Podiumsdiskussion zum 1. Hauptthema

Neuausrichtung des Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung

Die Podiumsdiskussion fand unter Moderation des Autors mit **folgenden Gesprächspartnern** statt:

- als Vertreter der Gesetzlichen Unfallversicherung Herr *Dr. Andreas Kranig*, Leiter der Abteilung Versicherung und Leistungen der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) in Berlin,
- für die BG-Kliniken (BG: Berufsgenossenschaft) Herr *Prof. Dr. Volker Bühren*, Ärztlicher Direktor der BG-Unfallklinik in Murnau und Sprecher der Ärztlichen Direktoren aller BG-Kliniken in Deutschland,
- als Vertreter der VAV-Kliniken (VAV: Verletzungsartenverfahren) Herr *PD Dr. Friedrich Thielemann*, Direktor der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Schwarzwald-Baar-Klinikums in Villingen-Schwenningen, der zusätzlich auch das Traumanetzwerk^D der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) in Baden-Württemberg vertritt,
- als Vertreter der Durchgangsärzte (D-Ärzte) Herr *Dr. Norbert Bönninghoff*, Geschäftsführender Arzt des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte in Essen,
- als Vertreter der Verwaltung Herr *Thomas Meiser*, Geschäftsführer der Unfallkasse Saarland in Saarbrücken, und als Geschäftsführer eines Unfallversicherungsträgers sozusagen der „Herr des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens“.

Podiumsdiskussion

Im Folgenden werden die vom Autor an die Gesprächspartner gerichteten Fragen und deren Antworten dargestellt.

Grundsätzliches

Frage 1 – Neuausrichtung des Heilverfahrens aus Sicht der DGUV

Die allererste Frage der Podiumsdiskussion richtete sich an Herrn *Dr. Kranig*: Stößt die Neuausrichtung – man könnte auch sagen die Reform des Heilverfahrens – in der DGUV durchweg auf Begeisterung? Diese Frage stellt sich insbesondere deshalb, weil bisher stets vermittelt wurde, von Seiten der DGUV sei alles gut geregelt. Warum also wird nun dieser Reformbedarf thematisiert und wie verlief die Diskussion unter den Leistungserbringern?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Sowohl von den Leistungsträgern als auch von den Unfallversicherungsträgern wurde die Notwendigkeit für eine Reform erkannt, und im Impulsreferat von Herrn *Ritter* wurde bereits angedeutet, welche Veränderungen bevorstehen.

Im stationären Bereich kam es mit der Einführung des Fallpauschalensystems zu Umgestaltungen, die Vergütung und damit auch die Aufstellung der Kliniken änderten sich. Für rehabilitative Aspekte, dem Auftrag der DGUV entsprechend, (mit allen geeigneten Mitteln) erkrankte und verunfallte Personen wie-

der in die Beschäftigung und in ihr soziales Leben zurückzubringen, bietet dieses Vergütungssystem einen wesentlich engeren Rahmen. Daher stellen die durch Einführung des Fallpauschalensystems induzierten Umgestaltungen eine wesentliche Herausforderung dar.

Zudem sind die Veränderungen in der Weiterbildung zu berücksichtigen. Zwischenzeitlich wurde der neue zusammengefasste Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie etabliert, was eine Reaktion von Seiten der DGUV erfordert. Denn die bisherigen Qualitätsanforderungen der DGUV basieren auf dem bisherigen Facharzt für Unfallchirurgie mit dieser speziellen Ausrichtung.

Dies sind beispielhaft einige der Gründe, warum die DGUV ihr System auf diese Veränderungen einstellen muss. Die Voraussetzungen hierfür sind gut, daher ist keine komplette Neugestaltung, sondern eine Reform erforderlich. Dabei soll auf Bewährtem aufgebaut werden. Die Qualität soll auch unter veränderten Verhältnissen bewahrt und nach Möglichkeit sogar verbessert werden. In einzelnen Bereichen allerdings besteht durchaus noch Weiterentwicklungsbedarf. So lag der Schwerpunkt bei der DGUV bisher im Wesentlichen auf Strukturqualität, jetzt aber – auch aufgrund politischer Vorgaben – wird verstärktes Augenmerk auch auf den Nachweis der Ergebnisqua-

*Programmbereichsleiter „reporter/reportage“, Redaktionsleiter und Moderator „zdf.reporter“, Mainz

lität gelegt. Die DGUV geht zwar davon aus, dass diese gut ist, wenn es auch im Einzelnen sicherlich noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt, aber diese Ergebnisqualität muss systematisch belegt werden können.

Frage 2 – Neuausrichtung des Heilverfahrens aus Sicht der BG-Kliniken

Diese Frage richtete sich an Herrn *Prof. Dr. Bühren*, den Ärztlichen Direktor einer BG-Unfallklinik und Sprecher der Ärztlichen Direktoren aller BG-Kliniken in Deutschland: Wie stehen die BG-Kliniken dieser Reform, dieser Neuausrichtung, gegenüber, eher kritisch, eher wohlwollend oder vielleicht sogar freudig? Sind die BG-Kliniken tatsächlich die eigentlichen Gewinner dieser Reform, dieser Neuausrichtung?

Antwort von Herrn Prof. Dr. Bühren. Die Unfallchirurgen sind m. E. innerhalb des großen Faches der Orthopädie und Unfallchirurgie diejenigen, die Ethik und Qualität sehr hoch halten – aus eigenem Antrieb und in der Hoffnung, dass die Patienten davon profitieren werden. Die BG-Unfallkliniken sind im Netz der unfallchirurgischen Versorgung voll einbezogen – auch aus der Sicht des Moderators des Traumanetzwerk^D der DGU in Bayern.

Bei einigen der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren – beispielsweise bei Querschnittgelähmten – hat es sich sehr bewährt, die Behandlung in Zentren durchzuführen, in denen „alles aus einer Hand“, die Akutversorgung bis zur Wiedereingliederung in Familie und Beruf, durchgeführt werden kann. Solche Heilverfahren würde die DGU auch gern für die Schwer- und Schwerstverletzten einführen. In der nächsten Auflage des Weißbuches der DGU [1] wird auch die Frührehabilitation thematisiert werden. Dem liegt exakt der gleiche Gedanke wie den angeführten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren zugrunde, nicht nur Leben zu retten und die Wunde zur Heilung zu bringen, sondern tatsächlich auch sofort eine Rehabilitation einzuleiten. Im Bereich der DGUV bestehen die klassischen Brüche zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation nicht, weswegen den BG-

Kliniken diesbezüglich eine gewisse Modellfunktion zukommt. An ihnen als Beispiel kann gezeigt werden, dass solch ein Vorgehen möglich ist und funktioniert und dass die Patienten davon profitieren. Wenn das Heilverfahren und die frühzeitige Rehabilitation sich als effizient erweisen, wird sich diese Versorgungsabfolge auch für alle Patienten durchsetzen. Insofern bestehen hier hohe Synergien, und es ist zu hoffen, dass sich noch einige der nicht berufsgenossenschaftlichen Kliniken beteiligen werden. Dazu bedarf es natürlich gewisser Anreize, insbesondere auch finanzieller Art, denn solch eine ganzheitliche Rehabilitation ist ohne entsprechende Mittel nicht möglich. Von diesen finanziellen Anreizen würden natürlich auch die BG-Kliniken nicht ausgeschlossen sein, sondern sich darüber recht gut definieren können, insbesondere auch deshalb, weil heutzutage auch nach außen dargestellt werden muss, worauf sich eine Klinik/Einrichtung spezialisiert hat, welche Leistungen sie anbietet und in welchen Bereichen sie gute und sehr gute Ergebnisse erzielt. Somit würden tatsächlich auch die BG-Kliniken von solch einer Entwicklung profitieren.

Frage 3 – Neuausrichtung des Heilverfahrens aus Sicht der VAV-Kliniken

Im Gegensatz zu den BG-Kliniken scheinen die VAV-Kliniken der Neuordnung skeptischer gegenüberzustehen, denn auf diese Einrichtungen werden auch größere Veränderungen zukommen.

Bereits im Vortrag von Herrn *Ritter* wurde angesprochen, dass eine Reduzierung der VAV-Kliniken von derzeit 600 auf 300 angestrebt wird. In diesem Zusammenhang wird auch von der Schaffung der so genannten SGB-VII-Traumazentren (SGB: Sozialgesetzbuch) gesprochen.

Vor diesem Hintergrund wurde Herrn *PD Dr. Friedrich Thielemann* die Frage gestellt, ob bei eben diesen beiden Punkten noch Klärungsbedarf aus Sicht der VAV-Kliniken besteht.

