Persönliche Leistungserbringung durch den D-Arzt. Was ist realistisch?

Ich darf mich hier bei Ihnen zum Advocatus Diaboli in eigener Sache machen, indem ich über die Nachteile eines Systems referiere, dessen Vorteile für den Patienten und zum Teil für uns Ärzte überwiegen.

Ich habe das berufsgenossenschaftliche (BG-liche) Heilverfahren als junger Arzt, als Sektionsleiter einer BG-Klinik, als niedergelassener Durchgangsarzt (D-Arzt) und als Patient kennenlernen dürfen und bin deshalb von der Leistungsfähigkeit und Sinnhaftigkeit des Systems überzeugt. Dennoch gibt es Abläufe und Vorschriften, die meines Erachtens einer Revision oder Aktualisierung bedürfen, da sie die Leistungserbringung eines D-Arztes negativ beeinflussen.

Für die Sachbearbeiter und die praxisfernen Mitarbeiter des BG-lichen Heilverfahrens ist es wichtig zu verstehen, in was für einem Spannungsfeld der niedergelassene D-Arzt heutzutage arbeitet.

Die Budgetierung im Kassensystem wird rigider. Nicht nur ist die Maximalzahl der Patienten, die behandelt werden dürfen, budgetiert, sondern auch die notwendigen Mittel dafür werden immer rigider verteilt. Im Schnitt erhält ein niedergelassener D-Arzt heutzutage 45 € pro Quartal/Patient.

Bei den Privatpatienten ist die GOÄ seit über 2 Jahrzehnten nicht angepasst worden. Wie sich die Zukunft in diesem Bereich entwickelt, ist unklar. Tatsache ist aber, dass es trotz der gleichbleibenden Vergütung durch die GOÄ die Privatpatienten sind, die durch ihre Zahlungen die Kassenpatienten mit subventionieren.

Bei den BG-lich versicherten Patienten gibt es Licht im Dunkeln des Alltages. Hier ist es durch die Anpassung der UV-

GOÄ zu einer realistischeren Abbildung des Leistung/Entgelt-Gemäldes gekommen.

Die Ansprüche der Patienten an das System indes steigen im Verlauf der letzten Jahre genauso wie der Anteil der Verwaltungsarbeiten.

Die Quintessenz ist leider: „Time is money.“

Das heißt im Alltag: Eine D-Arzt Praxis muss heute durch eine sehr hohe Effektivität und Effizienz in allen Arbeitsabläufen gekennzeichnet sein, um überhaupt die Patientenströme unter den gegebenen Bedingungen medizinisch und wirtschaftlich erfolgreich, aus Sicht der Kostenträger und der Ärzteschaft, behandeln zu können. Unrealistische und ineffektive Verordnungen sind uns niedergelassenen D-Ärzten ein großer Dorn im Auge, da sie uns den Alltag erheblich erschweren und die Behandlungszeit am Patienten reduzieren.

Die Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren sind allesamt hinterlegt, teilweise aber realitätsfern und nicht mehr alltagsgerecht. Dazu möchte ich im Folgenden ein paar kurze überblicksartige Beispiele geben und Hinweise liefern, wie eine Umwandlung in eine zielgerichtete Arbeit möglich wäre.

Diese Liste beinhaltet keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Bauliche Vorgaben

Die baulichen Vorschriften zur Errichtung einer D-Arzt Praxis beinhalten unter anderem die Trennung zwischen septischem und aseptischem Operationsbe-

reich. Dies ist in mehrerer Hinsicht in D-Arzt-Praxen realitätsfern.

Im letzten Jahr ist im *Deutschen Ärzteblatt* [1] ein Artikel erschienen, der aufzeigte, dass eine Trennung aus hygienischer Sicht unnötig ist. Die Vorschrift besteht trotzdem nach wie vor. Zudem wird in vielen D-Arzt-Praxen heute nicht mehr operiert, sondern es werden nur noch kleinere lokale Eingriffe wie Wundversorgungen etc. vorgenommen. Die eigentlichen operativen Versorgungen finden zunehmend durch Belegärzte in Kliniken statt.

Eine Trennung in aseptische und septische Operationsbereiche, wie gefordert, stellt also eher ein Hindernis in der Niederlassungsplanung dar.

Fortbildungen

Rehabilitation

Im Bereich der Fortbildungspolitik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) werden Fortbildungen für das Thema Rehabilitation, Gutachten und Kindertraumatologie gefordert.

Die Themen Rehabilitation und Gutachten sind im Alltag eines D-Arztes meiner Erfahrung nach nicht relevant.

Die Reha-Fortbildungen befassen sich mit den Möglichkeiten der Heilverfahrenssteuerung und stellen diese adäquat dar. Sie betreffen dabei jedoch vielmehr die Steuerungsmöglichkeiten in den Kliniken und sind somit für Klinikärzte und für die Sachbearbeiter von Relevanz. Ob ein niedergelassener D-Arzt die Unterschiede zwischen „work hardening“ und der „MBO“ (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) kennt, ist für

die praktische Versorgung des Versicherten nicht relevant. Welches Verfahren letztlich zum Einsatz kommt, entscheidet dann ohnehin der Kostenträger, also die lokale Infrastruktur bzw. die weiterbehandelnde BG-Klinik.

Viel relevanter für den niedergelassenen D-Arzt ist es, dass er schnell erreichbare und kompetente Ansprechpartner sowohl in der Bezirksverwaltung als auch BG-Klinik für sich in Anspruch nehmen kann. Im Alltag eines D-Arztes ist es nicht realistisch, 12-mal am Tag zu versuchen, einen Sachbearbeiter in der BG-Klinik telefonisch zu erreichen, um dann zu erfahren, dass er heute nicht da und die Vertretung nicht zuständig sei.

Vorschlag

Hilfreicher wäre es, eine zentrale Telefonnummer bzw. E-Mail-Adresse der relevanten Ansprechpartner zu haben, bei der unter Angabe der Patientendaten und der Fragestellung innerhalb eines Tages ein Rückruf erfolgt, um das Problem zu erörtern.

Diese Telefonnummern und E-Mail-Adressen sollten den Ärzten bekannt sein. Im Gegenzug sollten die Ärzte verpflichtet sein, Telefonnummern zu hinterlegen, unter denen auch sie sicher erreichbar sind.

Einführung neuer Verfahren oder Änderungen von Abläufen können per Mail oder auf den unfallmedizinischen Tagungen dann coram publico erörtert werden.

Gutachten

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Beratungsarzt sehe ich viele Gutachten, deren Qualität nicht ausreichend ist. Sie sind zum Teil formal-juristisch oder verwaltungsrechtlich falsch. Dadurch sind sie für den Kostenträger nicht juristisch verwendbar. Folge ist ein erheblicher Mehraufwand in der Verwaltung zur Schaffung einer Rechtssicherheit, bevor ein Bescheid erteilt wird.

Aber auch die Vorgaben für die Erstellung eines Gutachtens enthalten Schwachstellen. In der gesetzlich vorgegebenen Frist von 3 Wochen nach Antragserteilung kann ein Gutachten in der Regel nicht erstellt werden. Das ist allen Beteiligten klar. Hervorzuheben ist auch

noch die zum Teil erschreckend schlechte Aktenpflege der Gutachtenakten und die daraus resultierende Mehrarbeit, die ein D-Arzt leisten muss, um erst einmal Ordnung in eine Gutachtenakte zu bringen.

Ferner ist die Bezahlung der Gutachten für den Aufwand, der in einer D-Arzt Praxis betrieben werden muss, nicht adäquat.

Es kommt also zu einem Zeit- und Geldverlust bei der Erstellung der Gutachten für alle Beteiligten.

Vorschlag

Ein D-Arzt kann per se nicht mehr zur Erstellung eines Gutachtens herangezogen werden.

Stattdessen halte ich die Erstellung eines Curriculums für interessierte D-Ärzte zur erfolgreichen Erstellung von Gutachten für die DGUV sinnvoll. Die Ärzte, die dieses Curriculum erfolgreich absolvieren, können sich dann mit der Zusatzbezeichnung „Gutachter der DGUV“ bezeichnen und liefern im Gegenzug ein formal-juristisch und verwaltungsrechtlich regelhaftes und korrektes Gutachten in einer adäquaten Zeit für eine angemessene Bezahlung ab. So wird die Qualität der Gutachten gesichert, die Arbeitsabläufe werden verschlankt, und der finanzielle Aufwand wird für alle Beteiligten reduziert bzw. verbessert.

Datenerfassung

Ein weiteres Problem ist die Datenerfassung der BG-lich versicherten Patienten bei der Erstvorstellung. Ein Patient mit leichtem Schädel-Hirn-Trauma oder schlechteren Deutschkenntnissen kostet uns D-Ärzte in der Aufnahme der Daten erschreckend viel Zeit. Hinzu kommt, dass die Softwareunterstützung durch die Praxissoftware in einigen Fällen nicht adäquat ist.

Die Folge ist, dass Aufnahmedaten inkomplett oder falsch sind. Dies führt durch Fehlzusordnungen der Versicherten und falsche Weiterleitung der Unterlagen zu Zeit- und Geldverlusten bei den Ärzten und den Bezirksverwaltungen. Eine schlanke und schnelle Einleitung des Heilverfahrens wird dadurch erschwert.

Vorschlag

Jeder Arbeitnehmer erhält eine kleine Plastikkarte (z. B. in Analogie zum Ausweis des Deutschen Alpen Vereins [DAV], sehr robust und leicht), eine BG-ID-Karte, die mit der Aufnahme der Arbeit zu Verfügung gestellt wird. Auf der Karte sind alle relevanten Daten im Falle eines BG-lich versicherten Unfalls vermerkt. Ein solcher Ausweis würde z. B. den Arbeitgeber, die Adresse des Betriebes, den Beginn des Arbeitsverhältnisses, die zuständige BG sowie den jeweiligen Notfallansprechpartner in der BG mit der Durchwahlnummer und E-Mail-Adresse beinhalten.

Durch diese einfache Maßnahme, die pro Arbeitnehmer nicht mehr als 1 € kostet (Aussage des DAV bezüglich Kosten des DAV-Ausweises), könnten die Arbeitsabläufe in den D-Arzt-Praxen und der Aufwand für die Fehlerbeseitigung in der Bezirksverwaltung deutlich reduziert werden.

Kommunikationswege

Generell sollte die Kommunikation zwischen dem D-Arzt, den BG-Kliniken und der Bezirksverwaltung besser funktionieren. Alle 3 Glieder dieser Kommunikationskette brauchen ein Kommunikationssystem, das eine sichere Zuordnung der Information zum Ansprechpartner und eine Antwortgarantie innerhalb von 24 h beinhaltet, um den Verlauf des Heilverfahrens günstig zu beeinflussen.

D-Arzt/BG-Kliniken

So ist z. B. der Kontakt zwischen den Ärzten und BG-Kliniken über E-Mail oder Fax gut. In den BG-Kliniken gibt es jedoch selten Kapazitäten für einen zeitnahen Patientenkontakt, da sich unsere Patienten in die reguläre Warteschlange der ambulanten Patienten einordnen müssen.

Unsere Fragestellungen an die BG-Klinik sind jedoch meist zeitsensibel. Hier fehlt in der Regel ein dafür geeigneter Zugang in die BG-Kliniken. Umgekehrt gibt es teilweise einen erschreckend schlechten Informationsfluss aus der BG-Klinik zu den D-Ärzten,

da zwar Hausärzte informiert werden, D-Ärzte aber nicht.

Auch werden viele ambulant von uns in den BG-Kliniken vorgestellte Patienten weiter in der ambulanten Behandlung der BG-Klinik bleiben, anstatt mit einem Therapieplan wieder zu dem D-Arzt vor Ort geschickt zu werden.

Vorschlag

D-ärztliche Patienten mit zeitsensibler Fragestellung sollten in den BG-Kliniken bevorzugt über einen selektiven Korridor vorgestellt werden können, wenn der Niedergelassene dies für medizinisch notwendig hält.

Ferner wäre es sinnvoll, wenn der D-Arzt bei der BG-lichen Korrespondenz in Kopie gesetzt wird, damit er bei der nächsten Vorstellung seines Patienten über den aktuellen Verwaltungssachstand informiert ist.

D-Arzt/BG-Verwaltungen

Der Kontakt zwischen dem D-Arzt und den BG-Verwaltungen ist aus Sicht des Niedergelassenen geprägt von einer niedrigen Trefferquote, was die Erreichbarkeit des Sachbearbeiters angeht. Zum Teil ist bis heute die Kontaktaufnahme mit dem Sachbearbeiter über E-Mail nicht möglich. Ferner ist Datenaustausch mit Leistungserbringern in der gesetzlichen Unfallversicherung (DALE-UV) bis heute eine holprige Einbahnstraße. Kommunikation im 21. Jahrhundert sollte anders aussehen.

Aber auch die Softwarehersteller leisten ihren Beitrag für die zum Teil schlechte Kommunikation. So geben die einzelnen Softwarefirmen für die von der DGUV entwickelten Fragen in den Formtexten teilweise nur begrenzte Antwortmöglichkeiten vor. Mit diesen Antwortmöglichkeiten kann der Sachverhalt dann nicht richtig beschrieben werden. So kommt es hier zu widersprüchlichen Aussagen in den Zwischenberichten, die von den Ärzten aufgrund fehlender Möglichkeit aber nicht korrigiert werden können.

Ein weiteres großes Ärgernis ist die zum Teil sehr unterschiedliche uneinheitliche Auslegung der UV-GOÄ durch die einzelnen Verwaltungen. So werden

Trauma Berufskrankh 2018 · 20 (Suppl 3):S167–S170

<https://doi.org/10.1007/s10039-018-0376-9>

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

M. Falck

Persönliche Leistungserbringung durch den D-Arzt. Was ist realistisch?

Zusammenfassung

Das berufsgenossenschaftliche (BG-liche) Heilverfahrenssystem erweist sich aus Sicht eines niedergelassenen Durchgangsarztes (D-Arzt) als zuverlässiges Instrument zur Heilverfahrenssteuerung. Wie alle praktisch ausgerichteten Schemata bedarf es jedoch einer regelmäßigen Überarbeitung und Anpassung an geänderte Strukturen. In diesem Beitrag soll ein Auszug an problematischen Abläufen dargestellt und ein Lösungsvorschlag präsentiert werden. Die einzelnen Themen umfassen: hinderliche Vorgaben zur Niederlassung eines D-Arztes;

Anpassung der Fortbildungsstrukturen; Auslagern der Gutachtentätigkeit an speziell ausgebildete Ärzte; Verbesserung der Kommunikationsstrukturen zwischen den Akteuren der Heilverfahrenssteuerung; Einführung einer „BG-ID-Card“; Anpassen der UV-GOÄ und einheitliche Handhabung.

Schlüsselwörter

Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren · Fortbildung · Gutachten · Budgetierung · Gebührenordnung

Personal provision of services by accident insurance consultants. What is realistic?

Abstract

The treatment procedure of the occupational insurance association has been shown to be a reliable instrument for management of treatment procedures from the perspective of licensed accident insurance consultants; however, just like all practically oriented schemes it needs a regular revision and adaptation to altered structures. This article describes a selection of problematic sequences of events and presents a suggestion for a solution. The individual topics include: obstructive rules for licensing of accident insurance consultants, adaptation of the further training structures,

delegation of activities in expert opinions to specially trained physicians, improvement of the communication structures between those responsible for management of treatment procedures, introduction of an identity card, adaptation of the regulations for accident insurance remuneration of physicians and uniform handling.

Keywords

Occupational insurance treatment procedures · Further training · Expert opinion · Budgeting · Remuneration regulations

von der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) Ultraschalluntersuchungen der Gelenke bei Bandverletzungen nur zum Teil vergütet, Iontophorese bei Akutbehandlungen sowie Zinkleimverband gar nicht mehr vergütet.

Vorschlag

In Analogie zu den BG-Kliniken schlage ich einen zentralen Ansprechpartner für uns D-Ärzte in der Bezirksverwaltung vor, der unser Anliegen dann an den entsprechenden Sachbearbeiter weitergibt. Von diesem sollte innerhalb von kurzer Zeit eine Rückmeldung über das weitere Procedere gegeben werden, damit das Heilverfahren zielgerichtet gesteuert werden kann. Auch sollten die Telematik-

und Informationsstruktur dem Stand im Jahr 2018 angepasst werden.

Des Weiteren wäre eine stichprobenartige Überprüfung der angebotenen Leistungen der Softwarehersteller durch die DGUV im Hinblick auf Praktikabilität ihrer entwickelten Formulare sinnvoll.

Die selektive Auslegung der UV-GOÄ muss aufhören. Hier sollte durch die Landesverbände und die DGUV Wert darauf gelegt werden, dass der Alleingang Einzelner unterbunden wird und wir D-Ärzte einheitliche und verlässliche Abrechnungskriterien haben.

Schlussfolgerung

Letztlich kristallisieren sich also 4 Kerngebiete heraus, die meines Erachtens die Ärzte an die Grenzen der persönlichen Leistungserbringung führen:

1. Hinderliche Vorgaben zur Niederlassung
 - Anpassen der „Anforderungen an die D-Arzt-Tätigkeit“
2. Fortbildungsthemen und -verpflichtungen sind zum Teil für den Alltag irrelevant, die Gutachtenregelung lässt zu viel Spielraum für (Qualitäts-)Fehler
 - Anpassung der Fortbildungsstruktur
 - Auslagern der Gutachtentätigkeit an speziell ausgebildete D-Ärzte
3. Qualitativ und quantitativ schlechte Kommunikationswege zwischen den Akteuren in der Heilbehandlung
 - Anpassen der Kommunikationswege und -formen
 - Einführen einer „BG-ID-Card“
4. Unterschiedliche Auslegung der UV-GOÄ
 - Anpassen der UV-GOÄ und einheitliche Handhabung derselben

Fazit für die Praxis

- Aus Sicht eines niedergelassenen D-Arztes sollte nach Anpassung der UV-GOÄ und Neuorientierung des Heilverfahrens die DGUV die Probleme der D-Ärzte im Alltag analysieren.
- Die vorliegende subjektive Analyse des Autors könnte Hinweise auf Probleme liefern.
- Durch zum Teil einfache strukturelle Veränderungen könnte die persönliche Leistungserbringung des D-Arztes im Alltag verbessert werden.

Korrespondenzadresse

Dr. M. Falck
Chirurgie-Unfallchirurgie-Orthopädie-
Notfallmedizin-Chirotherapie
Im Horemer 4, 72076 Tübingen, Deutschland
markusfalck@mailbox.org

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Falck gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

The supplement containing this article is not sponsored by industry.

Literatur

1. Falck M (2017) Persönliche Leistungserbringung durch den D-Arzt. Was ist realistisch? Dtsch Arztebl Int 114:465–472