VERGÜTUNG 01.11.2021

Anpassungen der ambulanten D-Arzt-Versorgung



Die Attraktivität des D-Arzt-Verfahrens lässt offensichtlich nach, wie wir aus den Gesprächen mit niedergelassen tätigen D-Ärzten und potenziellen Nachfolgern erfahren haben. Parallel dazu zeigt die Statistik rückläufige D-Arzt-Zahlen in der Niederlassung (Tab. 1).

Darüber hinaus berichten uns Kolleginnen und Kollegen aus ländlichen Bereichen und vor allem aus Einzelpraxen, dass es keine oder kaum Interessenten für die Übernahme einer D-Arzt-Praxis gäbe.

Schon Anfang 2020 haben sich aus diesem Anlass Vertreter der beteiligten Berufsverbände (Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Bundesverband der Durchgangsärzte (BDD), Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)) in Kassel getroffen und ein gemeinsames Positionspapier erarbeitet, in dem Vorschläge für eine Änderung und Reform der D-Arzt-Bedingungen erarbeitet wurden. Im Rahmen der weiteren Diskussion unter Einbeziehung einzelner Klinikdirektoren der BG-Kliniken wurden einige Eckpunkte dieses Papiers angepasst, vor allem im Hinblick auf die Zulassungsvoraussetzungen. Dies mag man kritisieren, es führte aber zu einer deutlich weiteren Akzeptanz – auch im klinischen Bereich.

Tab. 1: D-Arzt-Statistik: Rückläufige Zahlen insgesamt und im niedergelassenen Bereich; DGUV.

Durchgangsärzte	2016	2017	2018	2019	2020
An Krankenhäusern	1.152	1.107	1.128	1.047	988
In freier Praxis	3.073	3.103	2.988	2.842	2.808
gesamt	4.225	4.210	4.116	3.889	3.796

Das daraus resultierende Positionspapier wurde anderen Ortes schon frühzeitig publiziert und von vielen durchgangsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen als definitive Beschlusslage missverstanden und kritisiert. Der BDC weist daher ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den nachstehend dargestellten Eckpunkten um eine Diskussionsgrundlage handelt. Somit wird diese Veröffentlichung in der Passion Chirurgie auch als Aufforderung zur kritischen Auseinandersetzung mit den dort dargelegten Standpunkten verstanden. Ihre Anmerkungen und Vorschläge dazu senden Sie bitte an die Redaktion Passion Chirurgie: passion_chirurgie@bdc.de.

Die aufgezeigte Problematik ist auch der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) bewusst, die natürlich ein vitales Interesse daran haben muss, die flächendeckende D-ärztliche Versorgung auch in der Zukunft aufrecht zu erhalten. Dies wurde auch bei der Online-Diskussionsrunde aus Anlass des 100-jährigen Jubiläums des D-Arzt-Wesens am 24.6.2021 in Düsseldorf deutlich, bei dem vonseiten der DGUV eine Gesprächsbereitschaft zur Anpassung der D-Arzt-Bedingungen signalisiert wurde, ohne dabei Zugeständnisse bei der Qualität der Versorgung zu machen.

In der „Gemeinsamen BG-Kommission der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände“ wurde dieses Konzept bereits vorgestellt. Auch in anderen Gremien wurde dieses Eckpunktepapier kommuniziert und stellt somit die aktuelle Diskussionsgrundlage dar. Umso mehr ist es dringend notwendig, dass sich jetzt alle D-ärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen aus den Praxen und den Krankenhäusern damit auseinandersetzen und sich mit konstruktiver Kritik einbringen.

Es ist vorgesehen, den weiteren Reform-Prozess unter Einbeziehung der Berufsverbände in Form einer Arbeitsgruppe voranzubringen. Insofern ist es für die Positionierung des BDC wichtig, dass Sie als tätige D-Ärzte sich an der Diskussion beteiligen und Ihren Input dazu geben. Dabei betrifft dies sektorenübergreifend nicht nur die Niedergelassenen, sondern auch die D-ärztlich tätigen Krankenhausärzte, weil auch die Weiterbildung und vor allem die Kooperation der einzelnen „Player" in Form einer Netzwerkstruktur (s. Abb. 1) essenzieller Bestandteil des Konzeptes sind. Einen zusammenfassenden Extrakt der ins Auge gefassten Neuregelungen bietet die Tabelle 2.

