

III/HM/Ad

Berlin, 17.1.2019

Umsetzungshinweise zur Vereinbarung mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten gemäß der Rahmenvereinbarung vom 5.12.2012¹

- Die Vereinbarung zur Datenübertragung von Abrechnungsdaten bei Krankenhausleistungen zwischen der DKG und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung DGUV und SVLFG gemäß § 12 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung vom 5.12.2012 ist mit Wirkung zum 11.3.2014 in Kraft getreten. Die Teilnahme an der elektronischen Übermittlung ist seit dem 1.10.2015 verpflichtend für Krankenhäuser, die der Rahmenvereinbarung beigetreten sind. Eine Übermittlung von Abrechnungsdaten im Produktivbetrieb kann seit dem 1.4.2015 erfolgen, ab dem 1.10.2015 erfolgt die Datenübermittlung grundsätzlich elektronisch. Für die Datenübermittlung wird das Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V genutzt². Abweichungen, die sich aus der unterschiedlichen Versicherungssituation ergeben, sind in Form von eng gefassten „Sonderregelungen“ vereinbart (siehe Abschnitt 6). Auf eine separate Dokumentation der Datenübermittlung wird aus diesem Grund verzichtet.
- A1
- A2
- A1 Aus technischen Gründen wurde die Übermittlung der Nachrichtentypen „Anforderung Medizinische Begründung ANFM“ sowie des „Zahlungssatzes (Z AHL)“ seitens der Unfallversicherungsträger erst ab dem 1.1.2016 umgesetzt (im Weiteren Phase 2 genannt).

1 Teilnahme

Mit der *Vereinbarung zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unfallversicherungsträgern bei stationären Krankenhausleistungen* (im Folgenden „DTA-Vereinbarung“) zwischen DKG und DGUV/SVLFG vom 11.3.2014 wurde die in § 12 Abs. 2 der *Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung* (im Folgenden „Rahmenvereinbarung“) vom 5.12.2012 aufgenommene Absichtserklärung zum elektronischen Datenaustausch umgesetzt.

Die Pflicht zur elektronischen Übermittlung der Abrechnung und rechnungsbegründenden Informationen (Diagnosen, Prozeduren, Unfalltag, sonstige Angaben) entsteht für das Krankenhaus gemäß § 1 Abs. 2 der Vereinbarung zum elektronischen Datenaustausch.

¹ Diese Dokumentation setzt die Nachträge vom 30.9.2015 und 9.11.2016 sowie die am 10.7.2018 erfolgte Aktualisierung des Dokumentes, die mit A1 gekennzeichnet ist und die mit A2 gekennzeichnete Aktualisierung vom 17.1.2019, um. Regelungen des Nachtrags vom 30.9.2015 mit Wirkung zum 1.1.2016 sind mit N2.x ausgewiesen, Anpassungen an den Nachtrag vom 9.11.2016 mit Wirkung zum 1.1.2017 sind mit N3.x gekennzeichnet.

² Dies betrifft insbesondere die Regelungen zum Vorgehen bei Versionswechsel.

tausch (DTA-Vereinbarung) i.V.m. § 12 Abs. 2 mit dem Beitritt zur Rahmenvereinbarung. Dabei regelt § 1 Abs. 2 der Vereinbarung zum elektronischen Datenaustausch die Teilnahme für Krankenhäuser wie folgt:

„Krankenhäuser nehmen an dem Verfahren teil, wenn und solange sie der Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (s. Präambel) beigetreten sind oder sich durch Beitrittserklärung an die DKG dieser Rahmenvereinbarung gesondert anschließen. Der Beitritt kann mit einer Frist von 6 Wochen widerrufen werden. Die DKG unterrichtet die DGUV über Name und Anschrift beigetretener Krankenhäuser.“

Das in der DTA-Vereinbarung zur Datenübermittlung festgelegte Verfahren zur elektronischen Datenübertragung entspricht dabei im Wesentlichen dem Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V. Abweichungen hiervon sind in Form von „Sonderregelungen“ vereinbart, die größtenteils verfahrenstechnisch bedingte Beschränkungen bei der Übermittlung einzelner Schlüssel nach Anlage 1 der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V darstellen. Darüber hinaus ist die Übermittlung des „Unfalltags“ bei Arbeitsunfällen sowie die Übermittlung der Kostenübernahmeerklärung im Sinne einer „Eingangsbestätigung“ der Datenannahmestelle der Unfallversicherungsträger ohne verbindliche Zusage der Kostenübernahme vorgesehen.

2 Inhalt und Aufbau der Datenübertragung

Die elektronisch übermittelten Nachrichten entsprechen den mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgetauschten Nachrichten gemäß § 301 SGB V. Verfahrensspezifische Modifikationen sind auf einzelne Ausnahmen beschränkt, hierzu zählen insbesondere Einschränkungen bei den übermittelten Nachrichten und Schlüsseln gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Die Vertragsparteien nach der DTA-Vereinbarung stimmen darin überein, dass auch künftig nicht vom § 301-Verfahren abgewichen werden soll.

2.1 Abweichende Bedeutung der Kostenübernahmeerklärung (KOUB)

In den Fällen, in denen der letztlich zuständige Unfallversicherungsträger bei Aufnahme des Unfallpatienten nicht zweifelsfrei bekannt ist, bzw. vom ursprünglich angenommenen UV-Träger abweicht, übermittelt das Krankenhaus zunächst einen Aufnahmesatz an die Datenannahmestelle der Unfallversicherungsträger. Diese generiert eine Kostenübernahmeerklärung und übermittelt diese an das Krankenhaus zurück. Da eine eindeutige Zuordnung zum Kostenträger im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung zu diesem Zeitpunkt nicht geprüft werden kann, kann die Kostenübernahmeerklärung nicht – wie im § 301-Verfahren vorgesehen – als eine verbindliche Zusage zur Übernahme der durch die Behandlung entstehenden Kosten gewertet werden sondern ist vielmehr als Empfangsbestätigung der DGUV zu verstehen. Ist das Feld „Merkmal Kostenübernahme, Erläuterung“ im Segment TXT der Nachricht „Kostenübernahmeerklärung (KOUB)“ leer, sollen ggf. bereits erfasste Daten (z.B. telefonisch vorab mitgeteiltes Aktenzeichen der Unfallversicherung) im Abrechnungssystem des Krankenhauses nicht überschrieben werden. Das Krankenhaus übermittelt zunächst für den angenommenen UV-Träger einen Aufnahmesatz an die Datenannahmestelle der

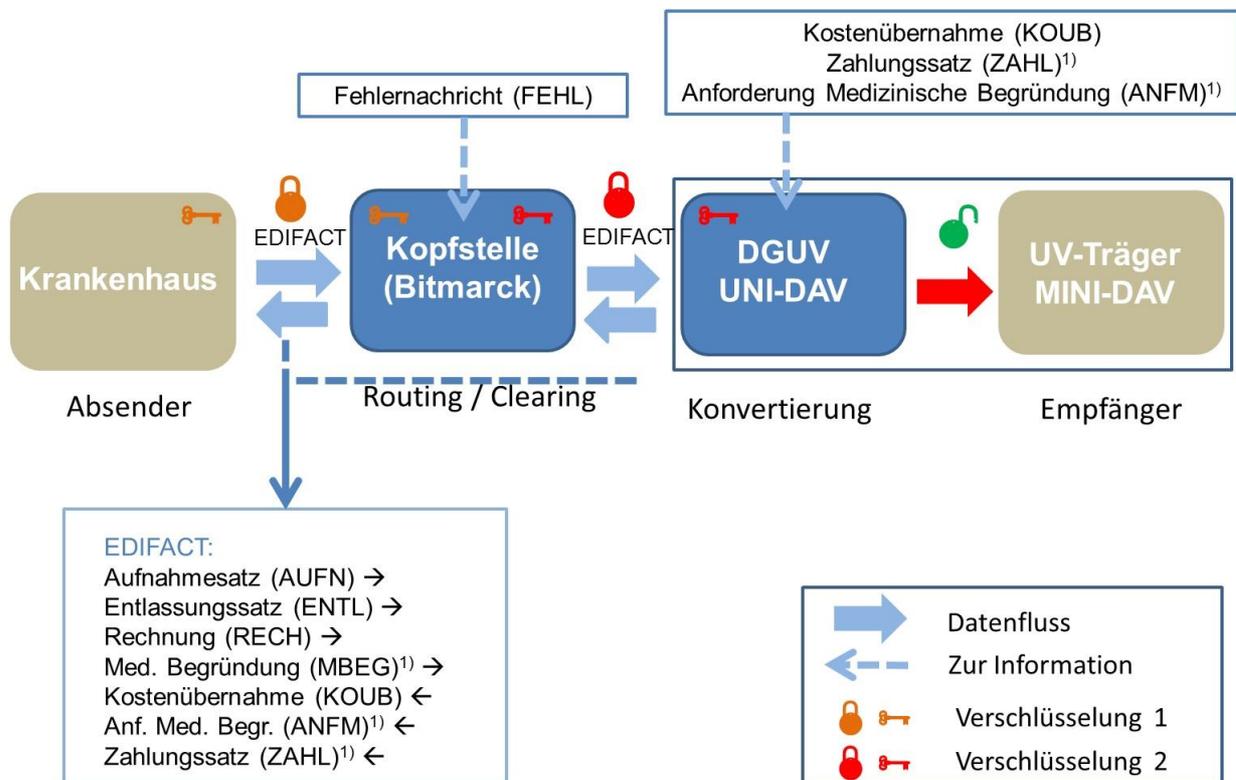
UV-Träger. Sollte sich im weiteren Verlauf die Nicht-Zuständigkeit des angenommenen, initialen Kostenträgers herausstellen, wird der Fall zunächst storniert und im Anschluss an den durch den initialen UV-Träger mitzuteilenden UV-Träger übermittelt (vgl. auch Kap. 4.2).

