Trauma Berufskrankh 2018 · 20 (Suppl 3):S136–S140
<https://doi.org/10.1007/s10039-018-0365-z>
 Online publiziert: 17. April 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

F. Bonnaire^{1,2} für Bundesverband der Durchgangsärzte

¹ bdd – Bundesverband der Durchgangsärzte e. V., Wuppertal, Deutschland

² Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Handchirurgie, Städtisches Klinikum Dresden, Friedrichsstadt, Deutschland

Die neuen stationären Heilverfahren Ende 2017 aus der Sicht des BDD (Bundesverband der Durchgangsärzte)

Ausgangslage

Ab dem 01.01.2014 sind die neuen Heilverfahren der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) um das Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) erweitert worden und Ende 2017 insgesamt 4 Jahre in Kraft. Die H-Arzt-Praxen (zur besonderen Heilbehandlung zugelassen) sind in ihrer Form nicht mehr vorhanden. Etwa 400 H-Ärzte haben sich zu D-Ärzten (Durchgangsärzten) fortgebildet und sind als solche anerkannt, sodass 2016 insgesamt 4225 D-Ärzte in Praxen und Kliniken zugelassen sind.

Der Wandel hatte Gründe für die DGUV: Das waren die neue Weiterbildungsordnung der Orthopädie und Unfallchirurgie und das Traumanetzwerk der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) mit der dreigliedrigen Ordnung in lokale, regionale und überregionale Traumazentren der DGU, dem Erhalt der flächendeckenden Versorgung mit Praxen und Kliniken und der Anhebung der Qualitätsansprüche und deren Kontrolle [4]. Er hatte auch Folgen für die D-Ärzte sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen. Etwa 400 H-Ärzte haben sich zum D-Arzt qualifiziert, und aufgrund ihrer mehr als durchschnittlich 250 Fälle im Jahr sind sie berechtigt, eine D-Arzt-Praxis zu führen.

Professor Bonnaire ist der Präsident des Bundesverbandes der Durchgangsärzte e. V.

Anlässlich des DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) 2017 in Berlin und der UMED (Unfallmedizinische Tagung) 2017 in Baden-Baden wurden die Ergebnisse der Neuordnung diskutiert und nach verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Die Veränderungen im stationären Sektor hat der BDD (Bundesverband der Durchgangsärzte) zuvor in einer Umfrage in den Kliniken (Chefärzte) erfragt, und damit sollten Grundlagen für eine

Diskussion zwischen der DGUV, den Kliniken und v. a. den D-Ärzten geschaffen werden.

Erster Eindruck

Gefühlt waren die Verfahren nach anfänglichen Schwierigkeiten in den Zulassungsverfahren relativ schnell in einen Alltag überführt worden. Die Notfallversorgung war in den DAV(Durchgangsarztverfahren)-Kliniken flächendeckend

Abb. 1 ◀ Teilnehmer der Umfrage vom Oktober 2017. **a** Kliniken, **b** D-Ärzte (Durchgangsärzte). DAV Durchgangsarztverfahren, VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Abb. 2 ▲ Honorarbeteiligung: 90 von 120 D-Ärzten (Durchgangsärzten) sind im Durchgangsarztverfahren (DAV) noch an den Honorareinnahmen beteiligt, 80 von 100 in den Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) und 13 von 28 in den SAV-Kliniken

Abb. 3 ▲ Persönliche Zufriedenheit. DAV Durchgangsarztverfahren, VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Abb. 4 ▲ Ein hoher Prozentsatz schätzt die Teilnahme an allen 3 Verfahren als sehr wichtig für die Klinikverwaltungen ein, für die VAV (Verletzungsartenverfahren)-Kliniken eher als hoch oder gering. Nur 4 von allen 250 Teilnehmern der Befragung halten die Verträge der Kliniken mit der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) für gar nicht wichtig. DAV Durchgangsarztverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

gewährleistet und unumstritten, die Verlegungen von hier in Richtung VAV (Verletzungsartenverfahren)- und SAV-Kliniken nicht umstritten. Die VAV-Klinikchefs hatten und haben die meisten Probleme: erstens in der Darstellung gegenüber dem Klinikträger und zweitens vom Inhaltlichen, weil sie sich auch größeren chirurgischen Herausforderungen gewachsen fühlen, als sie ihnen von der DGUV in ihrem Rahmen belassen sind [5, 6]. Die Vermutung ist verbreitet, dass sich die DGUV mit der Dreigliederung die Patienten in die eigenen Unfallkliniken lenken will und sich damit selbst finanziert.

Die D-Ärzte an den SAV-Kliniken sollten eigentlich zufrieden sein, weil sie mehr Patienten und in der Regel durch das SAV eine hohe Wertschätzung der Klinikleitung erfahren und institutionel-

le, bauliche und personelle Aufwertungen erhalten haben [1, 2].

Umfrage

Ist das wirklich so oder fühlen wir das nur? Der Bundesverband hat im Oktober eine Umfrage gestartet, welche die Befindlichkeiten und gefühlten Fakten hinterfragt hat.

An der Umfrage haben sich 122 DAV-, 100 VAV- und 28 SAV-D-Ärzte beteiligt, davon waren in den DAV-Kliniken 19, in den VAV-Kliniken 7 Oberärzte. An der DAV-Versorgung sind auch 23 Praxiskliniken beteiligt (Abb. 1, 2 und 3).

In ihrer persönlichen Situation waren 2 VAV- und 3 SAV-D-Ärzte sehr zufrieden, ein Drittel der DAV-Ärzte war zufrieden, 40% der VAV- und 19 von 28 der SAV-Ärzte. Eher unzufrieden waren

51 von 120 DAV-Beteiligten und wiederum etwa 40% der VAV- und 15% der SAV-Kliniker; 27 von 120 DAV-, 21 von 100 VAV- und 2 von 28 SAV-Chefärzten sind überhaupt nicht zufrieden mit ihrer Situation (Abb. 4 und 5).

Die finanziellen Folgen der neuen Heilverfahren werden von den D-Ärzten als hoch (etwa die Hälfte von allen), von einem Drittel der DAV- und VAV-Häuser als unbedeutend und von diesen 20% als negativ eingeschätzt. Der finanzielle Erfolg der SAV-Häuser wird von der Mehrheit ihrer Chefärzte als eher unbedeutend angesehen und von immerhin fast einem Fünftel sogar als negativ.

Die Fallzahl der meisten Kliniken hat sich seit der Einführung des dreigliedrigen Systems in der Mehrzahl erhöht oder ist gleich geblieben. Nur bei etwa 15% der DAV- und 8% der VAV-Kliniken hat sich die Fallzahl reduziert. Diese Zahlen korrelieren mit den statistischen Angaben der DGUV (Tab. 1; Abb. 6).

Probleme gab es in den Kliniken bei etwa 40% der DAV- und VAV-Kliniken nicht, 6 bzw. 4% bei der Notfallversorgung in DAV und VAV und vor allem bei Verlegungen und v. a. Rechnungskürzungen, erstaunlicherweise auch im SAV.

Einzelmeinungen und Diskussion

Ein D-Arzt an einem Endoprothesenzentrum stellte die Frage, warum die

F. Bonnaire für Bundesverband der Durchgangsarzte

Die neuen stationären Heilverfahren Ende 2017 aus der Sicht des BDD (Bundesverband der Durchgangsarzte)

Zusammenfassung

Die neuen Heilverfahren der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) sind auf ambulanten Sektor bald 5 und stationär 4 Jahre in Kraft. Die Zahl der D-Arzt(Durchgangsarzt)-Praxen ist gestiegen, H-Arzt-Praxen (zur besonderen Heilbehandlung zugelassen) gibt es nicht mehr. Etwa ein Drittel aller D-Ärzte ist stationär tätig. Die bei Weitem meisten stationären Patienten werden in DAV(Durchgangsarztverfahren)-Kliniken, etwa 65.000 in VAV(Verletzungsartenverfahren)-Kliniken und 10.000 in den SAV(Schwerstverletzungsartenverfahren)-Kliniken behandelt, alle mit leicht steigender Tendenz seit 2013. Etwa ein Drittel der stationären D-Ärzte hat Antworten in einer

Umfrage des Bundesverbands der D-Ärzte bezüglich ihrer Stellung in den Kliniken, ihrer persönlichen Zufriedenheit mit den Neuregelungen, der Bedeutung der Zulassung zu den Verfahren für sie selbst und ihre Kliniken sowie ihre Beteiligung an den Arzthonoraren gegeben. Die räumliche und technische, auch die medizinische Ausstattung der Häuser wurde unzweifelhaft verbessert. Nicht zuletzt sind auch die Probleme in persönlichen Stellungnahmen (68 Personen) und bei der Notfallversorgung, bei Verlegungen und mit Rechnungskürzungen benannt. Die stationären D-Ärzte vermuten eine Einflussnahme der DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung) mit Steuerung in die

großen Kliniken (SAV) und den Verlust der Patienten nach Verlegungen in eine höher eingestufte Klinik. Auffällig ist eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung des Gewichtes der Teilnahme an den Verfahren für die Klinikleitung und der zunehmenden Abnahme der eigenen Bedeutung für die Verfahren, gemessen an der persönlichen Beteiligung an Honoraren. Die Rolle des stationären D-Arzt in den neuen Heilverfahren muss angemessen vergütet werden.

Schlüsselwörter

Durchgangsarztverfahren · Verletzungsartenverfahren · Schwerstverletzungsartenverfahren · Zufriedenheit · Chefarzte

The new inpatient medical treatment procedures at the end of 2017 from the perspective of the National Association of Accident Insurance Consultants (BDD)

Abstract

The new inpatient medical treatment procedures of the German Statutory Accident Insurance (DGUV) have now been in force for 5 years for outpatient treatment and 4 years for inpatient treatment. The number of accident insurance consultants (D-Arzt) practices has increased and H-Arzt practices (doctors less involved in treatment procedures) no longer exist. Most of the inpatients are treated in D-Arzt procedure (DAV) hospitals, 65,000 in the injury type procedure (VAV) and 10,000 in severest injury type procedure (SAV) hospitals, which are responsible for the highest category of injuries. A survey of our National Association of Accident Insurance Consultants (BDD) was carried out in October 2017. One third of the

inpatient D-Arzt responders gave answers to our questions indicating their satisfaction with the new regulations, the importance of their own approval for the procedure and for their hospital and their participation in the remuneration. Without any doubt the structural, technical and medical equipment of the institutions has been improved by the new regulations. Last but not least the problems of personal opinions (68) and for emergency treatment, transfer to another hospital and reduction of billing in the case of transfer were also named. The inpatient D-Ärzte suspected an influence of the DGUV to steer patients to the highest class of hospitals (SAV) and a loss of patients after transfer to a higher category

hospital. Conspicuous was a discrepancy between the estimation of the weight of participation in the procedures for the hospital management and the increasing reduction of their own importance in the procedure as measured by the personal participation in the remuneration. The role of inpatient D-Ärzte in the new treatment procedures must be appropriately remunerated.

Keywords

Accident insurance consultant procedure · Injury type procedure · Severest injuries type procedure · Satisfaction · Head physician

posttraumatische Endoprothetik nicht in einer DAV-Klinik erfolgen darf. Die Diskussion dazu war dahingehend, dass posttraumatische Endoprothetik spezielle Erfahrung in der Indikationsstellung und im Komplikationsmanagement nach Unfällen erfordert. Bei geringer Fallzahl sei dies nicht gewährleistet.

Ein Chefarzt aus einem DAV-Haus bemängelte, dass die Notfallversorgung einer dislozierten komplexen Tibiafraktur bei ihm erfolgen dürfe (Fixateur externe), dass er aber zum „Nageln“ (endgültige

Versorgung) in ein VAV-Haus verlegen müsse. Dieses Vorgehen ist nach VAV-Katalog und unbestritten. Die finanziellen Erlöse bei diesem Vorgehen sind allerdings für das verlegende Haus eher erfreulich. Ein anderer „Verleger“ stimmt mit dem Verfahren als „verantwortungsvoller Arzt“ voll überein.