Antwort von Herrn PD Dr. Thielemann. VAV-Kliniken stellen im Gegensatz zu den BG-Kliniken eine sehr inhomogen zusammengesetzte Gruppe von Kliniken

dar. Mit der Neuordnung des Heilverfahrens wurden jetzt strukturell und auch bezüglich der Qualität her neue Vorgaben gemacht, sie liegen gegenüber dem bisherigen Standard deutlich höher. Das löst bei einem Teil der VAV-Kliniken in Kenntnis ihrer eigenen Struktur sicher erhebliche Ängste aus. Dies war auch bei der Organisation des Traumanetzwerk^D der Fall, auch hier wurde in der ersten Phase der Umgestaltung stark emotional geprägt diskutiert, was sich jedoch mit der Zeit etwas besserte.

Die Neuordnung des Heilverfahrens aber ist m. E. als positiv anzusehen, weil die VAV-Kliniken neben den strukturellen Komponenten, die erfüllt werden müssen und die für eine gute Versorgung der Schwerstverletzten und von Patienten mit komplexen Traumen auch notwendig sind, auch ihre Ergebnisqualität nachweisen müssen. Dies ist m. E. nicht als Last, sondern als Chance, dass man sich profilieren und abheben kann, anzusehen, ähnlich wie Herr *Prof. Dr. Bühren* für die BG-Kliniken ausführte. Die VAV-Kliniken dienen der Versorgung der Patienten und müssten eigentlich im Licht der Öffentlichkeit darstellen, dass sie diese mit den vorhandenen Mitteln bestmöglich mit den bestmöglichen Ergebnissen durchführen. Gerade bei den größeren VAV-Kliniken muss m. E. der finanzielle Gesichtspunkt der Ausstattung und der Bezahlung der Leistungen noch geregelt werden, auf der anderen Seite bieten neue Bezahlungsmöglichkeiten durchaus auch Chancen für die einzelnen Kliniken.

Insgesamt gesehen wird ein Teil der VAV-Kliniken von dieser Neuorganisation des Verfahrens begeistert sein, der andere weniger, weil gewisse Vorgaben nicht erfüllbar sind. Dieses Splitting oder diese Bereinigung des Terrains wird sicher dazu führen, dass die Leistungen insgesamt besser werden, was mit dieser Neuordnung auch erreicht werden soll.

Resümee von Herrn Dr. Lehmann. Somit ergibt sich von Seiten der VAV-Kliniken ein durchaus heterogenes Bild – auf der einen Seite Belastung, aber auf der anderen Seite auch Chance und Herausforderung.

Frage 4 – Neuausrichtung des Heilverfahrens aus Sicht der Ärzte

Reformen im Gesundheitswesen stoßen bei Ärzten im Allgemeinen nicht auf besonders große Begeisterung. Wie aus der Vergangenheit bekannt, können Ärzte ihre Ablehnung nicht nur verbal und schriftlich äußern, sondern ihr auch mit Streiks und Arbeitskämpfen Nachdruck verschaffen – es sei denn, es werden mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Wie werden nun die niedergelassenen D-Ärzte auf dieses Neuordnungsverfahren reagieren, eher mit Begeisterung oder eher mit Skepsis?

Antwort von Herrn Dr. Bönninghoff.

Auch hier scheint sich ein ähnlich zwiespältiges Bild wie bei den VAV-Kliniken zu ergeben.

Man muss sicherlich mit den Veränderungen, die im vertragsärztlichen Bereich eingetreten sind, Schritt halten. Auf diese Neuerungen, z. B. Vertragsarztänderungsgesetz, Einrichtung von MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum), Berufsausübungsgemeinschaften, Zweitsitzen usw., muss von Seiten der Berufsgenossenschaft reagiert werden, und diese Änderungen müssen im Durchgangsarztverfahren integriert werden. Auch die neue Weiterbildungsordnung mit dem neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie muss berücksichtigt werden. Dies ist auf der einen Seite durchaus nachvollziehbar.

Auf der anderen Seite muss man natürlich auch die Situation der niedergelassenen Ärzte berücksichtigen, und aus deren Sicht ergibt sich ein etwas anderes Bild, nämlich gerade bei Investitionen, Vergütungen und Strukturen. Im Krankenhausbereich wird in der Regel dual finanziert, d. h. dass auch Mittel aus dem Bereich der Länder usw. in die Investitionen einfließen.

Das ist im niedergelassenen Bereich überhaupt nicht der Fall, d. h. die gesamte Praxis – und damit auch evtl. neue Investitionen – finanziert sich nur über die Vergütung für die Behandlung von Patienten. Werden jetzt bestimmte Anforderungen erhöht, die in der Konsequenz zu Verteuerungen führen, z. B. im Bereich der operativen Leistungen, muss auch die Vergütung entsprechend angepasst werden,

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:225–235 DOI 10.1007/s10039-010-1649-0
© Springer-Verlag 2010

N. Lehmann

Podiumsdiskussion zum 1. Hauptthema. Neuausrichtung des Heilverfahrens der Gesetzlichen Unfallversicherung

Zusammenfassung

Die Neuausrichtung des Heilverfahrens der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) hat für die Beteiligten unterschiedliche Auswirkungen. Die erforderlichen Vorgaben und Änderungen, die Umsetzung der Änderungen und die damit einhergehenden Problematiken sowie die noch offenen Fragen wurden mit Vertretern der DGUV, der BG-Kliniken (BG: Berufsgenossenschaft), der VAV-Kliniken (VAV: Verletzungsartenverfahren), des Netzwerks der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Durchgangsarzte (D-Ärzte), des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte sowie

der Verwaltung unter Moderation des Autors diskutiert. Wesentliche Gesichtspunkte dabei waren u. a. die Neuregelung des D-Arzt-Verfahrens, die Reduzierung der Anzahl der VAV-Kliniken, Ambulantes Operieren, stationäres Heilverfahren, Überarbeitung des Verletzungsartenkatalogs und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Schlüsselwörter

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung · Heilverfahren · Neuausrichtung · Verletzungsarten · Durchgangsarzt

Podium discussion on the first main topic. Readjustment of medical treatment in statutory accident insurance

Abstract

The readjustment of medical treatment as envisioned by the German statutory accident insurance has different effects on those involved. The author served as moderator for a discussion on the necessary specifications and changes, the implementation of these changes, the ensuing problems, and the remaining open questions with representatives of the German statutory accident insurance, the hospitals run by the accident prevention and insurance association, hospitals responsible for specific injury management, the network of the German Society for Trauma Surgery, accident insurance consultants, and the

administration. Important aspects included, among other issues, revision of the system of accident insurance consultants, reduction in the number of hospitals responsible for specific injury management, outpatient surgery, inpatient treatment, modification of the list of injury types, and measures for quality assurance.

Keywords

German statutory accident insurance · Treatment · Readjustment · Injury types · Accident insurance consultant

sonst kann das derzeitige Niveau der Patientenversorgung nicht gehalten werden.

Des Weiteren müssen auch andere Änderungen, z. B. die H-Ärzte (Heilverfahrensärzte) betreffend, die ebenfalls vom Verband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte vertreten werden, berücksichtigt werden. Für einen H-Arzt könnte es sonst unmöglich werden, innerhalb der nächsten 5 Jahre z. B. die Kriterien eines zukünftigen Durchgangsarztes zu erfüllen. Der H-Arzt kann z. B. nicht seine Tätigkeit in seiner laufenden Praxis einstellen bzw. unterbrechen, um wieder an einer klinischen Weiterbildung im Sinne der Facharztausbildung „Unfallchirurgie“ teilzunehmen. Bei den sächlichen Voraussetzungen der Praxis hingegen wird es sicherlich eher Möglichkeiten geben. Das bedeutet aber, das Auslaufen des H-Arzt-Verfahrens muss moderat erfolgen, und es sollten auch Strukturen in der Übergangslösung gesucht werden, die unzumutbare Härten abfangen.

Auf der anderen Seite müssen sich die für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte auf die anstehenden und die bereits erfolgten Änderungen einstellen. Hier ist z. B. die Präsenzpflcht zu erwähnen, die kollidiert, wenn ein Durchgangsarzt ambulant operiert, und zwar, z. B. aus wirtschaftlichen Gründen, in einem ambulanten Operationszentrum. In diesem Fall kann er nicht gleichzeitig in der D-Arzt-Praxis anwesend sein. Diesbezüglich gab es bisher keine Regelung. Es wäre sicherlich sinnvoll, bei der Neuordnung auch solche Probleme zu überdenken und sinnvoll zu strukturieren.