3 Datenannahmeorganisation

Für den Betrieb ist eine Anbindung an eine Datenannahmestelle, die sog. „Kopfstelle“ vorgesehen, diese ist der Datenannahmestelle der DGUV (UniDAV) vorgelagert und ist grundsätzlich der physikalische Empfänger aller Nachrichten des Krankenhauses sowie physikalischer Absender für Nachrichten der UV-Träger:

A1

Organisation der Datenannahme



¹⁾ Umsetzung zum 1.1.2016

Abbildung 1 Datenannahmeorganisation

N3.2 Seit dem 1.1.2018 wird für die Datenübermittlung das FTAM Protokoll unterstützt. Für die Realisierung der Transportfunktionen werden als Übermittlungsmedium nur noch normierte Internetprotokolle verwendet.

A1,

A2

Die Kopfstelle der DGUV ist die BITMARCK Service GmbH. Von dort erfolgt die Weiterleitung an die zentrale Annahmestelle (Uni-DAV) der DGUV. Bei einer fehlerhaften Nachricht erfolgt zunächst eine Fehlernachricht (FEHL, Stufe 1 bei Abweisung der Datei, bzw. Abweisung einzelner Nachrichten mit Fehlerstufe 2 oder 3) an das Krankenhaus.

Die Übermittlung von Nachrichten durch das Krankenhaus erfolgt an die Kopfstelle, diese ist entschlüsselungsberechtigt und verantwortlich für das korrekte Zustellen und Rückübermitteln von Nachrichten an den jeweiligen UV-Träger (Routing/Clearing). In der Auftragsdatei sind die Felder „EMPFÄNGER_NUTZER“ (Stellen 63-77) und „EMPFÄNGER_PHYSIKALISCH“ (Stellen 78–92) mit dem IK der Kopfstelle zu versehen; ebenso im Nutzdatenkopsegment UNH im Datenelement „Empfängerbezeichnung“.

A2

Die für FTAM/IP als initiator-identity zu verwendende IK-Nummer der Datenannahmestelle lautet

A1,
A2

IK 104593982

Die technische Adressierung der Kopfstelle per FTAM/IP erfolgt im Produktivbetrieb über die URL

dav-ftam.bitmarck-daten.de (Port: 9000)

Im Testbetrieb dürfen ausschließlich fiktive Testfalldaten mit der Testdatenkennung „TUVK0“ ausgetauscht werden. Der Nachweis der technischen Übermittlungsfähigkeit ist durch die fehlerfreie Übermittlung des Aufnahmesatzes durch das Krankenhaus und die korrekte Übermittlung der Kostenübernahmeerklärung durch die Datenannahmestelle der DGUV (bzw. die Kopfstelle) gegeben. Eine Zustellung der Testnachrichten an einen UV-Träger durch die Datenannahmestelle der DGUV erfolgt nicht. In Testnachrichten ist im Feld „IK des Empfängers“ im FKT-Segment ausschließlich das für Testzwecke reservierte IK 121192388 zu verwenden, das für Tests der FTAM-Umstellung als initiator-identity verwendet wird. Die Adressierung der Bitmarck zu Testzwecken im Rahmen der Umstellung erfolgt über URL

N3.1

A1

test-ftam.bitmarck-daten.de (Port: 9000)

Die Testfälle für den Testbetrieb werden zwischen der DKG und der DGUV/Datenannahmestelle abgestimmt. Aus den DGUV-Beispieldatensätzen (s. Anlage 7.1) sind die Beispiele 1 und 2 für die Tests vorgesehen. Bei Krankenhäusern, deren Softwareversion bereits einen Test erfolgreich durchlaufen hat, ist lediglich ein physikalischer Anbindungstest erforderlich.

Für die Verschlüsselung der Nachrichten zwischen Krankenhaus und Kopfstelle werden jeweils die im § 301-Datenübermittlungsverfahren gültigen kryptografischen Schlüssel verwendet.

4 Technische Umsetzungshinweise

In Ergänzung zu Anlage 5 der § 301-Dokumentation werden nachfolgend Umsetzungshinweise zu UV-spezifischen Konstellationen dargestellt.

4.1 Verfahrenskennungen für Test/Wirkbetrieb

Als Verfahrenskennung der Auftragsdatei werden analog zum Anhang der Anlage 4, 2.2.1 *Format der Auftragsdatei* der § 301-Dokumentation folgende Ausprägungen verwendet:

VERFAHREN_KENNUNG

Stelle 20-23: „EUVK“ (Echtdaten) oder „TUVK“ (Testdaten)

Stelle 24: „0“ Ziffer für Version des Verfahrens

Damit ist im Übergangsverfahren die Unterscheidung von Test- und Echtdaten möglich.

Hinweis: Der im UNB Segment (Kennung 0026) verwendete 11-stellige Dateiname enthält für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung an der 1.-3. Stelle die Verfahrenskennung „KRH“ (siehe Anlage 4, 4.1.3 Dateiname). Für den UV-Bereich ist hier die Verfahrenskennung „UVK“ vorzusehen. Eine Klarstellung von Anhang 4, Kap. 4.1.3 wird bei nächster Gelegenheit über Nachtrag vorgenommen.

4.2 Kostenübernahmeerklärung (KOUB) als „Empfangsbestätigung“

Die Kostenübernahmeerklärung wird abweichend vom § 301-Verfahren gemäß Sonderregelung 6.4 als „Empfangsbestätigung“ durch die Datenannahmestelle der DGUV (Uni-DAV) erzeugt und über die Kopfstelle an das Krankenhaus übermittelt. Dabei wird als Datenfeld „Merkmal Kostenübernahme“ (1. und 2. Stelle) die Ausprägung „01“ verwendet. Im Feld „Datum der Kostenübernahme“ wird das Datum der Empfangsbestätigung angegeben. Das Datenfeld „Kostenübernahme ab“ wird aus verfahrenstechnischen Gründen zwingend übermittelt und entspricht dem Datum der Aufnahme.

Hinweis: Die Übermittlung des Merkmals „01“ und die Angabe des Datums der „Kostenübernahme/Empfangsbestätigung“ ist verpflichtend.

Im Fall der Übermittlung des Aufnahmesatzes an einen nicht zuständigen UV-Träger (im Folgenden der initiale UV-Träger genannt) erfolgt zunächst keine elektronische Fehlermeldung. Der initiale UV-Träger teilt dem Krankenhaus in diesen Fällen den zuständigen UV-Träger unverzüglich nach Kenntnis in schriftlicher Form mit.

Der bestehende Fall wird gegenüber dem nicht zuständigen UV-Träger storniert und, beginnend mit einem neuen Aufnahmesatz (AUFN), an den zuständigen UV-Träger übermittelt.

Wurde die Schlussrechnung schon beglichen, erfolgt die Fallabgabe ohne Nachricht an das Krankenhaus nur intern zwischen den UV-Trägern. Der Fall ist aus Sicht des Krankenhauses dann abgeschlossen.

Wurden vom initialen UV-Träger bereits Zahlungen an das Krankenhaus veranlasst, so müssen diese nach dem Rechnungsstorno nicht zurücküberwiesen werden. Der zuständige UV-Träger erhält im Rahmen der internen Fallabgabe Informationen über bereits geleistete Zahlungen und berücksichtigt diese bei der Begleichung der erhaltenen Rechnungen des Krankenhauses. Zwischen den UV-Trägern werden die Zahlungen im Rahmen der Fallabgabe ausgeglichen. Bei den Krankenhäusern werden analog die schon erhaltenen Zahlungen auf den neuen Fall umgebucht. Dies gilt sowohl für Schlussrechnungen als auch für Zwischenrechnungen. Wenn es zu Überzahlungen durch den UV-Träger kommt, so sind diese durch das Krankenhaus unverzüglich zu erstatten.

4.3 Elektronische Übermittlung des zuständigen UV-Trägers

A1

Seit dem 1.1.2016 kann das IK des zuständigen UV-Träger auch auf elektronischen Weg im Rahmen des § 301-Verfahrens vom initialen UV-Träger an das Krankenhaus übermittelt werden. Die konkrete technische Ausgestaltung wurde per Nachtrag vom 30.9.2015 vereinbart (Siehe Sonderregelung 13). Für einen Übergangszeitraum von 6 Monaten nach der ersten elektronischen Übermittlung des IK des zuständigen Kostenträgers erfolgte die Meldung parallel auf dem Schriftweg, danach ersetzte die elektronische Mitteilung die schriftliche Meldung. Krankenhäuser konnten den Verzicht auf die schriftliche Mitteilung bereits vor Ablauf der 6-Monatsfrist erklären.

4.4 Fehlerverfahren

Die Prüfung der Nachrichten des Krankenhauses erfolgt für die Stufen 1, 2 und 3 direkt durch die Kopfstelle, diese erzeugt ggf. Fehlernachrichten/Fehlersegmente (FEHL/FHL) und übermittelt diese zurück an das Krankenhaus. Prüfungen auf Fehler der Stufe 4 finden derzeit nicht statt. Nicht näher spezifizierte Fehlernachrichten der Stufen 1-3 (14999, 24999, 34999) sind nicht zulässig.

5 Übermittlung weiterer rechnungsbegründender Unterlagen in Papierform (Entlassungsbericht, Operationsbericht)

Die Rahmenvereinbarung sieht in § 9 Abs. 1 die Übermittlung des Entlassungsbriefes sowie des Operationsberichtes als rechnungsbegründende Unterlagen vor. Die elektronische Übermittlung dieser Unterlagen ist derzeit nicht möglich. Eine Übermittlung erfolgt daher in Papierform an den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Die Übermittlung von Entlassungsbrief und Operationsbericht erfolgt in der Regel nach dem Versand der elektronischen Aufnahmeanzeige. Stellt sich die Nicht-Zuständigkeit des ursprünglich angenommenen UV-Trägers heraus, wird eine zusätzliche Übermittlung dieser Unterlagen an den zuständigen UV-Träger empfohlen, da die Fälligkeit der Rechnung mit dem Vorliegen aller rechnungsbegründenden Informationen beim zuständigen UV-Träger entsteht. Zwar werden sämtliche den Fall betreffenden Informationen im Rahmen der Fallabgabe weitergegeben, Verzögerungen beim Fälligkeitsbeginn der Rechnung durch zusätzliche interne Bearbeitungs- und Postlaufzeiten sind jedoch nicht ausgeschlossen. Sollten die Papierunterlagen durch eine Weiterleitung zwischen den UV-Trägern schon beim zuständigen UV-Träger vorliegen, so kann dieser das Krankenhaus in Form einer Eingangsbestätigung hiervon unterrichten.

6 Sonderregelungen zum Verfahren

6.1 Sonderregelung Nr. 1: Unfalltag als Muss-Angabe in INV

Im Segment INV (Information Versicherter) wird der Unfalltag als Muss-Angabe im Format „JJJJMMTT“ festgelegt. Bei Berufskrankheit muss, abweichend von der Formatvorgabe, der Wert „BK“ eingetragen werden.

Der Unfalltag bzw. das Kennzeichen „BK“ bei Berufskrankheit wird im Datenelement „Vertragskennzeichen“ (an..25) übermittelt.

6.2 Sonderregelung Nr. 2: angepasster Schlüssel 1 (Aufnahmegrund)

In Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. und 2. Stelle:

01	Krankenhausbehandlung, vollstationär
02	Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
03	Krankenhausbehandlung, teilstationär
04	Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
05	stationäre Entbindung

3. und 4. Stelle:

02	Arbeitsunfall/Berufskrankheit (§ 11 Abs. 5 SGB V)
----	---

6.3 Sonderregelung Nr. 3 : angepasster Schlüssel 5 (Entlassungs-/Verlegungsgrund)

In Schlüssel 5 (Entlassungs-/Verlegungsgrund) ist folgende Ausprägung aufgehoben:

1. und 2. Stelle:

05	Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
----	---

6.4 Sonderregelung Nr. 4: angepasster Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme)

In Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme) ist nur folgende Ausprägung erlaubt:

1. und 2. Stelle:	01	(Kostenübernahme) Empfangsbestätigung
-------------------	----	---------------------------------------

Mit „01“ wird lediglich der Eingang des Aufnahmesatzes bestätigt, entsprechend wird als „Datum der Kostenübernahme“ das Datum der Empfangsbestätigung angegeben.

3. und 4. Stelle:	leer
-------------------	------

6.5 Sonderregelung Nr. 5: angepasster Schlüssel 9 (Verarbeitungskennzeichen)

In Schlüssel 9 (Verarbeitungskennzeichen) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

- | | |
|----|---|
| 10 | Normalfall |
| 20 | Änderung |
| 30 | Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN) |
| 31 | KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch |
| 32 | IK des Krankenhauses fehlerhaft |
| 33 | Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend |
| 34 | Softwarefehler |
| 40 | Storno einer Entlassungsanzeige |
| 41 | Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme |

6.6 Sonderregelung Nr. 6: angepasster Schlüssel 10 (Prüfungsvermerk)

In Schlüssel 10 (Prüfungsvermerk) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. und 2. Stelle:

- | | |
|----|--|
| 01 | Rechnungsbetrag wird angewiesen |
| 02 | Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich) |
| 03 | Rechnung wurde bereits bezahlt |
| 04 | Unfallversicherungsträger ist nicht Kostenträger |
| 05 | Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen |
| 07 | Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regressfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform. |

Hinweis:

- | | |
|----|--|
| 04 | gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen keine Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers besteht. |
| 05 | gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen der Unfallversicherungsträger im Rahmen der Gesetzlage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines (gesetzlichen) Abschlags erfolgt. |

6.7 Sonderregelung Nr. 7: angepasster Schlüssel 11 (Rechnungsart)

In Schlüssel 11 (Rechnungsart) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. Stelle:

0	Zahlungssatz wird nicht angefordert
5	Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8)

2. Stelle:

1	Zwischenrechnung
2	Schlussrechnung
3	Nachtragsrechnung
4	Gutschrift/Stornierung
9	Vorausberechnung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV bzw. § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG

6.8 Sonderregelung Nr. 8: ausgeschlossene Schlüssel

Wird im Segment FKT (Funktion) das Institutionskennzeichen eines Unfallversicherungsträgers als IK des Absenders übermittelt werden, dürfen aus dem Schlüsselverzeichnis (Anlage 2) folgende Schlüssel nicht übermittelt werden:

A2	Schlüssel 3:	Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung
	Schlüssel 4:	Teil II: Entgeltart ambulant
	Schlüssel 12:	Versichertenstatus
	Schlüssel 15:	Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel „2“ – „9“)
	Schlüssel 17:	Diagnosesicherheit
	Schlüssel 19:	Zusatzkennzeichen EBM
	Schlüssel 20:	EBM-Ziffern
	Schlüssel 22:	Leistungsbereich (116b SGB V)
	Schlüssel 23:	PIA-Leistung
	Schlüssel 24:	Leistungsart (PIA)
	Schlüssel 25	Teamebene (§ 116b)
	Schlüssel 26	KV-Bezirk
	Schlüssel 27	Fachgruppencode (§ 116b)
	Schlüssel 28	Ergänzende Dokumentation schwerer Verlaufsformen (§ 116b)
	Schlüssel 29	Dokumentation schwerer Verlaufsformen – Progression (§ 116b)
	Schlüssel 30	Information PrüfvV
A2	Schlüssel 31	Art der Information (Entlassmanagement)

6.9 Sonderregelung Nr. 9: Ausgeschlossene Nachrichten

Folgende Nachrichten sind ausgeschlossen:

- Rechnungssatz ambulante Operation (AMBO)
- Zuzahlungsgutschrift/ -rückforderung (ZGUT)
- Zahlungssatz Ambulante Operation (ZAAO)
- Sammelrechnungen (SAMU)
- Verlängerungsanzeige (VERL)
- N3.5 - Krankenkasseninformation (KAIN)
- Information Krankenhaus (INKA)
- A1 - Krankenhausinformation (KHIN)
- Krankenkassenantwort (KANT)

6.10 Sonderregelung Nr. 10: Testverfahren

DGUV, SVLFG und DKG haben sich auf Umsetzungshinweise zum Datenaustausch verständigt und veröffentlicht. Diese Hinweise enthalten auch Regelungen zum Testverfahren sowie Beispieldatensätze und werden bei Bedarf fortgeschrieben.

6.11 Sonderregelung Nr. 11: Datenannahmestelle

Annahme- und Vorprüfstelle (mit Entschlüsselungsberechtigung) für die Datenübermittlung gemäß dieser Vereinbarung ist die

BITMARCK SERVICE GMBH Lindenallee 6-8, 45127 Essen

6.12 Sonderregelung Nr. 12: Übermittlung der Krankenversicherтенnummer

Die Übermittlung einer Krankenversicherтенnummer im Segment INV ist nicht zulässig.

6.13 Sonderregelung Nr. 13: Übermittlung des zuständigen Kostenträgers

- N2.2 Bei Feststellung der Nichtzuständigkeit des ursprünglich vom Krankenhaus angenommenen UV-Trägers übermittelt dieser den für die Abrechnung des Behandlungsfalls zuständigen UV-Träger (IK des Kostenträgers) an das Krankenhaus. Hierzu wird der Aufnahmesatz ergänzt um ein FHL-Segment an das Krankenhaus zurückgesendet. Als Fehlercode wird „34U15 („Der angegebene Kostenträger ist nicht zuständig. Zuständiger Kostenträger wird angegeben.“) übermittelt. Die Angabe des zuständigen Kostenträgers erfolgt im Feld „Text“ des FHL-Segmentes (FHL-4) nach folgender Formatvorgabe:

„UV-Träger nicht zuständig. IK des zuständigen UV-Trägers: [IK des UV-Trägers]“

N2.3 **6.14 Sonderregelung Nr. 14: Angabe im Feld „Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme“**

Die Kennzeichnung eines Behandlungsfalls als „Notfall“ im Aufnahmesatz ist gemäß Sonderregelung 2 ausgeschlossen. Die Angabe im Feld „Veranlassende Stelle bei Notfallaufnahme“ im Aufnahmesatz ist jedoch generell möglich.

A1 **6.15 Sonderregelung Nr. 15: Abrechnung eines einheitlichen Entlassungsberichts**

Zur Abrechnung der Berichtsgebühr entsprechend der Ergänzungsvereinbarung zur Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung vom 21.02.2018 ist ab 1.7.2018 der folgende Entgeltschlüssel zu verwenden:

A2 47XXXXXX³ Zuschlag Berichtsgebühr gem. Ergänzungsvereinbarung vom 21.2.2018

³ Die Bezeichnung „47XXXXXX“ ist endgültig und enthält keine „Platzhalter“

6.16 Sonderregelung Nr. 15: Fehlercodes

Allgemeine Fehler der Prüfstufen 1 bis 3

Die Nutzung der nicht näher spezifizierten Fehler 14999, 24999 und 34999 ist nicht zulässig.

Spezifische Fehler der Prüfstufe 2 und 3

A2

Fehlercode	Bezeichnung
24U01	Nachrichtenversion < 12 unzulässig.
24U02	Nach NAD folgt nicht STA
34U01	Der Unfalltag ist nicht angegeben oder entspricht nicht dem Format JJJJMMTT oder die Angabe „BK“ fehlt.
34U02	Aufnahmegrund entspricht in der 1. und 2. Stelle nicht „01“, „02“, „03“, „04“ oder „05“.
34U03	Aufnahmegrund entspricht an der 3. und 4. Stelle nicht „02“.
34U04	Entlassungs-/Verlegungsgrund „059“ nicht zulässig.
34U05	Verarbeitungskennzeichen entspricht nicht „10“, „20“, „30“ bis „34“, „40“ oder „41“.
34U06	Übermittlung ambulanter Entgelte im UV-Verfahren nicht zulässig.
34U07	Angaben zu Versichertennummer, Gültigkeit der Krankenversicherungskarte, Versichertenart, Besonderer Personenkreis, DMP-Teilnahme im UV-Verfahren nicht zulässig.
34U08	Zuzahlungskennzeichen entspricht nicht „1“.
34U09	Prüfungsvermerk entspricht nicht „01“, „02“, „03“, „04“, „05“ oder „07“.
34U10	Nachrichtentyp AMBO nicht zulässig.
34U11	Nachrichtentyp ZGUT nicht zulässig.
34U12	Nachrichtentyp ZAAO nicht zulässig.
34U13	Nachrichtentyp SAMU nicht zulässig.
34U14	Nachrichtentyp VERL nicht zulässig.
34U15	UV-Träger nicht zuständig. IK des zuständigen UV-Trägers: [IK des UV-Trägers] ⁴
34U16	Nachrichtentyp KHIN nicht zulässig.

N3.4

A2

⁴ Redaktionelle Änderung der Bezeichnung vereinbart ab 1.1.2017

34U17	Nachrichtentyp INKA nicht zulässig.
34U18	Nachrichtentyp KAIN nicht zulässig.
34U19	Nachrichtentyp KANT nicht zulässig.

A2

Fehlermeldungen, die sich im § 301-Verfahren ausschließlich auf Nachrichtenarten, Segmente oder Vorgänge beziehen, die durch Sonderregelungen ausgeschlossen sind, entfallen in der Anwendung.

7 Anlagen

7.1 Beispieldatensätze

Das Datenaustauschverfahren gemäß der Vereinbarung zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unfallversicherungsträgern bei stationären Krankenhausleistungen weicht in begrenztem Umfang vom Verfahren nach § 301 Abs. 3 SGB V ab (Sonderregelungen).

Mit den folgenden Beispielfällen sollen die wesentlichsten Sonderregelungen dargestellt werden, es erfolgt daher nur eine auszugsweise Darstellung der wesentlichen Nachrichten und Segmente.

UV-Beispiel 1: DRG mit Verlegungsabschlag (Arbeitsunfall)

UV-Beispiel 2: DRG (Berufskrankheit)

UV-Beispiel 3: DRG mit Fallabgabe und bereits gestellten Zwischenrechnungen

7.1.1 DRG mit Verlegungsabschlag (Arbeitsunfall)

A1

Die Verwendung landesspezifischer Bezugsgrößen (LBFW etc.) erfolgt in Anlehnung an die Entgelthöhen am Abrechnungsort Berlin.

A2

Falldaten

Fachabteilung:	Unfallchirurgie 1600
Unfalltag:	02.01.2019 (Pflichtangabe im Vertragskennzeichen)
Aufnahmetag:	02.01.2019
Operationstag:	06.01.2019
Verlegungstag:	14.01.2019
Keine Zuzahlung (UV)	

DRG-Daten

DRG I09E	Bewertungsrelation	4,214
Verlegungsabschlag:	Bewertungsrelation/Tag	0,117
OGVD:	25 Tage (1. Tag mit Zuschlag: 26)	
UGVD:	5 Tage (1. Tag mit Abschlag: 4)	
mVWD:	14,0 Tage	

Abrechnung/Entgeltschlüssel

DRG I09E	7010I09E	14.889,49 €
Verlegungsabschlag (2 Tage á 413,30 €)	7210I09E	- 826,60 €
Ausbildungszuschlag	75111002	87,86 €
QS-Zuschlag	46011000	0,74€
G-BA Zuschlag	47100001	1,82 €
Pflegezuschlag	47100024	45,22 € ⁵
DRG-Systemzuschlag	48000001	1,59 €
<i>Rechnungssumme</i>		<i>14.200,12€</i>

⁵ Da der Pflegezuschlag krankenhaushausindividuell vereinbart wird, wurde hier ein frei gewählter Beispielwert verwendet

Aufnahmesatz

UNH+00001+AUFN:15:000:00'
 FKT+10+01+260510223+121192388'
 INV++++++1234567++++20190102'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 DPV+2019'
 AUF+20190102+1557+0102+1600+20190131+++260510984'
 EAD+S22.05+S21.84!
 EAD+S22.06'
 EAD+S22.04'
 UNT+10+00001'

Kostenübernahme (automatisiert)

UNH+00001+KOUB:15:000:00'
 FKT+10+01+121192388+260510223'
 INV++++++1234567++++20190102'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 KOS+20190103+01+20190102'
 UNT+6+00001'

Entlassungsanzeige

UNH+00001+ENTL:15:000:00'
 FKT+10+01+260510223+121192388'
 INV++++++1234567++++20190102'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 STA+779999999+99991231+2359'
 DPV+2019+2019'
 DAU+20190102+20190114'
 ETL+20190114+1100+069+1600+S22.05+S21.84!
 NDG+Z22.3+U80.00!
 NDG+S22.04'
 NDG+S22.06'
 FAB+1600+++++20190106+583b53'
 FAB+1600+++++20190106+503102'
 FAB+1600+++++20190108+3203'
 FAB+1600+++++20190102+898711'
 UNT+16+00001'

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:15:000:00'
FKT+10+01+260510223+121192388'
INV++++++1234567++++20190102'
NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
STA+779999999+99991231+2359'
CUX+EUR'
REC+12345+20190125+52+20190102+14200,12+12110001'
ZLG+0,00+1'
FAB+1600'
ENT+7010I09E+14889,49+20190102+20190113+1'
ENT+7210I09E+413,30+20190102+20190113+2'
ENT+46011000+0,74+20190102+20190113+1'
ENT+47100001+1,82+20190102+20190113+1'
ENT+48000001+1,59+20190102+20190113+1'
ENT+75111002+87,86+20190102+20190113+1'
ENT+47100024+45,22+20190102+20190113+1'
UNT+17+00001'

A1 **7.1.2 DRG (Berufskrankheit)**

A2 Die Verwendung landesspezifischer Bezugsgrößen (LBFW etc.) erfolgt in Anlehnung an die Entgelthöhen am Abrechnungsort Berlin.

Falldaten

Fachabteilung:	Innere Medizin 0100
Unfalltag:	BK (Pflichtangabe im Feld Vertragskennzeichen)
Aufnahmetag:	02.01.2019
Entlassungstag:	10.01.2019
Keine Zuzahlung (UV)	

DRG-Daten

DRG E74Z	Bewertungsrelation 0,802
OGVD:	14 Tage (1. Tag mit Zuschlag: 15)
UGVD:	2 Tage (1. Tag mit Abschlag: 1)

Abrechnung/Entgeltschlüssel

DRG E74Z	7010E74Z,	2.833,07 €
Ausbildungszuschlag	75111002,	87,86 €
QS-Zuschlag	46011000,	0,74 €
G-BA Zuschlag	47100001,	1,82 €
DRG-Systemzuschlag	48000001,	1,59 €
Pflegezuschlag	47100024	45,22 € ⁶
<i>Rechnungssumme</i>		<i>2.970,30 €</i>

Aufnahmesatz

N3.1 UNH+00001+AUFN:15:000:00'
 FKT+10+01+260510223+121192388'
 INV++++++7654321++++BK'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 DPV+2019'
 AUF+20190102+1258+0102+0100+20190131+755708201+648011500'
 EAD+R53'
 UNT+8+00001'

Kostenübernahme (automatisiert)

N3.1

⁶ Da der Pflegezuschlag krankenhausindividuell vereinbart wird, wurde hier ein frei gewählter Beispielwert verwendet

UNH+00001+KOUB:15:000:00'
 FKT+10+01+121192388+260510223'
 INV++++++7654321++++BK'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 KOS+20190104+01+20190102'
 UNT+6+00001'

Entlassungsanzeige

N3.1 UNH+00001+ENTL:15:000:00'
 FKT+10+01+260510223+121192388'
 INV++++++7654321++++BK'
 NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'
 STA+779999999+99991231+2359'
 DPV+2019+2019'
 DAU+20190102+20190110'
 ETL+20190110+1405+019+0100+J67.0'
 NDG+J96.00'
 NDG+J43.9'
 NDG+I10.00'
 NDG+J98.4'
 NDG+G47.0'
 FAB+0100+++++20190102+1710'
 FAB+0100+++++20190103+1710'
 FAB+0100+++++20190104+1790'
 FAB+0100+++++20190106+1710'
 FAB+0100+++++20190107+1711'
 FAB+1600+++++20190108+1711'
 FAB+1600+++++20190109+3222'
 UNT+21+00001'

Rechnungssatz

UNH+00001+RECH:15:000:00'

FKT+10+01+260510223+121192388'

INV+++++++7654321++++BK'

NAD+Mustermann+Max+m+20000101+Musterstraße 4+12345+Musterhausen'

STA+779999999+99991231+2359'

CUX+EUR'

REC+654321+20190205+52+20190102+2970,30'

ZLG+0,00+1'

FAB+0100'

ENT+7010E74Z+2833,07+20190102+20190109+1'

ENT+46011000+0,74+20190102+20190109+1'

ENT+47100001+1,82+20190102+20190109+1'

ENT+48000001+1,59+20190102+20190109+1'

ENT+75111002+87,86+20190102+20190109+1'

ENT+47100024+45,22+20190102+20190109+1'

UNT+16+00001'

A1 **7.1.3 DRG mit Zwischenrechnung und Fallabgabe (Arbeitsunfall)**
(Übersicht der zu übermittelnden Nachrichten)

A2 Im Rahmen der Verhandlungen zu den gemeinsamen Umsetzungshinweisen zwischen DKG und UV-Trägern wurde die Fallabgabe bei Nicht-Zuständigkeit gesondert betrachtet. Fälle, in denen die Meldung über die Nicht-Zuständigkeit ggf. vor der ersten Zwischenrechnung bzw. vor der Schlussrechnung eintrifft, können regulär über Fallstorno abgebildet werden.

Wird die Nichtzuständigkeit erst nach Zahlung der Schlussrechnung vom UV-Träger erkannt, erfolgt keine Information an das Krankenhaus. Der notwendige Ausgleich erfolgt intern zwischen den UV-Trägern.

Einen Sonderfall bildet die Konstellation, bei der die Mitteilung über die Nichtzuständigkeit das Krankenhaus nach bereits gestellten Zwischenrechnungen, aber noch vor der Schlussrechnung erreicht. Nachfolgend werden die wesentlichen in diesem Fall zu übermittelnden Nachrichten dargestellt. Auf die detaillierte EDIFACT-Darstellung der einzelnen Nachrichten und Segmente wird verzichtet.

Die Verwendung landesspezifischer Bezugsgrößen (LBFW etc.) erfolgt in Anlehnung an die Entgelthöhen am Abrechnungsort Berlin.

Falldaten

Fachabteilung:	Unfallchirurgie 1600
Unfalltag:	02.01.2019 (Pflichtangabe im Feld Vertragskennzeichen)
Aufnahmetag:	02.01.2019
Operationstag:	06.01.2019
Entlassungstag:	05.02.2019
Zwischenrechnung:	12.01.2019
Zwischenrechnung:	20.01.2019
Mitteilung Nichtzuständigkeit:	22.01.2019
Zwischenrechnung:	24.01.2019
Schlussrechnung:	08.02.2019
Keine Zuzahlung (UV)	

DRG-Daten

DRG I09A	Bewertungsrelation 6,976
OGVD:	43 Tage (1. Tag mit Zuschlag: 44)
UGVD:	7 Tage (1. Tag mit Abschlag: 6)

Abrechnung/Entgeltschlüssel

DRG I09A	7010I09A,	24.642,72 €
Ausbildungszuschlag	75111002,	87,86 €
QS-Zuschlag	46011000,	0,74 €

G-BA Zuschlag	47100001,	1,82 €
DRG-Systemzuschlag	48000001,	1,59 €
Pflegezuschlag	47100024	45,22 € ⁷
<hr/>		
<i>Rechnungssumme</i>		24.779,95 €

Entsprechend § 9 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung vom 5.12.2012 ist das Krankenhaus berechtigt, ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts Zwischenrechnungen zu erstellen und angemessene Abschlagszahlungen zu verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Vergütung orientiert.

Im Beispiel wird davon ausgegangen, dass bei einer angenommenen DRG I09A und der am 5. Tag erbrachten Operationsleistung dem initialen UV-Träger folgende Zwischenrechnungsbeträge in Rechnung gestellt wurden:

1. *Zwischenrechnung an **initialen** UV-Träger am 12.01.2019 (Rechnungsart 09)*

Rechnungsbetrag 70888888, 5.000,00 EUR

2. *Zwischenrechnung an **initialen** UV-Träger am 20.01.2019 (Rechnungsart 09)*

Rechnungsbetrag 70888888, 4.000,00 EUR

Die Mitteilung über die Nicht-Zuständigkeit des initialen UV-Trägers erreicht das Krankenhaus am 22.01.2019.

Das Krankenhaus storniert gegenüber dem initialen UV-Träger den gesamten Krankenhausfall mit einer erneuten Aufnahmeanzeige (AUFN) und dem Verarbeitungskennzeichen „33“ („Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend“). Damit werden neben dem Fall auch sämtliche Zwischenrechnungen storniert.

Im Rahmen der Fallabgabe erhält der für die Übernahme der Behandlungskosten als zuständig ermittelte UV-Träger vom initialen UV-Träger neben den Fallinformationen auch Informationen über bereits an das Krankenhaus geleistete Zahlungen. Es erfolgt keine Rücküberweisung bereits erhaltener Zahlungen durch das Krankenhaus. Der stornierte Fall wird dem zuständigen UV-Träger übermittelt. Der zuständige UV-Träger verrechnet bereits geleistete Zahlungen des initialen UV-Trägers. Das Krankenhaus muss seinerseits dafür Sorge tragen, dass bereits erhaltene Zahlungen auf den neuen Fall umgebucht werden. Im Falle einer Überzahlung durch den zuständigen UV-Träger hat das Krankenhaus den zu viel erhaltenen Betrag umgehend an den UV-Träger zurück zu überweisen.

*Aufnahmesatz am 24.01.2019 an **initialen** UV-Träger*

Fallstorno Verarbeitungskennzeichen 33

⁷ Da der Pflegezuschlag krankenhauses individuell vereinbart wird, wurde hier ein frei gewählter Beispielwert verwendet

Aufnahmesatz (VKZ „10“) am 24.01.2019 an **zuständigen** UV-Träger

Normalfall Verarbeitungskennzeichen 10

Die in den (stornierten) Zwischenrechnungen an den initialen UV-Träger in Rechnung gestellten Zwischenrechnungsbeträge werden zzgl. eines inzwischen erneut aufgelauenen Zwischenrechnungsbetrags für den Zeitraum ab Aufnahmetag bis zum Tag der Rechnungslegung an den zuständigen UV-Träger übermittelt:

1. *Zwischenrechnung an **zuständigen** UV-Träger am 24.01.2019 (Rechnungsart 09)*

Rechnungsbetrag 70888888, 13.000,00 EUR

Der Rechnungsbetrag umfasst sowohl die bereits an den initialen UV-Träger in Rechnung gestellten Beträge i.H.v. insgesamt 9.000 € (unabhängig vom tatsächlichen Zahlungseingang), die durch das Krankenhaus über Fallstorno faktisch storniert wurden als auch einen dritten Teilzahlungsbetrag i.H.v. weiteren 4.000 €. Der zuständige UV-Träger überweist in Abhängigkeit von den Informationen des initialen UV-Trägers über ggf. bereits geleistete Teilzahlungen den Gesamtbetrag oder ggf. den Restbetrag unter interner Verrechnung der dem Krankenhaus bereits geleisteten Teilzahlungen.

Nach Entlassung am 5.2.2019 wird am 6.2.2019 die Entlassungsanzeige versandt.

Im Rahmen der Schlussrechnung wird der gesamte Rechnungsbetrag für die Behandlung in voller Höhe in Rechnung gestellt. Teilzahlungen sind vorher durch Gutschrift zu stornieren. Der zuständige UV-Träger verrechnet die Gutschrift der geleisteten Teilzahlungen und begleicht die Schlussrechnung mit dem Restbetrag von 11.779,95€ abweichend vom eigentlichen Rechnungsbetrag der Schlussrechnung

*Schlussrechnung an **zuständigen** UV-Träger am 08.02.2019 (Rechnungsart 02)*

Rechnungsbetrag:

Rechnungssumme inkl. der Zuschläge 24.779,95 €

Hat das Krankenhaus für übermittelte Zwischenrechnungen von dem initialen UV-Träger bereits Zahlungen erhalten, müssen diese Zahlungen nicht zurückgebucht, sondern intern auf den neuen Fall gebucht werden. Der zuständige UV-Träger erhält die Information über die bereits geleisteten Zahlungen im Rahmen der Fallabgabe und wird diese Zahlungen entweder bereits bei Ausgleich der Zwischenrechnung oder mit der Schlussrechnung verrechnen.

7.2 DTA-Vereinbarung vom 11.3.2014

Als Anhang angefügt.

7.3 Rahmenvereinbarung vom 5.12.2012

Als Anhang angefügt.

7.4 Ergänzungsvereinbarung vom 21.2.2018

Als Anhang angefügt.

7.2 DTA-Vereinbarung vom 11.3.2014

Vereinbarung zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unfallversicherungsträgern bei stationären Krankenhausleistungen

zwischen

**der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV),
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft
und der
Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**

**in Verbindung mit
§ 12 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung vom 5.12.2012
über die Behandlung von Versicherten
der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung**

Präambel

In der Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, gültig ab 01.01.2013, haben die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ihre Absicht erklärt, „bis zum 31.12.2013 eine gesonderte Vereinbarung über einen elektronischen Datenaustausch und die Tragung der den Krankenhäusern hierdurch entstehenden Kosten zu schließen“.

§ 1 Teilnahme

- (1) Die DGUV schließt diese Rahmenvereinbarung mit unmittelbarer Rechtswirkung für ihre Mitglieder. Die SVLFG schließt sie für alle Regionen der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft (LBG).
- (2) Krankenhäuser nehmen an dem Verfahren teil, wenn und so lange sie der Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (s. Präambel) beigetreten sind oder sich durch Beitrittserklärung an die DKG dieser Rahmenvereinbarung gesondert anschließen. Der Beitritt kann mit einer Frist von 6 Wochen widerrufen werden. Die DKG unterrichtet die DGUV über Name und Anschrift beigetretener der Krankenhäuser.
- (3) Die DKG setzt sich für eine möglichst vollständige Teilnahme der Krankenhäuser an dem Verfahren ein.

§ 2 Datenaustausch

Für den elektronischen Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unfallversicherungsträgern zur Abrechnung stationärer Behandlungen gelten, soweit in der Anlage „Sonderregelungen“ nichts Abweichendes oder Ergänzendes geregelt ist, die Festlegungen für stationäre Behandlungsfälle der Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband in jeweils gültiger Fassung unmittelbar ohne Erfordernis einer ausdrücklichen Fortschreibung. Änderungen, die den Bereich der Unfallversicherung betreffen, werden als Ergänzung der Sonderregelungen geführt.

§ 3 Fristen für die Datenübertragung

- (1) Der Aufnahmesatz wird spätestens 3 Arbeitstage (Montag bis Freitag) nach Aufnahme an die von der DGUV/SVLFG bestimmte Datenannahmestelle übermittelt.
- (2) Die Datenannahmestelle übermittelt mit der Nachricht KOUB eine Empfangsbestätigung spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang des Aufnahmesatzes an das jeweilige Krankenhaus oder die vom Krankenhaus benannten Stelle.
- (3) Die Entlassungsanzeige soll innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Entlassung oder der Verlegung an die Datenannahmestelle übermittelt werden. Sie ist spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

§ 4 Verarbeitung

Vereinbarung zum Datenaustausch zwischen Krankenhäusern und Unfallversicherungsträgern bei stationären Krankenhausleistungen vom 11.03.2014

- (1) Nicht zurückgewiesene Datensätze werden unverzüglich verarbeitet.
- (2) Eine Verarbeitung zu anderen Zwecken als zur Erbringung und Abwicklung von Krankenhausbehandlung ist unzulässig. Eine Verarbeitung aufgrund und im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen bleibt hiervon unberührt.

§ 5 Datenschutz

Die Übertragung und Verarbeitung der Daten erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz.

§ 6 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt am Tag der Unterzeichnung in Kraft.
- (2) Die Vereinbarung kann von jeder Partei mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (3) Die Datenübertragung beginnt zum 15. Januar 2015, soweit die Datenannahmestelle die Betriebsbereitschaft erklärt hat.

Berlin, Kassel, den 11.03.2014

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Anlage: Sonderregelungen

Sonderregelung Nr. 1: Unfalltag als Muss-Angabe in INV

Im Segment INV (Information Versicherter) wird der Unfalltag als Muss-Angabe im Format „JJJJMMTT“ festgelegt.

Der Unfalltag wird im Datenelement „Vertragskennzeichen“ (an..25) übermittelt.

Sonderregelung Nr. 2: angepasster Schlüssel 1 (Aufnahmegrund)

In Schlüssel 1 (Aufnahmegrund) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. und 2. Stelle:

- 01 Krankenhausbehandlung, vollstationär
- 02 Krankenhausbehandlung vollstationär mit vorausgegangener vorstationärer Behandlung
- 03 Krankenhausbehandlung, teilstationär
- 04 Vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung
- 05 stationäre Entbindung

3. und 4. Stelle:

- 02 Arbeitsunfall/Wegeunfall
- BK Berufskrankheit

Sonderregelung Nr. 3 : angepasster Schlüssel 5 (Entlassungs-/Verlegungsgrund)

In Schlüssel 5 (Entlassungs-/Verlegungsgrund) ist folgende Ausprägung aufgehoben:

1. und 2. Stelle:

- 05 Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

Sonderregelung Nr. 4: angepasster Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme)

In Schlüssel 8 (Merkmal Kostenübernahme) ist nur folgende Ausprägung erlaubt:

1. und 2. Stelle: 01 (Kostenübernahme) Empfangsbestätigung

Mit „01“ wird lediglich der Eingang des Aufnahmesatzes bestätigt, entsprechend wird als „Datum der Kostenübernahme“ das Datum der Empfangsbestätigung angegeben.

3. und 4. Stelle: leer

Sonderregelung Nr. 5: angepasster Schlüssel 9 (Verarbeitungskennzeichen)

In Schlüssel 9 (Verarbeitungskennzeichen) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

- 10 Normalfall
- 20 Änderung
- 30 Fallstorno (durch Krankenhaus, nur über AUFN)
 - 31 KH-internes Kennzeichen des Versicherten falsch
 - 32 IK des Krankenhauses fehlerhaft
 - 33 Kostenträgerzuordnung nicht zutreffend
 - 34 Softwarefehler
- 40 Storno einer Entlassungsanzeige
- 41 Storno einer Entlassungsanzeige wegen Rückverlegung oder Wiederaufnahme

Sonderregelung Nr. 6: angepasster Schlüssel 10 (Prüfungsvermerk)

In Schlüssel 10 (Prüfungsvermerk) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. und 2. Stelle:

- 01 Rechnungsbetrag wird angewiesen
- 02 Rechnung wird zur Zeit geprüft (Zahlung/Abweisung erfolgt unverzüglich)
- 03 Rechnung wurde bereits bezahlt
- 04 Unfallversicherungsträger ist nicht Kostenträger
- 05 Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen
- 07 Es handelt sich um einen BVG-Fall, einen Grenzgänger oder einen Auslands-Versicherten oder einen sonstigen Regressfall. Rechnung bitte zusätzlich in Papierform.

Hinweis:

- 04, gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen keine Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers besteht.
- 05 gelangt für Fälle zur Anwendung, bei denen der Unfallversicherungsträger im Rahmen der Gesetzlage, des Landesvertrages und aktueller Rechtsprechung eine vom Rechnungsbetrag abweichende Zahlung vornimmt sowie für Fälle, in denen die Rechnung anerkannt wird und eine Kürzung auf Grund eines (gesetzlichen) Abschlags erfolgt.

Sonderregelung Nr. 7: angepasster Schlüssel 11 (Rechnungsart)

In Schlüssel 11 (Rechnungsart) sind nur folgende Ausprägungen erlaubt:

1. Stelle:

- 0 Zahlungssatz wird nicht angefordert
- 5 Zahlungssatz wird angefordert (nicht bei 2. Stelle 4 bis 8)

2. Stelle:

- 1 Zwischenrechnung
- 2 Schlussrechnung
- 3 Nachtragsrechnung
- 4 Gutschrift/Stornierung
- 9 Vorausberechnung nach § 11 Abs. 3 Satz 1 BPfIV bzw. § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG

Sonderregelung Nr. 8: ausgeschlossene Schlüssel

Wird im Segment FKT (Funktion) das Institutionskennzeichen eines Unfallversicherungsträgers als IK des Empfängers übermittelt, dürfen aus dem Schlüsselverzeichnis (Anlage 2) folgende Schlüssel nicht übermittelt werden:

- Schlüssel 2: Durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen
- Schlüssel 3: Einzelvergütung Ambulante Operation, Erläuterung
- Schlüssel 4: Teil II: Entgeltart ambulant
- Schlüssel 12: Versichertenstatus
- Schlüssel 15: Zuzahlungskennzeichen (Schlüssel „2“ – „9“)
- Schlüssel 17: Diagnosesicherheit
- Schlüssel 19: Zusatzkennzeichen EBM
- Schlüssel 20: EBM-Ziffern
- Schlüssel 22: Leistungsbereich (116b SGB V)
- Schlüssel 23: PIA-Leistung
- Schlüssel 24: Leistungsart (PIA)

Sonderregelung Nr. 9: Ausgeschlossene Nachrichten

Folgende Nachrichten sind ausgeschlossen:

- Rechnungssatz ambulante Operation
- Zuzahlungsgutschrift/ -rückforderung
- Zahlungssatz Ambulante Operation
- Sammelrechnungen

Sonderregelung Nr. 10: Testverfahren

Über Einzelheiten des Testverfahrens verständigen sich DGUV, SVLFG und DKG gesondert.

Rahmenvereinbarung
über die Behandlung von Versicherten
der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung

zwischen

der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung - DGUV e.V., Berlin

und

dem Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - LSV-SpV, Kassel¹⁾

einerseits

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft - DKG e.V., Berlin

Präambel

Mit Urteil vom 12.01.2010 – Az.: B 2 U 28/08 R – hat das Bundessozialgericht (BSG) festgestellt, dass ein Vertragsverhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung als Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses für erbrachte Behandlungen nicht besteht. In Ermangelung auch anderer Rechtsgrundlagen richte sich die Vergütung des Krankenhauses durch den Unfallversicherungsträger letztlich nach den zivilrechtlichen Regelungen über die Geschäftsführung ohne Auftrag nach den §§ 677 ff. BGB. Diese Rahmenvereinbarung verfolgt das Ziel, den Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern eine neue Grundlage zu verschaffen.

¹⁾ Die durch diesen Vertrag begründeten Rechte und Pflichten gehen zum 01.01.2013 auf die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft über.

§ 1

Geltungsbereich

- (1) Diese Rahmenvereinbarung gilt für die Krankenhausbehandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungsträger). Sie regelt die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.
- (2) Die DGUV und der LSV-SpV schließen diese Rahmenvereinbarung mit unmittelbarer Rechtswirkung für ihre Mitglieder.
- (3) Die Rahmenvereinbarung gilt für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, die ihr beigetreten sind. Die Erklärung des Beitritts erfolgt schriftlich gegenüber der DKG unter Verwendung des als **Anlage** beigefügten Musters. Der Beitritt kann mit einer Frist von 6 Wochen schriftlich widerrufen werden. Die DKG stellt der DGUV stets eine aktuelle Aufstellung der beigetretenen Krankenhäuser zur Verfügung.

§ 2

Sachleistungsanspruch der Versicherten

Versicherte der Unfallversicherungsträger haben bei Vorliegen eines Versicherungsfalles nach dem dritten Abschnitt des ersten Kapitels des SGB VII gemäß § 33 SGB VII Anspruch auf Behandlung in einem Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel anders nicht erreicht werden kann. Nach § 26 Absatz 2 SGB VII haben die Unfallversicherungsträger die Heilbehandlung mit allen geeigneten Mitteln sicher zu stellen.

§ 3

Voraussetzungen der Krankenhausbehandlung

- (1) Krankenhäuser gewähren im Rahmen ihres Versorgungsauftrages ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen von einem Arzt wegen der Folgen eines Versicherungsfalles nach § 2 in Kenntnis dessen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers verordnet bzw. veranlasst wird. Bei Vor-

liegen eines Arbeitsunfalls kann die Krankenhausbehandlung nach § 24 Absatz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger auch von einem am Krankenhaus tätigen Durchgangsarzt veranlasst werden. Dieser prüft, ob die Behandlung nach den Grundsätzen der Unfallversicherungsträger zum ambulanten Operieren als ambulante Leistung erbracht werden kann, ohne dass hierdurch der Erfolg der Behandlung gefährdet wird. Gegebenenfalls kann die Behandlung nach Entscheidung des Durchgangsarztes ambulant am Krankenhaus durchgeführt werden.

- (2) Abweichend von Absatz 1 können Versicherte im Notfall auch ohne ärztliche Verordnung bzw. Veranlassung ambulant oder stationär behandelt werden. Soweit ein Arbeitsunfall vorliegt, dies dem Krankenhaus bekannt ist und ein Krankenhaus, welches von den Landesverbänden der DGUV am stationären Durchgangsarztverfahren (DAV) beteiligt ist¹, wegen der Eilbedürftigkeit nicht erreicht werden kann, ist zur stationären Behandlung unverzüglich ein Durchgangsarzt hinzuzuziehen. In Fällen der ambulanten Behandlung ist der Versicherte vom behandelnden Krankenhaus nach der Erstversorgung an einen Durchgangsarzt zu verweisen.
- (3) Abweichend von Absatz 1 kann der Versicherte vom Krankenhaus auch ohne ärztliche Verordnung bzw. Veranlassung behandelt werden, wenn die Unfallverletzung weder über den Unfalltag hinaus zu Arbeitsunfähigkeit führt, noch die Behandlungsbedürftigkeit voraussichtlich mehr als eine Woche beträgt (vgl. § 26 Absatz 1 Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger).
- (4) In den Fällen der Absätze 1 bis 3 richtet sich der Vergütungsanspruch gegen den Unfallversicherungsträger, zu dessen Lasten die Krankenhausbehandlung eingeleitet wurde bzw. der für den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit zuständig ist.

¹ Bis zum 31.12.2017 gelten alle Krankenhäuser, an denen ein Durchgangsarzt tätig ist, als am stationären DAV beteiligt.

§ 4

Verlegungspflichten bei Arbeitsunfällen

- (1) Durch einen Arbeitsunfall Verletzte dürfen in Krankenhäusern, welche nicht am stationären DAV beteiligt sind, nur in Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit nach § 3 Absatz 2 und nur bis zum Eintritt der Transportfähigkeit sowie in den Fällen des § 3 Absatz 3 versorgt werden. Nach Eintritt der Transportfähigkeit sind die Krankenhäuser – ab positiver Kenntnis über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls – verpflichtet, die Versicherten unverzüglich an ein Krankenhaus, welches am stationären DAV beteiligt ist, zu verlegen. In Fällen der ambulanten Behandlung können Verletzte auch an einen Durchgangsarzt verwiesen werden (§ 3 Absatz 2 Satz 3). Das Krankenhaus ist zur Weiterbehandlung berechtigt, wenn eine Verlegung nicht möglich war oder der hinzugezogene Durchgangsarzt der Weiterbehandlung in dem Krankenhaus zugestimmt hat.
- (2) In Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (VAV) einschließlich zugehöriger Erläuterungen in der jeweils gültigen Fassung vorliegt, werden Verletzte – bei positiver Kenntnis über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls – nach Eintritt der Transportfähigkeit unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus verlegt. Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis gesondert gekennzeichneten Verletzung erfolgt die Verlegung nach Satz 1 in ein von den Landesverbänden der DGUV am Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) beteiligtes Krankenhaus. Ist fraglich, ob eine VAV- oder SAV-Verletzung vorliegt, sind Verletzte im Zweifel an ein an dem entsprechenden Verfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen.
- (3) Die durch die Verlegung nach den Absätzen 1 und 2 entstehenden Transportkosten werden vom nach § 3 Absatz 4 zuständigen Unfallversicherungsträger neben der Vergütung nach § 8 in vollem Umfang getragen, sofern sie dem Krankenhaus entstanden sind. Gleiches gilt für im Zusammenhang mit der Aufnahme und Entlassung von Versicherten entstandene Kosten.

§ 5

Meldung der Aufnahme und Entlassung

Das Krankenhaus zeigt die Aufnahme und Entlassung von Patienten, die zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers behandelt werden, unverzüglich dem zuständigen Unfallversicherungsträger an.

§ 6

Beurlaubung

- (1) Mit einer Krankenhausbehandlung von Versicherten der Unfallversicherungsträger ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.
- (2) Sofern dies medizinisch vertretbar ist, darf die Beurlaubung ausnahmsweise unter folgenden Voraussetzungen gewährt werden:
 1. zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder
 2. zur Stabilisierung des Behandlungserfolges.

Die Beurlaubung erfolgt durch den verantwortlichen Arzt.

- (3) Für Versicherte der Unfallversicherungsträger in psychiatrischen Einrichtungen oder Abteilungen sind im Einzelfall Beurlaubungen im Rahmen der Therapie möglich. Die Beurlaubung sollte generell einen Zeitraum von 8 Tagen nicht überschreiten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der verantwortliche Arzt.
- (4) Die Versicherten der Unfallversicherungsträger werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, derer sie entsprechend der fortlaufenden Therapie bedürfen. Die Kosten hierfür sind mit den Entgelten nach § 8 abgegolten.

- (5) Die durch eine notwendige Behandlung von beurlaubten Versicherten der Unfallversicherungsträger außerhalb des Krankenhauses entstehenden Behandlungskosten werden direkt zwischen dem Leistungserbringer und dem Unfallversicherungsträger abgerechnet.
- (6) Versicherte der Unfallversicherungsträger sind darauf hinzuweisen, dass aus Anlass der Beurlaubung aus persönlichen Gründen im Sinne des Absatz 2 Nr. 1 entstehende Kosten, insbesondere Krankentransport und Fahrtkosten, nicht zu Lasten des Krankenhauses oder des Unfallversicherungsträgers gehen.
- (7) Bei Abrechnung von tagesbezogenen Vergütungen werden vollständige Beurlaubungstage nicht vergütet. Der Tag des Urlaubsendes wird wie ein Wiederaufnahmetag als ein Berechnungstag vergütet. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, wird der Pflegesatz weiter berechnet. Bei der Abrechnung von Fallpauschalen bleiben vollständige Urlaubstage bei der Berechnung der Verweildauer außer Ansatz.

§ 7

Heil- und Hilfsmittel, Arzneimittel

- (1) Heil-, Hilfs- und Arzneimittel gehören zu den nach § 8 Absatz 1 vergüteten Krankenhausleistungen, soweit sie während der Krankenhausbehandlung benötigt werden.
- (2) Hilfsmittel, die vorrangig nach stationärer Behandlung im Krankenhaus notwendig sind, um die nahtlose Versorgung sicherzustellen bis Versicherte über Verordnungen des weiterbehandelnden Arztes versorgt werden können, sind den Versicherten bei der Entlassung mitzugeben. Satz 1 gilt auch bei der Beendigung der ambulanten Behandlung im Krankenhaus.
- (3) Die Kosten für nach Absatz 2 den Versicherten mitgegebene Hilfsmittel werden dem Krankenhaus von den Unfallversicherungsträgern gesondert vergütet. Die Vergütung erfolgt auf Grundlage des jeweiligen Einstandspreises für das betreffende Hilfsmittel.

§ 8

Vergütung

- (1) Die Vergütung und Abrechnung der Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind, erfolgt auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sowie der Fallpauschalenvereinbarung bzw. der vom Bundesministerium für Gesundheit nach § 17b Absatz 7 KHG erlassenen Rechtsverordnungen in der jeweils gültigen Fassung. Im Geltungsbereich des KHEntgG sind die Krankenhausleistungen nach Satz 1 mit den Entgelten gem. § 7 KHEntgG abzurechnen. Im Geltungsbereich der BPfIV sind die Krankenhausleistungen nach Satz 1 mit den tagegleichen Pflegesätzen gem. § 13 BPfIV abzurechnen.
- (2) Etwaige, aufgrund des in der gesetzlichen Unfallversicherung nach § 26 Absatz 2 SGB VII bestehenden höheren Versorgungsstandards, über Absatz 1 hinausgehende stationäre Leistungen und deren Vergütung sind in gesonderten Verträgen zwischen der DGUV und den betreffenden Krankenhäusern zu vereinbaren.
- (3) Ambulante Krankenhausleistungen nach § 3 werden gemäß der UV-GOÄ nach den Gebührensätzen der allgemeinen Heilbehandlung oder – soweit von einem Durchgangsarzt oder vom Unfallversicherungsträger vorher eingeleitet – nach den Gebührensätzen der besonderen Heilbehandlung zzgl. besonderer Kosten gemäß Spalte 4 BG-T und dessen allgemeinen Tarifbestimmungen vergütet.
- (4) In Fällen einer Verlegungspflicht nach § 4 bemisst sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem Zeitpunkt zu dem Versicherte verlegt wurden bzw. hätten verlegt werden müssen.

§ 9

Rechnungslegung, Zahlungsregelungen

- (1) Das Krankenhaus übersendet dem Unfallversicherungsträger nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung über die erbrachten Krankenhausleistungen nebst Ent-

lassungsbrief und ggf. Operationsbericht. Diese Rechnung ist innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen nach Satz 1 vom Unfallversicherungsträger zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Versendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, gilt der nachfolgende Arbeitstag als Fristende.

- (2) Erfolgt die Zahlung nicht innerhalb der Zahlungsfrist nach Absatz 1, kann das Krankenhaus Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß § 247 Absatz 1 BGB ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Werktag verlangen, ohne dass es einer Mahnung bedarf.
- (3) Ab dem achten Tag des Krankenhausaufenthalts kann das Krankenhaus ohne Angabe von Gründen Zwischenrechnungen erstellen und angemessene Abschlagszahlungen verlangen, deren Höhe sich an den bisher erbrachten Leistungen in Verbindung mit der Höhe der voraussichtlich zu zahlenden Vergütung orientiert. Für Abschlagszahlungen gilt das Zahlungsziel nach Absatz 1.

§ 10

Abrechnungsprüfung

- (1) Der Unfallversicherungsträger ist berechtigt, die sachliche und/oder rechnerische Richtigkeit der ordnungsgemäßen Rechnung des Krankenhauses zu prüfen. Die Prüfung ist binnen sechs Wochen nach Eingang der vollständigen Rechnungsunterlagen nach § 9 Absatz 1 Satz 1 beim Unfallversicherungsträger abzuschließen. Nach Ablauf dieser Frist ist der Unfallversicherungsträger nicht mehr zur Beanstandung der Rechnung berechtigt; gleichzeitig ist das Krankenhaus mit etwaigen Nachforderungen ausgeschlossen. Die Korrektur offensichtlicher Unrichtigkeiten bleibt hiervon unberührt.
- (2) Die Ausschlussfrist nach Absatz 1 gilt nicht, wenn Krankenhaus oder Unfallversicherungsträger in einzelnen Fällen einen schriftlichen Vorbehalt aussprechen. Dieser ist schriftlich zu begründen.

- (3) Weicht der vom Unfallversicherungsträger ermittelte Vergütungsanspruch vom Rechnungsbetrag des Krankenhauses ab, überweist der Unfallversicherungsträger innerhalb der Frist nach § 9 Absatz 1 den unstrittigen Rechnungsbetrag; etwaige Überzahlungen durch Zwischenrechnungen sind auszugleichen. Gleichzeitig begründet er gegenüber dem Krankenhaus die Rechnungskürzung. Bei Unstimmigkeiten über die Höhe des Vergütungsanspruches, die nicht ausgeräumt werden können, bleibt das Recht des Krankenhauses zur gerichtlichen Geltendmachung eines etwaigen weiteren Anspruches unberührt.

§ 11

Berichte und Bescheinigungen

- (1) Die Krankenhausärzte sind verpflichtet, den in stationärer Behandlung befindlichen Versicherten der Unfallversicherungsträger eine Bescheinigung über die voraussichtliche und tatsächliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage bei ihrem Arbeitgeber auszustellen.
- (2) Der Entlassungsbrief und der Operationsbericht sind mit der Vergütung der Krankenhausleistungen nach § 8 Absatz 1 abgegolten, sofern diese für den Unfallversicherungsträger, den Arbeitgeber der versicherten Person und den weiterbehandelnden Arzt im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben erforderlich sind.
- (3) Berichte, die vom behandelnden Arzt am Krankenhaus nach den Regelungen des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger erstattet oder vom Unfallversicherungsträger anfordert werden, werden nach den Gebührensätzen der UV-GOÄ (Nrn. 110 ff. UV-GOÄ) gesondert vergütet.

§ 12

Datenaustausch

- (1) Der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und Unfallversicherungsträger erfolgt zunächst in Papierform. Die Pflichten des am Krankenhaus tätigen Durchgangsarztes zur Teilnahme am elektronischen Datenaustausch bleiben davon unberührt.

- (2) Die Vertragspartner beabsichtigen, bis zum 31.12.2013 eine gesonderte Vereinbarung über einen elektronischen Datenaustausch und die Tragung der den Krankenhäusern hierdurch entstehenden Kosten zu schließen.

§ 13

Unterstützung des Durchgangsarztes

Soweit am Krankenhaus ein Durchgangsarzt tätig ist, unterstützt das Krankenhaus diesen bei der Erfüllung seiner Pflichten und Wahrnehmung seiner Aufgaben nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherung und nach den Anforderungen der Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung von Ärzten am Durchgangsarztverfahren in den jeweils gültigen Fassungen.

§ 14 Datenschutz

Bei der Weitergabe von Daten sind die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz zu beachten.

§ 15

Inkrafttreten, Geltungsdauer, Kündigung

- (1) Die Rahmenvereinbarung tritt am 01.01.2013 in Kraft. Die Pflicht zur Verlegung in ein zum Schwerstverletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus (§ 4 Absatz 2 Satz 2) gilt für stationäre Aufnahmen erst ab dem 01.01.2014.
- (2) Die Rahmenvereinbarung kann von jeder Partei mit einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.
- (3) Für den Fall der Kündigung erklären die Parteien ihre Bereitschaft, an der Verabschiedung einer neuen Rahmenvereinbarung mitzuwirken.

- (4) Ergeben sich aufgrund der gesetzlichen Vorschriften notwendige Änderungen in dieser Rahmenvereinbarung, können auf Verlangen einer Partei unabhängig von der im Absatz 2 genannten Frist notwendige Änderungen oder Ergänzungen vereinbart werden.
- (5) Mit Wirksamwerden der Kündigung der Rahmenvereinbarung nach Absatz 2 erlöschen auch die gemäß § 1 Absatz 3 durch Beitritt der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser zustande gekommenen Vereinbarungen zwischen den Krankenhäusern und der DGUV.

§ 16

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Rahmenvereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung dieser Schriftformklausel.

§ 17

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Rahmenvereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder weist diese Rahmenvereinbarung Regelungslücken auf, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Rahmenvereinbarung im Übrigen nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Parteien, anstelle der unwirksamen Bestimmung rückwirkend eine wirksame Bestimmung zu vereinbaren, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung möglichst nahe kommt. Im Falle einer Regelungslücke werden sie eine Bestimmung vereinbaren, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Rahmenvereinbarung vereinbart worden wäre, wenn die Regelungslücke bedacht worden wäre.

Unterschriften:

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV e.V.

Berlin, den

.....

Dr. Joachim Breuer

Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - LSV-SpV

Kassel, den

.....

i. A. Gerhard Zindel

Deutschen Krankenhausgesellschaft - DKG e.V.

Berlin, den

.....

**bitte im Original
postalisch an die DKG**

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Dezernat IV

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Stempel des Krankenhauses

Name des Krankenhauses:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Institutionskennzeichen (IK) des Krankenhauses:*

Beitritts- und Anerkenniserklärung

Hiermit erklären wir den Beitritt des o.g. Krankenhauses zur *Rahmenempfehlung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung*. Wir sind damit einverstanden, dass spätere Änderungen und Ergänzungen dieser Rahmenempfehlung uns gegenüber ohne weitere Anerkennung verbindlich werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Leitung des Krankenhauses

* Bei mehreren Betriebsstätten sind die Betriebsstätten mit den entsprechenden Institutionskennzeichen auf einem gesonderten Bogen anzugeben.

7.4 Ergänzungsvereinbarung vom 21.2.2018

Ergänzungsvereinbarung

zur

Rahmenvereinbarung

**über die Behandlung von Versicherten
der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung**

zwischen

der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung - DGUV e.V., Berlin

und

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG - als
Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft - LBG, Kassel

einerseits

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft - DKG e.V., Berlin

Präambel

Gemäß § 9 Absatz 1 der *Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Rahmenvereinbarung)* vom 05.12.2015*) ist das Krankenhaus verpflichtet, dem Unfallversicherungsträger nach Abschluss der Behandlung des Versicherten eine Rechnung über die erbrachte Krankenhausleistung nebst Entlassungsbrief und ggf. Operationsbericht zu übersenden. In Fällen der Behandlung von Arbeitsunfällen im Rahmen des Durchgangsarztverfahrens (DAV), Verletzungsartenverfahrens (VAV) oder Schwerstverletzungsartenverfahrens (SAV) wird der krankenhausespezifische Entlassungsbrief durch einen einheitlichen Entlassungsbericht ersetzt. Dessen Übersendung wird den Krankenhäusern von den Unfallversicherungsträgern über eine zusätzliche Berichtsgebühr in Höhe von 8,00 € vergütet.

§ 1

- (1) Nimmt das Krankenhaus am Durchgangsarztverfahren (DAV), Verletzungsartenverfahren (VAV) oder Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) teil, übersendet es dem zuständigen Unfallversicherungsträger in Fällen der Behandlung von Arbeitsunfallverletzten anstelle des Entlassungsbriefs nach § 9 Absatz 1 Rahmenvereinbarung den dieser Ergänzungsvereinbarung als **Anlage** beigefügten „*Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)*“. Die Übersendung erfolgt binnen 3 Werktagen nach der Entlassung des Versicherten.
- (2) Für die Übersendung des Entlassungsberichts nach Absatz 1 berechnet das Krankenhaus dem Unfallversicherungsträger im Rahmen der Rechnungslegung nach § 9 Absatz 1 Rahmenvereinbarung eine zusätzliche Berichtsgebühr in Höhe von 8,00 €. Die Zahlungsregelungen nach § 9 Rahmenvereinbarung gelten. Bei verspäteter Übersendung besteht kein Anspruch auf die Berichtsgebühr.
- (3) Die Übersendung des Entlassungsberichts zwischen Krankenhaus und Unfallversicherungsträger erfolgt zunächst postalisch, per Fax oder verschlüsselter Mail. Die Vertragspartner beabsichtigen jedoch, zeitnah die Implementierung des Entlassungsberichts sowie die Abrechnung der Berichtsgebühr nach Absatz 2 in den elektronischen Datenaustausch durch einen entsprechenden Nachtrag zu der Vereinbarung zum elektronischen Datenaustausch sicherzustellen.

*) Richtiges Datum: 05.12.2012

§ 2

Diese Vereinbarung tritt am 01.07.2018 in Kraft.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV e.V.



Dr. Joachim Breuer

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau - SVLFG



i. A. Dr. Marion Baierl

Deutschen Krankenhausgesellschaft - DKG e.V.



Entlassungsbericht aus stationärer Behandlung (DAV/VAV/SAV)

– UV-Träger –

Lfd. Nr.

Unfallversicherungsträger			Eingetroffen am		Uhrzeit
Name der versicherten Person	Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse	Familienversichert <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse	Name des Mitglieds
Vollständige Anschrift			Bei Pflegeunfall Pflegekasse der pflegebedürftigen Person		
Beschäftigt als	Seit		Telefon-Nr.	Staatsangehörigkeit	Geschlecht

Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Arbeitgebers, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person)

Unfalltag

Stationäre Behandlung vom

bis

Erstbehandlung

Folgebehandlung

Grund der stationären Folgebehandlung:

Entlassung nach Hause oder

Verlegung nach

, weil

(z. B. Probleme bei häuslicher Versorgung, Schwere der Verletzung)

1.1 Diagnose - **Freitext** -

(Bei Frakturen zwingend AO-Klassifikation angeben.)

1.2 Vom Unfall unabhängige gesundheitliche Beeinträchtigungen, die für die weitere Behandlung von Bedeutung sein können

1.3 Therapie

1.4 Unfallhergang/Anamnese

1.5 Beschwerden/Klagen bei Aufnahme

1.6 Aufnahmebefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)

1.7 Behandlungsverlauf während stationärer Behandlung (ggf. OP-Bericht beifügen)

1.8 Entlassungsbefunde (funktionell/Bildgebung/Labor, etc.)

1.9 Therapieempfehlungen (inklusive Medikation, ggf. weitere Diagnostik)

2 Sind Komplikationen oder Verzögerungen im Heilverlauf eingetreten?

Nein

Ja, welche?

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Unfalltag:	Lfd. Nr.
----------------	---------------	------------	----------

3 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vor?

Nein
 Ja
 VAV nach Ziffer
 SAV nach Ziffer

4 Weiterbehandlung erfolgt

durch mich
 durch andere Ärztin/anderen Arzt (auch Verlegung/Vorstellung), bitte Name und Anschrift angeben

5 Gibt es Hinweise für eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung?

Nein Ja, welche?
Wurden deshalb Maßnahmen veranlasst?
 Nein Ja, welche?

6 Sind Reha-Maßnahmen erforderlich (z. B. Physiotherapie, EAP, ABMR, BGSW)?

Nein Ja, ab _____, Wo? _____
Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

7 Sind besondere Maßnahmen (z. B. Arbeitshilfen, Schuhversorgung, Verordnung von Hilfsmitteln, Schulbeförderung) erforderlich?

Nein Ja, welche?
Wurden Verordnungen ausgestellt? Nein Ja, welche?

8 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit/Behandlungsbedürftigkeit

Die versicherte Person ist arbeitsfähig ab Tag nach Entlassung
 weiter arbeitsunfähig, voraussichtlich arbeitsfähig ab: _____

9 Bestehen Bedenken, dass die versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit dauerhaft wieder ausüben kann?

Nein Ja, weil _____
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____

10 Ist eine stufenweise Wiedereingliederung (Belastungserprobung) erforderlich?

Nein Ja, voraussichtlich ab _____
 Derzeit noch nicht zu beurteilen, weil _____

11 Bemerkungen (z. B. Beratungsbedarf durch Reha-Management des UV-Trägers, Schul- und Schulsportfähigkeit, Kontextfaktoren, besondere Umstände)

Datenschutz:

Ich habe die Hinweise nach § 201 SGB VII gegeben.

Datum	Name und Anschrift der Durchgangsarztin/des Durchgangsarztes
-------	--

Abrechnung bitte zusammen mit Ihrer Behandlungsrechnung.

Verteiler

Unfallversicherungsträger
Behandelnde Ärztin/Behandelnder Arzt
Eigenbedarf