

# Notwendige Veränderungen des berufsgenossenschaft- lichen Heilverfahrens

## Sicht des niedergelassenen Arztes

### Ausgangssituation

In den letzten Jahren fand auch im Bereich der niedergelassenen Vertragsärzte ein Wandel statt, der auf die derzeitige und zukünftige Versorgung der Unfallverletzten durch niedergelassene D-Ärzte (Durchgangsarzt), die berufsgenossenschaftliche Behandlung im Rahmen der Heilverfahren, entsprechende Auswirkungen zeigt.

Hier ist zunächst der Wandel in der Versorgungslandschaft mit Änderung und Auswirkungen des Vertragsarztänderungsgesetzes mit z. B. Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MZV), Standort übergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, möglichen Anstellungen von angestellten Ärzten usw. zu nennen

Politisch gesehen kommen ein zunehmender Legitimationsdruck und Hinterfragung des Systems der Berufsgenossenschaften mit ihren Heilverfahren vs. der Versorgung Unfallverletzter im Rahmen der Möglichkeiten der Gesetzlichen Krankenversicherungen (z. B. Weegeunfälle usw.) hinzu.

Auch eine veränderte Bedarfslage, die sich dahingehend äußert, dass die Unfallstatistiken bei den Arbeitsunfällen zwar rückläufig sind, andererseits aber schwere Unfallverletzungen zunehmen, spielt eine wichtige Rolle.

Des Weiteren hat sich das Niederlassungsverhalten der Kollegen/-innen dahingehend verändert, dass ein zunehmender Trend zum Zusammenlegen von

Einzelpraxen zu Gemeinschaftspraxen, Auslagerung von Arbeitsbereichen (Operationszentren) usw. zu verzeichnen ist, was auch Auswirkungen z. B. auf die Präsenzpflicht des D-Arztes hat.

Die überall festzustellende Steigerung der Anforderung an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung betrifft selbstverständlich auch die Versorgung Unfallverletzter im Rahmen der Gesetzlichen Unfallversicherung.

Dies alles führte mit dazu, dass von Seiten der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) über eine Neuausrichtung der Heilverfahren diskutiert und ein Eckpunktepapier erstellt wurden, wie an anderer Stelle in diesem Heft detailliert dargestellt [1, 2, 4]. Im „Entwurf von Eckpunkten zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung“ [3] finden sich Überlegungen, die die niedergelassenen D-Ärzte entscheidend betreffen:

- Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens,
- Abschluss von Einzelverträgen mit hochspezialisierten Leistungsanbietern,
- Einführung eines kontinuierlichen Qualitätssicherungssystems,
- Berücksichtigung von Bedarfsgesichtspunkten und
- Anpassung an die Veränderungen im vertragsärztlichen Bereich.

Die Position des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaft tätigen Ärzte zu den einzelnen Überlegungen in diesem

Entwurf wird im Folgenden näher erörtert.

### D-Arzt-Verfahren

Die zentrale Rolle des D-Arztes im Heilverfahren muss u. E. auch weiterhin erhalten bleiben. Der Grundsatz der bedarfsdeckenden Versorgung mit unfallmedizinisch besonders qualifizierten Ärzten einschließlich besonderer Vorstellungspflichten sollte daher gewahrt werden.

Voraussetzung für die Beteiligung am D-Arzt-Verfahren sollte der neue Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit entsprechender unfallchirurgischer Zusatzqualifikation sein.

