

Neuausrichtung der Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung¹

Reorientation of Medical Procedures Covered by Statutory Accident Insurance



Autoren

T. C. Auhuber^{1,2}, C. Reimertz³, W.-D. Müller⁴, R. Hoffmann³

Institute

- 1 BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
- 2 Hochschule der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (HGU)
- 3 BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH
- 4 m&i-Fachklinik Bad Liebenstein

Jedes Jahr ereignen sich in Deutschland ungefähr 1,4 Millionen Arbeits- und Wegeunfälle. Hinzu kommen rund 18 000 Fälle von anerkannten Berufskrankheiten und rund 1,5 Millionen Schulunfälle. Die Unfallzahlen sind im Lauf der Jahre rückläufig. Zuständig für diese Unfälle ist die Gesetzliche Unfallversicherung.

Einleitung

Die Gesetzliche Unfallversicherung bildet eine der fünf klassischen Säulen der Sozialversicherung (► **Tab. 1**). Die Rechtsgrundlagen für die Gesetzliche Unfallversicherung wurden im siebten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VII) geregelt, deren Träger in der Übersicht aufgelistet sind.

ÜBERSICHT

Träger der Unfallversicherung

- gewerbliche Berufsgenossenschaften
- landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften
- Unfallkassen

► **Tab. 1** Die fünf Säulen der Sozialversicherung.

| 5 Säulen der Sozialversicherung | Jahr der Einführung |
|---------------------------------|---------------------|
| Krankenversicherung | 1883 |
| Rentenversicherung | 1889 |
| Unfallversicherung | 1884 |
| Arbeitslosenversicherung | 1927 |
| Pflegeversicherung | 1995 |

In den letzten Jahren kam es zu Fusionen und Umstrukturierungen der Trägerorganisationen und zur Neuordnung der Heilverfahren.

Die Unfallversicherungsträger (► **Tab. 2**) sind in den Spitzenverbänden im Rahmen ihrer Zuständigkeitsbereiche organisiert:

- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) – www.dguv.de,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) – www.svlfg.de.

Versicherte Personen in der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die versicherten Personenkreise sind in den §§ 2, 3 und 6 SGB VII aufgeführt. Versichert sind insbesondere Arbeitnehmer und Auszubildende im Rahmen einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Für Beamte gelten besondere Vorschriften. Darüber hinaus sind unter anderem folgende Personengruppen versichert:

- Personen, die im Interesse der Allgemeinheit tätig sind (z. B. Mitarbeiter in Hilfsorganisationen, Lebensretter, Blutspender),
- bestimmte ehrenamtlich tätige Personen (z. B. ehrenamtliche Mitarbeiter der Freiwilligen Feuerwehr),
- Arbeitslose, wenn sie auf Aufforderung der Arbeitsagentur die Agentur oder eine andere Stelle aufsuchen,
- Personen in der Rehabilitation (z. B. während eines Krankenhausaufenthalts),
- Kinder, die in Kindertageseinrichtungen oder durch geeignete Tagespflegepersonen betreut werden, Schüler und Studierende in Schulen und Hochschulen sowie Personen in der beruflichen Aus- und Fortbildung,

¹ Dieser Beitrag wurde zuerst veröffentlicht in Orthopädie und Unfallchirurgie up2date 2015; 10: 51 – 69

ABKÜRZUNGEN

| | |
|-------------------|---|
| ABMR | Arbeitsplatzspezifische Muskuloskelettale Rehabilitation |
| BG | Berufsgenossenschaft |
| BG Bau | Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft |
| BG ETEM | Berufsgenossenschaft der Energie, Textil-, Elektro-, Medienerzeugnisse |
| BG RCI | Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie |
| BG Verkehr | Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation |
| BGHM | Berufsgenossenschaft für Holz und Metall |
| BGHW | Berufsgenossenschaft für Handel und Waren-distribution |
| BGN | Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe |
| BGSW | Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiter-behandlung |
| BGW | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege |
| DALE-UV | Datenaustausch mit Leistungserbringern in der Gesetzlichen Unfallversicherung |
| D-Arzt | Durchgangsarzt |
| DAV | Durchgangsarztverfahren |
| DGU | Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie |
| DGUV | Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| EAP | Erweiterte Ambulante Physiotherapie |
| EFL | Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit |
| FCE | Functional Capacity Evaluation |
| GKV | Gesetzliche Krankenversicherung |
| GUV | Gesetzliche Unfallversicherung |
| H-Arzt | an der Besonderen Heilbehandlung beteiligter Arzt |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| KSR | Komplexe Stationäre Rehabilitation |
| MdE | Minderung der Erwerbsfähigkeit |
| SAV | Schwerstverletzungsartenverfahren |
| SGB | Sozialgesetzbuch |
| SVLFG | Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau |
| UVB | Unfallversicherung Bund und Bahn |
| VAV | Verletzungsartenverfahren |
| VBG | Verwaltungsberufsgenossenschaft |

- Personen, die selbstständig, als mitarbeitende Familienangehörige oder als abhängig Beschäftigte in der Landwirtschaft arbeiten,
- häusliche Pflegepersonen.

Merke

Der Versicherungsschutz besteht unabhängig von Religion, Alter, Einkommen oder Staatsangehörigkeit.

Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Gesetzliche Unfallversicherung hat die Aufgabe,

- Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (**Prävention**),
- bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit wiederherzustellen (**medizinische Heilbehandlung sowie medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation**) und
- den Versicherten (Lohnersatz- und Rentenleistungen) oder ihren Hinterbliebenen (z. B. Witwen-/Witwer- und Waisenrenten) eine **Entschädigung** zu gewähren.

ÜBERSICHT

Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung im Überblick

- umfassende Heilbehandlung
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und ergänzende Leistungen
- Geldleistungen an Versicherte und Hinterbliebene (Renten)

Die gesetzlichen Regelungen formulieren zunächst einen Präventionsauftrag. Dieser sieht vor, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Die Beratung von Unternehmen und Versicherten in allen Fragen der Sicherheit und Gesundheit steht im Mittelpunkt. Dazu gehört es, umfassende Handlungshilfen und sonstige Informationsmedien für Arbeitgeber und Versicherte zum Thema Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit zur Verfügung zu stellen.

Ein weiteres vorrangiges Ziel der Unfallversicherungsträger stellt die Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit des Versicherten dar:

Merke

Prävention und Rehabilitation mit allen geeigneten Mitteln.

Renten an Versicherte werden dann gezahlt, wenn die Erwerbsfähigkeit nicht vollständig wiederhergestellt werden kann und eine Minderung der Erwerbsfähigkeit

(MdE) von mindestens 20% vorliegt. Die Leistungen zur Heilbehandlung und zur Rehabilitation haben Vorrang vor Rentenleistungen:

Merke
Reha vor Rente.

Versicherte haben nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften und unter Beachtung des Sozialgesetzbuchs 9. Buch (SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft. Die Versicherten sollen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben erhalten. Hilfen zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie zur Führung eines möglichst selbstständigen Lebens unter Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit, Art und Schwere des Gesundheitsschadens sollen gewährt werden.

Die Qualität und die Wirksamkeit der Leistungen zur Heilbehandlung sowie zur Teilhabe haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und müssen den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 26 SGB VII).

Die Aufgaben der Unfallversicherung fasst die Infobox „Prinzipien“ zusammen.

PRINZIPIEN
§ 1 SGB VII Prävention, Rehabilitation, Entschädigung
Aufgabe der Unfallversicherung ist es,

1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,
2. 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.

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) definiert einen anderen Leistungsbegriff. Danach müssen die Leistungen *ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich* sein. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung).

► **Tab.2** Übersicht der Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften und Unfallkassen).

| Unfallversicherungsträger | | Abkürzung |
|---|---|------------|
| Gewerbliche Berufsgenossenschaften | Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft | BG Bau |
| | Berufsgenossenschaft der Energie, Textil-, Elektro-, Medienerzeugnisse | BG ETEM |
| | Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege | BGW |
| | Berufsgenossenschaft für Handel und Warendistribution | BGHW |
| | Berufsgenossenschaft für Holz und Metall | BGHM |
| | Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gastgewerbe | BGN |
| | Berufsgenossenschaft Rohstoffe und chemische Industrie | BG RCI |
| | Berufsgenossenschaft Verkehrswirtschaft Post-Logistik Telekommunikation | BG Verkehr |
| | Verwaltungsberufsgenossenschaft | VBG |
| Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Unfallkassen | Unfallversicherung Bund und Bahn | UVB |
| | Unfallkassen der Länder | |
| | Gemeindeunfallversicherungsverbände und Unfallkassen der Gemeinden | |
| | Feuerwehr-Unfallkassen | |

In der GuV bedeutet „mit allen geeigneten Mitteln“ jedoch nicht, dass Leistungen unbeschränkt gewährt werden: Der Unfallversicherungsträger hat ebenfalls sicherzustellen, dass die ihm obliegenden Aufgaben unter Berücksichtigung der *Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit* erfüllt werden (§ 69 SGB IV – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung).

Finanzierung der Gesetzlichen Unfallversicherung

Bei der Gesetzlichen Unfallversicherung handelt es sich um eine Pflichtversicherung für den Arbeitgeber. Im Gegensatz zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung ist die Gesetzliche Unfallversicherung für die Versicherten beitragsfrei; die Kosten für den umfassenden Versicherungsschutz tragen die Arbeitgeber. Im Bereich der öffentlichen Hand tragen der Bund, die Länder und Gemeinden die Kosten. Die

Beitragshöhe wird im Umlageverfahren ermittelt, indem nachträglich nach Ablauf eines Geschäftsjahres der Aufwand für die Deckung des Bedarfs ermittelt wird. Der Finanzbedarf ermittelt sich aus:

- den Arbeitsentgelten der Versicherten und
- den Gefahrenklassen der unterschiedlichen Branchen.

In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gelten besondere Beitragsmaßstäbe, die sich überwiegend nach den Flächen- und Ertragswerten der landwirtschaftlichen Unternehmen richten.

Bei den Gemeindeunfallversicherungsverbänden und Unfallkassen richten sich die Beiträge nach der Einwohnerzahl, der Zahl der Versicherten oder den Arbeitsentgelten.

Die öffentlichen Unfallversicherungsträger finanzieren ihre Ausgaben regelmäßig aus Haushaltsmitteln (Steuern).

Arbeitsunfall – Wegeunfall – Berufskrankheit

Versicherungsfälle sind Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten.

Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind nach § 8 SGB VII zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen.

Wegeunfall

Versicherte Tätigkeiten sind auch das Zurücklegen des mit der versicherten Tätigkeit zusammenhängenden unmittelbaren Weges nach und von dem Ort der Tätigkeit.

Berufskrankheit

Berufskrankheiten sind Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheiten bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach begründenden Tätigkeit erleiden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

Feststellung der Leistungspflicht

Bei der Feststellung der Leistungspflicht gilt der Grundsatz der **sog. doppelten Kausalität**:

1. Der Gesundheitsschaden muss ursächlich auf das äußere Ereignis zurückgeführt werden können, das äußere Ereignis muss eine wesentliche Bedingung und nicht nur eine Gelegenheitsursache für den Körperschaden bei vorbestehender Schädigung sein (**haftungsausfüllende Kausalität**).
2. Die versicherte Tätigkeit muss unter bestimmten richterrechtlich entwickelten Kriterien für den Eintritt des Unfalls kausal gewesen sein. Es muss ein innerer Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall vorliegen (**haftungsbe gründende Kausalität**).

Merke

Verbotswidriges Handeln schließt den Versicherungsschutz nicht zwingend aus, solange der Versicherte im Interesse der Erledigung betrieblicher Belange tätig ist.

Die Feststellung der Anerkennung von Versicherungsfällen nach dem SGB VII obliegt dem Unfallversicherungsträger.

Merke

Die Überprüfung der Kausalität ist ein nicht immer einfaches Rechtsfeld, das häufig Gegenstand von rechtlichen Auseinandersetzungen ist.

Ziele und Struktur der Heilverfahren

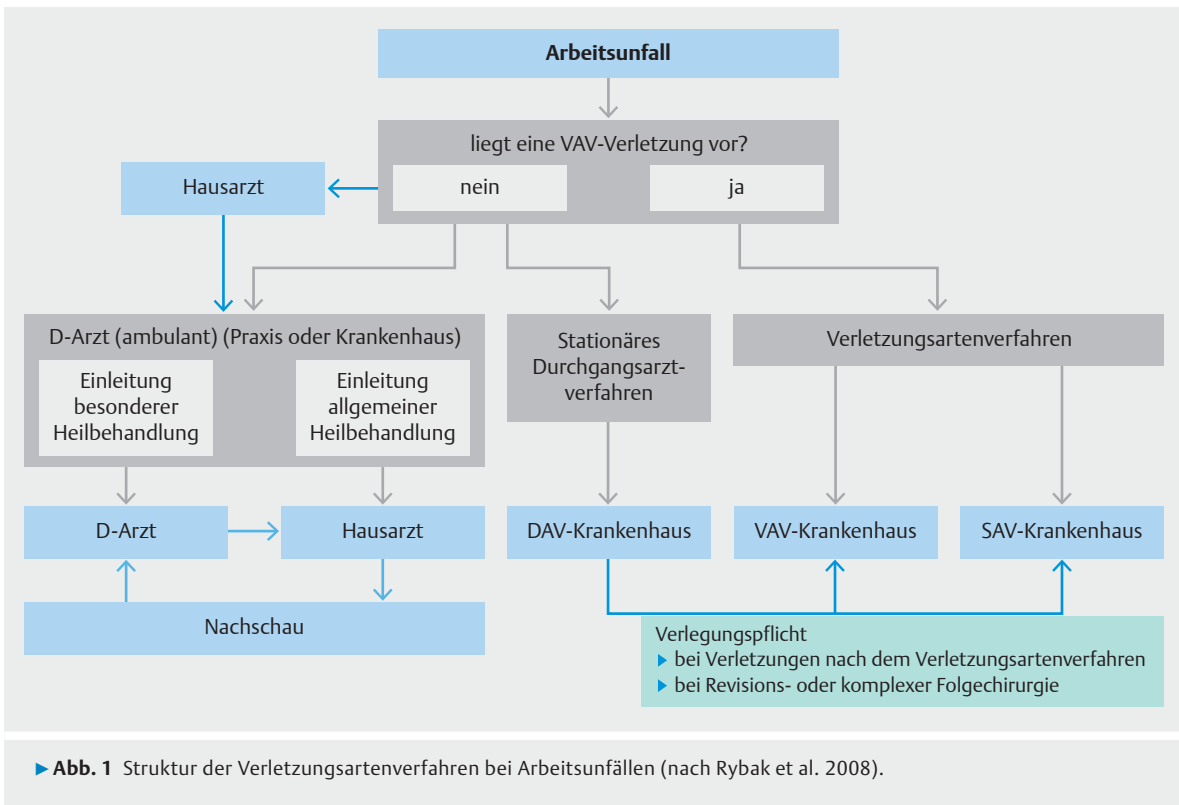
Die Behandlung unfallversicherter Personen findet in Form strukturierter Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung statt.

Ziele

Ziel dieser Verfahren ist es, die gesamte Behandlung von versicherten Personen nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten „aus einer Hand“ vom Unfall bis zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung anzubieten.

Organisationsstruktur

Die Struktur bzw. Organisation der Heilverfahren zeigt ► **Abb. 1**. Die Träger der GUV beteiligen an dem Verfahren ausgewählte und besonders qualifizierte Ärzte, Therapeuten, Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und andere Leistungsanbieter im Gesundheitswesen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Einhaltung hoher Qualitätsstandards. Sie bestimmen im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung. Dies geschieht in enger Abstimmung mit den Leistungserbringern.



Die Unfallversicherungsträger können nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens oder für bestimmte Versichertengruppen besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (**Heilverfahren der Gesetzlichen Unfallversicherung**).

Die Versorgung von Schwer- und Schwerstverletzten soll danach auf besonders qualifizierte und erfahrene Kliniken konzentriert werden. Zudem sollen eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der Gesetzlichen Unfallversicherung sowie eine Profilierung und Aktualisierung der Qualitätsanforderungen erfolgen. Eine besondere Rolle für die Erreichung der Ziele des Heilverfahrens spielen

- die Rettung und die Akutversorgung von Verletzten,
- die Rehabilitation,
- das Rehabilitationsmanagement.

Als Vorbild bei der Umsetzung der Weiterentwicklung des unfallversicherungsrechtlichen Heilverfahrens dienen die klar definierten Strukturen des Traumanetzwerks DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie). Die Grundlage bildet das Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU. Im Vordergrund steht dabei die Idee, Traumanetzwerke zur Versorgung von Unfallverletzten zu bilden.

Darüber hinaus werden Phasenmodelle entwickelt, die den Ablauf des Heilverfahrens definieren. Diese Model-

le berücksichtigen abhängig von der Verletzungsschwere

- die geeignete Versorgungsstufe,
- die Eingangskriterien,
- die personellen Qualifikationen und die materielle Ausstattung der beteiligten Einrichtungen sowie
- das Überleitungsmanagement.

Um Synergieeffekte mit der neu entstandenen unfallmedizinischen Landkarte in Deutschland zu nutzen, wurde für das SGB-VII-Traumanetzwerk das dreigliedrige Versorgungsnetz – bestehend aus lokalem, regionalem und überregionalem Traumazentrum – aus dem Weißbuch übernommen. Da sich die formalen Bedingungen unterscheiden, wurde ein eigenes Zertifizierungs- und Auditierungsverfahren durch die DGUV-Landesverbände entwickelt. Die Zulassung im Traumanetzwerk DGU ist dabei keine notwendige Voraussetzung.

