

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, Kassel^{*)}

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.

^{*)} 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 ist, 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.

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 tagsgleichen 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 Verlag 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.



Berlin, Kassel den 

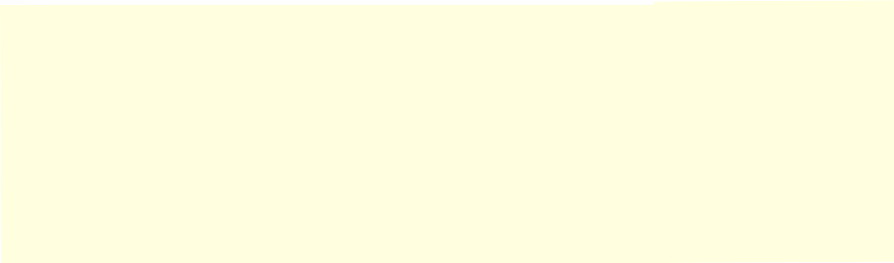
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - DGUV e.V.



Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung - LSV-SpV




Deutsche  rankenhausgesellschaftl- QKG e.V.



Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Dezernat IV

Wegelystraße 3

10623 Berlin

Stempel des Krankenhauses

Name des Krankenhauses:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

Institutionskennzeichen (IK) des Krankenhausesz*

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.