Neueste Entwicklungen in der gesetzlichen Unfallversicherung

An schon gewohnter Stelle im Programm der UMED (Unfallmedizinische Tagung) wird über die neuesten Entwicklungen in der gesetzlichen Unfallversicherung berichtet.

Filmprojekt

Auch wenn es oft heißt, „Das Beste kommt zum Schluss“, soll dieses Mal damit begonnen werden, mit unserem Filmprojekt „Gold – Du kannst mehr als Du denkst!“. Der Film, der von der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) initiiert und zu einem wesentlichen Teil mitfinanziert wurde, schildert die Geschichte dreier paralympischer Sportler. Sehr feinfühlig fängt er bewegende, berührende Momente ein, die unseren Blick dafür weiten, welches Potenzial das Leben mit einer Behinderung bietet. Ich bin mir sicher: Diese Botschaft macht die Anziehungskraft des Films aus. Bei der Premiere auf der Berlinale war Bundespräsident Joachim Gauck anwesend. Einige Tage später, am 25.02.2013, folgte die große Deutschlandpremiere in Hamburg.

Beides waren unvergleichliche Ereignisse, die für eine große Resonanz in den Medien sorgten. Ende April hatten knapp 27.000 Menschen den Dokumentarfilm in deutschen Kinos gesehen – für einen Dokumentarfilm ein sehr gutes Ergebnis. „Gold“ ist eine exzellente Botschaft für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und für das Anliegen der DGUV, die Teilhabe dieser Menschen am Leben in Arbeit und Gesellschaft zu sichern.

„Wir wollen kein Mitleid. Es wird Zeit, dass die Gesellschaft uns eine Chance gibt.“

... sagt der blinde Marathonläufer Henry Wanyoike im Film.

Wir dürfen stolz darauf sein, dass wir dazu beitragen, diese Botschaft in die Welt zu bringen.

Neuausrichtung der stationären Heilverfahren

Das erste Thema aus der Facharbeit der DGUV kann mit dem Ausdruck „Alles läuft in geordneten Bahnen“ umschrieben werden.

Seit 01.01.2013 ist das stationäre Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung dreistufig gegliedert: besonders schwere und komplexe Verletzungsfälle sind einer eigenen Behandlungsstufe vorbehalten – dem Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV). Daneben bleiben die bisher bereits bekannten Behandlungsstufen des Durchgangsarztverfahrens (DAV) und des Verletzungsartenverfahrens (VAV) bestehen.

Diese Neuausrichtung in den Heilverfahren wurde einerseits aufgrund der weitreichenden Veränderungen in den Versorgungsstrukturen notwendig. Andererseits veränderte sich in den vergangenen Jahren auch der Bedarf der gesetzlichen Unfallversicherung selbst.

Deutlichen Einfluss auf die Landschaft der am berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren beteiligten Kliniken hatten die mit Einführung des DRG-Fallpauschalen-Systems (DRG: „diagnosis related groups“) geschaffenen Vergütungsstrukturen. Viele Kliniken mit orthopädisch-chirurgischem Schwerpunkt konzentrierten sich zunehmend auf die Durchführung elektiver Eingriffe, weil das im Hin-

blick auf Vorhaltekosten und Kapazitätsauslastung nicht unerhebliche Effizienzsteigerungen verspricht.

Für die Unfallversicherung ist demgegenüber gerade die Notfallversorgung Schwerstverletzter ein unverzichtbarer Bestandteil des Heilverfahrens!

Eine richtungweisende Antwort auf diese Entwicklung war die Initiative der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zur Bildung von Traumanetzwerken und die damit einhergehende Neuordnung der landesweiten unfallmedizinischen Versorgung durch das „Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung“ [1]. Die dort beschriebenen Qualitätsstandards gaben der DGUV wichtige Impulse für ihre Neuordnung. Mit der Schaffung hochspezialisierter Traumazentren soll sowohl der sozialpolitischen als auch der ökonomischen Bedeutung dieser Fälle Rechnung getragen werden.

Vor dem Hintergrund rückläufiger Unfallzahlen in der gesetzlichen Unfallversicherung und mit Blick auf die besondere Bedeutung schwerster Verletzungsformen wurden folgende Ziele für die Neuordnung im stationären Bereich formuliert:

- eine Konzentration auf die in der Versorgung von Schwerarbeitsunfallverletzten besonders qualifizierten und erfahrenen Kliniken,
- eine stärkere Differenzierung der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzungsart,
- eine Profilierung und Aktualisierung der Qualitätsanforderungen einschließlich Schaffung der Voraussetzungen zur Messung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie

- eine Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung ganz im Sinne des Wahlspruchs der gesetzlichen Unfallversicherung „Alles aus einer Hand“ (Rehabilitationsmanagement).

Dementsprechend gibt es – in Abhängigkeit von den verschiedenen Verfahren – Modifikationen und Erweiterungen in den Anforderungen, beispielsweise zu fachärztlichen Kompetenzen und den Pflichten der Krankenhäuser im Rehabilitationsmanagement, die in ihrer Regelungstiefe über die bisherigen Vorgaben der gesetzlichen Unfallversicherung hinausgehen.

Herr Professor Grützner wird in seinem Beitrag um 12:10 Uhr auf die Details der einzelnen Verfahren eingehen, sodass an dieser Stelle aus Zeitgründen darauf verzichtet werden soll.

Durchgangsarztverfahren

Im Bereich des stationären DAV wird künftig nicht mehr nur der Arzt am Heilverfahren beteiligt, sondern darüber hinaus auch das Krankenhaus. So wird auch der Krankenhausträger vertraglich zur Wahrung der auf dieser Ebene geltenden Anforderungen und Pflichten verpflichtet. Sofern an diesem Krankenhaus unter stationären Bedingungen behandelt werden soll, erfolgt in Zukunft also parallel eine vertragliche Zulassung des Krankenhauses anhand klar definierter Strukturanforderungen für die Abteilung zur Behandlung Unfallverletzter. Durch die Definition klarer Qualitätsansprüche bereits auf dieser Ebene werden zudem alle in relevanter Form an der Akutversorgung Unfallverletzter beteiligte Kliniken aufgewertet. Eine Reihe von Verletzungen, wie z. B. Radiusfrakturen und Sprunggelenkbrüche in einfacher Ausprägung sowie Sehnenverletzungen, müssen daher künftig nicht mehr im VAV vorgestellt werden.

Verletzungsartenverfahren

Die Anforderungen für die Zulassung zum VAV entsprechen künftig im Wesentlichen den Vorgaben für ein regionales Traumazentrum im TraumaNetzwerk DGU*. Insgesamt wurden die Anforderungen zur Beteiligung am VAV da-

mit im Detail und in der Tiefe deutlich über die bisherigen Zulassungsvoraussetzungen hinaus erweitert.

Über die DGU-Anforderungen an regionale Traumazentren hinaus reichen die VAV-Anforderungen im Bereich der Kindertraumatologie sowie der Krankenhaushygiene. Künftig müssen danach die im VAV verantwortlichen Ärzte über Erfahrungen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen und dies über einen definierten Katalog nachweisen. Für den Bereich der Krankenhaushygiene werden neben den bereits seit langem geltenden Vorgaben zur Hygiene im Operationsbereich erstmals Anforderungen an die personelle und organisatorische Ausstattung der Kliniken formuliert. Damit wird ein Teil der entsprechenden Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) verbindlich gemacht.

In einem zweiten Schritt sollen künftig Standards für die Aufbereitung von Medizinprodukten und den Umgang mit MRSA-Fällen (MRSA: methicillinresistenter *Staphylococcus aureus*) definiert werden. Die Pflichtenhefte des VAV und SAV beinhalten jeweils eine entsprechende Generalklausel, die es inhaltlich mit entsprechenden Standards zu füllen gilt.

Schwerstverletzungsartenverfahren

Für das SAV gelten grundsätzlich die im „Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung“ [1] der DGU für überregionale Traumazentren geltenden Qualitätsanforderungen. Dies gilt insbesondere für die Vorgaben zu den ärztlichen Kompetenzen und Verfügbarkeiten sowie zu den Ausstattungsmerkmalen

- in der Notaufnahme,
- im Operationsbereich und
- in der Intensivstation.

Als konsequente Fortführung der gestiegenen Anforderungen im VAV gelten im SAV ebenfalls gesteigerte Anforderungen an die Versorgung schwerverletzter Kinder und Jugendlicher sowie im Bereich der Krankenhaushygiene. Im Hinblick auf die Schwere und die hohe Rehabilitationsrelevanz der SAV-Verletzungen werden zudem eine bereits in der Akutphase einsetzende Frührehabilitation sowie eine enge Kooperation mit dem ver-

antwortlichen Unfallversicherungsträger bei der Steuerung des Rehabilitationsprozesses gefordert.

Verletzungsartenverzeichnis

Die Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen stationären Heilverfahrens wird flankiert von einem neuen Verletzungsartenverzeichnis, in welchem im Vergleich zur geltenden Fassung eine Reihe von Präzisierungen vorgenommen und – wo möglich – die AO-Klassifikation (AO: Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen) im Text ergänzt wurden.

Zeitraumen der Einführung

Die Landesverbände werden sich in diesem Jahr auf den Aufbau des neuen SAV-Verfahrens konzentrieren. Nach derzeitigem Stand gibt es ausreichend interessierte Kliniken mit entsprechender Ausstattung, sodass ein flächendeckendes Netz von SAV-Krankenhäusern aufgebaut werden kann. Die Beteiligungsverfahren sollen weitgehend im III. und IV. Quartal des Jahres 2013 zum Abschluss gebracht werden. Mit Beginn des SAV kann somit voraussichtlich zum 01.01.2014 gerechnet werden. Die in der Neufassung des Verletzungsartenverzeichnisses vorgesehenen Verlegungsregeln ins SAV werden demnach ebenso frühestens zum 01.01.2014 verbindlich werden können.

Für die vollständige Umsetzung der Neuregelungen im VAV und DAV ist eine 5-jährige Übergangsfrist vorgesehen. Bis zu diesem Zeitpunkt sollen alle in Betracht kommenden Krankenhäuser auf der Grundlage der neuen Anforderungen überprüft und beteiligt worden sein.

Verwaltung/Kostenträger

Die Neuordnung im stationären Bereich wird von einem Vertrag mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) flankiert, der zeitgleich mit den Neuregelungen zum Heilverfahren zum 01.01.2013 in Kraft trat. Er bildet zum einen die neuen Heilverfahrensstrukturen ab, womit eine weitreichende Verbindlichkeit der Vorgaben der Unfallversicherung in der Praxis erzielt werden soll. Die Vereinbarung mit der DKG enthält darüber hin-

aus weitere wichtige Regelungen, z. B. zur Abrechnung durch das Krankenhaus und zur Rechnungsprüfung durch den Unfallversicherungsträger. Der Beitritt zum Vertrag mit der DKG ist für die Krankenhäuser zwingende Voraussetzung, um an den stationären Heilverfahren der gesetzlichen Unfallversicherung beteiligt zu werden.

Vergütung

Die Arbeiten am neuen Vergütungssystem der BG-Kliniken (BG: Berufsgenossenschaft) schreiten ebenfalls voran. Das künftige Modell beinhaltet eine Trennung der bisher in den Pflegesätzen enthaltenen Investitionskosten von den Betriebskostenanteilen und den weitgehenden Übergang zu einer fallpauschalierten Vergütung in Anlehnung an das DRG-System. Investitionskosten sollen auch in Zukunft über den GMF A (Gemeinschaftsfond Teil A) finanziert werden, wenn die Vorhaben mit dem Klinikgesamtkonzept kompatibel sind, welches sich derzeit in der Detailerarbeitung befindet.

Welche wirtschaftlichen Auswirkungen sich aus dem neuen Vergütungssystem für die einzelnen Kliniken und Unfallversicherungsträger ergeben, soll – vor entsprechender Beschlussfassung durch die Gremien der DGUV – eine Simulationsrechnung ergeben. Der Übergang zu dem neuen System ist für das Jahr 2014 geplant.

Seitens der Ärzteschaft wurde seit langem beklagt, dass einzelne ambulante Operationsleistungen in der Gebührenordnung der DGUV deutlich niedriger vergütet werden als in derjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine für die Praxis wirtschaftliche Leistungserbringung sei nicht mehr möglich. Seit dem 01.03.2013 gelten neue Gebühren für ambulante Operationen: Die Vertreter der ständigen Gebührenkommission beschlossen für 13 von 20 ausgewählten, mit den Vergütungssätzen der GKV (gesetzliche Krankenversicherung) verglichenen Leistungen eine deutliche Gebührenerhöhung. Für 4 weitere Leistungen, für die sich rechnerisch keine Erhöhung ergeben hätte, wurde ein Operationszuschlag von 15,00 EUR vereinbart. Die Gebührensätze der allgemeinen Heilbehandlung zu den

jeweiligen Leistungen bleiben – abgesehen vom Operationszuschlag – unverändert. Dies ist bei der Behandlung von Berufskrankheiten von Bedeutung, da hier die besondere Heilbehandlung nur abgerechnet werden kann, wenn sie vom Unfallversicherungsträger eingeleitet wurde.

Derzeit steht die DGUV außerdem mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Berufsverbänden über eine angemessene Anpassung der Vergütung der ärztlichen Gutachten in Verhandlungen. Es ist damit zu rechnen, dass im zweiten Halbjahr eine Einigung erzielt wird und die Erhöhung der Gutachtengebühren noch im Jahr 2013 in Kraft treten wird.

ABMR (arbeitsplatzbezogene muskuloskelettale Rehabilitation)

Nicht mehr ganz aktuell, aber eine wesentliche Weiterentwicklung seit unserer letzten UMED, stellt die Einführung der ABMR als neues Rehabilitationsverfahren der DGUV im Jahr 2012 dar. Dabei sollen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen noch enger mit beruflichen Teilhabeleistungen verzahnt und auf den spezifischen Bedarf der Versicherten zugeschnitten werden. Ziel ist eine individuelle, am ausgeübten Beruf orientierte Rehabilitation für Versicherte, die körperlich arbeiten und in ihrem Beruf spezifischen körperlichen Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind. Von besonderer Bedeutung für die Durchführung einer ABMR ist daher der Abgleich der konkreten Arbeitsplatzanforderungen mit den Fähigkeiten des Betroffenen. Dieser ermöglicht es, den konkreten Rehabilitationsbedarf zu ermitteln und darauf die individuelle Therapieplanung aufzubauen, insbesondere auch arbeitsplatzorientierte Therapiemaßnahmen zu erbringen. Das führt dann zu Aussagen der Presse, wie jüngst in einem Fall der BG BAU – Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft, die da lauten:

„Ich fühle mich hier mehr wie in einer Werkstatt/auf einer Baustelle als in einem Krankenhaus.“

Kooperationen mit Betrieben oder sonstigen externen Partnern, z. B. Handwerks-

kammern und Berufsförderungswerken, sind in diesem Bereich vorstellbar. Die Arbeitsgemeinschaft „Die Deutschen Berufsförderungswerke“ bemüht sich zurzeit angesichts des Nachfragerückgangs um neue Geschäftsmodelle. Welche Konsequenzen der Nachfragerückgang für die Berufsförderungswerke haben kann, zeigten die Insolvenzanmeldungen der Berufsförderungswerke Lippoldsberg und jüngst – bedauerlicherweise – auch Hamburg. Kooperationsmöglichkeiten zwischen Kliniken und Berufsförderungswerken – gerade im Kontext der ABMR – sollten überlegt werden, könnten sie doch eine Win-Win-Situation ergeben:

„Von den berufsbezogenen Erfahrungen der Berufsförderungswerke profitieren und gleichzeitig deren Belegung wieder steigern.“

Die Landesverbände der DGUV leiteten zur Jahresmitte 2012 die Beteiligungsverfahren mit in Betracht kommenden Vertragspartnern ein, sodass in absehbarer Zeit ein bedarfsdeckendes Netz von ambulanten und stationären ABMR-Einrichtungen zur Verfügung stehen sollte.

Psychotherapie

Ebenfalls bereits 2012, nämlich zum 01.07., trat das neue Psychotherapeutenverfahren (PT-Verfahren) der DGUV in Kraft. Es löste das bisherige Modellverfahren (Einbindung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das Heilverfahren der DGUV bei psychischen Gesundheitsschäden) ab.

Ziel des neuen Psychotherapeutenverfahrens ist es, Menschen, die durch einen schweren Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit an psychischen Störungen leiden, adäquat und rechtzeitig zu versorgen. Geregelt werden die Verfahrensabläufe sowie die Einbindung und Beteiligung von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in das ambulante UV-Heilverfahren (UV: Unfallversicherung) bei psychischen Erkrankungen.

Eingeflossen in die Neuentwicklungen sind die praktischen Erfahrungen der Unfallversicherungsträger, die neuen Anforderungen an das Rehabilitationsmanagement sowie die Ergebnisse eines Ex-

pertengesprächs mit Vertretern wichtiger Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, Vertretern der im Modellverfahren beteiligten ärztlichen und psychologischen sowie der in BG-Unfallkliniken tätigen Psychotherapeuten.

Den am Verfahren teilnehmenden Psychotherapeuten werden regelmäßig obligatorische Einführungs- und Fortbildungsveranstaltungen angeboten. Inhalte sind – neben dem PT-Verfahren selbst – die Rahmenbedingungen der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere die Leistungsvoraussetzungen sowie die zeitnahe und regelmäßige Kommunikation mit der Sachbearbeitung, die für ein konsequentes Rehabilitationsmanagement unerlässlich ist.

Rehabilitationsmanagement

Es gilt als *das* Aushängeschild der gesetzlichen Unfallversicherung im Leistungsbe- reich und bedarf nach dem Motto:

„Das Bessere ist der Feind des Guten“

der regelmäßigen Weiterentwicklung und Anpassung an die Bedürfnisse der Praxis. Wichtige Impulse für die Entwicklung gab das DGUV-Forum Rehabilitationsma- nagement, das im März in Dresden statt- fand und an welchem rund 400 Fachkräf- te aus Rehabilitationsmanagement und Berufshilfe teilnahmen.

Die Teilnehmer erarbeiteten ein 12-Thesen-Papier, an dem sich die Weiter- entwicklung und praktische Umsetzung zu Themen wie Qualitätssicherung, Auf- bau von Netzwerken, Fallauswahl, Reha- bilitationsmanagement bei Kindern und Schülern sowie Rehabilitationsplanerstel- lung orientieren sollen.

Als einer der wichtigsten Punkte kris- tallisierte sich die Optimierung von Per- sonalressourcen und Netzwerkstrukturen, einhergehend mit dem flexiblen Umgang bei der Rehabilitationsplanerstellung, he- raus. Diese Details werden hier erwähnt, weil wir uns hier an der *Schnittstelle* der Zusammenarbeit zwischen BG-Kliniken als *vorrangigsten Netzwerkpartnern* und den Unfallversicherungsträgern befin- den. Aus dieser Rollenverteilung ergeben sich im Interesse unserer Unfallverletzten folgende Notwendigkeiten:

1. Die Rehabilitationsangebote müssen vereinheitlicht werden! Das heißt, die neben den heute schon weitgehend abgestimmten Verfahren der DGUV [EAP (erweiterte ambulante Phy- siotherapie), BGSW (berufsgenos- senschaftliche Weiterbehandlung), ABMR] zusätzlich von einzelnen vor- gehaltenen Angebote der Schwerst- verletzten- und Komplikationsreha- bilitation sind auf der Grundlage des qualitativen und quantitativen Be- darfs bundeseinheitlich zwischen Un- fallversicherungsträgern (DGUV) und BG-Kliniken (KUV: Klinikver- bund der gesetzlichen Unfallversiche- rung) abzustimmen und über Reha- bilitationsstandards auszugestalten.
2. Die BG-Klinken schaffen, sozusagen als *Leuchttürme* in der Versorgung arbeitsunfallverletzter Personen, die Voraussetzungen für eine ganzheit- liche, nahtlose und interdisziplinäre Versorgung von Arbeitsunfallverletz- ten und Berufserkrankten.
3. In dieser Rolle verstehen sie sich als maximal qualifizierte Dienstleister der Unfallversicherungsträger. Dem- zufolge unterstützen sie diese bei der effektiven und effizienten Aufgaben- erfüllung und schaffen auf optimalen Rehabilitationserfolg hin ausgerichte- te Kommunikations- und Koordina- tionsstrukturen. Die Unfallversiche- rungsträger sind darauf angewiesen, dass die Leistungserbringer das Re- habilitationsmanagement umfassend unterstützen und ihre Strukturen und Geschäftsprozesse darauf ausrichten.
4. DGUV und KUV bauen gemein- sam ein Qualitätssicherungssystem auf, das einen fortlaufenden Quali- tätsnachweis auf der Grundlage qua- litativer, quantitativer und temporärer Kennzahlen ermöglicht und eine wei- tere Optimierung der Rehabilitations- ergebnisse zum Ziel hat. Hierzu gehö- ren auch Kosten-Nutzen-Analysen.

Nur mit diesen aufeinander abgestimm- ten Schritten werden wir gemeinsam in der Lage sein, die geforderten Effizienz- nachweise für die Wirksamkeit des Reha- bilitationsmanagements zu erbringen.

Dieser Herausforderung müssen wir uns insbesondere auch deshalb stel-

len, weil das Thema Rehabilitationsma- nagement die bundesdeutschen Grenzen zwischenzeitlich überschritten hat und Gegenstand eines Austauschs mit den Unfallversicherungssystemen der Schweiz und Österreichs ist. In allen 3 deutsch- sprachigen Unfallversicherungen ist das Rehabilitationsmanagement zur Steue- rung schwerer Versicherungsfälle ein be- sonderes Qualitätsmerkmal. Es kann mit Fug und Recht als herausragende Errun- genschaft in den Versicherungssystemen weltweit gelten. Um das gemeinsame Ver- ständnis von Rehabilitationsmanagement zu dokumentieren und den Anspruch an eine effektive und betriebsnahe Fallsteue- rung zu formulieren, initiierte die DGUV mit der AUVA (Allgemeine Unfallver- sicherungsanstalt Österreichs) und der SUVA (Schweizerische Unfallversiche- rungsanstalt) deshalb ein gemeinsames Grundsatzpapier, welches unterstreicht, dass sich das Rehabilitationsmanagement für die Versicherten und unter dem Ge- sichtspunkt der Effizienz lohnt. Es soll in einer mehrsprachigen Broschüre im In- und Ausland verbreitet werden, um das im deutschsprachigen Raum verbreitete Rehabilitationsmanagement als gutes und nachahmenswertes Beispiel darzustellen – frei nach dem Motto:

„Tue Gutes und rede darüber .... damit auch andere davon profitieren können.“

Korrespondenzadresse

J. Vestring

Hauptverwaltung, BG BAU –
Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft,
Hildegardstraße 29/30, 10715 Berlin
Jutta.Vestring@web.de

Interessenkonflikt. J. Vestring gibt an, dass kein Inte- ressenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not spon- sored by industry.

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (Hrsg) (2012) Weißbuch Schwerverletzten-Versor- gung, 2. erw. Aufl. Thieme, Stuttgart New York