

## Gemeinsames Positionspapier zur Primärversorgung

Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zur Einführung eines Primärversorgungssystems wenden wir uns mit einer fachlichen Stellungnahme an Sie. Als Institutionen, die seit Jahrzehnten an der **Versorgung von Unfallverletzten nach Arbeits-, Wege- und Schulunfällen** beteiligt sind, möchten wir unsere Erfahrungen in die aktuelle Diskussion einbringen.

Wir unterstützen ausdrücklich das Ziel, Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung **zielgerichtet, ressourcenschonend und möglichst ohne vermeidbare Fehlsteuerungen** in die jeweils geeignete ambulante oder stationäre Versorgungsebene zu lenken.

Für den Bereich der **gesetzlichen Unfallversicherung** existiert in Deutschland bereits seit mehr als **100 Jahren ein bewährtes und erfolgreiches Primärarztsystem**: die **durchgangsarztliche Versorgung**. Diese ist im Sozialgesetzbuch VII sowie im Ärztevertrag nach § 34 Abs. 3 SGB VII verankert und wird kontinuierlich weiterentwickelt. Im Kern ermöglicht sie eine **qualifizierte Ersteinschätzung unfallbedingter Gesundheitsstörungen** sowie eine **bedarfsgerechte Steuerung** in die jeweils geeignete Versorgungsebene.

Eine verpflichtende Vorstellung beim Durchgangsarzt (D-Arzt) erfolgt, wenn eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von mehr als einem Tag oder eine Behandlungsbedürftigkeit von mehr als einer Woche zu erwarten ist. Dadurch werden Bagatellverletzungen von vornherein aus dem spezialisierten Versorgungspfad herausgenommen, während bei relevanten Verletzungen frühzeitig eine fachärztliche unfallchirurgisch-orthopädische Ersteinschätzung erfolgt. Auf dieser Grundlage wird entschieden, ob eine weitere fachärztliche Behandlung im Rahmen der „Besonderen Heilbehandlung“ erforderlich ist oder ob die Weiterbehandlung durch einen anderen Vertragsarzt, in der Regel den Hausarzt, im Rahmen der „Allgemeinen Heilbehandlung“ ausreichend ist. Das System ermöglicht damit eine **effiziente Steuerung** und eine **bedarfsgerechte Einbindung** sowohl des fachärztlichen als auch des hausärztlichen Bereichs.

Auch für die stationäre Versorgung besteht mit dem stationären Durchgangsarztverfahren (DAV), dem Verletzungsartenverfahren (VAV) sowie dem Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV), einschließlich der spezialisierten berufsgenossenschaftlichen Kliniken (BG-Kliniken), eine an der Verletzungsschwere und dem Komplikationsrisiko orientierte Versorgungsstruktur. In Verbindung mit der Ersteinschätzung durch den Durchgangsarzt und der konsequenten Fallsteuerung durch die Unfallversicherungsträger trägt dieses System dazu bei, **Verletzungen zeitgerecht, bedarfsorientiert und umfassend zu versorgen**.

Durch die **zügige berufliche Wiedereingliederung** und die **Verminderung von Rentenzahlungen** ergibt sich auch ein wesentlicher **gesellschaftlicher und volkswirtschaftlicher Nutzen**.

Im Kontext der aktuellen Diskussion sehen wir die **durchgangsärztliche Versorgung als Erfolgsmodell**, das bereits im hohen Maße die **Ziele eines Primärversorgungsystems verwirklicht**. Es bietet sich aus unserer Sicht daher an, die genannten Steuerungsmöglichkeiten mit fachärztlich-unfallchirurgischer Ersteinschätzung auch auf alle gesetzlich versicherten Unfallverletzten zu übertragen. **Das Steuerungskriterium „unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit > 1 Tag“ ließe sich dabei in ein digitales Ersteinschätzungsverfahren implementieren**. Bagatellverletzungen könnten damit weiterhin niedrigschwellig in der hausärztlichen Versorgung oder durch andere geeignete Primärversorgungsangebote behandelt werden.

Eine weitergehende Steuerung mithilfe digitaler oder telefonischer Verfahren zur Ersteinschätzung ist bei unfallbedingten Behandlungsanlässen jedoch nicht zielführend:

**Gerade bei Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates bedarf es zur Ersteinschätzung regelmäßig der klinischen Untersuchung sowie einer gegebenenfalls unmittelbar verfügbaren bildgebenden Diagnostik.**

Die kompetente Versorgung in einer Durchgangsarztpraxis führt in dieser für die Patientinnen und Patienten häufig belastenden Situation zu einer raschen diagnostischen Klärung und zu einer hohen Orientierungssicherheit über den weiteren Behandlungsverlauf.

Keinesfalls würden wir es für sachgerecht halten, bei dem von Ihrem Haus geplanten Primärversorgungssystem eine Vorstellungspflicht für Unfallverletzte im hausärztlichen Bereich festzuschreiben. Vielmehr sollte allen Versicherten der **direkte Zugang zu einem unfallchirurgisch kompetenten Facharzt** zumindest dann offenstehen, wenn Arbeitsunfähigkeit zu erwarten ist oder eine über die körperliche Untersuchung hinausgehende Diagnostik (meist Röntgenaufnahmen) erforderlich wird. Dies trägt auch dem Umstand Rechnung, dass – insbesondere aus Sicht der Versicherten – häufig nicht unmittelbar erkennbar ist, ob ein Versicherungsfall in Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung oder ein Behandlungsfall zulasten der Krankenkasse vorliegt. Umso wichtiger ist es, dass **im Zweifelsfall eine unmittelbare unfallchirurgisch qualifizierte Ersteinschätzung** möglich bleibt, deren Ergebnis eine wichtige Grundlage für das Handeln der Unfallversicherungsträger darstellt.

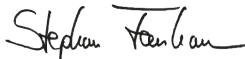
Eine solche klare Zuweisung dient zugleich einer **Entlastung der hausärztlichen Versorgung**. Denn Hausärztinnen und Hausärzte sind für die Primär- und Weiterversorgung chronisch kranker, multimorbider und koordinationsbedürftiger Patientinnen und Patienten unverzichtbar und sollten nicht zusätzlich mit Fallkonstellationen belastet werden, für die bereits qualitätsgesicherte und spezialisierte Versorgungsstrukturen bestehen.

Niedergelassene Durchgangsärzte sind vertraglich verpflichtet, ihre Praxen für die Akutversorgung von Arbeits- und Schulunfällen offenzuhalten und verfügen über die hierfür erforderliche sachliche und personelle Ausstattung.

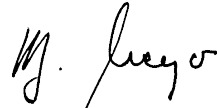
**Um Doppelstrukturen, unnötige Mehrfachkontakte und Qualitätseinbußen zu vermeiden, sollten diese Versorgungskapazitäten auch weiterhin von gesetzlich versicherten Unfallverletzten direkt genutzt werden können.**

Gerne bringen wir unsere praktischen Erfahrungen aus dem Durchgangsarztverfahren in die weitere Ausgestaltung des Primärversorgungssystems ein. Ebenso stehen wir für Nachfragen und einen fachlichen Austausch zur Verfügung.

Wir würden uns freuen, wenn unsere Hinweise in den weiteren Überlegungen Ihres Hauses und bei der Erstellung des Referentenentwurfs Berücksichtigung fänden.



Dr. Stephan Fasshauer  
Hauptgeschäftsführer  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)



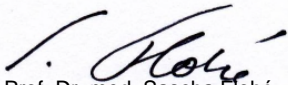
Prof. Dr./Dr. h.c. Hans-Joachim Meyer  
Präsident  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC)



Dr. Edlyn Höller  
stv. Hauptgeschäftsführerin  
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)



Dr. Peter Kalbe  
Vizepräsident  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC)



Prof. Dr. med. Sascha Flohé  
Generalsekretär  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU)



Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg  
Vizepräsident  
Berufsverband der Deutschen Chirurgie (BDC)



Dr. med. Jens-Peter Stahl  
Präsident  
Bundesverband der Durchgangsarzte (BDD)



Jan Henriger  
Vorsitzender  
Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC)