



suva

 **DGUV**
Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung
Spitzenverband

**Erfolgsmerkmale eines effizienten
Reha-Managements**

**Facteurs de réussite d'une gestion
efficace de la réadaptation**

**Fattori di successo di una gestione
efficace della riabilitazione**

**Key performance indicators of an ef-
ficient rehabilitation management**

Herausgeber:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Mittelstraße 51

10117 Berlin

Deutschland/Germany

Telefon: +49 30 288763800

Telefax: +49 30 288763808

Internet: www.dguv.de

E-Mail: info@dguv.de

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

Adalbert-Stifter-Straße 65

1200 Wien

Österreich/Austria

Internet: www.auva.at

Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)

Postfach

6002 Luzern

Schweiz/Switzerland

Telefon: +41 41 4195111

Internet: www.suva.ch

– Mai 2013 –

Satz und Layout: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)

5–15

Erfolgsmerkmale eines effizienten
Reha-Managements

Deutsch

17–29

Facteurs de réussite d'une gestion
efficace de la réadaptation

Français

31–43

Fattori di successo di una gestione
efficace della riabilitazione

Italiano

45–57

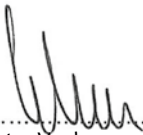
Key performance indicators of an
efficient rehabilitation management

English

Vorwort

Versicherungen, die sich um die Arbeitskraft und Gesundheit von Menschen kümmern, dürfen Unfälle nicht nur durch Geldzahlung ausgleichen, sondern müssen ihre Dienste proaktiv an den Interessen ihrer Versicherten ausrichten, die gesund und arbeitsfähig bleiben und werden wollen. Neben den vielfältigen präventiven Angeboten für die Betriebe und die Unfallversicherten blicken unsere drei Sozialversicherungen auf eine jahrzehntelange Tradition im effizienten Management von Maßnahmen zur Rehabilitation zurück. Hierfür halten wir eigene Fachleute vor, die interdisziplinär, ganzheitlich und nachhaltig agieren. Die folgenden Grundsätze, in denen diese Errungenschaften und Zielsetzungen zusammen getragen sind, sollen als gutes Beispiel dienen, an denen sich unsere Kunden und Partner orientieren können. Denn gerade weil es um Menschen geht, benötigen wir die Unterstützung der Betroffenen und die Kooperation anderer Dienstleister in der sozialen Sicherung. Zudem bieten diese Grundsätze den Mitarbeitern in unseren Versicherungszweigen die gebührende Anerkennung ihres Engagements für Menschen mit Behinderungen, und formulieren zugleich den Anspruch, den wir uns selbst setzen.

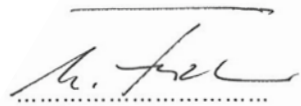
Im November 2012



Peter Vavken
Generaldirektor
AUVA (Wien)



Dr. Joachim Breuer
Hauptgeschäftsführer
DGUV (Berlin)



Dr. Ulrich Fricker
Vorsitzender der Geschäftsleitung
SUVA (Luzern)

1 Zielsetzung

Die gesetzlichen Versicherungen gegen Arbeitsunfälle¹⁾ und Berufskrankheiten in Deutschland, Österreich und der Schweiz erbringen präventive, medizinische und berufsorientierte Leistungen „aus einer Hand“. Dadurch begleiten sie verletzte oder aus beruflichen Gründen erkrankte Menschen erfolgreich auf dem Weg, wieder gesund und arbeitsfähig zu werden. Dies stellt einen Strukturvorteil dar, der weltweit anerkannt ist. Er hat AUVA, DGUV und SUVA in die Lage versetzt, in den letzten Jahrzehnten viele gute Beispiele zu entwickeln. Trotz kleiner Unterschiede beim Kreis der versicherten Personen haben sie einheitliche Grundsätze eines effizienten Reha-Managements erstellt. Sie dienen nach innen als Orientierungshilfe, nach außen machen sie die Urheberschaft deutlich, wenn andere Versicherer diese Grundsätze nutzen. Reha-Management gehört methodisch zum Case Management, grenzt sich aber zum in der privaten Versicherungswirtschaft häufig verwendeten Begriff des Schadensmanagements ab. Denn mit den folgenden Erfolgskriterien wird die soziale Aufgabe einer Versicherung betont, in deren Blick der Mensch steht und nicht ein „Fall“.

1) Überall dort, wo der Begriff „Arbeitsunfall/-unfälle“ verwendet wird, gilt dies im Bereich der SUVA auch für Freizeitunfälle, da die SUVA sowohl für Arbeitsunfälle als auch für Freizeitunfälle zuständig ist.

2 Begriffe

Rehabilitation bedeutet in diesen Grundsätzen alles, was Verletzten und Erkrankten hilft, am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen. Deswegen wird keine Definition von Rehabilitation festgelegt, etwa die der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus den 90er Jahren. Denn dieses Vorgehen öffnet nicht, sondern beschränkt eher. Vielmehr muss das Reha-Management direkt nach dem Eintritt des Gesundheitsschadens beginnen und möglichst durch die Wiedereingliederung in die vertraute Arbeitsumgebung und Lebenswelt abschließen. Es umfasst die Option aller weiteren Betreuungen, um die Nachhaltigkeit des Eingliederungserfolgs zu sichern. In diesem weiten Sinne umfasst die Rehabilitation die medizinische Versorgung von der Akutbehandlung über die medizinische Rehabilitation bis hin zu Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe.

Die Erfolgsmerkmale in diesem Leitfaden beziehen sich in erster Linie auf Arbeitsunfälle. Sie sind aber bis auf einige Modifikationen auf ein Management von Personenschäden auch bei Berufskrankheiten übertragbar. Bei jedem Gesundheitsmanagement stehen die hier beschriebenen Grundsätze im Vordergrund. Das Reha-Management muss früh beginnen, ist vernetzt umzusetzen und hat nachhaltig zu wirken, damit das wesentliche Ziel erreicht wird, die berufliche und soziale Teilhabe von Menschen mit bleibenden Behinderungen und damit ihre Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Effizienz im Sinne dieser Grundsätze bedeutet ein sinnvolles Verhältnis zwischen Aufwand und Erfolg. Die Effektivität einzelner Maßnahmen und Leistungen wird in diesem Papier nicht bewertet.

3 Rechts- und Sozialordnung

Gesetzliche Regelungen in einzelnen Ländern bieten Anreize und Fehlanreize für ein Reha-Management. Insoweit beeinflusst die Rechtsordnung alle Erfolgsmerkmale in diesen Grundsätzen. Darauf wird jeweils Bezug genommen. Die Frage ist: Müssen Versicherer zum Reha-Management durch Rechtsnormen gezwungen werden? Oder kann die gleiche Überzeugung bei Entscheidern über das Ob und Wie von Reha-Management auch anders entstehen? Wichtige Impulse sind die humane Bedeutung des Reha-Managements für die versicherten Personen (soziale Komponente) und die Kostenrelevanz für die Beitragszahler (wirtschaftliche Komponente). Denn internationale Erfahrungen belegen: Ein Personal aufwendiges Reha-Management ist nur in wenigen ausgewählten Fällen erforderlich. Diese wenigen Fälle würden aber ohne Reha-Management vielfach deutlich zeitverzögert und im Ergebnis schlechter ablaufen und dadurch auch deutlich höhere Kosten verursachen. Erfahrungsgemäß sind es deutlich weniger als 10 % aller Versicherungsfälle, die einer Unterstützung durch ein Reha-Management bedürfen.

Die sozialen Arbeitsunfall-Versicherungen leisten bei Gesundheitsschäden, die auf Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beruhen. Indes gehen diese Grundsätze davon aus, dass ein effizientes Reha-Management nur realisiert werden kann, wenn früh in proaktivem Sinne gehandelt wird. Der Mensch steht im Mittelpunkt – sein Reha-Bedarf ist entscheidend. Daher darf nicht gewartet werden, bis die Zuständigkeit geklärt ist. Vorläufig aufzuwendende Kosten, etwa eine mit zu behandelnde Depression oder ein Diabetes, müssen später von den zuständigen Leistungsträgern zurückerstattet werden. Dieser ganzheitliche Ansatz entspricht den menschenrechtlichen Grundprinzipien der Behindertenrechtskonvention²⁾ der Vereinten Nationen (UN-BRK), die in vielen Ländern bereits nationales Recht ist, wie etwa in Deutschland und Österreich.

2) <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.