Man muss in diesem Zusammenhang betonen, dass die Berufsgenossenschaften laut § 34 SGB VII eine Organisationshoheit innehaben. Sie können somit im Prinzip die gesamten Heilverfahren usw. selbst strukturieren. Insofern ist es uns sehr wichtig, dass auch die Anregungen der mitarbeitenden Leistungserbringer, der D- und H-Ärzte, in die Neugestaltungen einfließen.

Resümee von Herrn Dr. Lehmann. Somit ist grundsätzlich Reformbereitschaft vorhanden, es bestehen viele Chancen, aber auch Risiken, ein Begriff, der in diesem Zusammenhang immer benutzt wird

und worüber im Folgenden noch diskutiert werden soll.

Frage 5 – Neuausrichtung des Heilverfahrens aus Sicht der Verwaltung

Vertreter der Verwaltung sehen zwar grundsätzlich die Notwendigkeit dieser Neuausrichtung, dieser Reform, für sie bedeutet aber eine solche Neuordnung prinzipiell auch zunächst einen Mehraufwand, einen wesentlich erhöhten Arbeitsaufwand, bis die Änderungen aufgenommen und umgesetzt sind.

Antwort von Herrn Meiser. In der Tat wird in der Verwaltung vielfach gefragt, warum etwas geändert wird, was Jahrzehnte lang gut funktioniert hat, mit dem alle gut handeln konnten. Die Antwort lautet (obwohl das Bessere ja bekanntlich der Feind des Guten ist), dass das anerkannt gute Heilverfahren sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich noch weiter verbessert werden soll. Die Gründe hierfür sind bereits angeklungen, auf einen wesentlichen Gesichtspunkt soll hingewiesen werden:

Die DGUV verbucht 22% ihrer Leistungen auf Behandlungskosten, aber 57% auf Behandlungsfolgeleistungen, also berufliche und soziale Rehabilitation und Renten. In der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) werden 84% der Leistungen auf die Behandlung, aber nur 4% auf die Behandlungsfolgekosten gebucht. Das ist auf die unterschiedlichen Ziele der Behandlung in GKV und DGUV zurückzuführen. Laut SGB VII versuchen die unter der Trägerschaft der DGUV Tätigen, die Menschen mit allen geeigneten Mitteln wieder in Arbeit zu bringen und sozial zu rehabilitieren, was einen extrem hohen Mitteleinsatz erfordert. Dagegen muss die GKV wirksam und wirtschaftlich die Gesundung des Menschen betreiben, darf aber das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Obwohl DGUV und GKV also völlig unterschiedliche Ziele verfolgen, drückte sich dies im Heilverfahren der DGUV bisher vor allen Dingen im stationären Bereich kaum aus, mit Ausnahme der BG-Kliniken. Beispielsweise wurden Kliniken bei entsprechenden Voraussetzungen investiver, baulicher und personeller Art ohne jegliche

Qualitätsprüfung zum VAV zugelassen. Hier sind Änderungen vorgesehen. Künftig soll das Endziel, die Teilhabe der Versicherten am Arbeitsmarkt, am Leben und in der Gesellschaft noch früher in der Akutphase – ob ambulant oder stationär – eingebunden werden, damit das Gesamtpaket „Leistung aus einer Hand“ den Versicherten noch früher, noch qualitätsoptimierter, noch zielgerichteter zukommt, um das Endziel Teilhabe besser verwirklichen zu können.

Hauptanliegen der Neuordnung ist also ganz eindeutig, und dies muss auch der Öffentlichkeit deutlich gemacht werden, eine tatsächliche Qualitätsoptimierung. Der Verwirklichung dieses Anliegens steht die Verwaltung sehr optimistisch gegenüber

Eckpunktepapier

Frage des Moderators an Herrn Prof. Dr. Bühnen – Rolle der BG-Kliniken im Heilverfahren

Im Eckpunktepapier zur Neuausrichtung des Heilverfahrens [2] heißt es, dass gerade die BG-Kliniken eine ganz besondere Rolle spielen sollen, weil sich das Heilverfahren bereits in der Akutphase noch stärker am Ziel Teilhabe im Erwerbsleben und am Leben der Gemeinschaft ausrichten sollte. Wörtlich steht dort:

Den BG-Kliniken kommt hierbei eine Vorbildfunktion zu.

Vorbild zu sein ist zwar einerseits eine Anerkennung und etwas Positives, aber andererseits auch eine Herausforderung und damit auch etwas besonders Schweres. Überwiegt aus Sicht der BG-Kliniken eher der Charakter einer Last oder eher der einer besonderen Herausforderung?

Antwort von Herrn Prof. Dr. Bühnen. Es handelt sich um eine besondere Herausforderung, die aber nichts Neues darstellt. Es gibt 9 BG-Kliniken in Deutschland, die aber nicht die Gesamtversorgung leisten können.

Wenn am Mittwochvormittag ein Motorradfahrer auf der Autobahn einen Unfall hat, ist nicht ersichtlich, ob er privat unterwegs oder auf dem Weg zur Arbeit war. Die Akutversorgung eines solchen Unfallverletzten hängt in keiner Weise

von seinem Versicherungsstatus ab. Erst nach den lebensrettenden Maßnahmen und der Erstversorgung, wenn der Name des Verletzten sowie die Umstände bekannt sind, beginnt das Berichtsverfahren. Nach einem Zeitraum von 1 Woche sollte m. E. eine versicherungsrechtliche Einordnung möglich sein. Ab diesem Zeitpunkt ist die Frührehabilitation zu organisieren, somit muss bereits zu diesem Zeitpunkt überlegt werden, welche Versorgung zu wählen ist.

Die DGUV hat den berechtigten Anspruch, dass sie das Heilverfahren regeln und optimieren möchte. Das liegt, wie angeführt wurde, im Interesse der Verwaltung, um die Folgekosten zu senken, und im Interesse des Patienten, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. Die Durchführung eines DGUV-Heilverfahrens ist in BG-Kliniken optimiert möglich, die wesentlichen Gründe sind, dass BG-Kliniken über eine gute Ausstattung, die Voraussetzungen für eine vernetzte Kommunikation sowie ein eingespieltes Team verfügen. Damit kommt ihnen eine Vorbildfunktion zu, und sie stellen einen Standard dar, den die anderen VAV-Kliniken, aber auch die Kliniken, die sich im Traumanetzwerk^D der DGU definieren, erreichen sollen. Die von den BG-Kliniken leistbare Vorbildfunktion besteht m. E. darin, die Effizienz solch eines Vorgehens – Effizienz im Sinne von besserem Heilergebnis sowie im Sinne von Kostenersparnis im Verlauf – nachzuweisen, nicht darin, die gesamte Versorgung zu leisten, dies ist mit 9 Kliniken flächendeckend für die Bundesrepublik Deutschland nicht möglich. Den BG-Kliniken kommt also die Aufgabe zu, ihre Prinzipien in andere Kliniken zu transportieren, denn es gibt genügend andere Häuser, die prinzipiell in der Lage sind, das gleiche fachliche Niveau zu leisten und nur noch ihre Ausstattung entsprechend nachrüsten müssen.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Rolle der BG-Kliniken im Heilverfahren

Im Eckpunktepapier zur Neuausrichtung des Heilverfahrens [2] ist keine Kritik an den BG-Kliniken zu finden, aber besteht von Seiten der DGUV vielleicht doch

noch Optimierungsbedarf in der Akutphase im Heilverfahren?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Wie Herr Prof. Dr. Bühnen erwähnte, gibt es natürlich auch im Bereich der BG-Kliniken Veränderungen, z. B. war der rehabilitative Aspekt vor 20 Jahren sicherlich noch nicht so ausgeprägt wie heute. In den BG-Kliniken finden sich heutzutage größtenteils eigene Bereiche für die Weiterbehandlung wie BGSW (Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung) und KSR (Komplexe Stationäre Rehabilitation), auch hier befinden sie sich in der Entwicklung – einer guten Entwicklung.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Bönninghoff – Änderungen im Durchgangsarztverfahren

Die zentrale Rolle des Durchgangsarztes wird auch in der Neuordnung des Heilverfahrens unterstrichen und von allen Beteiligten hervorgehoben und soll im Zusammenhang mit der Einführung des gemeinsamen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie geprüft werden. Jetzt ist bekannt geworden, welche Ärzte mit welcher Qualifikation verfügbar sein sollen, welche Tätigkeiten sie ausüben werden – was beinahe wie medizinische Planwirtschaft klingt. Wie stehen die Durchgangsärzte hierzu?

Antwort von Herrn Dr. Bönninghoff.

