Die neuen Heilverfahren 2015

Entwicklung aus der Sicht des Bundesverbands der Durchgangsarzte (BDD)

Die neuen Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) sind nun fast 1,5 Jahre in Kraft. In dieser Zeit wurden Beobachtungen und Erfahrungswerte gesammelt, die an dieser Stelle reflektiert werden sollen. Grundsätzliche Hoffnungen und Befürchtungen bezüglich der Konsequenzen für die Durchgangsarzte und die Kliniken werden analysiert und die bisherige Entwicklung wird anhand einer Umfrage unter Chefärzten der am Durchgangsarztverfahren (DAV), Verletzungsartenverfahren (VAV) und Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligten Häuser dargestellt.

Zu Beginn des Jahres 2014 stand die Scharfstellung des SAV für die stationär tätigen Kollegen im Vordergrund. Die vorgegebenen Anforderungen sollten umgesetzt werden. Die meisten Kliniken waren gut vorbereitet und wurden – wenn auch mit Auflagen versehen – zeitgerecht zugelassen. Vor allem die Anwesenheit einer neurochirurgischen Klinik, die handchirurgische Kompetenz, die räumliche Nähe zum Hubschrauberlandeplatz und die an den D-Arzt gebundene selbstständige Verantwortung für die notwendigen Räumlichkeiten wie den Schockraum stellten sich im Verlauf des Jahres als die „Stolpersteine“ für eine Zulassung

ab dem 01.01.2014 heraus. Einige unzufriedene Kliniken bzw. Klinikverbünde haben rechtzeitig ihre Chance gesehen und die Diskussion der Zulassungsanforderungen der DGUV im April 2013 in Nürnberg (Landesverband Südost) genutzt, um sich an die Anforderungen anzupassen. Durch Verbesserung der personellen und fachlich/organisatorischen Strukturen konnten sie eine Zulassung auf dem gewünschten Niveau erlangen und damit eine zufriedenstellende Lösung finden. Andere Kliniken haben dieses Ziel trotz erheblicher Bemühungen noch immer nicht erreicht. Die Selbstständigkeit des D-Arztes, die Fallzahlen für Becken- und Wir-

Ich leite ein DAV und habe folgende Anzahl D-Fälle

Beantwortet: 95 Übersprungen: 37

Antwortmöglichkeiten	Durchschnittliche Anzahl	Gesamtzahl	Beantwortungen
im Jahr 2014 Beantwortungen	1.794	170.388	95
im Jahr 2015 Beantwortungen	699	50.295	72
Befragte gesamt: 95			

Abb. 1 ◀ Arbeitsunfälle in DAV-Kliniken. Die Erfassung geht bis etwa über das 1. Quartal 2015 hinaus, die Werte für 2015 können deshalb etwa vervierfacht extrapoliert werden. DAV Durchgangsarztverfahren

Ich leite ein VAV-Haus und habe folgende Anzahl VAV-Fälle

Beantwortet: 77 Übersprungen: 55

Antwortmöglichkeiten	Durchschnittliche Anzahl	Gesamtzahl	Beantwortungen
im Jahr 2014 Beantwortungen	144	11.054	77
im Jahr 2015 Beantwortungen	53	2.940	55
Befragte gesamt: 77			

Abb. 2 ◀ Von 77 Beteiligungen ergab sich pro Klinik eine Anzahl von 144 VAV-Fällen, d. h. ein bundesweit hoher Durchschnitt, wenn die Mindestfallzahl mit 75 Fällen angesetzt wird. Die Zahlen für 2015 gelten bis etwa einschl. 1. Quartal. VAV/Verletzungsartenverfahren

Ich leite ein SAV-Haus und habe folgende Anzahl SAV-Fälle

Beantwortet: 34 Übersprungen: 98

Antwortmöglichkeiten	Durchschnittliche Anzahl	Gesamtzahl	Beantwortungen
im Jahr 2014 Beantwortungen	36	1.224	34
im Jahr 2015 Beantwortungen	17	479	29
Befragte gesamt: 34			

Abb. 3 ◀ Etwa ein Drittel aller Chefs der zugelassenen SAV-Kliniken antwortete. Durchschnittlich behandelten die Kliniken 2014 36 Patienten in diesem Verfahren. Für 2015 scheint sich eine deutliche Zunahme anzudeuten. SAV/Schwerstverletzungsartenverfahren

belsäuleneingriffe, die handchirurgische Kompetenz und die Fallzahlen des VAV in den letzten 3 Jahren waren für die DGUV nicht ausreichend nachvollziehbar. Noch sind nicht alle Zulassungsverfahren abgeschlossen.

Im Rahmen der Unfallmedizinischen Tagung 2014 in Hamburg wurde darüber diskutiert, wann ein Patient aus einem DAV- oder VAV-Haus verlegt werden müsse. Die Vorgaben sind eindeutig: Ein gesetzlich unfallversicherter Patient darf im Notfall an jedem für die Erstversorgung kompetenten Krankenhaus versorgt werden, bis Transportfähigkeit erreicht ist. Wenn die Kriterien für eine höhere Einstufung der Verletzung erfüllt sind, muss er in das für diese Einstufung vorgesehene Krankenhaus zur definitiven Versorgung verlegt werden. Die Kliniken teilen sich für diese Fälle die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Im Idealfall werden die DGUV und die zugehörige VAV- bzw. SAV-Klinik schriftlich oder telefonisch informiert. Zu diesem Zeitpunkt (März 2014) lagen ganz unterschiedliche Zuweisungszahlen aufgrund der Neuregelung vor: von keiner Zuweisung bis zu 20 Verlegungen.

Schon auf der Unfallmedizinischen Tagung 2013 in Nürnberg wurde eine dokumentierte, schriftliche und bildtechnische Vorstellung des zu verlegenden Patienten im SAV-Haus und eine Absprache im Einzelfall über ein 24 h besetztes Telefon mit dem Chef oder dessen Vertreter (im Dienst) diskutiert. Dieses Vorgehen könnte die Ausnahme von der Regel sein und wäre ganz auf den Einzelfall zugeschnitten.

Die Ankündigung strenger Sanktionen durch die DGUV im Falle einer nicht vorgenommenen, aber geforderten Verlegung eines Patienten aufgrund der Einordnung als VAV- oder SAV-Fall, wird von beiden Seiten, den D-Ärzten wie der DGUV, beobachtet werden müssen.

Die Kommunikation zwischen den betroffenen Krankenhäusern und der DGUV stockte zwischenzeitlich v. a. in Nordrhein-Westfalen. Mittlerweile ist sie nach einem mit dem Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e. V. (VLOU), dem Bundesverband der Durchgangsarzte e. V. (BDD) und der DGUV geführten Gespräch am 01.10.2014

Trauma Berufskrankh 2016 · [Suppl 2]: 18:S126–S132 DOI 10.1007/s10039-015-0067-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

F. Bonnaire

Die neuen Heilverfahren 2015. Entwicklung aus der Sicht des Bundesverbands der Durchgangsarzte (BDD)

Zusammenfassung

Hintergrund. Seit 1.1.2014 sind die Regularien für die neuen stationären Heilverfahren der DGUV in Kraft. Noch sind nicht alle Anträge zur Beteiligung am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) definitiv beschieden (April 2015). Einige Häuser wurden mit Auflagen zugelassen.

Umfrage. Eine Umfrage unter den Chefärzten der am Durchgangsarztverfahren (DAV), Verletzungsartenverfahren (VAV) und SAV beteiligten Häuser sollte klären, wie sich die neue Situation auf die Notfallversorgung und Weiterbehandlung der Patienten in den verschiedenen Versorgungsstufen ausgewirkt hat. Insgesamt haben 331 Chefärzte geantwortet.

Ergebnisse. Die meisten Arbeitsunfälle werden weiterhin in DAV-Kliniken behandelt. Durchschnittlich wurden im SAV-Haus 36 Patienten mit Schwerstverletzungen im Jahr

2014 behandelt. Der Anteil der ins SAV-Haus verlegten Patienten war relativ gering. Durchschnittlich wurden von 64 DAV-Häusern 9, von 58 VAV-Häusern 4 Patienten im Jahr in ein SAV-Haus verlegt. Die große Mehrzahl wurde nicht verlegt. Bei 102 Antworten gab es in durchschnittlich 2 Fällen Probleme bei Verlegungen und in 4 Fällen bei Vergütungen. Nur 20% der Befragten gaben strukturelle Verbesserungen durch die Neuordnung an. Individuelle Bemerkungen machten deutlich, dass ein Verlegungsdokument notwendig ist und dass die Finanzierung der hochwertigen Patientenversorgung im SAV nicht gewährleistet ist.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · Hospitalisation · Durchgangsarzt · Verletzungsartenverfahren · Umfrage

The new inpatient regulations 2015. Development from the perspective of the National Association of Accident Insurance Consultants (BDD)

Abstract

Background. Since 1 January 2014 the new inpatient regulations of the German workers compensation assurance (DGUV) have been in force; however, as of 1 April 2015 not all hospitals are certified for participation in the severe injuries type procedure (SAV). Some hospitals are certified under the proviso that the necessary conditions will be fulfilled. It is unknown how many patients are transferred to an SAV category hospital and how the regulations are accepted.

Survey. A questionnaire with 10 questions was distributed to the heads of departments involved in the accident insurance consultant procedure (DAV), the injury type procedure (VAV) and the SAV concerning the impact of the new situation on emergency and further treatment of patients in the various treatment categories. A response was obtained from a total of 331 heads of department.

Results. Most patients involved in occupational accidents during working hours and on the way to work were treated in DAV hospitals. On average 36 patients with severe in-

juries were treated in SAV hospitals in 2014. The proportion of patients transferred to SAV hospitals was relatively low. On average 9 patients were transferred from 64 DAV hospitals to SAV hospitals per year and 4 patients were transferred from 58 VAV hospitals. Most of the patients were not transferred. According to 102 answers from the survey respondents problems were encountered in an average of 2 cases when patients were transferred and in 4 cases in the financial remuneration. Only 20% of the 131 respondents saw a personnel or structural advantage from the new regulations. From the individual comments it was clear that a DGUV document is needed in cases of patient transfer and that the financing is still an unsolved problem under the new regulations.

Keywords

Accident insurance · Hospitalization · Accident insurance consultant · Injury type procedure · Survey

in Köln wieder in Gang gekommen. Am Ende sollen die SAV-Häuser durch die hohen Anforderungen profitieren. Nicht

jeder Geschäftsführer einer Klinik wird sich allerdings leicht von der Notwendigkeit größerer Investitionen in Personal

Ich habe von DAV folgende Anzahl

Beantwortet: 68 Übersprungen: 64

Antwortmöglichkeiten		Durchschnittliche Anzahl	Gesamtzahl	Beantwortungen
Fälle im Notfall behandelt	Beantwortungen	1.025	64.549	63
und in ein SAV-Haus verlegt	Beantwortungen	9	550	64
und NICHT in ein SAV-Haus	Beantwortungen	429	19.288	45

Abb. 4 In den DAV-Kliniken werden die meisten Patienten primär und definitiv versorgt. Etwa ein Drittel wird in ein VAV-Haus, weniger als 1 % in ein SAV-Klinikum verlegt. DAV Durchgangsarztverfahren, VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Ich habe vom VAV-Haus folgende Anzahl

Beantwortet: 71 Übersprungen: 61

Antwortmöglichkeiten		Durchschnittliche Anzahl	Gesamtzahl	Beantwortungen
Fälle im Notfall behandelt	Beantwortungen	517	30.008	58
und in ein SAV-Haus verlegt	Beantwortungen	4	271	68
und NICHT in ein SAV-Haus verlegt	Beantwortungen	32	1.707	53
Befragte gesamt: 71				

Abb. 5 Anzahl der Verlegungen vom VAV- ins SAV-Haus. Von allen stationären Fällen wurden nur wenige SAV-Fälle verlegt, die meisten nicht. VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Abb. 6 ◀ Probleme wegen Verlegungen und Vergütungen

und Strukturen überzeugen lassen, wenn er keine Mittel hat oder eine elektive Ausrichtung seines Hauses bevorzugt. Ferner müssen „Mitnahmeeffekte“ aussichtsreich sein, wie z. B. eine Erweiterung des Operationsspektrums in den geforderten zusätzlichen Fachkliniken. Hier wird sich die „Spreu vom Weizen“ in der Zukunft trennen: Die DGUV will das Bekenntnis zur hochwertigen Ausstattung der zugelassenen Kliniken!

Nach den bisherigen Erfahrungen werden die Schwerstverletzten vom präklinischen Rettungsdienst weiterhin in ein probates Krankenhaus eingeliefert, das in den meisten Fällen personell und strukturell entsprechend ausgestattet ist. Eine Bilanz der primären Aufnahmen und sekundären Verlegungen in DAV-, VAV- oder SAV-Häuser liegt derzeit noch nicht vor, die Praktiken scheinen im gesamten Bundesgebiet etwas uneinheitlich zu sein.

Umfrage

Eine Umfrage des BDD unter den Chefarzten der DAV-, VAV- und SAV-Häuser sollte etwas Klarheit in das Erstzuweisungs- und Verlegungsverhalten bringen. Insgesamt sollten bis zum 15.04.2015

10 Fragen beantwortet werden. Dieser Aufforderung kamen 331 Kollegen nach.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Umfrage zu den Problemkreisen Akutversorgung, Verlegung, Akzeptanz der geforderten Regelungen und deren Umsetzung sowie Umsetzung der neuen Rehabilitationsmöglichkeiten näher betrachtet.

Akutversorgung

Nach wie vor kann im Notfall bei jedem Arbeitsunfall die nächstbeste Klinik die Akutversorgung wahrnehmen. Die erstversorgende Klinik darf diese Behandlung durchführen und abrechnen, auch wenn sie nicht zu den DGUV-Verfahren zugelassen ist. Sie ist allerdings verpflichtet, den Patienten bei hergestellter Transportfähigkeit in ein der Zuordnung der Verletzung gemäßes zugelassenes Krankenhaus zu verlegen. Weil hier nichts Neues festgelegt wurde, hat sich auch kein neues Problem ergeben. Die Notfallversorgung ist weiterhin sichergestellt und i.d.R. kein Problem. Die Finanzierung der Leistungen am Patienten erfolgt durch anteilsgerechte Teilung der DRG zwischen den Häusern über die DGUV.

Die Befürchtung der DAV-Häuser, dass viele Fälle verloren gehen, hat sich nicht bestätigt. Nach wie vor werden mit Abstand die häufigsten Arbeitsunfälle von diesen Krankenhäusern versorgt (■ Abb. 1).

Verlegungen

Die VAV-Kliniken haben neben den strukturellen und personellen Anforderungen die Mindestfallzahl von 75 VAV-Fällen pro Jahr zu erfüllen. Sie wurden bisher bezüglich der Anforderungen nur bei Chefwechsel überprüft und haben Bestandschutz für 5 Jahre bis 31.12.2018. Nach der dann erfolgenden Überprüfung durch die DGUV wird mit einer deutlichen Reduktion der VAV-Häuser gerechnet (■ Abb. 2, 3).

Von den 64.549 in DAV-Häusern stationär akut behandelten Fällen wurden nach Angaben von 64 Kliniken 550 in SAV-Kliniken verlegt, die Mehrzahl der Patienten wurde im DAV-Haus behandelt und ein Drittel in ein VAV-Haus verlegt (■ Abb. 4).

Die VAV-Kliniken sind zur Verlegung der Patienten mit einem SAV-Verletzungsmuster nach Erstversorgung aufgefordert. Nach Angaben von 68 Kliniken wurden

Die neuen Heilverfahren haben mir strukturell Verbesserungen gebracht

Beantwortet: 119 Übersprungen: 13

Antwortmöglichkeiten	Beantwortungen	
Ja	21,01%	25
Nein	78,99%	94
Gesamt		119

Abb. 7 ◀ Antworten auf die Frage zur strukturellen Verbesserung

271 Patienten in ein SAV-Klinikum verlegt, 1707 dagegen nicht (■ **Abb. 5**). Dies kann viele Gründe haben, die nicht alle hinterfragt wurden. Die meisten Kliniken haben Probleme, ihre Verlegungsfälle im Krankenhausinformationssystem (KIS) zu erfassen. Die DGUV hat noch keine Statistiken über diese Fälle, im DALE-Programm sind sie nicht abgebildet.

Aus einigen Landesverbänden wurden mittlerweile Vorkommnisse dokumentiert, dass eine Definitivversorgung, z. B. die Operation einer intraartikulären Kalkaneusfraktur in einer VAV-Klinik, von der DGUV nicht bezahlt wurde. Dies ist auch so nicht vorgesehen und wird von der DGUV nicht toleriert werden. Andererseits erscheint es wenig sinnvoll, einen Patienten mit konservativ zu behandelndem Schädel-Hirn-Trauma in eine SAV-Klinik zu verlegen, wenn bereits klar ist, dass konservativ weiterbehandelt werden kann. Hierfür sind dokumentierte Absprachen notwendig

Probleme mit der DGUV

Eine offene Frage ist die nach den Problemen mit der DGUV insgesamt und speziell wegen Vergütungen. Hierzu äußerten sich etwa 100 Kollegen. Im Durchschnitt

gab es 2 Probleme im Zusammenhang mit Verlegungen und Zulassungen. Unklarheiten wegen Vergütungen waren insgesamt doppelt so häufig (■ **Abb. 6**).

Gesamtergebnis

Die Einführung der neuen Heilverfahren hat für die Kliniken grundsätzlich 2 Seiten: Einerseits werden durch die Anforderungen an Strukturen, Bereithaltung an Personal und Räumlichkeiten hohe Kosten erzeugt, die sich im DRG-System nicht abbilden, andererseits profitieren die Kliniken und ihre Patienten von den hohen Anforderungen. In manchen Kliniken wurden neue Strukturen eingeführt (Klinik für Neurochirurgie, Klinik für plastische Chirurgie, Erweiterung Handchirurgie, Neubau eines Hubschrauberlandeplatzes). Nicht jedes Haus hat aber die finanziellen Möglichkeiten, hier mitzuhalten, oder auch die strategische Ausrichtung für eine hochgerüstete Unfallchirurgie. So werden Kliniken mit kleinen Fallzahlen vermutlich auf niedrigem Niveau bleiben. Um einen Trend zu erkennen, wurde im Rahmen der Umfrage auch die Frage "Haben Ihnen die neuen Heilverfahren strukturell Verbesserungen gebracht?" gestellt. Insgesamt antwor-

teten 119 Chefarzte: 25 mit Ja, 94 mit Nein (■ **Abb. 7**).

Bei der Befragung konnten sich die D-Ärzte in den Kliniken in einem Freitext zu den neuen Heilverfahren äußern. Hier von wurde großzügig Gebrauch gemacht. Manche schrieben seitenlange, sehr persönliche Kommentare, manche äußerten sich auch nicht. Grundsätzlich wird die Sinnhaftigkeit der Verlegungen nach Erstversorgung bezweifelt. Exemplarisch werden nachfolgend häufig vorgebrachte Argumente aufgeführt.

So wurde ein Patient mit einer Acetabulumfraktur nach Aufforderung durch die DGUV einer schmerzhaften Verlegung unterzogen, womit er sich nicht abfinden wollte. Die hohe Expertise des erstbehandelnden überregionalen Traumazentrums DGU wurde nicht akzeptiert (LV West).

Ferner wurden die Auswahlkriterien im SAV-Katalog als „zu schwammig“ bezeichnet, und es wurde vermutet, dass die Verfahren nur Patientenakquise für die berufsgenossenschaftlichen Kliniken seien (LV Mitte). Kollegen im DAV-Haus fühlten sich durch die Heilverfahrenskontrollen in den übergeordneten Kliniken, die ihnen Patienten „wegnehmen“, benachteiligt.

Großpraxen monieren überdies eine schlechtere Behandlung der Patienten durch die neuen Heilverfahren, die ihrer Meinung nach bei bestimmten Fragestellungen besser in ambulanten Zentren mit mehreren speziellen Unfallchirurgen behandelt werden können. Insgesamt wird die schlechte Informationsweitergabe nach der Patientenvorstellung sowie nach der Erstellung von Reha-Plänen und Heilverfahrenskontrollen beklagt (LV Mitte).

Manche D-Ärzte wollen sogar ihre berufsgenossenschaftliche Beteiligung zurückgeben, weil sie so enttäuscht sind.

Schließlich wird das Fehlen einer einheitlichen Dokumentation der Vorstellung von SAV-Fällen an der SAV-Klinik und der Verlegung angemahnt. Die Erfassung der SAV-Patienten müsse sofort zu erkennen sein und die Verlegung sollte erkennbar gemacht werden. Der Umgang mit der DGUV sei im Einzelfall schwierig und gehe sogar an den Chefarzten vorbei (LV Südost).

Fazit

Es wird noch weiterer Erfahrung mit den neuen Heilverfahren bedürfen, bis sich diese optimiert haben. Die Kosten für die Bereitstellung an qualifiziertem Personal und Ausstattungsmerkmalen auf höchstem Niveau werden immer ein Diskussionsthema sein – auch für die berufsgenossenschaftlichen Kliniken, die jetzt nach DRG abrechnen. Der BDD wird für eine Verbesserung der Vergütung für die hochqualifizierte Unfallversorgung kämpfen müssen, sonst wird diese für die Krankenhäuser keine attraktive Fachabteilung mehr darstellen. Wer das finanzieren soll und kann, ist das nächste Thema. Freiwillige sind noch nicht in Sicht.

Der BDD dankt allen Kollegen, die sich an der Befragung so rege beteiligt und ihre Erfahrungen und persönlichen Meinungen eingebracht haben. Er wird diese ernst nehmen und die DGUV mit den Erfahrungen und Vorschlägen zur Verbesserung konfrontieren.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Bonnaire

Städtisches Klinikum Dresden Friedrichstadt,
Friedrichstr. 41, 01067 Dresden
bonnaire-fe@khdf.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Bonnaire 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.