

Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger: Änderungen zum 1. Januar 1991

Bisheriges Recht:

Aufgrund der Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Kassen-/Vertragsarzt berechtigt und verpflichtet, alle ihn in Anspruch nehmenden Verletzten, die in einer gesetzlichen Krankenkasse (Primär- und Ersatzkassen) selbst versichert sind, auch bei einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit auf Krankenschein zu behandeln, weil die Krankenkasse in solchen Fällen zunächst Kostenträger ist (vgl. § 565 RVO). Nach dieser Gesetzeslage werden Unfallverletzte, die nicht dem D-Arzt vorgestellt werden müssen oder bei denen nach Vorstellung beim D-Arzt kassen-/vertragsärztliche Behandlung (allgemeine Heilbehandlung) eingeleitet wird, bis zum 31. 12. 1990 noch zu Lasten der Krankenkasse behandelt und die Behandlung auf Krankenschein abgerechnet.

Neues Recht:

Mit Wirkung vom 1. Januar 1991 tritt aufgrund von Artikel 5 Nr. 20 des Gesundheits-Reformgesetzes die Vorschrift des § 565 RVO außer Kraft. Damit wird die primäre Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfällen aufgehoben, und für alle Arbeitsunfälle, sogenannte „Schulunfälle“ und anerkannte Berufskrankheiten die alleinige Zuständigkeit der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung begründet, mit der Folge, daß ein Anspruch des Versicherten auf Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse völlig entfällt. Die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt den Auftrag, die Versorgung auch der Unfallverletzten, die nicht einem Durchgangsarzt (Beratungsfacharzt) vorgestellt werden müssen, und bei denen keine besondere berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung erforderlich wird, in eigener Verantwortung mit allen geeigneten Mitteln sicherzustellen.

Mit der Änderung der Rechtslage und dem sich daraus ergebenden deutlich erweiterten Aufgaben- und Verantwortungsbereich der Unfallversicherungsträger ist auch die Versorgung der leichteren Unfallverletzungen organisatorisch neu zu gestalten, weil die erbrachten ärztlichen Leistungen bei Vorliegen eines Arbeitsunfalles oder

einer anerkannten Berufskrankheit direkt mit dem Unfallversicherungsträger abzurechnen sind.

Im folgenden soll auf einige wesentliche Auswirkungen der nachstehend wiedergegebenen Änderungen des Abkommens Ärzte/Unfallversicherungsträger bei der Versorgung von Unfallverletzten eingegangen werden:

Der von einem Verletzten primär in Anspruch genommene Arzt erstattet – soweit keine Vorstellungspflicht beim Durchgangsarzt oder einem anderen Arzt nach den im Abkommen geregelten besonderen Verfahren besteht –

Die KBV informiert

dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung am Tage der Inanspruchnahme oder einen Tag später eine ärztliche Unfallmeldung auf Arztvordruck A 13 (vgl. Ltnr. 10). Dieser Vordruck ist als kombinierter Berichts- und Abrechnungsvordruck im Durchschreibeverfahren entwickelt worden.

Der Vordruck ist bei der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten vom Arzt nur einmal auszufüllen. Das erste Blatt geht als Bericht unmittelbar nach der Erstversorgung des Verletzten an den Unfallversicherungsträger. Die Rückseite der beiden folgenden Blätter des Vordruckes A 13 ist für die Abrechnung und Eigendokumentation vorgesehen. Die erbrachten Leistungen werden nach Abschluß der Behandlung unmittelbar mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger abgerechnet. Die Erstellung dieses Berichtes entfällt, wenn eine Vorstellungspflicht bei einem Durchgangsarzt oder einem anderen Arzt nach den im Abkommen besonders geregelten Heilverfahren besteht (vgl. Ltnr. 10). Die Zuweisung zu diesen Ärzten erfolgt – wie bisher – mittels Überweisungsvordruck UV (vgl. Ltnr. 29).

Wird der Verletzte einem Durchgangsarzt oder – in dem dazu besonders vereinbarten Verfahren – einem Augenarzt, Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Hautarzt (Hautarztverfahren) vorgestellt, und wird von diesem die Behandlung übernommen (besondere Heilbehandlung), schließt der primär in Anspruch genommene Arzt auf dem

bereits angelegten Abrechnungsvordruck seine Behandlung ab.

Wird der Verletzte von den oben genannten Ärzten in die Behandlung des primärversorgenden Arztes zurücküberwiesen, kann dieser auf dem bereits bei der ersten Inanspruchnahme angelegten Abrechnungsvordruck die weitere Behandlung dokumentieren und zur Abrechnung bringen. Der D-Arzt-Bericht beziehungsweise Bericht des Augenarztes, HNO-Arztes oder Hautarztes verbleiben lediglich zur Information beim primär in Anspruch genommenen Arzt und dient nicht mehr – wie bisher – der Abrechnung der bereits erbrachten und nunmehr anfallenden Leistungen.

Bei der Versorgung von Unfallverletzten zu Lasten der Schülerunfallversicherung ist der Arztbericht unmittelbar an den Unfallversicherungsträger zu senden, die Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen wird – wie bisher – an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung eingesandt und von dieser abgewickelt. In der Schülerunfallversicherung kann der bisherige Vordruck 13 S – ärztliche Unfallmeldung (Schüler) – solange weiterverwendet werden, bis das Verfahren auf den Vordruck A 13 umgestellt ist. Insofern gelten die für den Vordruck A 13 getroffenen Regelungen auch für den Vordruck A 13 (S).

Bereits nach Eingang des ärztlichen Berichtes prüft der Unfallversicherungsträger, ob ein Arbeitsunfall angenommen werden kann. Nur in den Fällen, in denen offensichtlich kein Arbeitsunfall vorgelegen hat und damit die Krankenversicherung zuständig ist, ist der Unfallversicherungsträger berechtigt, dem ärztlichen Vergütungsanspruch zu widersprechen. Für diesen Widerspruch ist im Abkommen Ärzte/Unfallversicherungsträger eine Frist von zehn Tagen eingeräumt worden. Erfolgt der Widerspruch später, entfällt der Vergütungsanspruch für ärztliche Leistungen gegenüber dem Unfallversicherungsträger ab dem Tag nach Eingang des Widerspruchs beim Arzt. Letzteres dürfte bei der zeitlichen Dauer der Versorgung von „Bagatellverletzungen“ – wenn überhaupt – nur in wenigen Fällen vorkommen (vgl. Ltnr. 16).

Der Vergütungsanspruch wird auch dann erfüllt, wenn der Unfallverletzte vom primärbehandelnden Arzt einem Durchgangsarzt vorgestellt wurde und dieser den Verletzten in die Versorgung des primär-behandelnden Arztes zu Lasten des Unfallversicherungsträgers zurücküberwiesen hat. Daran än-

dert sich auch dann nichts, wenn sich zwischenzeitlich herausgestellt haben sollte, daß ein Arbeitsunfall nicht vorliegt.

Sollte die ärztliche Abrechnung an einen Unfallversicherungsträger gehen, der für die Versorgung dieses Verletzten nicht zuständig ist, wird dennoch der Vergütungsanspruch des Arztes seitens des von ihm belasteten Unfallversicherungsträgers erfüllt. Der Zuständigkeitsirrtum geht nicht zu Lasten des Arztes. Der Leistungsausgleich erfolgt vielmehr zwischen den einzelnen Unfallversicherungsträgern im Innenverhältnis. Dies gilt auch, wenn der Verletzte einen Arbeitsunfall vorge-täuscht hat und sich herausstellt, daß die Versorgung eigentlich zu Lasten der Krankenkasse hätte erfolgen müssen.

Ärztliche Verordnungen wegen eines Arbeitsunfalls oder einer anerkannten Berufskrankheit können ab 1. Januar 1991 ebenfalls nicht mehr zu

Lasten der Krankenversicherung erfolgen. Der Arzt muß auf dem Arzneiverordnungsblatt als Kostenträger den zuständigen Unfallversicherungsträger angeben. Zusätzlich ist der „Freivermerk“ anzukreuzen, weil der Versicherte keine Zuzahlungen zu leisten hat.

Im übrigen werden auch die Gebühren für ärztliche Leistungen zum 1. 1. 1991 neu festgesetzt. Der Punktwert für die „besondere“ Heilbehandlung nach Ltnr. 5 Ziffer 1 beträgt ab diesem Zeitpunkt 15,66 Pf und 12,62 Pf für die „allgemeine“ Heilbehandlung nach Ltnr. 5 Ziffer 2 (vgl. Ltnr. 71).

Ausführlichere Hinweise zum Abrechnungsverfahren, zum Berichtswesen, zum versicherten Personenkreis und zu Zuständigkeitsfragen werden in Kürze in Form einer Anleitung vom regional zuständigen Landesverband der Unfallversicherungsträger über die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt werden. □

Ltnr 8 erhält folgende Fassung: „Der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung kann jederzeit ärztliche Untersuchungen, auch nach Abschluß der Behandlung (Nachuntersuchungen), durch von ihm ausgewählte Ärzte veranlassen. Auf sein Verlangen leitet dabei der behandelnde Arzt den Unfallverletzten unverzüglich dem vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bezeichneten Arzt zur Untersuchung zu.“

Ltnr 9 erhält folgende Fassung: „Im allgemeinen sollen etwa 80 v. H. aller Fälle von Verletzungen in der allgemeinen Heilbehandlung (Ltnr 5 Ziffer 2) verbleiben.“

Ltnr 10 erhält folgende Fassung: „(1) Der behandelnde Arzt erstattet am Tage der ersten Inanspruchnahme durch den Unfallverletzten, spätestens am Tage darauf, dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine ärztliche Unfallmeldung auf Arztvordruck 13 (vgl. Ltnr 82).

(2) Die ärztliche Unfallmeldung nach Absatz 1 entfällt, wenn eine Vorstellung des Unfallverletzten beim Durchgangsarzt nach Ltnr 29, beim Beratungsfacharzt nach Ltnr 41, im Verletzungsartenverfahren nach Ltnr 45 oder beim Augen-/Hals-Nasen-Ohrenarzt nach Ltnr 47 erfolgt oder wenn ein H-Arzt-Bericht nach Ltnr 57 zu erstatten ist.“

Ltnr 11 erhält folgende Fassung: „Der Arzt, der bei einem Unfallverletzten – vor der Vorstellung nach Ltnrn 29, 41, 45 oder 47 – die erste ärztliche Versorgung leistet, erstattet auf Verlangen des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung diesem einen Bericht über den Zustand des Unfallverletzten und die Art der geleisteten Versorgung; die Vergütung für die Berichtserstattung ist in Ltnr 82 geregelt.“

Ltnr 12 erhält folgende Fassung: „Die erste ärztliche Versorgung umfaßt die ärztlichen Leistungen, die den Rahmen des sofort Notwendigen nicht überschreiten. Eine Vergütung der ärztlichen Leistungen erfolgt nach Ltnr 5 Abs. 2.“

Der Wortlaut der bisherigen Ltnr 13 wird ersatzlos gestrichen.

Der Wortlaut der bisherigen Ltnr 15 wird ersatzlos gestrichen.

Ltnr 16 erhält folgende Fassung: „(1) Der Arzt hat Anspruch auf Vergütung vom Beginn der allgemeinen Heilbehandlung an, wenn er die ärztliche Unfallmeldung nach Ltnr 10 Abs. 1 abgegeben hat oder ein Fall nach Ltnr 10 Abs. 2 vorliegt.

(2) Wenn ein Arbeitsunfall offensichtlich nicht vorgelegen hat, so kann

(2) Zur Erfüllung dieser Aufgaben bedürfen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung der Mitarbeit aller Ärzte.“

Ltnr 5 erhält folgende Fassung: „Der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gewährt für die Folgen eines Arbeitsunfalls vom Unfalltag an oder jederzeit später

1. besondere Heilbehandlung, wenn wegen der Art oder Schwere der Verletzung eine besondere unfallmedizinische Versorgung durch von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bestellte oder besonders beauftragte Ärzte erforderlich ist,

2. allgemeine Heilbehandlung in den übrigen Fällen.“

Ltnr 6 erhält folgende Fassung: „Die Einleitung besonderer Heilbehandlung kann – unbeschadet des Verletzungsartenverfahrens (§§ 6, 6 a der Bestimmungen des ehemaligen Reichsversicherungsamtes) – nur durch den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung oder die nach diesem Abkommen dazu berechtigten Ärzte erfolgen.“

In Ltnr 7 wird der Abs. 1 ersatzlos gestrichen.

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Änderungen des Abkommens Ärzte-/Unfallversicherungsträger ab 1. 1. 1991

Das Abkommen Ärzte-/Unfallversicherungsträger erhält durch die fünfte Zusatzvereinbarung ab 1. Januar 1991 folgende Änderungen und Ergänzungen:

Ltnr.*) 1 erhält folgende Fassung: „(1) Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach den gesetzlichen Vorschriften**) verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst bald nach dem Arbeitsunfall***) einsetzende schnelle und sachgemäße Heilbehandlung, insbesondere auch, soweit nötig, eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung gewährleistet wird. Diese berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung wird als allgemeine Heilbehandlung oder als besondere Heilbehandlung nach Ltnr 5 gewährt.

*) Ltnr = Leitnummer

**) Siehe Anhang am Schluß des Abkommens 1., 2.

***) Als Arbeitsunfälle gelten auch Unfälle, die Kinder während des Besuchs von Kindergärten, Schüler während des Besuchs von Schulen und Studierende während des Besuchs von Hochschulen erleiden (§ 539 Abs. 1 Nr. 14 RVO).