

Hans Jürgen von Rimscha

Landesverband Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften, München

Anforderungen an Krankenhäuser für die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren

Ablauf der 5-jährigen Übergangsfrist zum 31.12.2003

Zusammenfassung

Die am 1.1.1999 in Kraft getretenen und am 1.1.2002 neu gefassten „Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV)“ enthalten spezielle Forderungen, die bis zum Ablauf der Übergangsfrist zum 31.12.2003 erfüllt sein müssen. Die Neuregelungen werden, insbesondere im Hinblick auf die notwendige Struktur der chirurgischen Abteilung, inhaltlich dargestellt, und mögliche Alternativen werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter

Anforderungen an Krankenhäuser für die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren · VAV · Struktur der chirurgischen Abteilung · Übergangsfrist

Anforderungen an Krankenhäuser

Um ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, haben die Unfallversicherungsträger besondere Verfahrensarten für die Heilbehandlung entwickelt und setzen hierbei auch die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen für

- die fachliche Befähigung,
- die sächliche und personelle Ausstattung sowie
- die zu übernehmenden Pflichten

fest.

Unter anderem werden Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) aufgestellt, die zuletzt mit Wirkung vom 1.1.2002 neu gefasst worden sind (Abb. 1).

Im Wesentlichen galt diese Neufassung der inhaltlichen und redaktionellen Anpassung an die „Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen“ des Robert Koch Instituts (RKI-Empfehlungen). Wegen der herausragenden Bedeutung der notwendigen Anforderungen an die Hygiene und der immer wieder in die Welt gesetzten Behauptungen, die Unfallversicherungsträger würden in diesem Punkt überzogene Forderungen stellen, werden kurz die Schwerpunkte der Anforderungen für die Operationsabteilung dargestellt.

Operationsabteilungen

Ausstattung und Funktionsabläufe der Operationsabteilungen müssen der besonderen Aufgabenstellung in der unfallchirurgischen Versorgung entsprechen; die hygienischen Anforderungen an die baulich-funktionelle und betrieblich organisatorische Gestaltung richten sich entsprechend der besonderen Aufgabenstellung nach dem Infektionsschutzgesetz (IFG) und den hierauf basierenden RKI-Empfehlungen.

Durch eine adäquate räumliche Gliederung der Räume für Eingriffe nach Gruppe I/II und Gruppe III/IV (eigenständig oder abtrennbarer Operationsbereich) ist ein hygienisch einwandfreies Arbeiten sicherzustellen. Eigenständigen Operationsräumen bzw. Operationsabteilungen für Eingriffe nach Gruppe III/IV müssen Personalschleuse und Patientenübergaberaum, abgetrennten Operationsräumen für Eingriffe nach Gruppe III/IV eine eigene Personalauskleidemöglichkeit und ein eigener Patientenübergaberaum zugeordnet sein.

© Springer-Verlag 2003

Hans Jürgen von Rimscha
Landesverband Bayern und Sachsen
der gewerblichen Berufsgenossenschaften,
Am Knie 8, 81241 München
E-mail: service@muenchen.lvbg.de,
Phone: 089-82003500, Fax: 089-82003599

H.J. von Rimscha

Requirements of hospitals for approval for treatments of specific types of injury. Expiry of the 5-year transitional period on 31 December 2003

Abstract

The „Anforderungen an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV)“ (requirements of hospitals applying for approval for administration of treatments for specific types of injury) that came into force on 1 January 1999 and were revised on 1 January 2002 include specific demands that must be met by the time the 5-year transitional period expires on 31 December 2003. The new regulations are presented with special reference to the way surgical departments will need to be structured and possible alternatives are highlighted.

Keywords

Requirements for approval of hospitals wishing to administer treatments for specific types of injuries · Treatments for specific types of injuries · Structure of surgical departments · Period of transition



Abb. 1 ▲ Anforderungen an Krankenhäuser für die Zulassung zum VAV

Mit diesen Forderungen werden die Festlegungen der RKI-Empfehlungen für die unfallchirurgische Versorgung konkretisiert, von einem Mehr oder von überzogenen Forderungen der Unfallversicherungsträger kann nicht die Rede sein.

Diese jüngste Neufassung der „Anforderungen“ hat der Landesverband mit Schreiben vom 1.3.2002 den unfallchirurgischen Chefärzten, den Verwaltungsleitungen und den Trägern der zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhäuser mitgeteilt.

Unfallchirurgische Abteilungen

Die für die Strukturen der unfallchirurgischen Abteilungen wesentlichen Bestimmungen sind mit Wirkung vom 1.1.1999 neu gefasst worden (Abb. 2).

Das zum Verletzungsartenverfahren zugelassene Krankenhaus muss – kurz gesagt – über einen unfallchirurgischen Schwerpunkt verfügen, und zwar unter der fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfreien Leitung durch einen Unfallchirurgen, der nach Erwerb der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie mindestens 3 Jahre in der un-

fallchirurgischen Abteilung eines zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses adäquat tätig gewesen ist und über die Weiterbildungsbeugnis im Schwerpunkt Unfallchirurgie verfügt, die in der Regel 2 Jahre nicht unterschreiten soll.

Um eine entsprechende Struktur herzustellen, ist eine Übergangszeit von 5 Jahren seit 1.1.1999 vorgesehen.

Mit Rundschreiben vom 7.1.1999 hat der Landesverband Chefärzte, Verwaltungsleitungen und Träger aller zugelassenen Häuser auf die Notwendigkeit der Neustrukturierung und den Ablauf der Übergangsfrist hingewiesen. Die Halbzeit der Übergangsfrist, die am 31.12.2003 abläuft, ist überschritten.

Derzeitiger Stand in Bayern und Sachsen

Von den in Bayern zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen 148 Krankenhäusern haben nach derzeitigem Kenntnisstand 52 Krankenhäuser einen unfallchirurgischen Schwerpunkt im Sinn der „Anforderungen“, in Sachsen sind es 26 von zurzeit 41 zugelassenen Krankenhäusern (Tabelle 1).

Es besteht also Handlungsbedarf. Es geht einmal darum, die flächendeckende Versorgung schwer unfallverletzter Personen sicherzustellen; aus Sicht der Krankenhäuser geht es um eine nun fällige Entscheidung über die Strukturierung ihres Hauses und die Wahl des Schwerpunkts ihrer künftigen Tätigkeit im Fachgebiet Chirurgie.

Der Landesverband Bayern und Sachsen überprüft zurzeit das flächendeckende Netz aus unfallchirurgischen Schwerpunkten in den beiden Freistaaten Bayern und Sachsen. Es gibt – was

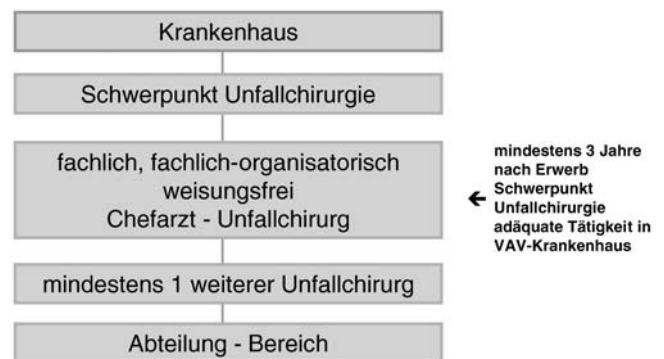


Abb. 2 ► Anforderungen an unfallchirurgischen Abteilungen für die Zulassung zum VAV

Tabelle 1
VAV-Krankenhäuser in Bayern und Sachsen

Bundesland	Gesamt	Mit unfallchirurgischem Schwerpunkt	Noch ohne Gliederung
Bayern	148	52	96
Sachsen	41	26	15

bei den genannten Zahlen nicht verwunderlich sein dürfte – noch einige weiße Flecken. Dem Landesverband ist aber auch bekannt, dass eine Reihe von Krankenhäusern Planungen anstellt, die „Anforderungen“ durch entsprechende Umstrukturierungen zu erfüllen. Hierbei wird natürlich gerne Beratung angeboten. Auch werden bisher noch nicht offenkundig entsprechend tätig gewordene Krankenhäuser an das Informationsschreiben vom 7.1.1999 und vom 1.3.2002 erinnert und entsprechende Beratung, falls sie gewünscht wird, offeriert.

Erforderliche Krankenhausstruktur

Die ggf. neu aufzubauende Struktur wird von der Größe der chirurgischen Abteilung und von der Tiefe der unfallchirurgischen Versorgung, die vorgehalten werden soll, abhängen. Außerdem besteht über die Forderung, dass der Chefarzt über die Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt Unfallchirurgie verfügen muss, die in der Regel 2 Jahre nicht unterschreiten soll, eine Verknüpfung mit den Voraussetzungen, die die Landesärztekammern für die Weiterbildungsbefugnis fordern. Selbstverständlich nehmen die UV-Träger keinerlei Einfluss auf diese Entscheidungen; sie machen die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren in diesem Punkt von der Entscheidung über die Weiterbildungsbefugnis durch die Landesärztekammern abhängig.

Für die Möglichkeit, entsprechend den „Anforderungen“ einen Schwerpunkt Unfallchirurgie zu bilden, stehen unterschiedliche Organisationsmodelle zur Verfügung:

- Modell 1 (Abb. 3a): Errichtung einer eigenständigen Klinik oder Abteilung für Unfallchirurgie („größerer“ Schwerpunkt)

Hierfür ist eine Weiterbildungsbefugnis für den Chefarzt, d. h. Unfallchirurgen, im Schwerpunkt Unfallchirurgie in der Regel für 3 Jahre (selbstständige Abteilung für Unfallchirurgie an Kliniken mit angemessener Größe und Patientendurchgang und umfassendem Spektrum in der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie entsprechend einer Gesamtversorgung in der Unfallchirurgie) oder für nicht unter 2 Jahre (gegliederte selbstständige unfallchirurgische Abteilung in der Versorgungsstufe Schwerpunktkliniken) erforderlich.

derlich. Die selbstständige Abteilung kann auch durch Teilung einer bisherigen Gesamt- oder allgemeinchirurgischen Klinik entstehen. Das ist in der Regel unproblematisch, wenn es sich um eine Klinik von 70–80 Betten handelt und bislang neben dem Chefarzt für Chirurgie mindestens 3 Oberärzte tätig sind. Künftig gibt es dann 2 Chefärzte, die jeweils von 1 Oberarzt vertreten werden können, wobei mindestens 1 Oberarzt Unfallchirurg sein muss.

- Modell 2 (Abb. 3b): Funktionelle Gliederung einer Abteilung im „Kollegial-System“

Zwingende Voraussetzung ist, dass der unfallchirurgische Chefarzt von einem Oberarzt vertreten wird, der Unfallchirurg sein muss. Die Anforderungen zur Weiterbildungsbefugnis wurden bereits oben erläutert.

- Modell 3 (Abb. 3c)

Die chirurgische Abteilung wird nicht geteilt und steht unter der Leitung eines geschäftsführenden Chefarztes, der entweder z. B. Unfallchirurg oder Viszeralchirurg ist. Unter dem geschäftsführenden Chefarzt gibt es – jeweils fachlich und fachlich-organisatorisch weisungsfrei – 2 Abschnitte unter jeweils einem leitenden Arzt; der unfallchirurgische Abschnitt muss wiederum nach dem leitenden Arzt mit einem weiteren Unfallchirurgen besetzt sein.

Ein ähnliches Konstrukt ist die – wohl häufiger angestrebte Lösung –, dass der bisherige Chefarzt für Chirurgie als Chefarzt für Unfallchirurgie „firmiert“, die Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie aber im bisherigen Umfang gleichsam als Sekundärleistung erbracht wird.

Für die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren und für die Weiterbildungsbefugnis im Schwerpunkt Unfallchirurgie muss jedoch nachgewiesen werden, dass eine unfallchirurgische Schwerpunktbildung bezüglich Patientendurchgang und Schwere der behandelten Verletzungen tatsächlich besteht und dass die Weiterbildung der Assistenten tatsächlich ausschließlich oder weit überwiegend im Schwerpunkt Unfallchirurgie erfolgt.

Eine nur optische „Teilung“ (Abb. 4) einer bisherigen allgemeinchirurgischen Abteilung in der Alternative „Chefarzt ist

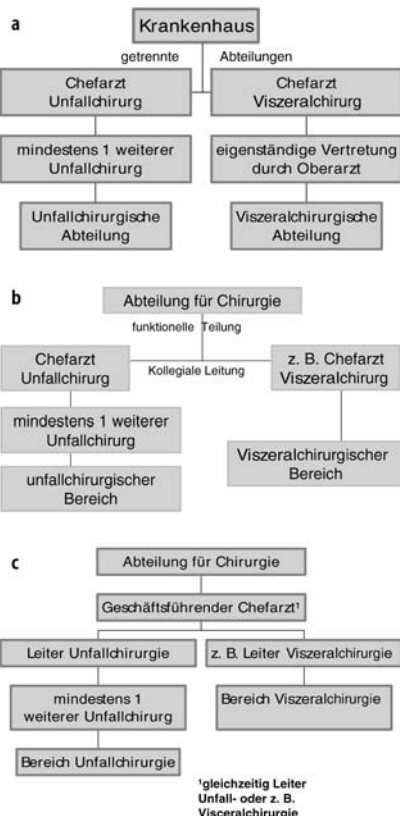


Abb. 3a–c ▲ Strukturen im Sinn der Anforderungen, a Modell 1, b Modell 2, c Modell 3

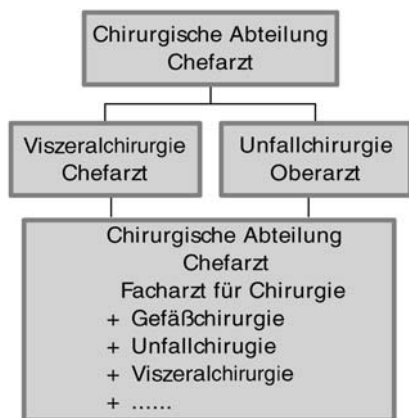


Abb. 4 ▲ Nicht geeignete Strukturen

Viszeralchirurgie“, „Chefarzt mit auf dem Papier zugesprochener fachlich und fachlich-organisatorischer Weisungsfreiheit ist Unfallchirurg“, Oberarzt vertritt beide „Leiter“ der Bereiche, wird den „Anforderungen“ nicht gerecht; eine Weiterbildungsbefugnis käme bei dieser Konstellation auch nicht in Betracht. Gleiches gilt für ein ähnliches Konstrukt, dass der bisherige Oberarzt, sprich Unfallchirurg, in die Position des 2. Chefarztes „gehoben“ wird mit der Maßgabe, dass beide Ärzte sich gegenseitig vertreten und dass für beide Ärzte gemeinsam noch ein Oberarzt zur Verfügung steht.

Die dargestellten Alternativen einer grundsätzlich in Betracht kommenden Strukturierung werden nicht jeden Einzelfall exakt treffen können. Sie geben die Richtung an, in die sich Überlegungen, die jetzt aber auch dringend fällig werden, entwickeln können.

Neben den strukturellen Überlegungen für das einzelne Krankenhaus sind darüber hinaus natürlich auch Überlegungen auf Seiten der Träger anzustellen und zu berücksichtigen, die unter der Notwendigkeit einer „rentablen“ Spezialisierung in einzelnen Schwerpunkten natürlich auch die Versorgungsstruktur in Häusern der Region zu berücksichtigen haben. Bei unter gleicher Trägerschaft stehenden, mehreren zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhäusern in örtlicher Nähe werden Überlegungen über die Gewichtung auf Unfallchirurgie einerseits und Viszeralchirurgie andererseits angestellt, z. B. mit dem Ergebnis, dass ein Haus im Landkreis den Schwerpunkt Unfallchirurgie erhält, das andere den Schwerpunkt Viszeralchirurgie. Mit dem Wegfall der Zulassung zum Verletzungsartenverfahren wird die Frage zu lösen sein, was dann mit dem Durchgangsarztverfahren an diesem Hause wird. Grundsätzlich wird das Durchgangsarztverfahren nicht tangiert.

Übergangsfälle, wie z. B. auch das alsbaldige Ausscheiden des bisherigen Chefarztes, auch nach Ablauf der Übergangsfrist, aus dem aktiven Berufsleben werden unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls gelöst werden.

Heute geht es darum, die Hinweise auf die Notwendigkeit der Strukturierung, die nicht nur von den „Anforderungen“ ausgeht, in Erinnerung zu rufen und in diese Überlegungen die bislang gemachten Erfahrungen einfließen zu lassen.

Zusammengefasst sind folgende Orientierungspunkte für die Neustrukturierung zu nennen:

1. Struktur des Einzugsgebiets
2. Unfallchirurgisches Spektrum der betreffenden Einrichtung
3. Anzahl der Fälle des Verletzungsartenverfahrens
4. Konsequenzen bei der Beendigung des Verletzungsartenverfahrens
5. Abteilungsgröße

Ende der Übergangsfrist

Krankenhäuser, die auch die neuen Anforderungen am 31.12.2003 erfüllen, behalten ohne weitere Akte die Zulassung.

Bei Krankenhäusern, die die Anforderungen endgültig nicht erfüllen – können oder wollen –, endet die Zulassung zum 31.12.2003. Vorbehaltlich besonderer Entscheidungen auch des Krankenausträgers wird das Durchgangsarztverfahren von der Beendigung der Zulassung zum Verletzungsartenverfahren (durch Kündigung des Vertrags über die Zulassung) nicht betroffen. Natürlich müssen hierbei die persönlich-fachlichen Voraussetzungen des Durchgangsarztverfahrens erfüllt sein.

In besonderen Fällen können Einzelfallregelungen getroffen werden.

Resümee

Miteinander können die hohen Ansprüche, die die Ärzte und der Landesverband als Organisationsträger an die unfallchirurgische Behandlung unfallverletzter Patienten stellen, im abgestimmten Miteinander weiterhin gut und gesichert erfüllt werden.