



**SVLFG**

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau



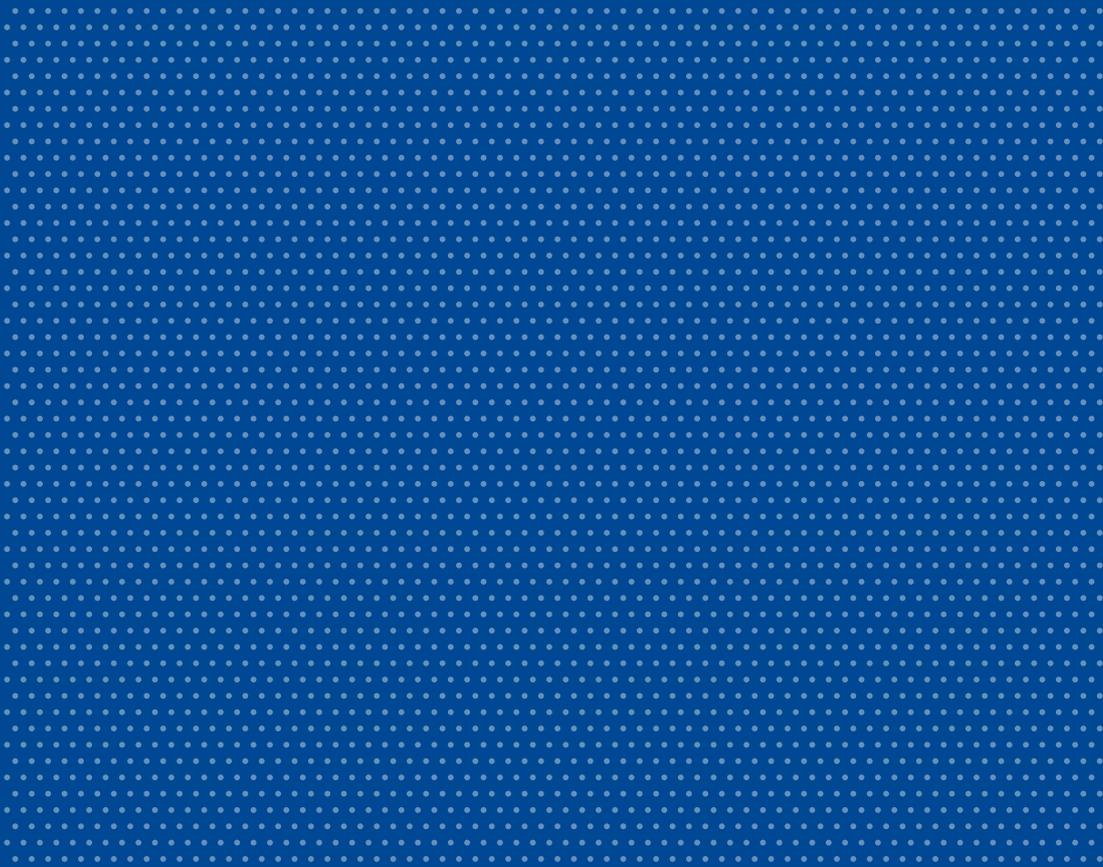
**DGUV**

Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung  
Spitzenverband

# Handlungsleitfaden

Das Reha-Management  
der Deutschen Gesetzlichen  
Unfallversicherung

Februar 2023



## Impressum

Herausgegeben von: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV)  
Glinkastraße 40  
10117 Berlin  
Telefon: 030 13001-0 (Zentrale)  
E-Mail: [info@dguv.de](mailto:info@dguv.de)  
Internet: [www.dguv.de](http://www.dguv.de)

Referat Teilhabe/Reha-Management

Ausgabe: Februar 2023

Satz und Layout: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V., Berlin

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

Bezug: [www.dguv.de/publikationen](http://www.dguv.de/publikationen) > Webcode: p012084

# Handlungsleitfaden

Das Reha-Management der  
Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

# Inhaltsverzeichnis

	Seite		Seite
<b>Vorwort</b> .....	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>Ende des Reha-Managements</b> ..... <b>19</b>
<b>1</b>		8.1	Abschluss des Reha-Managements..... 19
<b>Definition, Ziele und Aufgaben</b>		8.2	Fallbezogene Evaluation..... 19
<b>des Reha-Managements</b> .....	<b>6</b>	8.3	Sicherung der Nachhaltigkeit..... 19
<b>2</b>		<b>9</b>	<b>Nutzung von Netzwerken, Kompetenzzentren</b>
<b>Fallauswahl</b> .....	<b>7</b>		<b>und Kooperationen</b> ..... <b>20</b>
2.1 Grundsätze der Fallauswahl.....	7	9.1	Aufbau und Pflege von Netzwerken..... 20
2.2 Fallidentifikation nach		9.2	BG Kliniken als Premium-Partner..... 20
Unfalldiagnose/AU-Prognose.....	7	9.3	Vernetzung von Rehabilitation und Prävention... 21
2.3 Fallidentifikation nach weiteren Kriterien.....	7	9.4	Vernetzung mit anderen Sozialleistungsträgern.. 21
2.4 Erhebung zur Erkennung von Kontextfaktoren.....	8	9.5	Weitere Kooperationspartnerinnen und -partner 21
<b>3</b>		<b>10</b>	<b>Reha-Management bei Kindern und</b>
<b>Bedarfsermittlung</b> .....	<b>9</b>		<b>Jugendlichen</b> ..... <b>22</b>
3.1 Grundsätze der Bedarfsermittlung.....	9	10.1	Definition und Ziele..... 22
3.2 Verwaltungsinterne Fallanalyse.....	9	10.2	Grundsätze der Fallauswahl..... 22
3.3 Steuerung des akutstationären Heilverfahrens... 10		10.3	Reha-Planung und Koordinierung des
3.4 Frühzeitiger persönlicher Erstkontakt..... 10			Reha-Prozesses..... 24
3.5 Erhebung des Tätigkeitsprofils..... 10		<b>11</b>	<b>Qualitätssicherung des Reha-Managements</b> ..... <b>26</b>
<b>4</b>		11.1	Strukturqualität..... 26
<b>Reha-Planung</b> .....	<b>12</b>	11.2	Prozessqualität..... 26
4.1 Ziele und Funktion des Reha- und Teilhabepplans 12		11.3	Ergebnisqualität..... 26
4.2 Erstellung des Reha- und Teilhabepplans..... 12		<b>Anhang 1</b>	
<b>5</b>			<b>Reha- und Teilhabepplan (J2100)</b> ..... <b>28</b>
<b>Koordinierung und Überwachung</b>		<b>Anhang 2</b>	
<b>des Reha-Prozesses</b> .....	<b>13</b>		<b>Fallkonstellationen für die Behandlung in BG Kliniken</b>
5.1 Einleitung und Monitoring..... 13			<b>oder vergleichbar qualifizierten Krankenhäusern</b> ..... <b>32</b>
5.2 Fallkonferenzen..... 13		<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>33</b>
5.3 Anpassung des Reha- und Teilhabepplans..... 13			
5.4 Einsatz von Assessments..... 13			
5.5 Nahtlosigkeit der Rehabilitation..... 14			
<b>6</b>			
<b>Partnerinnen und Partner</b>			
<b>im Reha-Management</b> .....	<b>16</b>		
6.1 Mitwirkung beteiligter Ärzte und Ärztinnen..... 16			
6.2 Mitwirkung betrieblicher Akteure..... 16			
<b>7</b>			
<b>Beratung im Reha-Management</b> .....	<b>18</b>		

# Vorwort

Die Erfahrungen der Unfallversicherungsträger (UV-Träger) im Reha-Management wurden erstmals 2008 in den „Eckpunkten für ein gemeinsames Reha-Management“ zusammengefasst und mit dem Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ im Jahr 2010 weiter konkretisiert. Seitdem hat sich der Ansatz einer umfassenden Koordinierung und aktivierenden Begleitung der Rehabilitation in komplexen Fallkonstellationen als herausstellendes Merkmal der Gesetzlichen Unfallversicherung etabliert und national wie international Nachahmung gefunden.

Die Wirksamkeit des Reha-Managements wurde in Studien und eigenen Auswertungen der Träger für mehrere Verletzungsarten belegt. Gegenüber der konventionellen Fallbearbeitung führt ein aktives Reha-Management zu kürzeren Arbeitsunfähigkeitszeiten, besseren funktionellen Reha-Ergebnissen und geringeren Fallkosten. Nicht zuletzt schätzen die Versicherten die persönliche Betreuung durch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager, wie mit der ersten DGUV-weiten Versichertenbefragung von 2015 bis 2017 nachgewiesen werden konnte.

Mit der vorliegenden überarbeiteten Fassung des Handlungsleitfadens sollen neue Entwicklungen aufgegriffen und – ausgehend von dem bereits erreichten hohen Niveau – die Prozesse des Reha-Managements weiterentwickelt werden. Eingeflossen sind die Erfahrungen aus der Praxis der UV-Träger, Ergebnisse wissenschaftlicher Studien, Sichtweisen der betroffenen Menschen u. a. aus der Versichertenbefragung im Reha-Management sowie

Erkenntnisse aus dem Dialog mit anderen nationalen und ausländischen Sozialversicherungsträgern. Berücksichtigt werden insbesondere auch die geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen und konkretisierten Anforderungen an die Reha-Träger durch das SGB IX in der Fassung des Bundesteilhabegesetzes.

Der Handlungsleitfaden „Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ richtet sich an alle Mitarbeitenden der UV-Träger im oder mit Kontakt zum Reha-Management sowie an alle Partnerinnen und Partner, die gemeinsam mit den Versicherten und den Reha-Managerinnen und Reha-Managern den Reha-Prozess gestalten.

