

Voraussetzungen der D-Arzt-Anerkennung in den neuen Heilverfahren

Kommentar des Bundesverbandes der Durchgangsärzte e. V.

Anforderungen in den neuen Heilverfahren

Voraussetzung zur D-Arzt-Anerkennung

Die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 Sozialgesetzbuch (SGB) VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) wurden vom Spitzenverband der Unfallversicherungsträger in der Fassung vom 01.01.2011 publiziert und bekannt gemacht [1]. Schon im Vorfeld gab es heftige Diskussionen und auch Auseinandersetzungen um die Forderung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) nach einem Qualitätssicherungssystem, welches mit Forderungen nach einer lebenslangen kontinuierlichen Fortbildung der D-Ärzte verbunden ist. Diese Ansprüche werden von Seiten der D-Ärzte mit der Forderung nach verbesserten Leistungshonorierungen beantwortet.

Der D-Arzt ist weiterhin auf den Vertrag zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträger (Ärztevertrag) verpflichtet. Zudem besteht die Forderung nach persönlicher Leistungserbringung. Neu sind der Verzicht auf die unfallärztliche Bereitschaft am Sonnabend und eine Vertretungsregelung für die unfallärztliche Bereitschaft, z. B., wenn operativ tätige

D-Ärzte die persönliche Leistungserbringung nicht einhalten können. Die D-Ärzte werden aufgefordert, bei der Behandlung von unfallverletzten Kindern oder Jugendlichen regelmäßig die Notwendigkeit der Hinzuziehung eines Kinderchirurgen oder eines Facharztes mit der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin zu prüfen. Bezüglich der unfallchirurgischen Fortbildung wird eine Teilnahme an mindestens einer unfallchirurgischen Fortbildungsveranstaltung pro Jahr verlangt. In einem 5-Jahres-Zeitraum soll eine erfolgreiche Teilnahme an zertifizierten Veranstaltungen über Rehabilitationsmanagement und -medizin, Begutachtungswesen und Kindertraumatologie nachgewiesen werden. Ebenfalls innerhalb von 5 Jahren soll eine Teilnahme an 2 unfallmedizinischen Tagungen der DGU-Landesverbände (DGU: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) belegt werden.

Schwierigkeiten und Kosten bei der Umsetzung der Forderungen

Aus den angeführten Forderungen der DGUV ergeben sich natürlich zusätzliche Kosten und ein weiterer Aufwand für den D-Arzt, die kompensiert werden müssen. Niemand wird sich der Forderung nach hoher Qualität und transparenter Leistungserbringung verschließen. Höhere

Qualität ist jedoch in der Regel auch mit höherem Aufwand und höheren Kosten verbunden. Qualitätsforderungen dürfen zudem nicht dazu führen, dass noch mehr dokumentiert werden muss, und Qualitätssicherung muss mit den jetzt bestehenden Daten und im Konsens mit den D-Ärzten erfolgen.

Der Bundesverband der Durchgangsärzte e. V. wird sich zusammen mit den anderen Berufsverbänden von Orthopäden und Chirurgen sowie den wissenschaftlichen Gesellschaften für eine Ausgewogenheit des Vertragswerks einsetzen. Die Tätigkeit des D-Arztes muss auf einer gesicherten wirtschaftlichen Basis stehen und langfristig planbar sein.

Möglichkeiten der D-Arzt-Zulassung

H-Arzt-Praxen

Die Umwandlung von H-Arzt-Praxen (H-Arzt: an der besonderen Heilbehandlung beteiligter Arzt) zu D-Arzt-Praxen hat bereits begonnen und ist noch im Gange. Bis zum 31.12.2014 müssen die Anträge zur Überleitung vom H- zum D-Arzt gestellt sein. Fachliche Nachforderungen werden von der DGUV nicht aufgestellt, allerdings ist die Mindestfallmenge von 250 Neufällen jährlich eine schwere Hür-

de. Ausnahmen sind jedoch bei Versorgungsgefährdung möglich.

Die strukturellen Anforderungen an Operationsräume sollen flexibel gehandhabt werden. Die Vorhaltung von 2 Eingriffsräumen wird als ausreichend betrachtet, wenn keine ambulanten Operationen durchgeführt werden. Gleiches gilt für Orthopäden sowie Chirurgen, die als H-Arzt zugelassen waren.

D-Arzt ohne/mit operativer Tätigkeit

Der neue D-Arzt ohne operative Tätigkeit ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und war 1 Jahr in einer Klinik mit Zulassung zum Verletzungsartenverfahren (VAV) tätig. Mit einem qualifizierten Zeugnis soll er seine Tätigkeit über die Erfahrungswerte im D-Arzt-Verfahren nachweisen.

Der operativ tätige D-Arzt muss in Zukunft die Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie in einem dafür zugelassenen Haus erwerben. Er kann dann ambulant tätig oder an einer Klinik ohne VAV-Verfahren als Leitender Arzt oder Chefarzt angestellt sein. Voraussetzung ist die fachlich-organisatorische Weisungsfreiheit wie bisher. Wurde der Facharzt für Unfallchirurgie im Ausland erworben, z. B. in Österreich, wird für den nicht operativ tätigen Durchgangsarzt noch 1 Jahr Tätigkeit bei einem D-Arzt nachgewiesen werden müssen.

Die fachliche Befähigung des zukünftigen D-Arzt wird durch Einführungsseminare der DGUV in das Berichtswesen der Heilverfahren, die Gutachtenerstellung und die Fortbildung über Teilhabemaßnahmen geschult werden. Die unfallchirurgische Tätigkeit darf insgesamt nicht mehr als 3 Jahre unterbrochen werden.

Der operativ tätige D-Arzt (Schwerpunkt Unfallchirurgie oder spezielle Unfallchirurgie) unterliegt den Richtlinien für das ambulante Operieren und muss 2 Eingriffsräume vorhalten, davon einen Operationssaal nach Vorgabe des § 115 b SGB V.

Der D-Arzt ohne operative Tätigkeit darf nur einen begrenzten Leistungskatalog an Operationen wie Fremdkörperentfernung, Entfernung kleiner Tumoren

und Ganglien am Handgelenk oder an den Fingern, größere Wundversorgungen, Nekrektomien und Metallentfernungen an kleinen Röhrenknochen bzw. Stellschraubenentfernungen, Hautverpflanzungen, Hämatomentfernungen, Probeexzisionen, auch Exzisionen größerer Geschwülste, eines Schleimbeutels sowie eine Abszesseröffnung vornehmen.

Zum Verletzungsartenverfahren zugelassener D-Arzt

Der an einem VAV-Haus tätige D-Arzt braucht für die Befähigung neben der Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie oder der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie zusätzlich eine 3-jährige Weiterbildung in einem zum VAV zugelassenen Haus.

Neu für die stationären Heilverfahren sind Sanktionierungsmöglichkeiten bei der Behandlung von VAV-Fällen in Häusern ohne Zulassung. Diese Regelung wird Anlass dazu geben, den VAV-Katalog zusammen mit der DGUV zu überarbeiten, damit weiterhin eine flächendeckende, qualifizierte und zeitnahe Versorgung von unfallverletzten Patienten möglich sein wird. Von der DGUV ist eine Reduktion der VAV-Häuser auf etwa die Hälfte bis ein Drittel vorgesehen. Mit dem jetzt bestehenden VAV-Katalog wird es dabei sicher zu Engpässen in der Versorgung kommen.

Bestandsschutz

Grundsätzlich haben jetzt bereits zugelassene D-Ärzte Bestandsschutz für ihre geltende Zulassung. Weiterhin ist die Formulierung in Punkt 2.4 in den Voraussetzungen für die D-Ärzte [1] von entscheidender Bedeutung:

„Ärzte mit der Facharztbezeichnung „Chirurgie“ und der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ werden dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“ gleichgestellt.“ [1]

Damit soll sichergestellt werden, dass auch bereits niedergelassene D-Ärzte nach alter Weiterbildungsordnung ihrer operativen Tätigkeit bei BG-Patienten (BG: Berufsgenossenschaft) nachkommen können,

auch wenn sie nicht über die Zusatzweiterbildung spezielle Unfallchirurgie verfügen. D-Ärzte, die nach alter Weiterbildungsordnung zugelassen sind, verfügen damit über einen besonderen und herausgehobenen Status, der auf ihrer zielgerichteten unfallchirurgischen Weiterbildung beruht. Die Anforderungen an die kontinuierliche Fortbildung und die Überprüfung der Beteiligung sollen wie für alle anderen D-Ärzte alle 5 Jahre erfolgen. Der Bestandsschutz ist damit formal zeitlich begrenzt.

Kliniken/Vernetzung

Für die Beteiligung am VAV gilt, dass am Krankenhaus nur *ein* D-Arzt tätig sein darf. Dieser darf seine Tätigkeit wie andere D-Ärzte bis zur Beendigung des 68. Lebensjahrs ausüben. Voraussetzung für die Beteiligung ist auch hier die Mindestzahl von 250 Neufällen pro Jahr. Diese sollen im Schnitt von 5 Jahren oder regelmäßig in den letzten 3 Jahren nachgewiesen werden. Für Berufsausübungsgemeinschaften werden diese Mindestzahlen nicht pro D-Arzt, sondern pro Standort berechnet. Ausnahmen von der Regel sind bei drohender Unterversorgung vorgesehen. Diese ist zu definieren, wenn weniger als ein D-Arzt pro 30.000 Einwohner tätig ist oder die Erreichbarkeit >30 min beträgt [2].

Für die stationären Heilverfahren sind eine stärkere Verzahnung der Versorgungssektoren und eine engere Zusammenarbeit von stationär und ambulant tätigen D-Ärzten vorgesehen. Dies gilt v. a. für die Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten mit schwereren Verletzungen, für die gemeinsame Rehabilitationsplanung auch zusammen mit den stationären Rehabilitationseinrichtungen. Man denkt an eine verstärkte Fallsteuerung, an Rehabilitationsprechstunden und Fallkonferenzen. Über die Vergütung dieser zusätzlichen und gemeinsam erarbeiteten Behandlungswege ist noch nichts bekannt.

Die Planung der DGUV lässt vermuten, dass sie sich an die Strukturen des Traumanetzwerk^D DGU anpassen wird. Es ist vorgesehen, Kliniken der Grund- und Regelversorgung (VAV-Kliniken und Kliniken der Maximalversorgung) einzurich-

ten, angepasst an die dreigliedrige Versorgungsstufe Basistraumazentrum, regionales und überregionales Traumazentrum der DGU. Auch für die stationäre Behandlung gilt der Begriff Qualität der Versorgung in zunehmendem Maße. Hierfür müssen jedoch noch entsprechende Kriterien erarbeitet werden. Auch ist von Mindestmengen die Rede, die sich möglicherweise bei 100 VAV-Fällen für die zugelassenen Krankenhäuser einspielen könnte. Jedenfalls werden die Zugehörigkeit zu einem Traumanetzwerk^D DGU, die persönliche Qualifikation und die organisatorische sowie fachliche Unabhängigkeit des D-Arzt im Krankenhaus eine wichtige Rolle spielen. Es ist auch daran gedacht, dass sich die Vergütung der Leistungen an der Einstufung der Krankenhäuser orientieren soll. Vor allem Rehabilitationsgesichtspunkte im Akutkrankenhaus werden dabei als bedeutend angesehen.

Qualitätssicherung

Sie soll für alle Verfahren in Zusammenarbeit mit dem D-Arzt erfolgen. Dies betrifft die Laufzeiten der Berichte und deren Inhalt sowie die korrekte Diagnosenüberprüfung einschließlich der Vorstellungspflichten, die sich nicht verändert haben. Erstmals soll die Patientenzufriedenheit abgefragt werden. Hierbei wird der Bundesverband der D-Ärzte mit den hierfür ausgewählten wissenschaftlichen Partnern der DGUV an der Universität Greifswald eng zusammenarbeiten. Zudem soll eine Rückkopplung der Ergebnisse an die D-Ärzte erfolgen.

Diese Vorhaben sind letztendlich begrüßenswert, allerdings muss der D-Arzt auf eine transparente Darstellung der Überprüfung Zugriff haben. Die Modellvorhaben, die v. a. bei der Patientenbefragung eine große Rolle spielen, müssen wissenschaftlich abgesichert werden. Auch hier gilt weiterhin die Forderung, dass keine unrealistische Ausweitung der Dokumentation durch den D-Arzt erfolgen darf.

Trauma Berufskrankh 2012 · 14[Suppl 2]:243–246 DOI 10.1007/s10039-011-1797-x
© Springer-Verlag 2011

F. Bonnaire

Voraussetzungen der D-Arzt-Anerkennung in den neuen Heilverfahren.

Kommentar des Bundesverbandes der Durchgangsarzte e. V.

Zusammenfassung

Die Anforderungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (D-Arzt-Verfahren) wurden neu erarbeitet und am 01.01.2011 publiziert. Dabei werden mehrere D-Arzt-Zulassungsstufen unterschieden, der D-Arzt ohne bzw. mit operativer Tätigkeit sowie der zum Verletzungsartenverfahren (VAV) zugelassene D-Arzt. Neben der für die Zulassung erforderlichen Ausbildung wird eine lebenslange kontinuierliche Fortbildung verlangt. Die D-Ärzte sind u. a. auf den Vertrag zwischen Ärzten und Unfallversicherungsträgern (Ärztevertrag) verpflichtet, es besteht die Forderung nach persönlicher Leistungserbringung, daneben wurden aber auch Vertretungsregelungen erarbeitet. Die Umsetzung all dieser Voraussetzun-

gen zur Anerkennung als D-Arzt ist aufwendig und mit entsprechenden Kosten verbunden, was eine Anpassung der Vergütung erforderlich macht. Insbesondere bezüglich der Themen persönliche Leistungserbringung/Vertretung, Vergütungen, VAV-Katalog u. a. besteht noch Konfliktpotenzial zwischen der DGUV und den Berufsverbänden. Hier sind von der DGUV noch Kriterien zu erarbeiten, die den tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung tragen. Zur Optimierung der Zusammenarbeit sollten D-Ärzte und DGUV im ständigen Dialog stehen.

Schlüsselwörter

Unfallversicherung · D-Arzt-Verfahren · Ausbildung · Weiterbildung · Kosten

Qualifications for recognition as authorized medical insurance examiner in the new medical treatment regulations. Comments of the Federal Association of Authorized Medical Insurance Examiners

Abstract

The regulations of the German statutory accident insurance (DGUV) for participation in the procedure for authorized medical insurance examiners (D-Arzt) have been amended and were published on 1st January 2011. The regulations now differentiate various possible licensing stages for registration as a D-Arzt, including D-Arzt with or without surgical profession and D-Arzt licensed for injury identification procedures (VAV). In addition to the professional qualifications necessary for licensing, a life-long continuous further vocational training is also required. Medical accident insurance examiners are among other things bound to the contract between physicians and accident insurance underwriters (medical contract). There is an obligation for provision of personal service but regulations for locums are also included. The imple-

mentation of all these prerequisites for recognition as a D-Arzt is time-consuming and involves additional costs which necessitate an adjustment of the remuneration. In particular there is the potential for conflict between the DGUV and the professional associations with respect to the topics of service provision/locums, remuneration and the VAV catalogue of injuries. Under these topics there are still criteria which must be worked out by the DGUV to take the actual circumstances into account. For optimization of the cooperation the D-Arzt associations and the DGUV should keep in close contact.

Keywords

Accident insurance · Authorized medical insurance examiner · Curriculum · Continuing education · Costs

Planung zentraler Notaufnahmen

Die Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am D-Arzt-

Verfahren in der Fassung vom 01.01.2011 sind auf der Homepage der DGUV zusammengefasst und nachzulesen (http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/documents/d_arzt3.pdf). Hier werden nochmals die fachliche und fachlich-

organisatorische Weisungsfreiheit des D-Arztbes herausgestrichen, womit auch die Entscheidungsmöglichkeit über die anzuwendenden Behandlungsmethoden gefordert ist. Dazu muss ein eigener Personalpool, über den eine direkte Weisungsbefugnis besteht, vorhanden sein. Hierfür muss dem D-Arzt ausreichend Assistenzpersonal zur Verfügung gestellt werden. Er muss frei über die notwendigen Räume und Sachmittel disponieren können. Dies ist eine wichtige Forderung des D-Arztbes bei der Planung zentraler Notaufnahmen.

Persönliche Erfüllung/ Übertragung von Aufgaben

Zu Ziffer 5.2 [1] wird speziell erläutert, dass der niedergelassene D-Arzt die Kernaufgaben der durchgangsarztlichen Tätigkeit persönlich erfüllen muss. Hierzu werden Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen gezählt. Diagnosestellung, Röntgenbildauswertung und die Durchführung anderer bildgebender Verfahren sind vom D-Arzt im unmittelbaren Zusammenhang mit der Beurteilung von Schwere und Art der Verletzung zu dokumentieren. Auch die Aufklärung und Beratung des Patienten, die Entscheidung über die Therapie und die Durchführung invasiver Maßnahmen obliegen dem D-Arzt. Dieser kann sich von einem vom Landesverband anerkannten ständigen Vertreter vertreten lassen oder es ist auch eine vorübergehende Vertretung in der Praxis bei Urlaub, kurzfristiger Erkrankung oder Fortbildung durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder einen Facharzt für Chirurgie mit besonderen Kenntnissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Behandlung von Unfallverletzungen möglich.

Für den D-Arzt am Krankenhaus gilt im Grunde dasselbe, auch er muss die Kernaufgaben der durchgangsarztlichen Tätigkeiten persönlich erfüllen. Er darf allerdings seine Leistungen auf nachgeordnete Ärzte mit gleicher fachlicher Qualifikation übertragen. Die Verantwortung bleibt jedoch letztendlich immer beim D-Arzt. Höchstpönlich durch ihn müssen die Entscheidung über besondere oder

allgemeine Heilbehandlung und die Erstattung der Berichte und Verordnungen im D-Arzt-Verfahren erfolgen.

Zu Ziffer 5.3 (unfallchirurgische Bereitschaft) [1] wird eine durchgängige Präsenz des D-Arztbes in der Praxis gefordert. Es wurde jedoch jetzt die Möglichkeit eingeräumt, sich innerhalb der unfallärztlichen Bereitschaftszeit an einem ganzen oder zwei halben Tagen in der Woche durchgangsarztlich vertreten zu lassen. Ist eine ständige Vertretung nicht einzurichten, besteht die Möglichkeit einer Vertretung durch den nächstgelegenen Durchgangsarzt, sofern dessen Praxis nicht weiter als 5 km entfernt oder innerhalb von 15 min erreichbar ist. Die Vertretungsregel muss im Praxiseingang oder in einem Eintrag auf der Internet-Homepage nachzulesen sein oder aus einer Ansage auf dem Anrufbeantworter hervorgehen.

Von D-Arztbes wird häufig der Hinweis gegeben, dass gleichqualifizierte Vertreter nicht zu finden seien. Dies ist sicher ein wichtiges Argument, welches Beachtung finden muss. Lösungsmöglichkeiten liegen in der kurzfristigen Vertretung durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder aber in einer engen Zusammenarbeit mit einem klinisch tätigen D-Arzt, mit welchem zusammen eine Vertretungsregelung gewährleistet werden kann. Die früher übliche Freistellung von qualifizierten Mitarbeitern aus VAV-Häusern wird derzeit wohl kaum noch ausgeübt, stellt möglicherweise aber ein gutes Modell für die Einhaltung der geforderten Qualitätsmerkmale dar.

Resümee

Die Themen persönliche Leistungserbringung, Vertretungen über örtliche Berufsausübungsgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen werden in Zukunft ein Konfliktpotenzial zwischen der DGUV und den Berufsverbänden darstellen. Zudem werden die Vergütungen der ambulanten Operationen, der VAV-Katalog und auch die Vergütung der Gutachten neu zu diskutieren sein. Für die DGUV gilt es, Kriterienkataloge zu erstellen, die den tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung tragen, z. B. Kriterien für die Verlegung von Patienten zwischen Häusern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Zudem wurde

die Anpassung des VAV-Katalogs bereits angesprochen. Die Qualifizierung durch ständige Fortbildung, auch auf Kinderunfälle bezogen, wird ebenfalls noch festgelegt werden müssen. Selbstverständlich ist zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen D-Arztbes und der DGUV ein ständiger Dialog notwendig.

Um die Vertretung der mit der DGUV vertraglich verbundenen Ärzte zu verbessern, wurde am 16.03.2011 eine gemeinsame Kommission BG aller Berufsverbände und der Fachgesellschaften gegründet. Nächste Diskussionspunkte werden

- die Anpassung der Gutachtengebühren,
- einheitliche Regelungen für die Vertretungen in überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften,
- der neue VAV-Katalog sowie
- Honorarverbesserungen für ambulantes Operieren

sein.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Bonnaire

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Städtisches Klinikum, Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, Friedrichstraße 41, 01067 Dresden
Bonnaire-fe@khdf.de

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

Literatur

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2011) Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren. DGUV, Berlin
2. Kalbe P, Bonnaire F, Kübbe R (2011) Auswirkungen der Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens ab 2011. BDC Passion Chirurgie Q2:2011