

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.

[Redacted signature area]

Dr. Joachim Breuer

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau - SVLFG

[Redacted signature area]

i. A. Dr. Marion Baierl

Deutschen Krankenhausgesellschaft - DKG e.V.

[Redacted signature area]

[Redacted signature area]

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