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

Das Reha-Management ist ein dynamischer Prozess, der ständig weiterentwickelt werden muss, um den Erfordernissen aus der Praxis gerecht zu werden. Entscheidend für den Erfolg ist auch zukünftig der enge, persönliche Kontakt zu den Versicherten, die im Mittelpunkt aller Anstrengungen stehen.

# 1 Definition, Ziele und Aufgaben des Reha-Managements

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 eines individuellen Reha- und Teilhabeplans unter partnerschaftlicher Einbindung aller am Verfahren Beteiligten.

Das Reha-Management orientiert sich an dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und verwirklicht die Anforderungen des SGB IX insbesondere an die Bedarfsermittlung (§ 13 SGB IX) und Teilhabeplanung (§ 19 SGB IX). Die [Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess der BAR](#) und der [„Verfahrensablauf & Leitfaden SGB IX“](#) der DGUV sind bei den Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe zu berücksichtigen.

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

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

- persönliche und professionelle Beratung und Betreuung durch Reha-Managerinnen und -Manager
- zielorientierte Steuerung und Koordination der Heilverfahren gemeinsam mit den Versicherten und Angehörigen, Ärzten und Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern
- Planung einer nahtlosen Rehabilitation und zeitnahen beruflichen oder schulischen Wiedereingliederung
- Aufbau und Pflege von Netzwerken mit besonders kompetenten Leistungserbringern und weiteren Kooperationspartnerinnen und -partnern

Das Reha-Management baut auf dem etablierten Handlungskonzept des *Case Managements* auf, das eine einzelfall-, lösungs- und ressourcenorientierte Vorgehensweise zur Erbringung und Vermittlung individueller Unterstützungsleistungen darstellt. Das Reha-Management erfolgt auf der Einzelfallebene in mehreren Phasen (s. Abbildung 1), 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

## 2 Fallauswahl

### 2.1 Grundsätze der Fallauswahl

Zielgruppe für das Reha-Management sind Versicherte, deren individuelle Bedarfe nicht bzw. nur unzureichend durch Regelversorgungspfade des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung gedeckt werden können. Entsprechend komplexe Bedarfs- und Fallkonstellationen mit erhöhtem Steuerungsbedarf können sich einerseits aus schweren Verletzungen mit verbleibenden Einschränkungen der beruflichen oder der sozialen Teilhabe ergeben. Andererseits können auch leichtere Verletzungen einen erhöhten Steuerungsbedarf nach sich ziehen, wenn weitere berufliche oder soziale Problemlagen oder auch medizinischen Komplikationen hinzutreten.

Die Identifikation der richtigen Fälle hat eine hohe Bedeutung für die Effektivität und Effizienz des Reha-Managements. Es sollen ausschließlich Versicherte im Reha-Management betreut werden, deren nachhaltige Wiedereingliederung der intensiven Steuerung des Reha-Managements tatsächlich bedarf. Dabei ist es für einen erfolgreichen Reha-Prozess entscheidend, dass unfallverletzte Personen ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt im Reha-Management betreut werden.

Komplexe Fallkonstellationen können aus der Art und Schwere der Verletzung in Verbindung mit der beruflichen Tätigkeit abgeleitet werden. Als Kriterien zur Fallauswahl eignen sich festgelegte Diagnosen und eine daraus abgeleitete Prognose der Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Neben der Unfalldiagnose und weiteren medizinischen Faktoren haben auch psychosoziale Aspekte entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Rehabilitation und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit. Diese lassen sich als person- und umweltbezogene Kontextfaktoren beschreiben, die die Aktivitäten und Teilhabe der unfallverletzten Person beeinflussen und die Wiedereingliederung entweder erschweren (hemmende Kontextfaktoren) oder erleichtern (fördernde Kontextfaktoren). Wesentliche Einflussfaktoren für die Vorhersage der Arbeitsfähigkeit und der Lebensqualität (schwer) Unfallverletzter wurden auf der Grundlage der ICF in der [icfPROreha-Studie](#) identifiziert und bewertet.

Die im Folgenden aufgeführten Kriterien der Fallauswahl sind daher auf allen Ebenen und zu allen Zeitpunkten der Fallbearbeitung zu berücksichtigen.

### 2.2 Fallidentifikation nach Unfalldiagnose/AU-Prognose

Als Indikator, dass die berufliche und soziale Integration gefährdet sein kann, eignet sich eine Arbeitsunfähigkeitsprognose zu einer Diagnose infolge eines Arbeitsunfalls von 112 Tagen (16 Wochen) oder darüber. Auch bei SAV-Verletzungen ist grundsätzlich zu prüfen, ob der Fall ins Reha-Management aufzunehmen ist oder nicht. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeitsprognose sollte mithilfe von IT-gestützten Instrumenten und auf Grundlage einer validierten Diagnose erfolgen.

### 2.3 Fallidentifikation nach weiteren Kriterien

Unabhängig von Art und Schwere der Verletzung und der sich daraus ergebenden Prognose der Arbeitsunfähigkeitsdauer kann sich in jeder Phase der Rehabilitation das Erfordernis für ein Reha-Management ergeben. Dies trifft auch auf Wiedererkrankungen zu und gilt für die gesamte Zeit der Rehabilitation, also auch vor und nach der 112-Tage-Grenze.

Hinweise auf Herausforderungen bei der beruflichen und sozialen Teilhabe geben insbesondere folgende Kriterien:

#### Medizinische Risikofaktoren

- Komplikationen im Heilverlauf (insbesondere Fälle der Ziffer 11 SAV, CRPS, Infektionen)
- Schmerzsymptomatik, insbesondere Ruheschmerz
- verletzungsrelevante Vorerkrankungen (z. B. vorangegangene Fraktur am selben Ort)
- wesentliche Begleiterkrankungen (z. B. Suchterkrankungen, Depression, Angst- und Zwangsstörung, Persönlichkeitsstörung, Adipositas)
- längere Arbeitsunfähigkeitszeiten im Jahr vor dem Unfall
- keine Kontinuität in der therapeutischen Versorgung, insbesondere nach Entlassung aus der Akutbehandlung (Reha-Löcher)
- geringe Selbsteinschätzung der aktuellen Gesundheit durch die versicherte Person

### Psychologische Risikofaktoren

- Probleme in der Traumaverarbeitung
- Störungen im Reha-Verlauf (z. B. Hinweise auf fehlende Compliance, sekundärer Krankheitsgewinn, häufige Arztwechsel)
- Probleme in der Krankheitsbewältigung (Coping)

### Soziale Risikofaktoren

- finanzielle Sorgen (z. B. geringes Haushaltseinkommen, Schulden)
- geringe soziale/familiäre Unterstützung
- schwerwiegende private Belastungs- oder Konfliktsituation
- Barrieren in der Kommunikation, insbesondere Sprachbarrieren
- juristische Auseinandersetzung im Zusammenhang mit dem Unfall
- empfundene Beeinträchtigungen bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben (geminderte soziale Teilhabe)

### Berufliche Risikofaktoren

- Probleme im beruflichen Umfeld (z. B. Arbeitsplatzkonflikte, gefährdetes Beschäftigungsverhältnis, fehlende Rückkehrmotivation)
- Anforderungen der beruflichen Tätigkeit mit bestehender Leistungsfähigkeit schwer zu bewältigen
- geplantes oder laufendes Rentenverfahren (privat und gesetzlich)

Bei allen Versicherten, deren AU-Dauer tatsächlich die Grenze von 112 Tagen überschreitet, ist grundsätzlich die Aufnahme in das Reha-Management angezeigt. Hiervon kann im Einzelfall abgewichen werden, wenn eine klare Eingliederungsprognose vorliegt oder andere Gründe gegen eine Aufnahme in das Reha-Management sprechen.

## 2.4 Erhebung zur Erkennung von Kontextfaktoren

Hinweise auf das Vorliegen individueller Kontextfaktoren erhält der Unfallversicherungsträger über das D-ärztliche Berichtswesen bzw. im Rahmen der Unfallsachbearbeitung. Darüber hinaus ist die proaktive Kontaktaufnahme zu den Versicherten entscheidend, um frühzeitig und zielgenau Risikofaktoren zu identifizieren und eine Aufnahme ins Reha-Management zu prüfen.

Es wird empfohlen spätestens nach 60 Tagen Arbeitsunfähigkeit Kontakt mit den Versicherten aufzunehmen und eine systematische, standardisierte Erhebung durchzuführen. Die dafür verwendeten Verfahren (z. B. leitfadengestützte Telefoninterviews, Fragebögen, Web-/App-Lösungen) sollen die überblicksartige Erfassung relevanter Kontextfaktoren ermöglichen und eine adäquate Dokumentation sicherstellen. Dabei sind neben Risiko- auch Schutzfaktoren zu berücksichtigen. Die Aufnahme in das Reha-Management wird im Rahmen einer Einzelfallbeurteilung vorgenommen. Die Erhebung und Bewertung der Kontextfaktoren stellt immer nur eine Momentaufnahme dar und ist zu späteren Zeitpunkten zu überprüfen.

# 3 Bedarfsermittlung

## 3.1 Grundsätze der Bedarfsermittlung

Ausgangspunkt und Grundlage für das Reha-Management ist die individuelle Ermittlung der Bedarfssituation mit einer differenzierten Betrachtung der Problemlagen, Beeinträchtigungen und Ressourcen der unfallverletzten Person. Die Bedarfsermittlung ist umfassend, d. h. unabhängig von konkreten Leistungen und Zuständigkeiten. Maßstab ist immer die (Wieder-) Herstellung der tatsächlichen und nachhaltigen Teilhabe der Versicherten, unabhängig davon, ob die Teilhabebeeinträchtigung allein oder nur zum Teil durch den Arbeitsunfall verursacht wird. Sofern Anhaltspunkte für einen trägerübergreifenden Bedarf bestehen, bezieht das Reha-Management – mit Zustimmung der versicherten Person – andere Reha-Träger in die Bedarfsermittlung ein und wirkt auf die Erstellung eines Teilhabeplans nach § 19 SGB IX hin.

Die Bedarfsermittlung findet ganzheitlich und funktionsorientiert, d.h. unter Nutzung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF, statt. Neben dem Gesundheitsproblem und seinen Auswirkungen auf die Aktivitäten und Teilhabe sowie den umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren gilt es insbesondere auch die Vorstellungen, Wünsche und Ziele der versicherten Person einzubeziehen. Eine ausführliche Erörterung mit der versicherten Person ist hierfür unumgänglich. Die versicherte Person wird aufgefordert und in die Lage versetzt, den Rehabilitationsprozess verantwortlich mitzugestalten.

Die Bedarfsermittlung erfolgt nicht nur unmittelbar zu Beginn des Reha-Managements, sondern wird im Verlauf kontinuierlich überprüft und systematisch fortgeschrieben. Voraussetzung hierfür ist eine für alle Beteiligten verständliche und transparente Dokumentation. Wichtige Hilfsmittel (Instrumente zur Bedarfsermittlung) sind insbesondere der Reha- und Teilhabeplan, das Tätigkeitsprofil, die IT-Verfahren der Träger, Checklisten sowie weitere Formulare und Vordrucke.

## 3.2 Verwaltungsinterne Fallanalyse

Der Reha-Manager bzw. die Reha-Managerin führt nach Übernahme ins Reha-Management eine Fallanalyse auf Grundlage der vorliegenden Unterlagen und des bisherigen Behandlungsverlaufs durch.

Dabei stehen folgende Fragestellungen im Vordergrund:

- Ist die Diagnose gesichert?
- Stimmt die bisher prognostizierte Dauer der Arbeitsunfähigkeit?
- Wie sieht der bisherige Behandlungsverlauf aus?
- Ist die Verlegung in eine andere Einrichtung erforderlich? (vgl. 9.2)
- Welche Therapien und Maßnahmen sind bei der vorliegenden Verletzung angezeigt?
- Welche Bedarfe an Hilfsmitteln, Reha-, Teilhabe- und Pflegeleistungen könnten bestehen?

Auf Grundlage der ermittelten Informationen macht sich der Reha-Manager bzw. die Reha-Managerin ein Bild von dem zu erwartenden optimalen Reha-Verlauf und den hierfür in Frage kommenden Maßnahmen und Leistungen. Hierbei werden je nach Einzelfall unterschiedliche Arbeits- und Hilfsmittel genutzt wie z. B.

- Interne Arbeitshinweise zur Steuerung von Heilverfahren
- IT-gestützte Heilverfahrenssteuerung (z. B. Weller-Tabelle und Behandlungspläne)
- Nachbehandlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ([🔗 DGOU-Nachbehandlungsempfehlungen](#))
- [🔗 Handlungsanleitung zur Verordnung, Durchführung und Qualitätssicherung der Physiotherapie/ Ergotherapie/EAP/BGSW und ABMR](#)
- Handlungsleitfaden Psychische Gesundheitsstörungen nach Versicherungsfällen in der Gesetzlichen Unfallversicherung
- [🔗 Behandlungs- und Rehabilitationspfade für Verletzungen und Erkrankungen der Hand](#)
- [🔗 Handlungsanleitung Psychotherapeutenverfahren](#)
- [🔗 Handlungsleitfaden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben](#)
- [🔗 Handlungsleitfaden Leistungen zur sozialen Teilhabe](#)
- Handlungsleitfaden Pflege
- Qualitätsstandards [🔗 Querschnittlähmung und Schädel-Hirn-Verletzungen](#) der DGUV
- Handlungsempfehlung Schmerztherapeutische Versorgung
- Erörterung mit dem behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin
- Besprechung mit dem beratenden Arzt oder der beratenden Ärztin

### 3.3 Steuerung des akutstationären Heilverfahrens

Grundlage für eine erfolgreiche Rehabilitation nach schweren Arbeitsunfällen sind die stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Zuweisung in die jeweiligen Kliniken richtet sich dabei nach dem etablierten Verfahren des [Verletzungsartenverzeichnis](#), das auch regelt, welche Fälle in besonders geeigneten Krankenhäusern mit Beteiligung zum Schwerstverletzungsartenverfahren zu behandeln sind.

In besonderen Fallkonstellationen ist darüber hinaus unverzüglich zu prüfen, ob eine Verlegung in eine BG Klinik oder eine vergleichbar qualifizierte Klinik angezeigt ist. Dies gilt auch, wenn Versicherte sich bereits in einem SAV-Haus zur Behandlung befinden. Ziel ist, „mit allen geeigneten Mitteln“ die bestmögliche Akutbehandlung und medizinische Rehabilitation der Versicherten sicherzustellen. Angezeigt ist eine Verlegung in eine spezialisierte Klinik (z. B. BG Klinik) zur weiteren Behandlung komplexer Verletzungsmuster nach erfolgter intensivmedizinischer Akutversorgung. Dies sind Fälle, deren Behandlung eine spezielle apparative und personelle Ausstattung erfordert und die im besonderen Maße einer engen Verzahnung von Akut- und Rehamedizin im Sinne der integrierten Rehabilitation bedürfen (z. B. Schwerbrand- und Rückenmarkverletzte). In Betracht kommt eine Verlegung außerdem bei schwerwiegenden Komplikationen und komplizierten Verläufen, deren ganzheitliche Behandlung besondere medizinische Fachkompetenzen und Expertise erfordert.

**Anhang 2** enthält eine Empfehlung, welche Indikationen vorzugsweise in spezialisierte Kliniken wie insbesondere die BG Kliniken zu steuern sind.

Eine Verlegung erfolgt dabei immer unter Berücksichtigung der Gesamtumstände (u. a. individuelle Behandlungs- und Reha-Bedarfe, medizinisches Leistungsangebot, Entfernung zum Wohnort) und im Einvernehmen mit der versicherten Person und ihren Angehörigen. Bei Reha-Leistungen ist das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten nach §8 SGB IX zu beachten. Das Reha-Management initiiert und koordiniert die Verlegung in enger Absprache mit allen Beteiligten (Versicherte, behandelnde Ärztinnen und Ärzte, aufnehmende Klinik).

### 3.4 Frühzeitiger persönlicher Erstkontakt

Für die weitere Bedarfsermittlung ist eine frühzeitige persönliche Kontaktaufnahme zu den Versicherten bzw. ihren Angehörigen unbedingt erforderlich. Das Erstberatungsgespräch mit der versicherten Person bzw. den Angehörigen sollte zeitnah nach Aufnahme in das Reha-Management stattfinden. In Fällen, die unmittelbar nach dem Arbeitsunfall ins Reha-Management aufgenommen werden, ist regelmäßig ein Erstkontakt noch während der akutstationären Behandlung anzustreben. Ist ein Gespräch mit der versicherten Person selbst, z. B. aus medizinischen Gründen nicht möglich, erfolgt die Kontaktaufnahme mit den nächsten Angehörigen.

Folgende Gesprächsziele werden im Rahmen des Erstkontakts verfolgt:

- Allgemeine Aufklärung über Leistungsansprüche sowie Funktion und Ablauf des Reha-Managements
- Benennung einer festen Ansprechperson und Vermittlung der Kontaktdaten
- Aufbau einer professionellen Arbeitsbeziehung und Klärung der gegenseitigen Erwartungshaltung
- Erfassung individueller Problemlagen und Ressourcen in Form von hemmenden und fördernden Kontextfaktoren
- Klärung der beruflichen Situation und ggf. Kontaktabahnung zum Arbeitgebenden
- Überprüfung des Bedarfs für ein Reha-Management

### 3.5 Erhebung des Tätigkeitsprofils

Wesentlicher Teil der Bedarfsermittlung ist die Erhebung des Tätigkeitsprofils und des beruflichen Status der versicherten Person. Der Reha-Manager bzw. die Reha-Managerin nimmt hierfür frühzeitig Kontakt zum Arbeitgebenden auf und fordert eine detaillierte Beschreibung des individuellen Arbeitsplatzes an. Das Tätigkeitsprofil soll nach Möglichkeit spätestens zum Zeitpunkt der Erstellung des Reha- und Teilhabeplans vorliegen, da damit im Abgleich zum Fähigkeitsprofil eine tätigkeitsbezogene Rehabilitation sinnvoll geplant, die Reintegrationsperspektive erkannt und ggf. bereits Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben perspektivisch eingeschätzt werden können. Vor einer medizinischen Reha-Maßnahme wird der Einrichtung das Tätigkeitsprofil als Grundlage für die Therapieplanung zur Verfügung gestellt.

Ziel ist die Beantwortung folgender Fragen:

- Wie sieht das Tätigkeitsprofil aus?
- Welchen beruflichen Anforderungen und Belastungen muss in der Rehabilitation voraussichtlich besondere Beachtung geschenkt werden?
- Besteht die Möglichkeit zur Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit?
- Ist eine Stufenweise Wiedereingliederung (Belastungs-erprobung) erforderlich und möglich?
- Verfügt der Betrieb über Strukturen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)?
- Welche weiteren betrieblichen Akteure (z. B. Betriebs-arzt oder Betriebsärztin) können die Wiedereingliederung unterstützen?

# 4 Reha-Planung

## 4.1 Ziele und Funktion des Reha- und Teilhabeplans

Der Reha- und Teilhabeplan der Unfallversicherung ist eine, dynamische, jederzeit den geänderten Verhältnissen anzupassende gemeinsame Vereinbarung über den Ablauf der Rehabilitation einschließlich aller durchzuführenden Maßnahmen bis zum Erreichen des angestrebten Ziels. 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 Ziele, Leistungen und Maßnahmen sowie der zeitliche Ablauf der Rehabilitation festgelegt. Die Dokumentation erfolgt mithilfe eines standardisierten Vordrucks (DGUV-Formtext J2100, s. **Anhang 1**). Umfang und Inhalte richten sich nach den Erfordernissen des Einzelfalls.

Der Plan stellt Transparenz und Verbindlichkeit her, sodass alle Beteiligten und insbesondere die versicherte Person 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 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.

## 4.2 Erstellung des Reha- und Teilhabeplans

Der Reha- und Teilhabeplan sollte unverzüglich erstellt werden, möglichst innerhalb eines Monats nach Eintritt des Arbeitsunfalls. Ist die Erstellung eines Reha- und Teilhabeplans innerhalb von einem Monat nach dem Unfall im Einzelfall nicht möglich oder sinnvoll (z. B. bei Schwerkverletzungen wie Querschnittlähmungen, Schä-

del-Hirn-Trauma 3. Grades, psychischen Erkrankungen) sollte der Reha- und Teilhabeplan zum individuell passenden Zeitpunkt erstellt werden. Ergibt sich das Erfordernis für ein Reha-Management erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist der Plan unverzüglich zu erstellen.

Der Reha- und Teilhabeplan soll von allen am Verfahren Beteiligten gemeinsam erarbeitet werden. Die Erstplanerstellung erfolgt in einem Vor-Ort-Gespräch zwischen der versicherten Person dem Arzt bzw. der Ärztin, dem Reha-Manager bzw. der Reha-Managerin, sowie bei Bedarf weiteren Beteiligten. Bei späteren Fortschreibungen können anstatt eines Arztes bzw. einer Ärztin auch weitere Leistungserbringer z. B. aus der beruflichen Rehabilitation einbezogen werden.

Sofern bereits bei der Erstellung des Plans absehbar ist, dass nach Ende der medizinischen Rehabilitation mit Arbeitsfähigkeit gerechnet werden kann, soll dieser nach Möglichkeit vollständig erstellt werden (einschließlich einer annähernd genauen Prognose zum Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit). Sollte zu Beginn eine konkrete Planung nicht bis zum Erreichen des festgelegten Teilhabe-/Reha-Ziels möglich sein, ist ein Termin für die Fortschreibung festzulegen.

Die Erstellung und eine ggf. erforderliche Anpassung/Fortschreibung ist Aufgabe des Reha-Managers bzw. der Reha-Managerin und geschieht gemeinsam mit dem Versicherten und Ärzten bzw. Ärztinnen sowie bei Bedarf mit weiteren Partnern. Bei der Auswahl konkreter Leistungserbringer ist das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten 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 Leistungserbringer vorgeschlagen. Der Reha-Manager bzw. die Reha-Managerin verfügt über die entsprechende Entscheidungskompetenz, um die notwendigen und vereinbarten Maßnahmen zeitnah einleiten zu können.

# 5 Koordinierung und Überwachung des Reha-Prozesses

## 5.1 Einleitung und Monitoring

Alle am Reha-Prozess Beteiligten werden zeitnah über den Reha- und Teilhabeplan informiert und gemäß den verabredeten Maßnahmen die Leistungserbringer beauftragt. Das Reha-Management arbeitet dabei in regionalen und überregionalen Netzwerken mit (spezialisierten) Leistungserbringern zusammen und kann so eine passgenaue und nahtlose Weiterbehandlung organisieren (vgl. Kapitel 9).

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

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

## 5.2 Fallkonferenzen

Der Reha-Prozess wird durch Fallkonferenzen zwischen versicherter Person, Arzt bzw. Ärztin und Reha-Manager oder Reha-Managerin 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 Arbeitgebervertreterinnen oder -vertreter in die Gespräche einzubeziehen, wenn die versicherte Person damit einverstanden ist. Das Reha-Management ist für die Durchführung der Fallkonferenzen verantwortlich.

Wenn erforderlich, nehmen Reha-Managerinnen und Reha-Manager an den Abschluss-/Entlassungsgesprächen nach stationären Maßnahmen teil.

## 5.3 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-Managerinnen und -Manager 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 Unfallfolgen die Integration in das soziale Umfeld erschweren und daher Leistungen zur sozialen Teilhabe erforderlich werden.

## 5.4 Einsatz von Assessments

Zur Überprüfung und Steuerung des Reha-Prozesses sowie zur weiteren Bedarfsermittlung können verschiedene Assessmentinstrumente genutzt werden. Verfahren der *Functional Capacity Evaluation (FCE)* werden zur Erhebung der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit eingesetzt. Die Einschätzung erfolgt auf Grundlage motorischer Aktivitätstests, durch die typische Anforderungen der Arbeitswelt simuliert werden. Im Abgleich mit dem Tätigkeitsprofil des Versicherten wird damit eine realitätsgerechte Beurteilung der Reintegrationsperspektive ermöglicht – sowohl bezogen auf die konkreten Anforderungen eines bestimmten Arbeitsplatzes, die Anforderungen an bestimmte Tätigkeiten als auch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt. Geeignete FCE-Verfahren sind u. a. die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), die Einschätzung

körperlicher Leistungsfähigkeiten bei arbeitsbezogenen Aktivitäten (ELA) oder auch ERGOS.

Im Rahmen der beruflich-orientierten medizinischen Rehabilitation werden FCE-Verfahren regelmäßig zur Planung und Überprüfung der Therapie eingesetzt. Bei den Verfahren ABMR und TOR ist der Einsatz mindestens eines FCE-Verfahrens zur Dokumentation der Leistungsfähigkeit vorgeschrieben. Auch unabhängig von einer komplextherapeutischen Maßnahme kann die Einleitung eines Assessments insbesondere zur Klärung folgender Fragen hilfreich sein:

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

Daneben gibt es zahlreiche weitere diagnostische Testverfahren, die ihre Schwerpunkte in anderen Anwendungsbereichen haben und z. B. die psychische Belastbarkeit eines Menschen analysieren. Insbesondere bei neurologischen und psychischen Erkrankungen, aber auch somatischen Erkrankungen, die sich auf die kognitive Leistungsfähigkeit auswirken können, kann eine (neuro-)psychologische Testdiagnostik helfen, Art und Umfang von Beeinträchtigungen abzubilden.

Die Assessmentergebnisse sind im Rahmen der Fallkonferenz gemeinsam unter den Beteiligten zu erörtern und Grundlage für die weitere Rehabilitationsplanung.

Zum Einsatz kommen auch diagnostische Fragebogenverfahren zur Selbstbeurteilung etwa hinsichtlich Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe oder individueller Kontextfaktoren. Diese werden im Rahmen komplextherapeutischer Maßnahmen wie z. B. der KSR eingesetzt, um die Veränderung bzw. den Rehabilitationsfortschritt zu dokumentieren. Entsprechende Auswertungen in den Entlassungsberichten sind wichtige Grundlage für die weitere Planung der Rehabilitation und die frühzeitige Erkennung von beruflichen und sozialen Teilhabebedarfen. Selbstbeurteilungsfragebögen können darüber hinaus für die fall-

bezogene Evaluation des Reha-Management-Prozesses genutzt werden (vgl. 8.2).

Das sogenannte Reha-Assessment in der beruflichen Rehabilitation umfasst Maßnahmen der Berufsfindung und Arbeitserprobung zur Feststellung von Eignung und Neigung für einen konkreten Beruf oder ein Berufsfeld. Weitere Ausführungen hierzu finden sich im [Handlungsleitfaden LTA](#).

Weiterführende Informationen zu diagnostischen Elementen finden sich unter: [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de)

## 5.5 Nahtlosigkeit der Rehabilitation

### 5.5.1 Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Dem Reha-Management liegt ein umfassendes Verständnis zugrunde, welches nicht auf Teilbereiche der Rehabilitation beschränkt ist. Insbesondere die medizinische Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben stellen einen durch das Reha-Management eng miteinander verknüpften Prozess dar. Die medizinische Rehabilitation ist teilhabeorientiert und, wo immer eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz realistisch erscheint, auch auf die in der konkreten Tätigkeit zu bewältigenden Anforderungen ausgerichtet. Auch wenn unmittelbar nach einem schweren Unfall die Wiederherstellung der Gesundheit im Vordergrund steht, ist die derzeitige und künftige berufliche Situation von Beginn an im Reha- und Teilhabeplan zu berücksichtigen.

Sobald erkennbar wird, dass die bisherige Tätigkeit aufgrund verbleibender Funktionsbeeinträchtigungen nicht mehr bewältigt werden kann, werden gemeinsam mit den Versicherten die in Frage kommenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben konkret geplant und terminiert und der Reha- und Teilhabeplan hierfür fortgeschrieben. Insbesondere bei längeren Heilverfahren 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.

### 5.5.2 Soziale Teilhabe

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 die Versicherten mit ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen im Mittelpunkt.

