sowie auf die damit assoziierten Klassifikationssysteme. Insbesondere muss hervorgehoben werden, dass der ICD weniger eine medizinisch-methodologische Betrachtungsweise widerspiegelt, sondern primär den Zweck der Dokumentation erfüllt. Die ICF hingegen stellt einen Rahmen zur Beschreibung von Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängenden Zuständen zur Verfügung. Deshalb ergänzen sich die zwei Modelle: Informationen über Diagnosen (ICD) zusammen mit Informationen über die Funktionsfähigkeit (ICF) liefern ein breiteres Bild über Gesundheit und Krankheit von Populationen (World Health Organisation, 2005).

3.2.2 Das biopsychosoziale Modell

Biopsychosoziales Modell: Zur Beschreibung der psychosozialen Zusammenhänge eines Gesundheitsproblems bedarf es eines biopsychosozialen Ansatzes, der die theoretische Grundlage der ICF bildet. Klassifikationen sind naturgemäß vorwiegend statische Beschreibungen oder Bezeichnungen eines Zustands, eines Syndroms oder einer Krankheit (z.B. ICD-Schlüssel). Die ICF bemüht sich jedoch neben der Beschreibung von Körper-/Organstrukturen und Körper-/Organfunktionen um die Einbeziehung von sogenannten **Kontextfaktoren**, welche die Funktionsfähigkeit einer Person mit beeinflussen und damit Funktionsstörungen verstärken oder abschwächen. Weiterhin ermöglicht die ICF die **Zusammenhänge** zwischen Schädigung und Funktionsstörung einerseits und Alltagsaktivitäten andererseits zu erfassen und damit auch die Auswirkungen auf die vom Gesetzgeber geschützte **Teilhabe** (gesellschaftliche Integration privat und beruflich) darzustellen und zu beurteilen.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Der auf dieser Basis entstandene Begriff der **Funktionsfähigkeit** umfasst alle Aspekte der „**funktionalen Gesundheit**“. Eine Person ist funktional gesund, wenn

- ihre körperlichen Funktionen und Strukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen,
- sie all das tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird und
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die für sie wichtig sind, entfalten kann wie ein Mensch ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund eines Menschen dar. Sie umfassen jedoch insbesondere zwei Komponenten:

→ die Umweltfaktoren

→ die personenbezogenen Faktoren

Die Kontextfaktoren haben Einfluss auf den Menschen mit oder ohne Erkrankung. Sie haben Bedeutung auf die Krankheitsentstehung (Risiko und Risikobereitschaft) und Pathophysiologie, auf das Ausmaß und die Bedeutung von Funktionsstörungen und auf die weitere Krankheitsentwicklung. Die Kontextfaktoren als Mitverursacher einer Erkrankung oder eines Unfalls einerseits und als Einflussfaktoren auf die Entwicklung und Bedeutung einer Funktionsstörung machen aber auch deutlich, dass **das biomedizinische Modell und das biopsychosoziale Modell einander ergänzen und nur ihre gemeinsame Betrachtung und Berücksichtigung dem Anspruch einer ganzheitlichen Rehabilitation nahe kommen**. Diese gemeinsame Betrachtungsweise soll deshalb auch als Grundlage der Maßnahmen im Rahmen der UV-Rehabilitation dienen. Die grundlegenden Komponenten und potentiellen Interaktionen eines Krankheitsgeschehens sind in dem folgenden Diagramm, welches von der WHO entwickelt wurde, verdeutlicht (Abb. 3.2.2.a).

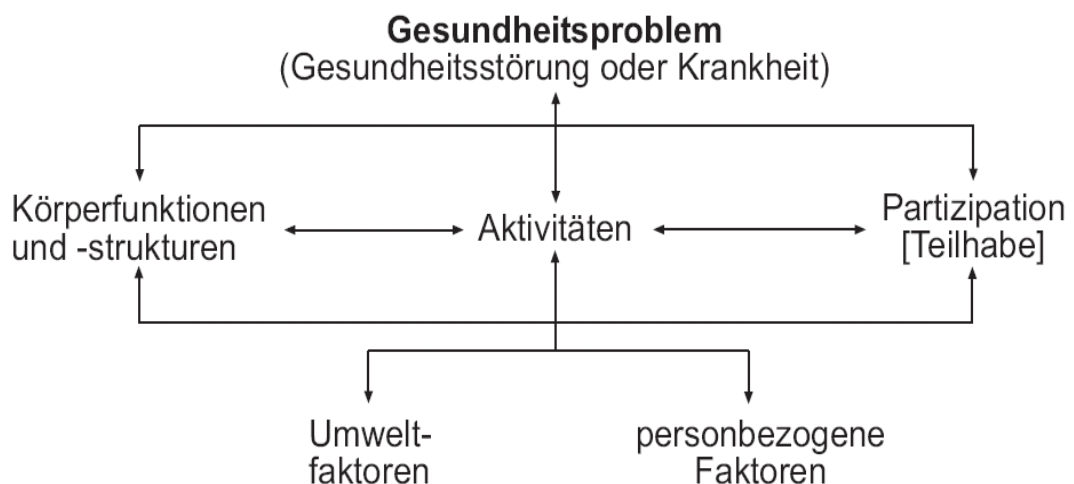


Abb. 3.2.2.a: Mögliche Zusammenhänge und Interaktionen zwischen Gesundheitsproblem (Krankheit/Unfall) und den Auswirkungen auf Aktivitäten und Teilhabe, sowie die Einflussnahme von Kontextfaktoren auf die Rehabilitation der Patienten (Modell der WHO).

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Von größter Bedeutung bei der Evaluation und Rehabilitation der Patienten ist der Umstand, dass die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) nicht nur Einflussfaktoren der Unfallfolgen, sondern selbst auch primäre Unfallursache sein können. Die Berücksichtigung von Kontextfaktoren ist somit nicht nur für den Heilungserfolg, sondern insbesondere auch für die Primär- und Sekundärprävention von Unfällen entscheidend.

Unter Berücksichtigung der im klinischen Alltag erfahrbaren Kette von Unfallfolgen bis hin zur Störung der Teilhabe - deren Wiederherstellung den primären gesetzlichen Auftrag an die Rehabilitation darstellt - kann das obige Schema etwas modifiziert werden (Abb. 3.2.2.b). In dieser Darstellung kann dann auch die Aufgabenverteilung von Chirurgie/Akutmedizin und Rehabilitation verdeutlicht werden.

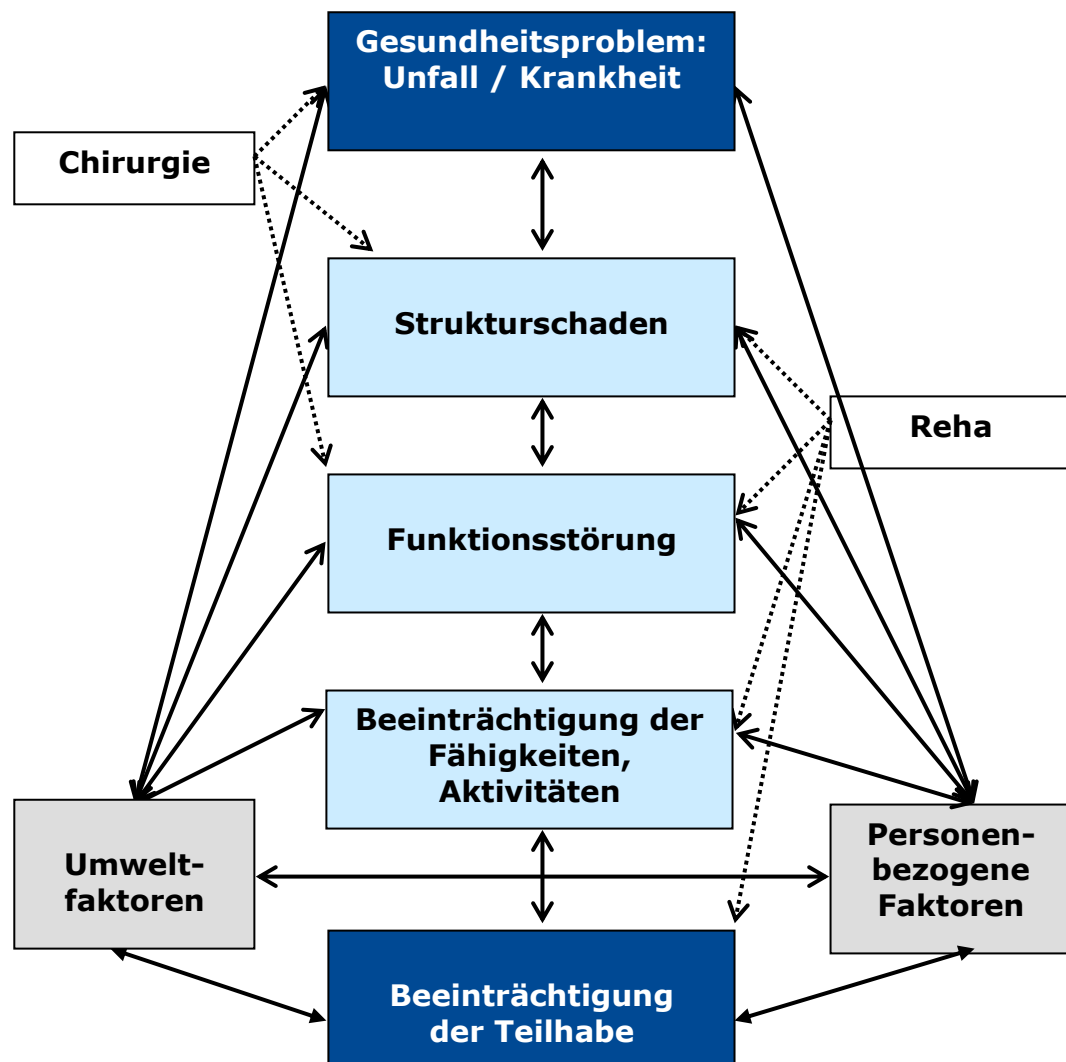


Abb. 3.2.2.b: Darstellung der allgemeinen Unfallfolgen und deren potentielle Interaktionen und Rückwirkungen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren). Das Diagramm zeigt zugleich die therapeutischen Ebenen von Akutbehandlung/Chirurgie und Rehabilitation.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die ICF bildet als Klassifikationssystem eine wichtige Grundlage in der Rehabilitation unfallverletzter Patienten, da sie neben der Beschreibung und Klassifizierung von **Schädigungen** bzw. einer Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur die Beurteilung der damit im Zusammenhang stehenden Beeinträchtigungen von **Aktivitäten** und **Teilhabe** beschreibt und darüber hinaus die fördernden oder hemmenden **Kontextfaktoren** mit einbezieht. Funktionsstörungen und Einschränkungen der Aktivitäten können direkt mit den individuellen beruflichen Anforderungen in Bezug gebracht werden. Daher ist die ICF bei der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen einzusetzen. Entsprechend gezielt können die therapeutischen Maßnahmen in der Rehabilitation durchgeführt werden. Die ICF bietet somit eine geeignete Grundlage, Therapieerfolge nach einem international anerkannten Modell zu beschreiben und zu quantifizieren und in einer international anerkannten Sprache darzustellen.

Zum besseren Verständnis werden die in den Abbildungen 3.2.2.a und 3.2.2.b dargestellten theoretischen Zusammenhänge an praktischen Alltagskomponenten illustriert.

3.2.2.1 Domänen der Körperfunktionen und -strukturen (Schädigungsebene)

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (inkl. psychische Funktionen).

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur im Sinne einer wesentlichen Abweichung oder eines Verlusts.

Domänen der Körperstrukturen (s= „body structures“ + Kodierung):

- s1: Struktur des Nervensystems (z.B. Struktur des Rückenmarks – s 12008)
- s2: Das Auge, das Ohr (z.B. Augenlid – s 2301)
- s3: Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind (z.B. Lippen – s 3204)
- s4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems (z.B. Atemmuskulatur – s 4303)
- s5: Mit dem Verdauungs-, dem Stoffwechsel- und dem endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen (z.B. Magen – s 530)
- s6: Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen (z.B. Brust – s 6302)
- s7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen (z.B. Knochen des Unterarms – s 73010)
- s8: Strukturen der Haut (z.B. Haut des Kopfes – s 8100)

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Domänen der Körperfunktionen (b= „body functions“ + Kodierung):

- b1: Mentale Funktionen (z.B. Motivation – b 1301)
- b2: Sinnesfunktionen und Schmerz (z.B. Rückenschmerz – b 28013)
- b3: Stimm- und Sprechfunktionen (z.B. Stimmqualität – b 3101)
- b4: Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (z.B. erhöhter Blutdruck – b 4200)
- b5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems (z.B. Brechreiz und Übelkeit – b 5350)
- b6: Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems (z.B. sexuelle Funktionen – b 640)
- b7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen (z.B. Beweglichkeit mehrerer Gelenke – b 7101)
- b8: Funktionen der Haut (z.B. Schutzfunktionen der Haut – b 810)

3.2.2.2 Domänen der Aktivitäten/Teilhabe (Aktivitätsebene)

Aktivitäten sind die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch einen Menschen.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung von Aktivitäten haben kann.

Teilhabe ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. Beeinträchtigungen der Teilhabe umfassen Probleme und Situationen, die das Einbezogensein eines Individuums in eine Lebenssituation beschränken.

Domänen der Aktivitäten/Teilhabe (jede Domäne kann als individuelle Aktivität oder als gesellschaftliche Teilhabe interpretiert werden (d = "life domains" + gemeinsame Kodierung)

- d1: Lernen + Wissensanwendung (z.B. Lesen - d 166)
- d2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z.B. komplexe Aufgabe übernehmen - d 2101)
- d3: Kommunikation (z.B. Telekommunikationsgeräte benutzen – d 3600)
- d4: Mobilität (z.B. Transportmittel benutzen – d 470)
- d5: Selbstversorgung (z.B. sich kleiden – d 540)
- d6: Häusliches Leben (z.B. Müll entsorgen – d 6405)
- d7: Interpersonelle Interaktion und Beziehungen (z.B. Beziehung eingehen – d 7200)
- d8: Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Vollzeitbeschäftigung – d 8502)
- d9: Gemeinschafts-, soziales + staatsbürgerliches Leben (z.B. Sport – d 9201)

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

3.2.2.3 Domänen der Kontextfaktoren

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Personenbezogene Faktoren sind der spezielle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung eines Menschen (Alter, Bewältigungsstile, ethnische Zugehörigkeit etc.). Sie werden nicht klassifiziert.

Domänen (e = „environment“). Die Domänen können Barrieren oder Förderfaktoren sein)

- e1: Erzeugnisse und Technologien (z.B. Allgemeine Produkte und Technologien für die Kommunikation – e 1250)
- e2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt (z.B. Luftqualität – e 2600)
- e3: Unterstützung und Beziehungen (z.B. Freunde – e 310)
- e4: Einstellungen (z.B. Gesellschaftliche Einstellung – e 460)
- e5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze (z.B. Systeme des Architektur-und Bauwesens – e 5150)

3.3 Rehabilitationswissenschaften

Mit der Festschreibung im SGB V sind alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtet, die Leistungen entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erbringen. Auch im § 26 SGB VII wird hervorgehoben, dass „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Teilhabe“ dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen“ haben. Die Rehabilitation ist also in der Pflicht, wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen zu liefern.

3.3.1 Rehabilitationswissenschaftliche Grundlagen

Die Rehabilitationswissenschaften orientieren sich am biopsychosozialen Modell der WHO (siehe Kap. 3.2.2). Um Krankheits- und Behinderungsfolgen und deren Bewältigung zu analysieren, sind deshalb unterschiedliche Aspekte auf den Ebenen der Biologie und Medizin, der Persönlichkeitsstrukturen, des sozialen Umfeldes, der gesellschaftlichen Bedingungen und allgemeinen Umweltbedingungen einzubeziehen. Die Rehabilitationswissenschaften sind deshalb multidisziplinär angelegt. Beteiligte Fachbereiche sind die Medizin mit ihren Teildisziplinen, die Gesundheitswissenschaft, die Psychologie, die Ökonomie, die Soziologie, die Politikwissenschaft, sowie die Verwaltungs- und Rechtswissenschaften.

