

Reha-Management Berufskrankheiten (RM BK)

Handlungsleitfaden

Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

Glinkastraße 40

10117 Berlin

Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)

E-Mail: info@dguv.de

Internet: www.dguv.de

Referat Berufskrankheiten

Ausgabe: Februar 2024

Satz und Layout: Atelier Hauer + Dörfler, Berlin

Copyright: Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt.
Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit
ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Bezug: Bei Ihrem zuständigen Unfallversicherungsträger oder unter
www.dguv.de/publikationen › Webcode: p022466

Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite		
1	Einleitung	4	9	Krebs-Berufskrankheiten	16
2	Definition und Ziele des Reha-Managements BK	5	10	Ende des Reha-Managements	17
3	Prozessbeschreibung	6	11	Sicherung der Nachhaltigkeit	17
4	Fallauswahl	7	12	Qualitätssicherung und Evaluation des RM BK	18
5	Zielgerichtete Bedarfsermittlung durch Profiling	8	12.1	Strukturqualität	18
6	Reha-Planung	9	12.1.1	Interne Strukturen	18
6.1	Ziele und Funktion des Reha- und Teilhabeplans.....	9	12.1.2	Externe Strukturen.....	18
6.2	Erstellung des Reha- und Teilhabeplans	9	12.2	Prozessqualität	19
7	Akteure im RM BK	10	12.3	Ergebnisqualität	19
7.1	Versicherte Personen.....	10	13	Ausblick	20
7.2	Reha-Manager BK und Reha-Managerin BK.....	10			
7.3	Ärzte und Ärztinnen.....	10			
7.3.1	Ärzte und Ärztinnen für die Planung im RM BK.....	10			
7.3.2	Behandelnde Ärzte und Ärztinnen.....	11			
7.4	Arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Dienste	11			
7.5	Medizinische Kompetenzzentren.....	11			
7.5.1	BG Klinik für Berufskrankheiten.....	11			
7.5.2	BG Kliniken und Einrichtungen.....	11			
7.6	Präventionsdienste.....	12			
7.7	Weitere Kompetenzzentren, Kooperationspartnerschaften und Netzwerke.....	12			
7.8	Aufbau und Pflege von Netzwerken	12			
7.9	Einleitung, Kontrolle und Anpassung der abgestimmten Maßnahmen.....	13			
8	Koordinierung und Überwachung des Reha-Prozesses	14			
8.1	Abstimmungsgespräch.....	14			
8.2	Anpassung des Reha- und Teilhabeplans.....	14			
8.3	Nahtlosigkeit der Rehabilitation.....	14			

1 Einleitung

Das Ziel der gesetzlichen Unfallversicherung ist es, mit allen geeigneten Mitteln nicht nur Arbeitsunfälle, sondern auch die Entstehung von Berufskrankheiten zu verhüten, nach dem Eintritt einer Berufskrankheit die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit von Versicherten wiederherzustellen sowie das Wiederaufleben oder die Verschlimmerung der Berufskrankheit zu verhindern.

Wie auch im Bereich der Arbeitsunfälle richten sich dabei Intensität und Art der Maßnahmen immer nach dem konkret individuellen Bedarf der betroffenen Person. Organisation und Durchführung der Maßnahmen bedürfen jedoch zur Sicherung einer hohen Qualität einer generalisierten, an Fallarten orientierten Beschreibung, wie sie für den Bereich der Arbeitsunfälle unter dem Begriff „Reha-Management der DGUV“ erfolgt ist und Anwendung findet. Für den Bereich der Berufskrankheiten ergibt sich dazu eine Vielzahl von Parallelen. Jedoch sind der besondere präventive Ansatz, die oft langzeitige Entwicklung und die besondere Schwere einiger Berufskrankheiten Anlass, für diesen Bereich speziell zugeschnittene Strukturen und Verfahrensweisen zu etablieren. Das beinhaltet in besonders gelagerten Fällen auch die persönliche Unterstützung und Beratung für die Feststellung einer Berufskrankheit und etwaiger weiterer Leistungsansprüche.

Durch diesen Handlungsleitfaden werden eine Konkretisierung und eine Verständigung auf gemeinsame Rahmenbedingungen für ein Reha-Management BK (RM BK) vorgenommen. Ziel ist es, ein einheitliches Auftreten der gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber Versicherten, Unternehmen und weiteren Rehabilitationsbeteiligten zu fördern und den UV-Trägern gleichzeitig zu ermöglichen, branchen- und aufgabenbezogene Besonderheiten zu erhalten.

Dieser Handlungsleitfaden richtet sich an alle UV-Träger¹, die bereits ein RM BK installiert haben und diejenigen, die aktuell ein RM BK etablieren. Dabei dient der Leitfaden als Hilfestellung bei der Organisation und Koordination der Aufgabenverteilung innerhalb der jeweiligen Verwaltung. Im Weiteren wird zur besseren Lesbarkeit der Begriff der Reha-Managerin BK bzw. des Reha-Managers BK verwendet, wobei die jeweilige Aufgabenzuordnung bzw. -bezeichnung den UV-Trägern überlassen bleibt.

¹ Hinweis: Aufgrund der definierten Zielgruppe enthält der Handlungsleitfaden auch interne Verweise ins Intranet der DGUV, die nicht öffentlich zugänglich sind. Die internen Verweise sind mit dem Symbol  gekennzeichnet.

2 Definition und Ziele des Reha-Managements BK

Reha-Management ist die umfassende Planung, Koordination und zielgerichtete, aktivierende Begleitung der medizinischen Rehabilitation und aller Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und der sozialen Teilhabe auf der Grundlage einer individuellen Planung unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

Ziel des RM BK ist es, in komplexen Fällen von Berufskrankheiten durch Koordination und Vernetzung aller notwendigen Maßnahmen der Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, sich verschlimmert oder wiederauflebt, mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken und eine zeitnahe und dauerhafte berufliche und soziale Wiedereingliederung sowie eine selbstbestimmte Lebensführung zu erreichen.

Des Weiteren sind Gesundheitsschäden, die Versicherte durch eine bestehende Berufskrankheit erlitten haben, zu beseitigen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder deren Folgen zu mildern. Der Begleitung von Krebserkrankten gilt dabei das besondere Augenmerk.

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

- persönliche, bedarfsorientierte und professionelle Beratung und Betreuung, auch im Sinne der nach § 9 Abs. 4 SGB VII umfassenden Beratungspflicht in Bezug auf die aus der Weiterführung einer gefährdenden Tätigkeit resultierenden Gesundheitsgefahren und die entsprechenden individualpräventiven Maßnahmen sowie die Folgen einer medizinisch begründeten Notwendigkeit zur Tätigkeitsaufgabe

- zielorientierte Steuerung und Koordination des Maßnahmenkatalogs gemäß § 3 Berufskrankheitenverordnung (BKV) und der Heilverfahren gemeinsam mit den Versicherten und deren Angehörigen, Präventionsdiensten, betriebs- und werksärztlichen Diensten, behandelnden Ärzten oder Ärztinnen, Therapeuten oder Therapeutinnen sowie Arbeitgebenden
- Planung einer aktiven, vorausschauenden, nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen Wiedereingliederung
- Qualitätssicherung der erbrachten Maßnahmen und Leistungen zur Teilhabe
- Aufbau und Pflege von Netzwerken mit besonders kompetenten Leistungserbringenden und weiteren Kooperationspartner und -partnerinnen

Das Reha-Management baut auf dem etablierten Handlungskonzept des *Case Managements* auf, das eine einzel-, lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise zur Erbringung und Vermittlung individueller Unterstützungsleistungen darstellt. Das Reha-Management erfolgt auf der Einzelfallebene in mehreren Phasen (s. Abbildung), die in den folgenden Kapiteln näher erläutert werden.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Reha-Management im Einzelfall ist dessen systematische Einbindung in die Organisation der UV-Träger sowie die regionalen und überregionalen Versorgungssysteme. Damit Rehabilitationsprozesse zielführend gesteuert werden können, müssen Aufgaben, Zuständigkeiten und Arbeitsabläufe auf das Reha-Management hin ausgerichtet werden. Darüber hinaus ist der Aufbau übergreifender Netzwerke und Kooperationen sowie deren institutionelle Absicherung eine wichtige Organisationsaufgabe der Träger.



Abb. 1 Phasen des Reha-Management-Prozesses

3 Prozessbeschreibung

Für die grundsätzlichen Prozesse beim RM BK wurde eine Prozessdarstellung als Workflow im UV-Net veröffentlicht: [Workflow Reha-Management BK](#). Die in diesem Handlungsleitfaden folgend beschriebenen Prozesse werden in diesem Workflow abgebildet und mit praxisrelevanten Arbeitshilfen versehen.

4 Fallauswahl

Grundsätzlich und in der überwiegenden Anzahl der BK-Fälle sowie im Rahmen des § 3 Abs. 1 BKV erfolgt die Entscheidung über Art und Umfang geeigneter Maßnahmen durch die Sachbearbeitung.

Das RM BK bezieht sich als spezialisierte Form der Sachbearbeitung vertieft auf folgende Schwerpunkte:

- Sicherung der Arbeitsfähigkeit und des Arbeitsplatzes
- Art und Schwere der Erkrankung
- Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials

Das RM BK wird in Fällen durchgeführt, die auf der Basis eines Profiling-orientierten Screenings durch die Sachbearbeitung besondere Ansprüche an den unmittelbaren Kontakt mit den Beteiligten, an die Koordination der Leistungserbringenden und an die Information, Betreuung und Begleitung der Versicherten vor Ort stellen. Diese Ansprüche entstehen überwiegend in komplexen Fällen, die insbesondere folgende Kontextfaktoren u. a. als Erkenntnis eines Screenings durch die Sachbearbeitung, eines Erstkontakts bzw. eines Profiling aufweisen:

- Medizinische Komplikationen im Heilverlauf
- Besonderer Steuerungsbedarf im Heilverfahren
- Probleme in der Krankheitsbewältigung
- Konflikte im Reha-Verlauf (z. B. fehlende Compliance, häufiger Wechsel des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin)
- Das Reha- bzw. Teilhabe-Ziel gefährdender Gesundheitszustand (Vorerkrankungen, z. B. Adipositas, Diabetes, Suchterkrankungen)

- Probleme im beruflichen Umfeld (z. B. gefährdetes Beschäftigungsverhältnis, fehlende Rückkehrmotivation, ungünstige wirtschaftliche Situation, gesundheitliche Gefährdung durch Weiterarbeit in gefährdender Tätigkeit im Sinne von § 9 Abs. 4 SGB VII)
- Erhebliche Einschränkungen bei der Teilhabe am sozialen Leben
- Soziale Probleme (z. B. fehlende familiäre Unterstützung, Barrieren in der Kommunikation/ Sprachbarrieren)
- Psychische Auffälligkeiten
- Besonderer Handlungsbedarf zur Sicherstellung der Inklusion

Die Führungskräfte und die Sachbearbeitung sind gehalten, in allen Fällen – je nach Entwicklung und Sachstand – durch ein entsprechendes Screening der Fälle anhand aller zum jeweiligen Zeitpunkt vorliegenden Informationen auf Anzeichen dieser Kontextfaktoren zu achten und zur Erreichung der Reha- bzw. Teilhabe-Ziele rechtzeitig eine Prüfung der weiteren Betreuung der Versicherten durch das RM BK zu initiieren.

Unabhängig von diesen Einzelfällen ist das RM BK wegen ihrer Schwere und Komplexität in der Regel und von Anfang an bei Krebs-BKs einzuleiten. Bei Hautkrebs-BKs gilt dies nur in Einzelfällen (z. B. beim Zusammentreffen mit Kontextfaktoren).

