



LVBG

Landesverband Nordostdeutschland
der gewerblichen Berufsgenossenschaften
12161 Berlin, Fregestr. 44
Telefon: (030) 851 05-5220, Telefax: (030) 851 05-5225
E-Mail: service@berlin.lvbg.de

24.11.2004
No/tg

An die

Durchgangsärzte,
Chefärzte der am stationären berufsgenossenschaftlichen
Verletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhäuser (unfallchirurg., chirurg., neurochirurg.,
kinderchirurg. und orthopädischen Abteilungen),
Verwaltungsdirektoren der beteiligten Krankenhäuser

Rundschreiben D 7/2004

Erstattung des Berichtes nach Vordruck F 1000 (§ 27 Abs. 2 Vertrag
Ärzte/Unfallversicherungsträger)

Die wesentliche Aufgabe der Unfallversicherungsträger ist es, frühzeitig nach dem Eintritt
des Versicherungsfalles das Heilverfahren zu überwachen und zu steuern. Dies ist nur
möglich wenn eine zeitnahe Berichterstattung durch die in besonderer Weise am
Verfahren beteiligte Ärzte - also insbesondere durch Durchgangs- und H-Ärzte - erfolgt.

Aus diesem Grunde ist im § 27 Abs. 2 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger (ÄV)
geregelt, dass der Durchgangsarzt den Durchgangsarztbericht nach Vordruck F 1000
unverzüglich zu erstatten hat.

Diese Regelung bedeutet, dass der Erstbericht am Tage des Eintreffens des Patienten,
spätestens jedoch am Folgetag an den Unfallversicherungsträger zu versenden ist, sofern

bekannt ist, dass es sich um einen Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung handelt.

Unter Berücksichtigung normaler Postlaufzeiten sollte man also davon ausgehen, dass der Bericht spätestens am 3. Tag nach Eintreffen des Patienten beim Durchgangsarzt dem Unfallversicherungsträger vorliegt, selbst unter Einbeziehung aller widrigen Umstände (Erkrankung einer Schreibkraft, Wochenende o.ä.) muss jedoch davon ausgegangen werden, dass der Bericht spätestens am 7. Tag vorliegt.

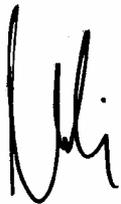
Durch ein noch späteres Eintreffen des Erstberichtes beim Unfallversicherungsträger sind diesem zahlreiche Möglichkeiten zur Steuerung des Heilverfahrens genommen.

Wir haben daher den unserem Landesverbandsbereich angehörenden Unfallversicherungsträgern geraten, Berichte, die nach dem 7. Tag nach Eintreffen des Patienten beim Durchgangsarzt beim Unfallversicherungsträger eingehen, ohne dass Rechtfertigungsgründe für die verspätete Erstattung vorliegen, nicht zu bezahlen.

Insbesondere haben wir diese Empfehlung ausgesprochen, da im Rahmen der letzten Laufzeitenkontrolle der Durchgangsarztbericht (F 1000) festgestellt wurde, dass die Zahl der Durchgangsarztberichte, die eine Laufzeit von über 7 Tagen aufweisen, im Verhältnis zur vorherigen Erhebung um ca. 50% angestiegen ist.

Die angefallenen Heilbehandlungskosten für die notwendige Behandlung werden selbstverständlich übernommen.

Mit freundlichen Grüßen
Der Geschäftsführer



(Nolting)