Neue stationäre Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

Mit dem Ziel einer weiteren Stärkung der Effektivität und Effizienz führten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung die Neuordnung ihrer stationären Heilverfahren, beginnend mit dem Jahr 2013, ein. Nachdem die neuen Regeln zum Durchgangsarztverfahren (DAV) am Krankenhaus und zum Verletzungsartenverfahren (VAV) bereits am 01.01.2013 in Kraft traten, gelten seit dem 01.01.2014 nunmehr auch die Vorgaben für das neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Die nachfolgend dargestellten neuen Heilverfahrensstrukturen fanden Eingang in eine Rahmenvereinbarung zwischen der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) über die Versorgung von Arbeitsunfallverletzten, die seit 01.01.2013 Gültigkeit hat.

Neue Herausforderungen und veränderte Rahmenbedingungen

Hintergrund der Neuausrichtung in den stationären Heilverfahren sind zum einen weitreichende Veränderungen in den Versorgungsstrukturen insgesamt, zum anderen aber auch spürbare Änderungen im Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung selbst.

Die seit dem Jahr 2003 zu verzeichnenden Entwicklungen in der ärztlichen Weiterbildung mit dem Zusammenwachsen der Fachrichtungen Orthopädie und Unfallchirurgie haben mittelfristig nicht nur eine Veränderung des Qualifikationsprofils der für die gesetzliche Unfallversi-

cherung tätigen Fachärzte zur Folge, sondern darüber hinaus mittelbare und sichtbare Auswirkungen auf die Krankenhausstrukturen und die Organisation der im Bereich der Versorgung von Arbeitsunfallverletzten arbeitenden Kliniken und Abteilungen. So ist ein Trend hin zu gemeinsamen Zentren und Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie zu beobachten, mit der Folge, dass die rein unfallchirurgischen und im Schwerpunkt auf die Notfallversorgung „rund um die Uhr“ ausgerichteten Fachabteilungen tendenziell weniger werden und in die Defensive geraten.

Befördert wurde diese Entwicklung durch die mit Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems (DRG: „diagnosis related groups“) geschaffenen Vergütungsstrukturen. Viele Kliniken mit orthopädisch-chirurgischem Schwerpunkt konzentrieren sich zunehmend auf die Durchführung elektiver Eingriffe, was im Hinblick auf Vorhaltekosten und Kapazitätsauslastung deutliche Effizienzsteigerungen verspricht. Eine richtungsweisende Antwort auf diese Entwicklung war die Initiative der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) zur Bildung von Traumanetzwerken und die damit einhergehende Neuordnung der unfallmedizinischen Landkarte durch das Weißbuch Schwerverletztenversorgung [1], die auch der gesetzlichen Unfallversicherung für ihre Neuordnung wichtige Impulse gab.

Mit den nunmehr vollzogenen Schritten zur Neuausrichtung der Heilverfahren sollen nicht zuletzt die Vorausset-

zungen geschaffen werden, um langfristig neue Wege in der Qualitätssicherung der Versorgung Schwerunfallverletzter zu beschreiten. Wie alle Zweige der Sozialversicherung ist auch die gesetzliche Unfallversicherung in besonderem Maße gefordert, die Wirksamkeit ihrer besonderen Heilverfahren und auch deren Wirtschaftlichkeit unter Kosten-Nutzen-Aspekten nachzuweisen. Zu einer modernen und am Bedarf des Betroffenen ausgerichteten Qualitätssicherung gehört darüber hinaus zweifelsohne auch die Einbeziehung der Patientenperspektive.

Vor dem Hintergrund rückläufiger Gesamtunfallzahlen in der gesetzlichen Unfallversicherung und mit Blick auf die herausgehobene Bedeutung besonders schwerer Verletzungsformen waren die bisherigen Beteiligungsverfahren insgesamt zu prüfen. Die Unfallversicherungsträger stellten sich dabei der Frage, ob sie noch die richtigen Schwerpunkte setzen oder noch stärker als bisher den Fokus auf die schwersten und komplexen Verletzungsarten legen müssen. Denn gerade diese Fälle sind für die Lebensqualität und die berufliche bzw. soziale Wiedereingliederung ihrer Versicherten besonders bedeutsam und für die Beitragszahler von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen mit besonders hohen Folgekosten verbunden.

Ziele der Neuordnung im stationären Bereich sind demzufolge:

- eine Konzentration auf die in der Versorgung von Schwerarbeitsunfallverletzten besonders qualifizierten und erfahrenen Kliniken,

- eine stärkere Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzungsart,
- eine Profilierung und Aktualisierung der Qualitätsanforderungen einschließlich Schaffung der Voraussetzungen zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung („alles aus einer Hand“ – Rehabilitationsmanagement).