Eine entsprechende Qualifikation muss vorhanden sein. Dies war auch bereits in der alten Weiterbildungsordnung der Fall, z. B. dass ein D-Arzt neben dem Facharzt für Chirurgie darüber hinaus auch eine Qualifikation zum Arzt für Unfallchirurgie vorweisen können musste. Inzwischen wurde die Facharztausbildung verändert, woran das Durchgangsarztverfahren angepasst werden muss. Dabei sind sicherlich an D-Ärzte im niedergelassenen Bereich andere Qualifikationsanforderungen zu stellen als an in einer Klinik tätige D-Ärzte. Hier sollte eine entsprechende Abstufung in den Qualifikationskriterien vorgenommen werden.

Das gesamte Verfahren ist prinzipiell anders als im Bereich der kassenärztlichen Medizin. Primär kommt dem Durchgangsarzt – sowohl dem niedergelassenen als auch dem in einer Klinik täti-

gen – bei der Behandlung eines Unfallverletzten eine Art Screeningfunktion zu:

- Handelt es sich tatsächlich um einen Unfall?
- War es ein BG-lich versicherter Schul-/Arbeits- oder Wegeunfall?
- Welches Verfahren ist zu wählen, allgemeines Heilverfahren, besonderes Heilverfahren, Verletzungsartenverfahren usw.?

Der D-Arzt begleitet den Patienten – ganz anders als im vertragsärztlichen Bereich – nicht nur während der aktuellen Behandlung, sondern auch während der Rehabilitation, Wiedereingliederung bis hin zum Rentenverfahren. Insofern kommen vollkommen andere Strukturen mit zum Tragen als im kassenärztlichen Bereich. Es gilt, den gesamten Verwaltungsaufwand mit zu berücksichtigen, und die entsprechenden Kenntnisse (Berichtswesen usw.) hierfür sind unverzichtbar.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Änderungen im Durchgangsarztverfahren

Hinsichtlich der soeben angeführten Punkte muss die DGUV somit noch einmal nachverhandeln, denn es besteht durchaus noch Verbesserungs- bzw. Mitsprachebedarf von Seiten der Durchgangsärzte. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, warum diese ursprünglichen Eckpunkte formuliert wurden, ob der Begriff „abgestufte Beteiligung“ nicht unglücklich gewählt war, weswegen jetzt auch der Begriff Modularisierung benutzt wird. Was ist der Mehrwert dieser Modularisierung?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Bei den zugelassenen Ärzten gab es auch bisher bereits Differenzierungen, so z. B. die Unterscheidung zwischen D- und H-Arzt, ebenso die Unterschiede im ambulanten und stationären Bereich. Insofern ist die Modularisierung nicht wirklich neu. Aktuell wurde mit dem neuen Facharzt eine neue Situation geschaffen, was entsprechend im System der DGUV abgebildet werden soll. Damit reagiert die DGUV auf Anforderungen aus der Ärzteschaft. Auf diese soll eingegangen, dabei aber mindestens die bisherige Qualität aufrechterhalten werden, was einer Neuformulierung

bedarf. Insofern handelt es sich eigentlich um einen vollkommen normalen Anpassungsprozess. Die jetzt als Module vorgesehenen Techniken, wie das ambulante Operieren, sind Verfahren, die bereits vor einigen Jahren in abgewandelter Form in der GKV eingeführt wurden. Diese haben sich seither bewährt und es ist unbestritten, dass hierfür eine besondere Qualifikation erforderlich ist. Daher besteht m. E. im ambulanten Bereich kaum Verhandlungsbedarf, falls diesbezüglich aber jemand an die DGUV herantritt, ist diese natürlich für Gespräche offen.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Bönninghoff – Qualitätssteigerung

Sollen qualitätssteigernde Maßnahmen umgesetzt werden, dabei aber Besitzstände und Übergangsfristen noch einmal diskutiert und geregelt werden?

Antwort von Herrn Dr. Bönninghoff.

Natürlich sind die Besitzstandregelungen ein wichtiges Thema, aber es sollten auch andere Probleme diskutiert werden, z. B. befristete Beteiligungen usw., denn zwischen einer Niederlassung als Orthopäde oder Chirurg als Vertragsarzt und einer als D-Arzt bestehen Unterschiede, z. B. hinsichtlich der sächlichen Ausstattung oder auch der Anforderungen, wie Mindestfallzahlen. Dies sollte m. E. noch einmal genauer geprüft werden, und es sollten auch individuelle Möglichkeiten bezüglich der Mindestfallzahlen angeboten werden.

Vor dem Hintergrund, dass in manchen Bereichen Versorgungsüberangebote bestehen, auf der anderen Seite aber auch Unterversorgungsbereiche drohen, müssen die Regelungen angepasst werden. Es kann nicht alles verallgemeinert und pauschal für alle niedergelassenen Ärzte festgeschrieben werden, ohne die individuellen Umstände zu berücksichtigen.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Unterversorgung

Bezüglich der Zulassung zum D-Arzt-Verfahren besteht somit noch Redebedarf.

Es soll jedoch hier ein Punkt aufgegriffen werden, der gerade aus der Sicht eines Fernsehreporters/-moderators interessant erscheint, insbesondere da in der Sendung

ZDF-Reporter schon öfter darüber berichtet wurde: Unterversorgung, gerade in ländlicheren Regionen. Wie stellt sich dieses Problem für die DGUV dar, welche Gefahren könnten durch diese Unterversorgung entstehen?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Dieser Gefahren ist sich die DGUV durchaus bewusst, vielleicht nicht als aktuelles Problem, aber in der weiteren Entwicklung, auch aufgrund der Altersstruktur der beteiligten Ärzte. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass es in der Zukunft zu Problemen kommen kann. Darauf wird sich die DGUV dann auch einstellen müssen. Im Sinne der Qualität aber sollen zunächst einmal die Anforderungen relativ hoch angesetzt werden. Auf der anderen Seite sollen dann auch Möglichkeiten geschaffen werden, bei entsprechendem Bedarf und falls die hohen Qualitätsanforderungen nicht erfüllt werden können, auch Ausnahmeregelungen zuzulassen. Dies wäre eine von Seiten der DGUV vorstellbare Lösung; die Qualität insgesamt wirklich hoch anzusetzen, aber auf der anderen Seite zu gewährleisten, dass unter diesem Maßstab die Versorgung in der Fläche nicht leidet.

Hinsichtlich des Punktes der Befristungen von Durchgangsärzten sei noch angeführt, wie bereits im Beitrag von Herrn Ritter dargestellt, dass von Seiten der DGUV geplant ist, in regelmäßigen Abständen die Erfüllung der Anforderungen zu überprüfen und nur, wenn diese nicht mehr gewährleistet ist, einer weiteren Beteiligung nicht zuzustimmen. Es ist nicht geplant, dass prinzipiell alle Ärzte nach 5 Jahren ihre Zulassung verlieren und wieder neu beantragen müssen.

Frage des Moderators an Herrn PD Dr. Thielemann – Änderungen im Durchgangsarztverfahren

Welche Probleme bestehen hinsichtlich der Änderungen im Durchgangsarztverfahren aus Sicht der in der Klinik tätigen Ärzte?

Antwort von Herrn PD Dr. Thielemann.

Insbesondere die finanziellen Aspekte spielen eine wichtige Rolle. Da Investitionen erforderlich sind, muss auch eine längerfristige Sicherheit gewährleis-

tet sein. Deshalb ist m. E. nicht eine absolute Befristung, sondern eine Frist bis zur nächsten Überprüfung vorzuziehen. In diesem Fall können sich die niedergelassenen D-Ärzte besser auf die Neuerung einrichten, zudem kann ein gradueller Druck aufgebaut werden, wenn die Anforderungen nicht erreicht werden. Wenn die finanziellen Mittel für die Steuerung des ganzen Systems zur Verfügung gestellt werden, werden die Änderungen auch für niedergelassene D-Ärzte kein Problem darstellen. Eine Nichterfüllung der Anforderungen ist in diesem Kontext dann als Meinungsäußerung anzusehen.

Beitrag von Herrn Meiser. Befristung ist ein unschönes Wort, das eigentlich nicht verwendet werden sollte. Die Beteiligung wird mit Auflagen versehen, d. h. solange die Auflagen erfüllt, die Fortbildungsmaßnahmen wahrgenommen und die Fallzahlen erreicht werden, läuft die Zulassung als D-Arzt weiter, ohne dass weiteres Handeln von Seiten der Verwaltung notwendig ist.

Dies sei am Beispiel der Fallzahlen erläutert: Im Landesverband Südwest der DGUV behandelt jeder D-Arzt im Moment im Schnitt jährlich etwa 1000 Fälle, eine Fallzahl von 200–250 dürfte somit eigentlich allein vom Zahlenwert gesehen keine Schwierigkeiten bereiten. Ein großes Problem dagegen kann die Unterversorgung für die Unfallversicherungsträger, die die Menschen vor Ort betreuen müssen, darstellen. Hier sind von Seiten der Verwaltungen einige Situationen/Parameter angedacht, in welchen Ärzte nicht unbedingt diesen absolute Maßstäbe zur Zulassung erfüllen müssen. Hier müssen die z. T. sehr unterschiedlichen Entwicklungen in der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt werden. So liegen z. B. die Beschäftigtenzahlen/km² im Landesverband Südwest der DGUV im Schnitt zwischen 160 und 180, in Mecklenburg-Vorpommern dagegen nur noch bei 31. Trotzdem ereignen sich auch dort Unfälle und auch die Menschen dort müssen versorgt werden. Diesbezüglich ist eine Strategie erforderlich, um eine Unterversorgung in Gebieten mit geringeren Beschäftigtenzahlen zu vermeiden.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – ambulante Operationen

Laut Eckpunktepapier zur Neuausrichtung des Heilverfahrens [2] sollen für bestimmte ambulante Operationsverfahren analog zum Katalog zum ambulanten Operieren im KV-Bereich weiterhin die persönlichen Anforderungen an den Arzt bestehen bleiben. Wie soll die für diese Operationen notwendige besonders hohe fachliche Kompetenz, die momentan gegeben ist, weiterhin gewährleistet werden?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. An diesem funktionierenden System soll nur wenig verändert werden. Hinsichtlich des Katalogs der Operationen werden sich sicherlich Unterschiede zum Katalog der Krankenversicherung (KV) ergeben, was mit den Partnern im ärztlichen Bereich diskutiert werden muss. Voraussetzung bleiben wird, dass ein Arzt, der in ambulanter Praxis operieren möchte, vorher über mehrere Jahre an einer geeigneten Klinik, d. h. an einem VAV-Krankenhaus, das Operieren gelernt und praktiziert haben muss.

Frage des Moderators an Herrn Prof. Dr. Bühren – Ambulante Operationen

Dieser erwähnte Katalog der ambulanten Operationen wird derzeit erstellt. Sind bereits Aussagen diesbezüglich möglich?

Antwort von Herrn Prof. Dr. Bühren. Im Prinzip ist es – wie sich an den Diskussionen usw. zeigt – unstrittig, dass es sinnvoll ist, diese Strukturierung jetzt vorzunehmen. Im ambulanten Bereich bestehen m. E. relativ genaue Vorstellungen, die konsensfähig zwischen den Fachgesellschaften abgestimmt werden. Berufsverbände haben je nach ihrem Vertretungsbereich z. T. noch etwas andere Vorstellungen, aber auch sie sind relativ gut abgestimmt.

Der stationäre Bereich, die Reduzierung von 600 auf 300 Häuser, stellt sich schwieriger dar. Tatsächlich aber gibt es in Deutschland nur 300 ausgewiesene unfallchirurgische Abteilungen, d. h. unter den überzähligen 300 Häusern sind teilweise „Karteileichen“, unfallchirurgische Abteilungen, die so nicht existie-

ren. Diese sollten leicht aufzufinden sein. Aber wie die verbleibenden Häuser sich entwickeln und wie sie sich strukturieren, muss von Verwaltungsseite nachvollzogen werden können. Somit muss es hierfür eine Regelung, also den in der Frage angesprochenen Katalog, geben. Und hier liegen die Schwierigkeiten. Es gibt einen Verletzungsartenkatalog, in welchem die entsprechenden Verletzungen aufgeführt sind, für einige ist das Vorgehen eindeutig geregelt, einige Punkte sind umstritten und einiges lässt sich sehr weit interpretieren. Diese interpretierbaren Verletzungen bereiten in der Praxis große Schwierigkeiten, z. B. die Definition eines Sprunggelenkverrenkungsbruchs und dessen Versorgung bzw. die Klärung der Frage, ob eine Verlegung erforderlich ist oder nicht. Eine Verletzung, von welcher der behandelnde Arzt vor der Operation annimmt, dass es sich nicht um einen Katalogfall handelt, kann sich während der Operation als solcher herausstellen. Demzufolge bereitet die Erstellung dieser Verletzungsartenkataloge Probleme.

Der niedergelassene Durchgangsarzt, der die Verfahren steuern soll, ist Chirurg, der eine Wundversorgung beherrschen und sie demzufolge auch durchführen dürfen muss. Die stationärsersetzenden Operationen aber setzen eine hohe fachliche Qualifikation voraus, hierfür wird die Qualifikation Spezielle Unfallchirurgie benötigt, wie sie auch der Durchgangsarzt im Krankenhaus vorweisen muss. Zudem erfordern diese stationärsersetzenden Leistungen im Gegensatz zur „kleinen Chirurgie“ auch eine räumliche Ausstattung wie in einem OP, also auch entsprechende Investitionen. Dies muss über den Indikationskatalog geregelt werden und diesbezüglich besteht noch Diskussionsbedarf, ebenso auch hinsichtlich der unterschiedlichen Versorgung laut GKV- bzw. DGUV-Katalog. So ist es einem Patienten, der bei der Arbeit einen intraartikulären Speichenbruch erlitten hat, nicht vermittelbar, dass er in einer 50 km entfernten Klinik behandelt werden muss, wohingegen er, wenn er sich eine solche Verletzung in seiner Freizeit zuzieht, in der nächstgelegenen geeigneten Klinik behandelt worden wäre.

Frage des Moderators an Herrn PD Dr. Thielemann – Stationäres Heilverfahren

Aus Sicht der VAV-Kliniken stellt die Reduzierung ihrer Anzahl von 600 auf 300 sicherlich ein größeres Problem dar als soeben dargestellt. Zudem stellt sich die Frage, welche Problematiken sich bei der Bildung der SGB-VII-Traumanetzwerke aus Sicht der VAV-Kliniken ergeben.

Antwort von Herrn PD Dr. Thielemann.

Die mit der Neuordnung des Heilverfahrens geplanten Änderungen sind mit den bei der Bildung des Traumanetzwerk^D der DGU vorgenommenen Umstrukturierungen vergleichbar, bei welchen eine Graduierung der Einrichtungen vorgenommen wurde. Es handelt sich um eine Neuordnung oder eine Einpassung der Kliniken in einen bestimmten Level.

Tatsächlich existieren unter den angeführten 600 Häusern einige, bei welchem es sich, wie von Herrn Prof. Dr. Bühren bereits angeführt, tatsächlich nicht um ausgewiesene unfallchirurgische Abteilungen handelt. Anderes formuliert wurde in dem Verfahren bezüglich der VAV-Kliniken bisher noch nicht verdeutlicht, welches Potenzial dort vorhanden ist. Auch von Seiten der Verwaltung wird nicht immer realisiert, welche Leistungen die Kliniken erbringen, über welche Leistungsfähigkeit, strukturellen Ausstattungen und persönlichen Kompetenzen vor Ort sie verfügen. Wird all dies analysiert, wird diese Neuordnung eine nachvollziehbare ehrliche und sachliche Ordnung der Versorgung der Schwerverletzten im stationären Bereich darstellen und damit auch den VAV-Kliniken vermittelbar sein.

Um die Struktur zu ordnen und die Zahl der Häuser zu reduzieren, darf man sich nicht allein der Kataloge bedienen, sie würden als alleiniges Kriterium eine zu scharfe Trennung ergeben, um eine Neuordnung vornehmen zu können. Zusätzlich müssen auch andere Elemente berücksichtigt werden, z. B. die Struktur und die persönliche Kompetenz der Ärzte der Abteilung. Dass die Zahl dieser Häuser auf diese Weise sinnvoll reduziert werden kann, evtl. auch werden muss, um die finanziellen Ressourcen zu bündeln, darüber besteht sicherlich Einigkeit.

Für gut im VAV-Bereich aufgestellte Kliniken ergeben sich bei der Neuordnung sicherlich keine Probleme, alle anderen werden um ihren Erhalt kämpfen, was aber nicht allen gelingen wird.

Frage des Moderators an Herrn Meiser – Stationäres Heilverfahren

Eine Konzentration der finanziellen Ressourcen, also sparen, die verfügbaren Mittel gezielter und damit besser ausgeben, liegt sicherlich im Interesse der Verwaltungen, ebenso auch die Ausbildung von SGB-VII-Traumanzentralen?

Antwort von Herrn Meiser. Die Politik und auch die Selbstverwaltungsorgane verlangen eine Senkung der Kosten. Das ist in der heutigen Zeit gar nicht mehr anders denkbar. Auf der anderen Seite wird auch gefordert, dass die Versicherten möglichst früh wieder ins Arbeitsleben zurückkehren, was wiederum Kosten verursacht. Das ist der Grund, warum diese Reform aus Sicht der Verwaltung notwendig ist.

Im Prinzip soll zwischen die jetzigen VAV-Kliniken und die BG-Kliniken noch eine Qualitätsstufe eingebunden werden, was zunächst finanzielle Investitionen erfordert, sowohl von Seiten der Kostenträger als auch von Seiten der Kliniken, aber im Endeffekt langfristig den Kliniken, die weiterhin am VAV beteiligt bleiben, sowohl von Seiten der Träger als auch auf ärztlicher Seite Vorteile bringen wird. Somit geht es nicht nur um Kostensenkung, sondern auch um Erhöhung der Qualität und damit eine Stärkung des Systems im Verteilungskampf im Gesundheitswesen, der in Zukunft immer mehr an Bedeutung gewinnen wird.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Zuweisungsmechanismen

Laut Eckpunktepapier zur Neuausrichtung des Heilverfahrens [2] muss für den stationären Bereich ein Konzept erarbeitet werden, um die Zuweisungsmechanismen nach heutigem VAV mit den Anforderungen des SGB-VII-Traumazentrums und den geplanten unterschiedlichen Versorgungsstufen abzugleichen. Was ist hierbei für die DGUV wesentlich?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Die Hauptproblematik wurde bereits erwähnt. Die DGUV geht davon aus, dass nach Konzentration im Verletzungsartenverfahren die verbleibenden Kliniken für die Akutversorgung exzellent aufgestellt sein werden und daher keine großen Unterschiede vorhanden bzw. keine Angleichungen mehr erforderlich sein werden. Der verbleibende wichtige Aspekt ist der der Rehabilitation – was kommt als „add on“ zu der optimalen Akutversorgung hinzu, um den Übergang ins Erwerbsleben, ins normale Leben, im Übrigen möglichst reibungslos, möglichst ohne Nahtstellen, bereits im medizinischen Behandlungsbereich gut vorzubereiten. Hier werden Übergangslösungen benötigt und entsprechende Konzepte werden derzeit überlegt, was nicht ganz einfach ist.

Wie bereits von Herrn Prof. Dr. Bühnen als Schätzung angeführt, kann man je nach Schwere der Verletzung 1 Woche nach dem Trauma zwar nicht vom Abschluss, aber doch von einer gewissen Grenze der Akutversorgung sprechen. Danach muss je nach Einzelfall entschieden werden, welche Anforderungen an die Rehabilitation zu stellen sind. Ab diesem Zeitraum spielt auch das Rehabilitationsmanagement der Unfallversicherungsträger eine Rolle. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, dass das Berichtswesen so gut funktioniert, dass der Unfallversicherungsträger in dieser 1. Woche vom Fall unterrichtet wird und die Weiterverfolgung der Rehabilitation mit den Partnern im medizinischen Bereich und v. a. mit dem Verunfallten selbst planen und die richtigen Maßnahmen einleiten kann.

Frage des Moderators an Herrn Prof. Dr. Bühnen – Zuweisungsmechanismen

Was sind die wichtigsten Punkte dieses soeben angeführten Konzepts aus Sicht der BG-Kliniken?

Antwort von Herrn Prof. Dr. Bühnen. Ein Konzept bereitet weniger Probleme als ein Katalog.

Es sind 300 Anlaufstellen für Schwer- und Schwerstverletzte in Deutschland geplant. Diesbezüglich scheint beachtlicher Konsens zu bestehen, und diese Planung entspricht auch den derzeitigen Gegeben-

heiten, natürlich mit lokalem Regelungsbedarf.

Hinzu kommt das SGB-VII-Netzwerk, das später und nur bei ausgewählten Fällen greift. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das unfallchirurgische Geschehen nur zu 20% die DGUV betrifft. Auch die restlichen 80% betreffen zu einem Teil nur vordergründig die Krankenversicherung, bei Verkehrsunfällen stehen z. B. auch Haftpflichtversicherer und Rückversicherer in der Leistungspflicht – mit ähnlichen Interessen wie die DGUV, nämlich eine bestmögliche Rehabilitation zu verfolgen. Deswegen wird sich dieses System nicht nur für die DGUV – sozusagen modellhaft – durchsetzen, sondern es handelt sich um ein in sich schlüssiges Konzept, bezüglich dessen heute eigentlich Einigkeit besteht.

An 300 unfallchirurgischen Kliniken in Deutschland können nicht Rehabilitationsabteilungen, Frührehabilitationsteams, Psychologen und Rehabilitationsmanager vorgehalten werden, sondern hier werden eine weitere Konzentrierung und damit Steuerung erforderlich werden. Aber diese 300 Kliniken werden die Basis der Versorgung darstellen, in ihnen kann jede Verletzung behandelt werden oder es ist bekannt, wie man sie managt. Auch heute findet bereits ein Management von Verletzungen statt, so werden z. B. in eine VAV-Klinik eingelieferte Schwerbrandverletzte nach der Erstversorgung in spezialisierte Kliniken weiterverlegt, Gleiches gilt für Querschnittslähmung. Diese bereits bestehenden Strukturierungen und Zuweisungsmechanismen werden jetzt auch für Schwer- und Schwerstverletzte geregelt. Dafür ist ein Katalog erforderlich, der festlegt, welche Fälle das regelhaft sein werden.

Frage des Moderators an Herrn Meiser – Zuweisungsmechanismen

Es ist noch ein weiterer Katalog zu erwähnen, der zu erarbeitende Zuweisungskatalog für die Zuweisung von Patienten in Schwerpunktzentren. Dieser muss auch bei der Heilverfahrenssteuerung durch den D-Arzt und den Rehabilitationsmanager durchsetzbar sein und erfordert demzufolge noch einen hohen Arbeitsaufwand von Seiten der Verwaltung.

Antwort von Herrn Meiser. Wie bereits erwähnt, werden klare Regeln benötigt. Klare Regeln, die die Verwaltung versteht, klare Regeln, die den Versicherten vermittelbar sind, und klare Regeln, nach denen sich die Ärzteschaft richten kann und die auch die Klinikträger beachten müssen. Beispielsweise traten im Bereich der Querschnittslähmungen, in welchem genau nach diesem Muster vorgegangen wurde, nie Probleme auf.

Es klingt sehr einfach: Eine bestimmte Verletzung liegt vor und der Patient wird von der einen in die andere Klinik überwiesen. Hierfür aber sind klare Verletzungsbilder vonnöten.

Auch Komplikationen oder Störungen im Heilverlauf, bei welchen allen Beteiligten klar ist, dass der betreffende Patient in die nächsthöhere Stufe im Qualitäts- und Rehabilitationsmanagement weiterüberwiesen werden muss, indizieren eine Verlegung und erfordern schnelles Handeln, was leider heute oft ein Problem darstellt. Die Verwaltung wird häufig beispielsweise von einer Beteiligung weiterer Ärzte erst in Kenntnis gesetzt, wenn der Patient dort bereits behandelt wurde. Damit ist keine Steuerung des Verfahrens mehr möglich, von daher muss die Kommunikation unbedingt verbessert werden. Insbesondere sollten die neuen Kommunikationstechniken, die uns heute zur Verfügung stehen, intensiver genutzt werden, was ein Umdenken in allen Bereichen erfordert. Diesbezüglich besteht noch erhebliches Optimierungspotenzial.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Bönninghoff – Unterversorgung
Bezüglich des Problems der ärztlichen Unterversorgung in bestimmten Regionen stellt sich die Frage, ob diese nicht mit finanziellen Anreizen zu verhindern wäre.

Antwort von Herrn Dr. Bönninghoff. Es handelt sich letztlich um eine Frage der Anforderungen, die dort getroffen werden müssen. Wenn bestimmte ambulante Operationen durchgeführt werden, ist es natürlich sinnvoll und nötig, dass der betreffende D-Arzt entweder in seiner Praxis oder im Operationszentrum die entsprechende Ausstattung vorhält, was allerdings mit extremen Kosten einhergeht

– angefangen von der Röntgenanlage bis zum OP, der entsprechend ausgerichtet werden muss.