5 Zielgerichtete Bedarfsermittlung durch Profiling

Basis für das RM BK ist das durchzuführende Profiling. Beim Prozess des Profilings werden alle erforderlichen Daten sowie Informationen im persönlichen Gespräch erhoben, um geeignete Maßnahmen bedarfs- und zielorientiert auszuwählen. Dabei wird bzw. werden insbesondere das konkrete Problem oder der konkrete Bedarf der versicherten Person systematisch ermittelt, die Erwartungen erfragt, die ergebnis- oder Maßnahme beeinflussenden Kontextfaktoren aufgenommen und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen identifiziert, um passgenaue Maßnahmen, die wirksam und wirtschaftlich sind, auszuwählen.

Bei der Erhebung, Speicherung und Verarbeitung dieser sensiblen Daten – auch dritter Personen – sind die Bestimmungen des Sozialdatenschutzes besonders zu beachten. In diesem Zusammenhang ist es nicht nur zulässig, sondern im Sinne von § 13 und 15 SGB IX sogar erforderlich, Informationen zu Rehabilitationsbedarfen umfassend, also auch im Hinblick auf nicht mit der jeweiligen Berufskrankheit zusammenhängenden Bedarfen, einzuholen.

6 Reha-Planung

Das RM BK knüpft an das Ergebnis dieses ggf. laufend zu verfeinernden Profiling an. Die individuellen Bedürfnisse der versicherten Person stehen dadurch fest (bedarfsorientierter Ansatz). Es besteht Klarheit über die relevanten Akteure (siehe Punkt 7.). Das weitere Vorgehen wird im Rahmen des RM BK gemeinsam – unter aktiver Einbindung der versicherten Person u. a. im Lichte der UN-BRK – abgestimmt.

6.1 Ziele und Funktion des Reha- und Teilhabeplans

Der Reha- und Teilhabeplan der Unfallversicherung ist eine dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende gemeinsame Vereinbarung über Leistungen nach § 3 BKV und den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Reha- bzw. Teilhabeziels. Er bildet das Kernstück des Reha-Managements und die Grundlage für die aktive Steuerung der gesamten Rehabilitation.

Mit dem Reha- und Teilhabeplan werden die Ergebnisse der Bedarfsermittlung in der Bedarfsfeststellung zusammengefasst und darauf aufbauend die gemeinsam vereinbarten Reha- bzw. Teilhabeziele, Leistungen und Maßnahmen sowie der zeitliche Ablauf der Rehabilitation festgelegt. Die Dokumentation erfolgt mithilfe eines standardisierten Vordrucks (DGUV-Formtext [J2100](#)). Umfang und Inhalte richten sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls.

Der Reha- und Teilhabeplan stellt Transparenz und Verbindlichkeit her, sodass alle Beteiligten und insbesondere Versicherte zu jeder Zeit über Sinn und Zweck der laufenden Maßnahmen informiert sind. Die systematische Fortschreibung des Reha- und Teilhabeplans ermöglicht es außerdem, frühzeitig, Teilhabebeeinträchtigungen zu erkennen und entsprechende Maßnahmen zu deren Beseitigung zu veranlassen. Notwendige Voraussetzung hierfür ist die Formulierung möglichst konkreter und überprüfbarer Reha- bzw. Teilhabeziele sowie daraus abgeleiteter operativer Maßnahmeziele.

Bei Notwendigkeit trägerübergreifender Kooperation im Rehabilitationsverlauf kann alternativ die Erstellung eines Teilhabeplans nach § 19 SGB IX (ggf. im Rahmen einer Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX) erforderlich sein.

6.2 Erstellung des Reha- und Teilhabeplans

Der Reha- und Teilhabeplan ist unverzüglich zum individuell passenden Zeitpunkt zu erstellen. Dies gilt auch, wenn sich das Erfordernis für ein Reha-Management erst zu einem späteren Zeitpunkt ergibt.

Der Reha- und Teilhabeplan soll von allen am Verfahren Beteiligten gemeinsam erarbeitet werden. Die Erstplanerstellung erfolgt in der Regel in einem Vor-Ort-Gespräch zwischen der versicherten Person und dem Reha-Manager BK bzw. der Reha-Managerin BK sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten. Die Einbindung von Ärzten bzw. Ärztinnen ist nicht in allen Fällen erforderlich. Bei späteren Fortschreibungen können auch weitere Leistungserbringende einbezogen werden.

Sollte zu Beginn eine konkrete Planung nicht bis zum Erreichen des festgelegten Reha- bzw. Teilhabeziels möglich sein, ist ein Termin für die Fortschreibung festzulegen. Die Erstellung und eine ggf. erforderliche Anpassung/ Fortschreibung ist Aufgabe des Reha-Managers BK bzw. der Reha-Managerin BK. Bei der Auswahl von konkreten Leistungserbringenden ist das Wunsch- und Wahlrecht der versicherten Person zu beachten. Auch die Möglichkeit der Leistungserbringung in Form eines Persönlichen Budgets wird mit den Versicherten erörtert. Den Versicherten werden möglichst passgenaue Angebote und die im Einzelfall geeignetsten Leistungserbringenden vorgeschlagen. Der Reha-Manager BK bzw. die Reha-Managerin BK verfügt über die entsprechende Entscheidungskompetenz, um die notwendigen und vereinbarten Maßnahmen zeitnah einleiten zu können.

7 Akteure im RM BK

7.1 Versicherte Personen

Die versicherten Personen sind Adressaten und aktiv Beteiligte des RM BK (siehe insbesondere Abschnitte 3 und 4 des [Verfahrensablaufs SGB IX](#). An ihren Bedürfnissen orientiert sich das RM BK. Die Vorgaben aus der UN-BRK (Selbstbestimmung der versicherten Personen, Partizipation) und dem SGB IX sind maßgeblich zu berücksichtigen.

7.2 Reha-Manager BK und Reha-Managerin BK

Der Reha-Manager BK oder die Reha-Managerin BK hat die Federführung bei der Durchführung und Koordination des RM BK und setzt sich aktiv für das Erreichen der vereinbarten Reha- bzw. Teilhabe-Ziele ein.

Wesentliche Aufgabe des Reha-Managers BK bzw. der Reha-Managerin BK ist die kompetente Beratung und persönliche Begleitung der versicherten Person in allen Phasen des Rehabilitationsprozesses. Die Reha-Managerin BK bzw. der Reha-Manager BK ist erste Ansprechperson insbesondere bei Fragen zu:

- sozial(versicherungs-)rechtlichen Grundlagen und Leistungsansprüchen,
- dem berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, Angeboten und Möglichkeiten der medizinischen Rehabilitation,
- Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe,
- zum Reha- und Teilhabeprozess,
- regionalen Leistungserbringenden und Versorgungsstrukturen,
- der Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegeleistungen

Die Beratung dient der umfassenden Aufklärung der Versicherten über ihre Rechte und Pflichten (§ 14 SGB I), damit diese informierte und sachgerechte Entscheidungen treffen können. Eine auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnittene Beratung fördert die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe der Versicherten, unterstützt ihre persönliche Entwicklung und eine möglichst selbstständige Lebensführung. Daher umfasst die Beratung nicht nur die Weitergabe von Informationen und spezifischem Wissen, sondern zielt darauf ab, bei den Versicherten Eigeninitiative zu wecken, Ressourcen zu erkennen und gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln. Sie fördert Fähigkeiten und Kompetenzen, vermittelt Sicherheit, schafft Motivation und unterstützt dadurch den

nachhaltigen Rehabilitationserfolg. Eine offene und vertrauensvolle Kommunikation und der Aufbau einer förderlichen Beratungsbeziehung bilden hierfür die Basis. Das Beratungsverständnis im RM BK orientiert sich an den [Trägerübergreifenden Beratungsstandards der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation \(BAR\)](#).

Die Beratung erfolgt vorzugsweise im persönlichen Gespräch, wenn möglich im häuslichen Umfeld der Versicherten. Bei Bedarf kann die Beratung auch telefonisch oder per Videokonferenz erfolgen. Die räumlichen bzw. technischen Voraussetzungen stellen die Vertraulichkeit der Beratung sicher. Eine barrierefreie Kommunikation ist zu gewährleisten.

Beratungsgespräche finden bedarfsorientiert statt und können auch die Angehörigen der Versicherten miteinschließen. Es wird gewährleistet, dass die Versicherten jederzeit eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen können.

„Peers“ können die Beratung im RM BK sinnvoll ergänzen: [Peer-Verfahren](#).

7.3 Ärzte und Ärztinnen

7.3.1 Ärzte und Ärztinnen für die Planung im RM BK

Geeignete Mitwirkende für die Planung der Rehabilitation und Teilhabe sind behandelnde Ärzte und Ärztinnen, Beratungsärzte oder -ärztinnen oder Ärzte und Ärztinnen entsprechender Netzwerkpartnerschaften/Kompetenzzentren.

Ihre Aufgaben sind insbesondere:

- Unterstützung bei der Identifikation von Reha-Management-Fällen aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes, des Verlaufs und Auswertung des Tätigkeitsprofils.
- Sichtung der bereits vorliegenden Unterlagen, bei Bedarf Untersuchung der versicherten Person.
- Klärung weiterer notwendiger Diagnostik und Behandlung.
- Erstellung des konkreten Behandlungsplans.
- Benennung konkreter Perspektiven für die Wiedereingliederung auch als Grundlage für die Planung am Arbeitsplatz.
- Mitwirkung an der konkreten Reha- und Teilhabeplanung.
- Kommunikation mit allen Beteiligten.

7.3.2 Behandelnde Ärzte und Ärztinnen

Behandelnde Ärzte und Ärztinnen sind unabhängig von der Mitwirkung am Reha- und Teilhabeplan in das RM BK einzubeziehen, insbesondere bei:

- ggf. Feststellung einer validen Diagnose,
- Auskünften zum bisherigen Behandlungsverlauf,
- der Feststellung und Prognose der Arbeitsunfähigkeit,
- Mitwirkung bei der Umsetzung der Reha- und Teilhabeplanung gemeinsam mit den anderen beteiligten Personen und Institutionen.

7.4 Arbeitsmedizinische und betriebsärztliche Dienste

Bei der Prozessbegleitung sind die Ärzte und Ärztinnen für [☞](#) Arbeitsmedizin sowie die betriebsärztlichen Dienste in geeigneten Fällen frühzeitig einzubeziehen, z. B. bei stufenweiser Wiedereingliederung, behinderungsgerechter Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz im Betrieb.

7.5 Medizinische Kompetenzzentren

7.5.1 BG Klinik für Berufskrankheiten

Die berufsgenossenschaftliche Klinik (BG Klinik) für Berufskrankheiten in Bad Reichenhall verfügt über Kompetenz in Diagnostik und Therapie von Berufskrankheiten, insbesondere Erkrankungen der Atemwege und der Haut sowie COVID-19. Die nachhaltige Verbesserung der Teilhabe und Lebensqualität sowie die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und psychischen Stabilisierung der Patienten und Patientinnen erfolgt durch:

- leitliniengerechte Diagnostik und Therapie,
- Rehabilitationskonzepte nach dem bio-psycho-sozialen Ansatz der [☞](#) ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health),
- individuelle, interdisziplinäre, ganzheitliche Betreuung der Versicherten nach Art und Schwere der Erkrankung, der Lebenssituation sowie des sozialen Umfelds und
- Aufnahme und Einbeziehung von (medizinisch indizierten) Bezugspersonen.