Historie: Eine gezielte und koordinierte Rehabilitationsforschung begann in Deutschland erst mit der Implementierung eines umfassenden Quali-

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

tätssicherungsprogramms 1994. Dieses von dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) und der damaligen Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) gemeinsam entwickelte 5-Punkte-Programm ist als Maßnahme der Qualitätssicherung und als Teil eines Qualitätsmanagements konzipiert worden (Koch & Bengel, 2000). Darüber hinaus wurde von der Rentenversicherung und dem Bundesforschungsministerium (BMBF) gemeinsam ein rehabilitationswissenschaftlicher Förderschwerpunkt eingerichtet, um die Rehabilitationsforschung auf eine breitere Basis zu stellen und langfristig eine wirksame Strukturverbesserung zu erreichen. Insgesamt wurden deutschlandweit 8 Forschungsverbände zur Förderung der Rehabilitationswissenschaft gegründet (Haaf & Schliehe, 2000).

Während die medizinische Rehabilitation international bereits eine lange Tradition hat, sind die Rehabilitationswissenschaften in Deutschland somit vergleichsweise jung. Die wissenschaftliche Fundierung der medizinischen Rehabilitation ist jedoch die Voraussetzung für eine erfolgreiche, effiziente und patientenbezogene Rehabilitation. Die kontinuierliche wissenschaftliche Überprüfung bestehender und die Entwicklung neuer wirksamer Prozesse sind deshalb zentrale Forderungen an die Rehabilitation.

3.3.2 Evidenz-basierte Praxis (EBP)

Mit der Festschreibung in den Sozialgesetzbüchern SGB V und SGB VII sind alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen verpflichtet, die Leistungen entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erbringen, d. h. die Rehabilitation ist in der Pflicht, wissenschaftliche Belege für die Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen zu liefern und wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse in die klinische Praxis zu integrieren. Diese gesetzliche Regelung geht konform mit dem Konzept der Evidenz-basierten Praxis (engl. „evidence based practice“).

Laut Sackett (1996) ist die Evidenz-basierte Medizin (EBM) „... der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Kenntnisse mit der jeweils besten externen Evidenz aus systematischer Forschung und klinisch relevanter Forschung.“

Obwohl das Konzept seine Wurzeln in der Medizin hat, hat es sich rasch auf andere Bereiche im Gesundheitswesen ausgebreitet und wird als Evidenz-basierte Praxis (EBP) angewendet.

Das primäre **Ziel** der EBP ist es, dass der Praktiker bei der klinischen oder das Management betreffenden Entscheidung auf systematische und Evidenz-basierte Bewertungen zurückgreifen kann. Diese Bewertungen (Reviews, Meta-Analysen) beruhen auf der systematischen und themenzentrierten Daten- und Ergebnissuche und deren kritischer Evaluation. Sie bilden die Grundlage für Problemlösungen und diagnostische, sowie

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

therapeutische Entscheidungen und werden in wissenschaftlichen Leitlinien zusammengefasst. Die Evidenz-basierte Praxis bietet somit auch eine Methode, um die steigende Zahl von Veröffentlichungen zu bewältigen.

Bei allem notwendigen Bestreben, die Rehabilitation in ihrer Gesamtheit wie in ihren einzelnen Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit und Effektivität wissenschaftlich zu untersuchen, sollten auch die Grenzen der Evidenz-basierten Praxis bewusst bleiben. Nicht alle Maßnahmen lassen sich sinnvoll randomisiert und vergleichend untersuchen, und randomisierte Studien spiegeln in ihren Ein- und Ausschlusskriterien oft nur einen kleinen Ausschnitt des klinischen Alltags wieder. Oft ist es erst die Zusammenfassung des Wissens aus randomisierten Studien, Kohortenstudien und Registern, mit der nicht nur die Wirksamkeit als solche, sondern auch die Effektivität und die Praktikabilität in der Praxis dargestellt werden können.

3.3.3 Zur Entwicklung der Wissenschaft in der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Zur Wissenschaftsstruktur: Wünschenswert ist die Einführung einer dauerhaften und systematischen Förderung der Rehabilitationswissenschaft. Dies würde die Umsetzung von Langzeitstudien und multizentrischen Studien zu geeigneten Themen begünstigen. Es wäre möglich, ein stabiles Netzwerk zwischen den BG-Kliniken zu errichten und den Kontakt zwischen Wissenschaftlern und Praktikern zu ermöglichen. Ausgewählte BG-Kliniken könnten auf diesem Gebiet als wissenschaftliche Koordinationszentren dienen.

Zusammenfassend können folgende Punkte als Voraussetzungen für eine kontinuierliche und verbindliche Forschungsförderung genannt werden:

- Wissenschaftliche Vernetzung der BGen und der beteiligten medizinischen Einrichtungen
- Wissenschaftliche Vernetzung mit externen Institutionen, insbesondere auch mit Universitäten und biometrischen Instituten
- Erarbeitung wissenschaftlicher Zielkriterien auf der Ebene der BGen und der beteiligten Institutionen und Kliniken
- Weiterentwicklung der strukturierten, wettbewerbsgelenkten und auch für Institutionen außerhalb der BGen zugänglichen Forschungsförderung

Beispiele künftiger wissenschaftlicher Inhalte: Zu den wissenschaftlichen Inhalten der Zukunft können hier nur Beispiele und Anregungen gegeben werden, da die inhaltlichen Fragestellungen selbst den Änderungen auf der gesetzlichen Ebene, den Änderungen der soziodemographischen und der wirtschaftlichen Gegebenheiten unterworfen sind.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Zur Weiterentwicklung der Berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation erscheinen dennoch folgende Forschungsbereiche von besonderer Bedeutung:

- Einführung von validierten Konzepten zur Einbeziehung der Patienten in den Therapieprozess (Patientenorientierung)
- Untersuchungen über die inhaltliche und strukturelle Abstimmung und Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche und über die Funktion der gesamten Behandlungskette
- Regelmäßige Untersuchungen zur Kosteneffizienz von Methoden, Rehabilitations-Konzepten und Behandlungsketten
- Bedarfsgerechte Anwendung der ICF
- Forschung zur medizinischen, psychologischen und sozialen Prognose von Unfallpatienten.

Zur Innovation gehört mehr als nur neue Erkenntnisse vorzulegen. Entscheidend ist die Verbreitung und Umsetzung dieser Ergebnisse. Die Forschung allein ist keine Innovation, wohl aber „ein Katalysator, um Innovation voranzutreiben“ (Schmidt et al, 2006). Ob Forschungsergebnisse rasch in Innovationen münden, liegt vor allem an der Veränderungsbereitschaft der Institutionen und den darin arbeitenden Personen. Deshalb ist es in Zeiten der Evidenz-basierten Praxis unerlässlich, eine Vernetzung aller UV-Einrichtungen herzustellen, um die Resultate der Forschung in die Praxis einzuführen und um dadurch die Weiterentwicklung einer fundierten Rehabilitation langfristig sicherzustellen.

3.4 Zur Zukunft der Berufsgenossenschaftlichen Rehabilitation

3.4.1 Aus der Sicht des Patienten

Die Beteiligung des Patienten an der eigenen Therapie und die Förderung der Eigeninitiative und Verantwortung im Rehabilitationsprozess werden als zentrale Elemente einer modernen Rehabilitation vorausgesetzt. Insbesondere die Formulierung von expliziten Behandlungszielen unter aktiver Beteiligung der Patienten gilt als wichtiger Bestandteil des Rehabilitationsprozesses. Ein praktikabler Weg, wie die beteiligten Berufsgruppen das aktive Mitwirken der Patienten angemessen unterstützen können, ist inzwischen entwickelt und erprobt worden (Harth et al., 2009). Allerdings ist dieses patientenorientierte Konzept bislang nicht flächendeckend festgelegt und implementiert, und es besteht ein erheblicher Bedarf an Weiterentwicklung. So stellen Patienten mit Migrationshintergrund das Reha-Team oft vor besondere Herausforderungen. Dabei spielen nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle und soziale Aspekte eine besondere Rolle.

Zur Unterstützung der Patientenorientierung in der Rehabilitation sind regelmäßige Trainingseinheiten zur Verbesserung der Kommunikation zwischen den Therapeuten selbst und zwischen Therapeuten und Patienten

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

für alle in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen zu empfehlen und routinemäßig durchzuführen.

3.4.2 Aus der Sicht der Unfallversicherung

Die Stärke der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung liegt in der individuellen, Patienten-orientierten Rehabilitationsplanung. Dabei wirken Arzt, Patient und UV-Träger eng zusammen. Die UV-Träger versprechen sich davon eine zeitnahe und möglichst umfassende Reintegration des Unfallverletzten in den ersten Arbeitsmarkt. Dies erspart dem Unfallverletzten die weitere Abhängigkeit von medizinischen Einrichtungen und Sozialleistungsträgern einerseits, und den UV-Trägern immense Kosten durch Verletztengeldzahlungen und Renten andererseits.

Die Zielgenauigkeit einer solchen Leistungserbringung muss ständig gemessen, überprüft und angepasst werden. Nur so ist es möglich auch in Zukunft den Einsatz einer Maximaltherapie zu rechtfertigen und die Wirksamkeit des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens zu erhalten.

Die Gesetzliche Unfallversicherung arbeitet aktuell an bundesweiten Standards für ein solches Reha-Management und für eine wirksame Gliederung des Heilverfahrens der DGUV. Dabei ist auch ein Teil der Überlegungen eine Qualitätskontrolle und ein Benchmarking zu etablieren. Bestandteil dieser Qualitätskontrolle und des Benchmarkings sollten neben der kontinuierlichen Optimierung der Heilverfahrensergebnisse und der Kosteneffektivität auch eine regelmäßige Patientenbefragung sein. Auf diese Weise wird die Patienten-Orientierung des Heilverfahrens auf den Prüfstand gestellt und kann kontinuierlich an die Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

4 Der Rehabilitationsprozess

4.1 Indikationen zur Rehabilitation

4.1.1 Allgemeine Voraussetzungen zur Durchführung einer Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist indiziert, wenn eine Einschränkung der Teilhabe durch einen Unfall droht oder verursacht wurde. Sie ist insbesondere dann indiziert, wenn nach operativer Korrektur der Verletzung(en) die Körperfunktionen wieder hergestellt und langfristig gesichert werden sollen.

Die BG-Kliniken bieten in ihrem Leistungsspektrum neben dem **somatischen Bereich** (z.B. Behebung der Verletzung und Wiederherstellung der Funktion) auch den **edukativen** (z.B. Wiederherstellung von Fähigkeiten, Unfallvermeidung), den **psychischen** (z.B. Unfall- und Krankheitsverarbeitung), und den **sozialen Bereich** (z.B. berufliche Wiedereingliederung) an. Dies sind die Voraussetzungen zur langfristigen Sicherstellung der Teilhabe des Patienten und sie entsprechen somit dem Auftrag des Gesetzgebers an die medizinische Rehabilitation.

Zur allgemeinen Klärung der Indikation zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme bedarf es deshalb der Prüfung

- der **Rehabilitationsbedürftigkeit**
- der **Rehabilitationsfähigkeit**
- der **Rehabilitationsprognose**

Die **Rehabilitationsbedürftigkeit** ist gegeben, wenn als Folge eines Unfalls oder einer Erkrankung eine Beeinträchtigung der **körperlichen, seelischen und sozialen Integrität (Schädigung)** mit der Folge einer Beeinträchtigung individueller Fähigkeiten und Aktivitäten, der individuellen Leistungsfähigkeit und damit auch der **Teilhabe an den Lebensbereichen, privat und beruflich** droht oder bereits eingetreten ist. Die medizinische Rehabilitation hat somit zusammen mit der operativen Versorgung und zeitlich darüber hinaus die Aufgabe, diese Beeinträchtigungen zu beseitigen, zu reduzieren, eine Verschlimmerung zu verhüten und das Risiko erneuter Schädigungen zu verringern (Tab. 4.1.1.a). In diesem Sinne kommt auch der **(Unfall)-Prävention** eine Bedeutung zu. Dies bedeutet, dass die beeinflussenden **Kontextfaktoren (persönliche Merkmale, Umweltfaktoren)** einer besonderen Berücksichtigung bedürfen (Tab. 4.1.1.b).

Zur individuellen Beschreibung der Patienten in Bezug auf die Beeinträchtigung der Körperfunktionen (Schädigung), der Aktivität und Teilhabe und

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

der Beeinflussung durch Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) wird die **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)** angewendet (siehe Kap. 3).

Tab. 4.1.1.a: Beispiele zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Einschränkung der Körperfunktionen und -strukturen

Direkte individuelle Unfallfolgen, Operationsfolgen und Symptomatik (Beispiele)
Schmerzen, Sensibilitätsstörungen
Kosmetische Beeinträchtigung
Einschränkung der Gehfähigkeit, der Handfertigkeit, der Geschicklichkeit, der Feinmotorik
Einschränkung der allgemeinen körperlichen Belastbarkeit, der Kraft und Ausdauer
Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten
Einschränkung in der Bedienung von Geräten in Beruf und Freizeit
Einschränkung der sozialen Fähigkeiten, psychische Beeinträchtigung
Einschränkung der koordinativen Fähigkeiten
Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
→ im Bereich der Mobilität (Gehen, Treppensteigen, Laufen usw.)
→ im Bereich der körperlichen Belastbarkeit (Arbeitsbelastung, Ausdauer, Haushalt, Selbstversorgung, Tragen von Gegenständen usw.)
→ Im Bereich Verhalten und Ausübung von Tätigkeiten (Familie, Freizeit, Beruf)
→ im Bereich Krankheitsbewältigung

Die **Rehabilitationsfähigkeit** bezieht sich auf die körperliche und psychische Verfassung des Patienten.

Rehabilitationsfähig sind Personen, die körperlich und psychisch der Beanspruchung durch die während der Rehabilitation eingesetzten therapeutischen Maßnahmen gewachsen erscheinen, und die der Teilnahme an der Rehabilitationsmaßnahme zustimmen.

Die **Rehabilitationsprognose** bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, mit der durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme die allgemeinen und individuellen **Rehabilitationsziele** (Kap. 4.3) in einem angemessenen Zeitraum erreicht werden können.

Als Beurteilungsbasis dient dabei

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- die Art der Verletzung,
- der bisherige Heilungsverlauf,
- das auf der Basis bisheriger Befunde zu beurteilende Potential zur Kompensation und/oder die Rückbildung der Schädigung und der damit assoziierten Fähigkeits- und Funktionsstörungen, sowie
- die Motivation des Patienten,
- Begleiterkrankungen

Bei der Rehabilitationsprognose spielen beeinflussende Kontextfaktoren eine wichtige Rolle.

Tab. 4.1.1.b: Beispiele für Kontextfaktoren, die die Rehabilitationsprognose beeinflussen
Alter und Geschlecht
Ausbildung und Beruf
Berufliches Umfeld
Soziokulturelle Strukturen (sozialer Status, Familie, Gemeinschaften, Vereine, Kirche)
Psychologische Faktoren (Selbstwertgefühl, Sicherheit/Unsicherheit, Risikobereitschaft)
Soziale Einrichtungen, soziale Sicherung (Finanzielle Situation, medizinische Versorgung, rehabilitative Versorgung, Langzeitversorgung, Freizeitorganisationen, Arbeitsmarkt, Versicherungen)
Persönliche Unterstützung und Beziehungen (Familie, Freunde, Kollegen, professionelle Personen in der medizinischen Versorgung)
Produkte und Substanzen für den persönlichen Gebrauch (Lebensmittel, Medikamente, Geräte, Fahrzeuge, Wohnung)
Erkrankungen (chronische und akute Erkrankungen, die die Teilhabe beeinflussen)

4.1.2 Stellung der Indikation zur Rehabilitation

In der unfallmedizinischen Praxis führen die unfallbedingten Schädigungen und/oder Funktionsstörungen zur notfall- und akutmedizinischen Behandlung einschließlich eines operativen Eingriffs, dies mit den Zielen

- a) den Schaden zu beheben, zu mildern oder zu kompensieren und
- b) die Voraussetzungen für eine möglichst vollständige Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit zu schaffen.

Die sich anschließende Rehabilitation hat die Aufgaben (Abb. 4.1.2)

- a) die Funktionsfähigkeit wieder herzustellen oder wenigstens zu verbessern und langfristig zu sichern (BGSW, KSR).

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- b) die berufliche Wiedereingliederung zu fördern und abzusichern, sowie bei Bedarf eine Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation (TOR) durchzuführen.

Die individuell zugrunde liegende Schädigung und ggf. die dazugehörige Operation stellen somit je nach Ausmaß und drohenden Folgen die Basis der Rehabilitationsbedürftigkeit dar und sind deshalb die Grundlage für die individuelle Indikation zur Rehabilitation. Nach zusätzlicher Klärung der Reha-Fähigkeit (z.B. ausreichende Belastbarkeit) und Feststellung einer günstigen Reha-Prognose (z.B. ausreichende Motivation des Patienten) kann die Reha-Indikation endgültig gestellt werden. Beispiele für Verletzungsdiagnosen, die zu einer Rehabilitation führen oder führen können, sind in Kap. 1.2.2 (Verletzungsartenverzeichnis) und im Kap. 4.6.3 (Indikationen zur Durchführung einer BGSW) aufgelistet.