Anders stellt sich die Situation für einen D-Arzt dar, der nicht operiert, aber dennoch eine ähnliche Ausstattung benötigt, v. a. in einem unterversorgten Gebiet. Derzeit sind die sächlichen Voraussetzungen für eine D-Arzt-Praxis tatsächlich bundeseinheitlich gleich. Wenn aber ein D-Arzt in einem Bereich mit 31 Arbeitsplätzen pro Bezugsgröße arbeitet, z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, wird dort die Mindestfallzahl naturgemäß niedriger sein, man muss sie sogar niedriger ansetzen. Aus dieser niedrigen Mindestfallzahl muss aber dennoch die Ausstattung finanziert werden, die speziell für die durchgangsärztlich zu betreuenden Patienten gefordert ist. Somit ist durchaus über finanzielle Anreize nachzudenken, dergestalt dass man in einem unterversorgten Gebiet z. B. dem Kollegen die Niederlassung überhaupt erst ermöglicht.

Der 2. Problembereich wurde bereits erwähnt, wenn, wie ursprünglich angedacht, aber inzwischen anscheinend nicht mehr zur Debatte stehend, nur eine rein befristete Beteiligung ausgesprochen werden würde, wäre die Niederlassung insbesondere in Bereichen mit wenig Arbeitsplätzen pro Bezugsgröße sehr schwierig geworden. Denn wenn eine Praxis eröffnet werden soll, werden Kredite benötigt. Würde aber bei den Kreditverhandlungen der Bank mitgeteilt, dass nicht sicher ist, ob in 5 Jahren überhaupt noch eine Beteiligung als D-Arzt besteht, würde kein Kredit gewährt werden.

Um finanzielle Anreize zu setzen, wären verschiedene Modelle denkbar. Eine Möglichkeit wäre, Zuschläge zur Gebührenordnung zu zahlen. Wie erwähnt gibt es Regionen, in welchen weniger Patienten betreut werden, aber trotzdem die gesamten Vorhaltungen erfüllt werden müssen. Es muss sicherlich geklärt werden, wie in diesen Fällen vorzugehen ist. Ansonsten ist es denkbar und auch bereits vorgekommen, dass Kollegen, die über die persönliche Qualifikation für das D-Arzt-Verfahren verfügten, auf dieses verzichteten, da sie ambulant operieren wollten und daher nicht die ganze Zeit in der Praxis sein konnten. Diese Ärzte ließen sich dann, wegen der geringeren Anforderungen an

die sächlichen Ausstattung usw., als H-Arzt entsprechend beteiligen. Dies sollte bei den Überlegungen zum Setzen finanzieller Anreize entsprechend berücksichtigt werden. Die für die Führung einer Praxis erforderliche finanzielle Absicherung muss möglich sein.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Unterversorgung
Welche Möglichkeiten bestehen von Seiten der DGUV, den D-Ärzten in diesen Regionen mit der Gefahr der Unterversorgung entgegenzukommen – einfacheres Zulassungsverfahren oder tatsächlich finanzielle Anreize?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Über einige Aspekte, über ein Nachlassen bei den Anforderungen, bei den Mindestfallzahlen, die gerade wegen der strukturellen Probleme nicht zu erreichen sind, evtl. auch, das hängt vom Einzelfall ab, bei der räumlichen und apparativen Ausstattung kann man sicherlich nachdenken. Förderungsmöglichkeiten, z. B. in Form von Krediten, dagegen sind jedenfalls derzeit kein Thema.

Es muss auch berücksichtigt werden, dass die DGUV ein Teil des Ganzen ist, und eine Praxis muss insgesamt Kosten deckend geführt werden können. Sie ist nicht nur D-Arzt-Praxis, sondern eine Praxis, die sich insgesamt von den Patienten in der Region tragen muss. Die Unfallversicherung ist nur teilweise betroffen, auf sie entfallen nur etwa 20% der verunfallten Patienten, für die Vergütung der restlichen 80% der Unfälle – beim Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie kommen noch die orthopädischen Fälle hinzu – sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ansprechpartner. Dass die DGUV hierbei beratend zur Seite stehen und versuchen wird, eine vernünftige Versorgung für solche unterversorgten Regionen zu gewährleisten, versteht sich von selbst.

Frage des Moderators an Herrn PD Dr. Thielemann – Qualitätssicherung

Im Eckpunkt Papier zur Neuausrichtung des Heilverfahrens [2] heißt es, dass ein Konzept zur kontinuierlichen Qualitätssi-

cherung erarbeitet werden soll und diese nachgewiesene Qualität dann die Grundlage für die Zulassung von Leistungserbringern und den Abschluss von Versorgungsverträgen darstellen soll. Qualitätskriterien sollen definiert, Instrumente sollen entwickelt werden. Auf der anderen Seite heißt es aber auch, Qualität soll gesichert und verbessert werden. Folglich muss es auch Defizite gegeben haben bzw. geben. Gab es bei VAV-Kliniken in der Vergangenheit solche Qualitätsdefizite?

Antwort von Herrn PD Dr. Thielemann.

Man kann nicht so vermessen sein, zu sagen, dass es auf Seiten der VAV-Kliniken keine Qualitätsdefizite gab oder gibt. Bereits die bisher eingesetzten Qualitätssicherungsinstrumente, z. B. BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung) im Traumanetzwerk^D, zeigen zahlenmäßig belegbare Unterschiede. Auch im Bereich der VAV-Kliniken sind deshalb sicher Qualitätsdefizite vorhanden. Wenn aber die Qualitätssicherung zukünftig offen gehandelt und im Sinne eines Benchmarkings genutzt wird, werden sich sicherlich auch auf Seiten der BG-Kliniken einige Mängel zeigen, weil auch dort bisher keine Qualitätssicherung im eigentlichen Sinne stattgefunden hat. Qualitätssicherung bildet deshalb für die VAV-Kliniken eine Chance, entweder zu lernen oder darzustellen, dass sie vielleicht in ihrer Qualität den BG-Kliniken vergleichbar sind. Die Verbesserung und Weiterentwicklung der Qualität sind als gute Gelegenheit anzusehen und stellen eigentlich einen wesentlichen Antrieb dar. Es ist davon auszugehen, dass alle in den Kliniken und im niedergelassenen Bereich Tätigen diesen Anspruch befürworten und auch umsetzen wollen.

Nach wie vor ist aber die Frage offen, wie die VAV-Kliniken in die Entwicklung dieser Konzepte, dieser Kataloge, dieser Listen mit eingebunden sind. Es besteht zumindest der Eindruck, dass all dies etwas einseitig formuliert wurde und die Einbindung aller Beteiligten nicht in dem Maß stattfand, wie es vielleicht möglich gewesen wäre, vielleicht auch, um eine schnellere Umsetzung zu gewährleisten. Das bedeutet aber auch, dass der Prozess weniger demokratisch und mehr autokratisch verlief, was sicherlich der Geschwin-

digkeit der Entwicklung dieser Ideen zu träglich war. In der Phase der Realisierung aber wird dies vielleicht noch Schwierigkeiten bereiten, weil die Ideen nicht langfristig und einsichtig vermittelt wurden, was zunächst zu einem erheblichen Widerstand führen kann.

Frage von Herrn Dr. Lehmann. Diesbezüglich besteht somit ein Kommunikationsproblem. Sind mit dieser Kritik alle Teilnehmer der Runde, Leistungserbringer und Leistungsträger, oder speziell nur die DGUV gemeint?

Antwort von Herrn PD Dr. Thielemann.

Bei der bisherigen Entwicklung wurden die VAV-Kliniken m. E. nicht so eingebunden, wie sie hätten eingebunden werden können, sowohl von Seiten der DGUV als auch von Seiten der Beteiligten einer BG-Klinik. Die Fachgesellschaften wurden eingebunden, insofern waren die VAV-Kliniken zwar prinzipiell vertreten, aber eben nicht als VAV-Kliniken an sich, die ja ebenfalls eine gewisse Entität und auch eine kritische Masse darstellen, wenn man die Zahl der Verletzten, die die VAV-Kliniken bundesweit versorgen, zu derjenigen der in BG-Kliniken behandelten Patienten ins Verhältnis setzt.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Qualitätssicherung

Diese Kritik richtet sich an die DGUV, der vorgeworfen wird, mit zu großem Tempo vorangegangen zu sein, die BG-Kliniken mit eingebunden und die VAV-Kliniken demgegenüber weniger berücksichtigt zu haben.