Ein Spezialist in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) bedauert, dass er nicht generell zu der D-ärztlichen Behandlung zugelassen ist: Eine Überweisung an den Spezialisten ist immer

durch einen D-Arzt möglich. Eine Anfrage bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG) zur Kostenübernahme ist notwendig.

Ein Chefarzt eines VAV-Hauses klagt, dass er wegen eines „komplizierten Tibiakopfbruchs“ gemahnt worden sei, den er gut versorgt und auch in seiner Weiterbildungszeit routinemäßig operiert habe. Der VAV/SAV-Katalog sieht das vor. Mit der Einstufung sind nicht einzelne Leistungsträger beurteilt, sondern die Gesamtbeurteilung der kontinuierlichen

Abb. 5 ▲ a) Finanzielle Folgen für die Klinik. b) Entwicklung der Fallzahl. DAV Durchgangsarztverfahren, VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Versorgungsmöglichkeit einer Klinik. Das beinhaltet hohe Anforderungen an Vorhaltung von Strukturen und Personal.

Ein Chefarzt in einem DAV-Haus hat seine Tätigkeit mit der DGUV gekündigt, ein anderer eine Erweiterung des Operationskatalogs gewünscht.

Es wird beklagt, dass nach einer Verlegung vom DAV- in ein VAV-Haus „nie“ eine Rücküberweisung erfolgt. Andere halten die neuen Heilverfahren für reine Willkür. Andere Themen sind der „septische Operationssaal“ und seine Notwendigkeit, der derzeitige VAV/SAV-Katalog und Fragen nach dessen Sinnhaftigkeit.

Auch von „Fake-Verträgen“ und „Pfründesicherung der Großkliniken“ ist die Rede und dass die „DGUV kleine Kliniken platt macht“. Es wird auch eine politische Motivation hinter den Verträgen vermutet.

Die Zurückstufung in ein DAV führe zu „Renommeeverlust“, 75 Fälle seien zu viel für ein VAV-Haus. Man solle „besser Kassenpatienten versorgen“ (DAV). Die Transparenz für die Verlegungskriterien wird hinterfragt, auch ob die DGUV die

Ergebnisqualität und Zufriedenheit der Patienten überprüfe. Der „LV Nordwest ist ganz schlecht“, „als Oberarzt komme ich schwer ins DAV“. Auch das Thema Rechnungskürzungen taucht immer wieder auf.

Schlussfolgerung

Die neuen Heilverfahren im stationären Sektor sind insgesamt gut akzeptiert worden, und die Fallzahlen für die Mehrheit der Kliniken haben sich erhöht. In den 58 persönlichen Bemerkungen der Kollegen wird eine Vielzahl von Punkten angesprochen, die sich wiederholen. So wird vermutet, dass sich die großen Kliniken an der Umstellung auf Kosten der kleineren bereichern. Man bemängelt auch, dass Verlegungen und Vorstellungen in höher eingestuften Kliniken eine Einbahnstraße seien. Im Allgemeinen wird zugestanden, dass die Kliniken sich aufgrund der Anforderungen der DGUV modernisiert haben und sich räumlich-technisch, auch medizinisch durch Erweiterung des Angebotes (Neurochirurgie, plastische Chirurgie) verbessert haben.

Bedauert werden der hohe Personalaufwand in der Dienstbereitschaft und die geringe Wertschätzung des D-Arzt in der Verwaltung.

Aus der Befragung geht der hohe Stellenwert der Beteiligung der Kliniken am D-Arzt-Verfahren für die Verwaltung hervor. Etwa 20 % aller Patienten der Unfallchirurgie sind über die DGUV versichert. Darauf möchte kein Verwaltungschef verzichten. Bei der Vertragsgestaltung ist diesem Umstand nicht ausreichend Rechnung getragen. Die DGUV verlangt besondere Leistungen, und diese müssen vom D-Arzt verantwortlich erbracht werden. Dieser Umstand lässt eine höhere Vergütung erwarten, was zunehmend weniger der Fall ist. Die Klinikleitungen v. a. der SAV-Kliniken berücksichtigen diese Mehrleistungen allenfalls noch pauschal, nicht angepasst an die Forderung der persönlichen Leistungserbringung. Wenn die DGUV will, dass der erhöhte Aufwand in der Behandlung ihrer Patienten aufrechterhalten bleibt, muss der D-Arzt seine zentrale Stellung als Lotse im Verfahren erhalten. Es ist an ihm, sich persönlich intensiv für unfallverletzte Patienten einzusetzen mit allen geeigneten Mitteln.

Fazit

Die zukünftigen Chefarzte sollten um die Bedeutung der Verträge mit der DGUV für die Verwaltung wissen und sich nicht unter Wert verkaufen. Wenn schon keine Honorarbeteiligung für die D-Arzt-Tätigkeit im Chefarztvertrag vereinbart

Abb. 6 ▲ Probleme in den neuen Verfahren. DAV Durchgangsarztverfahren, VAV Verletzungsartenverfahren, SAV Schwerstverletzungsartenverfahren

Tab. 1 Entwicklung der Zulassungen in Krankenhäusern und in Praxen seit 2013 [3]

Durchgangsarztverfahren (DAV) bundesweit				
Durchgangsarzte	2013	2014	2015	2016
An Krankenhäusern	1271	1216	1172	1152
In freier Praxis	2598	2761	3009	3073
Gesamt	3869	3977	4181	4225
Allgemeine Heilbehandlung	2.342.004	2.390.679	2.443.047	2.569.554
Besondere Heilbehandlung ^a	634.899	651.242	662.990	694.025
Gesamt ^a	2.976.903	3.041.921	3.106.037	3.263.579
Verletzungsartenverfahren (VAV)				
–	2013	2014	2015	2016
Beteiligte Kliniken	615	579	554	529
Behandelte Patienten ^a	72.849	61.243	60.671	65.603
Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)				
–	–	2014	2015	2016
Beteiligte Kliniken	–	90	92	95
Behandelte Patienten ^a	–	7886	8822	10.033

^aAuf Basis der übermittelten D-Arzt(Durchgangsarzt)-Berichte

wird, sollte diese Position in einer Pauschalvergütung eingefordert werden. Es entsteht der Eindruck, dass die Leistungen der Chefärzte nicht mehr persönlich angesehen werden, sondern dass die Verträge zwischen DGUV und Klinikverwaltung eine zunehmend größere Rolle spielen als der Hauptakteur im DGUV-System, der D-Arzt. Auf dessen persönliche Leistung müssen wir immer hinweisen, sonst werden wir mehr und mehr übergangen. Das kann die DGUV nicht wollen. Die DGUV kann zwar keinen Einfluss auf die Vergütung der Honorare durch die Klinik nehmen, der BDD aber kann die angehenden Chefärzte für die Vertragsverhandlungen beraten.

Die Veranstaltung in Baden-Baden lässt hoffen: Die Diskussionspunkte fanden Verständnis der DGUV-Verantwortlichen, die sehr gut vorbereitet waren, und müssen weiter besprochen und gelöst werden: Mit welcher anderen Versicherung kann man das so diskutieren?

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Bonnaire

bdd – Bundesverband der Durchgangsarzte
e.V.
Friedrich-Ebert-Straße 128A, 42117 Wuppertal,
Deutschland
bonnaire-fe@khdf.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. F. Bonnaire 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. Bonnaire F, Goepel M, Bula P (2016) Die neuen Heilverfahren der DGUV: Aus der Sicht eines städtischen Krankenhauses. Unfallchirurg 119:908–914
2. Bühnen V, Perl M (2016) Die neuen Heilverfahren der DGUV: Aus Sicht der BG Kliniken. Unfallchirurg 119:895–900
3. http://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/sav/index.jsp. Zugriffen: 31.12.2017
4. Oberscheven M, Kranig A (2014) Neuausrichtung der stationären Heilverfahren. Trauma Berufskr 16(Suppl1):5–8
5. Oberst M (2016) Neuordnung stationärer Heilverfahren: Klinische Erfahrungen auf VAV Ebene. Trauma Berufskr 16(Suppl4):301
6. Sarkar MR (2016) Erfahrungen einer Durchgangsarztverfahren (DAV) Klinik. Trauma Berufskr 4/2016(Suppl4):S297–S300