Neben der unfallchirurgischen Versorgung auf hohem Niveau steht insbesondere auch die berufliche und soziale Rehabilitation im Mittelpunkt der Behandlung. Die Bedeutung der biopsychosozialen Kontextfaktoren in einer modernen Gesellschaft unter Beachtung der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) hat an Bedeutung gewonnen und muss bei der Behandlung unfallverletzter Patienten berücksichtigt werden. Daraus resultiert, dass in der Zukunft

ÜBERSICHT**Wesentliche Bestandteile der Novellierung des Heilverfahrens des DGUV**

- Konzentration Schwerstverletzter auf besonders qualifizierte Kliniken im Akut- wie auch im Rehabereich
- stärkere Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzung („der richtige Fall in die richtige Klinik“)
- Ergänzung des Heilverfahrens um die Bereiche Komplikations- und Rekonstruktionsbehandlung sowie Rehabilitation
- Schaffung von Voraussetzungen für Messungen zur Prozess- und Ergebnisqualität als Effektivitätsnachweis

ÜBERSICHT**Neuordnung des ambulanten und akutstationären Heilverfahrens der DGUV (gültig seit 01.01.2014)**

- Ambulantes Durchgangsarztverfahren (DAV) – besondere Heilbehandlung/Überwachung der allgemeinen Heilbehandlung
- Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV) – für „leichte“ Verletzungen (einfache Fälle niedrigerer Schwierigkeitsstufe)
- Verletzungsartenverfahren (VAV) – für „schwere“ Verletzungen (Fälle höherer Schwierigkeitsstufe)
- Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) – für „schwerste“ Verletzungen (komplexe, komplikationsträchtige Fälle höchster Schwierigkeitsstufe)
- Rehabilitationsverfahren je nach Umfang und Schwere der Verletzungen
 - Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)
 - Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
 - Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)
 - Arbeitsplatzspezifische Muskuloskelettale Rehabilitation (ABMR)

Weitere spezielle Heilverfahren:

- handchirurgisches Verfahren
- Hautarztverfahren
- Psychotherapeutenverfahren

Weiterführende Informationen zu den Verletzungsartenverfahren (Handlungsanleitungen/ Anforderungen zur Beteiligung) im Internet unter: http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/index.jsp

die Etablierung von SGB-VII-Trauma-Rehazentren sinnvoll ist.

Wesentliche Bestandteile der Novellierung des Heilverfahrens des DGUV sind in der Übersicht dargestellt.

Die curricularen Veränderungen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung mussten ebenfalls berücksichtigt werden. Seit 2004 ist der Schwerpunkt Unfallchirurgie aus dem Gebiet Chirurgie mit dem Fachgebiet Orthopädie zu dem neuen Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie unter dem Gebiet Chirurgie zusammengeführt. Zudem ist die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ in die Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ überführt worden. Daraus entwickelte sich ein verändertes Qualifikationsprofil für die neue Facharztausbildung mit Auswirkungen auf die Anforderungen zur Teilnahme am Heilverfahren der DGUV auf allen Ebenen.

Die Neuordnung des ambulanten und akutstationären Heilverfahrens der DGUV gilt seit dem 01.01.2014 (s. Infobox Übersicht).

Verletzungsartenverzeichnis

Grundlage zur Steuerung der unfallverletzten Patienten in die geeignete Versorgungsstruktur ist ein Verletzungsartenverzeichnis (► **Abb. 2**). Liegt beim Patienten eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor, ist dies im D-Arzt-Bericht anzugeben.

Das aktuelle Verletzungsartenverzeichnis gilt seit dem 01.01.2013 und wurde zum 01.07.2014 aktualisiert. Es regelt die Zuständigkeiten der jeweiligen Versorgungsstufen für die Behandlung Arbeitsunfallverletzter nach Art und Schwere der Verletzung, woraus Vorgaben für eine differenzierte Zuweisung in die entsprechend qualifizierten Kliniken resultieren. Auf der Basis des VAV-Kataloges von 2005 mit seinen 10 Kategorien ist eine Neugliederung erfolgt. Diese bezieht nun auch gängige medizinische Klassifikationen (z. B. AO-Klassifikation) in die Erläuterungen mit ein (► **Abb. 3**). Im Verzeichnis sind Konstellationen bzw. Verletzungen, die im Fettdruck erscheinen sowie mit Klammerzusatz (S) versehen sind, für Krankenhäuser mit Zulassungen zum Schwerverletzungsartenverfahren (SAV) vorbehalten. Definiert wurden ebenso Voraussetzungen für eine kindertraumatologische Kompetenz der SAV-Häuser.

Die Neuregelungen im Verletzungsartenverzeichnis beinhalten die Wiedereinführung einer **Mindestfallzahl** von jährlich durchschnittlich 75 Arbeitsunfällen im Verletzungsartenverfahren im 5-Jahres-Zeitraum für Krankenhäuser mit Zulassung zum Verletzungsartenverfahren. Diese Mindestfallzahl soll Garant sein für

- hohe Versorgungsqualität,
- hohe fachärztliche und operative Routine,

- einen hohen Pflegestandard sowie
- eine große Erfahrung im Umgang mit den unfallversicherungsrechtlichen Sachverhalten und Besonderheiten dieser Heilverfahren.

Durchgangsarztverfahren (DAV) – H-Arzt-Verfahren

Voraussetzungen

Für den niedergelassenen Durchgangsarzt (D-Arzt) wird gefordert:

- der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und
- 1 weiteres qualifizierendes Jahr in einem mindestens zum VAV-Verfahren zugelassenen Haus;
- zusätzlich Kurse zu den relevanten Inhalten der Heilverfahrenssteuerung unfallversicherter Patienten.

Zu den o. g. Kursen, die der niedergelassene D-Arzt zu absolvieren hat, gehören neben dem Einführungsseminar zum Durchgangsarztverfahren lebenslange regelmäßige und erfolgreiche Besuche zertifizierter Kurse zur Gutachtenerstellung, zu Organisationsformen des Heilverfahrens sowie zu den Bereichen Rehabilitationsmedizin und Rehabilitationsmanagement. Diese Fortbildungsmaßnahmen sind in den bestehenden Fortbildungsnachweis der Landesärztekammern für Fachärzte von 250 Fortbildungspunkten in 5 Jahren integriert. Zudem müssen in diesem Zeitraum 2 unfallmedizinische Tagungen der Landesverbände besucht werden.

Aufgaben des D-Arzt

Dem niedergelassenen D-Arzt kommt eine Lotsenfunktion im Heilverfahren zu, ohne spezielle operative Verfahren persönlich durchführen zu dürfen. Der D-Arzt muss die fachlichen Aspekte und Besonderheiten des gesamten Heilverfahrens der DGUV im Blick haben.

Durchführung des D-Arzt-Verfahrens

Das hohe Niveau des Zulassungsverfahrens soll gesichert werden durch

- Einführung von Mindestfallzahlen (250 D-Arzt-Fälle pro Jahr) sowie
- Qualitätssicherung (Überprüfung alle 5 Jahre).

Grundsätzlich darf jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt Unfallverletzte behandeln. Dabei ist zu beachten, dass Unfallverletzte einem Durchgangsarzt vorzustellen sind, wenn

- die Unfallverletzung über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit führt oder
- die notwendige ärztliche Behandlung voraussichtlich über eine Woche andauert oder
- Heil- und Hilfsmittel zu verordnen sind oder
- es sich um eine Wiedererkrankung aufgrund von Unfallfolgen handelt.

Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens in der Fassung vom 1. Januar 2013; Stand zum 1. Juli 2014

| | |
|----|--|
| 1 | ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels, Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome, thermische und chemische Schädigungen |
| 2 | Verletzungen der großen Gefäße |
| 3 | Verletzungen der großen Nervenbahnen einschließlich Wirbelsäulenverletzungen mit neurologischer Symptomatik |
| 4 | offene oder gedeckte mittelschwere und schwere Schädel-Hirn-Verletzungen (ab SHT Grad II) |
| 5 | Brustkorb- und Bauch-Verletzungen mit operationsbedürftiger Organbeteiligung einschließlich Nieren und Harnwege |
| 6 | komplexe Brüche der großen Röhrenknochen, insbesondere mehrfache, offene und verschobene Frakturen |
| 7 | schwere Verletzungen großer Gelenke, insbesondere bei Rekonstruktionsbedürftigkeit; im Kindesalter zusätzlich operationsbedürftige Frakturen mit Beteiligung der Wachstumsfuge und operationsbedürftige gelenknahe Frakturen |
| 8 | schwere Verletzungen der Hand |
| 9 | Brüche des Gesichtsschädels und des Rumpfskeletts mit Operationsbedürftigkeit bei Verschiebung und Instabilität |
| 10 | Mehrfachverletzungen mit schwerer Ausprägung; besondere Verletzungskonstellationen bei Kindern |

► **Abb. 2** Verletzungsartenverzeichnis (S. 1).

| | |
|---------|---|
| 9.1 (V) | Geschlossene und offene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit. |
| 9.1 (S) | Vorgenannte geschlossene und offene Brüche des Hirn- und Gesichtsschädels bei starker Verschiebung, hoher Komplexität oder schwerem Weichteilschaden. |
| 9.2 (V) | Wirbelbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit (AO-Typen A2.3, A3, B und C). |
| 9.2 (S) | Vorgenannte Wirbelbrüche bei begleitenden neurologischen Ausfällen und Notwendigkeit der Rekonstruktion der vorderen Säule an BWS/LWS. Verletzungen der oberen Halswirbelsäule (Segmente C0–C2/C3) mit Fehlstellung oder Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit. |
| 9.3 (V) | Beckenringbrüche mit Fehlstellung oder Instabilität (entsprechend AO-Typen B und C) bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit. |
| 9.3 (S) | Vorgenannte Beckenringbrüche bei starker Verschiebung und Rekonstruktionsnotwendigkeit des hinteren Beckenringes. |
| 9.4 (V) | Brüche oder Verrenkungsverletzungen des Hüftgelenkes. |
| 9.4 (S) | Vorgenannte Brüche und Verrenkungsverletzungen des Hüftgelenkes bei Ein- oder Zweipfeilverletzungen der Hüftpfanne. |

► **Abb. 3** Beispiel aus dem Verletzungsartenverzeichnis, Ziffer 9, mit der Differenzierung nach Verletzungsartenverfahren (VAV [V]) und Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV [S]) und Berücksichtigung der AO-Klassifikation.

DEFINITION**Allgemeine Heilbehandlung**

nach § 10 (2) Ärztevertrag

Die Allgemeine Heilbehandlung ist die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf.

Der Durchgangsarzt entscheidet, ob eine allgemeine Heilbehandlung beim Hausarzt durchgeführt wird oder wegen Art oder Schwere der Verletzung eine besondere Heilbehandlung erforderlich ist, die er dann regelmäßig selbst durchführt (s. Infoboxen „Definition“).

In Fällen der allgemeinen (hausärztlichen) Behandlung überwacht er den Heilverlauf.

Vielfach wird der Unfallverletzte nach der ergänzenden durchgangsarztlichen Untersuchung dem vorstellenden Arzt zur weiteren Behandlung zurücküberwiesen. Sofern erforderlich, begleitet der Durchgangsarzt den Heilverlauf an bestimmten Terminen (Nachschau). Werden Heil- und Hilfsmittel erforderlich, kann der Durchgangsarzt diese bei der Nachschau verordnen.

DEFINITION**Besondere Heilbehandlung**

nach § 11 (3) Ärztevertrag

Die Besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt. Dazu gehören auch die Erfassung der Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die tätigkeitsbezogene Funktionsdiagnostik, ggf. unter Berücksichtigung von Vorschäden, sowie die prognostische Einschätzung der Unfallverletzung unter dem Gesichtspunkt typischer Komplikationen sowie frühzeitig einzuleitender medizinischer und schulischer/beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind.

Merke

Unfallverletzte mit isolierten Augenverletzungen oder Hals-, Nasen-, Ohrenverletzungen sind direkt einem entsprechenden Facharzt vorzustellen.

H-Arzt-Verfahren

Neben dem Durchgangsarztverfahren beteiligten die Landesverbände bis zum 31.12.2010 Ärzte, die über besondere unfallmedizinische Kenntnisse verfügen, an der besonderen Heilbehandlung. Dieses sog. H-Arzt-Verfahren läuft nach einer Übergangsfrist zum 31.12.2015 aus. H-Ärzte, deren Zulassung ausläuft, haben die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen die D-Arzt-Zulassung zu erlangen.

Stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV)

Das stationäre Durchgangsarztverfahren ist an eine personalisierte Zulassung zum D-Arzt-Verfahren und parallel an eine vertragliche Zulassung des Krankenhauses gebunden. Betroffen sind in der Regel Kliniken der Grund- und Regelversorgung mit den Voraussetzungen zur Zertifizierung als lokales Traumazentrum oder ambulante unfallchirurgische Zentren, ggf. auch mit beleg- oder konsiliarärztlicher Tätigkeit. Hierfür muss neben den Basisanforderungen an den D-Arzt eine *erfolgreiche 3-jährige spezielle unfallchirurgische Weiterbildung* (Schwerpunkt „Unfallchirurgie“ oder Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“) nachgewiesen werden.

Für die Behandlung gilt ein modifizierter (reduzierter) VAV-Katalog. Eine Ausgliederung einer ganzen Reihe leichter Verletzungen, z.B. einfache Radius- und Sprunggelenkfrakturen, soll dabei die Versorgung der Patienten in der Fläche regional sicherstellen und wertet die Versorgungsform des stationären Durchgangsarztverfahrens inhaltlich auf. Für diese Verletzungen besteht keine Vorstellungspflicht in VAV-Häusern.

Verletzungsartenverfahren (VAV)

Als Voraussetzung zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren ist für den operativ tätigen Durchgangsarzt *zusätzlich eine mindestens 3-jährige Tätigkeit an einem zum VAV-Verfahren zugelassenen Haus* notwendig. Zudem werden besondere Strukturen in zugelassenen Krankenhäusern hinsichtlich der Verfügbarkeit ärztlicher und nichtärztlicher Mitarbeiter, der Ausbildung der verantwortlichen Schockraumleiter, der Ausstattung von Schockraum, Operationsabteilung und Notaufnahme gefordert.

Überdies sind auch kindertraumatologische Kompetenz sowie besondere personelle und organisatorische Regelungen im Bereich der Hygiene bedeutsam.

Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Bei schwersten Verletzungen und zu erwartendem aufwendigem Heilverlauf werden die Patienten in Kliniken mit besonderer Kompetenz konzentriert. Innerhalb der Netzwerkstruktur sollen dort regelhaft diejenigen Fälle vorgestellt werden, welche bezüglich des absehbaren Heilverfahrensaufwandes von hoher sozioökonomi-

CHECKLISTE

Verletzungen, die dem Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) zuzuordnen sind

- schwere Weichteilverletzungen und Amputationen
- schwere Brandverletzungen
- Wirbelsäulenverletzung mit Querschnittlähmungen
- schwere Schädel-Hirn-Traumata
- komplexe Frakturen mit Gefäß-Nerven-Verletzungen oder Indikation zum primären Gelenkersatz
- komplexe Handverletzungen
- schwere Fußverletzungen
- Fälle mit Erfordernis spezieller septischer Chirurgie
- Notwendigkeit aufwendiger Rekonstruktionen und Folgeoperationen
- Erfordernis eines komplexen Rehamanagements

CHECKLISTE

Behandlungsoptionen der Rehabilitation im Schwerstverletzungsartenverfahren

- Sofort- und (Früh)Rehabilitation
- Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)
- Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
- Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)
- Arbeitsplatzspezifische Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)
- Komplexbehandlung bei Rückenmarkverletzten mit Querschnittlähmungen
- Komplexbehandlung bei Schwerbrandverletzten
- Prothesenversorgung
- Handrehabilitation
- Schmerzrehabilitation
- psychotraumatologische Diagnostik und Therapie

scher Bedeutung sind. Die entsprechenden Verletzungen sind in der Checkliste zusammengefasst.

Zusätzlich wird eine besondere unfallversicherungsrechtliche Rehakompetenz gefordert. Diese soll eine frühzeitige multiprofessionelle Rehabilitation sowie ein von Beginn an enges Rehabilitationsmanagement gemeinsam mit den verantwortlichen Unfallversicherungsträgern beinhalten. Hierzu gehören die in einer weiteren Checkliste dargestellten Behandlungsoptionen.

Die Integration arbeitsplatzspezifischer Rehabilitations- und Testverfahren – z. B. ABMR (Arbeitsplatzspezifische Muskuloskeletale Rehabilitation), FCE (Functional Capacity Evaluation)-Verfahren wie EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) – sowie die Anwendung von Assessment-Verfahren zur Verlaufs- und Ergebniskontrolle bzw. zur Qualitätsmessung des Heilverfahrens sind weitere Anforderungen an Kliniken mit Zulassung zum SAV-Verfahren.

Merke

Sofern bestimmte Kompetenzen nicht am Krankenhaus selbst vertreten sind, ist die Verfügbarkeit durch verbindliche Kooperationen sicherzustellen.

BG Kliniken

Die BG Kliniken sollen in besonderer Form die Kooperation mit den Unfallversicherungsträgern im Rehabilitationsmanagement als „Schrittmacher“ im SAV vorantreiben. Sie sollen in Zukunft noch mehr als bisher spezielle Dienstleistungen im Heilverfahren erbringen (► **Abb. 4**). Hierzu gehören:

- besondere Sprechstunden zur Vorstellung problematischer Heilverläufe,
- Beratungsangebote für Ärzte und Kliniken,
- Fortbildungen,
- Qualitätszirkel,
- Forschung und Weiterentwicklung medizinischer Behandlung Unfallverletzter.

Die BG Kliniken und BG Ambulanzen sind in einem Klinikverbund (BG Kliniken – Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung gGmbH) zusammengeschlossen (www.bg-kliniken.de).