4 Frühe Information

Je früher der Versicherer über einen Unfall und dessen Folgen für die betroffenen Menschen informiert wird, desto besser wird er in die Lage versetzt zu entscheiden, ob ein Reha-Management starten soll. Dazu gehört die Unfallmeldung im Idealfall innerhalb von 3 Tagen. Die dafür Verantwortlichen sollten möglichst gesetzlich, aber ansonsten vertraglich verpflichtet werden. Im Vordergrund steht stets die Bewusstseinsbildung bei den Meldern. Eine Berichtspflicht können auch die Ärzte haben, so wie in Deutschland, etwa durch einen Vertrag mit der Ärzteschaft (Ärzte-Vertrag).³⁾ Hinzu kommen die Kliniken, wo, so wie etwa über einen Besuchsdienst von Versicherern, die versicherte Person aufgesucht werden kann. Dabei hilft der Einsatz eines speziellen Berichtsformulars. Die weiteren Informationsquellen, die indes meist später einsetzen, liefern die versicherte Person selbst oder deren Angehörige sowie deren Rechtsvertreter.

3) Die Pflicht zur Unfallmeldung ist durch Unternehmer in § 193 Sozialgesetzbuch (SGB) VII, Unfallmeldung durch Ärzte (Ermächtigungsgrundlage: § 34 Abs.3 SGB VII) in § 14 des Vertrages Ärzte-Unfallversicherungsträger geregelt.

5 Bedarf identifizieren

Nach einer frühen Information ist zu identifizieren, ob und wann eine intensivere Unterstützung des Rehabilitationsprozesses durch den Versicherer nötig ist. Diese komplexen Fälle sind über verschiedene Kontextfaktoren zu konkretisieren. Zu den Risikofaktoren gehören medizinische Indikatoren, etwa die Schwere einer Verletzung, aber auch besondere Anforderungen des Arbeitsplatzes, an den die versicherte Person wieder zurückkehren soll, sowie andere psychosoziale Faktoren im Sinne der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Dazu zählen vor allem alle positiven Anknüpfungspunkte für eine erfolgreiche Wiedereingliederung wie berufliche Kenntnisse und Interessen, Unterstützung und Motivation durch das familiäre und soziale Umfeld. Zu achten ist aber auch auf hemmende Faktoren, wie in den persönlichen Lebensumständen (Alleinleben, Armut oder Migration), psychischen Störungen oder Geschlecht/Sprache. Die dazu bestehenden Erkenntnisse und vorhandenen Erhebungsinstrumente bieten vielerlei Ansätze. Es sollte angestrebt werden, Versicherungen und Länder übergreifend Genauigkeit im Identifizierungsprozess zu gewinnen, ob es sich um einen sogenannten Normalfall oder um einen Komplexfall handelt, in dem ein Versicherer aus sozialen oder wirtschaftlichen Gründen proaktiv handeln sollte. Dazu kann schon der frühe Erstbericht des Arztes dienen (s.o. 4). Eine geeignete Methode ist die Beschreibung von Fallgruppen. Auch die aufsuchende Methode, wie etwa der Besuchsdienst in Kliniken, bietet ein weiteres Instrument zur Treffsicherheit. Zur Effizienz eines Reha-Managements gehört aber auch, Maßstäbe zu entwickeln, wann es beendet werden muss. Das kann bei anhaltendem Motivationsmangel der versicherten Person oder bei Realisierung des Eingliederungserfolgs der Fall sein. Zu beachten ist: Auch ein Normalfall kann zu einem späteren Zeitpunkt (wieder) zu einem Komplexfall werden.

6 Interdisziplinäre Teamarbeit

Wenn ein Komplexfall identifiziert worden ist, sind unterschiedlichste Experten einzubeziehen, damit die Eingliederung gelingt. Hauptziel ist die Teilhabe am Arbeitsleben. In erster Linie die Reintegration am alten Arbeitsplatz. Wenn das nicht möglich ist, an einem anderen Arbeitsort im Betrieb, etwa im Anschluss an geeignete Qualifizierungsmaßnahmen, und zuletzt, etwa nach einer Ausbildung in einem neuen Beruf, bei einem anderen Arbeitgeber. Nach den Erfahrungen können dank Reha-Management über 90 % aller Betroffenen mit Komplexfällen ohne aufwendige Maßnahmen in das Erwerbsleben zurückkehren. Das zeigt, dass sich das Reha-Management in einem erheblichen Teil über die rein medizinischen Leistungen hinaus erstrecken muss. Dieser Erkenntnis entsprechend muss die Ärzteschaft im Reha-Prozess von Reha-Managern unterstützt werden. Der Königsweg ist ein Kooperationsmodell, an dem sich die Strukturen und Prozesse im Reha-Management orientieren sollten. Eine früh einsetzende Teamarbeit und eine aufsuchende Begleitung sind wichtig. Dazu ist der Reha-Plan unerlässlich, in dem die betroffenen Menschen – unterstützt vom Reha-Team – ihr Reha-Ziel formulieren und die Schritte dorthin festlegen, jeweils mit der Option, sich an veränderte Umstände anzupassen. Von besonderer Bedeutung ist in jedem Falle, dass, bezogen auf den Bedarf der Betroffenen, keiner der relevanten Fachleute ausgeklammert wird, aber auch, dass Aufgaben verteilt werden und Verantwortlichkeiten festgelegt sind. Außerdem ist wichtig, nicht nur auf Prozesse zu achten, sondern auf die Ergebnisse im Einzelfall. Denn das eröffnet den Beteiligten Gestaltungsfreiräume und vermeidet Bürokratie.

7 Zusammenarbeit mit Partnern

Ein Reha-Management im Team, also unter Experten verschiedener Disziplinen und Dienstleister, gelingt in vielen Fällen nicht ohne weitere Partner. Dazu zählen in erster Linie andere Sozialversicherer. In vielen Ländern der Welt verteilt sich die Absicherung von Risiken gegen Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfall auf verschiedene Leistungsträger. Deswegen ist die Zusammenarbeit unter Rehabilitationsträgern von besonderer Bedeutung für den Teilhabeerfolg und ein Erfolgsmerkmal des Reha-Managements.⁴⁾ Auch kausale Versicherungen, wie etwa die Versicherung gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, benötigen dringend die anderen Leistungsträger als Kooperationspartner, um entweder den Rehabilitationsprozess im Sinne „Alles aus einer Hand“ zu optimieren oder eine konfliktfreie Kostenerstattung von Leistungen zu vereinbaren (s.o. 3). Neben den gesetzlichen Versicherern sollten auch die Privatversicherer als Kooperationspartner nicht ausgeschlossen werden, denn die Einbeziehung ihrer Versicherungsleistungen, etwa in der privaten Unfall- und Haftpflichtversicherung, kann im Einzelfall ein Reha-Management zu Gunsten der versicherten Person abrunden und für jede Versicherung Synergieeffekte mit sich bringen. Nicht zuletzt müssen die Beteiligten im Betrieb als wichtige Partner des Reha-Managements angesehen werden, also angefangen von den Personalverantwortlichen über die Betriebsärzte bis hin zu den Interessenvertretern der Beschäftigten.

4) Die gesetzlichen Regelungen in Deutschland sehen im Rehabilitationsrecht (Sozialgesetzbuch IX) spezielle Verpflichtungen vor, etwa gemeinsame Servicestellen oder gemeinsame Empfehlungen. Einzelheiten dazu sind der Website der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) zu entnehmen.

8 Partizipation der versicherten Person

Ein Reha-Management gelingt nur, wenn die versicherte Person es wünscht und trägt. Deswegen müssen zunächst alle Informationen, die in dem Rechtsverhältnis zu ihr fließen, an einem hohen Anspruch an Persönlichkeitsrechten, und damit an deren Datenschutzrechten, gemessen werden. Sie gehören zu den unter 3. genannten Menschenrechten in der UN-Behindertenrechtskonvention. Für das Reha-Management von besonderer Bedeutung sind die Artikel 25-27 der UN-BRK vor allem Artikel 26 Abs. 1 a (Habilitation und Rehabilitation). Besonders der individuelle Bedarf und die frühe Einbeziehung (Partizipation) müssen die Angebote zum Reha-Management prägen. Auch wenn ein Reha-Management vom Versicherer selbst durchgeführt wird, also aus der Perspektive der versicherten Person vermeintlich nicht „unabhängig“ ist, so kann es dennoch akzeptiert werden, wenn die Betroffenen von vornherein ihre Rehabilitation zur eigenen Sache machen. In dieser selbstbestimmten Rolle als „Experten in eigener Sache“ entwickelt sich automatisch die erstrebenswerte aktive Rolle, die der Motivation, wieder gesund und arbeitsfähig zu werden, dient und dazu führt, dass die versicherten Personen langfristig das Teilhabeziel selbst verinnerlichen, also ihre eigenen Reha-Manager werden und bleiben.

9 Reha-Manager qualifizieren

Bis zu dem Teilhabeziel, wo versicherte Personen wieder ihr Leben vor dem Unfall aufnehmen und es selbst bestimmen können, müssen ihnen gute aus- und weitergebildete Reha-Manager zur Seite stehen, die eine ihrer Qualifikation entsprechende hohe Entscheidungsbefugnis erhalten sollten. Ungeachtet der Angehörigkeit zu einer Berufsgruppe (Medizin, Sozialarbeit etc.) müssen sie über verschiedene Kompetenzen verfügen, insbesondere über soziale Kompetenz einschließlich medizinischer, juristischer und wirtschaftlicher Kenntnisse, immer ausgerichtet an dem Ziel, die Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft zu ermöglichen. Dem muss das Anforderungsprofil – unter Berücksichtigung der internationalen Erfahrungen – entsprechen⁵⁾. Zum Profil dieser Manager gehören auch Anhaltspunkte darüber, wie viele Fälle sie im Reha-Management leisten können. Dazu sind, abhängig von der Komplexität der Fälle, eine Mindest- und eine Höchstgrenze anzugeben, um den Erfolg des Reha-Managements sicherzustellen. Zur Weiterqualifizierung der Reha-Manager bedarf es einer Plattform, um ihre Erfahrungen auszutauschen und unter Berücksichtigung eines moderierten Verfahrens „gute Beispiele“ zu identifizieren und zu verbreiten. Dies gelingt über gemeinsame Fallbesprechungen, Supervision, Publikationen, Tagungen und Diskussionsforen auf regionaler und nationaler Ebene, aber auch durch Länder übergreifende Aktionen und Tagungen. Die Eignung moderner elektronischer Medien (elektronische Diskussionsforen) sollte erprobt werden.

5) Dazu gibt es Bildungsstandards zum sog. Disability Management, einem weltweit verbreiteten Programm, das in Kanada entwickelt wurde (www.nidmar.ca) und von der DGUV genutzt wird (www.disability-manager.de).

10 Geeignete Evaluation

Ohne eine Messung der Erfolgsmerkmale von Reha-Management, die in diesen Grundsätzen beschrieben sind, kann die Wirksamkeit von Reha-Management bezweifelt werden. Versicherer benötigen stets die Gewissheit, dass sich der Aufwand lohnt, sowohl für die versicherten Personen als auch unter Effizienzaspekten (s. o. 2.). Deswegen müssen Maßnahmen zur Evaluation in zweifacher Hinsicht initiiert und koordiniert werden. Die Einführung von Reha-Management muss sich sozial und wirtschaftlich lohnen. Die Kriterien in diesen Grundsätzen müssen möglichst in Versicherungen und Länder übergreifenden Studien analysiert werden, um sowohl die Entscheider in Politik und Gesellschaft vom Sinn und Nutzen des Reha-Managements zu überzeugen als auch das Reha-Management laufend zu verbessern und weiter zu entwickeln. So bringen Erkenntnisse darüber Vorteile für ein effizientes Reha-Management, indem für häufig vorkommende medizinische Behandlungsgruppen (Haut, Posttraumatische Belastungsstörungen etc.) spezielle Erfolgskriterien im Sinne dieser Grundsätze formuliert werden. Soziale und private Versicherer sollten in diesem Kontext zusammenwirken. Ebenso müssen einzelne Erfolgsmerkmale (Kennzahlen), die hier beschrieben sind, kontinuierlich evaluiert werden. Dazu gehören Patientenbefragungen und Fokusgruppen. Gerade die Methode der Fokusgruppe, also ein regelmäßiger Austausch von Experten aus unterschiedlicher Perspektive, verschafft einen geeigneten Überblick über Stärken und Schwächen, was wiederum hilft, das Reha-Management weiter zu entwickeln.

Facteurs de réussite d'une gestion efficace de la réadaptation

Auteurs:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Autriche)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Allemagne)

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suisse)

Avant-propos

Les assurances chargées de veiller à la force de travail et à la santé des individus ne peuvent se contenter d'indemniser les accidents par des paiements en espèces, mais doivent adopter une démarche proactive au service des intérêts de leurs assurés désireux de conserver ou recouvrer leur santé et leur capacité de travail. Outre les nombreuses offres de prévention développées à l'intention des entreprises et des assurés accidentés, nos trois assurances sociales ont derrière elles une tradition de plusieurs décennies dans le domaine de la gestion des mesures de réadaptation. Nous disposons de nos propres spécialistes qui sont formés à une gestion interdisciplinaire, globale et efficace dans ce domaine. Les principes présentés dans ce document, dans lesquels s'inscrivent ces acquis et nos objectifs en la matière, sont destinés à servir de modèle et de source d'inspiration à nos clients et partenaires. Parce qu'il s'agit d'être humains, nous avons besoin du soutien des intéressés et de la coopération d'autres prestataires de service dans l'assurance sociale. Ces principes expriment la reconnaissance due aux collaborateurs de nos branches d'assurance pour leur engagement en faveur des personnes atteintes dans leur santé et formulent en même temps les exigences que nous nous fixons nous-mêmes.

Novembre 2012

1 Objectif

Les assurances légales contre les accidents du travail¹⁾ et les maladies professionnelles en Allemagne, en Autriche et en Suisse sont en mesure de proposer un „produit mixte“ sous forme de prestations à la fois de prévention, médicales et de réadaptation. Ce dispositif leur permet d’accompagner les personnes victimes d’une maladie ou d’un accident professionnel dans leur parcours sur la voie de la guérison et du recouvrement de la capacité de travail. Elles disposent ainsi d’un avantage structurel mondialement reconnu, qui a permis aux assurances AUVA, DGUV et SUVA de développer quantité de bonnes pratiques au cours des dernières décennies. Sauf quelques différences de détail dans le cercle des personnes assurées, elles ont établi des principes uniformes pour une gestion efficace des mesures de réadaptation. Ces principes servent d’instrument d’aide en interne et permettent d’en asseoir la paternité en externe lorsque d’autres assureurs s’en inspirent. D’un point de vue méthodique, la gestion de la réadaptation s’intègre dans le Case Management, mais se démarque de la notion de gestion des sinistres fréquemment utilisée dans le secteur des assurances privées. Car notre approche, comme le montrent les facteurs de réussite décrits ci-après, s’inscrit pleinement dans la mission sociale d’une assurance qui considère l’assuré comme un être humain et non comme un «cas».

1) Partout dans le texte où apparaît le terme «accident(s) du travail» celui-ci inclut, dans le domaine de la SUVA, les accidents qui se produisent durant les loisirs, car cette institution couvre les accidents professionnels et non professionnels.

2 Définitions

La notion de réadaptation telle que présentée dans ces principes englobe toutes les mesures visant à réinsérer les personnes accidentées ou malades dans leur cadre professionnel et social. Nous ne reprenons donc pas une définition absolue de la réadaptation, comme celle proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) datant des années 90, laquelle tend plutôt à restreindre qu'à élargir la démarche. C'est que la gestion de la réadaptation doit être mise en œuvre immédiatement après l'apparition de l'atteinte à la santé et s'achever si possible avec la réinsertion dans l'environnement social et professionnel familial. Elle intègre l'option de tous les besoins d'assistance nécessaires afin d'assurer une réinsertion durable. Prise dans ce sens large, la réadaptation comprend la prise en charge médicale depuis les soins aigus jusqu'aux mesures de réinsertion professionnelle et sociale en passant par la réadaptation médicale.

Les facteurs de réussite énoncés dans le présent guide concernent principalement les accidents du travail. Ils sont, à quelques adaptations près, toutefois transposables à la gestion des préjudices corporels découlant de maladies professionnelles. Dans chaque processus de gestion de la santé, les principes décrits ici figurent au premier plan. L'intervention précoce, la mise en œuvre d'un travail en réseau et la gestion efficace des mesures de réadaptation sont des conditions indispensables pour atteindre l'objectif prioritaire qui consiste à favoriser une réinsertion sociale et professionnelle optimale de personnes atteintes d'un dommage permanent et donc à préserver leur employabilité. Efficience signifie dans ce cadre un équilibre sain entre investissement et résultat. L'évaluation de l'efficacité de telle ou telle mesure ou prestation isolée ne fait pas l'objet de notre propos.

3 Ordre juridique et social

Selon les pays, les dispositions législatives peuvent être incitatives ou dissuasives en matière de gestion de la réadaptation. Sur ce point, les facteurs de réussite des présents principes sont soumis à l'influence de l'ordre juridique, dont ils tiennent compte. La question est de savoir si les règles juridiques doivent imposer aux assureurs de pratiquer la gestion de la réadaptation. Ou si les décideurs peuvent être amenés autrement à la même conviction quant à la pertinence et la manière de mettre en pratique la gestion de la réadaptation. L'importance du facteur humain que revêtent les mesures de réadaptation pour les personnes assurées (composante sociale) et l'intérêt de la pertinence en termes de coûts pour les contributeurs (composante économique) constituent de puissants leviers de motivation. Or, des expériences acquises au niveau international révèlent qu'une gestion de la réadaptation exigeant un grand renfort de personnel ne s'impose qu'en de rares cas particuliers. Mais si aucune mesure de réadaptation n'est mise en place, ces quelques cas isolés présenteraient souvent une évolution retardée, à l'issue défavorable, et occasionneraient de ce fait des coûts bien plus élevés. L'expérience montre que nettement moins que 10 % de l'ensemble des cas d'assurance nécessitent le soutien de mesures de réadaptation.

Les assurances sociales contre les accidents professionnels allouent des prestations en cas d'atteinte à la santé résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Or, nous partons du principe, dans le présent document, qu'une gestion efficace de la réadaptation ne peut être réalisée que si des mesures d'intervention précoce sont mises en place au sens d'une démarche proactive. L'être humain occupe la place centrale – son besoin de réadaptation est déterminant. Il ne faut donc pas attendre que les questions de compétences soient réglées. Les coûts provisoirement pris en charge, par exemple pour le traitement d'une dépression ou d'un diabète, doivent être remboursés ultérieurement par le prestataire compétent. Cette approche unitaire est conforme aux principes fondamentaux des droits de l'homme inscrits dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées²⁾ (CDPH), que de nombreux pays, dont l'Allemagne et l'Autriche, ont d'ores et déjà convertie en droit interne.

2) <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.

4 Information précoce

Plus l'assureur sera informé tôt d'un accident et de ses conséquences pour les personnes intéressées, mieux il sera en mesure de décider de la pertinence d'engager des mesures de réadaptation. Dans l'idéal, la déclaration d'accident devrait être transmise dans les trois jours. Les personnes responsables devraient être tenues par une obligation sinon légale du moins contractuelle d'information. Il est primordial que ces personnes prennent conscience de leur obligation d'annoncer. Les médecins peuvent également être tenus d'informer, par exemple, par le biais d'une convention conclue entre les assureurs et le corps médical, comme c'est le cas en Allemagne³⁾. Quant aux cliniques, elles pourraient notamment constituer des services permettant aux assureurs de visiter les personnes assurées; dans quel cas il serait utile de fournir un formulaire de rapport. Les autres sources d'information, souvent sollicitées dans une phase ultérieure, sont fournies par la personne assurée elle-même ou par ses proches ainsi que son représentant légal.

3) L'obligation de l'employeur de déclarer l'accident est réglée au chapitre 193 du volume VII du code social (Sozialgesetzbuch SGB VII), l'obligation du médecin de déclarer l'accident (principes d'habilitation: chap. 34 al.3 SGB VII) est réglée au chapitre 14 de la convention conclue entre le corps médical et les assureurs-accidents.

5 Identification du besoin

Une fois les informations initiales recueillies, il convient de déterminer si et quand l'assureur doit lancer le soutien spécialisé du processus de réadaptation. Les cas complexes sont concrétisés par différents facteurs contextuels. Font partie des facteurs de risque les indicateurs médicaux, comme la gravité d'une blessure, mais aussi les sollicitations particulières liées au poste de travail que la personne assurée devrait réintégrer, ainsi que d'autres facteurs psychosociaux selon la définition de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Il s'agit principalement de tous les aspects positifs qui jouent en faveur d'une réinsertion réussie, comme les connaissances et les intérêts professionnels ainsi que le soutien et la motivation apportés par l'environnement familial et social. Il y a en outre lieu de tenir compte de facteurs défavorables, tels que la situation personnelle (fait de vivre seul, pauvreté ou migration), des troubles psychiques, le sexe, la langue. Les connaissances acquises et les instruments de sondage existants en la matière permettent d'appréhender le problème par diverses approches. L'objectif serait que les assurances et les pays parviennent à une plus grande cohésion dans le processus d'identification des cas (normaux ou complexes) nécessitant l'intervention proactive de l'assureur si des raisons sociales ou économiques le justifient. Le rapport initial du médecin constitue la première source d'aide (voir point 4). La définition de groupes de cas est aussi une solution appropriée et la méthode participative, sous la forme de services de visite dans les cliniques, est un autre instrument efficace. Afin de garantir l'efficacité de la gestion de la réadaptation, il faut toutefois aussi poser des normes quant à sa limitation dans le temps. Par exemple, dite gestion prend fin lorsque la motivation de la personne assurée est défaillante ou lorsque la réinsertion est réalisée avec succès. Il est à noter qu'un cas normal peut ultérieurement (re)devenir complexe.

6 Travail d'équipe interdisciplinaire

Dès l'identification d'un cas complexe, la réussite de la réinsertion tient à l'implication d'experts de tous horizons. L'objectif principal est la réinsertion professionnelle. L'effort portera d'abord sur la réintégration à l'ancien poste de travail et, si cela s'avère impossible, le transfert vers un autre emploi dans la même entreprise par le biais de mesures de qualifications adéquates ou, en dernier lieu, le placement chez un nouvel employeur après une formation dans une nouvelle profession. D'après l'expérience, 90 % de l'ensemble des personnes de la catégorie des cas complexes ont pu être réintégrées dans la vie active sans mesures coûteuses grâce à la gestion de la réadaptation. Cela montre que la gestion de la réadaptation doit se déployer bien au-delà des prestations purement médicales. Il est par conséquent indispensable que les spécialistes en gestion de la réadaptation soutiennent les médecins dans le processus de réadaptation. La voie royale passe par un modèle de coopération servant de fondement aux structures et processus de gestion de la réadaptation. Un travail d'équipe mis en œuvre à un stade précoce et un suivi participatif sont déterminants. Il est en outre indispensable d'établir un plan de réadaptation dans lequel les personnes concernées, soutenues en cela par l'équipe de réadaptation, formulent leur objectif de réadaptation et fixent les étapes qui y conduisent, avec la possibilité de les adapter aux changements de circonstances. Autres éléments importants: au regard des besoins des personnes concernées, aucun spécialiste déterminant ne doit être écarté, les tâches doivent être attribuées et les responsabilités définies. Notons enfin qu'il ne faut pas se focaliser uniquement sur les processus, mais également sur les résultats obtenus dans chaque cas particulier. Ce qui permet de ménager des espaces de liberté aux personnes impliquées et de réduire la bureaucratie.

7 Collaboration avec des partenaires

Une gestion de la réadaptation réalisée au sein d'une équipe composée d'experts de différentes disciplines et de fournisseurs de prestations ne fonctionne souvent pas sans la participation d'autres partenaires. En font partie, notamment, les autres assureurs sociaux. Nombreux sont les pays dans lesquels l'assurance du risque contre la maladie, la vieillesse, le chômage et les accidents professionnels est répartie entre plusieurs prestataires. Pour cette raison, la collaboration entre les acteurs responsables de la réadaptation est d'une importance fondamentale pour une participation couronnée de succès et constitue un facteur de réussite de la gestion de la réadaptation.⁴⁾ Même les assurances causales, comme l'assurance contre les accidents et les maladies professionnelles, ont absolument besoin des autres prestataires en tant que partenaires de la coopération, afin d'optimiser le processus de réadaptation selon la formule «d'un seul tenant» ou de convenir d'un déroulement sans conflits pour le remboursement des coûts des prestations (voir point 3 ci-dessus). À côté des assureurs publics, les assureurs privés ne devraient pas être exclus en tant que partenaires de la coopération, car la prise en compte de leurs prestations d'assurance, notamment celles de l'assurance-accidents et responsabilité civile privée, peut contribuer dans certains cas à la gestion de la réadaptation en faveur de la personne assurée et créer des effets de synergie pour toutes les assurances. Enfin, les personnes impliquées dans l'entreprise doivent être considérées comme des partenaires importants de la gestion de la réadaptation; depuis les responsables du personnel jusqu'aux représentants des intérêts des employés, en passant par les médecins d'entreprise.

4) En Allemagne, les réglementations légales prévoient des obligations spéciales en matière de réadaptation (code social IX), telles que des unités de services ou des recommandations communes. De plus amples informations à ce sujet figurent sur le site de la Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de).

8 Participation de la personne assurée

Une gestion efficace de la réadaptation devra sa réussite à la condition que la personne assurée souhaite et assume la démarche. Cela signifie en premier lieu que toutes les informations fournies à raison d'un rapport de droit soient mesurées à l'aune des exigences élevées posées en matière de droits de la personne, incluant les droits de celle-ci à la protection des données. Ces droits font partie intégrante des principes fondamentaux des droits de l'homme mentionnés au point 3 ci-dessus et inscrits dans la CDPH². Les éléments les plus importants pour la gestion de la réadaptation figurent aux art. 25 à 27 de la convention et en particulier à l'art. 26 al. 1a (adaptation et réadaptation). Les besoins individuels et l'implication précoce (participation) notamment doivent former la base des offres en matière de gestion de la réadaptation. Même si la gestion de la réadaptation est réalisée à l'initiative de l'assureur et ne serait donc pas «librement consentie» par la personne assurée, elle peut néanmoins être acceptée, si l'intéressé considère dès le départ sa réadaptation comme une affaire personnelle. Dans ce rôle d'expert «autopromu» se développe automatiquement le rôle valorisant et actif qui forge la motivation de recouvrer la santé et la capacité de travail. Cette motivation permet à la personne assurée d'assimiler durablement, par sa seule volonté, l'objectif de participation et au final de devenir son propre spécialiste en réadaptation et de le demeurer.

9 Qualification de la gestion de la réadaptation

Jusqu'au moment où l'objectif visé est atteint, c'est-à-dire quand la personne assurée peut reprendre et gérer de manière autonome la vie qu'elle menait avant l'accident, celle-ci doit être soutenue par des spécialistes en réadaptation hautement qualifiés et bien formés, auxquels auront été conférés des compétences de décision élevées en adéquation avec leurs qualifications. Indépendamment de leur appartenance à un groupe professionnel (médecine, assistance sociale, etc.), ces spécialistes doivent disposer d'un certain nombre de compétences, notamment sociales, incluant des connaissances médicales, juridiques et économiques, et ce toujours dans la perspective de favoriser l'intégration professionnelle et sociale. Compte tenu des expériences internationales, le profil exigé doit correspondre aux qualifications précitées.⁵⁾ Le profil de ces spécialistes doit également inclure le nombre de cas qu'ils peuvent traiter dans le processus de réadaptation. Afin de garantir le succès de la gestion en matière de réadaptation, il convient de fixer une limite supérieure et inférieure, quelle que soit la complexité des cas. La qualification permanente des spécialistes en réadaptation sera en outre avantageusement soutenue par une plateforme d'échange d'expériences dans le cadre d'une procédure structurée permettant d'identifier et de diffuser des « bonnes pratiques ». On peut y parvenir par le biais de discussions de cas, de supervisions, de publications, de réunions et de forums de discussions aux niveaux régional et national, mais également par des actions et des conférences à l'échelle internationale. En outre, l'exploration des médias électroniques modernes (forums de discussions en ligne) doit être encouragée.

5) Il existe des standards de formation pour le Disability Management, un programme de renommée mondiale développé au Canada (www.nidmar.ca) et utilisé par la DGUV (www.disability-manager.de).

10 Evaluation appropriée

Sans évaluation des facteurs de réussite de la gestion de la réadaptation décrits dans les présents principes, il serait permis de douter de l'efficacité de cette dernière. Les assureurs sont toujours soucieux d'avoir la certitude que l'investissement en temps et en ressources sera rentable, tant pour les personnes assurées que sous l'angle de l'efficacité (voir point 2 ci-dessus). Pour cette raison, il est indispensable d'instaurer et de coordonner des mesures d'évaluation à double titre: la mise en œuvre de la gestion de la réadaptation doit être rentable à la fois socialement et économiquement. Les critères qui définissent les présents principes doivent être analysés dans des études internationales, si possible tous pays et assureurs confondus, afin de convaincre les décideurs politiques et les acteurs sociaux du sens et de l'utilité de la gestion de la réadaptation d'une part, et pour se donner les moyens d'améliorer constamment et de développer le processus d'autre part. Il est un fait que les expériences acquises en la matière contribuent à l'efficacité de la gestion de la réadaptation, car elles évoquent des critères de succès spécifiques, au sens défini dans les présents principes, concernant des catégories de traitement fréquents (peau, état de stress post-traumatique, etc.). Les assureurs sociaux et privés devraient coopérer dans ce contexte. Aussi, certains facteurs de succès (indicateurs) décrits dans ce document devraient être évalués continuellement. En font partie les enquêtes auprès des patients et les groupes de réflexion. Cette méthode du groupe de réflexion justement, en d'autres termes l'échange régulier entre experts de différents horizons, donne une vue d'ensemble des forces et des faiblesses, ce qui contribue encore au développement de la gestion de la réadaptation.

Fattori di successo di una gestione efficace della riabilitazione

Presentato da:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Austria)

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Germania)

Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Svizzera)

Prefazione

Le assicurazioni che si occupano dei lavoratori e della salute delle persone non devono limitarsi ad indennizzare gli infortuni con somme di denaro, ma devono assumere un approccio proattivo e sviluppare una gamma di servizi orientata agli interessi degli assicurati, che vogliono mantenersi in buona salute e abili al lavoro, o tornare tali. Oltre a molteplici offerte di prevenzione rivolte alle aziende e agli assicurati, le nostre tre assicurazioni sociali vantano un'esperienza decennale nella gestione efficace della riabilitazione. Su questo fronte possiamo contare sui nostri esperti, che operano secondo criteri interdisciplinari, olistici e in una prospettiva di lungo periodo. I principi esposti in seguito riassumono le nostre conquiste e gli obiettivi da raggiungere e vanno intesi come un valido esempio per i nostri partner e clienti. Infatti, proprio perché abbiamo a che fare con persone, non possiamo prescindere dalla collaborazione dei diretti interessati e degli altri fornitori di servizi nell'ambito delle assicurazioni sociali. I suddetti principi, inoltre, rendono ai collaboratori dei nostri rami assicurativi un meritato riconoscimento per il loro impegno a favore delle persone con disabilità e definiscono al contempo gli elevati standard di prestazione che perseguiamo.

Novembre 2012

1 Obiettivi

Le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro¹⁾ e le malattie professionali previste per legge in Germania, Austria e Svizzera garantiscono prestazioni mediche, preventive e di reinserimento professionale ad opera di un fornitore unico. Tali assicurazioni accompagnano con la massima efficienza le persone vittime di infortuni o colpite da malattie professionali nel cammino verso il recupero della salute e della capacità lavorativa. Si tratta di un vantaggio strutturale riconosciuto in tutto il mondo, che ha permesso all'AUVA, alla DGUV e alla SUVA di sviluppare un gran numero di soluzioni esemplari negli ultimi decenni. Nonostante alcune lievi differenze nelle categorie di persone assicurate, i tre istituti hanno elaborato principi uniformi per una gestione efficiente della riabilitazione. Tali principi forniscono un valido orientamento all'interno, mentre all'esterno dichiarano in modo inequivocabile la loro paternità, nel caso altri assicuratori vogliano applicarli a propria volta. A livello metodologico, la gestione della riabilitazione rientra nel case management, tuttavia si differenzia dal concetto di «gestione dei sinistri», molto utilizzato nell'ambito dell'economia assicurativa privata. Infatti, i principi riportati di seguito ribadiscono il compito sociale di un'assicurazione che pone al centro la persona e non un «caso».

1) Laddove si utilizza il termine «infortunio/i professionale/i», per la SUVA ci si riferisce anche agli infortuni nel tempo libero, poiché la SUVA si occupa anche di quest'ultima categoria di infortuni.

2 Definizioni

Nell'ambito di questi principi, il termine «riabilitazione» indica qualsiasi strumento o misura in grado di aiutare una persona malata o infortunata a partecipare alla vita sociale e lavorativa. Non viene quindi fornita alcuna definizione precisa di «riabilitazione», come ad esempio quella elaborata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) negli anni Novanta. Un simile procedimento darebbe adito a limitazioni e non favorirebbe certo un atteggiamento di apertura. Piuttosto, la gestione della riabilitazione deve iniziare non appena si verifica il danno alla salute e terminare, possibilmente, con il reinserimento nel contesto lavorativo e sociale abituale. Contempla inoltre l'eventualità di ulteriori forme di assistenza future atte a garantire nel tempo il buon esito del reinserimento. In questo significato esteso, la riabilitazione comprende tutte le terapie, dal trattamento acuto alla riabilitazione medica, fino alle misure volte a promuovere la partecipazione alla vita professionale e sociale.

I fattori di successo indicati nella presente guida si riferiscono in primo luogo agli infortuni sul lavoro. Tuttavia, fatta eccezione per alcune differenze rispetto alla gestione dei danni alla persona, sono validi anche per le malattie professionali. I principi descritti in seguito rivestono un ruolo di primo piano per ogni forma di gestione della salute. La gestione della riabilitazione deve essere avviata tempestivamente e portata avanti in modo interconnesso; inoltre deve mostrare la propria efficacia nel lungo periodo affinché si possa raggiungere l'obiettivo fondamentale, ovvero permettere alle persone con handicap permanenti di partecipare alla vita sociale e professionale, e di mantenere quindi la propria capacità lavorativa. «Efficienza», nel senso di questi principi, significa raggiungere un rapporto equilibrato tra dispendio di risorse e risultati ottenuti. Nel presente documento non viene valutata l'efficacia delle singole misure e prestazioni.

3 Ordinamento giuridico e sociale

Le norme vigenti nei singoli Paesi possono favorire un sistema di gestione della riabilitazione, ma anche creare falsi incentivi. Di fatto, l'ordinamento giuridico influenza tutti i fattori di successo contenuti in questi principi; perciò in seguito si farà riferimento anche alla legislazione. La questione fondamentale è: gli assicuratori devono essere obbligati per legge a occuparsi della gestione della riabilitazione? Oppure è possibile che le istanze decisionali si convincano anche altrimenti dell'opportunità di investire nella gestione della riabilitazione e stabiliscano le modalità con cui farlo? L'importanza, sul piano umano, della gestione della riabilitazione per gli assicurati (componente sociale) e i costi a carico di chi paga i contributi o premi (componente economica) rappresentano input fondamentali. Lo dimostrano le esperienze maturate in vari Paesi: solo in pochi casi la gestione della riabilitazione richiede un forte dispendio di risorse umane. D'altra parte, senza una gestione adeguata, questi casi si trascineranno per molto più tempo e il risultato finale non sarebbe altrettanto soddisfacente, comportando costi nettamente superiori. In base alle attuali esperienze, una quota ben inferiore al 10% di tutti gli eventi assicurati necessita di un processo di gestione della riabilitazione.

Le assicurazioni sociali contro gli infortuni professionali erogano prestazioni in caso di danni alla salute derivanti da infortuni sul lavoro o malattie professionali. Ma i nostri principi partono dal presupposto che una gestione efficiente della riabilitazione possa essere realizzata solo se si agisce precocemente, con un approccio proattivo. La persona è al centro, e la sua necessità di riabilitazione è decisiva. Per questo non si può aspettare che vengano definite le competenze. I costi da sostenere nell'immediato, ad esempio legati al trattamento di una depressione o un diabete concomitante, devono essere rimborsati successivamente dagli enti di competenza. Questo approccio globale rispecchia i principi fondamentali in materia di diritti umani stabiliti nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità²⁾, che in molti Paesi, tra cui Germania e Austria, è già divenuta legge a tutti gli effetti.

2) <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.

4 Informazione tempestiva

Prima si informa l'assicuratore circa l'infortunio e le relative conseguenze per la persona colpita, migliori saranno le condizioni in cui egli potrà decidere se avviare o meno un processo di gestione della riabilitazione. L'ideale è trasmettere la notifica dell'infortunio entro 3 giorni. I responsabili di tale procedura dovrebbero essere obbligati possibilmente per legge, altrimenti per contratto. Fondamentale ancora una volta è la sensibilizzazione dei notificanti. L'obbligo di riferire (obbligo di presentare rapporto) può essere imposto anche ai medici, come in Germania, ad esempio mediante un contratto con la categoria dei medici³⁾. Vi sono poi le cliniche, dove è possibile entrare in contatto con la persona assicurata, ad esempio inviando dei collaboratori addetti alle visite (servizio visite). A tal fine è utile ricorrere a un modulo standard per la stesura dei rapporti. Ulteriori fonti di informazione, che tuttavia intervengono perlopiù in un secondo momento, sono l'assicurato stesso, oppure i suoi familiari o il suo rappresentante legale.

3) L'obbligo di notifica degli infortuni da parte degli imprenditori è disciplinato nel § 193 del codice sociale tedesco (Sozialgesetzbuch, SGB) VII, la notifica da parte dei medici (fondamento dell'autorizzazione: § 34 cpv.3 SGB VII) nel § 14 del contratto tra i medici e gli enti di assicurazione sociale contro gli infortuni (Vertrag Ärzte-Unfallversicherungsträger).

5 Individuare il fabbisogno

Dopo un'informazione tempestiva, occorre identificare se e in quale fase è necessario che l'assicuratore garantisca un supporto maggiore al processo di riabilitazione. I casi complessi vanno enucleati mediante diversi fattori legati al contesto. I fattori di rischio comprendono indicatori medici, ad esempio la gravità di una lesione, ma anche requisiti particolari del posto di lavoro al quale l'assicurato dovrà poi fare ritorno, nonché ulteriori fattori psicosociali ai sensi della ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Questi ultimi includono, in particolare, tutti gli elementi positivi che favoriscono un reinserimento proficuo, ad esempio le conoscenze professionali, gli interessi e anche il supporto e la motivazione da parte del contesto familiare e sociale. Non vanno però trascurati i fattori di ostacolo, come quelli legati alle condizioni di vita personali (solitudine, povertà o immigrazione), a disturbi psichici oppure al sesso/ alla lingua. Le conoscenze e gli strumenti di rilevazione disponibili permettono di adottare numerosi approcci. Si dovrebbe tentare – in tutti Paesi e tutte le assicurazioni – di condurre il processo di identificazione in modo mirato, per stabilire se un caso rientra nella norma oppure è particolarmente complesso e richiede un intervento proattivo da parte dell'assicuratore per motivi sociali o economici. A tal fine risulta utile il primo rapporto del medico (cfr. punto 4). Un metodo idoneo è la descrizione di gruppi di casi. Anche le visite al paziente, come quelle effettuate in clinica da parte del servizio visite, offrono un ulteriore strumento per formulare una diagnosi precisa. L'efficienza della gestione della riabilitazione, tuttavia, comprende anche lo sviluppo di criteri atti a stabilire quando il processo debba concludersi. Ciò è importante nel caso in cui l'assicurato continui a mostrare una scarsa motivazione, oppure in fase di reinserimento, per garantire buoni risultati. Va inoltre tenuto presente che anche un caso normale può (ri)trasformarsi in un caso complesso in un secondo momento.

6 Lavoro di squadra interdisciplinare

Una volta identificato un caso complesso, è necessario coinvolgere esperti dei settori più vari affinché il reinserimento risulti proficuo. L'obiettivo primario è garantire la partecipazione alla vita lavorativa. Il reinserimento dovrebbe avvenire nel vecchio posto di lavoro. Se ciò non fosse possibile, si può optare per un'altra mansione all'interno dell'azienda, previa adozione di opportune misure di qualificazione, oppure, come ultima scelta, per un altro datore di lavoro, magari a seguito di una formazione volta all'apprendimento di un nuovo mestiere. In base alle attuali esperienze, la gestione della riabilitazione consente a oltre il 90% degli assicurati con situazioni complesse di tornare alla vita lavorativa senza ricorrere a misure dispendiose. Ciò dimostra che la gestione della riabilitazione deve estendersi, in buona parte, oltre le mere prestazioni mediche. Per questo, i medici devono ricevere il supporto di responsabili competenti lungo l'intero processo. La soluzione ideale è un modello di cooperazione al quale si dovrebbero orientare le strutture e i processi nell'ambito della gestione della riabilitazione. È importante garantire un lavoro di squadra tempestivo e un'assistenza di prossimità. Va quindi allestito un piano di riabilitazione, nel quale le persone coinvolte – con il supporto del team di riabilitazione – definiscono i propri obiettivi e le tappe per raggiungerli, sempre con la riserva di apportare adeguamenti se le circostanze dovessero cambiare. In ogni caso, con riferimento alle esigenze dell'assicurato, è assolutamente fondamentale coinvolgere tutti gli esperti che possono influenzare il processo di riabilitazione, ma anche ripartire i diversi compiti e definire le responsabilità. È altresì importante considerare, oltre ai processi, anche i risultati nei singoli casi, poiché in tal modo è possibile dare alle persone interessate maggiore libertà di azione ed evitare la burocrazia.

7 Collaborazione con i partner

In molti casi, una gestione della riabilitazione in équipe, ossia con esperti di diverse discipline e vari fornitori di servizi, rischia di fallire senza il coinvolgimento di ulteriori partner. Fra questi si annoverano in primo luogo altri assicuratori sociali. In molti Paesi del mondo, la copertura contro i rischi derivanti da malattia, vecchiaia, disoccupazione e infortuni sul lavoro è ripartita fra molteplici enti. Pertanto, la collaborazione tra i diversi soggetti competenti in materia di riabilitazione è particolarmente importante per il buon esito del reinserimento e rappresenta un fattore di successo nella gestione della riabilitazione⁴⁾. Anche le assicurazioni basate sulla causalità, come ad esempio l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, necessitano con urgenza della cooperazione degli altri enti fornitori di prestazioni, per ottimizzare il processo di riabilitazione nell'ottica del principio di «un fornitore unico» o per concordare un risarcimento delle prestazioni senza conflitti di sorta (cfr. punto. Oltre che con gli assicuratori del settore pubblico, sarebbe opportuno cooperare anche con le società private, poiché le loro prestazioni, ad esempio nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni e di responsabilità civile, possono integrare la gestione della riabilitazione con beneficio per l'assicurato e creare effetti di sinergia a vantaggio di tutte le assicurazioni. Non da ultimo, le persone coinvolte all'interno dell'azienda sono da considerarsi partner importanti per la gestione della riabilitazione: ciò vale per i responsabili del personale, i medici aziendali e le rappresentanze dei lavoratori.

4) Le norme tedesche prevedono prescrizioni speciali nell'ambito del diritto in materia di riabilitazione, ad esempio centri di assistenza comuni o raccomandazioni collettive. Per i dettagli, si rimanda al sito della Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Gruppo federale di lavoro per la riabilitazione): www.bar-frankfurt.de.

8 Partecipazione della persona assicurata

Una gestione della riabilitazione può avere esito positivo solo se la persona assicurata lo desidera e collabora con il massimo impegno. Pertanto, tutte le informazioni che riceve nell'ambito del rapporto giuridico devono rispondere anzitutto ad elevati standard in termini di diritti della personalità e di protezione dei dati. Questi ultimi rientrano nei diritti umani di cui al punto 3, indicati nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Per la gestione della riabilitazione rivestono particolare importanza gli articoli 25-27 nonché l'articolo 26 cpv. 1a (Abilitazione e riabilitazione). I servizi nell'ambito della gestione della riabilitazione devono concentrarsi soprattutto sulle esigenze individuali e sull'obiettivo di giungere presto alla piena inclusione (partecipazione) in tutti gli ambiti della vita. Una gestione della riabilitazione curata dallo stesso assicuratore – che agli occhi dell'assicurato non rappresenta necessariamente una figura «indipendente» – può essere comunque accettata, se l'interessato fa proprio sin dall'inizio il processo di riabilitazione. Questo ruolo autoattribuito di «esperto del proprio caso personale» permette di sviluppare in automatico un atteggiamento attivo, decisamente auspicabile, che favorisce la motivazione di riacquistare la salute e la capacità lavorativa e permette alla persona di interiorizzare l'obiettivo del pieno reintegro. In pratica, gli assicurati diventano e restano i veri responsabili della propria riabilitazione.

9 Qualificazione dei responsabili della riabilitazione

Finché non viene raggiunto l'obiettivo della piena partecipazione alle diverse attività della vita, ovvero finché la persona assicurata non riprende la vita che conduceva prima dell'infortunio e riacquista la completa autonomia, è necessario un valido sostegno da parte di responsabili della riabilitazione che abbiano seguito corsi di formazione e di perfezionamento adeguati e dispongano di un elevato potere decisionale, in linea con la loro qualifica. A prescindere dall'appartenenza a una determinata categoria professionale (nel campo della medicina, del lavoro sociale ecc.), i suddetti responsabili devono possedere diverse competenze, in particolare a livello relazionale, nonché conoscenze in ambito medico, giuridico ed economico, sempre nell'ottica di consentire la partecipazione alla vita lavorativa e sociale. Il profilo dei requisiti – in considerazione delle esperienze internazionali – deve essere idoneo a raggiungere questo obiettivo⁵. Nel profilo delle figure professionali descritte vanno incluse anche indicazioni circa il numero dei casi di cui possono occuparsi nell'ambito della gestione della riabilitazione. A seconda della complessità dei casi, occorre stabilire un limite minimo e massimo per garantire il successo della gestione. Per l'ulteriore qualificazione dei responsabili, è necessaria una piattaforma volta a favorire lo scambio di esperienze nonché a individuare e diffondere i buoni esempi attraverso una procedura condotta da un moderatore. Ciò è possibile attraverso un esame collettivo dei casi, attività di supervisione, pubblicazioni, congressi e forum di discussione a livello regionale e nazionale, ma anche tramite iniziative e congressi che vedono coinvolti diversi Paesi. È opportuno verificare l'idoneità dei media elettronici moderni (forum di discussione).

5) Esistono inoltre standard di formazione relativi al cosiddetto Disability Management, un programma diffuso in tutto il mondo, sviluppato in Canada (www.nidmar.ca) e utilizzato presso la DGUV (www.disability-manager.de).

10 Valutazione adeguata

Se i fattori di successo della gestione della riabilitazione descritti in questi principi non vengono quantificati, l'efficacia di tale gestione può risultare dubbia. Gli assicuratori devono avere la certezza costante che valga la pena sostenere il dispendio, sia nell'ottica dell'assicurato che dell'efficienza (cfr. punto 2.). Pertanto occorre avviare e coordinare misure di valutazione sotto due punti di vista. La gestione della riabilitazione deve essere funzionale a livello sia sociale che economico. I criteri enunciati in questi principi devono essere analizzati nell'ambito di studi che coinvolgano il maggior numero di assicurazioni e Paesi possibile, sia per convincere le istanze decisionali della sfera politica e sociale circa il senso e l'utilità della gestione della riabilitazione, sia per migliorare e sviluppare continuamente tale gestione. Le conoscenze al riguardo migliorano l'efficienza della gestione della riabilitazione, in quanto permettono di elaborare, per i gruppi di trattamento frequenti (cute, disturbi post-traumatici da stress ecc.), criteri di successo specifici e conformi a questi principi. In tale contesto, è auspicabile una collaborazione tra assicuratori sociali e privati. Anche i singoli fattori di successo (indicatori) descritti nel presente documento devono essere valutati su base continua, ad esempio tramite sondaggi tra i pazienti e focus group. Proprio quest'ultimo metodo, fondato su uno scambio regolare di opinioni tra esperti da angolature diverse, crea una visione d'insieme adeguata circa i punti di forza e i punti deboli, il che contribuisce a potenziare ulteriormente la gestione della riabilitazione.

Key performance indicators of an efficient rehabilitation management

presented by:

Austrian Workers' Compensation Board (AUVA)

German Social Accident Insurance (DGUV)

The Swiss National Accident Insurance Fund (SUVA)

Foreword

Insurance companies that take care of the health and ability to work of individuals must not only compensate accidents through money payments but also pro-actively focus their services on the interests of their insured persons who wish to become and remain healthy and able to work. Alongside the many preventive programmes on offer to companies and their insured employees our three social insurance schemes look back on a tradition of efficient management of rehabilitation programmes dating back generations. We have our own experts for this whose approach is holistic, sustainable and interdisciplinary. The following principles which summarise these aims and achievements are meant to serve as a good example and as guidance for our customers and partners. Precisely because it is all about people we need the support of those affected and the cooperation of other service providers in the social security sector. In addition these principles offer the staff in our insurance branch proper recognition of their commitment to people with disabilities and also formulate the aspirations to commitment that we set for ourselves.

November 2012

1 Purpose

The statutory insurance schemes against occupational accidents¹⁾ and illnesses in Germany, Austria and Switzerland enjoy the worldwide reputation of being “one-stop-shops” capable of delivering preventive, medical and occupational benefits to support individuals suffering from occupational injuries or diseases on their way back to becoming healthy and fit for work. The awareness about this structural advantage, coupled with the development of many good examples over recent decades, prompted AUVA, DGUV and SUVA to develop uniform principles, regardless of the slight differences in each of their insured individuals, that are used internally as guidelines and externally at a sign of authorship when other insurers use these principles. In terms of methodology rehabilitation management belongs as part of case management while distancing itself from claim management, a term often used in the private insurance world. What the following key performance indicators achieve is highlighting the social task of an insurance scheme where the focus is on the person and not on a “case”.

1) Wherever the term „occupational accident/accidents“ occurs this also applies to leisure accidents under the Swiss National Accident Insurance Fund (SUVA) scheme since both sorts of accident are covered under this scheme.

2 Terms

In these principles rehabilitation means everything required to restore the ability of an insured individual to participate in the life of society and work. For this reason there is no fixed definition of rehabilitation used in this paper such as that laid down by the WHO in the 1990s since to do so would be limiting rather than open and inclusive. Management has to start immediately after the accident and at the very beginning of a disease and as far as possible end with the person's reintegration into the familiar work and living environment with the option of all further support measures aimed at securing the sustainability of the rehabilitation success. In this broad sense rehabilitation starts in the emergency phase, covers medical care and continues to encompass occupational and social reintegration measures.

The key performance indicators in this guideline mainly refer to occupational accidents. However, with a few adjustments they can apply to managing injuries following any type of accident including occupational illnesses. The principles described here feature prominently in any health management plan namely; start rehabilitation management early, implement it using a networked approach and act in a sustainable manner to achieve and secure the main objective of the employability of the individual and especially of those with longterm disabilities. Efficiency in terms of these principles means a sensible relation between investment and success. The effectiveness of individual measures and benefits is not evaluated in this paper.

3 Jurisdiction

Statutory regulations in various countries offer incentives and disincentives for rehabilitation management. To this extent the legal system plays an important role in connection with all the key performance indicators in these principles and reference will be made to this in each case. However, in each country it depends on whether and how a mandatory standard obliging insurers to perform rehabilitation management should become part of the legal system or whether other extralegal measures could achieve the same conviction among decision-makers about adopting and performing rehabilitation management. In any event the humane relevance of rehabilitation management for the insured individual (social components) along with the cost relevance for the payers (economic components). International experience has proved that while personnel-heavy rehabilitation management is only necessary in a few selected cases. These few cases would start often too late and would cause significant higher costs without that same rehabilitation management. Experience has shown that only beyond 10 per cent of all cases would require rehabilitation management support.

The important question of occupational causality with respect to the causes of accidents is of legal significance in rehabilitation management since this sets the responsibility of insurance schemes in cases involving work accidents and occupational illnesses. However, these principles start from the premise that efficient rehabilitation management can only happen if there is early proactive intervention. To this extent there should be no waiting on a decision as to who is responsible for what as a rule. Costs arising temporarily such as co-treatment for depression or diabetes have to be refunded later by the social security carriers responsible. This holistic approach is in line with the basic humanitarian principles of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), which is already national law in many countries such as Germany²⁾ and Austria.

2) <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>.

4 Early information

The earlier an insurer is informed about an accident the better placed they will be to decide if rehabilitation management should start. Ideally the accident report should be made within three days. Where possible those responsible should be legally obliged to do so, where this is not possible they should be contractually obliged to do so. Awareness-raising among those making such reports is always in the foreground. Medical practitioners can also have a duty to report such as they have in Germany through a contract with the federal association of medical doctors³⁾. Added to this are the hospitals where the insured individual can be sought out by a visiting service of social insurance carriers. The use of a special report form is helpful. Other information sources that mostly come into play later are provided by the insured persons themselves, or their relatives or legal representatives (lawyers).

3) The responsibility for accident reporting by employers is regulated under § 193 of the German Social Security Code (SGB) VII, and for accident reporting by medical practitioners (legal authorisation: § 34 Para. 3 SGB VII) in § 14 of the contract governing the relations between medical practitioners and social accident insurance carriers in Germany.

5 Identifying needs

Once early information has been provided insured persons needing more intensive support through the insurance carriers must be identified. These complex cases must be fleshed out using a variety of context-dependent factors. Risk factors cover medical indicators such as the severity of an injury but also take into account any special requirements of the workplace the insured individual will be returning to as well as other psychosocial factors according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). This may include psychological disorders and an individual's personal circumstances (living alone, poverty or migration) or gender/language. The existing experiences of cases and questionnaires offer a variety of approaches. They would have to be ascertained and evaluated across insurance schemes and countries. The aim is to achieve precision in the identification process to decide whether a case is normal or a complex one requiring an insurer to be proactive for social or economic reasons. The early medical practitioner's report (see 4 above) can be used for this. Case group description is a suitable method. The face to face method involving hospital visiting services is a further instrument for accuracy. However, developing metrics to help determine when rehabilitation management should end is also part of efficiency in rehabilitation management. These metrics can range from proven lack of motivation on the part of the insured individual to actually achieving re-integration success in a case leaving aside the situation in which a normal case can become a complex one (later or again).

6 Interdisciplinary teamwork

Once a complex case has been identified success in re-integration is achieved with the involvement of a wide variety of experts. The main aim is occupational re-integration taking the following triad into account: the first aim is re-integration at the old workplace, if that is not possible then at another workplace in the same enterprise with suitable qualification measures where necessary and finally at another employer after retraining. Experience has shown that without expensive rehabilitation measures in over 90 per cent of complex cases can be re-integrated in working life thanks to rehabilitation management. This shows that a great deal of management is necessary outside purely medical services. This finding characterises the role of the medical profession in rehabilitation management who must be supported by rehabilitation managers. The ideal way is a co-operation model orienting rehabilitation management structures and processes. Teamwork that starts early and visiting support are important. The rehabilitation plan is central. It formulates the individual rehabilitation aim and the steps to achieve that aim and can be agreed on together with the service recipient always with the option to adjust to changing circumstances in each case. In each individual case it is particularly important that no relevant expert, concerning the needs of an individual, is excluded but also that tasks are allotted and responsibilities laid down. It is also important that attention is paid not just to processes but to rehabilitation management results in each individual case. This opens up space for creativity on the part of the actors and avoids bureau-crazy.

7 Co-operation with partners

Rehabilitation management as a team effort involving experts from various disciplines or service providers will not succeed in many cases without additional partners, first and foremost other social insurance institutions. In many countries protection against the risks of illness, old age, unemployment and occupational accident is spread over several benefit paying carriers. For this reason co-operation among rehabilitation carriers is particularly important for successful re-integration and a key performance indicator in rehabilitation management⁴⁾. Causation insurance schemes such as schemes against work accidents and occupational diseases are in urgent need of other social security institutions as partners for cooperation in order to achieve either successful reintegration as a “one-stop-shop” or to agree conflict-free cost reimbursement for services (see 3 above). Private insurers should not be excluded as cooperation partners alongside statutory insurance schemes since including their insurance benefits, such as those under private accident and third-party liability insurance schemes, can round out rehabilitation management in individual cases to the benefit of the insured person and add a synergy to all the insurance benefits involved. Last but not least those involved at enterprise level have to be regarded as important rehabilitation management partners starting with human resource staff and including company doctors and staff representatives.

4) German statutory provisions governing rehabilitation (Social Security Code IX) stipulate special obligations such as one-stop-shop service points or joint recommendations. See the website of the Federal Association for Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) for details.

8 Participation on the part of the insured individual

Rehabilitation management efforts can only succeed if the experts' work is accepted and supported by the insured individuals themselves. For this reason all information about the insured individual must be treated according to the highest professional standards in terms of personal rights including data protection rights. These fall under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities mentioned under 3 above. Articles 25-27 of this convention are particularly relevant for rehabilitation management. Article 26 Para. 1 a (Habilitation and Rehabilitation) of this convention is of particular importance. Rehabilitation management must take particular account of individual needs and early involvement (participation). Even when rehabilitation management is carried out by the staff of the insurer and thus from the insured individual's point of view cannot be regarded as "independent" this can be acceptable the insured individuals regard their rehabilitation as an active part of their own. This self-appointed role "as experts on their own account" automatically provides the motivation to become healthy and fit for work again leading to the situation in which insured individuals internalise the re-integration success themselves over the long term, i.e. they become and remain their own rehabilitation managers.

9 Qualifying rehabilitation managers

To reach re-integration, i.e. where the insured individuals can resume life as it was before the accident and be autonomous again, they need to be supported by rehabilitation managers that have received good basic training and further training and that should be allowed to decide according to their skills. Regardless of which professional group they belong to (medical doctors, social workers etc.) they have to have a variety of competences including medical, legal and economic competences but always focussed on the aim of re-integrating the insured individual back into a job and society. This requires a uniform training standard that sets out the structures and processes enabling rehabilitation management to focus on the world of work taking international experience into account⁵⁾. Indicators such as how many cases they can handle in rehabilitation management also belong in the profile description for such managers. In addition there should be a lower and upper limit depending on case complexity. As part of further training for rehabilitation managers there is a need for a platform for them to share their experiences in individual cases and lay down “good practice” for similar cases and disseminate these as part of a moderated procedure. Modern electronic media are particularly successful for this in addition to crossnational initiatives, discussions and conferences.

5) In addition there are training standards for what is known as Disability Management, which is a worldwide programme developed in Canada (www.nidmar.ca) and which is used by the German Social Accident Insurance (DGUV) (www.disability-manager.de).

10 Appropriate evaluation

Without metrics for the key performance indicators for rehabilitation management described in these principles rehabilitation management will not take root and spread. Insurers continue to require the certainty that the effort is worth it both for insured individuals and in terms of efficiency effects (see 2 above). For this reason evaluation measures have to be initiated and co-ordinated from two perspectives. Introducing rehabilitation management has to be worth it both in social and economic terms. Studies across insurance schemes and countries taking account of the key performance indicators in these principles have to be analysed and used to convince decision makers and further new studies need to be launched for this purpose. Further findings would bring advantages for efficient rehabilitation management if special performance indicators in line with these principles were formulated for commonly occurring medical treatment groups (skin, post-traumatic stress disorders, etc.). This is a context where social and private insurers should work together. On the other hand an ongoing evaluation of key performance indicators (indices) as described in these principles must be carried out. This includes patient surveys and focus groups. The focus group method, i.e. regular exchanges between experts from a variety of perspectives, provides a suitable overview of strengths and weaknesses, which in turn can be used to improve rehabilitation management.

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

Mittelstraße 51
10117 Berlin
Tel.: 030 288763800
Fax: 030 288763808
E-Mail: info@dguv.de
Internet: www.dguv.de