Im Rahmen der sozialen Teilhabe werden die Versicherten durch das Reha-Management bei einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie im Sozialraum unterstützt und gefördert. Die Beratung hierzu sollte persönlich in der häuslichen Umgebung, unter Einbeziehung des familiären Umfeldes und zeitnah nach der Entlassung aus der medizinisch-stationären Rehabilitation erfolgen. Die vereinbarten Maßnahmen und deren Umsetzung sollen gleichberechtigt in die Reha-Planung einfließen.

Bedarfe an Leistungen zur sozialen Teilhabe können sich auch erst Jahre nach dem Versicherungsfall entwickeln, insofern kommt der „Nachgehenden Betreuung Schwerverletzter“ durch die Reha-Managerinnen und Reha-Manager eine besondere Bedeutung zu.

Weitergehende Ausführungen sind dem [↗ Handlungsleitfaden „Leistungen zur sozialen Teilhabe“](#) zu entnehmen.

# 6 Partnerinnen und Partner im Reha-Management

## 6.1 Mitwirkung beteiligter Ärzte und Ärztinnen

### Arzt oder Ärztin für die Reha-Planung

Geeignete Partnerinnen und Partner für die Planung der Rehabilitation sind eine entscheidungsbefugte Fachärztin bzw. ein Facharzt eines entsprechenden Netzwerkpartners/Kompetenzzentrums, der behandelnde Facharzt bzw. die behandelnde Fachärztin oder der beratende Facharzt bzw. die beratende Fachärztin.

Seine bzw. ihre Aufgaben sind insbesondere:

- Unterstützung bei der Identifikation von Reha-Management-Fällen aufgrund der Diagnose und Auswertung des Tätigkeitsprofils
- Sichtung der bereits vorliegenden Unterlagen, bei Bedarf Untersuchung der Versicherten
- Beschreibung des konkreten Ablaufs der Heilbehandlung und medizinischen Rehabilitation
- Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsprognose sowie erforderlicher Wiedereingliederungsmaßnahmen
- Mitwirkung an der konkreten Zielvereinbarung (mit Datum) und am Reha- und Teilhabeplan
- Kommunikation mit allen Beteiligten

### Behandelnder Arzt oder behandelnde Ärztin

Der behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ist unabhängig von der Mitwirkung am Reha- und Teilhabeplan einzubeziehen bei:

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

### Mitwirkung weiterer Fachleute

Je nach Rehabilitationsverlauf und den individuellen Bedarfen sind weitere medizinische und therapeutische Fachkräfte in den Reha-Management-Prozess einzubinden. Dies können u. a. sein:

- Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen
- Physiotherapeuten bzw. Physiotherapeutinnen
- Ergo-/Arbeitstherapeutinnen und -therapeuten

- Expertinnen und Experten für berufsspezifische Rehabilitation
- Orthopädietechnikerinnen und -techniker
- Pflegefachberatung

## 6.2 Mitwirkung betrieblicher Akteure

Eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung hängt regelmäßig von einem positiven Verhältnis zwischen der versicherten Person und ihrem Arbeitgeber bzw. ihrer Arbeitgeberin ab. Betriebliche Maßnahmen wie eine Stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) setzen direkt die Mitwirkung und Unterstützung des Arbeitgebenden – und weiterer betrieblicher Akteure – voraus. Entsprechend wichtig ist ihre frühzeitige und kontinuierliche Beteiligung am Wiedereingliederungsprozess.

Mit Einwilligung der Versicherten informieren die Reha-Managerinnen und Reha-Manager den Arbeitgebenden frühzeitig – spätestens sobald eine erste Reha-Planung erstellt wurde – über die Prognose des Rückkehrzeitpunkts. Sie motivieren außerdem die Versicherten, eigeninitiativ den Kontakt zum Arbeitgebenden aufzunehmen und zu halten. Im Weiteren wird der bzw. die Arbeitgebende in Absprache mit der versicherten Person über Änderungen des Zeitpunkts der Rückkehr an den Arbeitsplatz informiert.

Ergänzend bzw. bei Bedarf wird den Versicherten ein gemeinsames Gespräch mit dem Arbeitgebenden angeboten, um die betriebliche Wiedereingliederung zu besprechen. Mögliche Inhalte sind insbesondere:

- Stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung)
- Reintegrationsperspektive
- Anforderungen und ggf. Umgestaltung des Arbeitsplatzes
- Spektrum der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Bei Bedarf und im Einvernehmen mit der versicherten Person findet so früh wie mögliche eine persönliche Besichtigung des Arbeitsplatzes statt.

Neben der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber sind nach Möglichkeit auch weitere Beteiligte einzubeziehen, insbesondere:

- Betriebliche Personal-/Interessenvertretung
- BEM-Beauftragte
- Schwerbehindertenvertretung
- Betriebs- und Werksärzte bzw. -ärztinnen

Die Fachkompetenz der Betriebsärztinnen und Betriebsärzte sowie Werksärztinnen und Werksärzte mit der Verbindung zwischen medizinischem Fachwissen und Kenntnis der Arbeitsplatzverhältnisse kann besonders wertvoll für die Planung weiterer Maßnahmen sein. Sofern die Versicherten damit einverstanden sind, werden diese frühzeitig einbezogen, z. B. bei der stufenweisen Wiedereingliederung, behinderungsgerechter Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz.

Ist keine Betriebsärztin bzw. kein Betriebsarzt vorhanden, können bei Bedarf auch bei den UV-Trägern beschäftigte Präventionsberater und Präventionsberaterinnen sowie Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner hinzugezogen werden.

# 7 Beratung im Reha-Management

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

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

Stellen die Reha-Managerinnen und Reha-Manager im Beratungsprozess fest, dass spezielle weitere Beratung erforderlich ist, vermitteln sie an Beratungseinrichtungen (z. B. Schuldnerberatung, psychosoziale Beratungsstellen), andere Sozialleistungsträger oder am Reha-Prozess beteiligte Fachkräfte. Über die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB) als zusätzliches Informations- und Beratungsangebot informieren sie die Versicherten frühzeitig und proaktiv.

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 Versicherten Eigeninitiative zu wecken, Ressourcen zu erkennen und gemeinsam Lösungsansätze zu entwickeln. Sie fördert

Fähigkeiten und Kompetenzen, vermittelt den Versicherten 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 Reha-Management orientiert sich an den [Trägerübergreifenden Beratungsstandards der BAR](#).

Die Beratung erfolgt vorzugsweise im persönlichen Gespräch, wenn möglich im häuslichen Umfeld der betroffenen Person. 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. Die besonderen Kommunikationshürden von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder psychischen Erkrankungen werden berücksichtigt. Treten Sprachbarrieren auf, werden professionelle Dolmetschende hinzugezogen. In Absprache mit der versicherten Person ist auch die Übersetzung durch Angehörige oder weitere Vertrauenspersonen möglich.

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

Bei sehr schweren Verletzungen durch Arbeitsunfälle können „Peers“ die Beratung im Reha-Management sinnvoll ergänzen. 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.

# 8 Ende des Reha-Managements

## 8.1 Abschluss des Reha-Managements

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

In der Praxis ist dies oft der Fall, wenn:

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

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

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

## 8.2 Fallbezogene Evaluation

Nach Abschluss des Reha-Managements ist der Fall rückblickend zu evaluieren. Überprüft werden in erster Linie die im Reha- und Teilhabeplan oder dessen Fortschreibung festgelegten Ziele und Fristen. Eventuelle Abweichungen werden analysiert und mögliche Erkenntnisse zur Optimierung der Verfahren abgeleitet. Zur Messung der Ergebnisse können u. a. folgende Indikatoren verwandt werden:

- Zeitpunkt der Aufnahme und Dauer des Reha-Managements
- Zeitpunkt des persönlichen Erstkontakts (mit Versicherten bzw. Angehörigen)
- Kontakthäufigkeit im weiteren Verlauf
- Therapieerfolg

- Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern (z. B. Anzahl Fallkonferenzen)
- Dauer der Arbeitsunfähigkeit
- (Nachhaltige) Wiedereingliederung
- Versicherungszufriedenheit
- Effizienter Mitteleinsatz

Mögliche Instrumente der Evaluation sind u. a.:

- Einsatz validierter Erhebungsverfahren (funktions-, diagnose- oder lebensqualitätsbezogene Fragebögen)
- regelmäßige Fallreflexion und kontinuierliche Verbesserung auf Ebene des Reha-Teams (z. B. Debriefing, Teambesprechungen, Supervision, Qualitätszirkel)
- Erhebung der Versicherungszufriedenheit (z. B. mittels eines Evaluationsbogens)
- Telefonische (Nach-)Befragungen
- interne, kollegiale Audits

## 8.3 Sicherung der Nachhaltigkeit

Für Schwerstverletzte ist zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Teilhabe- und Pflegeleistungen eine sich an den individuellen Verhältnissen orientierende nachgehende Betreuung durchzuführen. Weitere Informationen sind dem Handlungsleitfaden für die Nachgehende Betreuung Schwerstverletzter und Schwersterkrankter zu entnehmen. Im Rahmen der lebenslangen Nachsorge werden die Versicherten bei Bedarf regelmäßig durch die Einrichtungen der BG Kliniken betreut und beraten.

Versicherte, die mit verbliebenen Unfallfolgen ins Erwerbsleben zurückkehren und deren Unfallverletzung mit einem erhöhten Risiko für Verschlimmerungen einhergeht, benötigen die besondere Aufmerksamkeit der Unfallversicherungsträger. Durch die frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren bzw. beginnenden Verschlimmerungen und Einleitung individualpräventiver Maßnahmen soll der Entstehung von Verschlimmerungen vorgebeugt und somit die Teilhabe in allen Bereichen nachhaltig sichergestellt werden.

# 9 Nutzung von Netzwerken, Kompetenzzentren und Kooperationen

## 9.1 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 weiteren Leistungserbringern angewiesen. In Netzwerken arbeiten Leistungserbringer verschiedener Fachbereiche und Leistungsträger zusammen. Grundlage eines Netzwerkes ist ein gemeinsames und abgestimmtes Handeln, bei dem alle Netzwerkpartnerinnen und -partner 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. Durch fallübergreifende Vereinbarungen werden personengebundene Netzwerke institutionell abgesichert, sodass jederzeit eine inhaltliche Kontinuität sichergestellt ist.

Basis der medizinischen Rehabilitation ist das Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung, das durch seine bewährten Strukturen und die besonderen Anforderungen an die Leistungserbringer eine hohe Qualität der Behandlung und Rehabilitation sicherstellt. Darauf aufbauend empfiehlt es sich, Kompetenzzentren für die Betreuung und Behandlung der Versicherten im Reha-Management aufzubauen. Dies geschieht insbesondere durch die Einrichtung fester Reha-Sprechtage in geeigneten Kliniken.

Vorteile von etablierten Kooperationsstrukturen sind:

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

Arbeitsabläufe und -ergebnisse sollten im Rahmen eines kontinuierlichen Erfahrungsaustauschs der Netzwerkpartnerinnen und -partner regelmäßig überprüft und weiterentwickelt werden.

## 9.2 BG Kliniken als Premium-Partner

Besonders schwere und komplexe Verletzungen erfordern eine Bündelung verschiedener Kompetenzen, um gemeinsam und möglichst optimal die Ziele der Wiederherstellung der Gesundheit, Rückkehr an den Arbeitsplatz und sozialen Teilhabe zu erreichen. Diese Aufgabe übernehmen in erster Linie die Einrichtungen der BG Kliniken. Aufgrund ihres Versorgungsauftrags verfügen die BG Kliniken über besondere Kompetenzen in der Versorgung von Mehrfach- und Schädel-Hirn-Verletzungen, der Behandlung von Brand-, Rückenmark- und Handverletzungen sowie der Behandlung von Komplikationen und Amputationsverletzungen. Leitbild ist dabei die integrierte Rehabilitation, die direkt nach der Akutversorgung einsetzt und die Versicherten in allen Behandlungsphasen begleitet.

Neben den Standardverfahren zur Weiterbehandlung des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung verfügen die BG Kliniken über speziell auf den Bedarf der Unfallversicherungsträger abgestimmte Leistungsangebote wie z. B.:

- ein breites Angebot an Spezialsprechstunden
- Neuro-Check
- Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR)
- Mobilitätstest und Beratung für Querschnittgelähmte
- Stationäre Reha-Abklärung (SRA)
- Tätigkeitsorientierte Rehabilitation (TOR)
- Angebote zur Hilfsmittelberatung und -versorgung (inkl. prothetische Versorgung und Schuhversorgung)

Als „Premium-Dienstleister für Unfallversicherungsträger“ halten die BG Kliniken feste Zeitkontingente und umfangreiche personelle Kapazitäten für die Reha-Planung vor und setzen diese nach einheitlichen Prozessvorgaben um. Die UV-Träger werden beim Ausbau der Vor-Ort-Präsenz in den BG Kliniken u. a. durch die Bereitstellung geeigneter Büroräumlichkeiten unterstützt. Die UVT-Servicezentren der Kliniken unterstützen die Reha-Managerinnen und -Manager vor Ort als zentrale Ansprechstellen und durch die Bereitstellung von Belegungslisten. Die BG Kliniken veranstalten außerdem regelmäßig Reha-Management

ment-Treffen zur gegenseitigen Vernetzung sowie Schulungs- und Fortbildungsveranstaltungen.

### 9.3 Vernetzung von Rehabilitation und Prävention

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

### 9.4 Vernetzung mit anderen Sozialleistungsträgern

Besonders bei komplex gelagerten Fällen können im Reha-Prozess Leistungen erforderlich werden, für die andere Sozialleistungsträger zuständig sind. Hier sind die Vorgaben des SGB IX zu beachten. Werden Leistungen weiterer Träger erforderlich, sind diese auf Wunsch der Versicherten zu beteiligen und ggf. eine Teilhabekonferenz zu veranlassen. Um die Abstimmungen im Einzelfall zu erleichtern, bietet es sich an, trägerübergreifende Absprachen zum Vorgehen in bestimmten Fallkonstellationen zu treffen und feste Ansprechpersonen zu benennen.

Trägerübergreifende Fallkonstellationen treten insbesondere mit der gesetzlichen Rentenversicherung auf, z. B. wenn im Reha-Management Maßnahmen wie eine Sucht-rehabilitation notwendig werden.

Die Integrationsämter stellen bei Versicherten mit einer anerkannten Schwerbehinderung bzw. Gleichstellung einen wichtigen Kooperationspartner dar. Sie haben im Einzelfall weitgehende Möglichkeiten, Leistungen zur Teilhabe, auch direkt an die Arbeitgebenden zu übernehmen. Ein Integrationsfachdienst (IFD) kann beauftragt werden, wenn ein besonderer Bedarf an arbeits- und berufsbegleitender Unterstützung für arbeitssuchende und schwerbehinderte Menschen besteht.

Weitere Informationen:

- [☞ Ansprechstellen nach § 12 SGB IX der Reha-Träger](#)
- [☞ Verwaltungsvereinbarung BIH – Begleitende Hilfe](#)
- [☞ Gemeinsame Empfehlung Integrationsfachdienste](#)

### 9.5 Weitere Kooperationspartnerinnen und -partner

Im Reha-Management muss auf vielfältige, teils sehr individuelle Bedarfe von Versicherten eingegangen werden. Entsprechend erfordert dies die Kooperation mit verschiedenen weiteren Partnerinnen und Partnern.

Beispiele für weitere Kooperationspartnerinnen und -partner mit denen fallbezogen oder auch fallübergreifend zusammengearbeitet wird, sind u. a.:

- Berufsbildungs- und Berufsförderungswerke
- Werkstätten für behinderte Menschen
- Spezialisten für berufliche und teilhabeorientierte Hilfsmittel
- Architektinnen und Architekten
- Psychosoziale Einrichtungen
- DGUV job
- weitere Arbeitsvermittler

# 10 Reha-Management bei Kindern und Jugendlichen

## 10.1 Definition und Ziele

Das Ziel des Reha-Managements bei Kindern und Jugendlichen besteht neben der bestmöglichen Versorgung des durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschadens darin, die Versicherten möglichst dauerhaft und vollständig in Bildungseinrichtungen, Familie und das weitere soziale Umfeld wieder einzugliedern.

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

- eine (noch) nicht abgeschlossene körperliche, geistige und psychische Entwicklung
- eine (noch) nicht begonnene oder abgeschlossene Schul-/Berufsausbildung
- eine (noch) nicht vorhandene Handlungs- oder Geschäftsfähigkeit
- eine notwendige Einbeziehung und Mitwirkung von Eltern oder Erziehungsberechtigten im Reha -Prozess sowie deren Umgang mit der (ggf. dauerhaften) Behinderung ihrer Kinder
- Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin (Pädiatrie, z. B. andere OP-Techniken und Versorgungsstrukturen)

Die Reha-Managerinnen und -Manager müssen sicherstellen, dass Entwicklungsstörungen rechtzeitig erkannt werden, insbesondere um Spätschäden zu vermeiden. Außerdem sollen sie in bestimmten Entwicklungs- und Lernphasen (Schuleintritt, Schulwechsel, Berufswahlbestimmung, Eintritt ins Berufsleben etc.) einen möglichst komplikationslosen und zeitgerechten Wechsel ermöglichen und die Versicherten einschließlich deren Angehörigen aktiv unterstützen. Bei Bedarf erfolgt eine lebenslange begleitende Hilfe.

Im Rahmen der Durchführung des Reha-Managements ist darauf zu achten, dass Jugendliche, die das fünfzehnte Lebensjahr bereits vollendet haben, im Hinblick auf § 36 SGB I grundsätzlich voll handlungsfähig sind.

## 10.2 Grundsätze der Fallauswahl

Grundsätzlich gelten im Reha-Management von Kindern und Jugendlichen andere Kriterien für die Fallauswahl als bei Erwachsenen. Im Unterschied zu den erwachsenen Versicherten sind medizinisch zunächst die Besonderheiten

des Wachstumsprozesses zu berücksichtigen und in gesonderten Verfahren zu betreuen. Als Indikator für eine (drohende) Teilhabestörung, die ebenfalls eine notwendige Steuerung ins Reha-Management begründen kann, kommen unter anderem zeitliche Aspekte (wie die voraussichtliche Dauer der stationären Behandlung, des unfallbedingten Schulausfalls oder die Schulsportunfähigkeit) sowie weitere Kontextfaktoren in Betracht.

Wegen der bei Kindern und Jugendlichen verlängerten Betrachtungsdauer des Reha-Prozesses ist es sinnvoll, die Methoden des Reha-Managements für diesen Personenkreis **abgestuft** und damit auch zielgenau einzusetzen. So bieten sich je nach Verletzung vorausschauende bzw. nachbetrachtende Verfahren an.

### 10.2.1 Fallauswahl nach medizinischen Kriterien

Als Indikatoren zur Fallauswahl eignen sich alle diagnosegesicherten Verletzungen des Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV) unter individueller Berücksichtigung

- der besonderen Verletzungskonstellationen bei Kindern [Ziffern 10.1 (S) – 10.3 (S)]
- der Verletzungs-Folgezustände beim Kind [Ziffer 11.4 (S)].

Aus dem Katalog des Verletzungsartenverfahrens (VAV) sind insbesondere die nachstehenden Verletzungen geeignet:

- gelenkbetreffende oder gelenknahe Brüche, v. a. mit Beteiligung der Wachstumsfuge [Ziffer 7.1 (V)]
- Mehrfachbrüche [u. a. Ziffer 6.1 (V)]
- operationsbedürftige Becken- und Wirbelsäulenbrüche [u. a. Ziffer 9.2 (V)]
- Verletzungen mit Gefäß-, Nervenbeteiligung
- schwere Weichteilverletzungen

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

### 10.2.2 Fallauswahl nach weiteren Kriterien

Unabhängig von der Fallauswahl nach Diagnosen kann sich in jeder Phase der Rehabilitation oder bei einer Wie-

dererkrankung das Erfordernis für die Einsteuerung ins Reha-Management ergeben. Insbesondere bei VAV-Verletzungen, die nicht bereits von der Aufzählung der unter 7.2.1 genannten Verletzungsarten erfasst sind, können identifizierte zusätzliche Risikofaktoren eine Aufnahme in das Reha-Management erforderlich machen. Hier bietet sich zu Beginn des Heilverfahrens ein ausführliches Telefonat (anhand einer Checkliste) mit den Eltern bzw. der versicherten Person an, um wichtige Aspekte zu ermitteln.

Ziel ist die **frühzeitige** Identifikation von Konstellationen, die besondere Herausforderungen in der Heilbehandlung oder auch bei der schulischen oder sozialen Integration erwarten lassen.

Diese können sich in folgenden Bereichen ergeben:

#### *Medizinische (Risiko-) Faktoren*

- Erkrankungen oder Störungen, die den Heilverlauf oder die Rehabilitation erheblich beeinflussen, z. B. bestehende erhebliche Vorschädigungen oder Begleiterkrankungen
- psychologische (Risiko-)Faktoren wie fehlende oder verzögerte Trauma-/Schuldverarbeitung, psychische Erkrankungen (z. B. Borderline-Störung) oder verminderte Resilienz des Kindes (z. B. durch Mobbing)
- häufige Arztwechsel, Unzufriedenheit mit Behandlungen und Behandlungsmethoden
- Behandlungsdauer über 8 Wochen nach Unfall

#### *Soziale (Risiko-) Faktoren*

- familiäre Probleme und geringe Kooperationsbereitschaft der Familie im Reha-Prozess (z. B. mangelnde Unterstützung, aber auch Überfürsorge der Eltern)
- negative Rehabilitationserwartung (z. B. sekundärer Krankheitsgewinn, Selbsteinschätzung, auch über Einflussnahme durch Eltern)
- hemmende sprachliche oder kognitive Barrieren der Eltern und/oder des Kindes (z. B. Migrationshintergrund)
- Beeinträchtigung der Mobilität im häuslichen Umfeld und außerhalb der Wohnung
- Beeinträchtigung der (Selbst-) Versorgung und Betreuung des Kindes (ggf. externe Hilfe)

- (drohende) Teilhabebeeinträchtigung aufgrund besonderer Fähigkeiten und Neigungen (z. B. Betreiben von Leistungssport, besondere musische Begabungen oder sonstige teilhaberelevante Besonderheiten in der Hobby-/Freizeitgestaltung)

#### *Schulische (Risiko-) Faktoren*

- Probleme im schulischen Umfeld oder bei der Ausbildung (z. B. missglückte Wiederaufnahme des Schulbesuchs, Gefährdung des angestrebten Abschlusses/der Berufsausbildung)
- Notwendigkeit von Schulassistenz, Schulfahrten, Nachhilfe
- vorhandener oder erforderlich werdender sonderpädagogischer Förderbedarf

### 10.2.3 Stufenverfahren

Abhängig von der Fallidentifikation kommt die direkte Einsteuerung in das Reha-Management oder aber auch die Anwendung eines Stufenverfahrens in Betracht. So kann eine individuelle, zielgerichtete Steuerung erfolgen.

Im Stufenverfahren kann im Rahmen einer **1. Stufe** der Fallauswahl so frühzeitig eine „Vorfilterung“ der Fälle auf die Geeignetheit für das Reha-Management aufgrund der genannten weiteren Kriterien erreicht werden.

Je nach Ergebnis des Telefonats und der Fallsichtung kann es aber – abhängig z. B. von der Diagnose – sinnvoll sein, den Vorgang erst nach (vorläufigem) Behandlungsabschluss im Sinne einer Nachsichtung genauer zu betrachten. Eine eventuelle Nachsichtung erfolgt in der **2. Stufe** unter einer optionalen Einbindung von ärztlicher Kompetenz. Ist danach auch medizinisch ein Reha-Management indiziert, erfolgt in der **3. Stufe** eine Bearbeitung mit Erstellung eines Reha- und Teilhabeplans, der Betreuung durch Reha-Managerinnen und -Manager im persönlichen Kontakt mit Versicherten und Eltern sowie der Unterstützung durch Netzwerkpartnerinnen bzw. -partner.

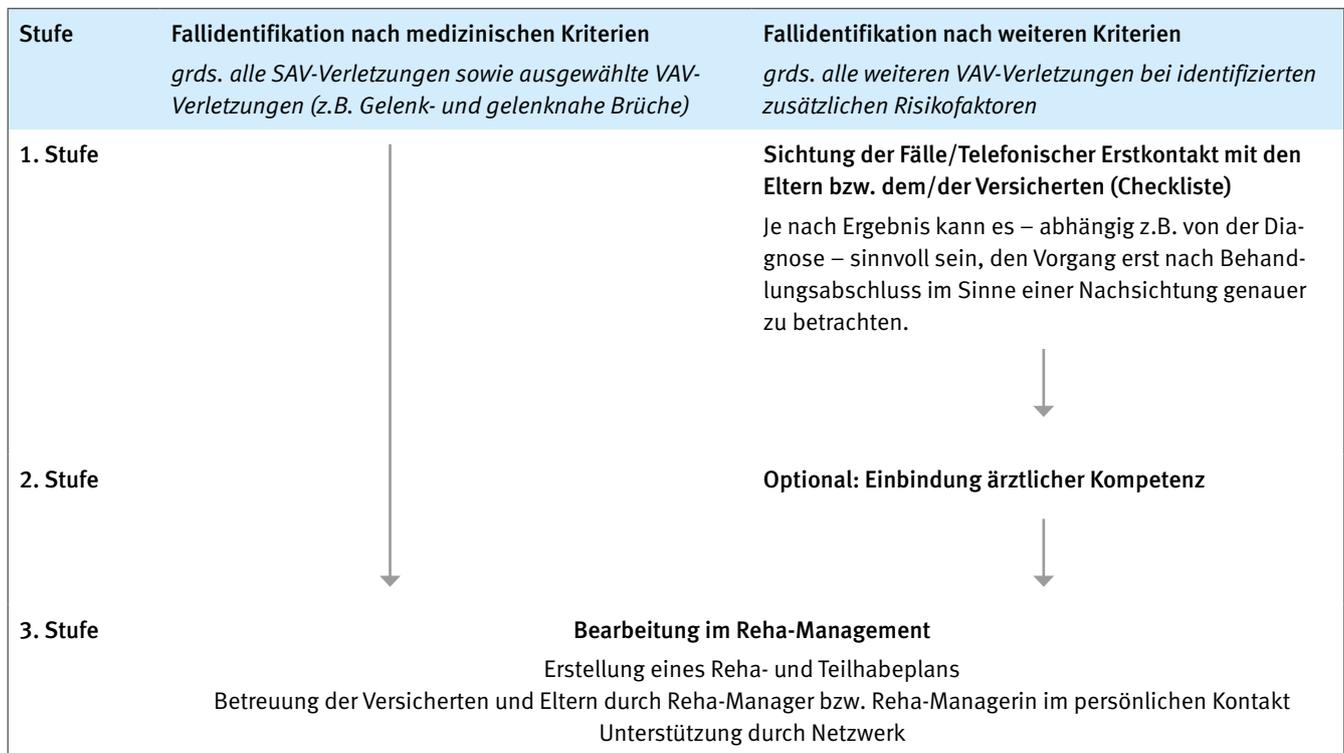


Abb. 4 Fallauswahl zum Reha-Management für Kinder und Jugendliche

### 10.3 Reha-Planung und Koordinierung des Reha-Prozesses

Bei der Erstellung und Anpassung des Reha- und Teilhabeplans sind neben Reha-Managerin bzw. -manager, Unfallverletzten und Arzt bzw. Ärztin bei Bedarf z. B. auch Eltern, Betreuende, Jugendamt, Schulamt, Schulträger oder Schularzt/-ärztin zu beteiligen. Bedarfsabhängig führt die Reha-Managerin bzw. der Reha-Manager Fallkonferenzen durch.

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

### Akute Phase und medizinische Rehabilitation

Als Kooperationspartner sollen kindertraumatologische Zentren, die BG Kliniken sowie VAV-Häuser einbezogen werden, um eine fachrichtungsübergreifende Zusammenarbeit sicherzustellen, z. B. mit Pädiatern oder Kinderchirurginnen, die eine kindgerechte postoperative Versorgung durchführen.

Bei Bedarf sind besondere Leistungen, wie z. B. Förderunterricht am Krankenbett, Besuch der Eltern und ggf. Mitaufnahme der Eltern sowie Kinderpflege-Verletztengeld zu erbringen.

### Vor-/schulische Verlaufsplanung

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

### Berufliche Verlaufsplanung

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

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

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

# 11 Qualitätssicherung des Reha-Managements

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

## 11.1 Strukturqualität

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

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

Anforderungen an die Qualifikation und Kompetenzen der Mitarbeitenden im Reha-Management sind im [Kompetenzprofil für Reha-Managerinnen und Reha-Manager](#) formuliert.

## 11.2 Prozessqualität

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

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

Die Vorgaben des Leitfadens sollten auf der Ebene der einzelnen Unfallversicherungsträger – orientiert an den jeweiligen Voraussetzungen und Bedingungen – praxisorientiert angepasst und umgesetzt werden (interne Verfahrensanweisungen und Dokumente). Der Ge-

schäftsprozess des Reha-Managements ist über ein Verfahrensablaufschemata abzubilden.

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

Prozess-Indikatoren sind u. a.:

- Diagnoseerfassung und -klassifizierung
- Fallauswahl
- Erstellung und ggf. Fortschreibung eines Reha- und Teilhabeplans
- zeitnaher persönlicher Erstkontakt
- Erstellung des Tätigkeitsprofils
- Dokumentation und Bewertung des Rehaverlaufs

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

- Netzwerkpartner mit definierten Qualitätsstandards
- Kommunikations- und Reaktionsgeschwindigkeit
- Integration der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers in das Reha-Management-Verfahren
- Nutzung von IT-gestützter Heilverfahrensüberwachung
- Anbindung an trägerübergreifende Auswertungen

## 11.3 Ergebnisqualität

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

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

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

Subjektive Kriterien erfassen die Zufriedenheit der Versicherten und der beteiligten Partnerinnen und Partner.

Als Ergebnis-Indikatoren gelten u. a.:

- Nahtlosigkeit der Reha-Phasen
- geringe Arbeitsunfähigkeitsdauer
- erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung (Quote)
- angemessene Leistungsausgaben
- angemessene Verwaltungsausgaben
- schnelle Versicherungsfallentscheidung
- geringer Zeitbedarf bis zur beruflichen Wiedereingliederung
- externe Kundenzufriedenheit  
(Versicherte/ggf. Angehörige/  
Arbeitgebende/Leistungserbringer)
- interne Kundenzufriedenheit (Mitarbeitende)

Als Teil der Qualitätssicherung des Reha-Managements wird in regelmäßigen Abständen DGUV-weit eine Befragung aller abgeschlossenen Reha-Management-Fälle (Versichertenbefragung im Reha-Management) durchgeführt. Mit dem Fragebogen wird die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Reha-Management und dem Reha-Prozess erhoben. Darüber hinaus sollen Inhalte und Definitionen des Handlungsleitfadens überprüft werden. Gleichzeitig stellt die Befragung ein Qualitätsmanagementinstrument für den einzelnen UV-Träger dar.

# Anhang 1

## Reha- und Teilhabeplan (J2100)

Aktenzeichen:

Tag des Versicherungsfalls:

Versicherte Person:

### **Persönlicher Reha- und Teilhabeplan**

---

vom:

Mit dieser Vereinbarung wird der Reha- und Teilhabeplan vom fortgeschrieben.

---

#### **1 Ihre berufliche Tätigkeit**

Siehe Tätigkeitsprofil vom

1.1 Erlernte/r Beruf/e:

1.2 Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

1.3 Spezifische Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz:

---

#### **2 Diagnose/n Ihrer Unfall-/Erkrankungsfolge/n**

---

#### **3 Rehabilitationsbedarf**

3.1 Aktueller Verletzungs- und Gesundheitsstatus, ggf. Komplikationen:

- 2 -

Az.: \_\_\_\_\_, Name: \_\_\_\_\_

3.2 Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:

3.3 Versicherungsfallunabhängige Gesundheitseinschränkungen:

- Es liegt trägerübergreifender Rehabilitationsbedarf vor. Einbindung weiterer Leistungsträger gewünscht?
- Nein
- Ja, und zwar:

**4 Teilziele Ihrer Rehabilitation und geplante Maßnahmen**

- Medizinische Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen zur Sozialen Teilhabe

Teilziel	Maßnahme				Anmerkungen*
	Art	Durch	Von	Bis	

\* zum Vorgehen, falls das Teilziel nicht erreicht wird bzw. zur Überprüfung der Erreichbarkeit

Az.: \_\_\_\_\_, Name: \_\_\_\_\_

---

**5 Hilfsmittelversorgung**

---

**6 Ergänzende Zielvereinbarungen und sonstige Anmerkungen**

---

**7 Prognose zur Wiederaufnahme Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit**

- Die bisherige Tätigkeit kann voraussichtlich ab
- ohne wesentliche Einschränkungen ausgeübt werden.
  - mit folgenden Einschränkungen ausgeübt werden: .
  - nicht wiederaufgenommen werden.

---

Ich wurde zu allen Maßnahmen hinsichtlich meines Wunsch- und Wahlrechts aufgeklärt. Den vereinbarten Maßnahmen und deren Umsetzung stimme ich zu.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift versicherte Person

---

Unterschrift Reha-Managerin/ Reha-Manager

---

Unterschrift Ärztin/Arzt

**Weitergabe personenbezogener Daten**

Ich bin damit einverstanden, dass der Unfallversicherungsträger die Angaben in diesem Reha- und Teilhabeplan erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt. Ich stimme einer Übermittlung dieser Daten an die beteiligten Reha-Partnerinnen und Reha-Partner (siehe unten) zu, soweit dies für meine Rehabilitation erforderlich ist.

- Nein     Ja

Diese Angaben dürfen auch an meine/n Arbeitgeber/in übermittelt werden.

- Nein     Ja

---

Ort und Datum

---

Unterschrift versicherte Person

- 4 -

Az.:

, Name:

**Kontaktdaten der Reha-Partner/innen**

	Name, Ort	Telefon-Nr.	Mobil-Nr.
Versicherte Person			
Reha-Manager/in bzw. persönliche/r Ansprechpartner/in			
Arzt/Ärztin			
Arbeitgeber/in			
Therapeut/in			
Einrichtung			

# Anhang 2

## Fallkonstellationen für die Behandlung in BG Kliniken oder vergleichbar qualifizierten Krankenhäusern

Infrage kommende SAV Ziffern in Klammern

1. Verlegungen nach Akutbehandlung komplexer Verletzungsmuster (entweder zur weiteren intensivmedizinischen Behandlung oder im Sinne der integrierten Rehabilitation - Direktverlegung nach Intensivtherapie, z. B. KSR mit Pflegebedarf)
  - Postakutphase nach Polytrauma/Mehrfachverletzungen [5.1 (S); 10.1 (S); 10.2(S)]
  - Postakutphase (Phase B) nach schwerem SHT [4.2 (S)]
  - Postakutphase nach Querschnittverletzung [3.1 (S); 9.2(S)]
  - Postakutphase nach Replantation von Extremitäten [1.1(S); 8.1(S)]
  - Postakutphase nach schweren Verbrennungen [1.3 (S); 1.4 (S)]
  
2. Verlegungen nach schwerwiegenden Komplikationen/ komplizierten Verläufen
  - Notwendigkeit freier Lappenplastiken [1.1 (S); 1.2 (S); 1.5 (S); 2.2 (S); 6.x (S); 7.x (S); 11.2 (S)]
  - Periphere Nervenschaden mit Notwendigkeit der Rekonstruktion oder motorischen Ersatzoperation [(3.2 (S); 3.3 (S); 6.x (S); 7.x (S); 8.4 (S); 9.3 (S); 9.4 (S); 11.3 (S); 11.5 (S)]
  - Schwere Infektionen der Hand mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit [8.7 (S); 11.1 (S)]
  - Infizierte Knochenheilungsstörungen (Pseudarthrose), Osteitis [11.3 (S)]
  - postoperative Gelenk- und Endoprotheseninfektionen, Infektionen an der Wirbelsäule nach operativem Eingriff
  - Knochendefekte mit der Notwendigkeit eines Segmenttransportes oder knöcherner Defektrekonstruktion (Masquelet, vask. Beckenkammspan etc.) [11.3 (S)]
  - Notwendigkeit von Korrekturen bei Achsfehlstellung nach sekundärer Dislokation, Implantatlockerung oder sekundären Gelenkrekonstruktionen nach fehlverheilten Frakturen [11.3 (S); 11.4 (S)]
  - Notwendigkeit von Versteifungsoperationen bei posttraumatischen Veränderungen an den Extremitäten, Becken und an der Wirbelsäule [11.3 (S)]
  - Notwendigkeit von Stumpfkorrekturen nach Amputationsverletzungen [11.5 (S)]
  - Abklärung der Indikation von Endo-Exoprothesen [1.1 (S)]
  - Notwendigkeit von Band- oder Kapselrekonstruktionen bei verbliebenen Gelenkinstabilitäten
  - Chronisches Schmerzsyndrom [11.5 (S)]

# Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
ABMR	Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale Rehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BBW	Berufsbildungswerk
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BFW	Berufsförderungswerk
BGSW	Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung
CRPS	Complex Regional Pain Syndrome (Komplexes regionales Schmerzsyndrom)
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
EAP	Erweiterte Ambulante Physiotherapie
FCE	Functional Capacity Evaluation
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IT	Informationstechnik
KI	Künstliche Intelligenz
KSR	Komplexe Stationäre Rehabilitation
LTA	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
SAV	Schwerstverletzungsartenverfahren
SGB	Sozialgesetzbuch
TOR	Tätigkeitsorientierte Rehabilitation
UV	Unfallversicherung
UVT	Unfallversicherungsträger
VAV	Verletzungsartenverfahren
WfbM	Werkstätten für behinderte Menschen





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

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