Ausblick

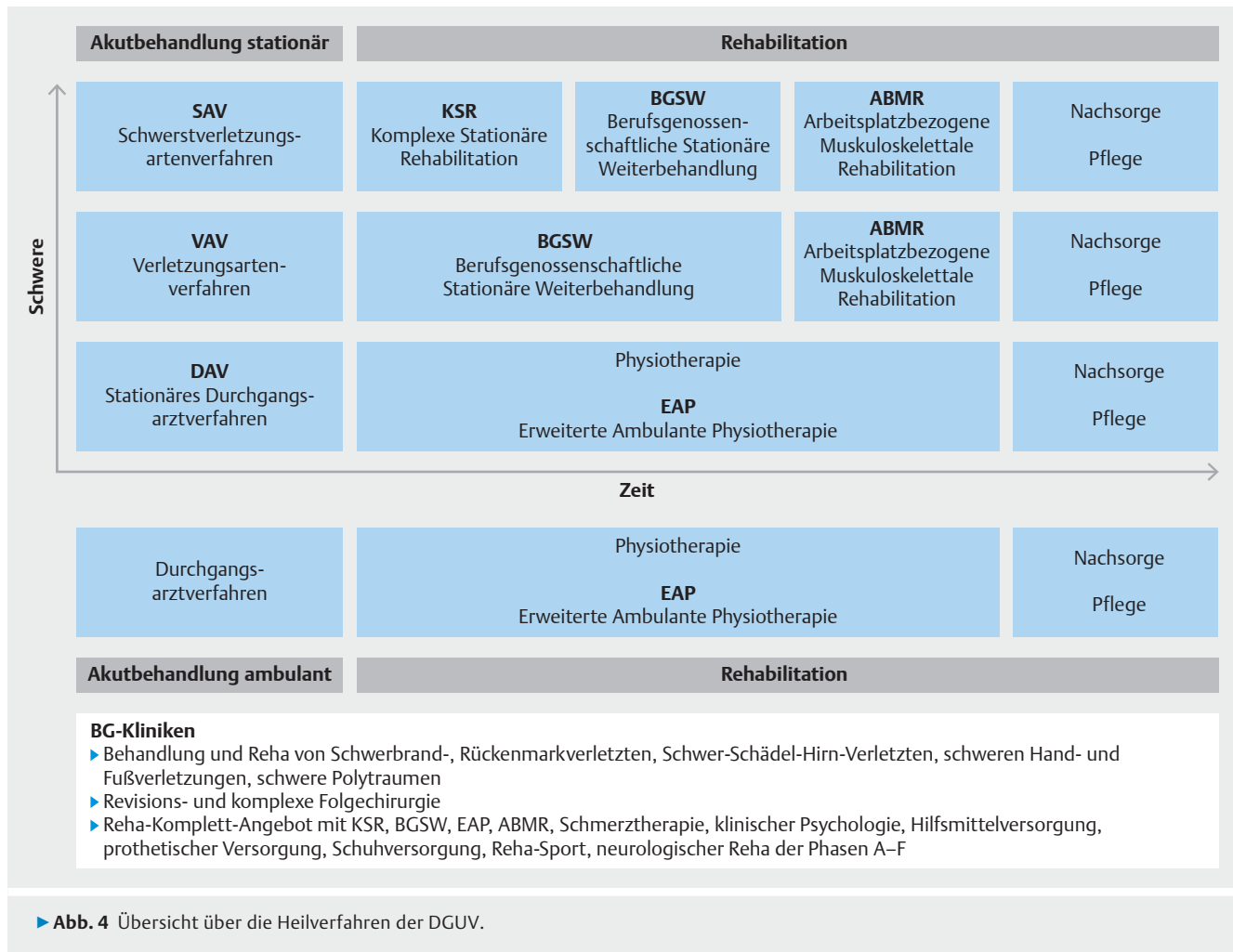
Im Hinblick auf den notwendigen Versorgungsbedarf insbesondere in der Fläche werden weitere Häuser der Maximal- und Schwerpunktversorgung zugelassen.

Entsprechend der Erkenntnis, dass schwerverletzte Patienten, insbesondere mit schweren Schädel-Hirn-Traumata, dann einen Überlebensvorteil haben, wenn sie mit einem Rettungshubschrauber transportiert und in einem überregionalen Traumazentrum behandelt werden, sind für alle SAV-Häuser Hubschrauberlandeplätze zu fordern, die die europäischen Richtlinien erfüllen.

Eine Weiterentwicklung der Traumanetze mit Etablierung von SGB-VII-Reha-Netzwerken wird zukünftig zur Steuerung rehabilitations- und kostenintensiver Patienten notwendig.

Verlegungspflichten

Wenn Versicherte der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung in ein Krankenhaus eingeliefert werden, das nicht zum stationären Durchgangsarztverfahren



▶ **Abb. 4** Übersicht über die Heilverfahren der DGUV.

zugelassen ist, greift die Rahmenvereinbarung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit der DGUV bzw. der Vertrag zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern („Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger“). Nach diesem Übereinkommen besteht eine Verlegungspflicht bei Arbeitsunfällen.

Grundsätzlich sind unfallverletzte Patienten an ein Krankenhaus mit D-Arzt, bzw. bei Vorliegen einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis an ein VAV-Haus, zu verlegen. Die Pflicht zur Verlegung in ein am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus bei entsprechender Verletzung gilt seit dem 01.01.2014.

Merke

Die akute Notfallversorgung von Verletzungen mit vitaler Bedrohung hat zunächst Vorrang vor der Verlegungspflicht.

Handchirurgisches Verfahren

Ergänzt wird das Verletzungsartenverfahren durch das sog. handchirurgische Verfahren. Von den Landesverbänden beteiligte Handchirurgen sind bei schweren Verletzungen der Hand (Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) von der Vorstellung der Unfallverletzten im Verletzungsartenverfahren ausgenommen, soweit es sich nicht um eine Verletzung des Schwerstverletzungsartenverfahrens Hand (SAV Hand) mit speziellen Anforderungen zur Beteiligung geeigneter Kliniken und Abteilungen ist gesondert geregelt.

Psychotherapeutenverfahren

Das Psychotherapeutenverfahren dient der zügigen psychologisch-therapeutischen Intervention nach Arbeitsunfällen. Damit soll einer Entstehung und Chronifizierung von psychischen Gesundheitsschäden frühzeitig entgegengewirkt werden. Nur ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, die über spezielle fachliche Befähigungen verfügen und zur Übernahme bestimmter Pflichten bereit sind, können am Psycho-

therapeutenverfahren beteiligt werden. Diese Therapie wird vom Unfallversicherungsträger, D-Arzt oder H-Arzt eingeleitet.

Hautarztverfahren

Das Hautarztverfahren wird eingeleitet, wenn bei krankhaften Hautveränderungen die Möglichkeit besteht, dass durch eine berufliche Tätigkeit eine Hauterkrankung entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert. Nicht unter das Hautarztverfahren fallen: Hautkrebs, infektiöse Hauterkrankungen und Erkrankungen der Atemwege einschließlich der Rhinitis.

Das Hautarztverfahren wird durch Hautärzte, Arbeitsmediziner oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ eingeleitet.

Pflichten zur Mitwirkung bei der Heilbehandlung – Berichterstattung

Für die berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren bestehen für die Beteiligten am Verfahren umfangreiche Pflichten zur Mitwirkung (allgemeine und besondere Regelungen für die Heilbehandlung bei Arbeitsunfällen). Insbesondere die ausdifferenzierte Berichterstattung an die Unfallversicherungsträger mithilfe von Formtexten (z. B. F1000 Durchgangsarztbericht) ist von großer Wichtigkeit. Die zeitnahe Übermittlung vieler Informationen erfolgt mit dem elektronischen Berichts- und Abrechnungssystem DALE-UV (Datenaustausch mit Leistungserbringern in der Gesetzlichen Unfallversicherung).

ÜBERBLICK

Weiterführende Hinweise im Internet

- Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger – <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/verguetung/documents/aerzte.pdf>
- Arbeitshinweise der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen – http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/verguetung/documents/arb_hinweise.pdf
- Rahmenvereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) über die Behandlung von Versicherten der Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung – http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/rundschreiben/lv8_suedwest/pdf_archiv_d13/lv8_d03_13.pdf
- Formtexte für Ärzte – <http://www.dguv.de/formtexte/%C3%84rzte/index.jsp>

Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation beginnt bereits im Rahmen der Akutbehandlung und wird in Abhängigkeit vom individuellen *Rehabedarf* des Unfallverletzten bei gegebener *Rehabilitationsfähigkeit* und vorhandenem *Rehabilitationspotenzial* bis zum Erreichen der jeweils im *Rehabilitationsplan* festgelegten *Rehabilitationsziele* weitergeführt.

Zentrale Zielsetzung ist dabei die wiedererlangte, möglichst vollständige Teilhabe der Unfallverletzten am Arbeitsleben (*Rehabilitation vor Rente*) und am Leben in der Gemeinschaft.

Im praktischen Rehamanagement spielt die Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit von Unfallverletzten eine wesentliche Rolle, da hiervon beispielsweise der Verlegungszeitpunkt von der Akut- in die Rehaklinik abhängig gemacht wird. Anders als bei der Deutschen Rentenversicherung, die u. a. fordert, dass der Rehabilitand frühmobilisiert ist, sich auf Stationsebene selbstständig bewegen und die Aktivitäten des täglichen Lebens selbst ausführen kann, hängt bei der DGUV der Zeitpunkt der Verlegung des Unfallverletzten von der Verletzungsart, der stattgehabten operativen Behandlung, von fallbezogenen internen und externen Kontextfaktoren sowie vom avisierten Teilhabeziel ab. Die Rehaeinrichtung muss hinsichtlich ihrer personellen, räumlichen sowie technisch-apparativen Ausstattung in der Lage sein, für den Rehabilitanden situationsgerecht eine optimale rehabilitative Behandlung leisten zu können.

Der Rehabilitationsprozess kann in verschiedene Phasen untergliedert werden, welche von den Rehabilitan-

ÜBERBLICK

Phasen der Rehabilitation

- Akutbehandlung (Sofortrehabilitation in Akutklinik)
- Frührehabilitation (in Akutklinik oder spezialisierter Reha-/BGSW-Einrichtung oder BG Klinik)
- postprimäre Rehabilitation (in spezialisierter Reha-/BGSW-Einrichtung oder BG Klinik)
- Anschlussrehabilitation (in BGSW-Klinik oder EAP-Einrichtung oder in ambulanter Therapieeinrichtung oder BG Klinik)
- Rehabilitation zur Teilhabe (in ABMR-Einrichtung oder Berufsförderungswerk oder bei entsprechendem Bildungsträger oder als Belastungserprobung am Arbeitsplatz)
- Verweilzustand/Nachsorge/Pflege (in D-Arzt-Praxis oder bei Erfordernis in entsprechender Pflegeeinrichtung)

den je nach Verletzungsart und -schwere vollständig oder partiell durchlaufen werden (siehe Infobox „Überblick“).

