

# **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 krankenhausesindividuelle 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.

**§ 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		Name des Mitglieds
						<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: keine Kopie an Kasse		
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