Die geplante Abstufung innerhalb des D-Arzt-Verfahrens, die an die Stelle der derzeitigen Differenzierung zwischen D- und H-Arzt (Heilbehandlungsarzt) tritt, sollte die Notwendigkeit der unfallchirurgischen Qualifikation auch für den „abgestuften“ D-Arzt fordern. Dabei muss betont werden, dass hier nicht ein qualitativer Unterschied zwischen „echtem“ D-Arzt und „D-Arzt-light“ getroffen werden sollte, denn ansonsten könnten Unfallpatienten den Eindruck gewinnen, sie würden von einem „besseren“ oder „schlechteren“ D-Arzt versorgt. In der Außendarstellung muss eindeutig sein, dass beide D-Ärzte in Zukunft weiterhin die primären Ansprechpartner eines Unfallverletzten nach einem Arbeitsunfall sind und dass sich die Unterscheidung nur auf die Tatsache eines mehr operativ oder mehr konservativ orientierten Arbeitsbereiches

erstreckt: Beide D-Ärzte müssen entsprechend unfallchirurgisch ausgebildet sein und die Systematik der Heilverfahren inklusive Formularwesen usw. beherrschen und bewerkstelligen können.

Bei der geplanten Abstufung sollte zudem vermieden werden, nur zwischen D-Arzt an der Klinik und D-Arzt in der Niederlassung zu differenzieren, denn aufgrund der neuen Versorgungsstrukturen im vertragsärztlichen Bereich mit Berufsausübungsgemeinschaften, mehreren möglichen Praxissitzen, MVZ, verstärktem ambulanten Operieren usw. ergeben sich mehr Möglichkeiten, dass ein Kollege auch als niedergelassener D-Arzt primär operativ tätig ist, während ein anderer dies nicht wahrnimmt und auch nicht wahrnehmen möchte.

Es muss daher immer wieder betont werden, dass bei der Umstellung des Heilverfahrens keine Abstriche bezüglich der Qualifikation gemacht werden und nicht ein D-Arzt „2. Klasse“ eingeführt wird.

Auch vor dem Hintergrund der primären Aufgabe des D-Arzt (Screening- und Steuerungsfunktion für die Gesetzliche Unfallversicherung) dürfen keine Abstriche in der hierfür erforderlichen unfallchirurgischen Qualifikation und den Kenntnissen der berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren usw. akzeptiert werden.

Wenn diese Notwendigkeit von den UV-Trägern (UV: Unfallversicherung) auch weiterhin akzeptiert wird, hat dies zur Konsequenz, dass die Vergütungsstrukturen dies in Zukunft auch weiterhin berücksichtigen, d. h. nicht zwischen den verschiedenen D-Ärzten (an Klinik/ in der Praxis oder Ähnliches) differenziert wird. Die Vergütungssystematik bezüglich der weiteren Behandlung kann dann durchaus den Behandlungsaufwand und die Notwendigkeit oder Nichtnotwendigkeit einer besonderen unfallchirurgischen Qualifikation berücksichtigen, wie es auch jetzt bei der Differenzierung zwischen allgemeiner und besonderer Heilbehandlung der Fall ist.

### Befristung der Beteiligung

Der Aspekt der zukünftigen Vergütung der D-Arzt-Tätigkeit muss ebenfalls im Zusammenhang mit der Diskussion über

eine in Zukunft evtl. nur befristete Beteiligung am D-Arzt-Verfahren sehr kritisch betrachtet werden: Der Entscheidung, die entsprechend notwendigen hohen fachlichen und sächlichen Investitionen als Voraussetzung für eine Beteiligung am D-Arzt-Verfahren als niedergelassener Arzt zu tätigen, muss eine gewisse Planungssicherheit gegenüberstehen. Vor diesem Hintergrund muss die Beteiligung weiterhin zunächst unbedingt unbefristet sein, damit überhaupt entsprechende Investitionen über Bankkredite getätigt werden können, denn keine Bank wird einem Kollegen für die Niederlassung entsprechende Kredite einräumen, wenn deren Refinanzierung durch eine evtl. nur kurzzeitig befristete Beteiligung ggf. in Frage gestellt wird. Andererseits sollte die Beteiligung am Verfahren natürlich – wie bereits schon jetzt – beendet werden können, wenn erhebliche qualitative Mängel feststellbar sind.

Es sollte daher nicht primär über eine eventuelle zeitliche Befristung der Beteiligung nachgedacht werden, sondern eher über eine qualitätsorientierte Befristung nach noch zu diskutierenden Kriterien, nach denen in regelmäßigem Turnus die D-Ärzte in ihrer Tätigkeit in der Praxis und natürlich auch in der Klinik bezüglich Qualität und eingehaltener Standards ihre weiterhin bestehende Qualität nachweisen. Ähnliches gibt es vergleichsweise im vertragsärztlichen Bereich z. B. in Form der Radiologiekommissionen usw. bei der Ärztekammer/KV (Kassenärztliche Vereinigung). Eine derartige qualitätsorientierte Beteiligung ist gegenüber den D-Ärzten sicherlich eher zu vermitteln als eine qualitätsunabhängige, rein zeitlich befristete Beteiligung.

Bezüglich der derzeitig tätigen H-Ärzte sollte bei der Einführung des abgestuften D-Arzt-Verfahrens in der Übergangszeit weiterhin Bestandsschutz gelten.

### Einzelverträge mit hochspezialisierten Leistungsanbietern

Nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich ist ein deutlicher Trend zur Spezialisierung und Konzentration der Leistungserbringung festzustellen. Die besondere Kompetenz einzelner Schwerpunktkliniken, Fachabteilungen

Trauma Berufskrankh 2010 · 12 [Suppl 1]: 12–15  
DOI 10.1007/s10039-009-1546-6  
© Springer Medizin Verlag 2009

N. Bönninghoff

### Notwendige Veränderungen des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens. Sicht des niedergelassenen Arztes

#### Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag werden die geplanten Neuausrichtungen der Heilverfahren in der Gesetzlichen Unfallversicherung aus der Sicht des niedergelassenen D-Arzt (Durchgangsarzt) und des Bundesverbandes der für die Berufsgenossenschaft tätigen Ärzte dargestellt.

#### Schlüsselwörter

Heilverfahren · Gesetzliche Unfallversicherung · Neuausrichtung · Durchgangsarzt · Bundesverband der für die Berufsgenossenschaft tätigen Ärzte

### Changes needed to medical treatments approved by the employers' liability insurance association. The practising physician's point of view

#### Abstract

The present article discusses the planned adjustments to medical treatment offered by the statutory accident insurance from the perspective of authorised medical examiners as well as the German association of physicians active for the employer's liability insurance association.

#### Keywords

Medical treatment · Statutory accident insurance · Adjustments · Authorised medical examiner · German association of physicians active for the employer's liability insurance association

und niedergelassener Fachärzte für bestimmte operative Eingriffe sollte stärker als bisher genutzt werden.

Es ist daher aus Sicht unseres Verbandes durchaus sinnvoll, eine in fachlicher Hinsicht begrenzte Beteiligung und/oder einzelvertragliche Einbindung von bestimmten, hochspezialisierten Leistungserbringern zur Versorgung von Unfallverletzten einzuführen bzw. die derzeitigen schon teilweise praktizierten Einzelregelungen zu vereinheitlichen und allgemeingültig zu präzisieren, denn die Qualität der Versorgung der Unfallverletzten steht im Vordergrund.

Bei eventuellen begrenzten Beteiligungen für z. B. planbare Behandlungen (wie arthroskopische Schulterchirurgie durch Spezialisten) muss jedoch u. E. sichergestellt sein, dass die Steuerung des Heilverfahrens auch weiterhin in der Hand des D-Arztes verbleibt.

### Einführung eines kontinuierlichen Qualitätssicherungssystems

Vor dem Hintergrund der immer wiederkehrenden Diskussion über die Frage der Notwendigkeit einer gesetzlichen Unfallversicherung mit ihren kostenträchtigen Heilverfahren usw. ist gegen die Einführung eines Qualitätssicherungssystems sicherlich nichts einzuwenden: Nur durch den Nachweis einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Arbeitsunfallverletzten lässt sich das System der DGUV auf Dauer sicherstellen.

Daher sieht auch unser Verband die Notwendigkeit, dass Konzepte zur kontinuierlichen Qualitätssicherung entwickelt werden, welche Verfahren der Qualitätskontrolle beinhalten und die Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigen. Über den Weg der Qualitätssicherung ließe sich – wie schon angeführt – auch die Problematik einer eventuell befristeten Beteiligung an den Heilverfahren am sachlichsten regeln.

Die Konzeptentwicklung zur kontinuierlichen Qualitätssicherung muss jedoch berücksichtigen, dass Parameter und Instrumente zur Messung der Qualität benutzt werden, die regelhaft zum Einsatz kommen und/oder mit vertretbarem Aufwand erfasst werden. Nur so kann ein sonst entstehender personeller und zeit-

licher Mehraufwand vermieden werden, der eine weitere Kostensteigerung zur Folge hätte. Die Nutzung schon vorhandener Daten [z. B. D-Berichte, AU-Dauer (AU: Arbeitsunfähigkeit), Rentenbescheide usw.) bietet sich hier an.

### Berücksichtigung von Bedarfs Gesichtspunkten

Vor dem Hintergrund rückläufiger Unfallzahlen und im Sinne einer konsequenten Qualitätsorientierung der Heilverfahren ist auch der Gesichtspunkt von „Bedarf“ an D-ärztlicher Versorgung – ambulant und stationär – zu berücksichtigen: Es macht z. B. wenig Sinn, in überversorgten Ballungsbereichen noch mehr D-Ärzte zuzulassen. Die dann zwangsläufig sinkende Zahl von D-Fällen pro Praxis ist sicherlich nicht qualitätsfördernd. In Analogie zum vertragsärztlichen Bereich mit Zulassungen bezogen auf die regionale Einwohnerzahl pro Arzt könnten hier die Unfallstatistiken einer Region oder Mindestfallzahlen zugrunde gelegt werden, um über weitere Beteiligungen am D-Arzt-Verfahren zu entscheiden. Bei dieser Problematik sind jedoch die Vorgaben des SGB (Sozialgesetzbuch) VII § 34 zu berücksichtigen, nach denen ein Zulassungsanspruch zur Beteiligung besteht, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind. Bedarfsgesichtspunkte sind hier nicht angeführt. Außerdem darf nicht die Gefahr einer „closed-shop“-Situation entstehen, so dass auch in Zukunft nachrückende qualifizierte Leistungserbringer bezüglich einer Beteiligung nicht ausgeschlossen werden sollten.

Neben dem Aspekt der einer eventuell bestehenden Überversorgung mit D-Ärzten in einer Region mit zu niedrigen Fallzahlen pro D-Arzt besteht jedoch in Zukunft eher auch vermehrt das Problem einer Unterversorgung einer Region (z. B. Bereiche in den neuen Bundesländer, Niederrhein usw.). Hier müsste von Seiten der DGUV über entsprechende Niederlassungsanreize im Sinne ganz konkreter finanzieller Förderung nachgedacht werden, da sonst die Neugründung/Übernahme einer D-Arzt-Praxis in dieser Region für den betreffenden Kollegen nicht realisierbar ist.

### Anpassung an die Veränderungen im vertragsärztlichen Bereich

Durch die neuen Möglichkeiten des Vertragsarztänderungsgesetzes (VAÄG) erfolgten eine weit reichende Liberalisierung und Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgung. Vor dem Hintergrund der hiernach nun bestehenden unterschiedlichen Möglichkeiten vertragsärztlicher Tätigkeit (z. B. Berufsausübungsgemeinschaften, erweiterte Möglichkeiten zur Anstellung weiterer Ärzte, Betreibung von MVZ, Möglichkeit einer Tätigkeit an mehreren Praxisstätten) sowie der in den letzten Jahren auch im Bereich der berufsgenossenschaftlichen Behandlung erfolgten Ausweitung des ambulanten Operierens besteht u. E. dringlicher Handlungsbedarf von Seiten der DGUV: Die klassische D-Arzt-Praxis als Einzelpraxis mit kleinem OP kann – zumindest in manchen Regionen – schon als Auslaufmodell betrachtet werden. Die Zulassungsregelungen der Praxen/Operationszentren usw. und die Regelungen bezüglich der D-ärztlichen Präsenz und Vertretung in den Praxen müssen daher dringend angepasst werden. Dabei muss aber u. E. sichergestellt werden, dass auch bei den jetzt möglichen verschiedenen Versorgungsstrukturen die Verantwortung für das D-Arzt-Verfahren weiterhin beim D-Arzt liegt und nicht z. B. an Angestellte oder Partner mit nicht vorhandener Qualifikation delegiert werden kann. Insbesondere auch bei mehreren Praxisstätten muss gewährleistet sein, dass entweder je ein D-Arzt an den verschiedenen Praxisstätten tätig ist oder – wenn dies nicht der Fall ist und die Verletzung und die Wegstrecke dies erlauben – der Patient zu dem Praxisstutz weitergeleitet wird, an dem der D-Arzt tätig ist. Es darf nicht vorkommen, dass eine Praxis mehrere Praxisstätten unter der Leitung eines D-Arztes betreibt, die UV-Patienten aber an den zwar formell zusammengehörenden verschiedenen Praxisstätten regelhaft von Nicht-D-Ärzten betreut werden. Dies würde u. E. zur Verwässerung des D-ärztlichen Heilverfahrens und zu einem Qualitätsverlust führen, wodurch die Heilverfahren von extern angreifbarer werden würden und zu Recht auch in Frage gestellt werden könnten.

Es ist u. E. auch zu berücksichtigen, dass vermehrt D-Ärzte in MVZ angestellt werden und an Kliniken bisher fachspezifische Notfallambulanzen fachübergreifend zusammengefasst werden und ein Nicht-D-Arzt mit der Leitung dieser neuen Abteilung beauftragt wird. Somit wird der Unfallpatient dann regelhaft von einem Nicht-D-Arzt primärversorgt bzw. der D-Arzt erst sekundär involviert. Hier sollte die DGUV eindeutig vertragliche Vorkehrungen treffen, dass eine Beteiligung dieses MVZ/der Klinik am Heilverfahren nur möglich ist, wenn der D-Arzt dort auch weiterhin der vertragliche und verantwortliche Partner der DGUV ist, unabhängig von den sonst etablierten Organisationsformen und Weisungskompetenzen.

Bezüglich des ambulanten Operierens von D-Ärzten in Operationszentren außerhalb ihrer Praxis ist es erforderlich, dass für die Zeit der auswärtigen Operation ein D-Arzt-Kollege die Vertretung übernehmen kann – wie bei der bisherigen Vertretungsregelung an Samstagen.

## Fazit

**Aus Sicht der D-Ärzte besteht die Notwendigkeit einer zeitgemäßen Weiterentwicklung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens.**

**Die Veränderungen im vertragsärztlichen Bereich müssen im Heilverfahren zügiger als bisher berücksichtigt werden.**

**Die D-Ärzte sind für notwendige und zeitgemäße Veränderungen des Heilverfahrens offen und werden diese mittragen, hierbei sind ein partnerschaftlicher Umgang der Vertragspartner und die Berücksichtigung der Interessen beider Partner erforderlich.**

## Korrespondenzadresse

**Dr. N. Böninghoff**  
Bundesverband der für  
Berufsgenossenschaften tätigen Ärzte,  
Langenfeldstraße 63a,  
45481 Mülheim an der Ruhr  
norbert.boeninghoff@arcor.de

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

## Literatur

1. Andro KH (2009) Überlegungen zu Änderungen der ambulanten Versorgung aus Sicht der DGUV. Trauma Berufskrankh
2. Bühren V (2009) Notwendige Veränderungen des berufsgenossenschaftliche Heilverfahrens aus Sicht der ärztlichen Fachgesellschaften. Trauma Berufskrankh
3. DGUV (2008) Entwurf von Eckpunkten zur Neuausrichtung der Heilverfahren in der gesetzlichen Unfallversicherung (Stand 26.11.2008). Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Berlin
4. Oberscheven M (2009) Überlegungen zu Änderungen der stationären Versorgung aus Sicht der DGUV. Trauma Berufskrankh