Die BG Klinik für Berufskrankheiten in Bad Reichenhall unterstützt die UV-Träger mit ihrer arbeitsmedizinischen und Berufskrankheiten-spezifischen Expertise durch:

- Begutachtungen im Rahmen des Berufskrankheiten-Feststellungsverfahrens
- Beratung zur Gewährung von Maßnahmen nach § 3 BKV (Maßnahmen gegen Berufskrankheiten, Übergangsleistung)
- Abschlussberichte am Ende aller Maßnahmen, die zu folgenden Punkten Aufschluss geben:
 - Klinische Anamnese, Sozial- und Arbeitsanamnese
 - Beschwerden und Funktionseinschränkungen
 - Aufnahmebefund und Befund der durchgeführten Diagnostik
 - Vereinbarte Therapieziele
 - Rehabilitationsverlauf
 - Rehabilitationsergebnis mit Therapiezielerreichung
 - Nachsorgeempfehlungen
 - Beurteilung arbeitsmedizinischer Problemstellungen entsprechend spezieller Fallkonstellationen
 - Weiterführende Informationen sowie Ansprechpersonen in der Klinik finden Sie unter:
 - [☞ http://www.bgklinik-badreichenhall.de/](http://www.bgklinik-badreichenhall.de/)
 - Evaluation der Effekte von stationären Maßnahmen bei Atemwegserkrankungen: [☞ https://www.dguv.de/ifa/forschung/projektverzeichnis/ff-fb_0094.jsp](https://www.dguv.de/ifa/forschung/projektverzeichnis/ff-fb_0094.jsp)

7.5.2 BG Kliniken und Einrichtungen

Die Einrichtungen des BG Klinikverbundes können über BK-spezifische Angebote verfügen. Neben den chirurgisch-orthopädischen Leistungsangeboten bieten diese auch weitere Behandlungs- und Präventionsangebote an, wie z. B.:

- Individualpräventionsmaßnahmen für Knie, Rücken, Hüfte und Schulter (Bremen/Erfurt/Halle/Hamburg/Ludwigshafen) [☞](#) [Kollegmaßnahmen der BG BAU](#), oder [☞](#) [Rückenkolleg der BGW](#), oder [☞](#) [Präventionsmaßnahme bei Wirbelsäulenerkrankungen der BGN](#)
- Dermatologische Maßnahmen (iDerm Hamburg und Osnabrück) [☞](#) <https://www.bg-kliniken.de/iderm/>
- [☞](#) [Unfallambulanz und Reha-Zentrum Bremen](#)
- [☞](#) [COVID-19 Angebote](#)

7.6 Präventionsdienste

Im Prozess sind die Präventionsdienste in geeigneten Fällen frühzeitig einzubeziehen, z. B. bei der Auswahl der Maßnahmen, der Verhaltens- und Verhältnisprävention und der umfassenden Beratung nach § 9 Abs.4 SGB VII.

7.7 Weitere Kompetenzzentren, Kooperationspartnerschaften und Netzwerke

Besonders schwere und komplexe Erkrankungen erfordern eine Bündelung verschiedener Kompetenzen, um gemeinsam und möglichst optimal die Ziele der Wiederherstellung der Gesundheit, der Rückkehr an den Arbeitsplatz und der sozialen Teilhabe zu erreichen. Dazu verfügen die UV-Träger über Kooperationspartnerschaften mit spezieller Erfahrung in der Behandlung und Rehabilitation besonderer Berufserkrankungen.

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

Weitere Beispiele sind u. a.:

- [☞ Atemwegssprechstunden](#)
- Spezialisten für berufsspezifische Rehabilitation (z. B. [☞ DGUV-Job](#) und weitere Arbeitsvermittlungsdienste)
- Integrationsfachdienste
- [☞ Pflege-Fachberatungen in den BG Kliniken](#)
- Psychologische Fachdienste
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV):
[☞ DGUV-Rundschreiben 0170/2011 vom 1.4.2011](#),
[☞ www.dgpalliativmedizin.de](#),
[☞ Palliativ-Empfehlungen der GKV](#)
- [☞ Peers](#): Das Peer-Prinzip bedeutet eine Unterstützung „von Betroffenen für Betroffene“. Peers sollen vor dem Hintergrund ihrer eigenen Krankheitsverarbeitung anderen Menschen mit gleichartigen Behinderungen eine emotionale Unterstützung, ein positives Vorbild sowie eine Beratung in Form der Hilfe zur Selbsthilfe bieten

- [☞ Selbsthilfegruppen](#)
- Übersicht der [☞ Netzwerkpartnerschaften im RM BK](#)
- COVID-19 Angebote: [☞ UV-Net COVID-19](#) sowie BG Kliniken – Post-COVID-Programm

7.8 Aufbau und Pflege von Netzwerken

Eine wichtige Organisationsaufgabe im Reha-Management stellt, neben der Durchführung des Reha-Managements im Einzelfall, der Aufbau und die Pflege regionaler und überregionaler Netzwerke dar.

Um im Einzelfall eine zügige, nahtlose und bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen, ist das Reha-Management auf ein Netzwerk an kompetenten und leistungsfähigen Reha-Einrichtungen und weitere Leistungserbringende angewiesen. In Netzwerken arbeiten Leistungserbringende verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem alle Netzwerkpartnerschaften entsprechend den Vereinbarungen ihren Teil zum Gesamterfolg beitragen. Ziel ist es, ein nahtloses Rehabilitationsverfahren ohne hemmende Schnittstellen sicherzustellen. Dazu ist es notwendig, für häufig auftretende Fallkonstellationen übergreifende Vereinbarungen zu treffen, um im Einzelfall zeitaufwändige Absprachen auf das notwendige Minimum zu reduzieren.

Es empfiehlt sich, Kompetenzzentren für die Betreuung und Behandlung von Versicherten im Reha-Management aufzubauen. Dies geschieht insbesondere durch die Einrichtung fester Reha-Sprechtage bei geeigneten Leistungsanbietenden. Vorteile von etablierten Kooperationsstrukturen sind:

- feste Ansprechpersonen mit Kenntnissen und Erfahrungen im RM BK
- bessere Zusammenarbeit durch breite Vertrauensbasis
- rasche Terminkoordination und verkürzte Wartezeiten
- umfassende Beratung und damit höhere Akzeptanz bei Versicherten
- Reduzierung von Schnittstellen und Reibungsverlusten

7.9 Einleitung, Kontrolle und Anpassung der abgestimmten Maßnahmen

Auf der Grundlage der Reha- und Teilhabeplanung erfolgt zeitnah die Einleitung der entsprechend abgestimmten Maßnahmen. Diese sind individuell-situativ zu kontrollieren und ggf. anzupassen. Eine Anpassung der Planung unter Einbeziehung der bisherigen oder von weiteren Beteiligten kann erforderlich werden.

8 Koordinierung und Überwachung des Reha-Prozesses

Alle am Reha-Prozess Beteiligten werden zeitnah über den Reha- und Teilhabeplan informiert und gemäß der verabredeten Maßnahmen die Leistungserbringenden beauftragt. Das RM BK arbeitet dabei in regionalen und überregionalen Netzwerken mit (spezialisierten) Leistungserbringenden zusammen und kann so eine passgenaue und nahtlose Weiterbehandlung organisieren.

Nach Einleitung der Maßnahmen wird die Umsetzung fortlaufend überprüft und koordiniert. Dies erfolgt insbesondere durch aktives Nachfragen bei den Versicherten und Leistungserbringenden, z. B. zu Fortschritten im Heilverlauf oder bei Problemen und Konflikten, die eine Intervention erfordern.

Eine wesentliche Aufgabe des RM BK besteht darin, den Informationsfluss zwischen den am Reha- und Teilhabeprozess Beteiligten sicherzustellen und Termine so frühzeitig zu setzen, dass noch steuernd eingegriffen werden kann, wenn die Gefahr besteht, dass sich geplante Maßnahmen verzögern. Die Kommunikation erfolgt hierbei weitestgehend telefonisch, um Zeitverluste zu vermeiden.

8.1 Abstimmungsgespräch

Der Reha- und Teilhabe-Prozess wird durch gemeinsame Abstimmungsgespräche zwischen versicherter Person und Reha-Manager BK oder Reha-Managerin BK begleitet. Diese finden anlassbezogen statt, wenn einzelne Maßnahmeziele oder das Reha-/Teilhabeziel insgesamt gefährdet erscheinen, z. B. durch wesentlich geänderte Verhältnisse oder auftretende Konflikte. Bei Bedarf sind Arbeitgebervertretungen in die Gespräche einzubeziehen, wenn die versicherte Person damit einverstanden ist. Das RM BK ist für die Durchführung der Abstimmungsgespräche verantwortlich.

8.2 Anpassung des Reha- und Teilhabeplans

Eine Anpassung des Reha- und Teilhabeplans kann u. a. durch Verzögerungen, geänderte Verhältnisse oder neue Erkenntnisse erforderlich werden. Für die Anpassung und die Abstimmung mit den Beteiligten sind die Reha-Manager BK und -Reha-Managerinnen BK verantwortlich.

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

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

Eine Anpassung des Reha- und Teilhabeplans muss auch dann erfolgen, wenn – anders als erwartet – die BK-Folgen die Integration in das soziale Umfeld erschweren und daher Leistungen zur sozialen Teilhabe erforderlich werden.

8.3 Nahtlosigkeit der Rehabilitation

Sobald erkennbar wird, dass die bisherige Tätigkeit aufgrund verbleibender Funktionsbeeinträchtigungen oder trotz ausreichender individualpräventiver Maßnahmen nicht mehr bewältigt werden kann, werden gemeinsam mit den Versicherten die in Frage kommenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konkret geplant, terminiert und der Reha- und Teilhabeplan hierfür fortgeschrieben. Insbesondere sind Maßnahmen zur Erhaltung bzw. zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit frühzeitig einzuplanen.

Weiterführende Ausführungen zur Bedarfsermittlung, leistungsrechtlichen Grundsätzen und konkreten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind dem [Handlungsleitfaden zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben \(LTA\)](#) in der gesetzlichen Unfallversicherung zu entnehmen.

Neben den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen die Leistungen zur sozialen Teilhabe eine bedeutsame Komponente im ganzheitlichen Rehabilitationsprozess dar. Die soziale Teilhabe ist ein wesentlicher Baustein, um Selbstbestimmung und eigenverantwortliche Teilhabe zu erreichen und die Versicherten zur Bewältigung der Anforderungen des täglichen Lebens zu befähigen. Basierend auf

den Ausführungen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) stehen Versicherte mit ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt.

Im Rahmen der sozialen Teilhabe werden sie durch das RM BK bei einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie im sozialen Umfeld unterstützt und gefördert. Die Beratung hierzu sollte persönlich in der häuslichen Umgebung, unter Einbeziehung des familiären Umfeldes erfolgen. Die vereinbarten Maßnahmen und deren Umsetzung fließen in die Reha- und Teilhabeplanung ein.

Bedarfe an Leistungen zur sozialen Teilhabe können sich auch erst Jahre nach dem Versicherungsfall entwickeln. Insofern kommt der „Nachgehenden Betreuung Schwersterkrankter“ durch die Reha-Manager BK und Reha-Managerinnen BK eine besondere Bedeutung zu. Weitergehende Ausführungen sind dem [Handlungsleitfaden](#) „Leistungen zur sozialen Teilhabe“ zu entnehmen.

9 Krebs-Berufskrankheiten

Wesentliche Aspekte des RM BK bei Krebs-BK:

- Eine unverzügliche telefonische Kontaktaufnahme mit Versicherten bzw. deren Angehörigen zur Ankündigung und Vereinbarung eines gemeinsamen Gesprächs- bzw. Besuchstermins ist sicherzustellen. Der Besuch sollte grundsätzlich zusammen mit dem Präventionsdienst innerhalb von 14 bis 30 Tagen erfolgen.
- Der Inhalt des persönlichen Gesprächs sollte sein:
 - Aufklärung zum Ablauf des Feststellungsverfahrens in Grundzügen mit Erläuterungen zu Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV), der Vorleistungspflicht anderer Leistungsträger zur umfassenden Bedarfsklärung im Sinne des SGB IX ([☞ Verfahrensablauf SGB IX](#)) und zum Datenschutz.
 - Ermittlung der kompletten Arbeits- und Krankheitsanamnese, d. h. auch außerhalb des jeweiligen Zuständigkeitsbereiches.
 - Ermittlung der häuslichen Situation der versicherten Person, vor allem im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit und Hilfsmittelbedarf.
 - Psychische Unterstützung anbieten (u. a. Psycho-Onkologen: [☞ https://www.dapo-ev.de/](https://www.dapo-ev.de/))
 - Beratung und evtl. Veranlassung von Anträgen hinsichtlich weiterer Leistungsansprüche außerhalb der GUV nach dem [☞ Verfahrensablauf zum SGB IX](#).
- Eine beschleunigte Diagnosesicherung ist unerlässlich.
- Die Beobachtung des weiteren Verlaufs der Erkrankung während des Feststellungsverfahrens und die Übernahme der Heilbehandlung sowie Überwachung des Erkrankungsverlaufs nach Anerkennung der BK haben zu erfolgen. Daran schließt sich eine regelmäßige Kontaktaufnahme durch persönliche Gespräche und/oder Telefonate mit den Versicherten bzw. deren Angehörigen an.