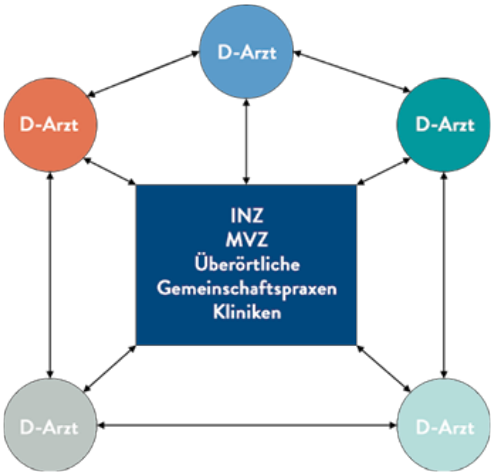


Abb. 1: Modell der Vernetzung von D-Arzt-Praxen und Kliniken bzw. BAGs (Grafik modifiziert, mit freundlicher Genehmigung durch Prof. Felix Bonnaire)

Nachstehend der Text des zwischen BDC, BDD und BVOU konsentierten Diskussionspapiers

Anpassungen der ambulanten D-Arzt-Versorgung (Diskussionspapier)

Präambel: Gefährdung der D-ärztlichen Versorgung droht

In den Jahren 2018 und 2019 war erstmals seit vielen Jahren ein Rückgang der D-Arzt-Zahlen zu verzeichnen. Die Altersstruktur der jetzt tätigen D-Ärzte lässt einen massiven Exodus und damit einen Versorgungsmangel mit dem Ruhestand der jetzt noch tätigen Baby Boomer-Generation befürchten. Das ambulante D-Arzt-System wird aufgrund der umfangreichen bürokratischen Vorgaben von der nachrückenden Ärzte-Generation teilweise skeptisch beurteilt und die Niederlassung mit den derzeitigen Anforderungen und dem damit verbundenen wirtschaftlichen Risiko als wenig attraktiv angesehen. Zur Sicherstellung der zukünftigen D-ärztlichen Versorgung in der Fläche ist es aus Sicht der beteiligten Berufsverbände notwendig, die Anforderungen zum D-Arzt-Verfahren anzupassen.

Tab. 2: Übersicht über die geplanten Veränderungen (Entwurf/Diskussionsgrundlage von Dr. Peter Kalbe)

Abstufung der D-Arzt-Qualifikation und Kompetenzen (Entwurf, Stand 05.12.2020)		
	D-Arzt begrenztes Spektrum	**D-Arzt volles Spektrum**
Weiterbildung	FA OU	FA OU, ZWB Spez. UCH
Zusätzlich vor Zulassung D-Arzt	½ Jahr VAV oder SAV und ½ Jahr D-Arzt-Praxis	1 Jahr SAV und ½ Jahr D-Arzt-Praxis
OP.-Spektrum	Begrenzt wie bisher	Volles Spektrum außer VAV/SAV
Primärbehandlung	AHB, BHB, kein VAV, kein SAV	AHB, BHB, kein VAV, kein SAV
Nachbehandlung	AHB, BHB, VAV, SAV	AHB, BHB, VAV, SAV
Reha-Management	Alles	Alles
Gutachten	Alle	Alle
Praxis-Struktur	Nur ein Eingriffsraum, Röntgen, Sonographie	Volle Ausstattung amb. Operation, Röntgen, Sonographie
Vernetzung	Option: Vernetzung m. Zentral-Praxis oder D-Arzt-Krankenhaus	Option: Zentrale eines Netzwerks oder Teil eines Netzwerks oder Vernetzung m. D-Arzt-Krankenhaus

1. Angleichung der Delegationsmöglichkeiten

Die im Rundschreiben Nr. D04/2019 formulierte Neufassung der Auslegungsgrundsätze muss bezüglich der Delegation von Leistungen bei D-ärztlichen Behandlungen im Krankenhaus [2] in der Zukunft auch für Gemeinschaftspraxen und MVZ mit angestellten Ärzten und mit fachärztlichen Praxis-Partnern ohne D-Arzt-Zulassung gelten.

Begründung: Die Strukturen in den Praxen der niedergelassenen Unfallchirurgen und Orthopäden werden im Rahmen der Möglichkeiten des Vertragsarztrechts-Änderungsgesetzes zunehmend komplexer. Darüber hinaus nimmt der Anteil der angestellten Fachärzte stetig zu und liegt bereits bei mehr als 35%. Darüber hinaus besteht ein Trend zu größeren Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ mit zahlreichen Fachärzten mit unterschiedlichen chirurgischen Weiterbildungen und Spezialisierungen. Diese sind darüber hinaus teilweise im Rahmen von Belegarzt- und Kooperationsarzt-Tätigkeit im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten auch in

Krankenhäusern tätig. Insgesamt ähneln die Strukturen dieser Großpraxen denen von Krankenhausabteilungen. Eine Angleichung der Regeln ist daher notwendig. Wie in den Krankenhäusern soll die Endverantwortung auch in den Praxen beim zugelassenen D-Arzt (D-Ärzten) liegen.

2. Sicherstellung der flächendeckenden D-Arzt Versorgung (Netzwerke)

D-ärztliche Leistungen müssen in der Zukunft auch in vertraglich assoziierten Zweigpraxen/Netzwerken erbracht werden können. Zweigpraxen sollen nur bei Versorgungsbedarf zugelassen werden. Für diese Praxen sollen im Wesentlichen die an den gestuften Versorgungsauftrag (siehe unten) angepassten Voraussetzungen gelten wie für die Stammpraxen. Der Bestandsschutz ist hierbei zu beachten (siehe unter 2.4).

Unabhängig von bedarfsabhängigen Zweigpraxen wird für die Zukunft eine Struktur mit einer zentralen und maximal ausgestatteten D-Arzt-Praxis (überörtliche Gemeinschaftspraxen, Praxisnetzwerke, MVZ etc.) und zugeordneten peripheren D-ärztlichen Praxen entsprechend den bisherigen Einzelpraxen angestrebt. Bisherige D-ärztliche Einzelpraxen können sich mit einer zentralen D-Arzt-Praxis oder einem Krankenhaus mit D-Arzt-Zulassung assoziieren. Die Ausgestaltung des ambulanten D-Arztverfahrens muss in Analogie zum stationären Verfahren erfolgen.

3. Fachliche und sachliche Befähigung zum ambulanten 2 stufigen D-Arzt-Verfahren

Die D-Arzt Anforderungen sollen unter 2.2 geändert werden. Zum Tätigkeitsspektrum des D-Arztes gehört neben der operativen Tätigkeit die gesamte D-Ärztliche Versorgungstätigkeit (Akutbehandlung, Rehabilitation, Praxisorganisation, Gutachtenwesen etc.).

Ein abgestuftes ambulantes D-Arzt Verfahren trägt diesem Rechnung. So erfolgt zum Beispiel die Nachbehandlung (Reha-Management) von VAV/SAV Fällen auch vom niedergelassenen D-Arzt. Weiterhin wird für die D-Arzt-Tätigkeit eine abgeschlossene Facharztweiterbildung zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie gefordert. Als Voraussetzung für die Zulassung als D-Arzt mit eingeschränktem Versorgungsspektrum soll eine 6-monatige Tätigkeit an einem VAV/SAV-Krankenhaus und sechs Monate in einer D-Arzt-Praxis (nicht an einer Klinik) abgeleistet werden. Die Qualifikation des ambulanten D-Arztes mit vollem Spektrum umfasst neben der Facharztbezeichnung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ die Zusatzbezeichnung „spezielle Unfallchirurgie“. Eine einjährige Tätigkeit in einem SAV-Krankenhaus und eine 6-monatige Tätigkeit in einer D-Arzt Praxis (nicht an einer Klinik) ist nachzuweisen.

Begründung: Es mangelt an D-ärztlichem Nachwuchs. Ein Jahr Tätigkeit an einem SAV-Krankenhaus ist aber zumindest für den D-Arzt mit vollem OP-Spektrum dringend notwendig, um die Qualität der Versorgung hochzuhalten oder zu verbessern. Die zusätzliche 6-monatige Arbeit in einer Praxis kann dem D-Arzt helfen, sich in die Tätigkeit der Dokumentation, der Versorgungsebenen, der Abrechnung und Kommunikation mit der DGUV einzuarbeiten. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, die dem niederlassungswilligen Facharzt die 6-monatige Vorbereitungszeit in der D-Arzt-Praxis wirtschaftlich ermöglichen. Zur Vertretungsregelung müssen die Auslegungsbestimmungen vom 01.07.2019, Ziffer 5.2.1 angepasst werden. Das heißt, dass der verantwortliche D-Arzt in der Kernarbeitszeit für 8 Stunden zur Verfügung stehen muss, zur Beratung, Patientenversorgung und Organisation in persönlicher Leistungserbringung [2]. Der D-Arzt kann sich durch einen anderen Facharzt mit D-Arzt Qualifikation in Zeiten von Urlaub, Krankheit und Fortbildung von nicht mehr als 8 Wochen vertreten lassen. Hierbei sollten delegationsfähige, beschränkt delegationsfähige und nicht delegationsfähige Leistungen festgelegt werden. Die Chancen der Videoübermittlung von Befunden können genutzt werden.

Einzelpraxen werden angesichts der Rahmenbedingungen im niedergelassenen Bereich die Ausnahme werden. Gemeinschaftspraxen oder Berufsausübungsgemeinschaften und medizinische Versorgungszentren gleich welcher Trägerschaft sind im Trend und zukünftig eindeutig besser an die Patientenversorgung und gleichzeitig an die Arbeitsbedingungen der zukünftigen D-Ärzte anzupassen. Die baulichen und technischen Ausstattungsvoraussetzungen für die jeweiligen Praxen (volle oder eingeschränkte Zulassung) müssen von der DGUV sachgerecht angepasst werden. Fachärzte mit D-Arzt-Qualifikation können für flexible Arbeitszeiten angestellt und für Vertretungen bei Urlaub, Erkrankungen und Fortbildungen der vollzeitig tätigen Ärzte herangezogen werden.

4. Fachliche Befähigung zum D-Arzt-Verfahren in Teilzeit

Alternativ soll neben der vollschichtigen Tätigkeit auch eine Tätigkeit in Teilzeit in gleichem zeitlichem Gesamtumfang anerkannt werden.

Begründung: In der Nachfolgegeneration von Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie wird der Anteil von Ärztinnen deutlich höher sein als bisher. Jungen Ärztinnen und Ärzten muss die Gelegenheit geboten werden, Familienplanung und fachärztliche Tätigkeit zu vereinbaren. Die Bedingung, dass die unfallchirurgische Tätigkeit maximal 3 Jahre unterbrochen werden darf, ist sachgerecht und soll beibehalten werden.

Anpassungen/Ergänzungen der D-Arzt-Anforderungen vom 1.1.2011:

2.1.: Die Weisungsfreiheit des D-Arztes ist unverzichtbar und muss auch für angestellte D-Ärzte vertraglich gesichert werden.

2.2. Anpassung der fachlichen Befähigung wie oben unter 3. und 4. Beschrieben

2.4. Der Bestandsschutz für die „Alt-Fachärzte“ in bestehenden D-Arzt Praxen muss beibehalten werden, bis die letzten Fachärzte für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie aus der D-ärztlichen Tätigkeit ausgeschieden sind.

2.5. ist redaktionell zu streichen

4.1. Der Hygienestandard im ambulanten OP-Zentrum der D-Arzt Praxis ist auf die jeweils aktualisierten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts umzustellen.

4.3.1. Für D-Arzt-Praxen mit eingeschränkter operativer Tätigkeit ist ein hygienisch einwandfreier Raum für Wundversorgungen und kleine operative Eingriffe ausreichend.

4.3.3. Statt einer Sterilisationsmöglichkeit kann auch auf die Kooperation mit einem externen Dienstleister zur Aufbereitung von Medizinprodukten und/oder auf die Verwendung von Einweginstrumenten verwiesen werden.

4.3.9. (Ergänzung als weiterer Punkt) Ein Sonographiegerät mit Eignung für Gelenkuntersuchungen ist vorzuhalten.

5.3. Die unfallärztliche Bereitschaft von 50 Stunden pro Woche ist nicht kompatibel mit den Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen, für die lediglich 25 Stunden Sprechstundenzeit gefordert wird. Es muss die Möglichkeit eröffnet werden, an den D-Arzt Praxen mit eingeschränktem Spektrum die Sprechstundenzeiten in Abstimmung mit den „Zentrumspraxen" anzupassen.

5.5. Eine Anpassung des elektronischen Datenaustausches zwischen den D-Ärzten und den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen auf die aktuellen EDV-technischen Möglichkeiten wird dringend gefordert. Dabei soll auch der sichere Austausch von Bild-Daten ermöglicht werden.

5.6. Die Aufbewahrungsfrist soll an die ansonsten übliche Zeit von 10 Jahren angepasst werden. Im Zeitalter der elektronischen Dokumentation muss die Verantwortung für die Archivierung der Unfallakten bei den Berufsgenossenschaften und Unfallkassen liegen und darf nicht auf die D-Ärzte übertragen werden.

5.8. Redaktionell: SAV ergänzen.

6.3.1. Die feste Altersgrenze für die D-Ärzte von 68 Jahren ist nicht mehr zeitgemäß. Im Vertragsarztsystem wurde diese aufgehoben.

Im Konsens der in der Gemeinsamen BG-Kommission der orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsverbände BDC, BDD und BVOU: Prof. Dr. med. Felix Bonnaire, Dr. med. Werner Boxberg, Prof. Dr. med. Paul A. Grützner (BDD), Dr. med. Gerd Rauch (BVOU), Dr. med. Peter Kalbe, Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg (BDC)

Anschrift für Korrespondenz: Redaktion Passion Chirurgie: passion_chirurgie@bdc.de

Literatur

1. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren in der Fassung vom 01.01.2011, zuletzt zugegriffen 14.8.2021
2. Rundschreiben D11/2019 Durchgangsarztanforderungen Neufassung der Auslegungsgrundsätze zum 01.07.2019, zuletzt zugegriffen 14.8.2021

Kalbe P: Anpassungen der ambulanten D-Arzt-Versorgung. Passion Chirurgie. 2021 Oktober; 11(10): Artikel 04_06.

Autor:in des Artikels



Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

Kontakt