



DGUV

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
Spitzenverband

Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung in der UV

Forschungsstelle für Sozialrecht und Sozialpolitik,
Universität Hamburg, 3.7.2014

Markus Oberscheven, DGUV

07.07.2014

Strukturprinzipien der GUV

- Haftungsersetzung durch Versicherungsschutz
- Orientierung am Schadensersatzprinzip
- Finanzierung allein durch Arbeitgeber
- Präventionsauftrag

Versicherungsfälle in der GUV

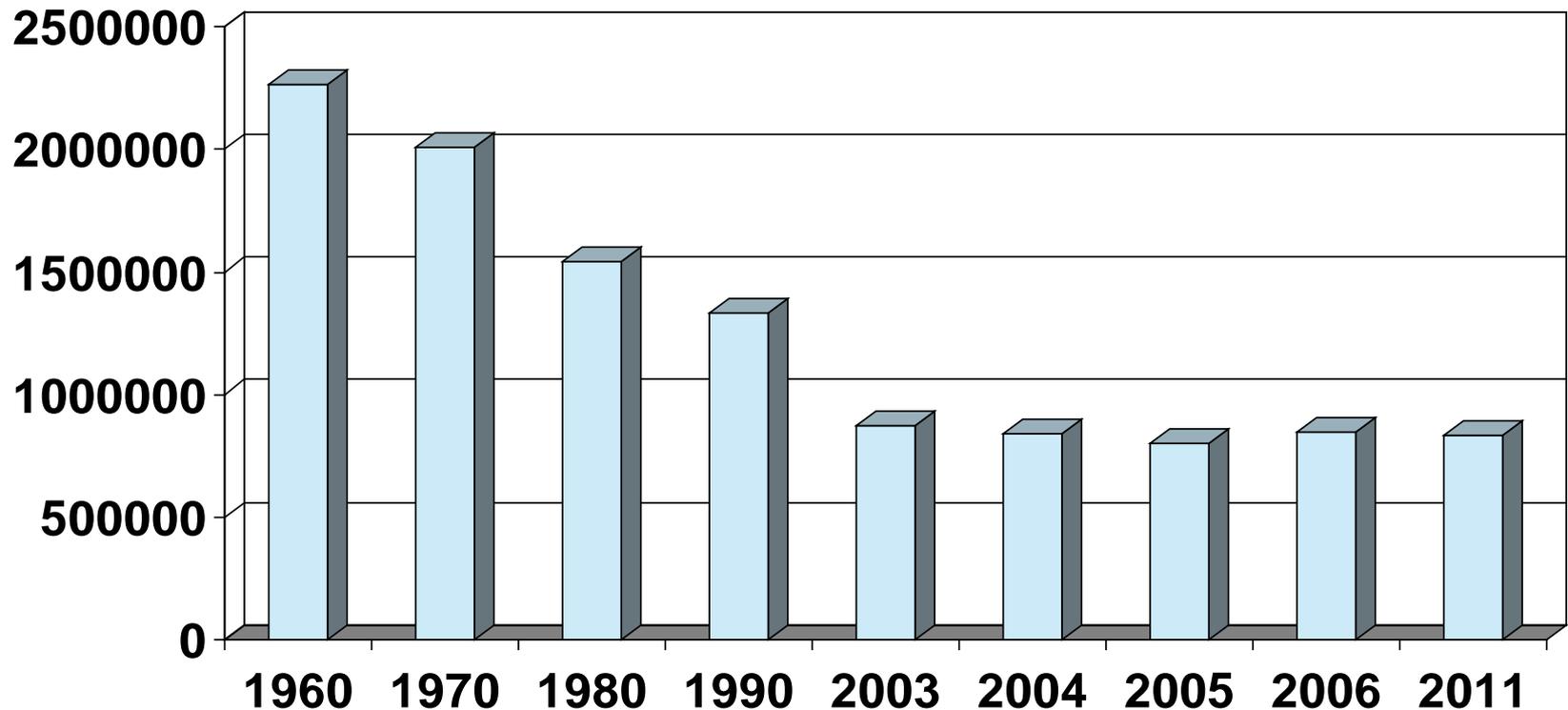
Arbeitsunfall, § 8 Abs. 1 SGB VII

Wegeunfall, § 8 Abs. 2 SGB VII

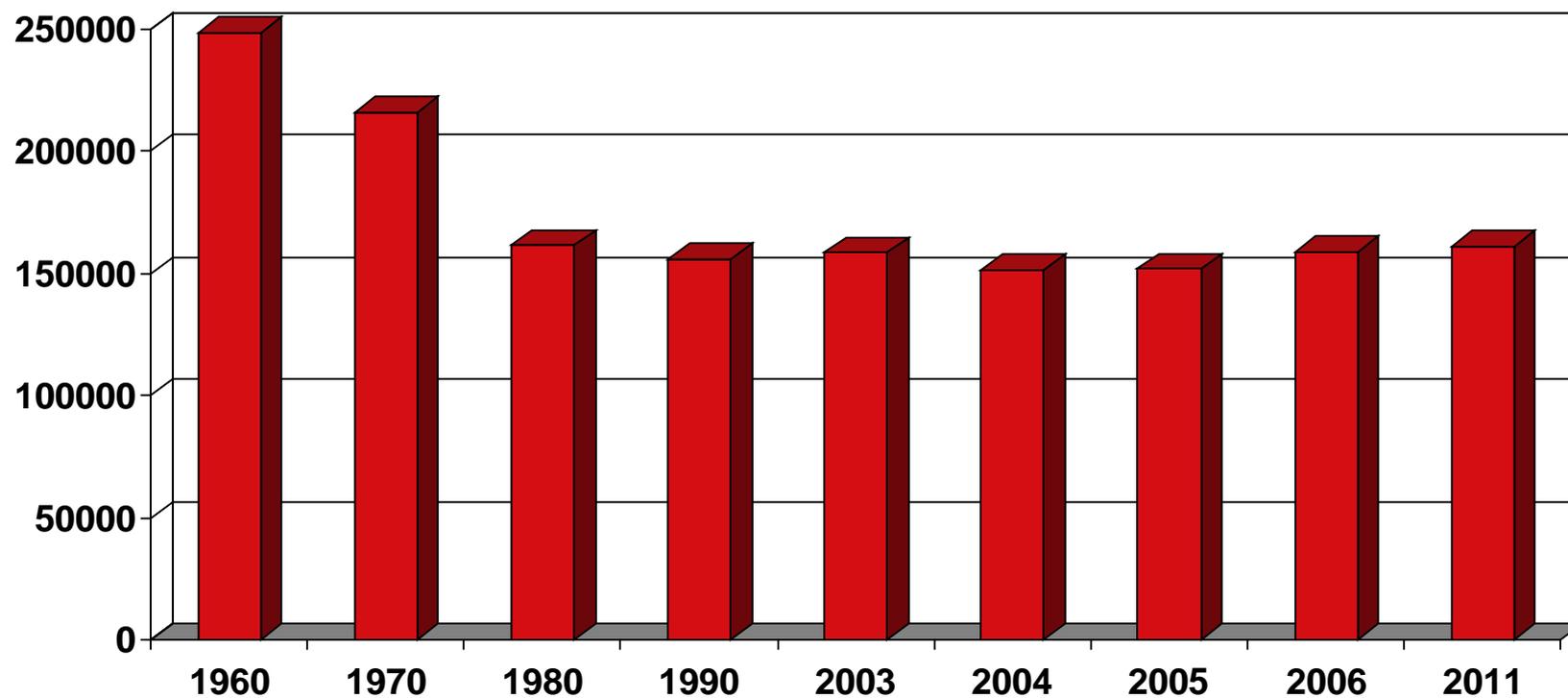
Berufskrankheit, § 9 SGB VII

Bei Versicherungsfall besteht Vorrang gegenüber Leistungen der GKV und GRV (§§ 11 Abs. 5 SGB V, § 12 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI)

Arbeitsunfälle seit 1960 (nur BGen)



Wegeunfälle seit 1960 (nur BGen)



Leistungen nach Eintritt eines Versicherungsfalles

- Heilbehandlung und Rehabilitation
- Verletztengeld und Übergangsgeld
- Rentenleistungen bei fortbestehender MdE

➤ Grundsatz „**Alles aus einer Hand**“

Aufwendungen für Heilbehandlung und Rehabilitation (2011)

Ambulante Heilbehandlung	Ca. 1.28 Mrd. EUR
Stationäre Heilbehandlung	Ca. 1,05 Mrd. EUR
Ergänzende Leistungen / soziale Reha etc.	Ca. 687 Mio. EUR
Verletztengeld / Besondere Unterstützung	Ca. 503 Mio. EUR
LTA einschl. Übergangsgeld	Ca. 187 Mio. EUR
Insgesamt:	Rd. 3.8 Mrd EUR

Ziele der Leistungen, § 26 Abs. 2 SGB VII

- Gesundheitsschaden beseitigen oder bessern
 - Platz im Arbeitsleben sichern
 - Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
 - Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
- **Umfassende Zielsetzung entspr. SGB IX**

Prinzipien der Leistungserbringung, § 26 SGB VII

- „Mit allen geeigneten Mitteln“
- (Heilbehandlung und) Reha vor Rente
- Allgemein anerkannter Stand der med. Erkenntnisse
- Auswahlermessen des UV-Trägers

Heilbehandlung und medizinische Rehabilitation §§ 27 ff. SGB VII

- Erstversorgung
- Ärztliche und zahnärztliche Behandlung
- Arznei-, Heil-, Hilfsmittel
- Häusliche Krankenpflege
- (Akut-)Stationäre Behandlung
- Medizinische Reha i.S.d. SGB IX

Durchführung der Heilbehandlung, § 34 Abs. 1

- Frühzeitige und sachgerechte allgemeine und besondere unfallmedizinische Behandlung
- Anforderungen an Ärzte und Krankenhäuser
- Besondere Verfahren der Heilbehandlung
- Zulassung der Leistungserbringer

➤ **Großer Gestaltungsspielraum der GUV**

Heilverfahren in der DGUV

§ 34 SGB VII und Vertrag Ärzte/UV-Träger:

- Durchgangsarztverfahren (D-Arzt)
 - Ambulantes und Stationäres Heilverfahren
- Verletzungsartenverfahren (VAV)
- Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)
 - Stationäre Heilverfahren



Vertrag gem. § 34 Abs. 3 SGB VII
zwischen
der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V.
(DGUV), Berlin,
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsge-
nossenschaften e.V., Kassel,
einerseits und
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin,
andererseits
über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung
der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärzt-
lichen Leistungen
(Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger)
gültig ab 1. April 2008

Vertrag Ärzte (KBV)/UV-Träger, § 34 Abs. 3

- Durchführung/Verfahren der Heilbehandlung
- Vergütung der Ärzte (UV-GOÄ)
- Abrechnung der ärztlichen Leistungen
- Berichtswesen und Dokumentation (insb. D-Bericht)

„Herzstück“ D-Arzt-Verfahren



- Klassische Steuerung des Heilverfahrens
- Fachärzte mit besonderer unfallchirurgischer Qualifikation
- Weitere Anforderungen (räumlich, sächlich) und Pflichten
- Beteiligung durch die 6 DGUV-Landesverbände
 - Derzeit bundesweit ca. 3.400 Ärzte mit rd. 3 Mio. Behandlungsfällen/Jahr
 - 1/3 an Krankenhäusern, 2/3 in der Niederlassung

Qualifikation des Durchgangsarztes

Facharzt mit besonderer unfallchirurgischer Qualifikation:

- Facharzt Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie (alte WBO)
- Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie (neue WBO)
 - Plus Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“, wenn am Krankenhaus oder ambulante OP

D-Arzt als „Lotse des Heilverfahrens“

Vorstellungspflicht beim D-Arzt

- bei AU über den Unfalltag hinaus
- Behandlungsbedürftigkeit > 1 Woche
- Verordnung mit Heilmitteln/Reha erforderlich
- Wiedererkrankung

Durchgangsarzt als „Lotse“ des Heilverfahrens

- Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt
- Entscheidung über allg. und besondere Heilbehandlung sowie über ambulant/stationär
- Verordnungsberechtigung (Heil- und Hilfsmittel sowie Rehabilitation)
- Berichtspflichten (insb.: D-Bericht innerhalb 1 Woche)

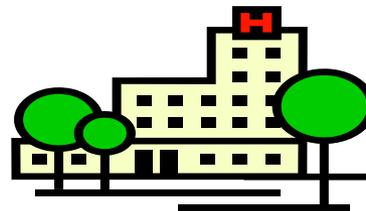
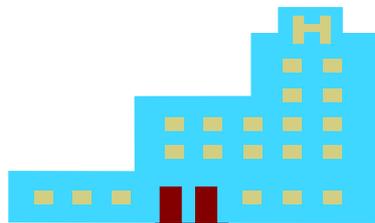
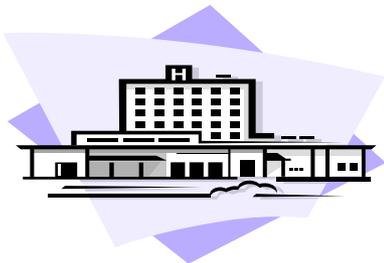


Stationäre Heilverfahren bis 2013

- Kliniken der Grund- und Regelversorgung (D-Arzt)
- Kliniken im Verletzungsartenverfahren (VAV) 
- Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
Rehabilitation (orth.-traumatol. + neurologisch)
- **BG-Unfallkliniken**
wie VAV, plus besondere Schwerpunkte, plus Rehabilitation (BGSW, KSR)

Verletzungsartenverfahren (VAV)

- Besonders ausgestattete und qualifizierte Krankenhäuser
- Anforderungen der DGUV aus dem Jahr 2005
- Verletzungsartenverzeichnis (10 Katalogverletzungen)
- Vorstellungspflicht bei Katalogverletzung
- Im Jahr 2013 ca. 600 Kliniken mit rd. 60.000 VAV-Fällen/Jahr



DGUV-Heilverfahren Status quo bis 2013

ambulant

stationär

Durchgangsarzt in
Niederlassung (D-Arzt)~2400

Durchgangsarzt am
Krankenhaus (D-Arzt)~1200

H-Arzt-Verfahren ~ 2800

Verletzungsartenverfahren
(VAV) ~ 580 Krankenhäuser
- Zuweisung über VAV-Katalog

Keine strikte Sektorentrennung !

DGUV-Heilverfahren Status quo bis 2013

ambulant

stationär

Durchgangsarzt in
Niederlassung

Durchgangsarzt am
Arbeitsort ~ 1200

Durchgangsarztverfahren

Arbeitsstättenverfahren
(VAV) ~ 580 Krankenhäuser
- Zuweisung über VAV-Katalog

Keine strikte Sektorentrennung !

Reformschritte zu zukunftsfesten Heilverfahren

Seit 1.1.2011: Neuausrichtung D-Arzt-Verfahren

Seit 1.1.2013: Neuausrichtung stationäre Heilverfahren

Neue Entwicklungen und Herausforderungen

- Zusammenwachsen von Orthopädie und Unfallchirurgie
- Veränderungen in den Versorgungsstrukturen
 - Krankenhausstrukturen, Vergütungsanreize, Spezialisierung, Konzentration, Neue Organisationsformen in der Niederlassung
- Steigende Anforderungen an die Qualitätssicherung in UV
 - Effektivität, Wirtschaftlichkeit, Patientenperspektive
- Änderungen im Bedarf der UV
 - Rückläufige Unfallzahlen und besondere Bedeutung weniger schwerer Verletzungsformen

Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens seit 01.01.2011

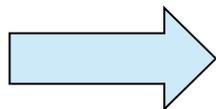
- Differenzierung in der fachlichen Qualifikation
- Auslaufen des H-Arzt-Verfahrens bis Ende 2015
- Erweiterte Fortbildungspflichten (insbesondere Rehabilitation)
- Mindestfallzahl (250/Jahr) mit Ausnahmen bei drohender Unterversorgung
- Vorstellungspflicht und Sondersystem Vergütung (UV-GOÄ) blieben unverändert

Seit 2011: Gestufte Zulassung zum D-Arzt

- **Basis-D-Arzt**
FA Orthopädie/Unfallchirurgie + danach 1 Jahr am VAV-KH
- **„Operativ tätiger D-Arzt“ (am Krankenhaus oder alle amb. OP)**
FA Orthopädie/Unfallchirurgie + Zusatzweiterbildung „Spezielle UC“
- **D-Arzt an VAV- / SAV-Klinik**
Facharzt O&U + Spezielle UC + Weiterbildungsbefugnis + 3 Jahre VAV-Erfahrung

Ab 2013: Neuordnung im Stationären Bereich

- **Konzentration** auf die in der Versorgung von Schwerverletzten qualifizierten und erfahrenen Kliniken (Akut und Reha)
- **Differenzierung** der Heilverfahren nach Art und Schwere der Verletzungsart („der richtige Fall in die richtige Klinik“)
- **Profilierung** der Qualitätsanforderungen (einschl. Prozess- und Ergebnisqualität)
- **Stärkung** der sektorenübergreifenden Versorgung im Sinne der UV („alles aus einer Hand – Reha-Management“)



Effektivität und Effizienz stärken

Seit 2013: Neuausrichtung stationäre Heilverfahren

Weißbuch Schwerverletztenversorgung der DGU als Blaupause
(3-stufig, Anforderungen)

Neu: Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) für Schwerst- und
Komplexfälle

Neu: D-Arzt am Krankenhaus wird echtes stationäres
Heilverfahren (DAV)

Standard-Verletzungsartenverfahren (VAV) wird neu aufgestellt

Ambulante Heilverfahren

D-Arzt in Niederlassung

z.T. mit voller ambulanter
OP-Berechtigung

auch D-Ärzte am KH, wenn
dieses die Anforderungen
im DAV nicht erfüllt

Stationäre Heilverfahren

SAV

Schwerst-
verletzungsarten-
verfahren

VAV

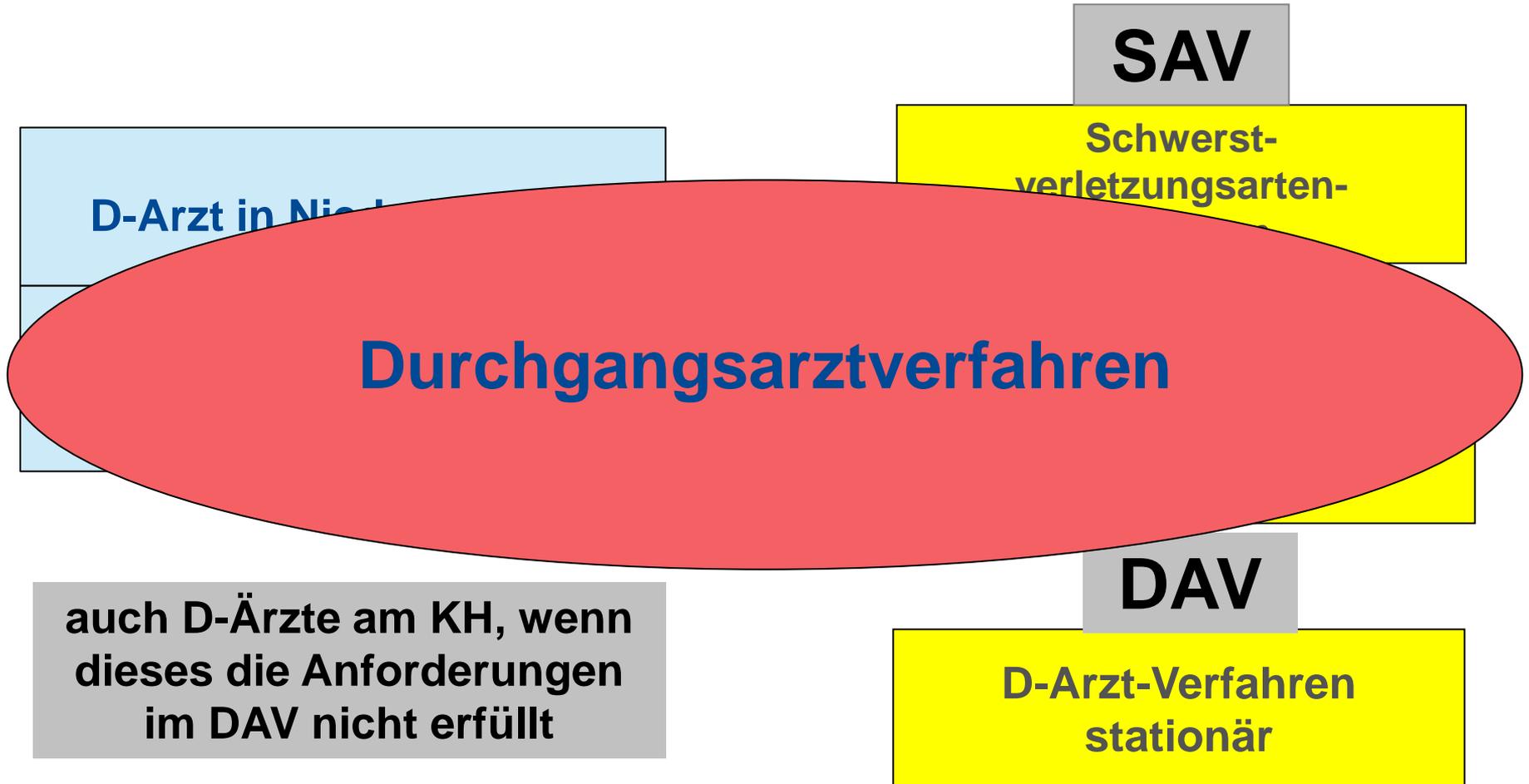
Verletzungsarten
verfahren

DAV

D-Arzt-Verfahren
stationär

Ambulante Heilverfahren

Stationäre Heilverfahren



SAV

Schwerst-
verletzungsarten-

D-Arzt in Nicht-Stationär

Durchgangsarztverfahren

DAV

D-Arzt-Verfahren
stationär

auch D-Ärzte am KH, wenn
dieses die Anforderungen
im DAV nicht erfüllt

Organisation der Heilverfahren schafft Voraussetzungen für bedarfsgerechte Versorgung auf allen Ebenen

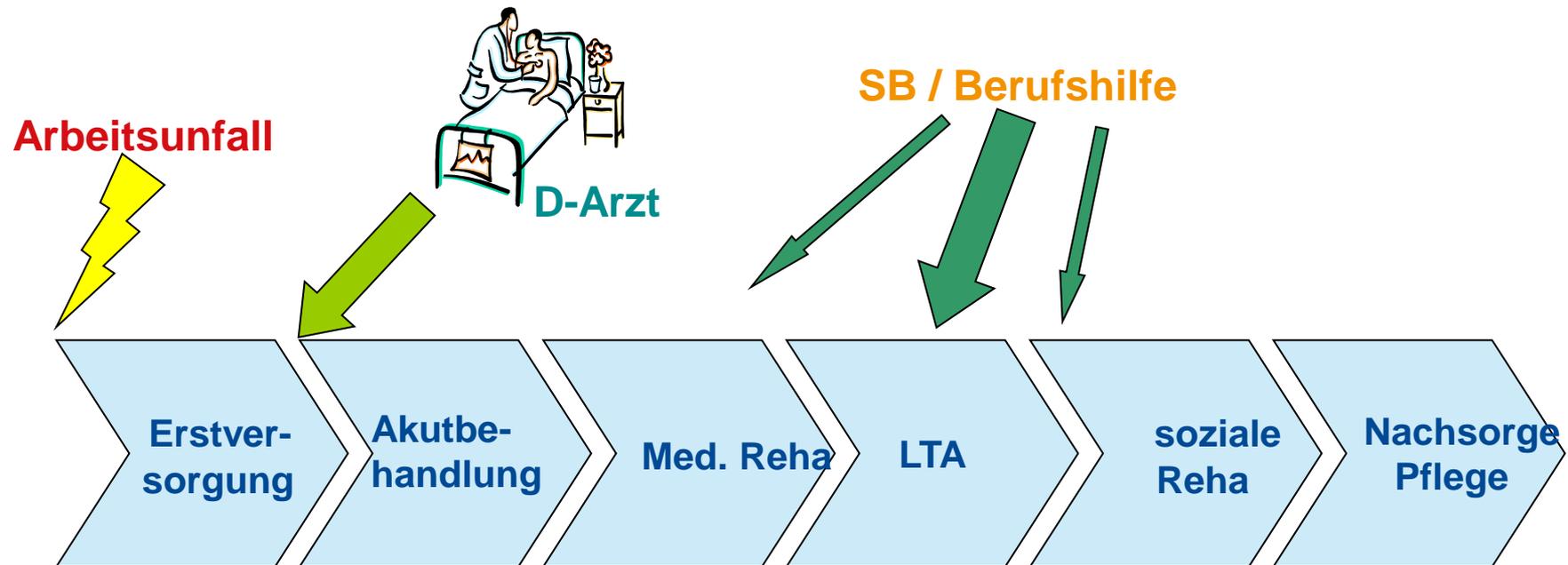
Herausforderungen der Zukunft:

1. Nachwuchs in der Unfallmedizin bzw. im D-Arzt-Wesen
2. Altersstruktur der D-Ärzte / Lösungen für unterversorgte Gebiete
3. weitere Flexibilisierung im Vertragsarztrecht (Auswirkung auf Bereitschaftszeiten/persönliche Leistungserbringung)
5. Sektorenübergreifende Netzwerke (Klinik/Niederlassung)

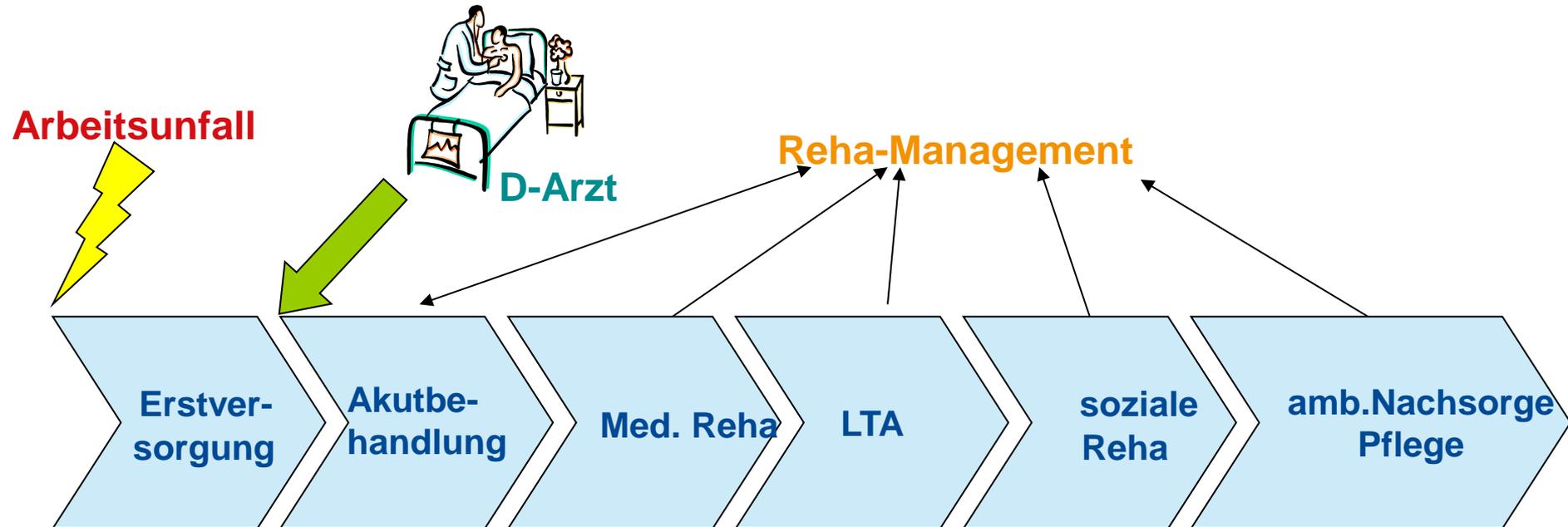
Überblick: Reha-Verfahren in der DGUV

- Berufsgenossenschaftliche Stationäre Weiterbehandlung (BGSW)
 - stationäre Anschluss-Reha in der UV
 - Zulassung durch DGUV anhand von Qualitätsanforderungen
 - Orthopädisch-traumatologische Indikation (ca. 130 Kliniken)
 - Neurologische Indikation (ca. 60 Kliniken)
- Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP)
- Arbeitsplatzbezogene muskuloskeletale Rehabilitation (ABMR)
- Komplex-Stationäre Rehabilitation (KSR) an BG-Kliniken

„Klassische“ Steuerung des Heilverfahrens



Weiterentwicklung zum Reha-Management



**Einbindung aller Phasen und Akteure +
zielorientierte Planung des Reha-Verlaufs**

Reha-Management: *Definition*

- Umfassende *Planung und Koordinierung*,
- *zielgerichtete*, aktivierende Begleitung,
- *aller Leistungen* zur med. Rehabilitation und Teilhabe,
- auf der Grundlage eines individuellen *Reha-Plans*,
- unter partnerschaftlicher *Einbindung aller Beteiligten*

Reha-Management: *Ziele*

- Frühzeitiges Erkennen beruflicher und sozialer Folgewirkungen
- Koordination/Vernetzung aller geeigneter Maßnahmen
- Bedarfsgerechte Diagnostik und Therapie
- Auswahl effizienter Reha-Maßnahmen
- Kontrolle von Laufzeiten und Kosten
- Motivation und Einbeziehung des Patienten
- Zeitnahe und dauerhafte Wiedereingliederung

Konzentration auf soziapolitisch und ökonomisch bedeutsame Fälle

Reha-Management: Fallauswahl

Verletzungsschwere als Indikator für Probleme bei der Wiedereingliederung

- Formales Eingangskriterium: Fälle mit AUF-Prognose mehr als 112 Tage = 16 Wochen
- AUF-Prognose mit EDV-gestützten Systemen (insb. Weller)

Reha-Management: Fallauswahl

Mögliche weitere Eingangskriterien (auch unabhängig von der AUF-Prognose)

- Medizinische Komplikationen (z.B. CRPS, Nekrosen)
- Verletzungsrelevante Vorerkrankungen
- Probleme mit der Traumaverarbeitung
- Psychische Auffälligkeiten
- Problematischer gesundh. Allgemeinzustand (z.B. Adipositas, Diabetes)
- Probleme im beruflichen Umfeld oder schwierige Reintegrationsperspektive
- Soziale Probleme

**Kontextfaktoren
nach ICF**

Reha-Management: *Profilerhebung*

Ziel:

- Personenbezogenes Reha-Management
- insb. Tätigkeitsprofil
- Feststellung des individuellen Bedarfs
- Erkennen von Hindernissen

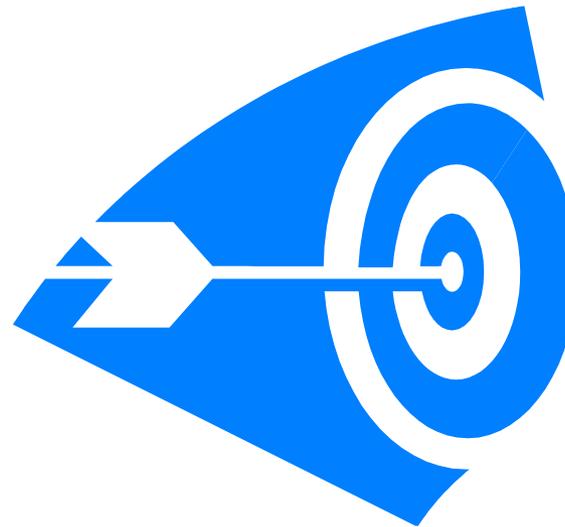
Ermittlung von Erwartungen und Kontextfaktoren des Versicherten (**ICF, SGB IX !!**)

Reha-Management: *Planung des Reha-Verlaufs*

- EDV-gestützte HV-Steuerung (sog. Weller-Tabelle)
- Heilverfahrensstandards / Med. Leitfäden
- Einbindung des beratenden Arztes des UV-Trägers
- Ggf. Einsatz von Assessments (z.B. EFL, Ergos)

Reha-Management: *Erstellung eines Reha-Plans*

- Reha-Ziele
- Handlungsziele
- Zeitziele



**Ausgerichtet
auf
Aktivitäten
und
Teilhabe
(ICF)**

➤ **Gemeinsam im Team aufzustellen !**

Reha-Management: *Rehabilitation „mit Plan“*

- Umsetzung des Reha-Plans (Information, Beauftragung)
- Fortlaufende Überwachung und Steuerung des Reha-Prozesses durch Reha-Manager
- Anlassbezogene Teamgespräche / Fallkonferenzen
- Ggf. Anpassung des Plans

Vielen Dank

Markus.Oberscheven@dguv.de