- Die Planung der Heilbehandlung, Rehabilitation, Hilfsmittelversorgung und nachgehenden Betreuung ist aktiv, vorausschauend und bedarfsgerecht durchzuführen. Insbesondere ist Augenmerk auf folgende Punkte zu richten:
 - Fachärztliche Betreuung
 - Beratung, Planung und Sicherstellung einer effektiven Schmerztherapie, ggf. auch der Palliativversorgung, z. B. Schmerztherapiezentren, Netzwerke, spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) [☞ www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de),
 - [☞ Palliativ-Empfehlungen der GKV](#)
 - Aktive, vorausschauende Planung der notwendigen, qualitätsgesicherten [☞ Pflegemaßnahmen](#)
 - Unterstützung und Begleitung der Versicherten und Angehörigen sowie weitergehende Angebote an die Versicherten (Umsetzung der UN-BRK, u. a. mit Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen)
 - Bewältigung der besonderen Umstände/Psychosoziale Probleme
 - Spezielle Netzwerke und Kooperationspartnerschaften (ggf. gemeinsam mit Ärzten und Ärztinnen, z. B. zertifizierten [☞ Mesotheliomeinheiten](#)).

10 Ende des Reha-Managements

Das RM BK endet, wenn die generellen (siehe [Punkt 2](#)) und die im Einzelfall vereinbarten Reha- bzw. Teilhabeziele erreicht sind.

Die Reha- bzw. Teilhabeziele des RM BK sind insbesondere erreicht bei:

- dauerhafter Gefahrbeseitigung im Sinne des § 3 Abs. 1 BKV/§ 9 Abs. 4 SGB VII und Erhalt des Arbeitsplatzes und/oder
- erfolgreicher Wiedereingliederung im Arbeitsleben und/oder
- Erreichen der Reha- und Teilhabeziele und/oder
- Erreichen der Situation, dass aktuell keine weiteren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und sozialer Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erbringen sind.

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

Zum Ende des RM BK ist ein Abschlusskontakt empfehlenswert. Dabei werden die Zufriedenheit der versicherten Person mit dem Reha-Management-BK-Prozess und dem Ergebnis erörtert, ggf. Hinweise auf geeignete Nachsorgeangebote vermittelt und die Zusammenarbeit beendet. Bei Bedarf wird nahtlos eine nachgehende Betreuung eingeleitet.

11 Sicherung der Nachhaltigkeit

Zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Teilhabe- und Pflegeleistungen ist eine sich an den individuellen Verhältnissen orientierende nachgehende Betreuung durchzuführen (Verweis auf [Handlungsleitfaden Nachgehende Betreuung](#), inklusive [Besuchsbericht](#) sowie [UV-Net – nachgehende Betreuung](#)). In diesem Zusammenhang ist regelmäßig die Lebenssituation der Versicherten zu analysieren und der Bedarf (medizinische/palliative Betreuung, Wohnverhältnisse, Hilfsmittel, Mobilität, Pflege); evtl. in Form eines [persönlichen Budgets](#) zu decken.

Eine Unterstützung kann über die [Arbeitsmedizinischen, Betriebs- und Werksärztlichen Dienste](#) erfolgen.

Qualitätsstandards, insbesondere bei der nachfolgenden medizinischen Betreuung, sind einzuhalten (zum Beispiel bei Lungen-BKen/Ergebnisse des Forschungsvorhabens der BG Kliniken für Berufskrankheiten siehe [Punkt 7.5.1](#) und zertifizierte [Mesotheliomeinheiten](#)).

12 Qualitätssicherung und Evaluation des RM BK

Unter Qualitätssicherung wird die Überwachung, Ergebnissicherung und Optimierung des RM BK verstanden. Ziel ist die Sicherstellung und Optimierung der Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität.

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

12.1 Strukturqualität

Komponenten der Strukturqualität benennen die Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die Leistungen des RM BK erbringen zu können.

12.1.1 Interne Strukturen

Wesentliche Merkmale der internen Strukturqualität liegen in der **personellen** und **infrastrukturellen** Ausstattung des RM BK bei den UV-Trägern. Dies sind insbesondere:

Personelle Voraussetzungen

- Einsatz von Reha-Managern BK und Reha-Managerinnen BK:
 - Vertiefte Kenntnisse im BK-Recht und Erfahrung in der BK-Sachbearbeitung
 - Festschreibung von konkreter Zuständigkeit/ Verantwortlichkeit für die RM BK-Fälle
 - Spezialisierung im Sinne der Bündelung der Fälle auf spezielle Mitarbeitende (Reha-Managern BK und Reha-Managerinnen BK)
 - Qualifizierung für die notwendigen Kompetenzen (vergleiche [Kompetenzprofil](#))
 - Planmäßige Fort- und Weiterbildung (z. B. fachliche Angebote, Umgang mit besonderen Personenkreisen, Beziehungen zu anderen Sozialversicherungsträgern etc.)
 - Supervisionsangebote
 - Regelmäßiger Erfahrungsaustausch
 - Angemessenes Verhältnis zwischen Personalressourcen und Fallmenge

Infrastrukturelle Voraussetzungen

- Zugang zu Kommunikations- und Informationsstrukturen (Internet, UV-NET, stationäre und mobile Kommunikationsmittel)
- Zugang zur Mobilitätsinfrastruktur (z. B. Dienstwagen/ Poolfahrzeuge, evtl. Mietwagen)
- Einsatz von Beratungskompetenzen (z. B. aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Prävention)
- Digitale Prozessabbildungen
- Ausbau der BK-spezifischen Informationsangebote im UV-NET, z. B.
 - BG [UV-Net – RM BK](#),
 - BG [Eckpunktepapier für die medizinische Rehabilitation bei Post-COVID-Syndrom](#)

