

Vermittlung von Sportangeboten als Mittel der Nachsorge und Individualprävention

Key Facts

- Seit April 2021 kooperiert das BG Klinikum Duisburg erfolgreich mit dem Behinderten- und Rehabilitationssportverband Nordrhein-Westfalen
- Versicherte werden in Sprechstunden zu individuell angepassten Sportangeboten für die Rehaphase F (lebenslange Nachsorge) beraten
- Diese Sprechstunden können auch für Maßnahmen der sekundären Individualprävention genutzt werden

Autor

➔ Dr. med. Christian Schmitz

Der Artikel fokussiert eine selten thematisierte Behandlungsphase der Traumarehabilitation. Die Rehabilitation verläuft in verschiedenen Phasen, nach Beendigung der arbeitstherapeutischen Rehaphase E und Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in alter Tätigkeit stellt sich die Frage, inwieweit im Kontext der Nachsorge Rehabilitationsinhalte fortgeführt werden sollten.

Die Grenze, bis wann weiter Heilmittel verordnet werden müssen und ab wann, im Sinne der Eigenverantwortung, auch selbstständige, gesundheitsfördernde und gesundheitserhaltende Übungen durchgeführt werden müssen, ist nicht klar definiert. So kann beispielsweise die Frage der Finanzierung von Fitnessstudiobeiträgen durch den Unfallversicherungsträger von Fall zu Fall unterschiedlich beantwortet werden – je nachdem, ob die proaktive Unterstützung oder die Eigenverantwortung der Versicherten im Vordergrund steht.

Nicht selten werden von Durchgangsarzten und Durchgangsarztinnen wiederholte und damit längerfristige Krankengymnastikverordnungen ausgestellt. Durch die im April dieses Jahres über die Landesverbände der DGUV bereitgestellten neuen Verordnungen für Physiotherapie (F2400) wird die Verordnung von Langzeit-Krankengymnastik für sechs Monate möglich und erleichtert. Eine Indikation für die Langzeitverordnung von Heilmitteln ist allerdings nur bei schweren Verletzungsfolgen wie intrakraniellen Blutungen, Para-/Tetra-

plegie, Para-/Tetraparesen, Plexusschädigungen, Major-Amputationen, schwerer posttraumatischer Achsabweichung der Wirbelsäule gegeben. Im Gegensatz dazu sind bei bestimmten Verletzungsfolgen des Bewegungsapparates, die nicht in diese genannten Indikationen fallen, trotz des weiteren Verordnungswunsches der Versicherten Langzeitverordnungen medizinisch nicht indiziert.

Etabliert ist auch die Verordnung von Medizinischer Trainingstherapie auf den Verordnungsvordrucken zur Erweiterten Ambulanten Physiotherapie (EAP). Ergänzend wird aktuell über die entsprechenden Arbeitskreise der DGUV ein offizielles DGUV-Verordnungsformular für die in der Praxis schon lange akzeptierte Verordnung von Rehabilitationssport erarbeitet. In einem weiteren Arbeitskreis werden parallel Möglichkeiten erörtert, wie Potenziale der Digitalisierung beispielsweise in der digitalen Reha-Nachsorge für gesetzlich Unfallversicherte genutzt werden können. Durch die Deutsche Rentenversicherung wird bereits erfolgreich eine digitale Reha-Nachsorge zur Verstetigung des

Rehabilitationserfolgs angeboten. Nicht zuletzt rücken derzeit auch demografische Aspekte und der Fachkräftemangel die sekundären, individualpräventiven Maßnahmen der Nachsorge und mögliche digitale Erweiterungen der Angebote in den Fokus.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit Versicherte in der Rehaphase F auch bei Sport und Bewegung von der gesetzlichen Unfallversicherung unterstützt werden sollten oder ob an dieser Stelle primär Eigenmotivation und Selbstwirksamkeit gefragt sind. Die theoretische Möglichkeit von Zielkonflikten darf allerdings die Bemühungen zur Durchführung von Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen über alle Rehaphasen hinweg nicht grundsätzlich mindern. Die Möglichkeiten zur Förderung von Behindertensport im Rahmen der Leistungen zur Sozialen Teilhabe sind im Handlungsleitfaden der DGUV aus dem Juni 2021 beschrieben. Besonders gut können aus Sicht der Kliniker und Klinikerinnen diese Leistungen bei Schwerstbetroffenen zur Unterstützung der Sozialen Teilhabe in der Praxis angewendet werden. Bei den leichter bis mittelschwer verletzten

”

Nicht zuletzt rücken derzeit auch demografische Aspekte und der Fachkräftemangel die sekundären, individualpräventiven Maßnahmen der Nachsorge und mögliche digitale Erweiterungen der Angebote in den Fokus.“

Versicherten (Minderung der Erwerbsfähigkeit [MdE] < 30) ergeben sich nicht selten die oben genannten Unsicherheiten bezogen auf die Verordnungsmöglichkeiten.

