

A. Kranig

Abteilung Versicherung und Leistungen, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Berlin

Neuausrichtung der Heilverfahren

Sicht der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Ausgangssituation

Die Gesetzliche Unfallversicherung steht in den letzten Jahren im Hinblick auf ihre Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation „mit allen geeigneten Mitteln“ unter einem gesteigerten Legitimations- und Argumentationsdruck. Die Anforderungen an den Nachweis von Qualität und Wirtschaftlichkeit auch für die medizinischen und rehabilitativen Leistungen der Gesetzlichen Unfallversicherung sind deutlich gestiegen. Darüber hinaus hat sich ein tiefgreifender Wandel in der Krankenhauslandschaft vollzogen – es gibt den neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie erhebliche Änderungen im Kassenarztrecht. Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken arbeiten heute in weitgehend anderen Organisationsformen als noch vor etwa 20 Jahren.

Vor dem Hintergrund dieser veränderten Rahmenbedingungen und neuen Herausforderungen hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) eine Überprüfung ihrer stationären und ambulanten Heilverfahren eingeleitet. Ziel ist es, die qualitäts- und bedarfsorientierten Strukturen weiter zu stärken, ohne dabei die bewährten Prinzipien, wie die Auswahl besonders qualifizierter Leistungserbringer oder die Steuerung durch die Durchgangsarzte, aufzugeben.

Eckpunkte zur Neuausrichtung

Mit dem oben genannten Ziel wurden im Jahr 2008 Eckpunkte zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung erarbeitet. Auf Beschluss der Mitgliederversammlung der DGUV wurden sie im ersten Halbjahr des Jahres 2009 in den Selbstverwaltungen der Unfallversicherungsträger, aber auch mit den Verbänden auf der Leistungserbringerseite sowie mit den maßgeblichen Fachgesellschaften umfassend erörtert. Die endgültige Verabschiedung des Eckpunktepapiers erfolgte zur Jahresmitte 2009 durch die Mitgliederversammlung der DGUV.

Entsprechende Konzepte zu den Einzelbereichen, z. B. Vorschläge zur Neufassung des Arztervertrages oder der Anforderungen im Verletzungsartenverfahren (VAV), sollen anschließend erarbeitet, verhandelt und beschlossen bzw. vereinbart werden. Ab 2010 sollen sie dann – voraussichtlich in zeitlichen Stufen – in Kraft treten und umgesetzt werden.

Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren)

Für den ambulanten und den stationären Bereich unserer Heilverfahren stellt sich die Frage, ob das D-Arzt-Verfahren einer Umstrukturierung bedarf. Ausgangspunkt dieser Überlegungen ist der neue Facharzt für Orthopädie und Unfallchi-

urgie. Nach dessen Einführung im Jahr 2003 gibt es zunehmend Absolventen dieses Weiterbildungsgangs, und es ist zu klären, unter welchen Voraussetzungen die neuen Fachärzte an den Unfallheilverfahren zu beteiligen sind. Bekanntlich wurde – auch auf Initiative des damaligen HVBG (Hauptverband der Gewerblichen Berufsgenossenschaften) – eine besondere Zusatzqualifikation „Spezielle Unfallchirurgie“ geschaffen, die wir seit 2005 immer auch als Zulassungsvoraussetzung für das D-Arzt-Verfahren verlangen, unabhängig davon, ob es sich um einen D-Arzt im Krankenhaus oder in niedergelassener Praxis handelt.

Aus unserer damaligen Perspektive war deutlich: Die Weiterbildungsinhalte für den gemeinsamen Facharzt würden bezogen auf die unfallchirurgischen Anteile niedriger sein als die Qualifikation des Chirurgen mit der bisherigen Schwerpunktbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“. Daraus ergab sich, dass die Inhalte der Weiterbildung weiter vertieft werden mussten.

Aus heutiger Sicht darf aber auch nicht übersehen werden, dass dem neuen gemeinsamen Facharzt bereits in der Basisweiterbildung weitreichende unfallchirurgische Fertigkeiten vermittelt werden. Auch geht die 3-jährige Zusatzqualifikation inhaltlich sowie zeitlich erkennbar über die frühere Schwerpunktbezeichnung hinaus. Nicht zuletzt bedeu-

A. Kranig

Neuorientierung der Heilverfahren. Sicht der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen und neuer Herausforderungen hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) eine Überprüfung ihrer stationären und ambulanten Heilverfahren eingeleitet, mit dem Ziel, die qualitäts- und bedarfsorientierten Strukturen weiter zu stärken, ohne dabei bewährte Prinzipien aufzugeben. Grundlage hierfür ist das 2009 verabschiedete Eckpunktepapier, auf dessen Basis entsprechende Konzepte zu den Einzelbereichen erarbeitet und umgesetzt werden sollen. Eine Neuorientierung ist insbesondere hinsichtlich des Durchgangsarztverfahrens – Stichwort

neuer Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie – und der stationären Heilverfahren erforderlich, aber auch eine Anpassung an Entwicklungen im Vertragsarztrecht, die Etablierung eines neuen Qualitätssicherungssystems und eine Stärkung des Rehabilitationsmanagements sind vorgesehen. Zudem ist zu prüfen, ob der gesunkene Bedarf nicht ebenfalls einer Anpassung bedarf.

Schlüsselwörter

Heilverfahren · Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung · Eckpunktepapier · Durchgangsarztverfahren · Qualitätssicherung

Realigning medical treatment. From the perspective of the German statutory accident insurance (DGUV)

Abstract

Against the background of changed basic parameters and new challenges, the German statutory accident insurance (DGUV) has initiated a review of in- and out-patient treatment. The review, which is aimed at strengthening quality- and demand-oriented structures while preserving tried-and-tested principles, is based on the White Paper approved in 2009 setting out the relevant concepts for individual areas. Realignment is required in particular in the area of authorized medical examiners (keyword: new specialist for orthopaedics and trauma surgery) and in-patient

treatment, while adjustments to come in line with changes in the regulations governing SHI-accredited physicians, the establishment of a new quality assurance system and strengthening of rehabilitation management are also planned. It is also necessary to establish whether adjustments need to be made in response to reduced demand.

Keywords

Medical treatment · German statutory accident insurance · White paper · Authorized medical examiner · Quality assurance

tet die Zusatzqualifikation einen erheblichen Weiterbildungsaufwand, den möglicherweise eine Vielzahl von Fachärzten in Zukunft scheuen wird. Erste Hinweise auf eine solche Entwicklung liegen uns bereits vor.

Konkret folgt daraus die Frage, ob für jeden D-Arzt in Zukunft noch die Zusatzqualifikation „Spezielle Unfallchirurgie“ gefordert werden muss oder ob Modifikationen möglich sind. So kristallisiert sich die Möglichkeit einer gestuften D-Arzt-Zulassung mit Unterschieden in den geforderten Qualifikationen heraus. Sinnvoll erscheint eine Unterscheidung zwischen dem stationär tätigen Durchgangsarzt (insbesondere am Traumazentrum) einerseits und ambulant tätigen D-Ärzten andererseits. Dabei ist zu diskutieren, für welche ambulanten Tätigkeiten die Zusatzqualifikation weiterhin zu fordern ist oder ob sie durch weitere Qualifikationen ersetzt werden kann.

Bei einer zukünftig gestuften D-Arzt-Beteiligung mit dem neuen gemeinsamen Facharzt als Basis wäre ferner auch die bisherige Unterscheidung zwischen D- und H-Arzt (Heilbehandlungsarzt) zur Disposition gestellt, zumal sich der heutige H-Arzt-Katalog aus unserer Sicht nicht gerade bewährt hat.

In jedem Fall werden wir bei einer Neugliederung des D-Arzt-Verfahrens darauf achten, dass transparente und klare Strukturen gegeben sind. Richtschnur unserer Entscheidungen bleibt stets, dass die bisherige hohe Qualität bewahrt bleibt und ggf. noch gesteigert wird.

Auf Einzelheiten der derzeit geltenden Abstufung zwischen den stationär bzw. ambulant tätigen D-Ärzten und den H-Ärzten sowie der bereits relativ weit gediehenen Reformvorschläge hierzu soll im Hinblick auf die Beiträge von Herrn Weiler [4] und Herrn Prof. Bühren [1] nicht näher eingegangen werden.

Anpassung an Entwicklungen im Vertragsarztrecht

Ein weiterer wichtiger Punkt wird sein, die Entwicklungen im vertragsärztlichen Bereich (insbesondere die Gestaltungsmöglichkeiten nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus dem Jahr 2005) hinsichtlich ihrer Auswirkungen

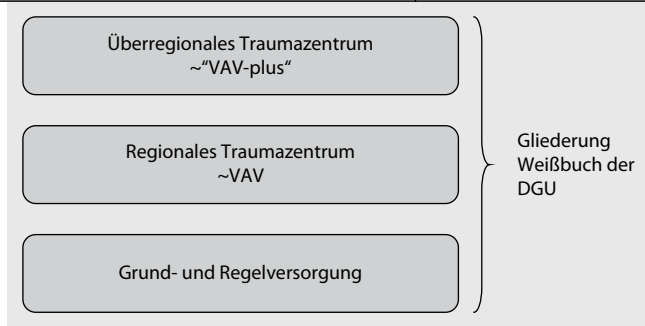


Abb. 1 ◀ Wünschenswerte Grundstruktur der Versorgung, DGU Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, VAV Verletzungsartenverfahren

auf die unfallmedizinische Versorgungslandschaft genauer zu untersuchen. Die wachsende Zahl von Berufsausübungsgemeinschaften, die erweiterten Möglichkeiten zur Anstellung weiterer Ärzte und die Möglichkeit einer Tätigkeit an mehreren Praxissitzen sind nur einige Punkte, auf die wir uns einstellen müssen. Hier besteht sicher noch Anpassungs- und Abstimmungsbedarf.

Neuordnung der stationären Heilverfahren

Die stationären Heilverfahren sind in der Gesetzlichen Unfallversicherung heute im Grundsatz 2-stufig gegliedert. Neben Krankenhäusern der Basisversorgung, an denen durchaus auch ein Durchgangsarzt für die Gesetzliche Unfallversicherung tätig sein kann, sind derzeit etwa 600 Krankenhäuser zum VAV zugelassen. Bei dieser Zulassung wird nicht weiter zwischen Schwerpunktkliniken und Häusern der unfallchirurgischen Maximalversorgung oder besonderen Traumazentren unterschieden, sondern die Krankenhäuser werden bei Erfüllung der von der Gesetzlichen Unfallversicherung formulierten hohen Anforderungen an die Qualifikation und Ausstattung grundsätzlich zum VAV zugelassen. Liegt eine der 10 Katalogverletzungen des Verletzungsartenverzeichnisses vor, besteht eine Vorstellspflicht in einer VAV-Klinik.

Weißbuch der DGU, Traumanetzwerke und Heilverfahren der Unfallversicherung

Mit dem Weißbuch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) [2] aus dem Jahr 2006 wurde eine strukturell neue Grundlage für die Versorgung Schwerst- und Mehrfachverletzter in Deutschland

geschaffen. Es sieht die Bildung von regionalen Traumanetzwerken unter Beteiligung von Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstufen vor. Neben den Krankenhäusern der unfallchirurgischen Grund- und Regelversorgung beschreibt es regionale und überregionale Traumazentren (■ **Abb. 1**) und formuliert Anforderungen an die Qualifikation und Ausstattung der jeweiligen Versorgungsstufe. Zugleich werden Zuweisungs- und Verlegungskriterien sowie Kommunikationswege im Netzwerk beschrieben.

Die fortschreitende Implementierung 3-stufiger Traumanetzwerke mit einer klar beschriebenen Zuweisung nach Verletzungsart und -schwere sollte für die Gesetzliche Unfallversicherung Anlass sein, zu prüfen, ob die stationären Heilverfahren nicht ebenfalls stärker nach Schweregrad und Folgewirkungen der Verletzungsfälle differenziert werden sollten. Wenngleich das Weißbuch und die Initiative TraumaNetzwerk^D der DGU auf die Versorgung Schwerst- und Mehrfachverletzter mit lebensbedrohlichen Verletzungsfolgen zugeschnitten sind und damit nur einen Teil der in der Gesetzlichen Unfallversicherung besonders bedeutsamen Fälle abdecken, kann die Struktur des Weißbuchs mit der vorgesehenen zielgerichteten Fallsteuerung durchaus als „Blaupause“ für ein zukünftiges SGB-VII-Heilverfahren (SGB: Sozialgesetzbuch) dienen. Im Zusammenspiel zwischen TraumaNetzwerk^D und Heilverfahren sollten deshalb zunächst die Anforderungen des heutigen VAV mit den im Weißbuch beschriebenen Anforderungen abgeglichen werden. Des Weiteren ist das Beteiligungsverfahren durch die Landesverbände der DGUV mit dem Zertifizierungsverfahren im TraumaNetzwerk^D abzustimmen. Auch wird zu untersuchen sein, ob und wie die qualitätssichernden

Elemente, die das TraumaNetzwerk^D beinhaltet, für die Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Unfallversicherung genutzt werden können. Zu nennen sind hier insbesondere die regelmäßige Rezertifizierung sowohl der Netzwerke als auch der einzelnen Kliniken sowie die Daten des Traumaregisters, an dem sich jede Klinik des TraumaNetzwerk^D zu beteiligen hat.

Um hier Fortschritte zu erzielen, wollen wir uns mit dem Arbeitskreis Umsetzung TraumaNetzwerk^D in einer gemeinsamen Lenkungsgruppe auf Bundesebene abstimmen und dies auf regionaler Ebene in Gesprächskreisen zwischen den Sprechern der Traumanetzwerke und unseren Landesverbänden fortsetzen. Die Auftaktveranstaltung hierzu fand im Mai 2009 in Berlin statt.

Wenn es uns auf diese Weise gelingt, das Konzept der Traumanetzwerke mit dem SGB-VII-Heilverfahren abzustimmen, könnte sich als Grundstruktur für beide die in ■ **Abb. 1** dargestellte Stufe ergeben.

Weitere Diskussionspunkte zu den stationären Heilverfahren

Da das Weißbuch der DGU unmittelbar nur einen Teil der besonders relevanten Unfälle im Versorgungsgeschehen der gesetzlichen Unfallversicherung betrifft, sollte bei der Prüfung, wie die Heilverfahren stärker differenziert werden können, über die weiteren Fälle von sozialpolitischer und ökonomischer Relevanz beraten werden. Es sind die Fälle zu identifizieren, die über hohe Arbeitsunfähigkeitszeiten und Rentenzugänge besonders hohe Kosten verursachen oder die besonders tiefgreifende Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität der Versicherten haben. Diese Fälle sollten besonders geeigneten Trauma- und Rehabilitationszentren zugeführt werden.

Zudem ist zu diskutieren, welche Qualitätskriterien zur Abstufung der verschiedenen in Anspruch genommenen Leistungsanbieter formuliert werden sollen. Diese sollten es auch ermöglichen, die Unterschiede zwischen einer Heilbehandlung „mit allen geeigneten Mitteln“ im Sinne der Gesetzlichen Unfallversicherung von dem Maß des Notwendigen, das

in der Gesetzlichen Krankenversicherung den Maßstab bildet, zu beschreiben.

Soweit sich die Gesetzliche Unfallversicherung für eine stärkere Differenzierung der Heilverfahren nach Bedarfs- und Qualitätsaspekten entscheidet, ist auch zu überlegen, welche Verlegungskriterien zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen vereinbart werden und wie man aufwandsgerechte Vergütungsregeln für die jeweilige Versorgungsstufe, soweit dies im geltenden DRG-System (DRG: „diagnosis related groups“) möglich ist, schafft. Letztlich wird dann auch darüber zu diskutieren sein, welche Möglichkeiten zur Durchsetzung der Anforderungen bestehen, die mit der Schaffung neuer Strukturen verbunden sind. Falls beispielsweise ein Verletzter nicht der für die Behandlung vorgesehenen Versorgungsstufe zugeführt wird, müssen wir hierauf mit wirksamen Mitteln reagieren können.

Qualitätssicherung

Ein weiterer wesentlicher Punkt unserer Überlegungen betrifft die Einführung eines neuen Qualitätssicherungssystems auch für den stationären Bereich. Derzeit erfolgt meist nur eine einmalige Überprüfung der hohen Strukturanforderungen in den Häusern. Ziele sind eine größere Kontinuität in der Qualitätskontrolle sowie die Einbeziehung von Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität. Um hier ein wirksames Instrument schaffen zu können, wird man konsequenterweise auch über eine erfolgsorientierte Beteiligung von Krankenhäusern und eine befristete Zulassung bzw. eine Zulassung unter inhaltlichen Auflagen nachdenken müssen.

Die Gesetzliche Unfallversicherung wird daher prüfen, welche Kriterien der Prozess- und Ergebnisqualität und welche Daten/Instrumente zur Messung verfügbar sind oder verfügbar gemacht werden können. Wichtig ist auch, dass ein Qualitätssicherungssystem im beschriebenen Sinne keinen übermäßigen Aufwand für die Verwaltungen der Unfallversicherungsträger und die Kliniken und Ärzte mit sich bringt. Nach Möglichkeit soll deshalb auf bei den Trägern ohnehin vorhandene Daten zurückgegriffen werden. Schließlich wird es auch notwendig sein,

eine Befristung oder Zulassung unter Auflage angemessen auszugestalten, um den erheblichen Investitionen zur Erlangung einer Zulassung zu unseren Heilverfahren Rechnung zu tragen.

Hinweise auf Qualitätsmaßstäbe erhoffen wir uns von einem groß angelegten Forschungsvorhaben zur Ergebnisqualität in der Gesetzlichen Unfallversicherung, das im Jahr 2008 begonnen wurde. Es soll die Ergebnisqualität bei 6 Verletzungen aus dem Verletzungsartenverzeichnis überprüfen und weitere Optimierungsmöglichkeiten aufzeigen.

Qualität und Bedarf

Die Statistiken der Gesetzlichen Unfallversicherung weisen für die vergangenen Jahre und Jahrzehnte deutlich rückläufige Gesamtunfallzahlen aus. Das Risiko, einen Arbeitsunfall zu erleiden, ist deutlich gesunken. Dies kann einerseits als Beleg für die Erfolge der Anstrengungen im Bereich der Prävention gewertet werden, zeigt andererseits aber auch den Wandel in der Arbeitswelt hin zu weniger gefährdeten beruflichen Tätigkeiten.

Diese rückläufige Entwicklung bei den Unfällen insgesamt legt es nahe, zu prüfen, ob man Krankenhäuser und Ärzte wie bisher in grundsätzlich unbegrenzter Zahl an den Heilverfahren der Unfallversicherung beteiligt, soweit diese vorher festgelegte Strukturanforderungen erfüllen, oder ob man zu einer am tatsächlichen Bedarf der einzelnen Regionen orientierten Beteiligung übergeht. Ausgehend von der Annahme, dass die Qualität der Versorgung durch Konzentration von Fällen bei einzelnen Leistungserbringern weiter gesteigert werden kann, ist über die Einführung von Mindestfallmengen auch im stationären Bereich nachzudenken.

Ungeachtet der gesunkenen Gesamtunfallzahl wird die Bedeutung besonders schwerer Fälle, die für die Unfallversicherung sowohl aus versorgungspolitischer als auch aus ökonomischer Sicht eine außerordentlich hohe Relevanz haben, weiter unterstrichen.

Natürlich wird die Beteiligung von Leistungserbringern weiterhin aufgrund transparenter, justiziabler und nachprüfbarer Kriterien erfolgen. Die Bedarfserfüllung soll deshalb nicht zu streng regulier-

ten Verhältniszahlen mit der Folge eines „closed-shop“ führen. Wir werden vielmehr über Wettbewerbsstrukturen und Anreizsysteme nachdenken, die den Zugang von besser qualifizierten Leistungserbringern in bestimmten Bandbreiten weiterhin ermöglichen.

Einbeziehung weiterer spezialisierter Fachärzte und Krankenhäuser

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist seit einigen Jahren ein deutlicher Trend zur Konzentration und Spezialisierung der ärztlichen Leistungserbringung festzustellen. Wir prüfen deshalb, ob eine in fachlicher Hinsicht begrenzte Beteiligung von hochspezialisierten Fachärzten und Krankenhäusern sinnvoll ist. Eine Einbindung für bestimmte Eingriffe, z. B. für die Behandlung bestimmter Körperregionen, wäre denkbar. Dies würde sich aber auf planbare Behandlungen beschränken müssen.

Hierzu müssen wir klären, welche speziellen Arten von Eingriffen in Betracht kommen, wie wir diese als sinnvolle Ergänzung in unser System der SGB-VII-Heilverfahren einbauen und deren Steuerungsmechanismen auch insofern nutzen. Klar ist, dass wir dies nur zur sinnvollen Ergänzung unserer SGB-VII-Heilverfahren umsetzen werden und dass es darauf ankommt, auch hierfür qualitätssichernde Rahmenbedingungen festzulegen.

Stärkung des Rehabilitationsmanagements

Die Bemühungen der Unfallversicherungsträger um eine Vereinheitlichung ihres Rehabilitationsmanagements sollen auch in den Heilverfahren und den entsprechenden Anforderungen an die Leistungsanbieter abgebildet und konkretisiert werden. Die bislang schon erhobene Forderung nach einer Unterstützung der Unfallversicherungsträger bei der Durchführung des Rehabilitationsmanagements wird näher zu beschreiben sein. Dabei ist auch an eine entsprechende Qualifizierung der verantwortlichen Ärzte zu denken.

Fazit für die Praxis

Durch die Neuordnung des Heilverfahrens sollen einheitliche und verlässliche Strukturen für die ärztlichen Partner geschaffen werden, damit diese sich nicht auf eine Vielzahl von unterschiedlichen Verfahren in der Trägerschaft der Unfallversicherungen einstellen müssen.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kranig

Abteilung Versicherung und Leistungen,
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
(DGUV), Spitzenverband der gewerblichen
Berufsgenossenschaften und der Unfall-
versicherungsträger der öffentlichen Hand,
Albrechtstraße 10B, 10117 Berlin
Andreas.Kranig@dguv.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bühren V (2010) Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung: Heilverfahren aus der Sicht der Fachgesellschaften. Trauma Berufskrankh 12 [Suppl]
2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (2006) Weißbuch Schwerverletztenversorgung. DGU, Berlin
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2010) Eckpunktepapier, Bemerkungen zur Mitgliederversammlung 1/2009
4. Weiler FM (2010) Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung – derzeitiger Stand. Trauma Berufskrankh