Neuausrichtung des Heilverfahrens

Aktueller Sachstand

Der Gestaltungsprozess der geplanten Veränderungen im Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ist derzeit noch nicht abgeschlossen. Im Folgenden werden der aktuelle Stand der Planungen betrachtet und die möglichen Auswirkungen auf das Heilverfahren der DGUV diskutiert.

Ambulanter Sektor

Er ist momentan v. a. durch das Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) und das Verfahren der am Heilverfahren beteiligten Ärzte (H-Arzt-Verfahren) geprägt.

Änderungen im D-Arzt-Verfahren

Ausbildung

Zukünftig ist geplant, ein mehrstufiges Durchgangsarztverfahren zu etablieren. Als Basisqualifikation gilt für jeden Durchgangsarzt im niedergelassenen Bereich die Weiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Zusätzlich muss nach der Facharztanerkennung 1 Jahr ärztliche Tätigkeit in einer Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassenen Krankenhauses mit Erfolgsnachweis absolviert worden sein. Nach wie vor müssen darüber hinaus die erforderlichen baulichen, technischen und apparativen Ausstattungen sowie die Assistenzkräfte vorgehalten werden.

Für den Durchgangsarzt am Krankenhaus wird zusätzlich die 3-jährige operativ ausgerichtete Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ gefordert. Gleiches

gilt für die niedergelassenen Ärzte, die ambulante stationersetzende operative Eingriffe gemäß einem noch festzulegenden Katalog vornehmen möchten. Natürlich besteht nach wie vor die Möglichkeit, D-Arzt mit dem Facharzt für Chirurgie und der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie nach der alten Weiterbildungsordnung zu werden.

Für den verantwortlichen D-Arzt am VAV-Krankenhaus oder einem künftigen SGB-VII-Traumazentrum (Sozialgesetzbuch) wird ebenfalls die 3-jährige Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ gefordert. Zusätzlich wird – wie bisher – eine 3-jährige Tätigkeit in einer Abteilung zur Behandlung Schwerunfallverletzter eines zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses im Anschluss an die Zusatzweiterbildung verlangt.

Laufende Weiterbildung

Bisher wurde von den D-Ärzten erwartet, pro Jahr an mindestens einer unfallchirurgischen Fortbildungsveranstaltung teilzunehmen. Auch nach der Neuausrichtung des Heilverfahrens wird ein besonderer Fokus auf die Weiterbildung von Durchgangsarzten gelegt. Sie müssen sich künftig regelmäßig in den Bereichen Gutachterwesen, Heilverfahren/Rehabilitationsmanagement und Rehabilitationsmedizin fortbilden.

Bei den Fortbildungen im Gutachterwesen kann u. a. auf schon bestehende Angebote [z. B. Kurs I der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)] aufgebaut werden. Derzeit erarbeitet die Arbeitsgruppe „Begutachtungswesen“ des GFK-Ausschusses (GFK: Geschäftsfüh-

rerkonferenz) Rehabilitation ein Curriculum und einen Vorschlag zur Zertifizierung von Gutachtenkursen im Hinblick auf ihre Eignung als Durchgangsarztfortbildungen.

Die Fortbildungen im Bereich Heilverfahren/Rehabilitationsmanagement sollen von den Landesverbänden der DGUV anhand eines einheitlichen Curriculums organisiert und durchgeführt werden. Dabei lässt sich auf den vorhandenen Einführungslehrgängen für Durchgangsarzte aufbauen.

Für die Fortbildungen in Rehabilitations- und Sozialmedizin wird ebenfalls ein Curriculum entworfen, um geeignete Kurse zuzulassen. Als Anbieter kommen hierbei insbesondere die BG-Kliniken (BG-Berufsgenossenschaft) in Betracht.

Jeder D-Arzt hat den Landesverbänden innerhalb von 5 Jahren jeweils eine erfolgreiche Teilnahme an den genannten Fortbildungen nachzuweisen. Zusätzlich müssen innerhalb dieses Zeitraums 2 Teilnahmen an einer Unfallmedizinischen Tagung der Landesverbände belegt werden. Es wird überlegt, ob die Durchgangsarzte zudem die von der Landesärztekammer geforderten 250 Fortbildungspunkte nachweisen sollen.

Qualitätssicherung

Zur Sicherung der Prozessqualität sollen zukünftig regelmäßig die D-Arzt-Berichte, z. B. im Hinblick auf Berichtslaufzeiten, die Diagnosestellung und die Einhaltung von Vorstellungspflichten (insbesondere Verletzungsartenverfahren) überprüft werden. Zur Sicherung der Ergebnisqualität soll ein Fragebogen entwickelt

werden, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Patientenzufriedenheit abbildet. Dabei sollen insbesondere auch UV-relevante (UV: Unfallversicherung) Versorgungsabläufe berücksichtigt werden. Das Befragungsinstrument soll bei bestimmten relevanten Verletzungen zum Einsatz kommen.

Geplant ist, die ausgewerteten Ergebnisse aus Durchgangsarztberichten und Patientenbefragung in einem Bewertungsschema zusammenzuführen und den D-Ärzten im Sinne eines „Rankings“ rückzuspiegeln. Um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten, müssen valide und anerkannte Instrumente die Basis der Erhebung bilden. Für die Entwicklung eines solchen Qualitätssicherungsverfahrens ist die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertisen unverzichtbar. Dies soll Gegenstand eines von der DGUV in Auftrag gegebenen Forschungsvorhabens werden. Die hier ermittelten Qualitätssicherungsverfahren sollen anschließend als Modellprojekt für den niedergelassenen Bereich in einem Landesverbandsbereich auf ihre Eignung hin erprobt werden soll.

Mindestfallzahl

Zur Stärkung der fachärztlichen Routine und stärkeren Orientierung am tatsächlichen Bedarf der Unfallversicherungsträger soll die heute geltende Mindestfallzahl von 150 Fällen deutlich erhöht werden. Grundsätzlich ist eine bundeseinheitliche Mindestfallzahl festzulegen, mit der Möglichkeit der Ausnahme bei Unterversorgung oder „weißen Flecken“ in einzelnen Regionen. Angedacht ist eine Mindestfallzahl von 250 Fällen pro Jahr.

Anhaltspunkte für die im Einzelnen noch zu regelnde Feststellung des tatsächlichen Bedarfs bieten die Zahl der Erwerbstätigen, das Unfallaufkommen sowie die Entfernung zwischen den beteiligten Ärzten in klar definierten Regionen.

Zulassungsüberprüfung

Die Beteiligung von Durchgangsärzten wird künftig nach jeweils 5 Jahren überprüft. Eine erneute Beteiligung wird bei erfolgreicher Teilnahme an der externen Qualitätssicherung sowie Erreichen der vorgegebenen Mindestfallzahl ausgesprochen.

H-Arzt-Verfahren

Mit Inkrafttreten des modifizierten Durchgangsarztverfahrens sollen keine neuen H-Ärzte mehr zugelassen werden. Die heute beteiligten H-Ärzte sollen für eine Übergangsfrist von 5 Jahren weiterhin nach den bisherigen Regeln für die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung tätig sein können. Danach besteht für sie die Möglichkeit, sich am Durchgangsarztverfahren zu beteiligen. Bedingung hierfür soll sein, dass sie die neuen Anforderungen für das Durchgangsarztverfahren erfüllen sowie die Mindestfallzahlen pro Jahr erreichen.

Umsetzung

Selbstverständlich müssen diese Entwürfe und Planungen mit allen Verbänden, v. a. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem Bundesverband der für die Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte, abgestimmt werden, bevor der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger entsprechend geändert wird. Bereits jetzt stehen die Vertreter der DGUV in einem regelmäßigen Dialog mit den Vertragspartnern und den Interessensgruppen. Ziel ist es, spätestens ab Sommer 2010 die neuen Verfahren im ambulanten Sektor flächendeckend umzusetzen.

Stationärer Bereich

SGB-VII-Traumanetzwerke

Um der besonderen Bedeutung schwerer und schwerster Verletzungen im Versorgungsgeschehen der DGUV verstärkt Rechnung zu tragen, soll ein noch stärkerer Fokus auf die Versorgung derjenigen Verletzungsfälle gelegt werden, die besonders gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit, die Lebensqualität und die Teilhabechancen der Versicherten mit sich bringen und/oder hohe Folgekosten für die Träger [z. B. durch Rentenzugänge, hohe MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit), Pflege] verursachen. Mit dieser Zielrichtung ist geplant, SGB-VII-Traumanetzwerke zu bilden, die den integrativen Ansatz der DGUV bei der Versorgung Schwerverletzter weiterentwickeln und für die Behandlung und Re-

habilitation besonders folgen- und kostenträchtiger sowie komplizierter Verletzungsfälle genutzt werden. Zu diesen Zentren sollen in erster Linie die BG-Unfallkliniken, aber auch weitere Krankenhäuser der Maximal- und Schwerpunktversorgung gehören. Mit Blick auf den Bedarf und die notwendige Versorgung in der Fläche ist von einer Zahl von bundesweit etwa 60–80 SGB-VII-Traumazentren auszugehen. Die letztendlich benötigte Zahl richtet sich danach, welche Fälle regelhaft in die Netzwerke gesteuert werden sollen.

SGB-VII-Traumazentren sollen mindestens als regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk^D der DGU zertifiziert sein. Es ist davon auszugehen, dass es sich im Regelfall um überregionale Traumazentren im Sinne der DGU-Initiative handeln wird. Soweit die BG-Kliniken SGB-VII-Behandlungspfade und Denkschriften einheitlich zum Einsatz bringen, sind diese auch für alle weiteren SGB-VII-Traumazentren vorzusehen. Über die unfallchirurgische Qualifikation und Ausstattung hinaus müssen die SGB-VII-Traumazentren besondere unfallversicherungsspezifische Rehabilitationskompetenzen nachweisen. Hierzu gehören z. B. die Frührehabilitation, die Schnittstelle zur BGSW (Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung) und EAP (Erweiterte Ambulante Physiotherapie), besondere Kompetenzen in der Hand- oder Prothesenrehabilitation, schmerztherapeutische Maßnahmen, aber auch die Möglichkeiten des Sozialdienstes und die Zusammenarbeit mit dem Rehabilitationsmanagement der Unfallversicherungsträger. Die DGUV wird gemeinsam mit den BG-Kliniken eine umfassende Liste der in dieser Hinsicht geforderten Kompetenzen erstellen und diese durch Formulierung konkreter Anforderungen näher ausgestalten. Dabei soll auch festgelegt werden, welche Kompetenzen durch die Zentren selbst vorgehalten werden müssen oder durch Kooperationen mit anderen Netzwerkpartnern sichergestellt werden können.

Aufgrund der hohen unfallmedizinischen Kompetenz sowie der interdisziplinären und sektorenübergreifenden Ausrichtung der Netzwerke sollen dort regelhaft die Fälle vorgestellt werden,

die aufgrund ihrer sozialpolitischen und ökonomischen Auswirkungen für das System der DGUV von übergeordneter Bedeutung sind. Es handelt sich hierbei v. a. um diejenigen Verletzungsfälle, die sich besonders gravierend auf die Gesundheit, die Lebensqualität sowie die Wiedereingliederungs- und Teilhabechancen der Versicherten auswirken oder hohe Behandlungs- und Folgekosten verursachen.

Die Zuordnung der Fälle zu SGB-VII-Traumanetzwerken muss sowohl für die Verwaltungen als auch für Ärzte und Krankenhäuser praktikabel sein.

Es werden momentan Kriterien für die Fallauswahl sowie die Fallsteuerung in die SGB-VII-Netzwerke entwickelt. So sollten Versicherte mit bestimmten Diagnosen grundsätzlich in den Netzwerken behandelt und rehabilitiert werden. Darüber hinaus sollte bei Störungen im Heilverlauf sowie bei näher zu definierenden Komplikationen eine Verlegung erfolgen. Als geeignete Maßstäbe können möglicherweise die prognostizierte Arbeitsunfähigkeitsdauer oder deren Überschreitung während des laufenden Heilverfahrens gelten.

Reduktion der Zahl der VAV-Krankenhäuser

Die stationären Heilverfahren müssen sich in Zukunft auch in quantitativer Hinsicht noch stärker am tatsächlichen Bedarf der DGUV ausrichten. Bezogen auf das Verletzungsartenverfahren insgesamt sollen Krankenhäuser daher nur noch in der erforderlichen Anzahl zugelassen werden. Damit entspricht die Unfallversicherung auch der Annahme, dass eine wirksame Qualitätssicherung ein gewisses Mengenrüst in einzelnen Kliniken erfordert.

Unter Berücksichtigung der im Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU [1] vorgegebenen Behandlungs- und OP-Kapazitäten in den Traumazentren und mit Blick auf die Zahl der Arbeits- und Wegeunfälle bundesweit ist von einem Gesamtbedarf der DGUV von etwa 300 VAV-Krankenhäusern bundesweit auszugehen. Zu diesen gehören neben den etwa 60–80 SGB-VII-Traumazentren also noch ungefähr 200–250 weitere Kranken-

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:221–224 DOI 10.1007/s10039-010-1650-7
© Springer-Verlag 2010

F. Ritter

Neuausrichtung des Heilverfahrens. Aktueller Sachstand

Zusammenfassung

Es wird der aktuelle Stand des noch nicht abgeschlossenen Gestaltungsprozesses der geplanten Veränderungen im Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) vorgestellt. Auf dem ambulanten Sektor ist die Etablierung eines mehrstufigen Durchgangsarztverfahrens (D-Arzt-Verfahren) geplant. Mit Inkrafttreten des modifizierten D-Arzt-Verfahrens werden keine neuen so genannten H-Ärzte (am Heilverfahren beteiligte Ärzte) mehr zugelassen, für bereits zugelassene H-Ärzte gilt eine Übergangsfrist von 5 Jahren. Spätestens ab Mitte 2010 sollen die neuen Verfahren im ambulanten Sektor flächendeckend umgesetzt werden. Im stationären Bereich ist die Bildung von SGB-VII-

Traumanetzwerken (SGB: Sozialgesetzbuch) geplant. In Anpassung an den bundesweiten Gesamtbedarf der DGUV von etwa 300 VAV-Krankenhäusern (VAV: Verletzungsartenverfahren) inklusive der 60–80 SGB-VII-Traumazentren muss die Zahl der momentan am VAV beteiligten Kliniken reduziert werden. Einer drohenden Unterversorgung in bestimmten Regionen wird durch Ausnahmeregelungen begegnet werden.

Schlüsselwörter

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) · Heilverfahren · Durchgangsarzt (D-Arzt) · SGB-VII-Traumanetzwerk · Verletzungsartenverfahren (VAV)

Adjustments in medical care. Current status

Abstract

The current status of the on-going implementation of planned changes in the medical care offered by the German statutory accident insurance (DGUV) is presented. The establishment of a multi-stage authorised medical examinations process is planned for the out-patient sector (*D-Arzt-Verfahren*). With the entry into force of this modified medical examinations process, no new assistant physicians (*H-Ärzte*) will be approved; for assistant physicians already accredited, a transitional period of 5 years applies. The new procedures in the out-patient sector should be implemented nationwide from summer 2010 at the latest. The formation of German Social Code VII trauma networks is planned within the in-patient sector. In order to adjust to

the DGUV's total national requirement of approximately 300 hospitals approved for injury typing procedures (*VAV: Verletzungsartenverfahren*), including the 60–80 trauma networks, the number of hospitals currently performing injury typing procedures will need to be reduced. The impending shortage of care in certain areas of the country will be counteracted with exemptions.

Keywords

German Statutory Accident Insurance (DGUV) · Medical care · Authorised medical examiner (*D-Arzt*) · German Social Code VII trauma networks · Injury typing procedures (*VAV*)

häuser der unfallchirurgischen Maximal- und Schwerpunktversorgung.

Als Anforderung an die künftig am VAV beteiligten Kliniken ist grundsätzlich die Zertifizierung als (über-)regionales Traumazentrum im Traumanetzwerk^D der DGU zu fordern. Zur weiteren Steigerung der Qualität und Bedarfsorientierung der Heilverfahren soll darüber hinaus eine Mindestfallzahl von 100 Fällen eingeführt werden. Ausnahmeregelungen von der Mindestfallzahl und dem Erfordernis einer DGU-Zertifizierung als Traumazentrum sind für die Regionen zu schaffen, in denen „weiße Flecken“ entstehen können und eine flächendeckende Traumaversorgung gefährdet ist. Als geeignete Kriterien für eine drohende Unterversorgung können die Anzahl an Erwerbstätigen, die Zahl der Arbeits- und Wegeunfälle sowie die Entfernung zwischen den beteiligten Kliniken in klar umrissenen Regionen (z. B. Regierungsbezirke) herangezogen werden.

Fazit für die Praxis

Die Neuordnung des Heilverfahrens der DGUV ist notwendig, damit die Gesetzliche Unfallversicherung weiterhin ihrem Auftrag, Arbeitsunfallverletzte „mit allen geeigneten Mitteln“ zu versorgen, nachkommen kann. Die Neuordnung gelingt, wenn die am Heilverfahren der DGUV beteiligten Partner in den Gestaltungsprozess mit eingebunden werden. Die für die Neuordnung sinnvollen Strukturen müssen teilweise noch erarbeitet werden. Der Prozess wird mehrere Jahre in Anspruch nehmen.

Korrespondenzadresse

F. Ritter

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung,
Landesverband Südwest,
Kurfürsten-Anlage 62, 69115 Heidelberg
Fabian.Ritter@dguv.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. DGU (2006) Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin