BG- UND D- ARZT 01.05.2011

Der Beratungsarzt in der gesetzlichen Unfallversicherung



Für alle Ärzte, die Patienten zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung behandeln, sind Beratungsärzte (BA) häufig unbekannte Kollegen, deren Tätigkeiten oft als unangenehme Kontrollen angesehen werden. Wer nimmt diese Position ein?

Der Beratungsarzt (BA) ist Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie oder Orthopädie, häufig in der Praxis oder Klinik tätig. Pensionäre scheiden zunehmend aus, angelehnt an die Regelungen der Beendigung der D-Arzt-Tätigkeit mit Ablauf des 68. Lebensjahres.

Er ist sowohl in vertraglicher Bindung als auch als freiberuflicher Facharzt in beratender Funktion tätig; unterdessen überwiegen die vertraglichen Regelungen. Die tägliche Praxis am Patienten erhält den Blick für die Realität, seine Einschätzungen erfolgen zwar nach Praxisschluss, nicht aber nach Aufgabe der ärztlichen Erfahrung (Hochstein).

Für seinen Arbeitsplatz gibt es bisher keine Stellenausschreibungen, sondern Empfehlungen – bei auffallender ärztlich-fachlicher Qualität und verwaltungsrechtlicher Kenntnis. Für seine Tätigkeit finden sich im SGB keine gesetzlichen Vorschriften oder sonstige Vorgaben. Neben seiner jahrelangen persönlichen chirurgischen Erfahrung greift er auf seine Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen und Verwaltungsabläufe der gesetzlichen Unfallversicherung zurück.

Bei Bedarf erkundigen sich die Bezirksstellen-Leiter auch häufig bei den bisherigen Beratungsärzten über mögliche Nachfolger, die diese Tätigkeit neben ihren Verpflichtungen in der Klinik und/oder Praxis erfüllen können. Ungeachtet der Art seiner „Bestallung“ ist der BA in seiner medizinischen Aussage unabhängig von seinem Auftraggeber. Er steht in einem besonderen gegenseitigen Vertrauensverhältnis zur BG-Verwaltung, teilweise langjährige persönliche enge Zusammenarbeit und Respekt für die jeweils originäre Aufgabe des Arztes und der Verwaltung nach dem Moto: „Schuster bleib bei deinen Leisten“.

Der BA ist kein Erfüllungsgehilfe der Verwaltung. Der aktuelle Stand des medizinischen Fachwissens in Klinik und Praxis ist die primäre und unabhängige Richtschnur seiner Bewertungen. Seine Bearbeitungs-und Aufgabenbereiche sind vielfältig und erfordern ein hohes Maß an Kenntnis und Erfahrung.

Unterstützung und Beratung des Sachbearbeiters

Der Sachbearbeiter in den BG-Verwaltungen ist kein Mediziner, hat keine ärztliche Ausbildung, er hat die Verwaltungsvorgänge auch an Hand der vorliegenden medizinischen Unterlagen zu bearbeiten. Für die Klärung der vielfältigen medizinischen Begriffe, Diagnosen, Abkürzungen, Idiome und Synonyme reicht nicht nur der Nachschlagetext im Pschyrembel.

Der BA äußert sich in schriftlicher Form zu den von der Verwaltung vorgelegten Unterlagen, häufig verbunden mit einem erklärenden Gespräch mit dem zuständigen Sachbearbeiter. Dadurch kann eine optimale Kommunikation und Koordination zwischen BA und Sachbearbeiter sichergestellt werden. Der ärztliche Sachverstand vermeidet einfache Verwechselungen oder Fehlinterpretationen des medizinischen Inhaltes. Der daraus resultierende Lerneffekt für die Sachbearbeiter darf im Übrigen nicht unterschätzt werden.

Aufgrund der neuen Rechtsprechung zum § 200 SGB VII ist allerdings durch die Verwaltung, auch durch den dafür sensibilisierten BA zu beachten, dass kein Gutachten erstellt wird. Die Rechtsprechung lässt tatsächlich nur eine Beratung zu. Der Umfang dieser Beratung ist je nach Anfrage sehr unterschiedlich, z. B. Fragen des Heilverfahrens, der Berufskrankheit, des Unfallablaufs, des Ursachenzusammenhangs etc. Die Grenze

zwischen einer fachärztlichen Stellungnahme und einem Gutachten ist naturgemäß fließend, sie wird öfter erst durch die Rechtsprechung – teilweise Jahre später – in Urteilen gezogen.

Heilverfahrenkontrolle

Die Unterlagen der Behandlungsverläufe werden häufig vorgelegt bei auffällig langen oder ungewöhnlichen Behandlungsvorgängen oder Anfragen der behandelnden Kollegen.

Primär sind oft die ungenügenden Angaben in den D-Berichten über den Unfallablauf: „Auf dem Weg zur Arbeit den rechten Fuß verletzt“ oder „mit dem rechten Fuß umgeschlagen“ und die Unfallmeldung des Betriebes oder der Schule nach Tagen/Wochen erstellt, zu ungenau, ob überhaupt ein Unfall im Gesetzessinne vorgelegen hat. Die Unfallversicherung muss möglichst frühzeitig mit allen geeigneten Mitteln tätig werden (§ 26 SGB VII).

Neben den Erstbefunden in den D-Berichten sind die OP-Berichte, Histologien, die Röntgen-Folien und MRT oder CT-CD erforderlich, nicht ihre Befundtexte. Viele Unklarheiten und Widersprüche beruhen auf ungenauen und inkompletten Angaben. Prellungen der Wirbelsäule, des Knie- oder Schultergelenkes sind bei nachgewiesenen Vorschäden einzugrenzen. Der Behandler hat keine Kenntnis des Krankheitsregisters der Krankenkasse, im Gegensatz zu den Unterlagen für den BA.

Das Impingement-Syndrom der Schulter erklärt sich nicht aus einer Prellung vor 3 Wochen; der Innenmeniscus-Korbhenkelriss beruht nicht auf einem Knieanschlag beim Stolpern. Konnte der dokumentierte Geschehensablauf überhaupt einen proximalen oder distalen Riss der Bizepssehne ermöglichen? Die Klärung dient der Prüfung der Zuständigkeit des Versicherungsträgers GKV oder GUV, wie z. B. die Einklemmung des vorbestehenden Korbhenkelrisses des Innenmeniscus, rezidivierende Luxationen der Patella oder des Schultergelenkes.

Diagnosebezogene ergänzende Untersuchungen oder ergänzende Therapieformen sind zu besprechen, im Einzelfall Empfehlungen zur Vorstellung in einem BG-Kompetenz-Zentrum bei ungewöhnlich langer Behandlungsdauer oder aufgetretenen Komplikationen.

Genehmigungspflichtige Behandlungsverfahren wie z. B. Hyaluronsäure-Injektionen, Akkupunktur, pulsierende Signal-Therapie, Magnetfeldbehandlungen, Radiosynoviorthese etc. wegen aktueller Unfallfolgen, konservative antirheumatische Therapiemethoden werden angefragt. Klinische Befunddokumentationen vor Behandlungsbeginn können Einzelfall-Genehmigungen ermöglichen, nach Beendigungen dieser Therapie ist ein ärztlicher Bericht erneut vorzulegen.

Grundlage dieses Verfahrens ist § 28 Abs. 2 SGB VII wonach die ärztliche Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich ist und zweckmäßig zu erfolgen hat. Dazu ist auf § 8 Abs. 2 des Vertrages der DGUV mit der KBV vom 30.09.2010, gültig ab 1.1.2011 zu verweisen. Dieser Hinweis lehnt sich auch an den § 12 SGB V an, wonach die Leistung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein soll.

Die Klärung des einzelnen Vorgangs gelingt eher durch das persönliche Telefonat des BA mit dem D-Arzt – nicht mit der Sekretärin oder Ambulanzschwester – als durch die schriftliche Rückfrage über die Verwaltung. Der BA gibt der Verwaltung Vorschläge, er sollte nicht persönlich in die Behandlung eingreifen. Die BG ist Herr des Verfahrens. Der Unfallversicherungsträger kann die freie Arztwahl im BGlichen Behandlungsverfahren insoweit einschränken, wenn z. B. bei Versicherungsfällen wegen ihrer Art und Schwere besondere unfallmedizinische Heilbehandlung angezeigt ist (§ 28 Abs. 4 SGB VII); der Patient wird in eine andere Klinik weitergeleitet.

Widersprüchliche Einschätzungen

Widersprüchliche Einschätzungen innerhalb der BG sind wegen der unterschiedlichen Berufserfahrung der BA nicht auszuschließen, wie folgende Beispiele belegen:

60jähriger Mann zieht eine widerstrebende Kuh mit dem in der rechten Hand über seiner Schulter und Kopf geführten Seil, das Rind schlägt plötzlich mit dem Kopf zur Seite aus, sofortiger Schmerz und Kraftverlust im rechten Arm und Schulter. Klinik und intraoperativ: Impingement, AC-Arthrose, Rotatorenmanschettendefekt und frischer Teilriss der Supraspinatussehne (Histologie).

Der Beratungsarzt A. beurteilt den Vorgang als eine unfallbedingte Schulterzerrung bei Vorschaden, 10 Tage unfallbedingte Behandlung.

Der Beratungsarzt B.: unfallbedingte wesentliche Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens mit BGlicher Behandlung bis zum Erreichen des Vorbefundes des Impingement-Syndromes.

69jähriger Mann, Sturz auf die Vorderseite der rechten Schulter und Oberarm. Primär keine Verletzungszeichen, keine Schulterinstabilität, endgradig schmerzhafte Bewegungseinschränkung. Neer und Jobe positiv. Nach 2 Tagen ausgedehnter Bluterguss re. Schulter und prox. Oberarm, Röntgen und MRT: keine Fraktur, AC-Arthrose, Omarthrose, Sehnenverläufe SSpS-, ISpS und SScS nicht abgrenzbar und fettige Durchsetzung der entsprechenden Muskulatur.

Behandelnder D-Arzt: im Wesentlichen alles Unfallfolge

BA A: keine Unfallfolgen über eine Prellung hinaus

BA B : starke Schulterprellung mit vorübergehender Verschlimmerung eines vorbestehenden Leidens; unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit bis zur erfolgten arthroskopischen Abklärung nach 3 Wochen.

In beiden Fällen sind die Einschätzungen der BÄ Vorgaben an die Verwaltung über die Dauer der BGlichen Behandlung. Bei einer anderen Ansicht des Behandlers ist der Vorgang anhand aktueller Befunde neu zu bewerten. Die Klärungen ärztlicher Befunde haben Auswirkungen auf den Verwaltungsbescheid zum Zeitpunkt möglicher Rentenleistungen, wie folgender Vorgang belegt:

72jährig, männlich, an den Folgen eines als BK 4203 anerkannten Carcinoms der Nasennebenhöhlen verstorben. Der Nachweis raumfordernder Prozesse – Metastasen entspr. der Histologie bei der Sektion – waren 30 Monate vorher dokumentiert worden.

Hier war die Frage zum Leistungsbeginn der Rentensteigerung (Witwenrente) gestellt.

Gutachten im Verwaltungsverfahren

Häufig enthalten die von der Verwaltung in Auftrag gegebenen Rentengutachten inkomplette oder widersprechende Befunde oder beachten nicht die erforderlichen Verwaltungsschritte.

Unklare Befunde, widersprechende Messergebisse und Röntgenbefunde stimmen nicht mit dem Gutachtenergebnis überein. Auch finden sich auf den unterschiedlichen Messblättern Verwechslungen der Richtungsangaben; oder versehentlich falsche GA-Aufträge durch verwechselte formierte Textbausteine.

Schwierigkeiten bieten die Einschätzungen der Gesamt-MdE aus verschiedenen Fachbereichen, z. B. Chirurgie und Neurologie:

Peroneuslähmung und OSG-Arthrodese je 20°, jedoch Gesamt-MdE 20 %, 45jährig, männlich, anerkannt 30 % MdE wegen Funktionsstörung re. Unterarm, Hand und Handgelenk bei erhaltenem Grob- und teilw. Feingriff: MdE chir. 30 %, MdE neurolg. 30 % wegen Teilschäden N. ulnaris und N. medianus, Gesamt-MdE 50 % seit 25 Jahren. Jetzt beantragte Verschlimmerung wegen Dupuytren II° im 3.-5. Mittelhandstrahl rechts.

Zum einen war die gewährte Gesamt-MdE primär zu hoch eingeschätzt, zum anderen ist die Fibrosierung der Hohlhandfascie im Sinne des M. Dupuytren keine mittelbare Unfallfolge, sondern eine eigenständige unfallunabhängige Erkrankung. Eine nachträgliche Minderung der MdE ist nach den §§ 40, 44, 45 SGB X nicht möglich.

Gutachten im SG-Verfahren

Die Schwierigkeiten der Bewertung der Gutachten im SG-Verfahren – die BG ist die Beklagte – sind nicht wesentlich geringer als im Verwaltungsverfahren. Neben der oft voluminösen Abfassung über 10 – 30 Seiten finden sich gleichartig Widersprüche in den Befunden, unrichtige Zeitangaben, Konzentrierung des Gutachters auf den Klagevortrag und Unfallhergangs-Schilderung des Untersuchten als einzig richtigen Bezug, Bewertung der MdE ggf. zu hoch im Sinn des Unfallverletzten ohne entsprechenden Nachweis und Beweis des tatsächlichen unfallbedingten Funktionsausfalls. Die Absturzhöhe vom Dach nimmt mit jeder erneuten Befragung zu , die getragene Last beträgt 100 kg, im Unfallbericht sind 15 kg vermerkt. Beispiele lassen sich unbegrenzt auflisten.

24jähriger Mann, unfallbedingte erstmalige Patellaluxation rechts, klinisch, röntgenologisch und intraoperativ zweifelsfrei bestätigt. Nach Abschluss der BGlichen Behandlung MdE unter 10 %. Nach dem Widerspruchverfahren Klage

vor dem SG: 1. SG-Gutachten nach § 106 SGG: Patellafraktur-Folgen, MdE 20 %, eine Fraktur hatte nie vorgelegen. 2. SG-Gutachten nach § 106 SGG: Patella-Luxationsfolgen MdE 20 % ohne Nachweis eines Funktionsverlustes. 3. SG-Gutachten nach § 109 SGG: MdE 20 % ohne Funktionsdefizite, jedoch störender subcutaner Weichteilwulst von Bohnengröße über dem medialen Arthroskopie-Port durch prolabierendes Fettgewebe.

Ein anderes Beispiel verdeutlicht das Zusammenwirken von MdE-Werten und vorbestehenden Gesundheitsstörungen aus einem anderen BG-Unfall: 34jähriger Mann: Unfallfolgen: sturzbedingte Beckenringfraktur in anatomischer Form ohne jegliche Funktionseinschränkung der WS oder der Hüftgelenke ausgeheilt. Im I. Rentengutachten MdE 20 % als Gesamtvergütung über 6 Monate, dann 10 %, Stützrentensituation aus einem Vor–Unfall von 10 %. Der SG–Gutachter bewertete die MdE als Gesamt–MdE für beide Unfälle.

Beratung der Geschäftsführung

Medizin-fachliche Ausführung und Bewertung der fachgerechten Verwaltungsverfahren werden von der Geschäftsführung erbeten z. B. bei der Neuordnung der Versorgung mit orthopädischen Schuhen, Orthesen, Prothesen; die HNO-fachliche Beratung bei der Hörgeräte-Verordnung.

Auch die standardisierten Bewertungs- und Gesamtvergütungsverfahren bedürfen der Anhörung und medizinischen Empfehlung der Beratungsärzte. Die Inhalte der letzten Z- und N-Berichte sind meistens zu kurz, um als Grundlage eines Bescheides zu gelten. Widersprüche der Unfallverletzten sind zu erwarten, da für sie die Inhalte der Bescheide nicht erfassbar sind. Schwieriger werden die Nachprüfungsgutachten nach Ablauf der Gesamtvergütung, die vorbestehenden Befunde sind lückenhaft, auch wenn die dann vorzunehmende MdE-Bewertung unabhängig von den Vorbefunden zu erfolgen hat.

Rehabilitation

Unterdessen hat das gesamte Reha-Verfahren eine ausgedehnte Breite der Beratung und der verschiedenen personenbezogenen Vorgänge erreicht, dass in den Verwaltungen dafür eigene Reha-Manager und ein Reha-Arzt tätig werden. Die notwendigen Voraussetzungen und Grundlagen für die Bezeichnung „Reha-Arzt“ sind noch nicht abschließend festgelegt Sie werden noch geprüft.

Der ärztliche Rat umfasst die Bewertung der verbliebenen Funktionen nach Ausheilung der Unfallfolgen zu innerbetrieblichen Maßnahmen, Fragen zur Umschulung und jeder Art der Teilhabe am Arbeitsleben. Die gesamten Unterlagen der BG-Verwaltung werden ggf. ergänzt durch das Krankheitsregister der Krankenkasse, medizinische Unterlagen der gesetzlichen Rententräger, des Versorgungsamtes/ Versorgungsstellen der Kommunalverwaltung und evtl. Unterlagen der Wehrbereichsverwaltung, wenn Hinweise auf Vorerkrankungen oder Unfallfolgen bestehen.

Die ab 1.1.2011 geltenden Zulassungsbedingungen der DGUV zum D-Arzt-Verfahren fordern in den ersten fünf Jahren der D-Arzt-Tätigkeit u. a. eine Teilnahme an einem Seminar über „ Das BEHA-Management für D-Ärzte“, derartige Seminare werden z. Zt. auch vom BDC erstellt. Der Beratungsarzt bringt sein ärztliches Wissen und seine jahrelangen klinischen Erfahrungen zur Qualifizierung einer Verwaltungsentscheidung ein, wie aus den verschiedenen Fallbeispielen exemplarisch deutlich wird.

Er ist das Bindeglied zwischen D-Arzt und BG-Verwaltung in der Behandlung des Unfallverletzten. Entsprechend der Größe der Verwaltung können mehrere BA eingesetzt sein. Sie sollten jedoch nicht wechselseitig mit der gleichen Fragestellung betraut werden, in einem Roundtable-Gespräch mehrerer BA und Sachbearbeiter sind Zweitmeinungen darzulegen. So sind unterschiedliche Bewertungen der BA innerhalb einer Verwaltung zu vermeiden.

Widersprüchliche Bewertungen zwischen verschiedenen Berufsgenossenschaften sind nicht immer zu vermeiden, jedoch nach entsprechender Kontaktaufnahme zu diskutieren und zu beseitigen, oft bedingt durch fehlende Unterlagen. Unterschiedliche Auffassungen zwischen denen der BA einer BG und den Ärzten des MDK der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch leider unvermeidbar, teilweise auch dem System der sozialen Sicherung in unserem Land geschuldet.

Für alle Beteiligten ist es wichtig zu wissen, dass der BA seine Unabhängigkeit bewahrt. Dieses ergibt sich zum einen aus seiner individuellen Vertragssituation und zum anderen aus seinem medizinischen Erfahrungsschatz. Er ist weder weisungsgebunden, allerdings auch nicht weisungsbefugt gegenüber den Mitarbeitern des Unfallversicherungsträgers. So ergibt sich insgesamt die Stellung eines unabhängigen Sachwalters des medizinischen Wissens. Abstrakte Vorgaben und Vorgänge in der Verwaltung von Unfallverletzten erhalten durch den klinisch und praktisch tätigen Beratungsarzt ihren Bezug zur täglichen Lebenswirklichkeit. Rainer Kübke wies auf diese realitätsnahe Brücke zwischen Theorie und Praxis übereinstimmend hin.

Der BA arbeitet nicht anonym oder im Verborgenen. Dieses wird oft bei ablehnenden Entscheidungen der Verwaltung unterstellt. Die Transparenz der Aktenführung ist gewahrt und steht außer Frage, der Versicherte kann immer Akteneinsicht verlangen und erhalten. Der BA muss in der Lage sein, unterschiedliche Auffassungen unmittelbar mit seinem Kollegen, ggf. auch aus der Bearbeitungssituation fernmündlich zu diskutieren, um für den Verletzten schnellstmöglich das beste Ergebnis festzustellen und umzusetzen.

Literatur:

Hochstein P.: Trauma Berufskrh. 2006 – 8 (Suppl 3) S 241-246 Rolle des beratenden Arztes. Sicht eines hauptamtlich beratenen Arztes

Kübke, R.; Trauma Berufskrh. 2006-8 (Suppl. 3) S 283-285: Rolle des beratenden Arztes, aus der Sicht eines nebenamtlich beratenden Arztes

Für die verwaltungsfachliche Beratung danke ich Herrn M. Waver, 50999 Köln.

Hierholzer E. Der Beratungsarzt in der gesetzlichen Unfallversicherung. Passion Chirurgie. 2011 Mai/Juni; 1(5/6): Artikel 02_05.