Motivierende Gespräche der Kliniker und Klinikerinnen mit Betroffenen, um positives Bewegungsverhalten/Sport in den Alltag zu integrieren, scheitern nicht selten an

personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren der Versicherten. Das heißt, dass im Einzelfall der Kliniker beziehungsweise die Klinikerin die lokalen und regionalen Angebote sowie die Interessen und Neigungen der versicherten Person nicht ausreichend kennt, nicht richtig einschätzt und somit keine konkreten und umsetzbaren Angebote machen kann. Auf der anderen

Seite sind allerdings auch die Versicherten aus vielfältigen Gründen nicht in der Lage, selbstständig Kontakt beispielsweise zu Reha-Sportvereinen aufzunehmen.

An dieser Stelle wurde im April 2021 am BG Klinikum Duisburg ein Pilotprojekt gestartet. Durch eine Kooperation mit dem Behinderten- und Rehabilitationssport-



Quelle: Schmitz

Abbildung 1: Das Phasenmodell der Traumarehabilitation (KSR = Komplexe Stationäre Rehabilitation, BGSW = Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung, EAP = Erweiterte Ambulante Physiotherapie, TOR/ABMR = Tätigkeitsorientierte Rehabilitation/Arbeitsplatzbezogene Muskuloskelettale)



Motivierende Gespräche der Kliniker und Klinikerinnen mit Betroffenen, um positives Bewegungsverhalten/ Sport in den Alltag zu integrieren, scheitern nicht selten an personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren der Versicherten.“

verband Nordrhein-Westfalen (BRSNW) wurde es ermöglicht, dass regelmäßig Mitarbeiterinnen des BRSNW in das BG Klinikum Duisburg kommen, Sprechstunden-Beratungen anbieten und so Versicherten konkrete, heimatnahe und individuell angepasste Angebote für sportliche Aktivitäten in der Rehapphase F unterbreiten. So können die möglicherweise bisher nicht konkreten Empfehlungen vor dem Hintergrund von Interessen und Neigungen der Versicherten über die großen Datenbanken mit Kontaktstellen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) in konkrete Telefonnummern, Ansprechpersonen und Adressen überführt werden. Hierbei sind alle Leistungsklassen vermittelbar. Von inklusiven Kegelsportvereinen bis hin zu paralympisch motivierten Leistungssportlern und Leistungssportlerinnen können Kontakte vermittelt werden.

Die Sprechstunden des BRSNW werden über das Chefarztsekretariat der Klinik für Rehabilitation, konservative und technische Orthopädie des BG Klinikums ver-

mittelt. Vom Grundsatz her können Vertreter und Vertreterinnen aller beteiligten Berufsgruppen wie Pflege, Physiotherapie, Sportwissenschaft, Psychologie, Medizin und Rehabilitation eine Zuführung in das Sprechstundenangebot veranlassen. Im Zweifel werden durch den BRSNW Unsicherheiten, ob das gewünschte sportliche Betätigungsfeld leidensgerecht ist, mit den Ärztinnen und Ärzten der Klinik für Rehabilitation abgestimmt. Da es sich hierbei um eine Vermittlung von regulärem Vereinssport handelt, sind ärztliche Verordnungen nicht erforderlich.

Inzwischen werden die genannten Sprechstunden des BRSNW durch die beiden BG Kliniken in Nordrhein-Westfalen, das BG Klinikum Duisburg und das BG Universitätsklinikum Bergmannsheil Bochum, angeboten. Vom Grundsatz her wären über die in den Landesverbänden des DBS organisierten Strukturen auch Angebote in anderen Bundesländern möglich. Denkbar ist auch, dass dieses Angebot vermehrt über die neu etablierten Präventionssprechstun-

den an den neun BG Kliniken in Deutschland angefragt werden könnte.

Unter Federführung der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) wurde im Rahmen des Konzepts „Individualprävention bei Unfallfolgen“ bereits eine Präventionssprechstunde in Zusammenarbeit mit dem Unfallkrankenhaus Berlin pilotiert. Mit dem Konzept ist ein flächendeckendes Angebot zur Individualprävention entwickelt worden. Es richtet sich an Versicherte, die einen Arbeitsunfall mit bleibenden Beeinträchtigungen auf chirurgischem/orthopädischem Gebiet erlitten haben, und hat das Ziel, mögliche Verschlimmerungen der Unfallfolgen zu verhindern. Auch in diesem Präventionssprechstundenformat könnte also die Vermittlung in Reha- und Behindertensportstrukturen, wie oben dargestellt, ein sinnvolles und ergänzendes Element sein, um das Fortschreiten einer Verschlimmerung, beispielsweise nach Frakturen mit Gelenkbeteiligung, mit allen geeigneten Mitteln zu verhindern. ↩



Literatur

Simmel, S.; Müller, W.-D.; Reimertz, C.; Kühne, C.; Glaesener: Phasenmodell der Traumarehabilitation. Wie können wir das „Rehaloch“ vermeiden? In: Die Unfallchirurgie, Ausgabe 9/2017.

<https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4205>