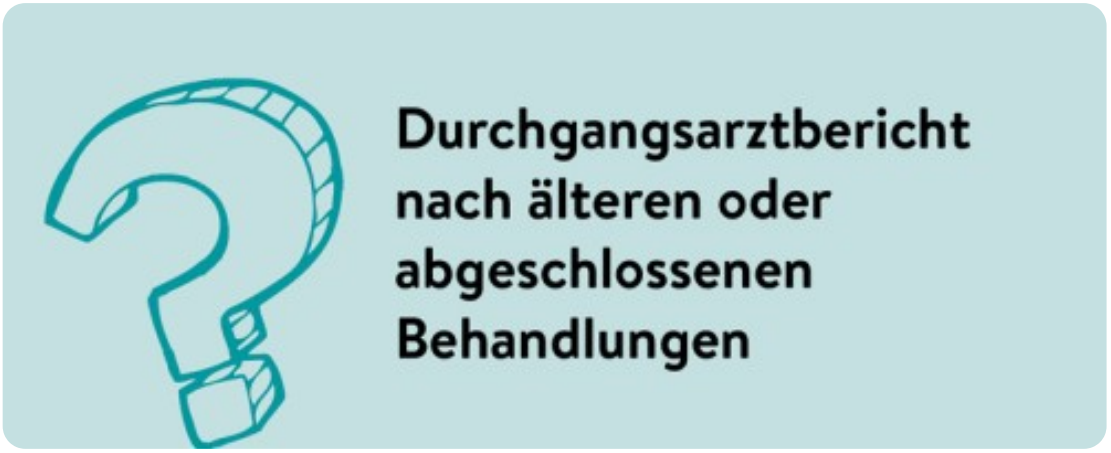
BG- UND D- ARZT 01.02.2024

Arztpraxis Tipp: Durchgangsarztbericht nach älteren oder abgeschlossenen Behandlungen



Frage:

Auf verschiedenen unfallmedizinischen Tagungen und auch anderweitigen Fortbildungen wurde seitens der Unfallversicherungsträger der Wunsch/die Empfehlung ausgesprochen, dass auch bei älteren beziehungsweise zunächst abgeschlossen Behandlungen im Unfallzusammenhang mit nachfolgender Wiedervorstellung länger als drei Monate nach der letzten Behandlung ein Durchgangsarztbericht (F1000) erstellt werden sollte.

Dieses Vorgehen wird größtenteils auch so akzeptiert. Es führt jedoch auch wiederholt zu Irritationen – insbesondere bezogen auf die Abrechnung – und wird völlig uneinheitlich gehandhabt.

Siehe Antwort der Unfallkasse auf eine Rechnung für einen Durchgangsarztbericht: *„Laut vorliegender Berichterstattung befindet sich der Versicherte bereits in einer fortlaufenden Behandlung Ihrerseits, daher ist die Erstellung eines erneuten D-Arztberichtes nicht erforderlich. Wir ändern daher die Gebühr nach Ziffer 132 in die Ziffer 115.*

Nach den uns vorliegenden Unterlagen ist die Ziffer 6 nicht gerechtfertigt. Eine umfassende Untersuchung verbunden mit nach Umfang und Zeit besonderem differential-diagnostischen Aufwand usw. ist hier nicht ersichtlich. Wir ändern daher die Leistung nach Ziffer 6 in die Ziffer 1. Bitte berücksichtigen Sie diese Regelungen bei ihrer zukünftigen Rechnungslegung. Es wird ein Betrag in Höhe von 27,37 € vergütet.“

Aktuell verfahren wir in der Praxis so:

- Neuerliche, ungeplante Vorstellung im Unfallzusammenhang eines bg-lich versicherten Unfalls, der länger als drei Monate nach letzter ärztlicher Behandlung/Vorstellung her ist: Berichterstattung dazu mittels Durchgangsarztbericht (F1000)
- Neuerliche, geplante/ungeplante Vorstellung im Unfallzusammenhang eines bg-lich versicherten Unfalls, der weniger als drei Monate nach letzter ärztlicher Behandlung/Vorstellung her ist: Berichterstattung dazu mittels Verlaufsbericht (F2100) – wenn erforderlich

Sollte es dazu eine aussagekräftige Regelung geben, welche mir entgangen ist, bitte ich Sie um eine kurze Mitteilung.

Antwort:

Eine Drei-Monatsregel für die regelmäßige Neuerstellung eines D-Arzt-Berichtes (DAB) gibt es nicht. Dies ist vielleicht ein Missverständnis, weil die Dauer des Behandlungsfalls drei Monate beträgt. Dies ist allerdings eine reine Abrechnungsregel und hat nichts mit einer Verpflichtung (oder Berechtigung) zu tun, alle drei Monate einen neuen DAB zu erstellen.

Die Berichterstattung im laufenden Behandlungsfall (bei besonderer Heilbehandlung) soll mit Verlaufsberichten erfolgen, und zwar grundsätzlich unter den im § 16 des Vertrags dargelegten Umständen:

- Unerwartete Heilkomplikationen
- Fehlender Heilungsfortschritt
- Verlegung
- Wesentliche Änderung der Diagnose
- Notwendigkeit orthopädischer Schuhversorgung
- Notwendigkeit prothetischer Versorgung
- Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege (siehe § 19)
- Abbruch der Heilbehandlung seitens des Unfallverletzten
- Ungenügende Unterstützung bzw. fehlende Mitwirkung des Unfallverletzten bei der Durchführung der Heilbehandlung

Nach unserer Erfahrung fordern manche BGen und Unfallkassen aber auch Berichte an, wenn eine Behandlung länger (wochen- bis monatelang) läuft und keine Berichte erstellt wurden.

Formal wird die Besondere Heilbehandlung mit einer Mitteilung nach F2222 abgeschlossen. Stellt sich die/der Verletzte dann nach diesem formalen Abschluss wieder vor, ist ein Wiedererkrankungsbericht als D-Arzt-Bericht zu erstellen.

Im Vordergrund steht, dass die Sachbearbeiter bei der BG immer über den aktuellen Stand der Behandlung informiert sein sollten. In Routinefällen reichen dafür in der Regel der Erstbericht und die AU-Bescheinigungen. Bei allen Komplikationen und Besonderheiten empfehlen sich Verlaufsberichte. Manche BGen tolerieren (oder schätzen sogar) auch anlasslose Verlaufsberichte (mit dem Inhalt: Alles prima, problemloser Verlauf), diese sind aber eigentlich nicht vertragskonform (s. o.) und man hat schlechte Karten, wenn das Honorar dafür gekürzt wird.

Im angefragten Fall hat die Unfallkasse somit vollkommen recht mit der Streichung des DAB. Erfreulicherweise hat die Unfallkasse immerhin stattdessen die Gebühr für einen Verlaufsbericht erstattet.

Kalbe, P: Durchgangsarztbericht nach älteren oder abgeschlossenen Behandlungen. Passion Chirurgie. 2024 Januar/Februar; 14(01/02): Artikel 04_06.

Autor:in des Artikels



Dr. med. Peter Kalbe

Vizepräsident des BDC
Gelenkzentrum Schaumburg
Stükenstraße 3
31737 Rinteln

Kontakt