Dreistufige Versorgung

Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU

Mit dem Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU [1] wurde ab dem Jahr 2006 eine Qualitätsoffensive in der traumatologischen Versorgungslandschaft eingeleitet, die von der DGUV und ihren Mitgliedern von Beginn an konstruktiv begleitet und unterstützt wurde. Die mit klaren Strukturanforderungen hinterlegten, dreistufigen Traumanetze wurden von Beginn an als Vorbild und sozusagen als Blaupause für die unfallversicherungsrechtlichen Heilverfahren angesehen. Hier galt es, Synergieeffekte zu nutzen und die Möglichkeit der Übernahme der von der Fachgesellschaft entwickelten Standards in die Beteiligungsverfahren der DGUV zu prüfen. Im Ergebnis orientieren sich die Qualitätsanforderungen der gesetzlichen Unfallversicherung nunmehr in weiten Teilen an den Vorgaben des Weißbuchs, ohne dass die formale Zertifizierung einer Klinik im TraumaNetzwerk DGU® als notwendige Bedingung für eine Beteiligung durch die DGUV gefordert wird.

Auch strukturell wurde die Gliederung des Weißbuchs in der gesetzlichen Unfallversicherung nachvollzogen. So sind die akutstationären Heilverfahren der DGUV seit Anfang 2014 ebenfalls dreistufig ausgestaltet. Neben dem Durchgangsarzt am Krankenhaus und dem bisher für die Versorgung aller schweren Verletzungen vorgesehenen Verletzungsartenverfahren (VAV) gibt es jetzt ein herausgehobenes Verfahren für die Versorgung schwerster und komplexer Verletzungsmuster, das

neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV).

Neues stationäres Durchgangsarztverfahren (DAV)

Für den Durchgangsarzt am Krankenhaus ohne besondere Zulassung zur Versorgung Schwerarbeitsunfallverletzter kam es mit Beginn des Jahres 2013 zu bedeutsamen Veränderungen. In diesem Bereich wird die Beteiligung nicht mehr allein, wie bisher, durch eine personalisierte Zulassung des Arztes zum DAV vollzogen, sondern durch eine Beteiligung des Krankenhauses ergänzt.

Sofern an diesem Krankenhaus unter stationären Bedingungen behandelt werden soll, erfolgt also parallel immer auch eine vertragliche Zulassung des Krankenhauses anhand klar definierter Strukturanforderungen für die Abteilung zur Behandlung Unfallverletzter.

Auf diese Weise werden nunmehr alle stationären Verfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung qualitativ beschrieben und in Beteiligungsverfahren der DGUV überführt. Damit einher geht im Bereich des DAV eine Anhebung des Behandlungsniveaus, indem bestimmte Schädigungen aus dem bisherigen VAV-Katalog gestrichen wurden. Eine Reihe von Verletzungen, wie Radiusfrakturen und Sprunggelenkbrüche in einfacher Ausprägung sowie Sehnenverletzungen müssen künftig nicht mehr im VAV vorgestellt werden.

Die DGUV sieht in der Neuregelung des stationären DAV in der beschriebenen Form eine deutliche Aufwertung aller Krankenhäuser, die in relevanter Form Unfallchirurgie betreiben und ein Mindestmaß an traumatologischer Kompetenz nachweisen.

Änderungen im Verletzungsartenverfahren (VAV)

Im Bereich der Schwerverletztenversorgung wird in den kommenden Jahren eine qualitätsorientierte Konzentration erfolgen. Die Fokussierung auf Kliniken mit einer besonderen Qualifikation zur Behandlung schwerer Arbeitsunfälle soll in erster Linie durch eine Profilierung der Qualitätsanforderungen erreicht werden. So lehnen sich die Qualitätsvorgaben im

Bereich des VAV jetzt am Standard eines regionalen Traumazentrums nach dem Weißbuch der DGU [1] an. Insbesondere für die Verfügbarkeit ärztlicher und nicht-ärztlicher Mitarbeiter sowie die Ausstattung der Operationsabteilung, der Notaufnahme und der Intensivstation wurden die Vorgaben der Fachgesellschaft in weiten Teilen übernommen. Insgesamt gehen die Anforderungen zur Beteiligung am VAV damit im Detail und in der Tiefe deutlich über die früheren Zulassungsvoraussetzungen hinaus. Aufgrund des unterschiedlichen Auftrags im VAV einerseits und im TraumaNetzwerk DGU® andererseits gibt es in einigen Bereichen jedoch auch Abweichungen.

Mit Blick auf den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung wurden zusätzliche Anforderungen formuliert, die über die im Weißbuch formulierten Strukturvorgaben hinausgehen. Dies betrifft zum einen die Forderung nach einer kindertraumatologischen Kompetenz in den VAV-Kliniken, die durch entsprechende Erfahrungen bei den verantwortlichen Ärzten nachgewiesen werden kann. Darüber hinaus werden die Anforderungen im Bereich der Krankenhaushygiene um den personellen und organisatorischen Bereich erweitert, wobei ein verbindlicher Verweis auf die Empfehlungen des RKI (Robert Koch-Institut) erfolgt.

Die Neuregelungen im VAV, die insgesamt eine Anhebung der Versorgungsqualität zum Ziel haben, werden durch die Wiedereinführung einer Mindestfallzahl flankiert. Aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung ist ein gewisses Mengengerüst durchaus ein aussagekräftiges Indiz für eine hohe Versorgungsqualität und v. a. auch ein Indikator für ein Mindestmaß an Routine im Umgang mit den besonderen Verfahren der DGUV. Zum anderen schafft eine gewisse Fallmenge in den beteiligten Häusern erst die Voraussetzungen, um den Behandlungserfolg messen zu können und aussagekräftige Ergebnisse für die Qualitätssicherung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zu erzielen. Nach Abschluss der Analysen wurde die Mindestfallzahl von 75 VAV-Fälle pro Jahr festgelegt. In einem Betrachtungszeitraum von 5 Jahren muss diese entweder im Durchschnitt oder in den letzten 3 Jahren dieses Zeitraums er-

reicht werden. Entsprechend der regionalen Bedarfslage werden bei drohender Unterversorgung und zur Vermeidung sog. weißer Flecken auf der Versorgungslandkarte Ausnahmen von der Mindestfallzahl nach bundeseinheitlichen Kriterien zugelassen.

Neues Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)

Hierfür sind Verletzungsmuster vorgesehen, die mit lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, einer besonders hohen Rentenrelevanz oder einem besonders hohen Rehabilitationsaufwand verbunden sind. Hierzu zählen schwerste Verletzungen wie das Polytrauma, Amputationsverletzungen, schwere Schädel-Hirn-Verletzungen oder Querschnittslähmungen sowie weitere komplexe Verletzungen, die aus Sicht der gesetzlichen Unfallversicherung in kompetenten Zentren konzentriert werden sollen.

Die Einführung des neuen SAV erforderte eine Überarbeitung und Differenzierung des bisherigen Verletzungsartenverzeichnisses, das die Zuweisung der Verletzungsarten in die verschiedenen Versorgungsstufen beschreibt.

Die Anforderungen an die SAV-Kliniken orientieren sich in weiten Teilen an den Anforderungen an überregionale Traumazentren gemäß den Vorgaben des Weißbuchs der DGU [1]. Dies betrifft wiederum die Verfügbarkeit der fachärztlichen Mitarbeiter sowie die Ausstattungsmerkmale der Operationsabteilung, der Notaufnahme und der Intensivmedizin. Darüber hinaus werden Standards für eine möglichst frühzeitig einsetzende und multiprofessionelle Rehabilitation bereits im Krankenhaus gesetzt. Besonderer Wert wurde schließlich auf die Formulierung gesteigerter Anforderungen an die Kooperation mit dem Rehabilitationsmanagement des verantwortlichen Unfallversicherungsträgers sowie auf die Schnittstelle zur weiterführenden Rehabilitation gelegt. Mit Stand Mitte des Jahres 2014 sind bundesweit rund 90 Krankenhäuser am SAV beteiligt.

Trauma Berufskrankh 2014 · 16[Suppl 3]:223–226 DOI 10.1007/s10039-014-2111-5
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

M. Oberscheven

Neue stationäre Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Neuordnung der stationären Heilverfahren wurde aufgrund weitreichender Veränderungen in den Versorgungsstrukturen insgesamt sowie spürbaren Änderungen im Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung notwendig.

Neues stationäres Heilverfahren. Die DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) legte mit dem 2006 veröffentlichten Weißbuch Schwerverletztenversorgung einen neuen Qualitätsstandard vor. Diese Vorgaben wurden von der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) quasi als Vorbild für die Neuordnung der Heilverfahren genutzt. Die Qualitätsanforderungen der DGUV gleichen in weiten Teilen denen des Weißbuchs und auch die 3-stufige strukturelle Gliederung der Traumanetzwerke spiegelt sich im akutsta-

tionären Heilverfahren der DGUV wider. Neben dem Durchgangsarztverfahren (DAV) am Krankenhaus und dem bisher für die Versorgung aller schweren Verletzungen vorgesehenen Verletzungsartenverfahren (VAV) gibt es jetzt für schwerste und komplexe Verletzungsmuster ein herausgehobenes Verfahren, das neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Weitere, über die Anforderungen des Weißbuchs hinausgehende Struktur- und Qualitätsanforderungen (Kindertraumatologie, Krankenhaushygiene) wurden formuliert, um dem Versorgungsauftrag der gesetzlichen Unfallversicherung gerecht zu werden.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · Unfallverletzter · Versorgung · Qualität · Strukturmerkmale

New inpatient treatment procedure of the statutory accident insurance

Abstract

Background. The reform of the inpatient treatment procedure was necessary due to far reaching alterations in the healthcare structure and noticeable alterations in the requirements of the statutory accident insurance.

New inpatient treatment procedure. The Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU, German Society of Trauma Surgery) presented a new quality standard with the white book on treatment of the severely injured published in 2006. These guidelines were used by the Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV, German statutory accident insurance) quasi as the basis for the reform of the treatment procedure. The quality requirements of the DGUV correspond in many parts with those in the white book and the 3-stage structure of the Trauma Network is also re-

flected in the acute inpatient procedure of the DGUV. In addition to the accident insurance consultant procedure (DAV) in hospitals and the injury type procedure (VAV) which was previously designated for treatment of all severely injured patients, there is now a special procedure, the severe injury type procedure (SAV) for severe and complex injuries patterns. Further structural requirements above and beyond the requirements of the white book (e.g. pediatric traumatology and hospital hygiene) were formulated to comply with the treatment commissioned by the statutory accident insurance.

Keywords

Accident insurance · Accident victim · Treatment · Quality · Structural characteristics

Qualitätssicherung in den Heilverfahren

In einem weiteren Schritt werden die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu prüfen haben, welche weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung in den stationären Heilverfahren zielführend und umsetzbar sind. Zweifelsohne gehört hierzu der Einsatz einer patientennahen

Ergebnismessung, die die Gesundheit, Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten abbildet. Darüber hinaus wird zu untersuchen sein, welche Routinedaten in den Krankenhäusern für eine Qualitätssicherung in den Heilverfahren der Unfallversicherung zur Verfügung stehen.

Einen besonderen Fokus werden die Unfallversicherungsträger künftig auf den Bereich der Prozessqualität richten und

dabei insbesondere das für den Rehabilitationserfolg maßgebliche Zusammenwirken von Leistungserbringern und Unfallversicherungsträgern im Rehabilitationsmanagement weiter präzisieren. Wichtig dabei wird sein, dass die im Handlungsleitfaden zum Rehabilitationsmanagement der DGUV [2] konsentierten Standards der Kooperation und Koordination im Rehabilitationsprozess gelebt und im Praxisfall umgesetzt werden. Im Bereich des SAV ist zu diesem Zweck die Einrichtung von Qualitätszirkeln geplant, in denen anhand bestimmter, klar definierter Qualitätsparameter der Erfolg eines Rehabilitationsverfahrens gemessen werden kann und mit denen Qualitätsvergleiche zwischen den beteiligten Leistungserbringern ermöglicht werden sollen.

Fazit für die Praxis

- Mit der Neuausrichtung ihrer Qualitätsanforderungen an die zur Versorgung von Arbeits-, Schul- und Wegeunfällen zugelassenen Krankenhäuser reagierte die gesetzliche Unfallversicherung auf die dynamischen Veränderungsprozesse im deutschen Gesundheitswesen der letzten Jahre.
- Die neuen Regelungen tragen den strukturellen Entwicklungen der ärztlichen Weiterbildung ebenso Rechnung wie den großen Herausforderungen einer sich wandelnden Krankenhauslandschaft.
- Die neuen Regelungen tragen dazu bei, die besonderen stationären Heilverfahren zukunftsfest auszugestalten.
- Im Ergebnis wurden die allgemein anerkannten Strukturen qualitätsorientiert und bedarfsgerecht weiterentwickelt, ohne dass dabei die bewährten Grundsätze und anerkannten Vorteile der gesetzlichen Unfallversicherung aufgegeben wurden.

Korrespondenzadresse

M. Oberscheven

Referat Heilbehandlung/Medizinische Rehabilitation, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV),
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Markus.Oberscheven@dguv.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Oberscheven gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2006) Weißbuch Schwerverletztenversorgung. DGU, Berlin
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2010) Das Reha-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – Handlungsleitfaden. DGUV, Berlin