

Neuausrichtung der Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung

Aktueller Stand und Ausblick

Seit dem Jahr 2008 arbeitet die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) an Konzepten zur Neuausrichtung der Heilverfahren. Für das Jahr 2010 werden erste konkrete Umsetzungsschritte erwartet, die das Durchgangsarzt- (D-Arzt-) und das Heilverfahrensarztverfahren (H-Arzt-Verfahren) betreffen. Auch bei den Überlegungen zu den stationären Heilverfahren, insbesondere zum Verletzungsartenverfahren (VAV), wurden im Jahr 2009 Fortschritte erzielt, und auch diesbezüglich zeichnen sich die Konturen deutlicher ab. Allerdings bedürfen die konzeptionellen Überlegungen zum stationären Bereich in mancher Hinsicht noch der Konkretisierung und Klärung. Mit einer stufenweisen Umsetzung kann hier ab dem Jahr 2011 gerechnet werden.

Mit der Neuausrichtung der Heilverfahren ist nicht beabsichtigt, deren bisherige bewährte Basis zu verlassen und ein von Grund auf neues Verfahren zu entwickeln. Vielmehr ist – ausgehend von dieser guten und bewährten Grundlage – eine Weiterentwicklung in einem veränderten Umfeld beabsichtigt.

Die DGUV ist stärker als bisher gefordert, Qualität und Wirtschaftlichkeit für ihre medizinischen und rehabilitativen Leistungen nachzuweisen. Seit mehreren Jahren gibt es den neuen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, das Kasernenrecht wurde erheblich verändert, und der stationäre Bereich befindet sich in

einem tiefgreifenden, weiter voranschreitenden Wandel.

Die Diskussionen um die Neuausrichtung der Heilverfahren der DGUV wurden zum einen im Kreis der Unfallversicherungsträger geführt, um eigene Lösungsansätze zu entwickeln. Da eine Neuausrichtung aber ohne Akzeptanz auf Seiten der Partner der DGUV in der Ärzteschaft – sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – nicht gelingen kann, wurde und wird der interne Diskussionsprozess von einem intensiven und kontinuierlichen Austausch mit den Organisationen der Ärzteschaft als Partnern begleitet.

Neuordnung des Durchgangsarztverfahrens

Zunächst soll der Bereich angesprochen werden, der bereits am weitesten konkretisiert ist und voraussichtlich schon in diesem Jahr, 2010, in die Umsetzungsphase eintreten wird: das D-Arzt-Verfahren.

Das neue Konzept sieht einen modulhaften Aufbau vor. Als Grundmodul sind für alle D-Ärzte Grundanforderungen vorgesehen. Sie bestehen in der Qualifikation als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, 1 Jahr Tätigkeit an einer Klinik, die zum VAV zugelassen ist, sowie weiteren qualitätssichernden Anforderungen, auf die im Folgenden eingegangen werden wird.

Für D-Ärzte am Krankenhaus und D-Ärzte, die ambulante Operationen gemäß einem qualifizierten stationsersetzenden Operationskatalog durchführen, wird die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie vorausgesetzt. Dies entspricht den bisherigen Anforderungen an die D-Ärzte.

Für das weitere, darauf aufbauende Modul, das zur Tätigkeit als D-Arzt in einem zum VAV zugelassenen Haus bzw. in einem SGB-VII-Traumazentrum (SGB: Sozialgesetzbuch) berechtigt, wird voraussichtlich weiterhin die Weiterbildungsbeugnis – allerdings nicht zwingend die 2-jährige – gefordert werden. Daneben wird an dem Erfordernis einer 3-jährigen Tätigkeit am VAV-Haus festgehalten.

Für alle D-Ärzte sollen zusätzliche qualitätssichernde Maßnahmen vorgesehen werden. Dies bezieht sich insbesondere auf den Nachweis regelmäßiger Fortbildung, die gegenüber dem bisherigen Stand ausgeweitet und spezifiziert wird. Den besonderen Belangen der Unfallversicherung entspricht es, wenn sich die Fortbildung nicht nur auf die Besonderheiten der Heilverfahren der DGUV und die speziellen Aufgaben der D-Ärzte als Lotsen im Heilverfahren – beispielsweise auch im Zusammenhang mit dem Rehabilitationsmanagement der Unfallversicherungsträger – bezieht, sondern auch fachliche Aspekte der Rehabilitationsmedizin, der Kindertraumatologie und der

Begutachtung einbezogen werden. Dies verdeutlicht, dass mit der Zulassung des neuen Facharztes keine Abstriche hinsichtlich der Qualifikation vorgenommen werden, sondern an die Fortbildung genau die Anforderungen gestellt werden, die der D-Arzt als Lotse in den Heilverfahren der DGUV benötigt.

Bislang stand mit den Anforderungen an die Qualifikation und Praxisausstattung der D-Ärzte die Strukturqualität im Vordergrund. In Zukunft sollen verstärkt auch die Prozess- und Ergebnisqualität eine Rolle spielen. Entsprechend den Hinweisen, die die DGUV aus der Ärzteschaft erhielt, sollen zur Qualitätssicherung nicht erneut Daten bei den Ärzten erhoben werden. Vielmehr sollen Informationen, die bei den Unfallversicherungsträgern ohnehin vorhanden sind, genutzt werden. Dazu gehört v. a., dass in Zukunft die D-Arzt-Berichte intensiver als bisher ausgewertet werden sollen. Zusätzlich wird daran gedacht, die Behandlungsergebnisse aus der Sicht der betroffenen Patienten selbst zu erfragen. Beides soll als Übersicht zusammengeführt und damit den D-Ärzten ein Feedback gegeben werden. Auf diese Weise sollen gute Behandlungsergebnisse bestätigt, aber auch ggf. Hinweise auf Probleme und Mängel gegeben werden. Ein solches Bewertungssystem kann natürlich nicht von heute auf morgen etabliert werden. Es soll in einem wissenschaftlichen Projekt entwickelt werden, das voraussichtlich im Jahr 2011 starten kann.

Eine weitere Qualitätssteigerung wird davon erwartet, die Mindestfallzahl im D-Arzt-Verfahren maßvoll zu erhöhen. Ausreichend versiert wird ein D-Arzt mit den an ihn gestellten Anforderungen nur dann umgehen können, wenn er arbeits-tätig mindestens mit 1 Fall im D-Arzt-Verfahren konfrontiert ist. Daraus ergibt sich eine bundeseinheitliche Mindestfallzahl von 250 als grundsätzliche Anforderung. Diese Mindestfallzahl liegt weit unter den durchschnittlichen Fallzahlen der D-Arzt-Praxen und wird nach den uns bekannten Daten nur von einer sehr geringen Zahl von D-Ärzten unterschritten. Die Erhöhung der Mindestfallzahlen darf nicht zu Versorgungslücken in der Fläche – insbesondere in dünn besiedelten ländlichen Gegenden – führen. Deshalb sieht das Konzept Ausnahmen von der Min-

destzahl vor. Hierfür werden konkrete Kriterien entwickelt, die sich am Verhältnis der D-Ärzte zur Zahl der Versicher-ten in der Region sowie an der Entfer-nung zum nächsten D-Arzt orientieren werden.

Das Konzept sieht vor, dass die Betei-ligung als D-Arzt alle 5 Jahre anhand der Qualitätsvorgaben und Mindestfallzahlen überprüft wird. Die Beteiligung soll nur fortgesetzt werden, wenn diese Anfor-derungen im Überprüfungszeitraum er-füllt wurden und daher davon ausgegan-gen werden kann, dass sie auch weiterhin erfüllt werden.

Auslaufendes H-Arzt-Verfahren

Mit der Erweiterung des D-Arzt-Verfah-rens auf den neuen Facharzt für Ortho-pädie und Unfallchirurgie sind aus Sicht der DGUV keine durchschlagenden Gründe mehr gegeben, das H-Arzt-Ver-fahren für die Zukunft weiterzuführen. Neue H-Arzt-Beteiligungen sollen da-her ab Inkrafttreten der Neuregelungen im D-Arzt-Verfahren nicht mehr bewil-ligt werden. Für die heutigen H-Ärzte ist ein Bestandsschutz von 5 Jahren für die bestehende H-Arzt-Beteiligung vorgese-hen. Sie haben die Möglichkeit, bis zum Ablauf dieser Übergangsfrist die Zulas-sung als D-Arzt zu erlangen. Vorausset-zung hierfür ist nach unserem Konzept, dass die geschilderten Mindestfallzahlen für D-Ärzte erreicht und die übrigen Qua-litätsanforderungen – insbesondere hin-sichtlich der regelmäßigen Fortbildung – erfüllt werden. Um Missverständnissen vorzubeugen: Der H-Arzt braucht, um als D-Arzt zugelassen zu werden, in die-sen Fällen natürlich nicht die Qualifika-tion des neuen Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie nachzuholen. Die ei-gentliche Hürde werden die Mindestfall-zahlen bilden.

Nächste Schritte

Das Konzept zur Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens, das im vorliegenden Beitrag nur in seinen Grundzügen darge-stellt werden kann, erhielt bis zum Früh-jahr 2010 konkrete Formen. Die Anfor-derungen der DGUV an die D-Ärzte wur-den entsprechend den Konzeptüberle-

gungen neu gefasst. Die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesverei-nigung (KBV) über die erforderlichen Änderungen am Ärztevertrag konnten zum Abschluss gebracht werden. Die zu-ständigen Gremien der DGUV auf Ge-schäftsführer- und Selbstverwaltungsebene stimmten der Neufassung des Ärzte-vertrags und den neuen D-Arzt-Anfor-derungen im Mai 2010 zu.

Vorbehaltlich der noch ausstehen-ten Verabschiedung in den Gremien der KBV kann die Neuordnung somit, soweit sie das D- und das H-Arzt-Verfahren be-trifft, am 01.10.2010 in Kraft treten.

Neuaustrichtung der stationären Heilverfahren

Parallel zur Neuordnung des D-Arzt-Ver-fahrens wurde auch die Neuaustrichtung der stationären Heilverfahren diskutiert und bereits ein wenig vorangetrieben. Al-lerdings besteht noch weiterer Klärungs- und Konkretisierungsbedarf. Die Eck-punkte für diese Entwicklung wurden von der Mitgliederversammlung der DGUV Mitte des Jahres 2009 beschlossen [2]. Ei-nige der zentralen Aussagen aus dem Eck-punktepapier sind:

- Auch die stationären Heilverfahren sollen vorrangig unter Qualitätsge-sichtspunkten überprüft und neu ge-ordnet werden.
- Es sollen Vorgaben für die Verlegung in eine BG-Klinik (BG: Berufsgenos-senschaft) oder in ein gleich gestelltes Krankenhaus formuliert werden. Da-bei geht es insbesondere um die Si-cherstellung der über die Akutbehand-lung hinausgehenden Rehabilitati-onsziele.
- Der VAV-Katalog soll überprüft und ggf. angepasst werden.
- Die Vorstellungs- und Verlegungs-pflichten sollen überprüft und ggf. neu geregelt werden.
- Die Vorgaben des Weißbuchs der DGU (Deutsche Gesellschaft für Un-fallchirurgie) [1], insbesondere die Entwicklung von Traumanetzwerk^D, sollen für die stationären Heilverfah-ren der DGUV genutzt werden.
- Sofern die Qualitätsanforderungen der DGUV über den Leistungsum-fang der Fallpauschalen hinausgehen,

A. Kranig

Neuorientierung der Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung. Aktueller Stand und Ausblick

Zusammenfassung

Die ambulanten und stationären Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) werden derzeit überprüft und sollen schrittweise entsprechend den geänderten Rahmenbedingungen und Anforderungen neu ausgerichtet werden. Dabei wird auf bewährten Prinzipien und Strukturen aufgebaut. Ziel ist es, die Qualität der Ergebnisse der Heilverfahren zu stärken und dem veränderten Bedarf Rechnung zu tragen. Die Änderungen im Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) zeichnen sich bereits deutlich ab, mit einer Umsetzung ist noch im Jahr 2010 zu rechnen. Das H-Arzt-Verfahren (Heilverfahrensarztverfahren) soll – mit einer Übergangsfrist bis 2015 – entfal-

len. Auch für das Verletzungsartenverfahren (VAV) zeichnen sich qualitäts- und bedarfsorientierte Veränderungen ab. Rehabilitative Aspekte, die bei schweren und komplexen Verletzungen eine besondere Bedeutung haben, sollen in besonders qualifizierten Traumazentren nach SGB (Sozialgesetzbuch) VII noch weiter in die Versorgung einbezogen werden. Die konzeptionellen Arbeiten zu den stationären Heilverfahren sollen im Jahr 2011 abgeschlossen werden.

Schlüsselwörter

Heilverfahren · Gesetzliche Unfallversicherung · Durchgangsarztverfahren · Verletzungsartenverfahren · Traumazentrum

Readjustment of medical treatment in statutory accident insurance. Current status and future prospects

Abstract

Medical treatment approaches for in- and outpatients covered by statutory accident insurance are being reassessed with the intention of making gradual adjustments to comply with changed conditions and requirements based on tried and tested principles and structures. The goal is to enhance the quality of the results achieved with medical treatment and meet the altered needs. The changes in the system of accident insurance consultants have already become apparent and implementation can be expected in 2010. The system of walk-in physician treatment will be discontinued—with a transition period up to 2015. Quality- and need-ori-

ented changes are also emerging for the procedures involved in injury management. Aspects of rehabilitation, which are particularly important for cases of severe and complex injuries, will still be included in care provision and performed at specially qualified trauma centers in line with the Social Insurance Code VII. Conceptual studies of inpatient treatment approaches should be concluded in 2011.

Keywords

Medical treatment · Statutory accident insurance · System of accident insurance consultants · Procedure for injury management · Trauma center

sollen Vergütungsfragen aufwandsgerecht geregelt werden.

- Die Vorstellungs- und Verlegungspflichten sollen wirksam durchgesetzt werden, d. h. für Verstöße sollen auch wirksame Sanktionen vorgesehen werden.

Wie im D-Arzt-Verfahren verspricht sich die DGUV auch im Bereich des VAV von der Konzentration auf die Zusammenarbeit mit den besonders qualifizierten und leistungsfähigen Kliniken eine Sicherung und Steigerung der Qualität.

Ähnlich wie im D-Arzt-Verfahren sieht das Konzept der DGUV auch beim VAV eine qualitätsbezogene Mengensteuerung über Mindestfallzahlen vor. Ob die bisher in den Diskussionen genannte Zahl von 100 VAV-Fällen pro Jahr geeignet ist, wird noch genauer geprüft. Hierzu muss die bislang vorliegende Datenbasis im Laufe des Jahres 2010 noch verbessert werden, um zu tragfähigen Beurteilungsgrundlagen zu kommen. Natürlich muss auch hier eine ausreichende Versorgung in der Fläche gewährleistet sein. Sofern – wie in Flächenstaaten mit z. T. geringerer Bevölkerungsdichte wie Niedersachsen und Schleswig-Holstein – das Kriterium der Mindestfallzahlen zu Versorgungslücken führen würde, müssen Ausnahmen zugelassen werden. Nach bisherigen Schätzungen weisen etwa 300 Kliniken in Deutschland alle Qualitätsmerkmale auf, die aus Sicht der DGUV für eine optimale Akutbehandlung schwerer unfallchirurgischer Fälle in einem neu geordneten VAV voraussetzen sind. Diese Zahl kann sich etwas erhöhen, um auch die Versorgung in der Fläche ausreichend darzustellen. Dies wird zwangsläufig zu einem Ausleseprozess führen, mit der Folge, dass von den derzeit etwa 600 zugelassenen Häusern mittelfristig nur gut die Hälfte die Zulassung behalten wird. Betroffen sein werden diejenigen Häuser, die sich in den letzten Jahren ohnehin – von der unfallchirurgischen Notfallaufnahme bis zur unfallchirurgischen Rundum-die-Uhr-Akutversorgung – von den Anforderungen der DGUV entfernt haben und aufgrund geringer Fallzahlen im VAV wirtschaftlich nur geringfügig tangiert sein werden. Die stetig sinkenden Unfallzahlen und die Veränderungspro-

zesse in vielen Kliniken erfordern es, sich neu aufzustellen, wenn der hohe Qualitätsanspruch der DGUV im Interesse schwerverletzter Versicherter auch in Zukunft eingelöst werden soll.

Voraussichtlich wird sich die Zulassung zum VAV in Zukunft z. T. an die Zertifizierung von Kliniken als regionale oder überregionale Traumazentren im Traumanetzwerk^D nach dem Weißbuch der DGU [1] anlehnen können. Allerdings sind die Kriterien für die Zulassung zum VAV und zur Zertifizierung als Traumazentrum nicht deckungsgleich. Beide Verfahren sollen daher aufeinander abgestimmt werden, unnötiger Aufwand soll auf allen Seiten vermieden werden. Hierüber stehen die DGUV mit ihren Landesverbänden und der für das Traumanetzwerk^D der DGU zuständige Arbeitskreis AKUT im Gespräch.

Die für den VAV-Bereich angesprochenen Fragen sollen in den Jahren 2010/2011 geklärt werden. Ziel ist es, im Jahr 2011 die Anforderungen im VAV entsprechend neu zu fassen und erforderliche Vereinbarungen mit AKUT und evtl. auch mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu schließen.

Zwischenfazit. Aus der Neuaustrichtung werden das D-Arzt- und das Verletzungsartenverfahren aufgrund der beabsichtigten qualitätsbezogenen Konzentration und Straffung als gestärkte Pfeiler im Heilverfahren der DGUV hervorgehen.

Bildung von SGB-VII-Traumazentren

Die Steuerung der Heilverfahren durch die D-Ärzte und eine optimale Akutversorgung im VAV sind Grundlagen für gute Behandlungsergebnisse. Die Erfahrung der letzten Jahre verdeutlichte jedoch zunehmend, dass bei schweren und schwersten Fällen die Optimierung der medizinischen Rehabilitation, die Verknüpfung der Akutbehandlung mit der medizinischen Rehabilitation und die möglichst frühzeitige Orientierung der medizinischen Behandlungsmaßnahmen an der beruflichen Wiedereingliederung für den Behandlungserfolg entscheidend sind. In diesem Zusammenhang ist an

- die Entwicklung der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW),
- die Komplexe Stationäre Rehabilitation (KSR) und
- die Medizinisch-berufliche Orientierung der Rehabilitation (MBO)

zu erinnern. Unser Konzept sieht vor, aufbauend auf den beiden Grundpfeilern des D-Arzt- und des Verletzungsartenverfahrens in einem Teil der VAV-Kliniken die Voraussetzungen für eine solche „integrierte Versorgung“ zu schaffen. Dies knüpft an Entwicklungen in unseren eigenen BG-Kliniken an. Da Letztere eine flächendeckende Versorgung in dieser Hinsicht nicht alleine gewährleisten können, sollen hierfür weitere Kooperationshäuser gewonnen werden. Dementsprechend sollen voraussichtlich auch für die SGB-VII-Traumazentren Anforderungen entwickelt und verabschiedet werden. Nach unseren derzeitigen Überlegungen müssen diese Zentren die hohen unfallchirurgischen Anforderungen einer VAV-Zulassung und der Zertifizierung als Traumazentrum im Traumanetzwerk^D der DGU erfüllen, nach Möglichkeit sogar als überregionales Traumazentrum. Auch für diese Zentren muss ein Fallkatalog bzw. müssen Fallkriterien (wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3–4 Monaten) entwickelt werden. Die Anforderungen an die Behandlung und Rehabilitation sollen in Behandlungs- und Rehabilitationspfaden formuliert und für diese Zentren verbindlich gemacht werden.

Die Zentren sollen als Zulassungsvoraussetzung bestimmte Rehabilitationskompetenzen nachweisen, wie beispielsweise über die Anforderungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehende Frührehabilitation, Schnittstellen zur BGSW, Prothesenversorgung, Handrehabilitation, Kooperation mit dem Rehabilitationsmanagement der Unfallversicherungsträger, Kompetenz zur Betreuung von posttraumatischen Belastungsstörungen usw.

Vor allem hinsichtlich der zukünftigen SGB-VII-Traumazentren, aber auch hinsichtlich der Neuaustrichtung des VAV ist noch einige Arbeit zu leisten. Für die noch offenen Fragen sollen Lösungsansätze entwickelt werden, die die DGUV

kontinuierlich mit ihren Partnern in der Ärzteschaft und ihren Organisationen abstimmen wird. Dabei ist sich die DGUV bewusst, dass die Zukunftsperspektive, Zentren mit besonderen Kompetenzen im Verbund von unfallchirurgischer Akutbehandlung und Rehabilitation zu schaffen, einen hohen Abstimmungsbedarf mit dem auch in Zukunft für die DGUV grundlegenden VAV mit sich bringt. Die wichtigsten Fragen, mit denen sich die DGUV in diesem Zusammenhang derzeit beschäftigt, die aber sicherlich erst im Jahr 2011 entscheidungsreif werden können, sind insbesondere:

- Welche Mindestfallzahl ist als Anforderung für die Zulassung zum VAV sinnvoll und vertretbar?
- Welche Fälle sollen zukünftig in SGB-VII-Traumazentren gesteuert werden?
- Können Verlegungszeitpunkte festgelegt oder geeignete Verfahren für Verlegungen vorgesehen werden?

Qualitätsstandards, Behandlungs- und Rehabilitationspfade sind für die SGB-VII-Traumazentren zu entwickeln.

Die zusätzlichen Anforderungen an die SGB-VII-Traumazentren und die Situation im Fall von Verlegungen werden durch die Fallpauschalen nicht ausreichend abgebildet. Hierfür muss ein adäquates Vergütungssystem entwickelt werden, das dem besonderen Auftrag der gesetzlichen Unfallversicherung entspricht, Heilbehandlung und Rehabilitation *mit allen geeigneten Mitteln* durchzuführen.

Sowohl für den Bereich des VAV als auch in Zukunft für die SGB-VII-Traumazentren sollen geeignete Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt werden, die über die neuen Elemente einer verbesserten Strukturqualität hinaus wiederum die Prozess- und Ergebnisqualität in den Blick nehmen.

Fazit für die Praxis

Bereits die im vorliegenden Beitrag angeführten Punkte machen deutlich: Hier handelt es sich um ein ambitioniertes und komplexes Vorhaben. Viele Partner sind einzubinden. Kritische Einwände sind zu erwarten. Es wird also darauf ankommen, ein auch in den Details stim-

miges Konzept zu entwickeln und so zu konkretisieren, dass es bei allen Partnern – bei den Unfallversicherungsträgern und ihrer Selbstverwaltung, in der Ärzteschaft und im Krankenhausbereich, aber auch in der Politik des Bundes und der Länder – Akzeptanz findet.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kranig

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Andreas.Kranig@dguv.de

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

Literatur

1. DGU (2006) Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Berlin
2. DGUV (2009) Eckpunkte zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung vom 26.06.2009. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin