

## Stationäres D-Arztverfahren

# Welche Rolle spielen die zukünftigen Chefärzte?

BVOU

DGOU

DGOOC

DGU

VLOU

Seit Anfang 2014 sind die Neuen Heilverfahren der DGUV um das Schwerstverletztenverfahren (SAV) erweitert und Ende 2017 insgesamt vier Jahre in Kraft. Etwa 400 H-Ärzte haben sich zu D-Ärzten fortgebildet und sind als solche anerkannt, sodass 2016 insgesamt 4.225 D-Ärzte in Praxen und Kliniken zugelassen waren.

Der Wandel hatte Gründe für die DGUV: einmal die neue Weiterbildungsordnung der Orthopädie und Unfallchirurgie, dann das TraumaNetzwerk der DGU mit der dreigliedrigen Ordnung in lokale, regionale und überregionale Traumazentren der DGU und schließlich das Ziel des Erhalts der flächendeckenden Versorgung mit Praxen und Kliniken sowie der Anhebung der Qualitätsansprüche und deren Kontrolle. Der Wandel hatte auch Folgen für die D-Ärzte sowohl in den Kliniken als auch in den Praxen. Die Auswirkungen auf die Krankenhäuser seit 2013 zeigt **Tab. 1**.

### Umfrageergebnisse

Der Bundesverband der D-Ärzte hat im Oktober 2017 eine Umfrage gestartet, die die Befindlichkeiten und gefühlten Fakten nach der Umstellung auf das dreigliedrige System in DAV (Stationäres Durchgangsarztverfahren), VAV (Verletzungsartenverfahren) und SAV (Schwerstverletzungsartenverfahren) hinterfragt hat. An der Umfrage haben sich 122 DAV-, 100 VAV- und 28 SAV-D-Ärzte beteiligt, von den DAV-Kliniken 19 als Oberärzte, von den VAV-Kliniken sieben als Oberärzte. An der DAV-Versorgung sind auch 23 Praxiskliniken beteiligt (**Abb. 1**).

### Vertragslage

In den letzten Jahren hat sich die Vertragslage der stationären D-Ärzte (Chefärzte oder leitende Ärzte) dahingehend geändert, dass Privat- und BG-Liquidation zunehmend wegfallen und in ein Gesamtgehalt mit Beteiligungen mit im-

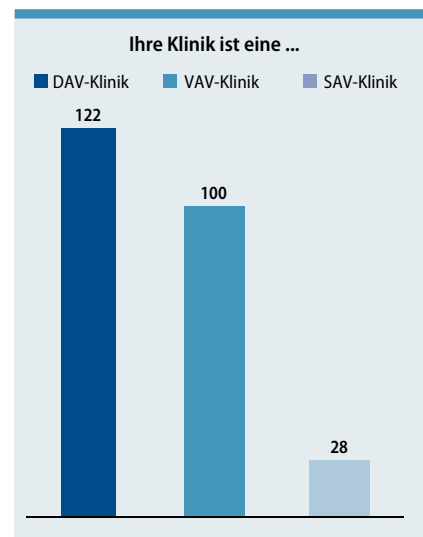
mer geringeren Anteilen an den Erlösen mit den Kliniken einfließen. Das mag Vorteile haben für die Kliniken und auch für die Chefärzte, die Beteiligung muss aber angemessen sein und den Mehraufwand durch die Verpflichtungen des D-Arztes ausreichend berücksichtigen (**Abb. 1**).

### Aufgaben des stationären D-Arztes

Der stationäre D-Arzt muss eine aufwendige spezielle Weiterbildung (mindestens zwei Jahre in einem zugelassenen Krankenhaus, zusätzliche kindertraumatologische Kenntnisse, Erfahrungen und Operationen) und Qualifikation (Seminare in Reha-Medizin und Gutachterstellung) nachweisen. Die Qualifikationen sind alle fünf Jahre zu erneuern. Außerdem muss sich der D-Arzt der Qualitätskontrolle der sofortigen (F 1000) und der regelmäßigen persönlichen Berichterstattung bei Weiterbildung in Klinik und Ambulanz ver-

**Tab. 1: Entwicklung der Zulassungen von Krankenhäusern seit 2013 bis 2016**

D-Ärzte	2013	2014	2015	2016
An Krankenhäusern (DAV)	1.271	1.216	1.172	1.152
Allgemeine Heilbehandlung	2.342.004	2.390.679	2.443.047	2.569.554
Besondere Heilbehandlung*	634.899	651.242	662.990	694.025
Gesamt*	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*	72.849	61.243	60.671	65.603
* auf Basis der übermittelten D-Arzt-Berichte				
Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV)	2014	2015	2016	
Beteiligte Kliniken	90	92	95	
Behandelte Patienten*	7.886	8.822	10.033	



**Abb. 1: Teilnehmer an der Umfrage vom Oktober 2017 an Kliniken**

pflichten. Auch muss er die Behandlungsverfahren in der Klinik steuern und verantworten (Zusammenarbeit mit allen Fachgebieten). Dies ist gerade in großen Kliniken, in denen die beteiligten Fachgebiete den Ablauf und Hintergrund der BG-Verfahren nicht kennen, eine besonders schwierige Aufgabe. Alle Dokumentationen müssen zusammengebracht, schlüssig und kurzfristig an die zuständigen BGen weitergeleitet werden. Rückfragen sind häufig. Die Mitarbeiter müssen regelmäßig bezüglich der BG-Verfahren fortgebildet und die angeforderten Gutachten kontrolliert werden. Für all diese Tätigkeiten gibt es regelmäßige Rückfragen und Fragen bezüglich der gesetzlich vorgegebenen Zusammenhänge der Behandlungsbedürftigkeit und den Unfallfolgen.

**Gute Motivation dringend geboten**

Kein anderer Chefarzt muss diese Aufgaben leisten, auch nicht für Privatpatienten. Also ist eine gute Motivation dringend geboten, wenn diese zusätzlichen Aufgaben nach den Vorgaben erfüllt werden sollen. Haben denn die beteiligten Krankenhäuser noch ein Interesse an den BG-Beteiligungen? Im Durchschnitt sind 20 % der Patienten in der stationären Unfallchirurgie gesetzlich unfallversichert. Das Umfrageergebnis bei den Chefarzten ist eindeutig. Daraus geht hervor, dass in DAV- und

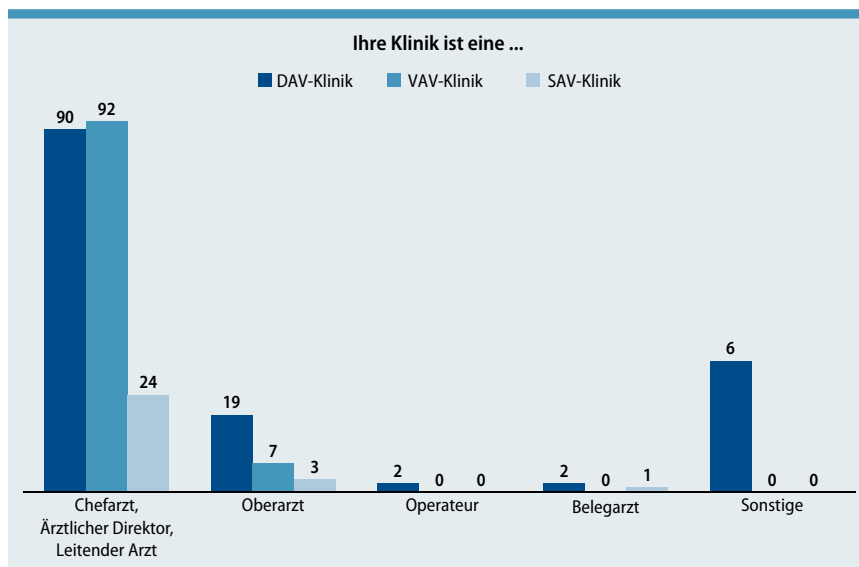
VAV-Häusern noch relativ viele Chef- und Leitende Ärzte an den Honoraren direkt beteiligt sind. In den SAV-Häusern (große Städtische/private Kliniken, Universitätskliniken und BG-Kliniken) liegt der Anteil nur noch bei der Hälfte aller Verträge (**Abb. 3**).

Die finanziellen Folgen der neuen Heilverfahren für die Kliniken 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.

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**).

**Nicht unter Wert verkaufen**

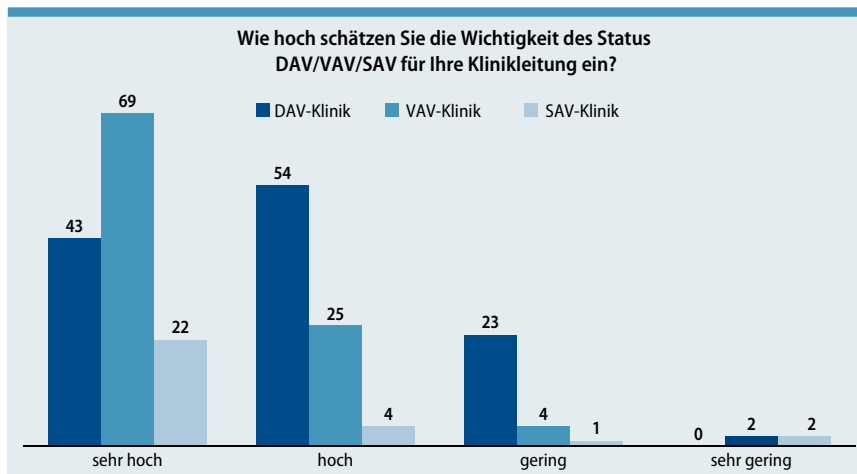
Die neuen Heilverfahren im stationären Sektor sind insgesamt gut akzeptiert worden und die Fallzahlen für die Mehrheit der Kliniken haben sich erhöht. Der Anteil der VAV-Kliniken geht jedoch aufgrund der erhöhten Anforderungen der DGUV an die beteiligten Kliniken zurück. Im Allgemeinen wird konstatiert, dass die Kliniken sich wegen der Anforderungen der DGUV modernisiert und räumlich-technisch, auch medizi-



**Abb. 2:** Teilnehmer an der Umfrage vom Oktober 2017 als D-Ärzte

nisch durch Erweiterung des Angebotes (Neurochirurgie, plastische Chirurgie) verbessert haben. Bedauert werden der hohe Personalaufwand in der Dienstbereitschaft und die geringe Wertschätzung des D-Arztes 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. Obwohl Klinikleitungen Spezialisten sehr schätzen, wird bei der Vertragsgestaltung diesem Umstand nicht mehr ausreichend Rechnung getragen. Der D-Arzt in der klinischen Tätigkeit ist ein ausgewiesener Spezialist. Von ihm verlangt die DGUV besondere Leistungen und bezahlt sie. Krankenhäuser versuchen immer mehr, das Liquidationsrecht durch eine Beteiligungsvergütung zu ersetzen. Die Zusatzlöse werden für allgemeine und Honorarleistungen getrennt ausgewiesen. Chefärzte sollten aus unserer Sicht direkt an den Honoraren beteiligt werden, die für all diese zusätzlichen Leistungen bezahlt werden. Sie sollen ihre Honorarrechnungen selbst stellen können. Die Klinikleitungen vor allem der SAV-Kliniken berücksichtigen diese Mehrleistungen lieber pauschal und 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



**Abb. 3:** Honorarbeteiligung: 90 von 120 D-Ärzten sind im DAV noch an den Honorareinnahmen beteiligt, 80 von 100 in den SAV und 13 von 28 in den SAV-Klinik

als Lotse im Verfahren erhalten. Er ist verantwortlich, sich persönlich intensiv für unfallverletzte Patienten einzusetzen, mit allen geeigneten Mitteln.

Die zukünftigen Chefärzte sollten um die Bedeutung der Verträge mit der DGUV für die Klinikverwaltung wissen und sich nicht unter Wert verkaufen. Wenn schon keine Liquidationsberechtigung für die D-Arztstätigkeit im Chefarztvertrag vereinbart wird, sollte diese Position in einer angemessenen Pauschalvergütung eingefordert werden. Es entsteht der Eindruck, dass die Leistungen der Chefärzte nicht mehr als persönlich angesehen werden, sondern dass die Verträge zwischen DGUV und Klinik-

verwaltung eine zunehmend größere Rolle spielen als der Hauptakteur im DGUV-System, der D-Arzt. Auf dessen persönliche spezialisierte Leistung muss immer wieder hingewiesen werden, sonst wird er mehr und mehr übergangen. Das kann die auch DGUV nicht wollen. Die DGUV kann zwar keinen Einfluss auf die Vergütung der Honora-



**Prof. Dr. Felix Bonnaire**  
Dresden  
Präsident Bundesverband  
D-Ärzte

© F. Bonnaire

## Neue Mitglieder

Die DGOU begrüßt ihre neuen Mitglieder und freut sich auf ihr künftiges Engagement in der Fachgesellschaft. Neue Ideen und kreativer Input sind ausdrücklich erwünscht.

Roland Bell, Berlin  
Thorben Lucas Bockhorst, Lübeck  
Dr. Rolf Martin Breckle, Göttingen  
Dr. Christian Caßelmann, Kassel  
Djaber Charef, Roth  
Franziska Einicke, Halle  
Dr. Thomas Elsner, Köln  
Maik Erdmann, Greifswald  
Corvin Fiedler, Berlin  
Dr. Christian Fisahn, Bochum

Dr. Ramon Handro, Gera  
Johannes Heindl, Landshut  
Markus Holzmann, Langenfeld  
Claudia Jedelhauser, Pfronten  
Nils Kasselmann, Berlin  
Ines Kerschert, Dorsten  
Dr. Veria Khosrawipour, Bochum  
Bettina Kieser, Berlin  
Nadine Koriller, Köln  
Dr. Henning Leunert, Nuthetal

Dr. Florian Mayer, Mainburg  
Aydin Moshreffar, Bremen  
Simon Paul, Kirchheim unter Teck  
Uwe Röhner, Saalfeld/Saale  
Dr. Thomas Ruffing, Kaiserslautern  
Sophie Charlotte Störmann, Dortmund  
Dr. univ. Christoph Zanzinger, Heimstetten  
Julia Zeitlhofer, Landshut