Erste Erfahrungen mit dem neuen stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung

Erfahrungen eines Unfallversicherungsträgers

Bevor auf die ersten Erfahrungen mit dem neuen stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) eingegangen wird, soll kurz ausgeführt werden, warum die neuen stationären Heilverfahren eingeführt wurden.

Hintergründe der Einführung der neuen stationären Heilverfahren

Es gibt Veränderungen in den Versorgungsstrukturen, z. B. die ärztliche Weiterbildung, die neuen Krankenhausstrukturen, die verstärkte Spezialisierung, und es gibt die DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie)-Trauma-Netzwerke als Antwort der Fachgesellschaft auf diese veränderten Versorgungsstrukturen. Hierzu gehören auch das Weißbuch Schwerverletztenversorgung, die S3-Leitlinie zur Schwerverletztenversorgung, etwa die Präklinik, der Schockraum oder die erste Operationsphase oder das Traumaregister der DGU zur Begleitforschung und zur Qualitätssicherung.

Des Weiteren kommt es zu steigenden Anforderungen an die Qualitätssicherung, beispielsweise verstärkte Effektivitätsnachweise, erhöhte Anforderungen an die Wirtschaftlichkeit oder die besonders hervorgehobene Patientenperspektive, was bedeutet, dass die Implementierung qualitätssichernder

Elemente zukünftig noch stärker zu beachten sein wird.

Ebenso aber gibt es Änderungen im Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung: Seit Jahrzehnten sind die Unfallzahlen insbesondere im Bereich der Schwerstverletzten stark rückläufig, was die Möglichkeit eröffnet, den weniger schweren Verletzungsformen besondere Beachtung zukommen zu lassen.

Ziele der Neuordnung im stationären Bereich waren:

- Konzentration auf die in der Versorgung von Schwerstverletzten qualifizierten und erfahrenen Kliniken (akut- und rehavernetzte Versorgung),
- eine Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzungsart („der richtige Fall in die richtige Klinik“),
- eine Profilierung der Qualitätsanforderungen einschließlich der Prozess- und Ergebnisqualität sowie
- eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung („Alles aus einer Hand – Rehamanagement“).

Allein dies ist bekanntlich ein institutionelles Einstellungsmerkmal der gesetzlichen Unfallversicherung als intersektorale Versorgungsform. Kurzum: Mit der Neuordnung im stationären Bereich sollen Effektivität und Effizienz der

stationären Versorgung gestärkt werden. Aus diesem Grund wurde aus dem bisher zweizügigen System der stationären Versorgung ein dreizügiges System geschaffen mit dem stationären D-Arzt-Verfahren, dem Verletzungsartenverfahren (VAV) und dem neuen Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV).

Dies spiegelt sich dann auch in den weiteren Verläufen der Heilbehandlungsphasen, also im Bereich der Rehabilitation oder der Komplikationen wider.

Im Bereich des stationären Durchgangsarztverfahrens gibt es nun nicht mehr allein die personalisierte Zulassung des Arztes, sondern auch der Krankenhaussträger wird vertraglich beteiligt. Das Behandlungsniveau wurde angehoben, beispielsweise durch eine Veränderung des Verletzungsartenverfahrenskataloges oder auch durch neue definierte Strukturanforderungen an das Haus, z. B. die Notaufnahme, die Operationsabteilung, die Intensivmedizin oder die Reha- und die Weiterbehandlung. So ist es gelungen, auch kleinere Häuser aufzuwerten, die in relevanter Form Unfallchirurgie betreiben.

Im VAV- und SAV-Bereich wurden die strukturellen Klinikanforderungen ebenfalls profiliert. Die Einführung einer Mindestfallzahl im VAV von 75 Fällen pro Jahr ist eindeutig als Mengengerüst ein Indiz und die Voraussetzung für Qualität. So wird die Konzentration auf Kliniken mit ausgeprägter Unfallversi-

cherungskompetenz geschaffen, wobei selbstverständlich Kriterien für regionale Ausnahmen entsprechend dem Bedarf mit dem Ziel geschaffen wurden, sog. weiße Flecken in der Versorgung zu vermeiden.

Ziel war es, besonders kosten- und folgenträchtige Verletzungsfälle wie

- schwerste Verletzungen (z. B. Polytrauma, Verbrennungen, Schädel-Hirn-Verletzungen, Querschnittläsungen),
- Rehamanagementfälle mit lang andauernder Arbeitsunfähigkeit oder besonders hoher Rentenrelevanz oder besonderem Rehabedarf,
- Schwerpunktfälle, z. B. Amputationen, Becken- oder Wirbelsäulenverletzungen, komplexe Gelenkverletzungen der unteren Extremitäten oder septische Fälle

in die Kliniken des SAV zu steuern.

Hiermit wird die Synchronisation des Rehamanagements mit den Heilverfahrensstrukturen angestrebt.

Aus diesem Grund wurde auch das Verletzungsartenverzeichnis neu gefasst, letztmalig zum 01.07.2014. Fünf der 10 Verletzungsartenverzeichnisziffern wurden neu gefasst, etliche neue Erläuterungen hierzu wurden beschrieben: Beispielsweise enthalten die Ziffern 7 und 10 erstmals Verletzungsarten im Wachstumsalter, zur Ziffer 7 gehören inzwischen 16 Erläuterungen, die Ziffer 10 enthält besondere Verletzungskonstellationen bei Kindern. Beispielsweise wird die SAV-Pflichtigkeit bei einem Polytrauma und weiteren schweren Verletzungen mit schwererer Ausprägung wie folgt unterschieden:

- bei Erwachsenen „injury severity score“ ab 25,
- bei Kindern „injury severity score“ ab 16.

Erste Praxiserfahrungen

Wie sehen nun die ersten – vorläufigen – Praxiserfahrungen eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung nach Einführung des neuen stationären Heilverfahrens aus?

Vorweg die gute Nachricht: Bisher wird eine weitgehend reibungslose Um-

setzung des Vertragswerks durch die beteiligten Ärzte, z. B. je nach Verletzungsart die Weiterleitung in ein entsprechendes VAV- oder SAV-Klinikum, verzeichnet.

In diesem Zusammenhang wird oftmals die Forderung aus der Ärzteschaft laut, in diesem Sinne doch „flexibler“ zu sein. Eine solche Flexibilität ist ein äußerst zweischneidiges Schwert. Zum einen macht ein gegliedertes System ausschließlich dann Sinn, wenn es auch eingehalten wird. Zum anderen würden die Kliniken, die hohe finanzielle Aufwendungen aufgebracht haben, um den neuen Anforderungen des stationären Heilverfahrens zu genügen, nicht entsprechend gewürdigt oder gar bestraft, wenn nicht eine Verlegungspflicht in die nächsthöhere Qualitätsstufe unseres neuen stationären Heilverfahrens eingefordert würde.

Selbstverständlich sind neben der weitgehend reibungslosen Umsetzung aber auch noch Schwachpunkte zu verzeichnen. So werden häufig Fälle festgestellt, in denen niedergelassene beteiligte Vertragsärzte keine berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung bei gesetzlich unfallversicherten Personen einleiten, sondern die Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchführen, weil die entsprechenden niedergelassenen Vertragsärzte in diesem Bereich behandeln und abrechnen dürfen, z. B. bei der ambulanten Operation einer vorderen Kreuzbandruptur.

Ein zweiter, noch nicht ausgeräumter Kritikpunkt liegt darin, dass schwere, in der Praxis häufig vorkommende Verletzungsmuster in dem neuen Verfahren nicht berücksichtigt sind bzw. nicht eindeutig zugeordnet werden können. Genannt werden hierbei häufig die isolierten Sehnenverletzungen (Rotatorenmanschette oder Achillessehne), die prothetische Versorgung oder auch die sog. Komplikations- oder Revisionsfälle.

Zum Dritten bestehen immer noch – das gab es aber auch schon im vorherigen stationären Heilverfahrenssystem – zwischen einigen niedergelassenen Vertragsärzten und einzelnen Unfallversicherungsträgern neben den Regelungen des neuen stationären Heilverfahrens

sog. Schattenvereinbarungen – in schriftlicher oder manchmal auch nur in mündlicher Form –, die niedergelassene D-Ärzte zur Behandlung von unfallversicherten Personen (z. B. im operativen Bereich aufgrund von positiven Erfahrungen in der Vergangenheit) legitimieren. Solche Vereinbarungen untergraben selbstverständlich die Regelungen des neuen stationären Heilverfahrens und führen durch die inkonsequente Einhaltung des Vertragswerkes zu Unsicherheiten bei Unfallverletzten und den Unfallversicherungsträgern, die solche Schattenvereinbarungen mit niedergelassenen D-Ärzten nicht vorhalten.

Herausforderungen und Ausblick

Neben diesen genannten Punkten sind zukünftig aber auch noch andere Probleme im Bereich der Komplexität von Heilverfahren und Vergütungsstrukturen zu lösen. Es sind z. B. folgende Felder zu nennen:

- Wer legt definitiv die Einstufung VAV oder SAV fest? Steuert letztendlich der Arzt, der Sachbearbeiter oder der Rehamanager?
- Wann tritt die Verlegungspflicht genau ein?
- Sind die Vergütung und die Heilverfahrenssteuerung kongruent?
- Sind die Qualitätsanforderungen ausreichend finanziert?

Letztlich soll noch auf einen Punkt hingewiesen werden: In den Anforderungen des SAV in Ziffer 3.6 sind auch Pflichten normiert, die Fristen betreffen. Für die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern im SAV und den UV-Trägern gelten über die Regelungen des Arztevertrages hinaus nämlich nunmehr grundsätzlich die folgenden Fristen:

- Eingang des Durchgangsarztberichtes beim Unfallversicherungsträger spätestens 3 Werktage nach Erstbehandlung sowie
- Eingang des Entlassungsberichtes beim Unfallversicherungsträger spätestens 3 Werktage nach der Entlassung aus stationärer Behandlung.

Diese beiden Punkte sind derzeit noch nicht abschließend beurteilbar, aber bei der zukünftigen elektronischen Übermittlung des D-Arzt-Berichtes oder des Entlassungsberichtes müsste diese 3-Tages-Frist einzuhalten sein.

Darüber hinaus gelten folgende Fristen:

- Durchführung von Heilverfahrenskontrollen einschließlich der Berichterstattung innerhalb von 10 Kalendertagen nach Anforderung durch den UV-Träger.
- Bei planbaren stationären Behandlungsmaßnahmen, die durch den UV-Träger eingeleitet werden, unverzügliche stationäre Aufnahme, spätestens innerhalb 1 Woche, Gleiches gilt für ambulante Vorstellungen.
- Für die Gutachtenerstellung gelten grundsätzlich die Regelungen des Arztevertrages; bei komplexen Gutachten gilt ein Zeitziel von 8 Wochen nach Auftragseingang.

Das Krankenhaus dokumentiert die Einhaltung dieser Zeitziele.

Die 3 letztgenannten Fristen sind aus heutiger Sicht wie folgt zu beurteilen:

- Heilverfahrenskontrollen innerhalb von 10 Tagen: Nein, diese Frist wird derzeit von den SAV-Kliniken nicht eingehalten.
- Stationäre Behandlung: Eher nein, die unverzügliche stationäre Aufnahme, spätestens innerhalb 1 Woche, funktioniert in der Regel auch nicht. Beispielsweise beträgt im Schnitt die Frist zur Durchführung einer Schmerztherapie derzeit etwa 3 Monate.
- Gutachten: 3 Wochen eher nein, Einhaltung des Zeitziels von 8 Wochen in vielen Fällen ja.

Vorläufiges Fazit

Aus den Erfahrungen eines Unfallversicherungsträgers kann folgendes – vorläufiges – Fazit gezogen werden:

Die Neuausrichtung der Heilverfahren stellt für die Versorgung unfallversicherter Patienten einen gelungenen Schritt in der Organisation von Gesundheit dar.

Trauma Berufskrankh 2016 · [Suppl 4]: 18:S307–S309 DOI 10.1007/s10039-016-0143-8
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

T. Meiser

Erste Erfahrungen mit dem neuen stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung. Erfahrungen eines Unfallversicherungsträgers

Zusammenfassung

Mit der Neuordnung im stationären Bereich sollen Effektivität und Effizienz der stationären Versorgung gestärkt werden. Deshalb wurde aus dem bisher zweizügigen System der stationären Versorgung ein dreizügiges System geschaffen mit dem stationären D-Arzt-Verfahren, dem Verletzungsartenverfahren (VAV) und dem neuen Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Ziel war es, besonders kosten- und folgenreiche Verletzungsfälle in die Kliniken des SAV zu steuern. Die

Neuausrichtung der Heilverfahren stellt für die Versorgung unfallversicherter Patienten einen gelungenen Schritt in der Organisation von Gesundheit dar. Zukünftig wird v. a. eine medizinökonomische Effizienzsteigerung benötigt.

Schlüsselwörter

Effektivität · Effizienz · Verletzung · Versorgung · Qualitätssicherung

Initial experiences with the new inpatient procedure of the German statutory accident insurance. Experiences of an insurance underwriter

Abstract

The new regulations for the inpatient field aim at strengthening the efficiency and effectiveness of inpatient treatment. The previous two-stage system for inpatient treatment has therefore been converted into a three-stage system involving the stationary accident insurance consultant procedure, the injury type procedure (VAV) and the severe injury type procedure (SAV). The aim is to steer particularly costly injury cases and those with far-reaching consequences to hospitals

experienced in the SAV system. The new design of the healthcare system represents a successful stage in the organization of healthcare for the treatment of patients with accident insurance. In the future an increase in the economic efficiency of medical services will be necessary.

Keywords

Effectiveness · Efficiency · Injuries · Treatment · Quality assurance

Allerdings wird zukünftig v. a. eine medizinökonomische Effizienzsteigerung benötigt durch

- Entwicklung eines Steuerungstools bei Komplikations- und Revisionsfällen,
- die Weiterentwicklung unserer Behandlungsstandards und v. a. auch unserer Heilverfahrenssteuerung,
- die Anpassung der Vergütungsstrukturen in den Kliniken und v. a.
- die stärkere Etablierung der Versorgungsforschung im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Korrespondenzadresse

T. Meiser

Unfallkasse Saarland
Beethovenstr. 41, 66125 Saarbrücken-
Dudweiler, Deutschland
himbert@uks.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Meiser gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.