Anforderungen an die Durchgangsärzte in der Praxis

Erfahrungen mit den neuen D-Arzt Bedingungen seit 2011

Zum 01.01.2011 traten neue Bedingungen der DGUV [4, 8] für die Beteiligung von D-Ärzten in Kraft. Nunmehr, 3 Jahre später, ist es an der Zeit, die Auswirkungen und erste Erfahrungen aus durchgangsärztlicher Sicht zu bewerten.

Abkürzungsverzeichnis	
BDC	Berufsverband der Deutschen Chirurgen
BDD	Bundesverband der Durchgangsärzte
BG	Berufsgenossenschaft
BNC	Berufsverband der Niedergelassenen Chirurgen
D-Arzt	Durchgangsarzt
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DKOU	Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin
GO	Gebührenordnung
H-Arzt	An der besonderen Heilbehandlung beteiligter Arzt
OSG	Oberes Sprunggelenk
SGB	Sozialgesetzbuch
UV-GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern
VAV	Verletzungsartenverfahren
WBO	Weiterbildungsordnung

Die im folgenden Text in runden Klammern hinter den Überschriften aufgeführten Ziffern beziehen sich auf die Abschnitte der aktuellen D-Arzt-Bedingungen [4]. Im Vorfeld und nach der Einführung der Neuordnung gab es erhebliche Unsicherheiten unter den bisher beteiligten D- und H-Ärzten, die jetzt teilweise ausgeräumt werden konnten. Die abgestufte Beteiligung von D-Ärzten bewährte sich, wobei die in **Infobox 1** aufgeführten Bezeichnungen lediglich inoffiziell verwendet werden.

Fachliche Befähigung (2)

Dieser Abschnitt der Anforderungen wurde entscheidend verändert. Grundlage der fachlichen Befähigung ist nunmehr die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie. Zusätzlich ist für die Zulassung in der D-Arzt-Praxis mindestens 1 Jahr Tätigkeit an einem zum BG-Schwerverletztenverfahren zugelassenen Krankenhaus durch ein Zeugnis nachzuweisen. Dieses Jahr muss *nach* der Facharztanerkennung abgeleistet werden. Nach den bisherigen Erfahrungen stellt diese zusätzliche Bedingung nur in Einzelfällen ein Hindernis für die D-Arzt-Beteiligung dar. Wer über die Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie verfügt, kann die Beteiligung als D-Arzt entweder

in der Praxis oder im Krankenhaus beantragen.

Entscheidend für die Akzeptanz der neuen Bedingungen bei den bisher tätigen D- und H-Ärzten waren großzügige Regelungen zum Bestandsschutz. Die D-Ärzte wurden in das neue Verfahren überführt und grundsätzlich mindestens dem sog. Basis-D-Arzt (**Infobox 1**) gleichgestellt. Auch das begrenzte Operationspektrum des Basis-D-Arztes (**Tab. 1**) umfasst die häufigsten ambulanten Operationen der sog. kleinen Unfallchirurgie [5], sodass hieraus in der Praxis keine wesentliche Einschränkung der alltäglichen operativen Tätigkeit resultiert. Dies führte dazu, dass auch bisher beteiligte D-Ärzte ohne den Schwerpunkt bzw. die Zusatzbezeichnung Unfallchirurgie keine Einschränkung ihrer Tätigkeit beklagen. D-Ärzte, die nach alter WBO über die Teilgebieten- bzw. Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie verfügen, wurden im Rahmen der Übergangsbestimmungen den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung Spezielle Unfallchirurgie nach der neuen WBO gleichgestellt.

Zusammenfassend lässt sich nach 3 Jahren Erfahrung feststellen, dass diese Regelung insgesamt sachgerecht ist und nicht zu größeren Versorgungsdefiziten führte.

Tab. 1 Ohne Schwerpunkt-/Zusatzbezeichnung zuschlagsberechtigte ambulante Operationen^a

Nr. UV-GOÄ	Leistung
2010	Entfernung eines tief sitzenden Fremdkörpers auf operativem Weg aus Weichteilen und/oder Knochen
2040	Exstirpation eines Tumors der Fingerweichteile (z. B. Hämangiom)
2051	Operation eines Ganglions (Hygroms) an einem Hand- oder Fußgelenk
2052	Operation eines Ganglions an einem Fingergelenk
2073	Sehnen-, Muskel- und/oder Fasziennaht – ggf. einschließlich Versorgung einer frischen Wunde
2100	Naht der Gelenkkapsel eines Finger- oder Zehengelenks
2256	Knochenaufmeißelung oder Nekrotomie bei kleinen Knochen
2353	Entfernung einer Nagelung und/oder Drahtung und/oder Verschraubung aus kleinen Röhrenknochen – auch Stellschraubenentfernung aus großen Röhrenknochen
2380	Überpflanzung von Epidermisstücken
2381	Einfache Hautlappenplastik
2397	Operative Ausräumung eines ausgedehnten Hämatoms, als selbstständige Leistung
2402	Probeexzision aus tiefliegendem Körpergewebe (z. B. Fettgewebe, Faszie, Muskulatur) oder aus einem Organ ohne Eröffnung einer Körperhöhle (z. B. Zunge)
2404	Exzision einer größeren Geschwulst (z. B. Ganglion, Fasiengeschwulst, Fettgeschwulst, Lymphdrüse, Neurom)
2405	Entfernung eines Schleimbeutels
2430	Eröffnung eines tiefliegenden Abszesses
2800	Venaesection

Erläuterung der Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis ^aOperationen, die D-Ärzte ohne Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie bzw. Zusatzbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie und H-Ärzte durchführen und abrechnen dürfen (Nr. 442–445 UV-GOÄ)

Tab. 2 Anzahl der in Praxen und Krankenhäusern tätigen D- und H-Ärzte. (Aus [2, 3])

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012
D-Ärzte gesamt	3364	3458	3453	3709	3822
D-Ärzte im Krankenhaus	1199	1197	1227	1238	1227
D-Ärzte in Praxen	2165	2261	2226	2471	2595
H-Ärzte	2836	2791	2785	2664	2472

Erläuterung der Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

Tab. 3 Entwicklung der Fallzahlen im D-Arzt- und im H-Arzt-Verfahren. (Aus [2, 3])

Jahr	2009	2010	2011	2012
Fälle im D-Arzt-Verfahren	2.467.965	2.731.120	2.935.192	2.916.176
Fälle pro D-Arzt	713,7	790,9	791,4	763,0
Fälle im H-Arzt-Verfahren	307.548	333.464	284.701	249.470
Fälle pro H-Arzt	110,2	119,7	106,9	100,9

Erläuterung der Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

Tab. 4 Beispiele für die Honoraraufwertung ambulanter Operationen zum 01.03.2013

GO-Nr. UV-GOÄ	Zusatz für ambulante Operationen	Operation (Kurztext der Leistungslegende)	Bis 2/2013 (€)	Ab 03/2013 (€)
2105	443	Primäre Bandnaht oder Bandplastik Finger/Zehen	99,01	181,04
2339	443	Reposition und Osteosynthese Grund-/Mittelgliedknochen Finger	131,14	241,65
2347	443	Nagelung/Drahtung kleiner Röhrenknochen (Mittelhand/-fuß)	59,38	241,53
2353	444	Entfernung Nagelung/Drahtung/Stellschraube (OSG)	121,51	140,89
2381	442	Einfache Hautlappenplastik	59,38	117,63

Erläuterung der Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

H-Arzt

Beendigung des H-Arzt-Verfahrens (2.5)

Erhebliche Auswirkungen hatte die Neuordnung auf die bisher beteiligten H-Ärzte, indem festgelegt wurde, dass das H-Arzt-Verfahren grundsätzlich zum 31.12.2015 ausläuft. Neue H-Ärzte werden seit dem 01.01.2011 nicht mehr beteiligt. Im Rahmen der Übergangsbestimmungen haben die bisher beteiligten H-Ärzte allerdings die Möglichkeit, auf Antrag in das D-Arzt-Verfahren zu wechseln, sofern die Einrichtung bzw. die Praxis die strukturellen Voraussetzungen [4] erfüllt und eine Mindestfallzahl von 250 Fällen pro Jahr im Durchschnitt der letzten 3 Jahre erreicht wird. Dies betrifft insbesondere zahlreiche Fachärzte für Orthopädie nach alter WBO [9]. Obwohl sich diese Fallzahl nicht auf den einzelnen Arzt, sondern auf Berufsausübungsgemeinschaften bezieht, stellt diese Mindestmenge dem Vernehmen nach die größte Hürde für den Wechsel von H-Ärzten in das D-Arzt-Verfahren dar. Allerdings muss sich jeder H-Arzt auch fragen, ob sich der relativ hohe administrative und bürokratische Aufwand des D-Arzt-Verfahrens unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten lohnt, wenn durchschnittlich weniger als ein neuer BG-Patient pro Tag behandelt und abgerechnet wird (■ **Tab. 3**). In den Übergangsbestimmungen wurde festgeschrieben, dass diese Mindestmengen im Einzelfall auch unterschritten werden dürfen, wenn durch den Wegfall der D- bzw. H-Arzt-Beteiligung ein Versorgungsmangel resultieren würde. Diese Ausnahmeregelung wurde dem Vernehmen nach bisher noch nicht angewendet.

Die Entwicklung der Anzahl der H- und D-Ärzte in den letzten Jahren ist in ■ **Tab. 2** und ■ **Abb. 1** dargestellt. Aus ■ **Tab. 3** ist zu entnehmen, dass die Fallzahlen der H-Ärzte deutlich unter denen der D-Ärzte liegen und stetig sinken. Während im Jahr 2012 pro D-Arzt im Durchschnitt 763 Fälle versorgt wurden, kamen die H-Ärzte im gleichen Jahr lediglich auf durchschnittlich 100 Fälle.

Infobox 1 Systematik der D-Arzt-Beteiligung seit 2011

- Basis-D-Arzt: mit begrenztem Operationsspektrum beteiligt
- D-Arzt operative Tätigkeit: keine Begrenzung des Operationsspektrums
- D-Arzt VAV-Klinik: darüber hinaus im Schwerverletztenverfahren beteiligt

Ausschlussfristen (2.5)

Für die H-Ärzte ist es von besonderer Bedeutung, dass Anträge auf einen Wechsel in das D-Arzt-Verfahren nur noch bis Ende dieses Jahres, also bis zum 31.12.2014 gestellt werden können. Die Bedingungen müssen dann bis spätestens Ende 2015 nachgewiesen werden.

Nach einer persönlichen Mitteilung vollzogen bis zum Februar 2014 insgesamt 303 von früher bis zu mehr als 2800 H-Ärzten (etwa 11%) den Wechsel in den D-Arzt-Status. Parallel dazu nahm die Anzahl der niedergelassenen D-Ärzte insbesondere von 2011 auf 2012 deutlich zu (■ **Tab. 2**, ■ **Abb. 1**), allerdings nicht im gleichen Ausmaß.

Die Übergangsbestimmungen für H-Ärzte werden je nach Standpunkt unterschiedlich bewertet. Während die H-Ärzte die Mindestmenge kritisieren, fürchten einige bereits beteiligte D-Ärzte eine „D-Arzt-Inflation“ und damit bei ohnehin stetig sinkenden Fallzahlen vermehrten lokalen Wettbewerb und u. U. eigene Probleme mit der Mindestfallzahl.

Erst Ende 2015 wird sich abschließend beurteilen lassen, welche konkreten Auswirkungen diese Übergangsregelung auf die Versorgungslandschaft haben wird.

Sachliche Ausstattung (4.3.1)

Die einzige Änderung der an sich schon anspruchsvollen Vorgaben wurde in Abschnitt 4.3.1 der aktuellen D-Arzt-Bedingungen [4] vorgenommen. Diese Bestimmung wurde von vielen D-Ärzten als Verschärfung interpretiert, was jedoch nicht zutrifft. Es wird hier lediglich präzisiert, dass wenn in einer D-Arzt-Praxis ein Operationsraum nach den strengen Vorgaben der Qualitätssicherung nach § 115b SGB V vorhanden ist, dieser auch als Eingriffsraum im Sinne der D-Arzt-

Trauma Berufskrankh 2014 · 16[Suppl 4]:375–380 DOI 10.1007/s10039-014-2090-6
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

P. Kalbe

Anforderungen an die Durchgangsarzte in der Praxis. Erfahrungen mit den neuen D-Arzt Bedingungen seit 2011**Zusammenfassung**

Hintergrund. Die Neuordnung des ambulanten D-Arzt-Verfahrens zum 01.01.2011 durch die DGUV ging vorübergehend mit einer Verunsicherung der niedergelassenen D-Ärzte einher.

Derzeitige Situation. Nachdem die weit reichenden Fortbildungsverpflichtungen mittlerweile mit vertretbarem Aufwand erfüllt werden können und deutliche Verbesserungen bei der Organisation und Honorierung von ambulanten Operationen sowie der Anwesenheitspflicht umgesetzt wurden, sind die ersten Erfahrungen der D-Ärzte mit den Neuerungen verhalten positiv. Die Auswirkungen der Übergangsregelung für H-Ärz-

te, die geplante Qualitätssicherung sowie die Frage, wie die regelmäßige Überprüfung der D-Arzt-Beteiligung erfolgen soll, sind allerdings mit weiteren Unsicherheiten verbunden.

Ausblick. Für die Zukunft sind wahrscheinlich flexiblere Regelungen notwendig, um D-ärztliche Versorgungsdefizite in der Fläche zu vermeiden.

Schlüsselwörter

Fachliche Befähigung · Übergangsbestimmungen · Fortbildungsverpflichtung · Ambulante Operationen · Zukünftige Anpassungen

Specifications for participating physicians in outpatient care of work-related accidents. Experience with updated requirements since 2011**Abstract**

Background. Since 2011 the reorganization by German statutory accident insurance of the outpatient treatment needed as a result of work-related accidents has led to a profound uncertainty among the participating certified physicians.

Current situation. The obligatory continuing education can now be achieved by acceptable efforts. Also significant improvements concerning the organization, remuneration for day surgery and attendance obligations are cautiously rated as positive. The effects of the transitional arrangements as well as how

the quality assurance and the recertification of physicians will be conducted will naturally lead to additional uncertainty.

Perspectives. For the future, more flexible conditions of participation must be created to avoid a lack of medical services for work-related accidents in rural areas.

Keywords

Professional education · Transitional regulations · Continuing medical education · Day surgery · Future modifications

Bedingungen genutzt werden kann. Anders formuliert ist es nicht erforderlich, zusätzlich zum ambulanten Operationsraum 2 weitere Eingriffsräume vorzuhalten, vielmehr reicht dann mindestens ein zusätzlicher Eingriffsraum aus.

Im Übrigen sind die Vorgaben für die sachliche Ausstattung unverändert, stellen aber sicher auch eine nicht unbeträchtliche Hürde für die Überleitung einer H-Arzt-Praxis in eine D-Arzt-Praxis dar.

Pflichten (5)

Weitere einschneidende Änderungen der D-Arzt-Bedingungen finden sich im Abschnitt 5 der aktuellen D-Arzt-Bedingun-

gen [4], in dem die zahlreichen Pflichten des D-Arztes aufgeführt werden. Der Wegfall der unfallärztlichen Bereitschaft am Sonnabend wurde allseits sehr begrüßt. Dagegen wurde die deutlich erweiterte und strukturell vorgeschriebene Fortbildungsverpflichtung nach Abschnitt 5.12 und 5.13 (■ **Infobox 2**) mit erheblicher Skepsis aufgenommen. Nach den ersten 3 Jahren Erfahrung kann man feststellen, dass dies zwar eine zusätzliche Hürde für die tätigen D-Ärzte darstellt, die Vorgaben aber durchaus umsetzbar sind.

Anfangs war das Angebot an von der DGUV zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen noch zu gering. Dies besserte

Abb. 1 ◀ Balkendiagrammdarstellung der in **Tab. 2** aufgeführten Zahlen der in Praxen und Krankenhäusern tätigen D- und H-Ärzte, Erläuterung der Abkürzungen s. Abkürzungsverzeichnis

Abb. 2 ◀ Altersstruktur der Ärzte. (Aus [1])

sich jedoch in den letzten 3 Jahren. Vor allem wurde die Forderung der D-Ärzte umgesetzt, Fortbildungsveranstaltungen auch im Rahmen der großen Kongresse anzubieten (■ **Infobox 3**). Verbesserungsbedürftig ist aber noch die Information bezüglich solcher zertifizierter Fortbildungsangebote. Die Anzeige im Internet bei den Landesverbänden der DGUV ist unübersichtlich, sodass eine zentrale Informationsplattform auf der Homepage der DGUV mit einer bundesweiten Übersicht dringend zu wünschen ist.

Die zusätzlichen Erläuterungen in den Grundsätzen zum ambulanten Operieren [5] und in den Auslegungsgrundsätzen zu den D-Arzt-Anforderungen bewährten sich [6]. Insbesondere die Möglichkeit, sich als D-Arzt an einem ganzen oder 2 halben Tagen vertreten zu lassen, schuf die Möglichkeit, dass auch D-Ärzte in einer Einzelpraxis an einzelnen

Tagen auch außerhalb der eigenen Praxis operieren können. Darüber hinaus wurde reger Gebrauch von der Möglichkeit gemacht, einen geeigneten ständigen D-Arzt-Vertreter in Gemeinschaftspraxen vom zuständigen Landesverband der DGUV genehmigen zu lassen. Für niedergelassene D-Ärzte ist es nach wie vor nicht nachvollziehbar, dass nur die D-Ärzte im Krankenhaus bezüglich der Definition der „persönlichen Leistungserbringung“ mit weitergehenden Möglichkeiten zu Delegation an nachgeordnete Ärzte ausgestattet werden. Hier besteht in den nächsten Jahren Änderungsbedarf, v. a. auch im Hinblick auf einen absehbaren Nachwuchsmangel an D-Ärzten.

Ambulante Operationen

Die beklagenswert schlechten Konditionen für ambulante Operationen [7] wur-

den durch eine gezielte Anhebung der Honorare mit den Änderungen der UVGOÄ zum 01.03. und 01.06.2013 verbessert (Beispiele in ■ **Tab. 4**). Dies betrifft v. a. Leistungen der Wundversorgung, der Handchirurgie und der peripheren Osteosynthesen sowie die Materialentfernungen.

Eine Auswertung von Schad [10] aus dem Jahr 2008 zeigt die Häufigkeit ambulanter D-ärztlicher Operationen. Am häufigsten wurden demnach Material- und Fremdkörperentfernungen, Muskel-/Faszien- und Sehnennähte sowie Arthroskopien durchgeführt. In den letzten Jahren dürften sich diese Zahlen deutlich verändert haben, sodass eine aktuelle Auswertung auf der Basis bundesweiter Zahlen wünschenswert ist.

Trotz der Aufwertung einzelner häufiger Eingriffe muss der D-Arzt stets das Honorar für jede geplante Operation prü-

Infobox 2 Vom D-Arzt innerhalb von 5 Jahren nachzuweisende Fortbildungsveranstaltungen

- Rehabilitationsmanagement
- Rehabilitationsmedizin
- Begutachtungswesen
- Kindertraumatologie
- Teilnahme an 2 unfallmedizinischen Tagungen der Landesverbände der DGUV

Infobox 3 Kongresse und Veranstaltungen mit DGUV-zertifizierten Fortbildungskursen

- DKOU
- Gemeinsamer Bundeskongress der Chirurgen in Nürnberg (BDC, BNC und andere)
- D-Arzt-Forum des BDD in Bonn
- Jahrestagungen der Sektion Kindertraumatologie in der DGU
- Weitere Veranstaltungen, v. a. der Landesverbände der DGUV

fen und betriebswirtschaftlich bewerten. Insbesondere belegärztliche Operationen stellen sich dabei häufig als unrentabel heraus. Die Besonderheiten des VAV sind darüber hinaus zu beachten. Über die Berufsverbände werden weitere Anhebungen der Honorare für häufige D-ärztliche Operationen, v. a. für die arthroskopischen Eingriffe und die Kreuzbandplastik am Kniegelenk, gefordert.

Beteiligung (6)

In diesem Abschnitt der aktuellen D-Arzt-Bedingungen [4] finden sich einschneidende Verschärfungen. Während nach den bis 2010 gültigen Bedingungen die Regel „Einmal D-Arzt – immer D-Arzt“ bis auf wenige Ausnahmen gültig war, ist jetzt alle 5 Jahre eine regelmäßige Überprüfung der Beteiligung vorgesehen.

Der 5-Jahres-Zeitraum beginnt für neu beteiligte D-Ärzte im Jahr nach der Beteiligung, sodass eine erste Überprüfung bis Ende 2016 fällig wird. Für bereits 2011 zugelassene D-Ärzte sind die Fortbildungen bis Ende 2015 abzuleisten. Das hierfür anzuwendende Verfahren und die Beurteilungskriterien sind noch nicht bekannt, was zu einer weiteren Verunsicherung der D-Ärzte führt. Die Ärzteschaft wünscht sich hierzu ein transparentes und sachge-

rechtes Vorgehen in Abstimmung mit den für die D-Ärzte tätigen Berufsverbänden.

Auch die in der DGUV intern diskutierte Qualitätssicherung des D-Arzt-Verfahrens ist weitgehend nicht bekannt und sollte nur in Abstimmung mit den Berufsverbänden auf ihre Aussagekraft und praktische Umsetzbarkeit überprüft werden. Hier ist allenfalls eine Auswertung ohnehin erhobener Routinedaten akzeptabel. Die von der DGUV im Rahmen eines Pilotprojekts diskutierte Patientenbefragung wird von den D-Ärzten abgelehnt.

Die ehemals strikte Altersgrenze für D-Ärzte mit Vollendung des 68. Lebensjahres wurde in der Neuordnung durch eine Ausnahmeregelung ergänzt, wenn die Beendigung der Tätigkeit zu einem lokalen Versorgungsmangel führen würde. Gleiches gilt übrigens auch für eine Unterschreitung der Mindestfallzahl. Es ist weiterhin zu begrüßen, dass in den Auslegungsgrundsätzen [6] die Kriterien für eine „Gefährdung der Versorgung in der Fläche“ definiert wurden.

Zukunftsansichten

Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass die allgemeine Überalterung der Vertragsärzteschaft (■ Abb. 2) nicht auch für die niedergelassenen D-Ärzte gelten würde. Daher ist in den nächsten 10 Jahren damit zu rechnen, dass etwa 20–30% der D-Ärzte aus den Praxen ausscheiden werden. Es ist vollkommen unklar, ob diese Abgänge durch neue Beteiligungen kompensiert werden können.

Daher muss in den nächsten Jahren auch über eine weitere Flexibilisierung der D-Arzt-Bedingungen analog zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz diskutiert werden. Neue Organisationsformen der fachärztlichen Versorgung mit größeren Berufsausübungsgemeinschaften und Zweigpraxen nehmen seit Jahren an Zahl und Komplexität zu. Darüber hinaus streben immer weniger Vertragsärzte eine unternehmerische Tätigkeit an und lassen sich vorzugsweise anstellen. In Niedersachsen sind z. B. bereits mehr als 20% der niedergelassenen Vertragsärzte angestellt. Dieser Trend wird auch dadurch verstärkt werden, dass immer mehr Ärztinnen in die Versorgung eingebun-

den werden. Um Familie und Beruf miteinander verbinden zu können, sind kreative Beschäftigungslösungen mit Teilzeit-tätigkeiten und der Möglichkeit von Erziehungspausen zunehmend gefragt.

Noch dokumentiert sich auch in der Fläche kein Mangel an D-Ärzten und noch ist die sog. Filialisierung von D-Arzt-Praxen auch in der Ärzteschaft umstritten. Die Diskussion über Maßnahmen zur Deckung einer wahrscheinlich durch den Abgang der geburtenstarken Jahrgänge entstehenden Versorgungslücke muss aber jetzt schon begonnen werden, damit bei auftretenden Versorgungsengpässen entsprechende Lösungen bereitstehen.

Konsequenzen für die Praxis

- Die Antragsfrist für die Überleitung aus dem H- in das D-Arzt-Verfahren läuft am 31.12.2014 aus, daher ist Eile geboten, wenn ein Wechsel nach den Übergangsbestimmungen geplant ist.
- Die Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung muss durch die meisten D-Ärzte schon Ende 2015 nachgewiesen werden. Insbesondere Fortbildungen in der Rehabilitationsmedizin und im Rehabilitationsmanagement werden nicht allzu häufig angeboten, so dass man sich beizeiten bei den Landesverbänden der DGUV informieren sollte. Auch die vorgeschriebene Teilnahme an 2 unfallmedizinischen Tagungen der DGUV sollte nicht zu lange aufgeschoben werden.
- Zur besseren Übersicht wird eine bundesweite zentrale Übersicht über die zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen auf der Homepage der DGUV gefordert.
- Für ambulante und belegärztliche Operationen werden in der UV-GOÄ teilweise sehr unterschiedliche Honorare ausgelobt, sodass nicht nur bezüglich der Genehmigungen, sondern auch im Hinblick auf die Rentabilität zu prüfen ist, ob der jeweilige Eingriff vom niedergelassenen D-Arzt vorgenommen werden kann.
- Die Berufsverbände der D-Ärzte fordern eine grundlegende Verbesserung der D-Arzt-Vergütungen.

- Die Bedingungen der Beteiligung am D-Arzt-Verfahren sollten unter Berücksichtigung neuer kooperativer Praxisstrukturen, der demografischen Entwicklung der Bevölkerung und der Ärzteschaft weiterentwickelt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. P. Kalbe
Praxis am Wall –
Gelenkzentrum Schaumburg,
Josua-Stegmann-Wall 7,
31737 Rinteln
Kalbe@bdc.de

6. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2011) Auslegungsgrundsätze zu den Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren in der Fassung vom 01.01.2011. DGUV, Berlin, LSV-SpV, Kassel. http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/ausleg.pdf. Zugriffen: 23.03.2014
7. Haack D (2008) Kommt der Durchgangsarzt auf seine Kosten? Trauma Berufskrankh [Suppl 1] 10:95–98
8. Kalbe P, Bonnaire F, Kükbe R (2011) Auswirkungen der Neuordnung des D-Arzt-Verfahrens ab 2011. Passion Chirurgie 5/6:02_01
9. Rauch G (2011) Überleitungsverfahren vom H-Arzt zum D-Arzt. Passion Chirurgie 1(5/6):02_02
10. Schad A (2010) Anspruch und Wirklichkeit Ambulanter Operationen. Trauma Berufskrankh [Suppl 3] 12:256–258

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P.M. Kalbe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Bundesärztekammer (2014) Statistik 2013. Bundesärztekammer, Berlin. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat13AbbTab.pdf>. Zugriffen: 01.06.2014
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2013) Durchgangsarztverfahren. DGUV, Berlin. <http://www.dguv.de/landesverbaende/de/statistiken/Durchgangsarztverfahren/index.jsp>. Zugriffen: 01.06.2014
3. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2013) H-Arzt-Verfahren. DGUV, Berlin. <http://www.dguv.de/landesverbaende/de/statistiken/H-Arzt-Verfahren/index.jsp>. Zugriffen: 01.06.2014
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2011) Durchgangsarzt Anforderungen. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren (in der Fassung vom 1. Januar 2011). DGUV, Berlin, LSV-SpV, Kassel. http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/d_arzt3.pdf. Zugriffen: 23.03.2014
5. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (2013) Grundsätze Ambulantes Operieren in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) in der Fassung vom 1. Januar 2013. DGUV, Berlin, LSV-SpV, Kassel. http://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/medien/documents/info_aop2.pdf. Zugriffen: 23.03.2014