Michael Ernst Wenzl

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs-, Hand- und Plastische Chirurgie,
Klinikum Ingolstadt, Ingolstadt, Deutschland

Heilverfahren – aktueller Stand

Umsetzung aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen

Vor fast genau 2 Jahren entstanden im Rahmen der letzten Unfallmedizinischen Tagung der gewerblichen Berufsgenossenschaften intensive Diskussionen über die damals bevorstehende Einführung des neu ausgerichteten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Die Gemüter erhitzen sich damals hauptsächlich an der neuen Zweiteilung des bisherigen Verletzungsartenverfahrens (VAV) in das VAV und das neue Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Damals wurden starke Befürchtungen geäußert, dass im Zuge der Umsetzung Patientenströme von ehemaligen VAV-Häusern in die SAV-Häuser entstehen könnten und dass bestimmte Verletzungsmuster, die bisher in den VAV-Häusern versorgt wurden, nun in SAV-Häuser verlegt werden müssten.

Nachdem die Übergangsfrist erst Ende 2017 endet [2], ist es heute sicherlich zu früh, schon abschließend zu beurteilen, ob sich diese im Grundsatz verständlichen Befürchtungen überhaupt verwirklicht haben, und wenn ja, in welchem Umfang. Ich werde aber versuchen aufzuzeigen, dass eine Konzentrierung der Notfallversorgung auf Zentren ein sehr vielschichtiges Problem ist. Dabei beschränke ich mich in diesem Beitrag überwiegend auf das SAV.

Als gemeinsame Grundlage für alle weiteren Diskussionen sollte die Präambel aus den „Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletztenverfahren (SAV)“ in der Fassung vom 1.1.2013 dienen [5]:

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung haben mit allen geeigneten Mitteln

einen durch einen Arbeitsunfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhindern und seine Folgen zu mildern. Sie haben darüber hinaus die Teilhabe ihrer Versicherten am Arbeitsleben sowie am Leben der Gemeinschaft zu sichern. Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig einsetzende Heilbehandlung und besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zwecke die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflicht festlegen und nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen (§ 34 Abs. 2 und 3 SGB VII).

Es geht also – wie schon bisher – darum, den Unfallverletzten/Patienten mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig in einer dafür bestmöglich geeigneten Einrichtung so zu therapieren, dass neben der Beseitigung oder Besserung des erlittenen Gesundheitsschadens dem Versicherten möglichst frühzeitig wieder die Teilhabe

am Arbeitsleben und dem Leben der Gemeinschaft ermöglicht wird. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung dürfen also festlegen, welche Einrichtungen was tun dürfen und welche Pflichten sie haben.

Was wird von potenziellen SAV-Häusern erwartet? Die Anforderungen sind hoch, und es bedarf immerhin 5 eng beschriebener DIN-A4-Seiten, um diese niederzulegen. Ich möchte hier nur auf einige wenige Punkte eingehen, die sich bei der Umsetzung des SAV seitens der Unfallversicherungsträger d. h. bei der Zuerkennung des Status „SAV-Haus“ als entscheidende Kriterien bzw. Stolpersteine herausgestellt haben.

Bezüglich der teilweise schwierig zu erfüllenden personellen Voraussetzungen sei auf **Tab. 1** verwiesen. Besonders problematisch scheinen die ständige Anwesenheit eines Neurochirurgen und eines Handchirurgen zu sein sowie die Bereitstellung psychotraumatologischer Kompetenz.

Unter den räumlichen und sächlichen Voraussetzungen erweisen sich offensichtlich die Ausgestaltung des Hubschrauberlandeplatzes und die Einrichtung eines separaten oder zumindest se-

Tab. 1 Besondere personelle Voraussetzungen für die Zulassung zum SAV

Chefarzt muss volle Weiterbildungsbefugnis Spezielle Unfallchirurgie haben
Mindestens 3 weitere Ärzte müssen „Unfallchirurgen/Spezielle Unfallchirurgen“ sein
Vollschichtig tätig sein müssen u. a. Radiologe, Neurochirurg und Handchirurg
Hauptamtlicher Krankenhaushygieniker sowie Hygienefachkräfte müssen bereitgehalten werden
Kurzfristig hinzuziehbar müssen sein: Gefäß-, Herz- und Thorax- sowie MKG-Chirurgie, HNO, Urologie und Augenheilkunde, sowie psychotraumatologische Kompetenz
Akuterehabilitationsteam unter der Leitung eines Facharztes für Physikalische und Rehabilitative Medizin (oder Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie mit 3-jähriger Reha-Erfahrung)
Kindertraumatologische Kompetenz und besondere Expertise für Wirbelsäulen- und Beckenverletzungen

parierbaren septischen Operationssaals für Eingriffe der Gruppen III/IV als problembehaftet.

Eine optimale Lösung des Hubschrauberlandeplatzes liegt allerdings nicht nur im Ermessen des Klinikbetreibers, sondern hängt auch von den erst kürzlich europaweit überarbeiteten gesetzlichen Vorgaben (s. EU-Verordnung 965/2012) und mitunter auch von den Anwohnern ab, sodass hier alle Seiten bemüht sind, den jeweiligen lokalen Gegebenheiten angepasste Lösungen zu finden. Unstrittig ist hier aber, dass der Unfallverletzte innerhalb einer Frist von maximal 3–5 min, ohne Umlagerung von der Rettungstrage „warm, trocken und möglichst erschütterungsarm“ in den Schockraum verbracht werden muss.

Die Tatsache, dass ein SAV-Haus auch am TraumaNetzwerk DGU der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie teilnehmen sollte, ist m. E. selbstverständlich und wird auch von nahezu allen SAV-Häusern erfüllt.

Neu und bemerkenswert ist die Tatsache, dass zum SAV zugelassene Häuser den Landesverband (LV) jederzeit prüfen lassen müssen, ob die Voraussetzungen für die Zulassung noch erfüllt sind und selbst sicherstellen müssen, dass dies auch für externe Leistungserbringer, derer sich die SAV-Häuser bedienen, gegeben ist. Davon unabhängig wird die Beteiligung am SAV alle 5 Jahre routinemäßig überprüft, sodass die alte Formel "einmal VAV-Haus – immer VAV-Haus" definitiv nicht mehr gilt.

Umsetzung des SAV für den Landesverband Südost

Nachdem seit 1.1.2014 die Zulassung von Krankenhäusern zum SAV möglich ist, soll nachfolgend der aktuelle Stand der Umsetzung des SAV für den Landesverband Südost dargestellt werden (H. Zeidler, persönl. Mitteilungen).

Aktuell (Stand: 24.03.2015) sind in ganz Deutschland 87 Kliniken zum SAV zugelassen mit doch deutlichen regionalen Unterschieden bezüglich der Dichte. Für den LV Südost sind es 23 Kliniken, davon 17 in Bayern und 6 in Sachsen. Immerhin 16 von 23 Kliniken wurden nur unter Auflagen zugelassen, d. h. eine end-

gültige Entscheidung über die Zulassung steht noch aus. Die häufigsten Gründe hierfür waren, wie oben schon angedeutet, folgende:

- (Wieder-)Inbetriebnahme eines eigenständigen/separierbaren septischen OP
- Hubschrauberlandeplatz in räumlicher Nähe zum Schockraum
- Sicherstellung der Anwesenheit des Fachgebiets Neurochirurgie
- Hinzuziehung psychotraumatologischer Kompetenz

Weitere beim Landesverband eingegangene Anträge mussten zurückgestellt werden, da teils mehrere obligate Voraussetzungen für die Zulassung zum SAV nicht gegeben waren, wie z. B.:

- Neurochirurgische Abdeckung
- Handchirurgische Abdeckung
- 3-jährige Weiterbildungsbefugnis in der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“
- Möglichkeit der kurzfristigen Hinzuziehung weiterer fachärztlicher Kompetenzen
- Ausreichende Anzahl von Wirbelsäulen- und Beckenoperationen

Hier überwiegen eindeutig die personellen Aspekte und das angebotene Operationsspektrum, wobei diese Punkte meist kumulativ aufgetreten sind.

Unabhängig davon ist aber festzuhalten, dass zwar inzwischen wohl eine gewisse Konsolidierungsphase in der Zulassung zum SAV eingetreten ist, aber natürlich das Verfahren weiterhin offen ist und auch in Zukunft bei den SAV-Häusern noch Zugänge und ggf. auch Abgänge bei Nichterfüllung der Auflagen möglich sind.

Soweit die reinen Fakten ohne jegliche Wertung.

Probleme aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen

Aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen hat das Thema der Neuordnung des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung aber eine Brisanz, die einerseits weit über die umfassende Versorgung von Arbeits- und Wegeunfällen hinausgeht, andererseits aber genau damit

auf das Engste verknüpft ist. Die im Folgenden dargestellten Probleme betreffen nicht nur die SAV-Häuser und VAV-Häuser, sondern jede größere an der Notfallversorgung teilnehmende Klinik.

$5 \times 8 = 40$, das ist einfache Mathematik, mit einer wichtigen Botschaft: 40 h wöchentlich in einer gut strukturierten und organisierten rein elektiven Abteilung, die sich – Traum aller Controller und Geschäftsführer – nahezu wie eine Automobilfabrik betreiben lässt und zumindest derzeit auch gute Renditen abwirft. (Die Renditeerwartungen in privaten Klinikketten liegen bei ca. 3–5 % Minimum/Jahr.)

$7 \times 24 = 168$, wieder einfache Mathematik, mit einer völlig anderen Botschaft: 168 h wöchentlich mehr oder minder gut strukturierbares Chaos mit der sicheren Gewissheit, dass stetige Veränderung der geplanten täglichen Abläufe die einzige Konstante ist – Alptraum aller Controller, Prozessoptimierer und auch Geschäftsführer – das ist eine maximal versorgende rein unfallchirurgische Abteilung.

Um *einen* 24-h-Dienst 365 Tage im Jahr aufrechtzuerhalten, benötigt man in den Zeiten des immer strenger überwachten Arbeitszeitgesetzes ca. 5,4 *Vollkräfte* (Urlaub und krankheitsbedingte Abwesenheit mit eingerechnet). Diese Vollkräfte sollten laut gesetzlichen Vorgaben ausschließlich Fachärzte sein oder zumindest Facharztstandard haben, da diese Kollegen in nahezu allen Kliniken deutschlandweit im Vordergrunddienst allein sind und in der Notfallsituation primär die Entscheidungsbefugnis haben müssen.

Dass diese Kollegen nicht in langen Warteschlangen vor unseren Kliniken anstehen und um eine Stelle betteln, ist allen leitenden Unfallchirurgen hinlänglich bekannt. In aller Regel müssen wir diese teils mit großem Aufwand angeworbenen Mitarbeiter, die dann gesetzeskonform die Dienste in den Notfalleinrichtungen verrichten, auch noch selbst ausbilden. Ausbildung ist aber etwas, was ökonomisch in unserem System so gut wie nicht vorgesehen ist. Dass bei Ausbildungsoperationen die Schnitt-Naht-Zeit länger ist als bei Operationen, die von erfahrenen Ober- oder Chefärzten durchgeführt werden, ist jedem einsichtig.

Im heutigen Bezahlssystem können wir Geschäftsführer von der Notwendigkeit der erstbestmöglichen Ausbildung junger Kollegen nur noch mit dem Argument überzeugen, dass wir ansonsten die Stellen gar nicht besetzen können oder nur noch Mitarbeiter haben, die ein haftungsrechtliches Risiko darstellen.

Der Kollege, der glaubt, dass ihm mit 11 SAV-Fällen, die er durch die Neuordnung des Heilverfahrens „verliert“, über 100.000 EUR an Erlösen verloren gehen [3], liegt in meinen Augen nicht ganz richtig, da diese Fälle in aller Regel genau jene sind, die einen hohen personellen und sächlichen Aufwand erfordern und durchaus auch einmal komplikationsbehaftet sein können. Diese Fälle sind aber im DRG-System rein ökonomisch betrachtet nahezu ausschließlich „costlier“, d. h. die Ausgaben übersteigen die Erlöse teils beträchtlich.

Mit einer reinen Unfallchirurgie lassen sich kaum positive Jahresabschlüsse erwirtschaften, u. a. aufgrund der hohen Bereitstellungskosten für die Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft und der Tatsache, dass im Notfallbereich alle teils teuren diagnostischen Leistungen, die bei elektiven Fällen prästationär im ambulanten Bereich erbracht werden, im Krankenhaus durchgeführt werden müssen und nicht extra vergütet werden, da sie in der DRG enthalten sind.

Dies führt gerade bei Kliniken, an die auch noch Renditeerwartungen gestellt werden, zu bedenklichen Entwicklungen [4]. Als Beispiel diene hier eine Klinik in der Umgebung von München. In dieser wurde bisher eine solide, über die Grund- und Regelversorgung deutlich hinausgehende unfallchirurgische Notfallversorgung durchgeführt. Jetzt steht ein Chefarztwechsel an und die naturgemäß ökonomisch motivierten Überlegungen der Geschäftsführung gehen dahin, diese Abteilung durch die Wahl des neuen Chefarztes schwerpunktmäßig in den elektiven endoprothetischen oder wirbelsäulenchirurgischen Bereich zu verlagern. Somit ginge der flächendeckenden Notfallversorgung wieder eine Klinik verloren. Um München herum mag das noch akzeptabel sein, in großen Flächenländern mit geringer Bevölkerungs-

Trauma Berufskrankh 2016 · [Suppl 2]: 18:S122–S125 DOI 10.1007/s10039-015-0053-1
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

M.E. Wenzl

Heilverfahren – aktueller Stand. Umsetzung aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen

Zusammenfassung

Hintergrund. Nach Darstellung des aktuellen Stands der Zulassung von Krankenhäusern zum Schwereverletzungsartenverfahren (SAV) und insbesondere der Problemfelder, die sich im Rahmen des Zulassungsverfahrens aufgetan haben, erfolgt eine kritische Einschätzung der finanziellen Ausgestaltung des SAV und Verletzungsartenverfahrens (VAV). Die enormen Bereitstellungskosten sowohl personeller als auch sächlicher Art, die notwendig sind, um eine kompetente Notfallversorgung 24 h am Tag, 365 Tage im Jahr mit Facharztstandard aufrechtzuerhalten, sind in keiner Weise gedeckt. Genauso wenig ist die zeit- und personalintensive Ausbildung der nächsten Generation von Or-

thopäden und Unfallchirurgen, die in Zukunft diese wichtigen Aufgaben zu erfüllen haben, im DRG-System abgebildet.

Forderung. Deshalb ergeht seitens der leitenden Unfallchirurgen die Forderung an die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, sowohl in der zumindest kostendeckenden Finanzierung der Notfallversorgung als auch in der Finanzierung der Ausbildung unseres orthopädisch-traumatologischen Nachwuchses eine Vorreiterrolle zu übernehmen.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · Notfallversorgung · Ausbildung · Chirurgen · Gesundheitskosten

Medical treatment – current state. Implementation from the perspective of senior trauma surgeons

Abstract

Background. After presentation of the current status concerning the authorization of hospitals for the severest injuries procedure (SAV) and in particular the problems of the process, a critical evaluation of the financial remuneration for treating these severely injured patients is made. The enormous expense of an emergency department which runs 24 h per day and 365 days per year, a service provided according to the law only by approved trauma surgeons, are by no means covered. The same is true for the time-con-

suming training of the next generation of trauma surgeons.

Request. With this in mind the senior trauma surgeons request the German Workers Insurance to lead the way to a cost-covering remuneration of the emergency medical services and the education of young colleagues.

Keywords

Insurance, accident · Emergency care · Education · Surgeons · Health care costs

und Krankenhausdichte ist dies sicher viel schwerer zu kompensieren.

Kein Wunder also, dass sich die Versorgung komplexer Verletzungsmuster immer mehr auf Zentren konzentriert. Das ist aber eine Entwicklung, die weder von der DGU durch die Gründung des TraumaNetzwerks noch von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) durch die Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens angestoßen wurde. Sowohl die Entstehung der Traumanetzwerke als auch die an diese Idee angelehnte Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens sind Reaktionen auf die geänderten ökonomischen Vorgaben seit Einführung des DRG-Systems und dem daraus resul-

tierenden zunehmenden Übergewicht der Ökonomie im Verhältnis zur Medizin.

Forderungen

Aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen ist somit die Neuordnung des Heilverfahrens folgerichtig. Die Umsetzung sollte mit Augenmaß erfolgen, was m. E. in Bayern und Sachsen auch geschieht. Jeder einzelne Chefarzt und jedes einzelne Krankenhaus kann sich anhand des Anforderungskataloges genau überlegen, ob die Einrichtung tatsächlich am SAV teilnehmen möchte, nachdem der Aufwand für die letzten 10–15 % der Fälle, die den SAV-Fällen entsprechen, exponentiell steigt [1].

Wie schon vor 2 Jahren besprochen, werden sich in den regionalen Einheiten zwischen den SAV- und VAV-Häusern zwangsläufig Verbünde und Netzwerke ergeben, um so kompetenten Kollegen aus VAV-Häusern weiterhin die Möglichkeit zu geben, auch ausgewählte Fälle aus dem SAV zu behandeln. Hierfür wurde ja das Vorstellungsverfahren in das Regelwerk aufgenommen [6].

Anzumerken ist hierzu allerdings, dass nicht nur die Kompetenz einzelner Kollegen, sondern die gesamte Infrastruktur des Hauses und der gesamte Personalkörper der eigenen und der an der Behandlung schwerverletzter Patienten beteiligten Nachbardisziplinen für das Behandlungsergebnis von entscheidender Relevanz sind.

Viel wichtiger wird es jedoch sein, die Klinikträger und Geschäftsführungen von der Notwendigkeit der Teilnahme am SAV-Verfahren zu überzeugen. Von 23 Kliniken in Bayern und Sachsen wurden 16 nur unter Auflagen zum SAV-Verfahren zugelassen. Diese Auflagen betreffen entweder Ausstattungen (exemplarisch seien der Hubschrauberlandeplatz oder der septische OP genannt) oder die Einstellung zusätzlichen Personals (so es überhaupt zu finden ist) wie Neurochirurgen, Handchirurgen und Psychotraumatologen.

Die Erfüllung dieser Auflagen liegt jedoch sicher nicht im Ermessen der leitenden Unfallchirurgen, sondern ausschließlich bei den Geschäftsführungen bzw. den Krankenhausträgern. Diese stehen unter ökonomischem Druck und neigen verständlicherweise vielerorts dazu, sich vom teuren und schlecht kalkulierbaren Notfallgeschäft zu verabschieden hin zum lukrativeren elektiven Geschäft.

Sowohl die Notfallversorgung, und hier insbesondere die Notfall- und auch Weiterversorgung besonders schwerer Fälle, als auch die Ausbildung der jungen Kollegen, die diese in der nächsten Generation sicherstellen sollen, ist ökonomisch im DRG-System nicht nur nicht ausreichend, sondern so gut wie gar nicht dargestellt.

Somit kann aus Sicht der leitenden Unfallchirurgen die Umsetzung der Neuordnung des Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung nur nachhaltig erfolg-

reich sein, wenn endlich die Bereitstellungskosten für eine 365-tägige Notfallversorgung an 24 h am Tag adäquat vergütet werden, ebenso wie die Aus- und Weiterbildung unseres Nachwuchses. Nur dann können die „neuen Heilverfahren“ auch in Zukunft nachhaltig personell und ausstattungstechnisch umgesetzt werden.

Den leitenden Unfallchirurgen ist sehr wohl bewusst, dass dieses Problem natürlich nicht allein von der DGUV gelöst werden kann, da der Anteil von Arbeits- und Wegeunfällen gemessen an der Gesamtzahl aller Unfälle und Verletzungen weniger als ein Fünftel beträgt.

Wir sind aber der Meinung, dass der DGUV auch und v. a. unter Berücksichtigung der hohen und teils finanziell sehr aufwendigen Anforderungen, die an die am VAV und SAV teilnehmenden Krankenhäuser gestellt werden, in der Frage der auskömmlichen Finanzierung sowohl der Notfallversorgung von Unfallverletzten als auch der Ausbildung der nächsten Generation von Orthopäden und Unfallchirurgen eine Vorreiterrolle zukommen muss!

Und in Anbetracht der finanziell äußerst angespannten Situation von mehr als 50 % der deutschen Krankenhäuser – darunter sehr viele „systemrelevante“ maximal versorgende Kliniken – haben wir für diese Entscheidungen nicht mehr viel Zeit.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M.E. Wenzl

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs-, Hand- und Plastische Chirurgie
Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstr. 25
84509 Ingolstadt
michael.wenzl@klinikum-ingolstadt.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M.E. Wenzl 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. Bonnaire F (2014) Neue Heilverfahren aus Sicht des Bundesverbandes der Durchgangsarzte. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 4):381–384
2. Ideker T (2014) Neue Heilverfahren im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung – aktueller Stand der Umsetzung. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 4):366–371
3. Oberst M (2014) Neuordnung des Verletzungsartenverfahrens (VAV) aus Sicht einer VAV-Klinik. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 3):227–230
4. Oberscheven M, Kranig A (2014) Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 1):5–8
5. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2013) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/sav1.pdf
6. Wunder S (2014) Grenzfälle DAV, VAV und SAV. Trauma Berufskrankh 16(Suppl 4):372–374