12.1.2 Externe Strukturen

Wesentliche Merkmale der externen Strukturqualität orientieren sich an den besonderen Anforderungen der einzelnen Berufskrankheiten. Diese Strukturen umfassen alle Bereiche der Rehabilitation:

- Medizinische Kompetenzzentren (insbesondere BG Kliniken)
 - Standards der Heilbehandlung und Rehabilitation
 - Beratung und Qualitätsmanagement
 - Stationäre Angebote der physischen, psychischen und sozialen Stabilisierung
 - Schmerztherapieangebote
 - Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation
 - Reha-Sport
- Beratungs-, Versorgungs- und Schulungsstrukturen für Versicherte (z. B. im [Hilfsmittelbereich](#))
- BK-spezifische und allgemeine Qualitätsstandards für die Netzwerkpartnerschaften zum Beispiel zu [Atemwegssprechstunden](#), siehe Rundschreiben 192/2023 vom 12.06.2023.

12.2 Prozessqualität

Komponenten der Prozessqualität des RM BK beziehen sich auf die Planung, Strukturierung und den Ablauf des RM BK sowie auf die Beurteilung der sachgerechten Durchführung.

Die Inhalte des Handlungsleitfadens RM BK sollten auf der Ebene der einzelnen Unfallversicherungsträger – orientiert an den jeweiligen Voraussetzungen und Bedingungen – praxisorientiert angepasst und umgesetzt werden (interne Verfahrensanweisungen und Dokumente). Danach wird der Geschäftsprozess des RM BK über ein [☒ Verfahrensablaufscheema \(Workflow\)](#) abgebildet und dessen Anwendung sichergestellt.

Geschäftsprozess-Merkmale können beispielsweise sein:

- Diagnoseerfassung und -klassifizierung (Schweregrad der Erkrankung)
- Fallauswahl, Fallzuweisung und Fallbearbeitung durch standardisierte Festlegungen/Prozesse
- Standardisiertes, BK-spezifisches Terminsystem in der EDV
- Nutzung von EDV-gestützter Heilverfahrens-Überwachung
- Nutzung [☒ BK-bezogener Workflows](#)
- Beachtung und Nutzung von DGUV-Handlungsleitfäden, z. B. Soziale Teilhabe und LTA (siehe Punkt 8.3)
- In der Regel persönlicher vor telefonischem vor schriftlichem Kontakt; Dokumentation der Aktivitäten
- Erstellung und ggf. Fortschreibung eines Reha- und Teilhabeplans
- Erstellung des Tätigkeitsprofils
- Standardisierte Dokumentation des RM BK
- Einbindung des Arbeitgebers bzw. der Arbeitgeberin zur Sicherung und Erhaltung des Arbeitsplatzes

Die Messung erfolgsrelevanter Geschäftsprozesse in Bezug auf Effektivität und Effizienz dient der Prozessqualität.

12.3 Ergebnisqualität

Komponenten der Ergebnisqualität des RM BK beziehen sich darauf, in welchem Ausmaß die mit dem RM BK angestrebten individuellen und generellen Ziele erreicht werden.

Objektive Kriterien erfassen Rehabilitations-, Wirtschaftlichkeits- und Zeitziele. Subjektive Kriterien erfassen die Zufriedenheit der versicherten Person, der weiteren Akteure und Mitarbeitenden.

Als Ergebnis-Indikatoren können u. a. gelten:

- Dauer bis zum persönlichen Erstkontakt²
- Nahtlosigkeit der Reha-Phasen
- Adäquate Arbeitsunfähigkeitsdauer
- Therapieerfolg
- Erfolgreiche berufliche oder soziale Wiedereingliederung
- Geringer Zeitbedarf bis zur beruflichen Wiedereingliederung
- Wirtschaftlichkeit (Leistungs- und Verwaltungsausgaben)
- Externe Zufriedenheit beteiligter Akteure (u. a. versicherte Person, ggf. Angehörige, Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberin, leistungserbringendes Unternehmen); Beispiel: Lebensqualität der Versicherten
- Interne Zufriedenheit (Mitarbeitende)

Instrumente einer fallbezogenen Evaluation sind regelmäßige Fallreflexion und kontinuierliche Verbesserung auf Ebene des Reha-Teams (z. B. Debriefing, Teambesprechungen, Supervision, Qualitätszirkel).

Darüber hinaus sollten die UV-Träger interne Fallkontrollen zum Stand und zur Entwicklung für eine richtungsweisende Steuerung durchführen. Überprüft werden in erster Linie die im Reha- und Teilhabeplan oder dessen Fortschreibung festgelegten Reha- bzw. Teilhabe-Ziele und Fristen.

² zum Beispiel bei Krebs-BKen siehe Punkt 9

13 Ausblick

Zur Umsetzung des RM BK können die UV-Träger weitere Standards, Checklisten und Fragebögen erstellen.

Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu gewährleisten, werden flankierend folgende Maßnahmen zur Zusammenarbeit sowie Qualitätssicherung und -bewertung empfohlen:

- Erstellung RM BK-relevanter Behandlungs-/Rehabilitationskonzepte
- Ausbau und Entwicklung von weiteren Netzwerken
- Laufende Optimierung der Zusammenarbeit und Vernetzung mit der BG Klinik Bad Reichenhall
- Entwicklung weiterer BK-spezifischer und allgemeiner Qualitätsstandards für die Netzwerkpartnerschaften (z. B. Mindeststandards für die Beratung im Rahmen des § 9 Abs.4 SGB VII)
- Entwicklung von Kennzahlen zum RM BK
- Etablieren einer einheitlichen Datenbasis als Grundlage für eine vergleichende, trägerübergreifende Messung der Prozessqualität und standardisierte Verschlüsselung der Kenngrößen

**Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Glinkastraße 40
10117 Berlin
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de