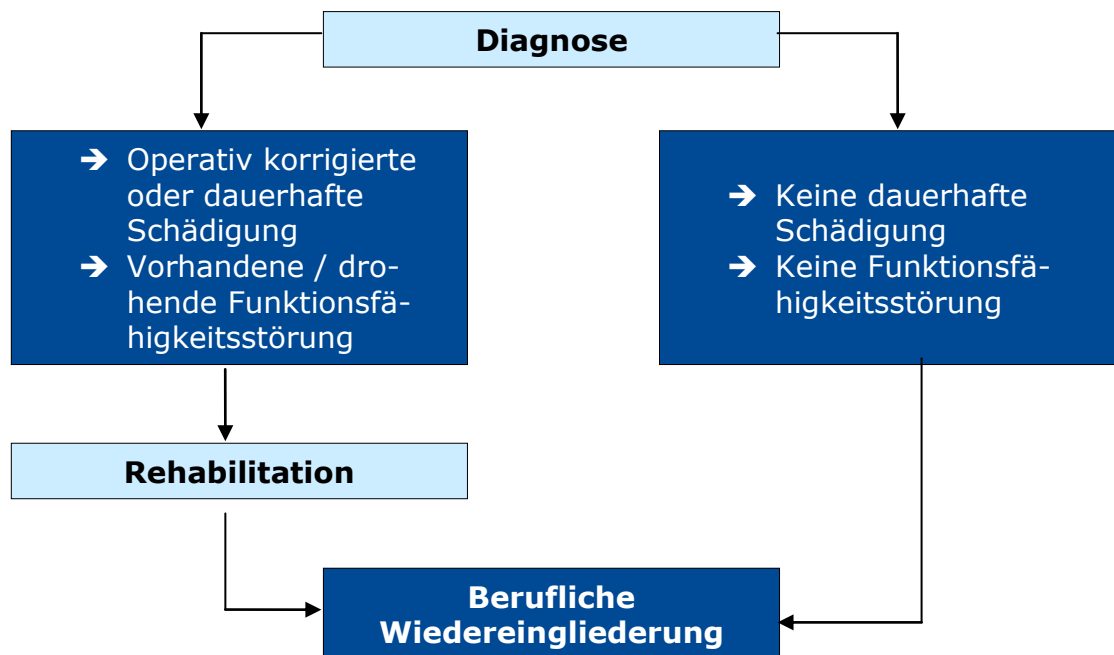


Abb. 4.1.2: Stellung der Rehabilitation im Genesungsprozess nach einem Unfall.

4.1.3 Kontraindikationen

Folgende Kontraindikationen sind zu berücksichtigen:

- Schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit erhöhtem Komplikationsrisiko (z.B. Patienten mit schwer eingeschränkter Pumpfunktion, mit potentiell lebensbedrohlichen Rhythmusstörungen, mit Angina pectoris auf niedriger Belastungsstufe). Patienten mit kompensierten Herz-Kreislauf-Erkrankungen im stabilen klinischen Stadium können jedoch nach einem vorausgegangen ambulanten kardiologischen Check in die Rehabilitation integriert werden

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- stark ausgeprägte Multimorbidität (z.B. Patienten mit schwerer COPD; nicht eingestelltem Diabetes mellitus oder anderen Erkrankungen, die einer intensiven fachärztlichen Betreuung bedürfen
- Patienten mit akuter Eigengefährdung
- ausgeprägte psychologisch-psychiatrische Erkrankungen mit **schweren Verläufen**. Z.B.:, posttraumatische Belastungsstörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen
- **Schwerer** Alkohol- und Medikamentenabusus, Drogenabhängigkeit
- Z.n. Schädel-Hirn-Traumata mit persistierenden stark beeinträchtigende kognitiven Defiziten

Da für viele schwerkranke Patienten die rehabilitativen Maßnahmen für die Verbesserung der Teilhabe entscheidend sind, muss im Einzelfall zusammen mit den zuständigen Fachärzten über die Rehabilitationsfähigkeit entschieden werden.

4.2 Zugang zur Rehabilitation

Evaluation und Beratung sind jedem Reha-Prozess vorangestellt. Hierbei geht es um die Feststellung und Beschreibung der **Rehabilitationsbedürftigkeit**, die **Rehabilitationsfähigkeit**, die **geeignete Rehabilitationsform** und die **Rehabilitationsprognose** (Kap.4.1.1).

Zur Abklärung und Beratung stehen der Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen folgende Einrichtungen, entsprechend der BAR-Rahmenempfehlungen (<http://www.bar-frankfurt.de/2577.html>), zur Verfügung:

4.2.1 Allgemeine Ambulanz

Die allgemeine Ambulanz steht Patienten zur Verfügung, die über den D-Arzt eingewiesen werden, oder die sich auf eigene Veranlassung vorstellen.

4.2.2 UV-Sprechstunden

Heilverfahrenskontrollen: Alle Heilverfahrenskontrollen werden ausschließlich durch den Leiter dieses Bereichs oder einen Oberarzt durchgeführt. Hierdurch wird eine gleichbleibend hohe Qualität garantiert. Alle eingehenden Heilverfahrensakten werden vorher gesichtet um Termine für alle notwendigen Konsile und für die Großgerätediagnostik zu reservieren. Somit wird die Vorstellung des Patienten auf einen Termin begrenzt, und es kann hier schon die komplette weitere Heilverfahrensplanung erfolgen. Der fachärztliche Befundbericht wird zeitnah erstellt und versandt.

Die regulären Heilverfahrenskontrollen werden innerhalb von 10 Tagen einbestellt. In dringenden Fällen ist nach telefonischer Ankündigung des

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

zuständigen Sachbearbeiters auch eine Vorstellung innerhalb von 24 Stunden möglich.

Regelsprechstunde: Die UV-Sprechstunde wird zu festgelegten Terminen durchgeführt. Ein Schwerpunkt der UV-Sprechstunde ist insbesondere die Überwachung und Steuerung des laufenden Heilverfahrens und der beruflichen Wiedereingliederung.

Prinzipiell kann der zuständige Sachbearbeiter, Reha-Manager oder Berufshelfer des Unfallversicherungsträgers an der ambulanten Vorstellung der Patienten teilnehmen. Eine spezielle Terminvereinbarung ist hierfür nicht erforderlich.

UV-Sondersprechstunden: Viele Unfallversicherungsträger haben mit der BG Klinik Ludwigshafen Sondersprechstunden, insbesondere im Rahmen des Reha-Managements, vereinbart.

Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL): Hierbei wird geprüft, ob Patienten mit verbliebenen Unfallfolgen den Anforderungen in ihrem Beruf weiterhin gewachsen sind. Darüber hinaus wird die allgemeine Leistungsfähigkeit der Patienten geprüft. Hierzu werden an zwei aufeinander folgenden Tagen insgesamt 29 Tests durchgeführt. Diese können bei Bedarf durch berufsspezifische Tests ergänzt werden.

Entscheidend für den Erfolg der Testung ist die Vorlage einer exakten Arbeitsplatzbeschreibung durch den Unfallversicherungsträger, denn nur auf dieser Grundlage kann ein genaues Leistungsprofil erstellt werden.

Der zuständige Berufshelfer/Reha-Manager kann sowohl bei den Tests, als auch beim Abschlussgespräch mit anwesend sein.

4.2.3 Stationäre Reha Abklärung (SRA)

Die Stationäre Reha-Abklärung (SRA) ist ein alleinstehendes stationäres Verfahren, bei dem nicht die Therapie, sondern die diagnostische Fragestellung im Vordergrund steht.

Die Durchführung der SRA ist den BG-Kliniken vorbehalten.

Ziel der Maßnahme ist die Klärung des bestehenden Behandlungsbedarfes der versicherten Person. Sie dient entsprechend der weiteren Heilverfahrenssteuerung z.B. dann, wenn Heilungsfortschritte in den laufenden Behandlungen ausbleiben oder verzögert sind. Auch kann im Rahmen der SRA die Überprüfung einer OP- oder Revisionsindikation erfolgen, wenn dafür umfangreiche Diagnostikverfahren herangezogen werden müssen, die nicht durch eine ambulante Heilverfahrenskontrolle erbracht werden können.

Die SRA kann vom behandelnden Durchgangsarzt der BG-Klinik oder von dem zuständigen Unfallversicherungsträger mit dem Formtext F2168 eingeleitet werden.

Der Zeitumfang für eine SRA liegt zwischen 3 und 5 Tagen.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Wird durch die SRA ein weiterer Behandlungsbedarf festgestellt, so wird die konkrete Maßnahme (z.B. Einleitung von EAP, BGSW oder KSR, Aufnahme zur OP) durch den Arzt empfohlen.

Anhand der gewonnenen Erkenntnisse aus der SRA bzw. durch Beantwortung der Fragen des Unfallversicherungsträgers wird die Fortsetzung des Heilverfahrens mit dem Reha-Management geplant.

4.2.4 Interdisziplinäre Schmerzdiagnostik

Die interdisziplinäre Schmerzambulanz steht in der Verantwortlichkeit der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie. Im Rahmen eines eintägigen Aufenthaltes in der BGU-Ludwigshafen werden Unfallversicherte, die unter chronifizierten Schmerzen leiden, von verschiedenen Fachdisziplinen (ärztliche Schmerztherapeuten, Psychologe, Physiotherapeut, Unfallchirurg, Handchirurg) untersucht. Die Indikation für diese Diagnostik besteht, sobald Versicherte 3 Monate nach dem Arbeitsunfall noch therapiebedürftige Schmerzen haben. Nach Abschluss der Untersuchung wird in einer Team-Konferenz eine Behandlungsempfehlung unter Berücksichtigung der biopsychosozialen Aspekte formuliert.

4.2.5 Psychotrauma Ambulanz

Jeder schwere Arbeitsunfall kann zu einem psychischen Trauma führen, welches in der Folge eine erfolgreiche Rehabilitation blockieren kann. Die Psychotrauma-Ambulanz bietet den Berufsgenossenschaften folgende Leistungen:

- a) diagnostische Abklärung unfallabhängiger psychischer Störungen
- b) Kurzzeittherapien mit insgesamt 5 Sitzungen
- c) Kriseninterventionen bei akuter psychischer Dekompensation nach Arbeitsunfall, ggf. auch am Unfallort
- d) Empfehlungen zur ambulanten oder stationären Weiterbehandlung.

Im Rahmen der Psychotrauma-Ambulanz kann vor Beginn einer Reha abgeklärt werden, ob und in welchem Umfang der Patient während der Rehabilitation eine psychologische Betreuung benötigt.

4.3 Rehabilitationsziele

4.3.1 Allgemeine Rehabilitationsziele

Aus den in Kapitel 1.2 dargestellten gesetzlichen Vorgaben ergibt sich für die Patienten der BG Klinik Ludwigshafen folgendes übergreifende Rehabilitationsziel:

Die optimale Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit bei Personen, die ein arbeitsbezogenes Trauma erlitten haben und/oder die behindert oder von Behinderung bedroht sind, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.

Die Rehabilitationsziele nach einem Arbeitsunfall basieren auf diesen gesetzlichen Vorgaben. **Unfallverletzte sollen bestmöglich in Arbeit, Beruf und Gesellschaft wieder eingegliedert werden.**

4.3.2 Individuelle Rehabilitationsziele

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen, die für die meisten oder gar alle Unfallpatienten zutreffen, sollen zu Beginn der Rehabilitation für jeden einzelnen Patienten individuelle Reha-Ziele erarbeitet und formuliert werden. Diese Reha-Ziele werden mit den Patienten erörtert und mit ihnen gemeinsam vereinbart. Der individuelle Patient übernimmt dabei explizit eine angemessene Eigenverantwortung.

Die Formulierung der individuellen Rehabilitationsziele ist auch für die Messung der Ergebnisqualität am Ende der Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Dabei sollen die individuellen Reha-Ziele im Verlauf überprüft und ggf. gemeinsam mit dem Patienten korrigiert werden.

Die Rehabilitationsziele können nach der ICF in Bereiche unterteilt werden, die die Behebung und **Milderung von Schädigungen und Funktionsstörungen**, die **Sicherung der Teilhabe** und/oder die **günstige Beeinflussung möglicher Kontextfaktoren** betreffen (Tab. 4.3.2.).

Tab. 4.3.2: Individuelle Rehabilitationsziele (Beispiele)

Dateiname: RZ_Einrichtungskonzept_UV.doc	Erstellt von: Dr. Kohler et. Al.	QReha Kapitel	Überarbeitung:02//2020
Stand: 02/2018	Version:1.1	Freigabe durch: UL	Seite: 37 von 78

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Bezogen auf Schädigung (somatisch und psychisch)
Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten
Wiederherstellung/Verbesserung der Funktionsfähigkeit von Körper, Körperteilen, Organen
Reduktion von Schmerzen
Verbesserung der neuromuskulären Funktion
Verbesserung/Wiederherstellung der Feinmotorik
Verbesserung der Kraft und Ausdauer
Verminderung/Beseitigung von Schwindel
Verminderung und Beseitigung von psychoreaktiven Störungen (z.B. Ängste, Depression)
Unterstützung bei der Unfallverarbeitung
Verbesserung des Selbstwertgefühls
Bezogen auf die Beeinträchtigung der Teilhabe
Verbesserung, Wiederherstellung, Erhaltung der Selbstständigkeit, Selbstversorgung
Verbesserung, Wiederherstellung, Erhaltung der Mobilität, der Ausdauer, der Gehfähigkeit, der Koordination, der Fähigkeit zur Berufsausübung, der Fähigkeit zur Haushaltsführung
Vermeidung, Beseitigung, Verminderung von Störungen im Partnerverhalten, in der Elternrolle, im Bereich der Motivation, im Umgang mit Krisen
Optimierung der Krankheitsbewältigung
Verbesserung in den Fähigkeiten zur Freizeitgestaltung, Sport, Haushaltsführung, Arbeit, Beruf
Verbesserung der sozialen Integration und der sozialen Kompetenz
Verbesserung der sozialen Kompetenz, der psychischen Unabhängigkeit
Bezogen auf die Kontextfaktoren und die Risikofaktoren
Berufliche Wiedereingliederung (Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation, TOR)
Berufsfördernde Maßnahmen, Umschulungen, Beratungen
Lebensstiländerungen (körperliches Funktions-, Kraft- und Ausdauertraining, Entspannung, Veränderung von Risikoverhalten)
Verbesserung des Informationsstandes zur Unfallvermeidung, zur Krankheit und Behinderung, gesundheitsfördernde und unfallverhindernde Maßnahmen
Erlernen von Techniken zur Selbstkontrolle
Erlernen von Entspannungstechniken

4.4 Inhalte der Rehabilitation

4.4.1 Der multidisziplinäre Ansatz

Nach Behebung oder Korrektur eines körperlichen Schadens ist es die Aufgabe der Rehabilitation, die Funktionsfähigkeit des Körpers auf der somatischen, psychosomatischen und psychischen Ebene wieder herzustellen oder zumindest auf den bestmöglichen Stand zu bringen. Dies ist die erste grundlegende, jedoch noch nicht hinreichende Voraussetzung für die gesellschaftliche Reintegration des Patienten (Wiederherstellung/Verbesserung der Teilhabe). Die zweite Grundvoraussetzung ist die Wiedererlangung der Fähigkeiten, die dem Patienten die vor dem Unfallereignis möglichen gesellschaftlichen Aktivitäten (beruflich und privat) wieder auszuüben erlauben.

Diese differenzierte Aufgabe ist nur durch einen Therapieansatz im Rahmen einer integrierten Versorgung durch ein multidisziplinäres Team zu erreichen. Es lassen sich vier wesentliche Hauptbereiche oder Schwerpunkte differenzieren:

- Somatischer Schwerpunkt (Körperstruktur, allgemeine Körperfunktion)
- Edukativer Schwerpunkt (Fähigkeiten, Aktivitäten, Prävention)
- Psychologischer Schwerpunkt (individuelle Kontextfaktoren)
- Sozialer Schwerpunkt (gesellschaftliche Kontextfaktoren, gesellschaftliche Wiedereingliederung)

Die hier genannten Schwerpunkte sind im Rehabilitationsalltag nicht scharf zu trennen, sondern greifen sehr intensiv ineinander und bedingen sich gegenseitig. Der therapeutische Erfolg hängt somit kritisch von der Funktion des multidisziplinären Teams ab. Dennoch hat eine Rehabilitationsmaßnahme diese einzelnen Schwerpunkte abzudecken, weshalb sie im Folgenden näher erläutert werden.

Somatischer Schwerpunkt (Körperstruktur, allgemeine Körperfunktion): Im somatischen Bereich der UV-Rehabilitation werden alle Aktivitäten zusammengefasst, die mit der „Reparatur“ des Schadens und der Wiederherstellung der Basis-Funktionen zusammenhängen. Auch nach gelungener Operation bedarf es einer fachgerechten Überwachung des Heilungsverlaufs und einer fachgerechten Wiederherstellung der Grundfunktionen. Bei bleibenden Schäden müssen entsprechende Kompensationsmechanismen trainiert werden. Schmerzen können die Wiederherstellung der Funktion hinauszögern, behindern oder gar verhindern. Aus diesem Grunde kann eine fachgerechte Schmerztherapie erforderlich werden. Nicht zuletzt bedarf es der medizinischen Überwachung zur Vermeidung von Komplikationen und Fehlentwicklungen im Heilungsverlauf. Der somatische Bereich umfasst beispielsweise den ärztlichen und pflegerischen Bereich sowie die physiotherapeutischen und sporttherapeutischen Maßnahmen.

Edukativer Schwerpunkt (Fähigkeiten, Aktivitäten, Prävention):

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Im edukativen Bereich geht es darum, den Patienten darin zu unterstützen, seine bisherigen körperlichen und geistigen Fähigkeiten wiederzuerlangen, damit er an seinem bisherigen Platz in der Gesellschaft partizipieren kann. Sofern dieses Ziel nicht erreichbar ist, geht es darum, angemessene Ersatzfähigkeiten zu erlangen, die dem Patienten möglichst zufriedenstellende Aktivitäten in der Gesellschaft und damit auch eine zufriedenstellende Teilhabe erlauben. Auch ist es von entscheidender Bedeutung individuelle präventive Maßnahmen zur persönlichen Unfallverhütung vorzunehmen. Der edukative Bereich konzentriert sich deshalb vor allem auf die Ergotherapie, auf gezielte Schulungen (Physiotherapie, Arbeitsmedizin, Psychologie), ist aber auch Teil der Physiotherapie.

Psychologischer Schwerpunkt (Funktion und Kontextfaktoren):

Unfälle haben nicht nur körperliche Folgen für den Verletzten, sondern können auch mehr oder weniger ausgeprägte psychische Folgen haben. Die belastenden Erlebnisse im Rahmen des Unfalls und die Unfallfolgen müssen vom Unfallopfer ebenso wie von den Angehörigen verarbeitet werden. Direkte psychische Folgen von Unfällen können Ängste und andere psychoreaktive Störungen sein, die durch das Ereignis selbst und/oder durch die Unfallfolgen bedingt sind. Kontextfaktoren können diese psychischen Reaktionen abschwächen oder verstärken. Bleibende Schäden und Behinderungen, Veränderungen des Körperbildes durch Narben oder Amputationen erschweren die Krankheitsverarbeitung erheblich und bergen die Gefahr einer dauerhaften psychischen Beeinträchtigung. Eine verzögerte psychische Unfall- und Krankheitsverarbeitung und schwere vorbestehende psychische Störungen können den Heilungsverlauf selbst, die Rehabilitation und damit auch die berufliche Wiedereingliederung im Sinne einer negativen Rückkopplung stören und behindern. Dadurch entsteht ein Leidensdruck für den Betroffenen selbst und seine soziale Umwelt. Zu erwarten sind auch zusätzliche finanzielle Belastungen für die Kostenträger.

Sozialer Schwerpunkt (allgemeine und individuelle Kontextfaktoren):

Hierzu zählen alle Maßnahmen, die im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten zu treffen sind, um den Patienten - abhängig vom Krankheitsbild und den daraus folgenden individuellen Fähigkeitsstörungen - in seiner gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen.

4.4.2 Ärztlicher und pflegerischer Bereich

Ziele und Aufgaben des ärztlichen Bereichs in der Rehabilitation:

Der Rehabilitationsarzt/die Rehabilitationsärztin koordinieren den Rehabilitationsprozess in Abstimmung mit dem Rehabilitations-Team und mit dem Patienten. Ziel ist es, den Heilungsprozess zu einem bestmöglichen Abschluss zu bringen und den Patienten wieder in seinen beruflichen und privaten Alltag zu integrieren.

Der/die Rehabilitationsarzt/-ärztin ist gemeinsam mit dem Patienten und dem therapeutischem Team für die Festlegung der Therapieziele, die Erstellung und Umsetzung des individuellen Rehabilitationsplans und für die Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen verantwortlich. Unter der Verantwortlichkeit des/der leitenden Rehabilitationsarztes/-ärztin stehen außerdem die Leitung des Rehabilitationsteams und der Teambesprechungen, die Versorgung der Patienten mit Arznei- und Verbandsmitteln, sowie die Qualitätssicherung und Sicherstellung der Dokumentation.

Diagnostik, Rehabilitationsverlauf und Bewertung der Rehabilitationsergebnisse:

Die medizinische Diagnostik soll zu Beginn der UV-Rehabilitation grundsätzlich abgeschlossen sein (z.B. sollen die Befunde der Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchungen vorliegen). Beim ärztlichen Erstgespräch zu Beginn der Rehabilitation erfolgt eine Re-Evaluation und Auswertung der Akte des Unfallversicherungsträgers und aller bisherigen medizinischen Befunde, sowie eine Evaluation der Arbeitsplatzbeschreibung. Zur medizinischen Erstevaluation gehören weiterhin die

- Erhebung einer Zwischenanamnese und des klinischen Verlaufs
- Erhebung des körperlichen Befunds
- Quantifizierung der Einschränkungen der Funktionsfähigkeit in Anlehnung an die ICF

Während der Rehabilitationsmaßnahme wird der Heilungsverlauf überwacht und geprüft. Hierzu erfolgt einmal in der Woche eine Visite mit dem gesamten multidisziplinären Team. Hierbei werden die Ergebnisse der zurückliegenden Woche bewertet, mit den Patienten besprochen und die Ziele für die kommende Woche festgelegt.

Stellt sich während der Rehabilitation heraus, dass der vom Kostenträger genehmigte Zeitraum nicht ausreicht, wird im Rahmen eines freien Berichtes eine Verlängerung beantragt.

Auffälligkeiten während der rehabilitationsspezifischen Maßnahmen werden dem verantwortlichen Rehabilitationsarzt gemeldet. Bei Störungen im Heilungsverlauf werden in Absprache mit dem verantwortlichen Chirurgen und dem Rehabilitations-Team geeignete Maßnahmen eingeleitet.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Entlassung aus der stationären Therapie wird rechtzeitig geplant, und der weitere Verlauf wird zusammen mit den Patienten und den Kostenträgern festgelegt. Dabei ist darauf zu achten, dass nach der Entlassung keine therapeutische Lücke entsteht.

Die Unfallversicherungsträger sind am Ende der Rehabilitation umgehend über das Ergebnis zu informieren. Dies erfolgt in einem strukturierten Entlassungsbericht (siehe Kap. 4.4.9).

Schmerztherapeutische Abklärung:

Schmerzen sind häufig Ursache einer verzögerten beruflichen Rehabilitation. Im Rahmen der Rehabilitation an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen wird daher jeder Patient bei Aufnahme einem kurzen 30-minütigen „Screening“ unterzogen. Hierbei soll abgeklärt werden, ob und wenn ja, in welchem Maße spezifische schmerztherapeutische Maßnahmen sinnvoll und notwendig sind.

Wird bei dem Unfallpatienten die Notwendigkeit einer spezifischen Schmerztherapie gesehen, kommt es zu einer ausführlichen Erstanamnese mit Festlegung der Therapie. Im weiteren Verlauf finden pro Woche jeweils zwei 15-minütige Kurzvorstellungen zur Therapiekontrolle statt.

Personelle und räumliche Ausstattung:

Neben dem ärztlichen Kern-Team steht der Rehabilitation ein breites Spektrum an Konsiliarärzten zur Verfügung. Hierzu zählen Hand- und plastische Chirurgen, ärztliche Schmerztherapeuten, technische Orthopäden.

Den Rehabilitationsärzten steht ein eigener Bereich der BG Klinik Ludwigshafen zur Verfügung, in dem ein Teil der ambulanten Angebote umgesetzt werden (siehe Kap. 2.3.2), und in dem die Leitung und Koordinierung der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung stattfindet. Den ärztlichen Schmerztherapeuten steht ihr eigener räumlicher Bereich zur Verfügung.

Ziele und Aufgaben des pflegerischen Bereichs in der Rehabilitation:

Das Ziel der pflegerischen Tätigkeit ist es, in Zusammenarbeit mit den Ärzten, einen optimalen Heilungsverlauf nach Operation zu gewährleisten. Der Patient wird durch die Pflegekräfte vom Tag der Aufnahme an begleitet. Die Pflege übernimmt dabei auch die Verantwortung als Schnittstelle zu allen an der Behandlung und insbesondere auch an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen. Die Begleitung und Ausarbeitung aller patientenbezogenen Teamsitzungen und Visiten sind weitere Kernaufgaben der Pflegekräfte.

Die Aufgaben im Einzelnen:

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- Koordinierung der Konsiliartätigkeiten und der therapeutischen Abläufe
- Begleitung und Ausarbeitung der patientenbezogenen Teamsitzungen und Visiten
- Wundversorgung
- Medikamentenausgabe
- Hygiene im Krankenzimmer
- Essensausgabe auf Station 31

Die allgemeinen und speziellen Pflegeleistungen werden entsprechend dem aktuellen nationalen Expertenstand, der hausinternen Handlungsanweisungen, Leitlinien und Standards durchgeführt.

Personelle und räumliche Ausstattung:

Das Team der Pflege setzt sich aus den Berufsgruppen Pflegefachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie der Altenpfleger und medizinische Fachangestellte zusammen. Die Aufgabenverteilung erfolgt entsprechend ihrer Qualifikation.

Der Pflegedienst ist auf den Stationen der Klinik angesiedelt. Die Räumlichkeiten wie Stationszentralen und Verbandzimmer entsprechen den allgemeinen Klinik-Standards.

4.4.3 Physiotherapie, Physikalische Therapie, Sporttherapie

Ziele und Aufgaben der Physiotherapie, der Physikalischen Therapie und der Sporttherapie:

Ziel ist es, die Patienten durch Training bestimmter Bewegungsformen zu ihrer ursprünglichen Körperfunktion und Leistungsfähigkeit zurückzuführen. Ist dies nicht mehr möglich soll eine bestmögliche Anpassung erfolgen, um funktionelle Defizite bzw. verbleibende Schäden auszugleichen.

Zu den Aufgaben der Physiotherapie gehören auch die Information und Schulung des Patienten und der Angehörigen über ein gesundheitsgerechtes und auf die Störung der Körperfunktion abgestimmtes Verhalten. Dazu gehört auch die Schulung des Patienten im Gebrauch und im Umgang mit seinen Hilfsmitteln. Damit reichen die Aufgaben der Physiotherapie auch deutlich in den edukativen Bereich der Rehabilitation hinein.

Die Aufgaben der Physiotherapeuten werden in Form von Einzelbehandlung mit individuell auf das Krankheitsbild angepassten Behandlungstechniken, als auch in Form von Gruppenbehandlungen, erfüllt (siehe Tabelle 4.4.3).

Die Aufgaben der Sportlehrer konzentrieren sich auf die Medizinische Trainingstherapie und Sportgruppen wie „Walking“, Kegeln, Tischtennis und Sportspiele auf der Außenanlage und im Schwimmbad.

Die Aufgaben der Masseure sind Anwendungen wie die Manuelle Lymphdrainage, Spezialmassagen und Fangopackungen.

Diagnostik und Evaluation der Ergebnisqualität:

Der Physiotherapeut arbeitet auf der Basis eines fundierten Befundes und des funktionellen Status. Neben der allgemeinen Anamnese werden physische Aspekte, die Sensomotorik, die Kognition, psychische und emotionale Funktionen, ADL/Selbsthilfe, berufliche Tätigkeiten und Freizeitaktivitäten aufgelistet.

Räumliche und apparative Ausstattung:

Der Abteilung Physiotherapie stehen folgende Räume mit der entsprechenden Ausstattung zur Verfügung:

- Mehrere große und kleinere Räume zur physiotherapeutischen Einzelbehandlung, ausgestattet mit modernen Behandlungsbänken, Schlingentischen, Elektrotherapiegeräten, Ultraschalltherapiegeräten, Matten, Bällen, Sprossenwänden und weiterem modernstem Behandlungsmaterial

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

- Eismaschine, Tiefkühlschrank zur Eis- und Kältebehandlung
- Wärmeschrank für Moor- und „Paraffinpacks“
- Räume zur Massage und Lymphdrainage
- Fango
- Räume, in denen die verschiedenen Gruppentherapien und die Sporttherapie durchgeführt werden
- Gehschule mit Vorrichtung zum Lokomotionstraining, Treppen, Geländer, schiefe Ebenen, Geräte zum Belastungs- und Koordinationsstraining, verschiedene Bodenarten und eine Auswahl an den unterschiedlichsten Gehhilfen
- Gehschule im Freien mit vielen verschiedenen Untergründen, Stufen, Hängebrücke
- Raum zur Durchführung der Podometrie (Fußabdruckmessung)
- Großer Raum für die Medizinische Trainingstherapie mit mehr als 30 Ausdauer- und Trainingsgeräten, einem Laufband, einer Kletterwand und einem isokinetischen Test- und Trainingsgerät
- vollautomatische Kegelbahn
- Entspannungs- und Ruheraum für Schmerzpatienten
- Schwimmbad mit behindertengerechter Transferanlage und behindertengerechten Umkleieräumen
- Bewegungsbad mit Hubboden
- Kunstrasensportplatz im Freien
- Tischtennisplatten im Freien und in der Sporthalle

Physiotherapeutische Maßnahmen:

Die physiotherapeutischen Maßnahmen (Tabelle 4.4.3) wirken im muskuloskelettalen Bereich, in den inneren Organsystemen und im Bereich der Haut. Sie haben außerdem Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben der Patienten und beeinflussen die Bewegungsentwicklung und -kontrolle.

Die Behandlungstechniken der Physiotherapie/Krankengymnastik basieren auf den Grundlagen der Anatomie, Physiologie, Neurophysiologie, Biomechanik und Trainingslehre und sie sind in fast allen medizinischen Fachdisziplinen sowohl kurativ als auch präventiv und rehabilitativ einzusetzen. Physikalische Maßnahmen wie z.B. Wärme- und Kälteanwendungen oder Elektrotherapie werden unterstützend mit einbezogen.

Die Behandlungssituation in der Physiotherapie ist durch die personelle Begegnung von Therapeut und Patient geprägt. Sie setzt die qualifizierte Aus- und Weiterbildung der Physiotherapeuten nicht nur bei den physiotherapeutischen Untersuchungs- und Behandlungstechniken, sondern auch im Umgang und in der Patienten-Therapeuteninteraktion voraus.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Tab. 4.4.3: Therapeutische Techniken der Physiotherapie, physikalischen Therapie und Sporttherapie	
Aquatraining	Armgruppen
Atemtherapie	Ausdauertraining
Automobilisation	Balancetraining
Beinbelastungsgruppe	Beingruppen
Belastungstraining	Bewegungsbad in Gruppen
Bindegewebsmassagen	Bobath
Brügger	Brunkow
Butler	Cryocuff
Cyriax	Deep friction
Dehntechniken	Dyn. Muskelaufbautraining
Einzeltherapie im Wasser	Eisabreibungen
Eistauchbäder	Elektrotherapie
Entlastungsstellungen	Entspannungstherapie
Ergonomische Beratung	E-Technik
Fangopackungen	FBL- Functional Kinetics
Feldenkrais	Fitnessgruppe
Fußgruppen	Funktionsanalyse
Ganganalyse	Gangschulung
Heiße Rolle	Jacobson
Kältetherapie	Kegeln
KG - Gerät	Kinesiotape
Kompressionsverbände	Koordinationstraining
Krafttraining	Kreislauftraining
Lagerung	Laufbandtraining
Lauftraining	Lokomotionstraining Laufband
Lymphdrainagen	Maitland
Massagen	Mc Kenzie
Manuelle Therapie	Medizin. Trainingstherapie
Mobilisationstechniken	Muskelaufbautraining
Mobilisierende Massage	Muskelmassagen
Muskelstimulation	Narbenmassagen
Naturmoorpackungen	Nervengleitfähigkeit erarbeiten
Nordic-Walking	Oberkörpertraining
Paraffinpackungen	Passives Bewegen
Passive Gelenktechniken	Phantomübungen
PNF (Propriozeptive neuromuskuläre Facilitation)	Prothesengebrauchsschulung
Querschnittschwimmen	Reaktives Üben
Rollstuhlspport	Rollstuhltraining
Schorschuch-Haase	Schlingentischtherapie
Schnelligkeitstraining	Sportphysiotherapie
Statisches Muskelaufbautraining	Stumpfabhärtung
Stumpftraining	Tapen
Therapeutische Sportgruppen	Therapeutisches Klettern
Thromboseprophylaxe	Trainingstherapie
Ultraschalltherapie	Vojta
Wärmestrahler/Wärmeträger	Wassergewöhnung
Widerstandsübungen	Wirbelsäulengruppen

4.4.4 Ergotherapie

Ziele und Aufgaben der Ergotherapie:

Primäres Ziel der Ergotherapie ist der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der Handlungsfähigkeit, der beruflichen und sozialen Teilhabe und der Lebensqualität der Rehabilitanden, ggf. auch seiner Angehörigen, in den 3 Lebensbereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Die Zielsetzung der Ergotherapie berücksichtigt die Prioritäten der Patienten einerseits und das übergeordnete Ziel des Auftraggebers der Rehabilitation andererseits (siehe SGB VII, §1, 26).

Die Ergotherapie in der BG Klinik Ludwigshafen kann (nach ärztlicher Verordnung) stationär oder ambulant durchgeführt werden.

Diagnostik und Evaluation der Ergebnisqualität:

Die „Assessment“-Verfahren, Zielsetzungen und therapeutischen Interventionen orientieren sich an der ICF (siehe Kap. 3.1). Zur Evaluation stehen diverse standardisierte Verfahren und Messinstrumente zur Verfügung, mit deren Hilfe Einschränkungen der Körperfunktionen, der Körperstrukturen, der Aktivitäten, der beruflichen und sozialen Teilhabe ermittelt werden.

Nach Aufstellung einer Hypothese, welche Faktoren für die Einschränkung der Teilhabe verantwortlich sein könnten, werden gemeinsam mit dem Patienten Behandlungsziele erarbeitet und ein Therapieplan erstellt. Durch eine EDV-gestützte interdisziplinäre Verlaufsdokumentation werden relevante Informationen zentral verwaltet und regelmäßig durch alle Team-Mitglieder aktualisiert.

Das Erreichen der Rehabilitationsziele wird bei der wöchentlichen Visite im interdisziplinären Team im Beisein des Patienten überprüft und diskutiert. Ggf. erfolgt eine Neuanpassung der Ziele. Bei Bedarf findet ein informeller Kontakt zwischen den Team-Mitgliedern statt. Die Teilnahme des zuständigen Berufshelfers/Rehamanagers an den Visiten oder bei den Abschlussgesprächen ist möglich und erwünscht.

Zum Ende der Behandlung werden die Ergebnisse der Therapie mit Hilfe standardisierter Tests und „Assessment“-Verfahren ermittelt und mit den gesetzten Zielen verglichen und ausgewertet. Regelmäßige Verlaufsdokumentationen und Berichterstattungen werden EDV-gestützt in der digitalen Patientenakte hinterlegt (Trosch et al. 2008).

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung****Räumliche und apparative Ausrüstung:**

Dem Bereich der Ergotherapie stehen folgende Räumlichkeiten mit den entsprechenden technischen Ausrüstungen zur Verfügung:

- barrierefreie Behandlungsräume
- Evaluationsräume
- Übungsbad
- ADL- Raum (Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Therapieküche
- Übungs-Pkw
- Schienenraum zur Herstellung individuell angepasster Schienen
- Raum zur Narbenbehandlung: Anpassung individueller Kompressionsbandagen und Silikontherapie
- Arbeitsraum mit PCs und entsprechenden Adaptationen/Tastaturen
- Arbeitsraum mit Arbeitssimulationsgeräten (BTE)
- Einzelbehandlungsraum (z.B. für Kinderbehandlung)
- Holzwerkstatt
- Metallwerkstatt
- EFL-Testraum
- Räume für die Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation (TOR)
- Außengelände mit Rampe , unebenem Gelände, Baugerüst, LKW, sowie einem Dame-Spielfeld mit verschiedenen Gewichten.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Ergotherapeutische Maßnahmen:

Die diagnostischen und therapeutischen Methoden orientieren sich nach individueller Zielsetzung an den Domänen der ICF und sind in der Tabelle 4.4.4.a bis 4.4.4.d aufgelistet.

Tab. 4.4.4.a: Ergotherapeutische Maßnahmen					
Maßnahme	Assessment- Behandlungs- verfahren	Körper- funk- tionen und - struktu- ren	Aktivitä- ten, Teilhabe	Umwelt- faktoren	Personen- bezogene Faktoren
Evaluation der Ver- letzungsfolgen					
Bewegungsausmaß ROM	Gelenkmessung: Neutral-Null- Methode	x			
Kraftstatus	Standardisierte Messung	x			
Umfangbestimmung (Extremitäten)	Volumeter Umfang	x			
Sensibilitätsstatus	Semmes-Weinstein- Test, WEST	x			
Körperliche Leis- tungsfähigkeit	EFL-Screening-Tests	x	x		x
Koordination, Hand- geschicklichkeit	Cambridge- Handfunktionstest u.a.	x			
Evaluation der Funk- tionsfähigkeit	DASH Fragebogen				
Evaluation der beruf- lichen Anforderungen	Checkliste bzw. Fra- gebogen		x	x	
Evaluation des Ar- beitsplatzes/ Ergo- nomie	Checkliste bzw. Fra- gebogen			x	
Evaluation der häusli- chen Tätigkeiten	Checkliste bzw. Fra- gebogen		x		
Evaluation der famili- ären Situation	Fragebogen			x	
Evaluation ADL und Freizeit	Fragebogen		x	x	
Evaluation der Pati- entenziele	SMART				

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Tab. 4.4.4.b: Ergotherapeutische Maßnahmen

Maßnahme	Assessment- Behandlungs- verfahren	Körper- funktio- nen und - struktu- ren	Aktivitä- ten, Teilhabe	Umwelt- faktoren	Personen- bezogene Faktoren
motorisch- funktionelle/ sen- somotorisch- perzeptive Behand- lung ohne bzw. mit geringer Belastung					
	Übungen zur Ödem- prophylaxe/- reduktion	x	x		
	Koordinationsübun- gen	x	x		
	Einsatz Funktionel- ler Therapie-Spiele	x	x		
	Therapiekittübun- gen	x	x		
	Desensibilisierungs- programm	x	x		
	Edukative Maßnah- men (Theorie): z.B. Rückenschule, Ge- lenkschutz, Narben- behandlung	x	x		
	Wahrnehmungs- schulung nach Per- fetti	x	x		
	Arbeitssimulator	x	x		
	Spiegeltherapie	x	x		
	MIP („Motor Ima- gery“ Programm)	x	x		
	Einsatz leichter handwerklicher Techniken (z. B. Peddigrohr, Makra- mee, Weben)	x	x		

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Tab. 4.4.4.c: Ergotherapeutische Maßnahmen

Maßnahme	Assessment- Behandlungs- verfahren	Körper- funktio- nen und - strukt- ren	Aktivitä- ten, Teilhabe	Umwelt- faktoren	Personen- bezogene Faktoren
motorisch- funktionelle/ sen- somotorisch- perzeptive Behand- lung mit Belastung					
	Handwerkliche Tätigkeiten mit unterschiedlichen Materialien (z.B. Holz, Metall) und Einsatz verschiedener Geräte für die OE oder UE (Tretlaubsäge, fußbetriebene Drechselbank, Hobel, Säge, etc.)	x	x		
	Arbeitssimulator	x	x		
	Edukative Maßnahmen (Praxis): z.B. Rückenschule, Gelenkschutz	x	x	x	
	Einsatz verschiedener therapeutischer Medien zur Muskelkräftigung, Kraftaufbau, Ausdauer, Belastungssteigerung	x	x		
Tätigkeits- Orientierte- Rehabilitation	Maßnahmen unter Einbeziehung beruflicher Tätigkeiten	x	x		
	Einbezug von Berufshelfer/Reha-Manager		x		x
ADL-Training/ Selbstversorgung					
	Selbständigkeits-training (z.B. An-/Ausziehen, Hygiene, Essen/Trinken, Kommunikation, Mobilität)		x	x	x

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Tab. 4.4.4.d: Ergotherapeutische Maßnahmen

Maßnahme	Assessment- Behandlungs- verfahren	Körper- funktio- nen u. Struktu- ren	Aktivitä- ten, Teil- habe	Umwelt- faktoren	Personen- bezogene Faktoren
	Edukative Maßnahmen in Theorie und Praxis: z. B. Verhalten bei Endoprothesenversorgung, nach Rückenoperationen, bei Rheuma, bei Brandverletzungen, bei Querschnittlähmungen, nach Amputationen	x	x	x	
	ADL-Training im Rahmen der Prothesenschulung		x	x	
	ADL-Training nach Extremitätenverlust		x	x	
	Einbeziehung von Bezugspersonen		x		x
Prothesenschulung					
	Edukative Maßnahmen (Theorie und Praxis) im Umgang mit der Prothese	x	x		
	Einsatz der Prothese bei Alltagstätigkeiten	x	x		
	Einsatz der Prothese bei beruflichen Tätigkeiten	x	x		
	Einsatz der Prothese bei Freizeitaktivitäten	x	x		x
Hilfsmittelverordnung incl. Schienen-, Kompressions- und Silikonbehandlung					
	Klient- oder Umfeldberatung		x	x	x
	Hilfsmittelversorgung o. -anpassung		x	x	x
	Schienenbehandlung	x	x	x	x
Hirnleistungstraining					
	Papiergestützte Versionen	x	x		
	PC-gestützte Version (z. B. Cogpack)	x	x		

4.4.5 Technische Orthopädie

Ziele und Aufgaben der Technischen Orthopädie:

Die technische Orthopädie befasst sich auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen mit der Abgabe von Hilfsmitteln. Gesetzlich wird dies im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Orthesen, Prothesen und andere Hilfsmittel werden vom behandelnden Arzt verordnet. Danach erfolgt eine Vorstellung bei einem Arzt der Abteilung für Technische Orthopädie. Dieser überprüft die Indikationsstellung nach folgenden Kriterien:

- Warum und zu welchem Zweck muss die orthopädietechnische Versorgung durchgeführt werden?
- Liegen die gesetzlichen sowie therapeutischen Voraussetzungen für die Indikationsstellung vor?
- Ist eine Versorgung „mit allen geeigneten Mitteln“ angezeigt?
- Ist das gewählte Hilfsmittel sinnvoll, notwendig, zweckmäßig und ausreichend?
- Ist bei mehreren gleichwertigen Hilfsmitteln das wirtschaftlichste gewählt?
- Ist eventuell eine Reparatur des vorhandenen Hilfsmittels möglich?

Die Herstellung und Anpassung erfolgt durch den Orthopädiemechaniker oder Schuhmacher, das Hilfsmittel wird vom Arzt begutachtet und abgenommen.

Therapeutische Möglichkeiten der technischen Orthopädie:

Bei der Versorgung nach Amputation steht eine Vielzahl technischer Möglichkeiten zur Verfügung. Die Auswahl der Prothesenpassteile richtet sich nach dem erreichten Mobilitätsgrad des Verletzten. Zunächst erfolgt eine Versorgung des Unfallverletzten mit einer Interimsprothese. Im Rahmen der Prothesengebrauchsschulung und Gehschule, welche in der Mehrzahl der Fälle im Rahmen einer stationären rehabilitativen Maßnahme erfolgt, wird der Mobilitätsgrad ermittelt. So können beim Modularsystem Prothesenfüße während der Gebrauchsschulung ausgetauscht und dem Mobilisierungsfortschritt des Verletzten angepasst werden.

Zur optimalen orthopädietechnischen Prothesenversorgung ist eine enge kooperative Zusammenarbeit zwischen Arzt, Orthopädietechniker und Patienten erforderlich. Aufgrund der Komplexität ist je nach Prothesenversorgung eine Zertifizierung der Orthopädie-Techniker von Seiten der Hersteller zwingend vorgeschrieben. Eine Definitiv-Versorgung mit einer endgültigen Prothese erfolgt erst nach ausreichender Prothesengebrauchsschulung und Festlegung des Mobilitätsgrades.

4.4.6 Schulung, Unfallprävention

Die Primärprävention von Unfällen erfolgt am Arbeitsplatz selbst. Die Sekundärprävention nach einem Unfall erfolgt innerhalb der einzelnen Therapiebereiche individuell auf den Patienten ausgerichtet. Dabei werden die Art des Unfalls, die Unfallfolgen durch Schädigung und Funktionsverluste und individuellen Kontextfaktoren (z.B. Risikobereitschaft, Kenntnisstand und psychologische Traumafolgen) berücksichtigt. Allgemeine Kontextfaktoren werden in die präventive Arbeit und Schulung mit einbezogen, potentielle Mängel am Unfallschutz des betroffenen Arbeitsplatzes werden an den Berufshelfer weitergemeldet.

4.4.7 Psychologische Behandlung

Ziele und Aufgaben:

Die psychologische Mitbehandlung und damit die Stabilisierung der Unfallopfer (bei Bedarf auch deren Angehörige) und die Unterstützung bei der Unfallverarbeitung ist eine zentrale Maßnahme im Rahmen des Rehabilitationsprozesses und für den langfristigen Erfolg der Rehabilitation mit entscheidend. Direkte psychische Folgen von Unfällen können Ängste und andere psychoreaktive Störungen sein, die durch das Ereignis selbst und/oder durch die Unfallfolgen bedingt sind. Kontextfaktoren, wie personenbezogene- und Umweltfaktoren, können diese psychischen Reaktionen beeinflussen.

Häufige psychologische Störungen Unfallverletzter:

Etwa 20-30% aller Unfallverletzten leiden an einer psychoreaktiven Störung. Diese können in verschiedene Gruppen eingeteilt werden:

→ **Akute Belastungsreaktion** (ICD10, F43.0): Hauptsymptome sind die akute Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, sowie eine unangemessene Überaktivität. Die Aufmerksamkeit ist eingengt bis hin zur Desorientierung. Andererseits sind auch Ärger und verbale Aggressionen zu beobachten. Die akute Belastungsreaktion wird sich in den ersten Stunden oder Tagen nach dem Unfall zurückbilden, oder sie geht in andere psychische Störungen über.

→ **Anpassungsstörungen** (ICD10, F43.0): Anpassungsstörungen nehmen bei der Arbeit mit Unfallverletzten einen Schwerpunkt ein. Häufig besteht hierbei eine depressive Reaktion als Folge einer unzureichenden Anpassung an die neuen Lebensbedingungen. Auch soziale Rückzugstendenzen oder andere Störungen des Sozialverhaltens sind häufig, ebenso chronifizierte Ängste und Spannungszustände.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

→ **Posttraumatische Belastungsstörungen** (ICD10, F43.1): Betroffen sind hier vor allem Patienten nach einem Ereignis mit einer außergewöhnlichen Bedrohung und/oder mit einem katastrophalem Ausmaß. Das Erlebte führt zu einer tiefgreifenden Verzweiflungsreaktion. Symptome sind anhaltende Erinnerungen und ein Wiedererleben der Belastung durch sich aufdrängende Nachhallerinnerungen. Auch alpträumhafte Zustände verbunden mit Ein- und Durchschlafstörungen sind in diesem Zusammenhang zu nennen. Umstände und Lebenssituationen, die dem traumatischen Erlebnis ähneln, werden nach Möglichkeit, vermieden. Das individuelle Verhalten der Betroffenen ist nach dem Ereignis stark verändert.

→ **Persönlichkeitsänderungen nach Extremerfahrungen** (ICD10, F62.0): Posttraumatische Belastungsstörungen können chronifizieren und in Persönlichkeitsstörungen münden.

→ **Phobische Reaktionen** (ICD10, F40.2): Sie beziehen sich auf spezifische angstauslösende Situationen, wie beispielsweise Angst vor dem Autofahren (z.B. nach Verkehrsunfall bei Berufskraftfahrern), Höhenangst (z.B. nach Sturz von Gerüst) oder Bedienung von Maschinen und Geräten. Solche phobischen Reaktionen können die berufliche Wiedereingliederung verzögern oder gar verhindern.

Psychologische Diagnostik:

Zur Evaluation psychischer Folgeschäden werden ein Erstgespräch und psychometrische Tests durchgeführt. Dabei werden mögliche psychoreaktive Entwicklungen exploriert und personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren (Kontextfaktoren) erfasst.

Zu den personenbezogenen Faktoren gehören beispielsweise:

- Einstellung zu Krankheit und Gesundheit
- Allgemeiner psychischer Status
- Unfall- bzw. Krankheitsverarbeitung
- Selbstwirksamkeit

Zu den Umweltfaktoren gehören Art, Qualität und Umfang der sozialen Unterstützung, der sozialen Einbindung und Sicherheit.

Auf der Grundlage der aus den psychischen Störungen und Kontextfaktoren erhobenen Variablen erfolgt eine Analyse, auf deren Basis die therapeutischen Strategien entwickelt werden. Zum Ende der Rehabilitation werden erneut psychometrische Tests durchgeführt, um so Veränderungen und Therapieerfolge einschätzen zu können.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Psychologische Interventionen:

Ziel ist die psychische Stabilisierung des Verletzten durch die Unterstützung bei der Trauma- und Krankheitsverarbeitung. Bei bleibenden körperlichen Verletzungen, Schäden und Funktionsstörungen (z.B. nach Amputationen, bei Lähmungen oder nach Brandverletzungen) wird der Betroffene (gemeinsam mit dem sozialen Umfeld) auf die veränderte Realität vorbereitet. Dies insbesondere mit dem Ziel, ihm bei der Kompensation eines etwaigen Identitätsverlustes zu unterstützen und ihm bei der Erarbeitung neuer Perspektiven zu helfen. Nicht zuletzt werden die betroffenen Menschen auf die berufliche Wiedereingliederung und auf die neue Normalität nach dem Unfall vorbereitet.

4.4.8 Berufshilfe- und Sozialdienst

Sozialdienst der Klinik/Rehabilitationseinrichtung:

Die Mitarbeiter des Berufshilfe-/Sozialdienstes beraten Verletzte auf deren Wunsch oder auf Veranlassung der behandelnden Therapeuten und Ärzte in allen sozialen Fragen und Problemen, die in Zusammenhang mit dem Unfall stehen. Sie bieten persönliche, situationsgerechte und lebenspraktische Hilfe in Form von Beratung, Information und Organisation an mit dem Ziel der Förderung der persönlichen Kompetenzen im Umgang mit den Unfallfolgen, der Unterstützung der beruflichen und sozialen Teilhabe und der Stärkung des Verletzten, zufriedenstellende Lösungen zu finden, um den beruflichen und sozialen Alltag zu bewältigen.

Dazu ist es erforderlich, sozialrechtliche und institutionelle Kenntnisse mit der individuellen Lebenssituation des Verletzten zu verknüpfen und mit dem Verletzten dessen soziale, berufliche und materielle Ressourcen zu erschließen. Konkret beinhaltet dies

- eine umfassende Berufsanamnese
- die Hilfestellung bei der Klärung belastender Faktoren in den Bereichen Arbeit, Familie, soziales Umfeld und Finanzen
- eine Beratung in sozialrechtlichen Fragen
- die Erschließung der Ressourcen am Arbeitsplatz
- die Erarbeitung von Möglichkeiten der beruflichen Reintegration
- die Klärung der Erforderlichkeit von KFZ-Hilfen und Einleitung der entsprechenden Maßnahmen
- die Einbindung des zuständigen Berufshelfers und Organisation gemeinsamer Gespräche zur Klärung der beruflichen Zukunft.

In der Tätigkeits-Orientierten-Rehabilitation (TOR) ist die angemessene berufliche Wiedereingliederung das zentrale Ziel. Eine erste Beratung erfolgt bereits zu Beginn der TOR zur Klärung des bisherigen beruflichen Werdegangs, der Ressourcen am Arbeitsplatz (soziale Beziehungen, Arbeitsplatzsicherheit, Zufriedenheit etc.), der Möglichkeiten der beruflichen Reintegration (stufenweise Wiedereingliederung, berufsunterstützende Maßnahmen) und sozialrechtlicher Besonderheiten.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Reha-Management und Besuchsdienst der Unfallversicherungsträger in der BG Klinik

Aufgabe des Reha-Managements ist es, in problematischen Fällen durch frühzeitige Koordination und Entscheidung ein optimales medizinisches Behandlungsergebnis zu erzielen, eine dauerhafte berufliche Wiedereingliederung und eine eigenständige Lebensführung zu erreichen. Durch die persönliche Betreuung der Versicherten wird dem Anliegen nach Selbst- und Mitbestimmung in hohem Maße Rechnung getragen. Hierzu erfolgen:

- Einzelgespräche mit dem Patienten
- Dreiergespräche mit Arzt und Patient zum Erstellen eines Reha-Planes oder bei wichtigen Entscheidungen im Reha-Prozess
- Teilnahme an Team-/Abschlussgesprächen (Reha-Abklärung, TOR, Schmerztagesklinik)
- Planung zielgerichteter, beruflicher Eingliederungsmaßnahmen mit vorbereitenden Arbeitgeberkontakten (Arbeitsplatzbeschreibung)
- Einleitung ergänzender Leistungen (Hilfsmittel, Kfz-Hilfe usw.)

Zielsetzung des Besuchsdienstes der Unfallversicherungsträger ist eine effiziente, zeitnahe Unterstützung des Reha-Managements des zuständigen UV-Trägers durch kundennahen Informationsgewinn und -übermittlung. Hierzu erfolgen:

- Patientenberatungen auf Basis ärztlicher Informationen mit Schwerpunkt der beruflichen Eingliederung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Klinik
- Entgegennahme von Anträgen auf Teilhabeleistungen
- Berichterstattung an den zuständigen UV-Träger mit Durchschrift für die Patientenakte
- Rückmeldung von Kontextfaktoren an das Therapeutenteam, die für den weiteren Reha-Prozess von unmittelbarer Bedeutung sind

4.4.9 Entlassungsbericht

Der ärztliche Entlassungsbericht dient zur Information der Berufsgenossenschaften sowie der weiterbehandelnden Ärzte und weiteren Leistungsträgern über:

- Verletzungsfolgen und Diagnosen
- Erhobene Befunde
- MRE Anamnese
- Verlauf der Rehabilitation
- Das Rehabilitationsergebnis und
- die Empfehlung zur weiteren Behandlung des Patienten.

Zusätzlich findet durch eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung zum Abschluss der Rehabilitation eine Bewertung der Krankheitsfolgen in ihren Auswirkungen auf den Alltag und den Beruf statt.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Der Reha-Entlassbericht spiegelt das Rehabilitationskonzept der Einrichtung wieder und ist als ein Baustein im Qualitätsmanagement zu sehen. Er ist ein wichtiger Bestandteil eines qualifizierten Rehabilitationsprozesses und zeigt eine klare Perspektive für die Weiterbehandlung und die berufliche Belastbarkeit, insbesondere in Bezug auf die Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz oder für eine weitere berufliche Rehabilitation.

Der ärztliche Entlassungsbericht wird wie folgt gegliedert:

1. Diagnose
2. Nebendiagnosen
3. Therapie
4. Vorgeschichte
5. Berufsanamnese
6. Aufnahmebefund
7. Rehabilitationsziele
8. Rehabilitationsverlauf
9. Entlassungsbefund und Zielerreichung
10. Weiteres Vorgehen
11. Medikation bei Entlassung

4.5 Allgemeiner Ablauf der Rehabilitation

Die UV-Rehabilitation beginnt nachdem folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Indikation zur Rehabilitation ist in einer der in Kap. 2.3.2 genannten Beratungsstellen gestellt
- die apparative Diagnostik ist abgeschlossen
- eine detaillierte Arbeitsplatzbeschreibung liegt vor

Evaluation zu Beginn der Reha: Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme erfolgt eine rehabilitationsspezifische Evaluation und Dokumentation des körperlichen Status, der Funktionsfähigkeit (schrittweiser Einsatz der ICF ist vorgesehen), einer Schmerzproblematik und zentraler psychosozialer Kriterien.

Reha-Ziele und Therapieplan: Aus den Ergebnissen dieser Evaluation erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die Festlegung der Reha-Ziele. Die Behandlungsmaßnahmen werden in den einzelnen Funktionsbereichen aufeinander abgestimmt und liegen in einem gedruckten Therapieplan vor. Zur effektiven Therapiesteuerung erfolgt eine elektronische Ausarbeitung des Therapieplanes.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Therapeutische Maßnahmen und Beratung: Täglich wird eine dem Patienten angemessene Kombination aus Medizinischer Trainingstherapie (MTT), Ergotherapie (ET) und Physiotherapie (PT) durchgeführt. Bei Patienten mit TOR erfolgt zudem pro Tag mindestens 2 x 2 Std. ein berufsspezifisches Training. Je nach Bedarf werden diese Maßnahmen ergänzt durch medizinische, psychologische und soziale Beratungen (Sozialdienst und Berufshelfer) und durch eine Schmerztherapie.

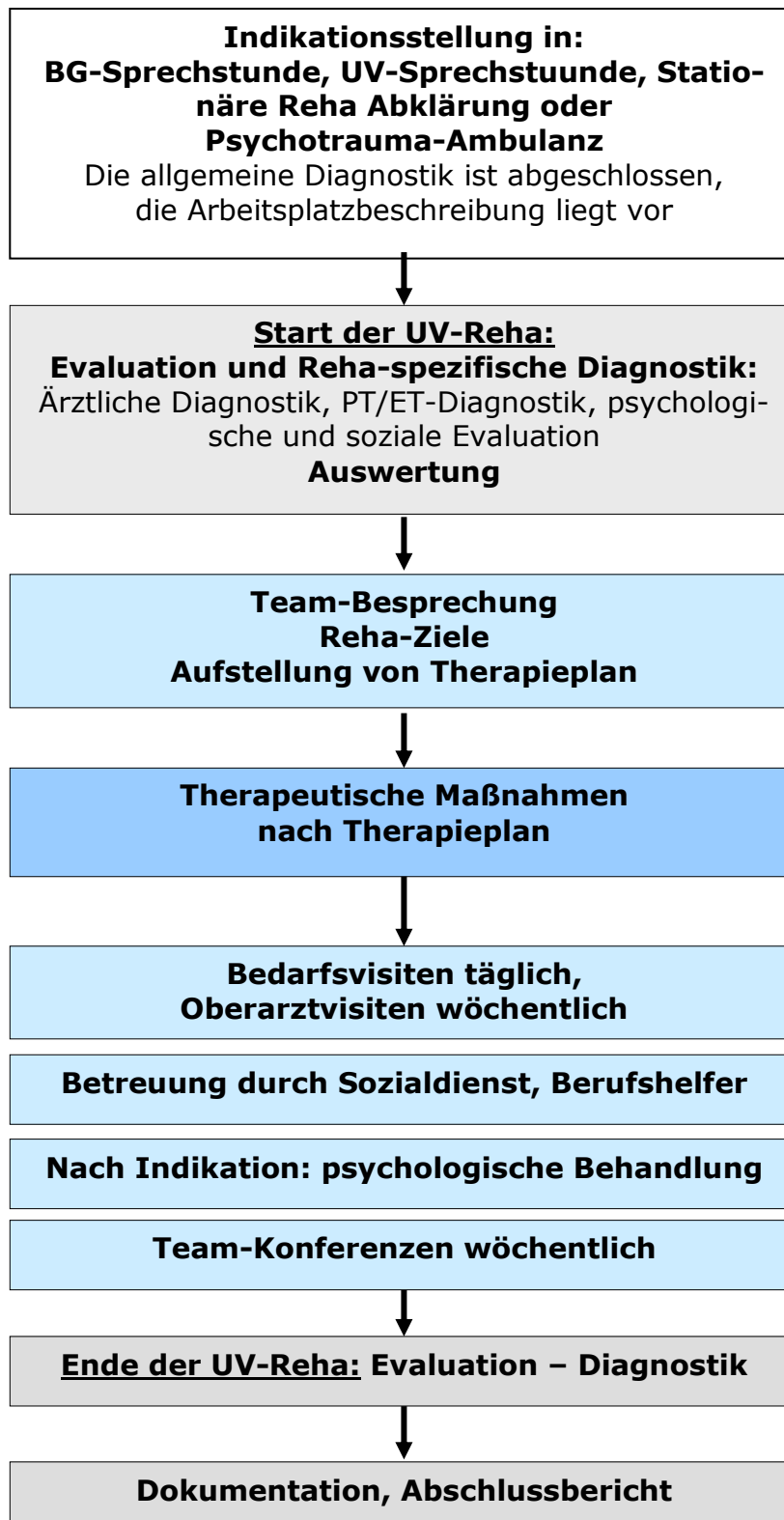
Sozialmedizinische Maßnahmen und berufliche Wiedereingliederung: Bereits zu Beginn und während der Reha werden reale und potentielle Schwierigkeiten bei der beruflichen Wiedereingliederung erfasst und notwendige Schritte im Vorfeld eingeleitet. Aus den Ergebnissen der Evaluation am Ende der UV-Rehabilitation ergibt sich ein positives und negatives Leistungsbild, woraus sich weitere Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (z.B. stufenweise Wiedereingliederung) und ggf. die Festlegung zusätzlicher rehabilitativer Maßnahmen ergeben.

Visiten und Team-Konferenzen: Es werden täglich Präsenzzeiten des Rehabilitationsarztes für Bedarfsvisiten mit Dokumentation angeboten. Regulär erfolgt 1 Oberarztvisite pro Woche. Zusätzlich erfolgen wöchentliche Team-Konferenzen (Arzt, Ergotherapeut, Physiotherapeut, Psychologe, Sozialdienst, Schmerztherapeut, Berufshelfer, Pflege)

Elektronische Akte und Patiententagebuch: Die therapeutischen Maßnahmen werden in einer elektronischen Akte (EDV-Arbeitsplatz in jedem Raum) und in einem Patiententagebuch dokumentiert.

Abschlussbericht: Der Abschlussbericht erfolgt direkt am Ende der Reha mit Nachricht an den zuständigen UV-Träger. Ziel ist es, dass ausgewählte Daten in Form eines Registers zur Dokumentation der Ergebnisqualität erhoben werden können.

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung**



4.6 Rehabilitationsangebote und deren Indikationen

Der Rehabilitationsverlauf soll angepasst an den Schweregrad der Schädigung und der Funktionseinschränkung und je nach Heilungsverlauf unterschiedlich gestaltet werden. Sind die Patienten direkt nach einer Operation noch nicht ausreichend belastbar, erfolgen in der Regel zunächst gezielte physiotherapeutische Maßnahmen bis die eigentliche Rehabilitationsfähigkeit hergestellt ist. In anderen Fällen sind die Operation und der postoperative Verlauf so unkompliziert, dass auf eine Rehabilitation ganz verzichtet werden kann. Im Folgenden werden die verschiedenen Rehabilitationsformen und -komponenten kurz charakterisiert.

4.6.1 Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

Definition:

Unter EAP versteht man eine zeitliche und inhaltliche Intensivierung ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen.

Indikationen:

- Bewegungseinschränkungen nach/bei Gelenk-Teilsteifen (z.B. Arthrolysen, Gelenkersatz bei ankylosierenden Arthrosen, Narkosemobilisation, usw.)
- Verzögerte Mobilisierbarkeit nach komplexen Gelenkverletzungen (z.B. bei Weichteilschaden, postoperativer Ruhigstellung, schwerer Handverletzung usw.)
- objektiv nachweisbare Muskelschwächen oder Muskelfunktionsstörungen nach Verletzungen oder Operationen (z.B. Kompartmentsyndrom, Gesäßmuskelschwäche nach Hüft- und Beckenoperationen, Schwäche der Rückenmuskulatur nach WS-Operationen usw.)
- frühzeitig erkennbarer (innerhalb von 4 Wochen) Stillstand eines anfänglichen Funktionsgewinns unter Physiotherapie (z.B. wegen Gelenkkapselentzündung, Narben- und Weichteilschrumpfung)
- Störungen der Koordination (z.B. nach Verletzungen des zentralen Nervensystems)

Ziele:

Die Ziele entsprechen denen der BGSW.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Ablauf und Inhalte:

Die EAP erfolgt nach den hierfür erstellten Richtlinien (HVBG, BLB, Bundesverband Unfallkassen, 2006). Sie enthält PT, Gruppensport und Medizinische Trainingstherapie (MTT). ET kann zusätzlich rezeptiert werden (z.B. bei allen handverletzten Patienten; bei unfallchirurgischen Patienten nach Bedarf). Die EAP kann durch eine Ergotherapie mit berufsspezifischen Modulen ergänzt werden.

Die Maßnahmen werden individuell dem jeweiligen Patienten angepasst. Das Ziel ist die Wiederherstellung oder Verbesserung der Funktion nach Unfallverletzungen mit Störungen ganzer Funktionsketten.

Die EAP erfolgt möglichst täglich mit maximal 120 Min. pro Tag.

Dauer und Regularien:

Die Verordnung erfolgt durch D-Arzt, H-Arzt oder Handchirurg (nach §37, Abs.3 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).

Die Verordnung erfolgt zunächst für 14 Tage, ggf. ist eine Verlängerung um weitere 14 Tage möglich (nach Vorstellung beim verordnenden Arzt).

Nach 4 Wochen ohne Funktionsgewinn werden weitere Maßnahmen festgelegt. Hierzu gehören:

- Abschluss der EAP ohne weitere Maßnahmen
- Weitere Physiotherapie
- Einleitung einer BGSW
- Andere medizinische Maßnahmen

4.6.2 Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)

Definition:

Eine Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme, welche arbeitsrelevante Aktivitäten mit in die Therapie integriert.

Indikationen:

- Wenn arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie zu integrieren sind.
- In der Regel geht einer ABMR eine EAP oder BGSW voraus.
- Die medizinischen Indikationen entsprechen denen der EAP.

Ziele:

- Die Arbeitsfähigkeit sollte innerhalb der nächsten vier Wochen erreicht werden können.

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung****Ablauf und Inhalte:**

- Ergotherapie mit Schwerpunkt Arbeitstherapie
- Workhardening
- Arbeitssimulationstraining (aus KG, MTT und Ergotherapie)
- Praxistraining

Dauer und Regularien:***Verordnung***

Der Leitende Arzt der ABMR Einrichtung verordnet die ABMR auf dem Vordruck: Verordnung einer ABMR

Dauer

Zwei Wochen, ggf. Verlängerungsantrag für weitere zwei Wochen im Rahmen einer Fallkonferenz.

Intensität

Mindestens drei Stunden Therapie pro Tag an fünf Tagen in der Woche.

Steigerung der Therapieintensität in Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt.

4.6.3 Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

Definition:

Die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung wurde erst 1991 in das berufsgenossenschaftliche Heilverfahren eingeführt. Es handelt sich um eine stationäre Rehabilitationsbehandlung, die sich an die Akutbehandlung eines durch einen Arbeitsunfall Verletzten anschließt.

Indikationen:

Es gibt 3 Hauptindikationen:

- Schwere der Verletzung (Mehrfachverletzte, Polytraumen)
- Komplizierte Verläufe (CRPS, Infektionen, Pseudarthrose)
- Andere Gründe (Soziale Umstände, Strukturprobleme)

Ziele:

Durch die BGSW soll die volle Belastung an den verletzten Extremitäten erreicht werden. Der Muskelaufbau wird stimuliert. Die betroffenen Gelenke sollen wieder ihre volle Funktionsfähigkeit - als Voraussetzung für die volle Alltagstauglichkeit und die berufliche Wiedereingliederung - erhalten.

Ablauf und Inhalte:

Nachdem die Kostenzusage des Unfallversicherungsträgers vorliegt, wird der Patient stationär einbestellt. Die Aufnahme erfolgt auf einer Reha-Station der BG Klinik. Nach der Aufnahmeuntersuchung wird der Therapieplan zusammen mit dem Patienten festgelegt. Er beinhaltet mindestens 4 Stunden pro Tag Physiotherapie, physikalische Therapie, MTT, Sporttherapie und Ergotherapie. Wöchentlich erfolgt eine Visite des therapeutischen Teams. Am Entlassungstag erfolgt die Abschlussuntersuchung, und der Entlassungsbrief wird erstellt. Dieser enthält alle wesentlichen Befunde und die weitere Planung des Heilverfahrens (Kap. 4.4.9).

4.6.4 Komplex-Stationäre Weiterbehandlung (KSR)

Definition:

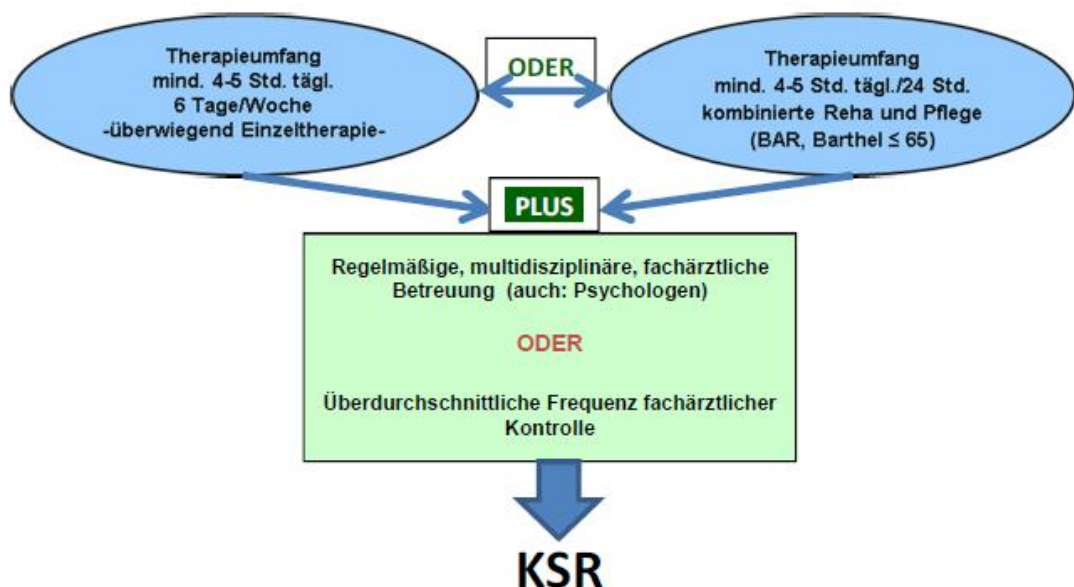
Die KSR ist ein individuell ausgestaltetes Programm zur Wiederherstellung der Teilhabe bei Patienten mit komplexen Verletzungen, welches ausschließlich in BG-Kliniken durchzuführen ist. Dabei steht das gesamte Spektrum diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten einer BG Klinik zur Verfügung.

Indikationen:

Die Komplexe Stationäre Rehabilitation KSR kommt zum Einsatz, wenn Umfang des rehabilitativen Bedarfs eindeutig über dem liegt, was im Rahmen einer BGSW-Behandlung dargestellt werden kann.

Die Indikation zur KSR wird entsprechend bei der Notwendigkeit intensiver Therapie und/ oder intensiver Pflege in Kombination mit regelmäßiger, multidisziplinärer, fachärztlicher Betreuung, einschließlich psychologischer Betreuung oder überdurchschnittlicher Frequenz fachärztlicher Kontrollen gestellt.

Die KSR ist außerdem bei komplexen und verzögerten Heilverläufen indiziert, aber auch bei einem möglichen Missverhältnis zwischen Art und Schwere der Verletzung und bisherigem Heilungsverlauf.



Ziele:

Das bestmögliche Rehabilitationsergebnis soll unter Ausschöpfung aller zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen erreicht werden.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Von beruflicher Seite her soll die Arbeitsfähigkeit oder zumindest eine ABE-Fähigkeit erreicht werden. Sollte dieses Ziel unrealistisch sein, sollen berufliche Alternativen über ein entsprechendes Leistungsprofil erarbeitet werden.

Ablauf und Inhalte:

Diagnostik

Nach der Handlungsanleitung der DGUV sind diagnostische Maßnahmen im Rahmen der BGSW nicht vorgesehen. Im Rahmen der KSR stehen sämtliche verlaufdiagnostischen und rehabilitationsspezifischen Diagnostik-Maßnahmen zur Verfügung. Wenn während der KSR ein Bedarf für akutdiagnostische Maßnahmen auftritt, werden diese im Rahmen der KSR durchgeführt. Der Bedarf für umfassende Diagnostik allein stellt keinen Grund für eine KSR dar.

Therapie

Der zeitliche Gesamtaufwand für Therapie und Pflege (mindestens 4-5 Stunden täglich an sechs Tagen pro Woche, überwiegend in Einzeltherapie) überschreitet den BGSW-Rahmen.

Es wird jeweils ein Aufnahme- und umfassender Abschlussbericht einschließlich detaillierter Berichte über die Ergebnisse spezifischer Untersuchungen und Testungen einschließlich der Ergebnisse etwaiger Konsile erstellt mit Darstellung des funktionsbezogenen Outcome der Maßnahme. Die Therapie dauert je nach Prognose bei Verordnung der Maßnahme 3 oder 4 Wochen. Diese kann bei individuellem Bedarf nach Genehmigung des UVT verlängert werden.

Zeitpunkt der KSR:

Die KSR wird im Rahmen einer Heilverfahrenskontrolle, der Reha-Abklärung, aus einer stationären Behandlung heraus oder durch den Unfallversicherungsträger selbst eingeleitet. Sie kann jederzeit und unabhängig von einer vorangegangenen Akut- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Therapieplan:

Vor Einleitung der KSR wird ein individueller Therapieplan mit den weiteren diagnostischen, medizinischen, rehabilitativen und arbeitsbezogenen Maßnahmen schriftlich festgelegt. Hierbei wird ausschließlich das Formular des Landesverbandes verwendet und unverzüglich an den zuständigen Unfallversicherungsträger versendet.

Kostenübernahme:

Der Unfallversicherungsträger entscheidet innerhalb von 24 Stunden nach Vorliegen der Verordnung über die Anerkennung oder die Ablehnung der KSR. Antwortet der Unfallversicherungsträger nicht in der vorgegebenen Frist, gilt die KSR als genehmigt. Wochenenden und Feiertage verlängern die Frist.

Berichtswesen:

Ist eine Verlängerung der KSR über den zunächst genehmigten Zeitraum (in der Regel 3 oder 4 Wochen) erforderlich, muss dem Unfallversicherungsträger ein Verlängerungsantrag rechtzeitig zugeleitet werden, so dass noch vor Ablauf des bereits genehmigten Zeitraums über den Antrag entschieden werden kann. Liegt innerhalb des bereits genehmigten Zeitraums kein Verlängerungsantrag vor, so gilt die KSR nach Ablauf dieses Zeitraums als beendet.

Bei Abschluss der KSR soll ein Kurzbericht für den Unfallversicherungsträger, den Patienten und den weiterbehandelnden Arzt verfasst werden, sofern nicht schon der ausführliche Abschlussbericht vorliegt.

Der KSR-Abschlussbericht erfolgt in freier Form und soll dem Kostenträger innerhalb einer Woche vorliegen. Er enthält alle wichtigen medizinischen und sozialmedizinischen Angaben. Insbesondere müssen der Fortgang des weiteren Heilverfahrens mit der weiteren Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die Einleitung berufshelferischer Maßnahmen und ein positives und negatives Leistungsbild des Patienten beschrieben sein.

4.6.5 Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation (TOR)

Für die Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation der BGU-LU steht ein eigenes Konzept zur Verfügung, auf welches an dieser Stelle verwiesen wird.

Definition:

Bei der Tätigkeits-Orientierte-Rehabilitation handelt es sich um ein Konzept der stationären und teilstationären beruflichen Wiedereingliederung von unfallchirurgischen und handchirurgischen Patienten mit verzögertem und problematischem Verlauf des Heilverfahrens.

Indikationen und Zielgruppen:

→ Patienten, deren berufliche Wiedereingliederung aufgrund ihrer Verletzungen und noch verbliebener Funktions- und/oder Verhaltensstörungen sowie aufgrund besonderer Anforderungen des Arbeitsplatzes gefährdet ist

→ Ausdiagnostizierte und austherapierte Patienten, bei denen bisherige therapeutische und rehabilitative Maßnahmen nicht zum Erfolg geführt haben

Ziele:

→ Berufliche Wiedereingliederung von Unfallverletzten mit einer problematischen und komplexen Ausgangssituation

→ Evaluation der tatsächlichen beruflichen Belastbarkeit bei Unfallverletzten und bislang erfolgloser beruflicher Wiedereingliederung.

**Konzept der Rehabilitation
der Gesetzlichen Unfallversicherung**

***Erweiterte Ambulante
Physiotherapie (EAP)***

PT, Gruppensport, MTT,
Ergänzung durch ET möglich.
Für Patienten mit Bedarf an intensiver,
jedoch ambulant durchführbarer Behandlung

***Berufsgenossenschaftliche
Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)***

Multidisziplinäre stationäre Reha für Patienten
mit schweren Verletzungen, protrahierten Ver-
läufen, und/oder besonderen Umfeldproblemen

***Komplex-Stationäre
Rehabilitation (KSR)***

Stationäre Intensiv-Rehabilitation unter Anwen-
dung des gesamten Spektrums diagnostischer
und therapeutischer Maßnahmen für Patienten
mit schwersten Verletzungen und besonders
komplizierten Heilungsverläufen

***Tätigkeits-Orientierte-
Rehabilitation (TOR)***

Gezieltes und intensives Training
berufsspezifischer Funktionen

***Tagesklinik
Schmerztherapie (TKS)***

Für Patienten mit schmerzbedingten Teilhabe-
störungen

***(ABMR)
(SRA)***

.....
.....

Abbildung 4.6.5: Übersicht über die Rehabilitationsangebote der Berufs-
genossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen (PT=Physiotherapie;
ET=Ergotherapie; MTT=Medizinische Trainingstherapie).

4.6.6 Tagesklinik Schmerztherapie (TKS)

Definition:

Die TKS ist ein auf Patienten nach Wege- oder Arbeitsunfall zugeschnittenes, teilstationäres Behandlungsprogramm zur Verhinderung und Behandlung schmerzbedingter Teilhabestörungen.

Indikationen und Zielgruppen:

Die Tagesklinik im Schmerzzentrum steht allen Versicherten der Gesetzlichen Unfallversicherung mit anhaltenden Schmerzen zur Verfügung. Besonders **häufige Diagnosen** mit der Indikation zur Schmerztherapie nach einem Wege- oder Arbeitsunfall sind: Knieschmerzen, Rückenschmerzen, Sprunggelenksbeschwerden, CRPS (Morbus Sudeck), neuropathische Schmerzen, Phantomschmerz und HWS-Distorsion (Schleudertrauma). Die Schmerzen sind oft verbunden mit Arthrose, Dystrophien oder auch Muskelverspannungen im Rahmen von Schonhaltungen.

Therapieziel:

Das Therapieziel ist die Verbesserung des Umgangs mit dem Schmerz, sowie die Steigerung von Belastbarkeit und körperlicher Kondition.

Behandlungskonzept:

Im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie liegt der Behandlungsschwerpunkt im Aufbau von Selbstmanagement-Kompetenzen der betroffenen Patienten. Diese umfassen störungsspezifisches Wissen und Medikamenten-Management. Der Behandlungsfokus liegt auf der Verbesserung eigener schmerzreduzierender bzw. -bewältigender Kompetenzen des Patienten. Zur Förderung der raschen beruflichen Reintegration werden Verfahren in den Vordergrund gestellt, die im beruflichen Alltag zeitlich und organisatorisch für den Patienten realistisch und praktikabel umsetzbar sind.

Das Behandlungskonzept berücksichtigt den ganzen Unfallverletzten. Da anhaltende Schmerzen nicht nur physische, sondern in erheblichem Maße auch psychische und soziale Auswirkungen haben, kann sich die Behandlung nicht nur auf die primär schmerzhafteste Körperregion beschränken. Im Vordergrund stehen hierbei aktive physio- und ergotherapeutische Maßnahmen des Patienten, physikalische Interventionen (Wärme, Eis), gezieltes eigenes Einsetzen von transkutanelektrischer Nervenstimulation (TENS), Entspannung sowie Erweiterung der schmerzbewältigenden Kompetenzen, die im Rahmen eines verhaltenstherapeutischen Trainings

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

erworben werden. Mit intensiver Motivations-, Aufklärungs- und Einweisungsarbeit unterstützt das Team diesen Prozess, bis der Patient die Erfahrung einer anhaltenden Schmerzreduktion durch übende Verfahren macht und damit die Bereitschaft steigt, die therapeutischen Maßnahmen nach der Entlassung fortzuführen.

Das Behandlungskonzept ist multidisziplinär: Im Team sind besonders erfahrene, mit Zusatzausbildung, qualifizierte Mitarbeiter der ärztlichen Schmerztherapie, der Psychologie (Verhaltenstherapie), der Physiotherapie und der Ergotherapie vertreten. Dieses Kern-Team steht in engem Kontakt mit den operativ tätigen Kollegen der Klinik. Programmbegleitend wird die berufliche Reintegration vom Sozialdienst vorbereitet. Wenn erforderlich, werden auch die Berufshelfer beratend hinzugezogen.

Behandlungsprogramm:

Das **Behandlungsprogramm** der Tagesklinik erstreckt sich über 4 Wochen und dauert täglich 8 Stunden. Die Wochenenden sind ab Freitag nachmittag behandlungsfrei. Die Unterbringung erfolgt im Hotel, sofern der Wohnort nicht in angemessener Nähe liegt. Die Patienten werden in kleinen Gruppen von maximal 8 Personen straff nach einem Stundenplan betreut. Neben der Gruppentherapie erhält jeder Patient von ärztlicher, psychologischer und physiotherapeutischer Seite Einzelbehandlungen, um so den individuellen Bedürfnissen Rechnung zu tragen.

Vor der Aufnahme in die TKS bedarf es der schriftlichen Kostenzusage des jeweiligen Unfallversicherungsträgers. In der letzten Woche des 4-wöchigen Programms werden die jeweiligen Berufshelfer/Rehamanager der Unfallversicherten eingeladen, um vor Ort mit allen Beteiligten möglichst zeitnah das weitere Vorgehen zu besprechen. Nach Abschluss der Therapie erhalten die Unfallversicherungsträger einen ausführlichen Entlassbericht.

Im Einzelnen umfasst das tagesklinische Angebot der BG Klinik Ludwigshafen folgende Programme:

- **Schmerztherapeutisches Intensivprogramm nach Wege- und Arbeitsunfall:** Pro Behandlungszyklus wird eine Patientengruppe aufgenommen und in die multimodale Schmerztherapie eingeführt. Die Gruppentherapie wird von einer hohen Frequenz von individuellen Einzelbehandlungen ergänzt, da bei dieser Patientenklientel Gruppenhomogenität nur bedingt erreicht werden kann.
- **Schmerztherapie bei Rückenschmerz und Schmerztherapie bei Kopfschmerz:** Diese standardisierten Gruppenprogramme behandeln Schmerzsyndrome, die z. B. bei häufigem Tragen/Heben oder bei überwiegend im Sitzen ausgeführten Tätigkeiten auftreten.

4.6.7 Ambulantes Rehasentrum

Ziele und Aufgaben des Ambulanten Rehasentrums:

Das Ambulante Rehasentrum Reha*Compact* bietet professionelle Behandlung für Rehabilitation und Regeneration. Dies beinhaltet ein modernes Rehakonzept, welches immer an den aktuellen medizinischen und sportphysiotherapeutischen Standards orientiert ist. Qualifizierte Prävention präsentiert das Rehasentrum in freundlicher und persönlicher Atmosphäre.

Das Team des Ambulanten Rehasentrums besteht aus Physiotherapeuten, Sportlehrern und Masseurinnen, die ihren Wissensstand regelmäßig auf Fort- und Weiterbildungen aktualisieren.

Diagnostik und Evaluation der Ergebnisqualität:

Die Sicherung der Ergebnisqualität findet durch genaue Befundung des aktuellen Gesundheitszustandes des Kunden zu standardisierten Zeitpunkten während dem Behandlungsverlauf statt. Die Schwerpunkte innerhalb der Befunderhebung liegen neben dem funktionellen Status ebenfalls auf Aspekten der Sensomotorik, der Psyche, der ADL und Selbsthilfe sowie auf Beruf und Hobby.

Räumliche und apparative Ausstattung:

- Physiotherapeutische Einzelbehandlungsräume mit modernster apparativer und technischer Ausstattung
- Räume für Massage und Lymphdrainage
- Physiotherapeutische Gruppenräume ausgestattet für Sporttherapie und Präventionsgruppen
- Innen- und Außengehschule, Ausstattung siehe stationäre Physiotherapie
- Medizinische Trainingstherapie mit modernsten Trainingsgeräten (Chipkartensystem) und einem isokinetischen Test- und Trainingsgerät
- Regenerationsraum
- Behindertengerechtes Schwimmbad (mit höhenverstellbarem Boden)
- Sportplatz und Turnhalle
- Tischtennisplatten
- Eismaschine
- Wärmebad für Paraffinpackungen

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Physiotherapeutische Maßnahmen:

Die physiotherapeutischen Maßnahmen unseres rehabilitativen Angebotes setzen sich aus breit gefächerten Behandlungstechniken der Physiotherapie zusammen. Sie sind ausgerichtet an dem aktuellen Gesundheitszustand des Kunden und werden auf die individuellen Bedürfnisse angepasst. Die Maßnahmen kommen aus den Bereichen Physiotherapie, Physikalische Therapie, Medizinische Trainingstherapie und Sporttherapie. Ihr interdisziplinäres Ziel ist eine Teilhabe am beruflichen wie auch am sozialen Leben wieder zu erlangen. (siehe Tabelle 4.4.3. und ICF- Tabelle)

Schwerpunkte des Ambulanten Reha zentrums:

- EAP
- Unfall- und Allgemein Chirurgie
- Spezialgebiet: Hand-, Verbrennungs- und Plastische Chirurgie
- Sportverletzungen
- Behandlung nach Amputation (inkl. Prothesentraining)
- Neurologische Krankheitsbilder (inkl. Lokomotionstraining)
- Präventive Gesundheitsangebote
- Arbeitsplatzbezogene Muskoskeletale Rehabilitation (ABMR)

5 Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagementsystem der BG Klinik Ludwigshafen vereint verschiedene Anforderungen und ist integraler Bestandteil des Managementsystems.

Die BG Klinik Ludwigshafen setzt den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung als Basismodell des Qualitätsmanagements um.

Medizinische Konzepte legen die Basis für die aktuelle und für die anzustrebende Qualität der Einrichtung. Qualität in diesem Sinne bedeutet, die Beschaffenheit von Strukturen und Prozessen und deren Eignung, bestimmte Ziele mit einer hohen Effizienz zu erreichen. Die anzustrebenden Ziele haben hierbei nicht den Anspruch allgemeiner Gültigkeit, sondern werden in der Regel vom Arbeitgeber unter Berücksichtigung gesellschaftlich anerkannter Interessen und sich daraus ergebender oder gewünschter Ziele vorgegeben. Diese Ziele sind im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen stets im Wandel und bewirken dann eine Anpassung bisher gültiger Qualitätsmerkmale. Auch der Begriff „Effizienz“ ist nicht absolut, sondern subjektiv und je nach Wertigkeit und Hierarchie der Zielvorgaben variabel. Aus diesen Gründen sind auch medizinische Konzepte einem steten Wandel unterworfen. Sie bieten im optimalen Fall die Grundlage für die Reflexion und Diskussion des Wandels.

Das Einrichtungskonzept wurde von einem interdisziplinären Team erstellt, durch die Geschäftsführung genehmigt und freigegeben. Das Konzept ist für alle Mitarbeiter und beteiligten Berufsgruppen verbindlich und wurde im Intranet veröffentlicht.

5.1 Qualitätssicherung

Um Qualität zu sichern bedarf es der Definition des Begriffs „Qualität“. Qualität orientiert sich vor allem an zwei Dingen:

- a) am Ergebnis
- b) am Weg zum Ergebnis

Ein Ergebnis ist nur dann von hoher Qualität, wenn auch der Weg dorthin gesellschaftlich möglich und akzeptabel ist. Der Weg zum Ergebnis ist beispielsweise durch den Aufwand charakterisiert, welcher notwendig ist um ein Ziel zu erreichen. Der Aufwand muss in einem gesellschaftlich akzeptierten Verhältnis zur Bedeutung des Ziels stehen. „Weg“ bedeutet aber auch gegebenenfalls die Wahl zwischen unterschiedlichen Wegen. Die Wahl zwischen unterschiedlichen Wegen ist selbst wieder ein Qualitätskriterium, welches der steten kritischen Reflexion bedarf.

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

In der Praxis der Qualitätssicherung wird ebenfalls zwischen der Evaluati-
on des Ergebnisses selbst (Ergebnisqualität) und dem Weg dorthin unter-
schieden. Der „Weg“ wird durch die Strukturqualität und die Prozessquali-
tät beschrieben. Es muss betont werden, dass weder die Struktur- noch
die Prozessqualität Werte an sich sind. Eine Bewertung von Struktur- und
Prozessqualität macht nur dann Sinn, wenn diese in ihr Verhältnis zur Er-
gebnisqualität gebracht werden.

5.1.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität betrifft die **Räumlichkeiten**, die **apparative Aus-
stattung** und die **personelle Ausstattung** der Rehabilitation. Durch die
enge Verflechtung der verschiedenen Bereiche der BGU-Ludwigshafen
bestehen insbesondere im Personalbereich Schnittstellen, die für die Ver-
netzung und den Transport von Information unerlässlich sind.

5.1.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität betrifft die Patientenorientierung, die Diagnostik und
das „Assessment“, die Therapieplanung und die Umsetzung der Therapie.
Weiterhin gehören dazu die interne Vernetzung der Rehabilitation mit den
anderen Klinikbereichen und die externe Vernetzung mit den Auftragge-
bern und kooperierenden medizinischen Einrichtungen. In den Bereich
der Prozessqualität gehören auch Dokumentation, Berichtswesen und
Fortbildung. Die Prozessqualität der BGU-Rehabilitation ist im Kapitel 4
des Rehabilitationskonzeptes dargestellt.

5.1.3 Ergebnisqualität

Die Überprüfung der Ergebnisqualität ist die wichtigste und eigentliche
Maßnahme zur Qualitätssicherung. Um eine bestimmte gewünschte Er-
gebnisqualität zu erreichen werden eine geeignete Struktur- und eine ge-
eignete Prozessqualität benötigt. Struktur- und Prozessqualität sind somit
Voraussetzungen für eine entsprechende Ergebnisqualität.

Die Ergebnisqualität betrifft für die BGU-Rehabilitation insbesondere den
Grad der gesellschaftlichen Wiedereingliederung und Teilhabe des Patien-
ten. Die berufliche Wiedereingliederung steht für die Berufsgenossen-
schaften hierbei im Vordergrund. Die Ergebnisqualität lässt sich jedoch
auch noch am Erreichen anderer Rehabilitationsziele messen. Hierzu ge-
hören die allgemeine Lebensqualität der Patienten, die Patientenzufrie-
denheit, die Nachhaltigkeit der gesundheitlichen Stabilisierung und Rein-
tegration der Patienten, die Zufriedenheit der Berufsgenossenschaften
und der Arbeitgeber.

Die Messung der Ergebnisqualität kann kurz-, mittel- und langfristig an-
gelegt sein, betrifft den einzelnen Patienten ebenso wie die statistische
Gesamtheit der Patienten. Letztere kann im Sinne eines „bench-marking“

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

mit anderen Rehabilitationseinrichtungen verglichen werden. Methodisch gehören zur Messung der Ergebnisqualität Befragungen (von Patienten, UV-Trägern, Arbeitgebern), die statistische Auswertung laufender klinischer Daten, Register und wissenschaftliche Studien mit gezielten Fragestellungen (siehe hierzu auch Kap. 3.3).

5.2 Qualitätsziele und Qualitätsmanagement der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung

Die allgemeinen Qualitätsziele sind im Leitbild der BG Klinik Ludwigshafen (Kap. 2.2) dargestellt. Die besonderen Ziele der Abteilung für Berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und Heilverfahrenssteuerung sollen durch den Aufbau eines rehabilitationsspezifischen Qualitätsmanagementsystems abgesichert werden. Dieses wird in enger Abstimmung mit dem klinikinternen Qualitätsmanagementsystem weiterentwickelt.

Das Hauptziel ist die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit der betreuten Patienten. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als ganzheitlicher Begriff verstanden, bei dem neben der reinen Wiederherstellung der Körperfunktion die individuellen und gesellschaftlichen Kontextfaktoren mit einbezogen werden. Nur so lassen sich ein nachhaltiger Rehabilitationseffekt und eine langfristige Teilhabe der Patienten am gesellschaftlichen Leben mit hoher Lebensqualität erzielen. Weil die erfolgreiche Wiedereingliederung der Patienten in das gesellschaftliche Leben das größte Anliegen ist, begeben sich die Patienten vertrauensvoll in die Obhut der Klinik und der Rehabilitationseinrichtung. Dieses Vertrauen zu rechtfertigen hat oberste Priorität.

Um dieses Hauptziel zu erreichen sind die Struktur- und die Prozessqualität der Rehabilitation stets weiterzuentwickeln und an die jeweils aktuellen Erfordernisse und Ziele anzupassen. Die Schnittstellenpartner der Klinik und der Unfallversicherungsträger sind in diesen Prozess mit einzubeziehen.

Anzuwenden ist stets die aktuell bestmögliche und leitliniengerechte Rehabilitationsmedizin. Hierzu gehören kontinuierliche Bemühungen, die Abläufe in den einzelnen Bereichen und in der Zusammenarbeit miteinander zu optimieren. Auch ein konstruktives Fehlermanagement ist zu integrieren.

Eine hohe Prozess- und Ergebnisqualität setzt engagierte und motivierte Mitarbeiter voraus. Gute Arbeitsbedingungen, sichere Arbeitsplätze und eigenverantwortliches Arbeiten fördern die Motivation und das Engagement der Mitarbeiter. Sozial kompetentes Verhalten der Kolleginnen und

Konzept der Rehabilitation der Gesetzlichen Unfallversicherung

Kollegen untereinander und die gegenseitige Unterstützung sind weitere Voraussetzungen für eine erfolgreiche und alle zufriedenstellende gemeinsame Arbeit. Jeder Einzelne ist aufgrund seiner fachlichen Kompetenz und Leistungsfähigkeit wertvoll und sichert durch seine Arbeit und sein Verhalten den guten Ruf der Abteilung und der Klinik. Die fachliche Kompetenz der Mitarbeiter wird durch regelmäßige Fort- und Weiterbildungen erhalten und stets verbessert.

Der unter diesen Bedingungen erreichte Rehabilitationserfolg ist gleichzeitig die Grundlage des gesellschaftlichen Ansehens der Einrichtung und damit auch des wirtschaftlichen Erfolgs. Umgekehrt ist der wirtschaftliche Erfolg die Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung der anvertrauten Patienten.

Die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen und dem kaufmännischen Bereich ist somit das Fundament der Qualitätssicherung. Auf dieses Fundament gründet sich die stabile und vertrauensvolle Partnerschaft zwischen Klinik und Rehabilitationseinrichtung einerseits und den Auftraggebern andererseits. Alle Partner sind dabei verpflichtet, sich gemeinsam in einem konstruktiv kritischen Dialog mit den notwendigen Verbesserungen, Weiterentwicklungen und Innovationen auseinanderzusetzen.

6 Literatur

Farin E, Antes G. (2000) Forschungsintegration und Metaanalysen im Kontext Evidenz-basierter Medizin. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, 429-446.

Haaf H, Schliehe F. (2000) Zur Situation in der Rehabilitationsforschung: Stand und Bedarf. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, 20-39.

Harth A, Rauch J, Wallis-Simon H, Germann G. (2009) Abschlussbericht zu den Forschungsvorhaben: Qualitätsmonitoring in der Rehabilitationspraxis. Ein ICF-basiertes Modell zur patientenorientierten Rehabilitation handverletzter Patienten. Bericht an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

Koch U, Bengel J. (2000) Definition und Selbstverständnis der Rehabilitationswissenschaften. In: Bengel J, Koch U (Hrsg.) Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Springer Berlin Heidelberg, 4-18.

Sackett D, Rosenberg W. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 312: 71-2.

Schmidt C, Froböse I, Schian H-M. (2006) Berufliche Rehabilitation in Bewegung – Herausforderungen und Perspektiven. Die Rehabilitation 45: 194-202.

Siebttes Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGB I S. 1254, das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGB I S. 1974) geändert wurde; www.sozialgesetzbuch.de

Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Artikel 1 des Gesetzes vom 19.06.2001, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2001, Teil 1, Nr. 27, 1046, www.sozialgesetzbuch.de

Trosch U, Ziehn K, George S, Klier R. Ergotherapie in der ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Eine Leistungsbeschreibung orientiert an der ICF. DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.; Hrsg.), Karlsbad 2008

World Health Organisation (2005) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information, DIMDI. Neu-Isenberg.

Zielke M, Carls W, Evertz P, Missel P, Schulz K (2006) Zur Konfundierung zwischen den Qualitätsstandards einer Rehabilitationsklinik und den Qualitätsbefragung durch Patienten. Praxis Verhaltenstherapie 71: 3-11.