Für die jeweiligen Rehabilitationsphasen wurden im Heilverfahren der DGUV geeignete Rehabilitationsmaßnahmen (BGSW, KSR, EAP, ABMR; s. u.) als komplexe Prozesse entwickelt und durch Handlungsanleitungen und Anforderungskataloge der DGUV definiert. Für die Phasen der Frührehabilitation und der postprimären Rehabilitation existieren jedoch bislang keine spezifischen Rehabilitationsverfahren der DGUV. Deshalb sollten beispielsweise Unfallverletzte mit abgeschlossener Akutbehandlung im SAV/VAV-Haus, welche die BGSW-Fähigkeit noch nicht erreicht haben, bei ggf. zusätzlich bestehenden ungünstigen Kontextfaktoren zur Absicherung eines lückenlosen Rehabilitationsprozesses im Rahmen des individuellen Rehabilitationsmanagements des jeweils zuständigen UV-Trägers in entsprechend qualifizierte und von der DGUV zugelassene Rehabilitationseinrichtungen überwiesen werden. Eine Weiterentwicklung des Heilverfahrens der DGUV, z. B. in Anlehnung an das Phasenmodell Neurologische Rehabilitation (VDR/BAR, 1995), wäre zur Vereinfachung der täglichen Praxis im Umgang mit derartigen Fällen wünschenswert.

Die Aufgabe der **berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrenssteuerung** ist es, die geeigneten Bausteine aus diesem Leistungskorb zu geeigneten Zeitpunkten und in einem definierten funktionellen Zustand des Unfallverletzten zu nutzen.

Bei Schwer- und Schwerstunfallverletzten erfolgt die erste Phase der Rehabilitation nach erfolgreicher chirurgischer Versorgung in der Regel unter stationären Bedingungen in einer geeigneten und von der DGUV zugelassenen Klinik. Im BG-Heilverfahren kommen je nach Bedarf zudem verschiedene Anschlussrehabilitationsmethoden infrage. An die Akutversorgung schließt sich im Regelfall die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) an. Bei komplizierten Verläufen, Mehrfachverletzungen sowie schweren Brand- und Handverletzungen sowie bei medizinischen und psychosozialen Komplikationen im Verlauf des Heilverfahrens wird eine Komplexe Statio-

näre Rehabilitation (KSR) mit erweiterter Diagnostik und psychologischen Konsultationen eingeleitet.

Nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation oder, in leichten Fällen direkt nach der Akutphase, kann eine ambulante Rehabilitation, z. B. in Form einer Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP) oder als Physio- bzw. Ergotherapieverordnung durchgeführt werden. D-ärztliche Verordnungen ambulanter Physio- oder Ergotherapie sind solange indiziert, wie ein erkennbarer und messbarer Funktions- und Funktionsleistungsgewinn bei den Rehabilitanden erreicht werden kann oder eine kurzfristige Zustandsverschlechterung vermieden wird. Der langfristige Funktions- und Funktionsleistungserhalt rechtfertigt in der Regel jedoch keine ärztlich verordnete Dauertherapie. Hier kommt die Eigenverantwortlichkeit und Mitwirkungspflicht der Rehabilitanden zum Tragen, indem sie dazu angehalten werden, selbstinitiiertes Eigentaining durchzuführen oder sich entsprechenden Rehabilitationssportgruppen anzuschließen.

Nachdem die körperliche Grundbelastbarkeit erreicht wurde, kann bei Versicherten mit zu erwartenden beruflichen Problemlagen (aus Verletzungsfolgen resultierenden kritischen Arbeitsplatzanforderungen) ein arbeitsplatzbezogenes Rehabilitationsmodul, die arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR) zur Anwendung kommen.

Die Rehabilitation von Querschnittgelähmten, Scherbrandverletzten und Patienten mit schweren Handverletzungen erfolgt in speziellen Zentren, in welchen sowohl die Akut- als auch die Rehabilitationsbehandlung vollständig sichergestellt wird.

Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)

Die Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW) umfasst die nach Abschluss der Akutbehandlung in zeitlichem Zusammenhang stehenden medizinisch indizierten stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere die intensive Übungsbehandlung (ggf. unter Einschluss arbeitsbezogener Abklärung). Sie findet unter ärztlicher Leitung und stationären Bedingungen in solchen Kliniken statt, die hierfür von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt sind. Sie umfasst den Zeitraum, in dem bei schweren Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates und des zentralen und peripheren Nervensystems zur Optimierung des Rehabilitationserfolges ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht ausreichen oder nicht möglich bzw. nicht durchführbar sind.

Während des BGSW-Verfahrens müssen die aktiven therapeutischen Einzelleistungen mindestens 3 Stun-

ÜBERBLICK

Rehabilitation Handlungsanleitungen

- Handlungsanleitung BGSW, EAP, KSR – http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/hand.pdf
- Handlungsanleitung ABMR – http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/abmr2.pdf

den pro Tag betragen. Abweichungen nach unten sind auf Aufforderung zu begründen. Eine Gesamtnettotherapiezeit (einschließlich Gruppenbehandlung) von 4 Stunden sollte nicht unterschritten werden.

Die BGSW-Einrichtung bietet in der Regel auch die Möglichkeit der Prüfung arbeitsbezogener Maßnahmen. Eine BGSW-Einrichtung für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sollte in jedem Bereich, in dem alltags- und berufsrelevante Funktions- und Aktivitätsstörungen bestehen (Sensomotorik, Koordination, Sprache/Sprechen, Kognition, Psyche), tägliche Einzeltherapie durchführen bzw. erbringen.

Die BGSW-Klinik nimmt den Unfallversicherten nach Rücksprache mit dem verordnenden D-Arzt auf und stellt die Behandlung entsprechend dem ärztlichen Behandlungsplan und im durch die Handlungsanleitung vorgesehenen Umfang sicher. Nach der Beendigung der Maßnahme erstellt die Klinik einen Abschlussbericht an den zuständigen Unfallversicherungsträger und überweist den Unfallverletzten an den behandelnden D-Arzt zurück.

Für die Auswahl und Zulassung der geeigneten BGSW-Kliniken sind Organe der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zuständig. Diese koordinieren auch die Qualitätssicherungsprogramme.

Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)

Die KSR ist eine komplexe stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die bei erhöhtem diagnostischem Aufwand, kombiniert mit hohem therapeutischem oder pflegerischen Behandlungsbedarf, zur Anwendung kommt. Diese Maßnahme wird entweder in der Frühphase des Heilverfahrens, direkt nach der Akutversorgung oder nach der Frührehabilitation bzw. beim Auftreten besonderer Hindernisse in einem nicht optimal verlaufenden Heilverfahren eingeleitet.

So bildet die KSR einerseits ein Bindeglied zwischen der Akutbehandlung und der BGSW in besonders komplizierten Fällen und ist andererseits bei unvorhergesehenen Schwierigkeiten und Komplikationen im Zuge des Heilverfahrens indiziert, sofern keine Akutbehandlung erforderlich ist.

Die Durchführung der KSR ist aufgrund der besonderen diagnostischen und therapeutischen Erfordernisse sowie wegen der erhöhten Anforderungen an das Reha-Management und der Notwendigkeit einer besonders engen Kooperation mit den zuständigen UV-Trägern derzeit BG Kliniken vorbehalten. Die Beantragungs- und Genehmigungsmodalitäten entsprechen denen einer BGSW.

Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)

Die EAP kann verordnet werden, wenn im Zuge des Heilverfahrens erkennbar wird, dass die isolierten physiotherapeutischen Maßnahmen wie Krankengymnastik, Massage, Elektro- oder Hydrotherapie nach Inhalt und/oder Intensität nicht ausreichend sind. Bei der EAP werden diese in der Standardtherapie vorwiegend isoliert zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen um die Medizinische Trainingstherapie und ggf. die Ergotherapie, psychologische Betreuung, Diätberatung, Sozialberatung und Patientenschulung ergänzt, zusammengeführt und, auf den Einzelfall abgestellt, in der jeweils in Betracht kommenden Kombination angewandt.

Die kombinierten Behandlungsmaßnahmen sind gemäß Verordnung des Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten in möglichst engen Zeitabständen grundsätzlich täglich, ggf. auch mehrfach und an Samstagen, durchzuführen. Sie sollen 120 Minuten pro Tag nicht überschreiten.

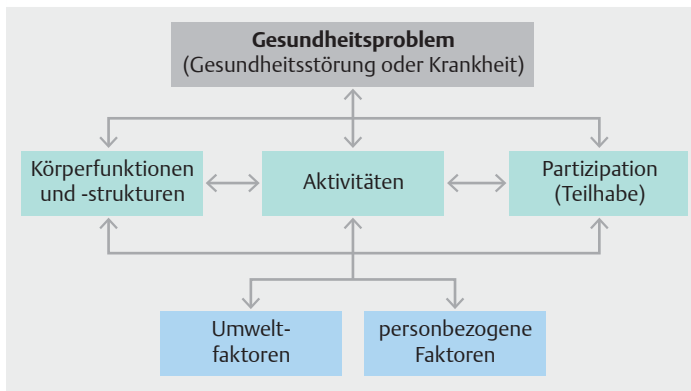
Die entsprechende Verordnung wird durch den D-Arzt, den H-Arzt oder durch den Handchirurgen ausgestellt.

Die Therapie soll unverzüglich, spätestens eine Woche nach Ausstellung der Verordnung beginnen. Die Verordnung gilt für 14 Tage und kann, solange ein erkennbarer und messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu verzeichnen ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann, nach einer Kontrolluntersuchung um jeweils weitere 14 Tage verlängert werden.

Arbeitsplatzbezogene Muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)

Um ABMR handelt es sich, wenn während der medizinischen Rehabilitation nicht nur Funktions- und Strukturstörungen zu beseitigen oder zu kompensieren sind, sondern wenn vielmehr auch konkret benötigte arbeitsrelevante Aktivitäten in die Therapie zu integrieren sind. Dies geschieht mithilfe einer spezifischen Arbeitsorientierung, um eine ausreichende funktionelle Belastbarkeit für die möglichst unmittelbar anschließende Arbeitsfähigkeit im Sinne einer vollschichtigen Rückkehr an den (bisherigen) Arbeitsplatz zu erreichen.

Wichtigste Voraussetzung zur Teilnahme an einer ABMR ist die vorhandene medizinische Grundbelastbarkeit des Rehabilitanden für Tests und Therapie, d. h. die struktur-, funktions- und aktivitätsbezogene Rehabilitation sollte weitgehend abgeschlossen sein. Weiterhin muss zu Beginn einer ABMR-Maßnahme die Prognose des Erreichens der Arbeitsfähigkeit innerhalb der nächsten 4 Wochen grundsätzlich gegeben sein (eine Arbeits- und Belastungserprobungsfä-



► **Abb. 5** Strukturen der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (Quelle: DIMDI 2005).

higkeit ist nicht ausreichend). Sobald eine medizinische Grundbelastbarkeit vorliegt, die eine arbeitsplatzbezogene Therapie für mindestens 3 Stunden pro Tag zulässt, kann eine ABMR als stationäre oder ambulante Leistung beantragt werden.

Rehabilitationsmanagementfälle, bei denen bereits in der Rehaplanung eine mögliche ABMR absehbar ist, sollten für vorgeschaltete Rehabilitationsbehandlungen (EAP/BGSW) bereits in zur ABMR zugelassene Rehabilitationseinrichtungen gesteuert werden.

Merke

Eine unabdingbare Voraussetzung zur Durchführung einer ABMR ist die Bereitstellung aktueller Befundberichte und des beruflichen Anforderungs- bzw. Tätigkeitsprofils durch den Unfallversicherungsträger.

Die therapeutischen Maßnahmen sind gemäß Vorgabe des leitenden Arztes und je nach Indikationen und/oder Leistungszustand des Versicherten mindestens an 5 Tagen pro Woche durchzuführen. Der genehmigte ABMR-Zeitraum beträgt zunächst grundsätzlich 2 Wochen, kann aber bei Erfordernis auf 4 Wochen und in Ausnahmefällen auf 6 Wochen verlängert werden.

Im Verlauf der Behandlung erfolgen ein Aufnahme- und ein Abschlusstest zum Abgleich zwischen dem Arbeitsplatzanforderungs- und dem jeweils aktuellen Fähigkeitsprofil des Patienten. Das Rehaergebnis ist einschließlich einer Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in einem Abschlussbericht zu dokumentieren.

Die Grundvoraussetzung zur Beteiligung an der ABMR ist

- im ambulanten Bereich die EAP-Zulassung und
- im stationären Bereich die BGSW-Zulassung.

Darüber hinaus stellen die UV-Träger an die ABMR durchführenden Einrichtungen besondere Anforderun-

DEFINITION

Rehabilitationsmanagement

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

HINTERGRUND

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ist eine von der WHO erstellte biopsychosoziale Klassifikation zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung sowie der relevanten Umweltfaktoren von Menschen. So klassifiziert sie „Komponenten von Gesundheit“: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) sowie Kontextfaktoren (umwelt- und personenbezogen; ► **Abb. 5**). Die ICF kann daher universell auf alle Menschen bezogen werden, nicht nur auf Menschen mit Behinderungen. Zusammen mit der ICD (International Classification of Disease) beschreibt die ICF ein umfassendes Bild von der Gesundheit eines Menschen und ist eine Entscheidungsgrundlage über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen oder über gesundheitspolitische Maßnahmen.

gen. Diese betreffen die Anzahl und Qualifikation der Therapeuten sowie die zusätzliche apparative und räumliche Ausstattung, insbesondere bezüglich der geforderten FCE-Systeme.

Rehabilitationsmanagement

Das Rehamanagement orientiert sich an dem biopsychosozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; s. Infobox „Hintergrund“).

Ziel

Ziel des Rehamanagements ist es, bei schwierigen Fallkonstellationen durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen die Gesundheitsschäden, die Versicherte durch einen Arbeits- oder Wegeunfall erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und

soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

Indikation

Rehamanagement ist bei schwierigen Fallkonstellationen besonders indiziert. Diese können oft aus der Art der Verletzung und der Tätigkeit abgeleitet werden. Diese Fälle lassen sich anhand der Arbeitsunfähigkeitsprognose als formales Eingangskriterium für das Rehamanagement identifizieren. Liegt die Arbeitsunfähigkeitsprognose zu einer Diagnose infolge eines Arbeitsunfalls bei 112 Tagen (16 Wochen) oder darüber, ist dies ein Indikator dafür, dass die berufliche und soziale Integration gefährdet sein kann. Unabhängig von der Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit kann sich in jeder Phase der Rehabilitation oder bei einer Wiedererkrankung das Erfordernis für ein Rehamanagement ergeben. Hinweise hierfür geben auch weitere Kriterien. Diese können

- medizinischer Natur sein, wie das Vorliegen eines SAV-Falls oder gravierende Komplikationen im Heilverfahren,
- psychologisch geprägt sein, wie Schwierigkeiten in der Traumaverarbeitung, oder auch
- durch soziale Probleme bzw. die Gefährdung des Arbeitsplatzes charakterisiert sein.

Durchführung

Entscheidend ist, dass im Bedarfsfall Unfallverletzte ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt im Rehamanagement betreut werden. Das Rehamanagement wird in enger Kooperation mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten durch die besonders geschulten Rehamanager der UV-Träger realisiert.

Ein besonderes Instrument des Rehamanagements ist ein **Rehaplan**. Der Rehaplan ist eine gemeinsame, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. Er wird in einem Teamgespräch zwischen dem Versicherten, dem Arzt und dem Rehamanager sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten aufgestellt. Soweit besondere Umstände des Einzelfalles dem nicht entgegenstehen, ist der Rehaplan innerhalb eines Monats nach dem Unfall zu erstellen.

Die Fortschreibung oder Modifizierung des Rehaplans erfolgt im Dialog zwischen dem behandelnden D-Arzt oder dem Arzt, der die Heilverfahrenskontrolle durchführt, und dem Rehamanager des zuständigen UV-Trägers. Daher streben die UV-Träger an, die Heilverfahrenskontrolle in besonders qualifizierten Zentren, in der Regel BG Kliniken, zu konzentrieren und spezielle Rehaplan-Sprechstunden (Regelbesuchsdienst durch

ÜBERBLICK

Das Rehamanagement der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Handlungsleitfaden – <http://www.dguv.de/medien/inhalt/rehabilitation/documents/handlungsleitfaden.pdf>

einen Rehamanager des zuständigen Unfallversicherungsträgers) einzurichten.

Begutachtung

Idealerweise soll durch das Heilverfahren der Zustand, in dem sich der Versicherte vor dem Unfall befand, wiederhergestellt werden. Dies beinhaltet insbesondere seine Fähigkeit, die versicherte und zuletzt ausgeübte Tätigkeit im vollen Umfang wieder aufzunehmen. Gelingt dies nicht, ist die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) festzustellen und durch den zuständigen UV-Träger zu entschädigen. Zu diesem Zweck werden **Rehentgutachten** angefertigt:

- zur erstmaligen MdE-Feststellung zwecks vorläufiger Entschädigung (sog. **Erstes Rentengutachten**),
- zur dauerhaften MdE-Feststellung zwecks Festsetzung der Rente auf unbestimmte Zeit (sog. **Zweites Rentengutachten**).

Die Festsetzung der Rente auf unbestimmte Zeit soll spätestens 3 Jahre nach dem Versicherungsfall erfolgen. Die Versicherungsrente wird gewährt, wenn die MdE mindestens 20% beträgt.

Eine andere Gruppe von Gutachten hat die Aufgabe, die Zuständigkeit der GUV für das Unfallereignis und seine Folgen festzustellen. Es soll dabei die Frage beantwortet werden, ob die beklagten Symptome und die festgestellten Gesundheitsstörungen mit dem Unfallereignis als wesentliche Ursache und mit gewisser Wahrscheinlichkeit kausal zusammenhängt (**Zusammenhangsgutachten**).

Die Begutachtung erfolgt in einem besonderen Verfahren durch entsprechend qualifizierte Ärzte. Der beauf-

ÜBERBLICK

Datenbanken der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Durchgangsarzt, Gutachter für Berufskrankheiten, Gutachter für Arbeitsunfälle, BGSW-Klinik, EAP-Einrichtung, Psychotherapeuten – <http://www.dguv.de/landesverbaende/de/datenbanken/index.jsp>

tragte Arzt wird als medizinischer Sachverständiger tätig. Die Führung des Verfahrens obliegt allein den UV-Trägern als Organe der Verwaltung und den Gerichten.

Zusammenfassung

Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) hat zum 01.01.2014 die stationären Heilverfahren neu geordnet. Eine Übersicht über die Strukturen zeigt ► **Abb. 4**. Das zentrale Element der Neuausrichtung ist die Umgestaltung des Verletzungsartenkatalogs und der stationären Verletzungsartenverfahren in 3 Versorgungsstufen. Die Neuausrichtung beinhaltet darüber hinaus die Konzentration auf Krankenhäuser mit höchster Leistungsfähigkeit und bester Qualifikation sowie die Fokussierung auf schwere und schwerste Verletzungen.

Diese Neuausrichtung orientiert sich auch am Weißbuch der DGU, insbesondere am Traumanetzwerk DGU. Umgesetzt werden die Neuregelungen durch die Landesverbände der DGUV.

Die Hierarchie der Versorgung richtet sich nach festgelegten Zulassungskriterien und nach der Verletzungsschwere. Diese Strukturierung bezieht auch die besondere Kompetenz im Bereich der Rehabilitation mit ein und wird zur Stärkung des multidisziplinären Rehamanagements und der arbeitsplatzbezogenen Module des Heilverfahrens führen. Insgesamt werden die UV-Träger an ihre Netzwerkpartner erhöhte Anforderungen stellen.

Interessenkonflikt

Die Autoren bestätigen, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas C. Auhuber
BG Klinikum Unfallkrankenhaus Berlin gGmbH
Warener Str. 7
12683 Berlin
E-Mail: thomas.auhuber@ukb.de
<http://www.ukb.de>

Quellenangabe

- [1] DIMDI, Hrsg. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf: WHO; 2005: 23
- [2] Auhuber T. Neuausrichtung der stationären Heilverfahren der DGUV 3.0. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). 20 Jahre Hochschule der Gesetzlichen Unfallversicherung. Brücke zwischen Wissenschaft und Praxis. Baden-Baden: Nomos; 2014: 19–33
- [3] Bonnaire F. Voraussetzungen der D-Arzt-Anerkennung in den neuen Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2012; 14 (Suppl): 243–246
- [4] Bühren V. Heilverfahren der DGUV. Trauma Berufskrankh 2010; 12 (Suppl): 153–156
- [5] Bühren V. Zukünftige Entwicklung der Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2011; 13 (Suppl): 48–49
- [6] Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie. Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Orthop Unfallchir Mitteilungen und Nachrichten; 2. Aufl. 2012; 6, Supplement.
- [7] Kohler H. Rehabilitationsverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV). Trauma Berufskrankh 2013; 15 (Suppl): 144–148
- [8] Kranig A. Zukünftiges stationäres Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2012; 14 (Suppl): 263–267
- [9] Oberscheven M. Neuausrichtung der Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2011; 13 (Suppl): 45–47
- [10] Oberscheven M. Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2012; 14 (Suppl): 61–63
- [11] Oberscheven M. Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2013; 15 (Suppl): 25–28
- [12] Oberscheven M, Kranig A. Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 2014; 16 (Suppl): 5–8
- [13] Rybak C, Lenz O, Ehlers APF. Das Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren. Orthop Unfallchir up2date 2008; 3: 345–366
- [14] Schweigkofler U, Reimertz C, Lefering R et al. Bedeutung der Luftrettung für die Schwerverletztenversorgung. Unfallchirurg 2014; DOI: 12.1007/s00113-014-2566-7
- [15] Simmel S, Bühren V. Rehabilitation in der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Leitfaden durch die neuen ambulanten und stationären Strukturen. Unfallchirurg 2015; DOI: 10.1007/s00113-014-2615-2
- [16] Vestring J. Neueste Entwicklungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh 2014; 16 (Suppl): 183–186
- [17] Weiler FM. Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Trauma Berufskrankh 2010; 12 (Suppl): 142–145

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-100124>
Rehabilitation 2017; 56: 55–72
Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0034-3536

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter cme.thieme.de/hilfe eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter eref.thieme.de/ZZX8JTP oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512017152373447



Frage 1

Welche der folgenden Aussagen ist *nicht* richtig?

- A Als Unfall gilt ein zeitlich begrenztes, von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis.
- B Berufskrankheiten werden als solche von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bezeichnet.
- C Die Kosten für die Gesetzliche Unfallversicherung werden von den Arbeitgebern und den Versicherten zu gleichen Teilen getragen.
- D Bei der Feststellung der Leistungspflicht in der Gesetzlichen Unfallversicherung gilt der Grundsatz der sog. doppelten Kausalität.
- E Das Verletzungsartenverzeichnis regelt die Behandlung Arbeitsunfallverletzter nach Art und Schwere der Verletzung.

Frage 2

Welche der folgenden Versicherungen ist *nicht* Bestandteil der 5 Säulen der Sozialversicherung?

- A Krankenversicherung
- B Pflegeversicherung
- C Haftpflichtversicherung
- D Unfallversicherung
- E Arbeitslosenversicherung

Frage 3

Welche der folgenden Personenkreise gehört *nicht* zu den versicherten Personen in der Gesetzlichen Unfallversicherung?

- A Arbeitslose, wenn sie auf Aufforderung der Arbeitsagentur die Agentur oder eine andere Stelle aufsuchen
- B Personen, die als abhängig Beschäftigte in der Landwirtschaft arbeiten
- C Personen in der Rehabilitation (z. B. während eines Krankenhausaufenthalts)
- D Mitarbeiter in Hilfsorganisationen, aber nur, wenn sie das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
- E häusliche Pflegepersonen

Frage 4

Welche der folgenden Organisationen sind Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung?

- A die Landesverbände der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung
- B die gewerblichen Berufsgenossenschaften und die Unfallkassen
- C die Arbeitgeber
- D die gesetzlichen und privaten Krankenkassen
- E der Klinikverbund der Gesetzlichen Unfallversicherung

Frage 5

Welche der folgenden Aussagen ist richtig? Wodurch sind Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) gekennzeichnet?

- A Heilverfahren der DGUV enden immer durch Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.
- B Ein Heilverfahren der DGUV soll mit allen geeigneten Mitteln die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten wiederherstellen.
- C Heilverfahren der DGUV werden nach Maßgabe der AO-Klassifikation durchgeführt.
- D Ein Heilverfahren der DGUV ist durch die monistische Finanzierung nicht an die Gebote der Wirtschaftlichkeit gebunden.
- E Ein Heilverfahren der DGUV wird nur mit notwendigen und wirtschaftlich gebotenen Mitteln durchgeführt.

CME-Fragen bei CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 6

Welche der folgenden Aussagen ist richtig?

- A Der niedergelassene D-Arzt hat eine Lotsenfunktion im Heilverfahren. Er kann bereits spezielle operative Verfahren persönlich durchführen.
- B Das D-Arzt-Verfahren schließt eine Qualitätssicherung in Form einer Überprüfung alle 2 Jahre ein.
- C Mit dem Ende des am 31.12.2015 ausgelaufenen H-Arzt-Verfahrens haben alle H-Ärzte automatisch die D-Arzt-Zulassung erhalten.
- D Grundsätzlich dürfen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte Unfallverletzte nur behandeln, wenn der Patient von einem D-Arzt erstbehandelt wurde.
- E Die Besondere Heilbehandlung ist die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt.

Frage 7

Welches der folgenden Verfahren ist *nicht* in der Neuregelung des Heilverfahrens der DGUV enthalten?

- A das stationäre Durchgangsarztverfahren (DAV)
- B das Verletzungsartenverfahren (VAV)
- C das ambulante Durchgangsarztverfahren (DAV)
- D das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)
- E das Schwerverbranntenartenverfahren (SVV)

Frage 8

Welche der folgenden Aussagen ist *nicht* richtig?

- A Die Neuregelung des Heilverfahrens sieht Verlegungspflichten für bestimmte Verletzungsarten vor
- B Die Versorgung vitaler Bedrohungen hat Vorrang vor der Verlegung eines Patienten im Verletzungsartenverfahren.
- C Der niedergelassene D-Arzt muss für die Zulassung mindestens 3 Jahre an einer VAV-Klinik gearbeitet haben.
- D Das neue Verletzungsartenverzeichnis beinhaltet auch gängige unfallchirurgische Klassifikationen.
- E SAV-Kliniken müssen eine hohe Rehakompetenz vorweisen.

Frage 9

Welche der folgenden Leistungen gehört *nicht* zu den Aufgaben der Gesetzlichen Unfallversicherung?

- A Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren verhüten
- B Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- C Renten (wenn die Erwerbsfähigkeit nicht vollständig wiederhergestellt werden kann und eine MdE von mindestens 30% vorliegt)
- D Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- E umfassende Heilbehandlung

Frage 10

Welche der folgenden Verletzungen ist *nicht* dem Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) zuzuordnen?

- A jede Form von Schädel-Hirn-Traumata
- B schwere Weichteilverletzungen und Amputationen
- C komplexe Handverletzungen
- D Wirbelsäulenverletzung mit Querschnittslähmungen
- E schwere Brandverletzungen