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Das Tempo war nicht sehr groß. Vor 1 Jahr wurde begonnen, das Thema richtig in Angriff zu nehmen. Zu diesem Zeitpunkt wurde mit Herrn Dr. Bönninghoff, dem Vertreter des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte, aber auch mit anderen Partnern aus den verschiedenen Verbänden der Unfallchirurgen und Chirurgen diskutiert. Seitdem wurde auf verschiedenen Unfallmedizinischen Tagungen, auf dem Bundeskongress der niedergelassenen Chirurgen usw. der jeweilige Stand vorgetragen. Zudem ist zu bedenken, dass die DGUV als „Motor“

des ganzen Prozesses zunächst eigene Vorstellungen entwickeln muss.

Wie bereits deutlich wurde, sind die Vorstellungen bezüglich des ambulanten Bereichs bereits relativ klar strukturiert.

Für den stationären Bereich dagegen ist nicht geplant, irgendwelche Ideen bereits Mitte 2010 umzusetzen, sondern hier wird noch Zeit benötigt werden. Eventuell werden sogar ein zeitlich gestuftes Vorgehen erforderlich und nicht alle Ideen zeitgleich umgesetzt werden.

Die DGUV, die selbst in sich verschiedene Seiten zu integrieren hat, muss, wie angeführt, zunächst selbst eine Vorstellung entwickeln. Die Fachleute und die Selbstverwaltung der DGUV müssen sich einmal auf ein Konzept einigen und dieses intern diskutieren, um den Anforderungen aus den verschiedenen Richtungen gerecht zu werden. Hierfür wird Zeit benötigt, und die DGUV bittet die Partner in der Ärzteschaft, mit denen sie in Kontakt steht und ihre Schritte auch laufend rückkoppelt, um Verständnis dafür, dass erst einmal eine DGUV-interne Position erarbeitet werden muss. Auf der anderen Seite besteht natürlich auch die Bitte an die Ärztevertreter, ihre Positionen zu diskutieren und diese dann ebenfalls in den Prozess einzubringen.

Von Seiten des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte kann sicherlich bescheinigt werden, dass auf diese Weise vorgegangen wird. Es handelt sich um ein faires, aber nicht ganz einfaches Verfahren.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Bönninghoff – Qualitätssicherung

Folglich gestaltet sich die Einbindung aller Beteiligten nicht ganz einfach. Hinsichtlich des Qualitätssicherungssystems verhält es sich aber doch so, dass der Bundesverband der niedergelassenen Chirurgen diese aus seiner Sicht viel zu intensive Qualitätsdiskussion sehr deutlich kritisiert und um die Zukunft der niedergelassenen Chirurgen fürchtet. Warum ist dies der Fall? Fürchten sich die niedergelassenen Chirurgen vor dieser Qualitätsdiskussion, was doch nicht notwendig ist, falls ihre Arbeit gut ist?

Antwort von Herrn Dr. Bönninghoff. Aus Sicht des Bundesverbandes der für

die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte stellt die Qualitätsdiskussion bei guter Arbeit tatsächlich kein Problem dar.

Auch bereits jetzt unterliegen wir durchaus auch Qualitätskriterien, auch im vertragsärztlichen Bereich. Wer endoskopierte, muss seine Videoprints, seine Histologien usw. zur Qualitätssicherung einsenden. Wer arthroskopiert, muss seine Prints ebenfalls einsenden. Wenn Ärzte Röntgenuntersuchungen durchführen, werden sie von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in regelmäßigen Abständen gebeten, ihre Bilder einzusenden, um deren Qualität/Indikationsbezogenheit nachzuweisen. Hier werden also bereits eine Qualitätsüberprüfung bzw. -sicherung durchgeführt.

Von Seiten der Ärzte wurde auch vorgeschlagen, dass geklärt wird, wonach Qualitätskriterien definiert und überprüft werden, denn Kontrolle und damit auch Eigenkontrolle sind wichtig. Würde man ohne Überprüfung weiterarbeiten, müsste man sich hinterfragen lassen, ob die erbrachten Ergebnisse wirklich gut sind. Um dies beweisen zu können, muss man seine Tätigkeit überprüfen lassen. Würden allerdings Maßnahmen eingeführt werden, die einen zusätzlichen und erhöhten Verwaltungsaufwand, also eine vermehrte Belastung, darstellen würden, würden wir Ärzte dies nicht gutheißen, denn es existieren genügend Daten und Systeme, auf die zurückgegriffen werden kann. Einige wurden bereits angeführt, D-Arzt-Berichte, Dauer der Arbeitsunfähigkeiten, Renten usw. Gerade im D-Arzt- oder im Heilverfahrensbereich ist ein Formularwesen vorhanden, das es im KV-Bereich nicht gibt, und auf das unserem Vorschlag nach zurückgegriffen werden sollte.

Was m. E. als ein wenig problematisch anzusehen ist und noch einmal diskutiert werden sollte, ist eine Patientenbefragung. Sie stellt ein sehr subjektives Instrument dar, denn anders als im vertragsärztlichen Bereich spielen gerade im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren am Ende auch z. B. eine Rente und/oder deren Höhe eine Rolle. Da sind Begehrlichkeiten zu bedenken, die vielleicht befriedigt oder nicht befriedigt wurden und so mit in die Beurteilungen einfließen. Diese können daher einen sehr subjektiven Touch aufwei-

sen und vielleicht nicht unbedingt das eigentliche Ergebnis repräsentieren.

Frage des Moderators an Herrn Dr. Kranig – Qualitätssicherung

Hinsichtlich der subjektiven Bewertung stimmt der Vertreter der DGUV anscheinend zu? Wenn D-Ärzte entsprechend der Höhe der erreichten Rente bewertet werden, wird es hinsichtlich der Objektivität schwierig?

Antwort von Herrn Dr. Kranig. Wir stimmen hinsichtlich der Subjektivität der Patientenbefragung mit Herrn Dr. Bönninghoff überein. Aus dem Vortrag von Herrn Ritter ging m. E. ganz kurz hervor, dass erst einmal wissenschaftliche Beratung in einem wissenschaftlichen Projekt eingeholt werden soll, wie eine solche Befragung sinnvoll umgesetzt werden kann. Dass die erwähnten Aspekte bei solchen Befragungen eine Rolle spielen können, ist den beteiligten Wissenschaftlern bekannt. Hier muss versucht werden, die Instrumente so zu gestalten, dass die Ergebnisse dennoch aussagekräftig werden.

Wortmeldung von Herrn Prof. Dr. Bühnen.

Es gibt 2 Punkte in diesem Kontext, mit denen alles blockiert werden kann:

- Datenschutz und
- Qualitätssicherung.

Letztere wird sowohl im niedergelassenen als auch im stationären Bereich in hohem Maße durchgeführt, was der unglaublich umfangreiche Datensatz zeigt. Die Qualitätssicherung mit vorhandenem Datenmaterial ist m. E. optimal, denn die Daten sind vorhanden, es muss nichts neu erhoben oder gar für die Erhebung entwickelt werden. Das Traumaregister der DGU ist hervorragend für solche Zwecke geeignet.

Zum anderen, und das darf keinesfalls vergessen werden, spielt der Patient selbst eine wichtige Rolle. Heutzutage ist ein nicht zu negierender Megatrend, die Patientenperspektive, zu berücksichtigen. Diese muss in jedes Heilverfahren einbezogen werden und darf auch nicht von Seiten der DGUV unberücksichtigt bleiben. Auch in einem derart regulierten Verfahren muss der Patient eine Wahl haben, er hat eine Patientenperspektive, ist selbstbestim-

mend, und das muss berücksichtigt werden, und zwar konsequent. Dies wurde in diesem Kontext noch gar nicht diskutiert. Es wurden Verfahren ausgearbeitet, in welchen entschieden wird, wer von wo nach wo verlegt wird. Vielleicht ist der Patient hiermit nicht einverstanden! Bereits jetzt kommt es manchmal vor, dass ein Patient von dem Arzt weiterbehandelt werden möchte, der ihn operiert hat und v. a. nicht verlegt werden möchte. Auch diese Patientenwünsche müssen berücksichtigt werden, und ein Patient muss die Möglichkeit haben, sich zu äußern. Man kann die Ergebnisse nicht nur im Nachhinein quantifizieren, sondern muss alle verfügbaren Informationen sammeln und qualifiziert betrachten. Dabei kann es natürlich auch vorkommen, dass eine Institution oder auch niedergelassene D-Ärzte auffällig werden, was dann eines Gesprächs bedarf. Dieser Gesichtspunkt der Patientenperspektive sollte unbedingt im Konzept berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. N. Lehmann

Programmbereichsleiter „reporter/reportage“,
Redaktionsleiter und Moderator „zdf.reporter“,
55100 Mainz
Lehmann.N@zdf.de

Literatur

1. DGU (2006) Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin
2. DGUV (2009) Eckpunkte zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung vom 26.06.2009. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin