

Vertrag nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V

- Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung -

zwischen

der BWKG - Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e. V.

und

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem.

§ 212 Abs. 5 Satz 6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg,
Stuttgart,

der BKK Landesverband Süd,

der IKK classic,

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse, Kassel,

der KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München,

I. Abschnitt

§ 1 Zielsetzung

Dieser Vertrag dient dazu, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern zu fördern und die Rechtsbeziehungen zwischen ihnen näher zu gestalten, um ausgehend von einer humanen Krankenhausversorgung eine zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach § 12 SGB V sicherzustellen.

§ 2 Geltungsbereich

Dieser Vertrag ist für die Krankenkassen und die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

II. Abschnitt

§ 3 Notwendigkeit und Durchführung der Krankenhausbehandlung

- (1) Über die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung entscheidet eine Krankenhausärztin oder ein Krankenhausarzt nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten jeweils auf der Grundlage der aktuell zur Verfügung stehenden Erkenntnisse. Dies ist in den Krankenunterlagen zu dokumentieren. Spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme zur vollstationären Behandlung soll dies von einer leitenden Abteilungsärztin, einem leitenden Abteilungsarzt oder deren Stellvertretung überprüft werden. Die unverzügliche ärztliche Untersuchung ist sicherzustellen. Vorab ergeht in der Regel eine Verordnung von Krankenhausbehandlung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt. Die Verordnung erfolgt nach den Regelungen des § 73 Abs. 4 SGB V. Das Vorliegen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung ist keine Voraussetzung für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses.
- (2) Vollstationäre, stationsäquivalente oder teilstationäre Krankenhausbehandlung wird demnach durchgeführt, wenn nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Leistung nicht durch vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Behandlung, eine ambulant durchführbare Operation, einen stationersetzenden Eingriff oder eine stationersetzende Behandlung nach § 115b SGB V, jeweils einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann.
- (3) Wird bei der Erstuntersuchung oder im Laufe der vollstationären Behandlung festgestellt, dass teilstationäre Behandlung ausreicht und durchgeführt werden kann, ist diese gegebenenfalls durch Verlegung zu veranlassen.
- (4) Krankenhausbehandlung wird auch gewährt, wenn sich die Patientin oder der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht unverzüglich Krankenhausbehandlung einge-

leitet wird (Notfall). Dabei kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an, insbesondere darauf, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dringend ist und Hilfe einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann und/oder nicht ausreichen würde.

§ 4 Erstuntersuchung

- (1) Die Erstuntersuchung ist die erste Untersuchung im Behandlungsfall. Hierbei wird die Notwendigkeit und Art der Krankenhausbehandlung - auch bei Notfällen - unter Beachtung der Grundsätze des § 39 SGB V von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt festgestellt (Erstuntersuchung). Dabei sind von der untersuchenden Ärztin oder dem untersuchenden Arzt insbesondere auch die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung zu prüfen. Das Ergebnis dieser Erstuntersuchung ist in den Krankenunterlagen zu dokumentieren.
- (2) Erfolgt im Anschluss an die Erstuntersuchung eine Aufnahme in dieses Krankenhaus, so ist die Erstuntersuchung mit den Entgelten für die stationäre Behandlung abgegolten.
- (3) Ergibt die Erstuntersuchung bei Vorliegen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung (Einweisung), dass keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist, wird die Erstuntersuchung als vorstationäre Leistung nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V vergütet.
- (4) Ergibt die Erstuntersuchung unabhängig vom Vorliegen einer Einweisung, dass die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist (Verweisung), wird die Erstuntersuchung als vorstationäre Leistung nach der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V vergütet. Auf die Regelungen des Landesvertrages nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V wird verwiesen.
- (5) Wird das Krankenhaus im Notfall ohne Einweisung in Anspruch genommen und ergibt die Erstuntersuchung keine Notwendigkeit zur stationären Aufnahme, so wird die Erstuntersuchung als ambulante Notfallbehandlung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

§ 5 Ausschluss von Krankenhausbehandlung

- (1) Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse ist nicht gegeben, wenn sie nicht erforderlich im Sinne von § 3 Abs. 2 dieses Vertrages ist.
- (2) Nicht erforderlich ist eine Krankenhausbehandlung insbesondere
 - a) wenn erforderliche Pflegemaßnahmen allein dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen oder sich ein chronischer Krankheitszustand mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen lässt;
 - b) bei ausschließlich sozialen Erwägungen;

- c) bei Maßnahmen, die weder der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne noch der Entbindung dienen;
- d) bei einer Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, es sei denn, dass zugleich eine krankenhausbearbeitungsbedürftige Erkrankung vorliegt.

§ 6 Verweisung, Verbringung und Verlegung

- (1) Wird bei der Erstuntersuchung oder im Laufe der Behandlung festgestellt, dass es medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verweisung in eines der nächsterreichbaren, geeigneten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 SGB V unverzüglich zu veranlassen. Das Wahlrecht der Versicherten bleibt davon unberührt.
- (2) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn die Patientin oder der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und an demselben Tag wieder in ersteres zurückkehrt (Verbringung). Bei der Verbringung verbleibt die Patientin oder der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses.

§ 7 Kostenübernahmeerklärung

- (1) Die Kostenübernahmeerklärung dokumentiert die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Sie wird unbefristet ausgestellt, es sei denn, die Kostentragungspflicht endet zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. Ende der Mitgliedschaft). Zum Kostenträgerwechsel gilt § 10 FPV/§ 9 PEPPV.
- (2) In begründeten Einzelfällen/Behandlungsfällen – wobei es sich bei der Auswahl nicht um ein pauschales Vorgehen, sondern um ein auf den einzelnen Behandlungsfall bezogenes Verfahren handeln muss - kann die Kostenübernahme auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt werden; die Gründe sind dem Krankenhaus von der Krankenkasse mitzuteilen. Dies gilt ausschließlich für Fälle, die nicht mit DRGs abgerechnet werden.
- (3) Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus unverzüglich mit, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt. Die Krankenkasse übermittelt dem Krankenhaus den Kostenübernahmesatz nach den Regelungen der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Des Weiteren teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus den Pflegegrad der oder des Versicherten mit.

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (Einweisungsschein) an die zuständige Krankenkasse zu schicken, soweit und solange dies die Datenübermittlungsvereinbarung vorsieht.

§ 8 Auskunfts- und Mitteilungspflichten

- (1) Das Krankenhaus übermittelt der Krankenkasse die zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Abrechnung erforderlichen Angaben entsprechend der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V.
- (2) Das Krankenhaus teilt der zuständigen Krankenkasse darüber hinaus unverzüglich mit, wenn sich während der Krankenhausbehandlung ein Unfall i. S. d. § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII ereignet hat.
- (3) Weitergehende gesetzlich zugelassene Mitteilungspflichten im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der Krankenhäuser an die Versicherten und für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegenüber Dritten bleiben unberührt.

§ 9 Berichte und Bescheinigungen

- (1) Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte sind verpflichtet, den in stationärer Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen hin eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage bei ihrem Arbeitgeber auszustellen.
- (2) Bescheinigungen und Berichte, die die Krankenkasse, der Medizinische Dienst und die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen, sind allgemeine Krankenhausleistungen. Dasselbe gilt für die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern im Rahmen der Anschlussversorgung.

§ 10 Mitaufnahme Begleitperson/Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V

- (1) Als allgemeine Krankenhausleistung darf eine Begleitperson/Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V der Patientin oder des Patienten nur mitaufgenommen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Die Definition der Pflegekraft nach § 11 Abs. 3 SGB V ist zu beachten.
- (2) Ist bei stationärer Behandlung die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in die stationäre Einrichtung jedoch nicht möglich, kann die Unterbringung der Begleitperson auch außerhalb des Krankenhauses erfolgen. Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls, Art und Dauer der Leistung für eine Unterbringung nach Satz 1 nach pflichtgemäßem Ermessen. Die Kosten dieser Leistungen dürfen nicht höher sein als die für eine Mitaufnahme der Begleitperson in der stationären Einrichtung anfallenden Kosten (§ 11 Abs. 3 SGB V).
- (3) Die Vergütung erfolgt über die von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG vereinbarten Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen (Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG vom 16.09.2004 inkl. der Ergänzungsvereinbarung vom 06.11.2012).

§ 11 Beurlaubung

- (1) Mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar. Eine Beurlaubung liegt vor, wenn eine Patientin oder ein Patient mit Zustimmung der behandelnden Krankenhausärztin oder des behandelnden Krankenhausarztes die Krankenhausbehandlung zeitlich befristet unterbricht, die stationäre Behandlung jedoch noch nicht abgeschlossen ist (§ 1 Abs. 7 Satz 5 FPV).
- (2) Während der Krankenhausbehandlung insbesondere Langzeitkranker sollen aus therapeutischen Gründen Beurlaubungen nur ausgesprochen werden, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind. Die Beurlaubung soll für höchstens vier fortlaufende Tage (einschließlich der Tage des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub) ausgesprochen werden.
- (3) In begründeten Ausnahmefällen dürfen Patientinnen und Patienten zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten in der Regel bis zu 24 Stunden aus der Krankenhausbehandlung beurlaubt werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Bedarf deren Erledigung mehr als 24 Stunden, soll die Patientin oder der Patient entlassen werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist.
- (4) Bei einer voraussichtlichen Verweildauer von über zwei Monaten dürfen Beurlaubungen während der Festtage zu Ostern, Pfingsten und Weihnachten für jeweils höchstens vier fortlaufende Tage (einschließlich der Tage des Urlaubsantritts und der -rückkehr) gewährt werden, soweit dies medizinisch vertretbar ist, in der Regel jedoch frühestens nach Ablauf eines dreiwöchigen Krankenhausaufenthaltes.
- (5) Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung der leitenden Abteilungsärztin oder des leitenden Abteilungsarztes oder deren Stellvertretung erfolgen. Erfordert der Zustand der Patientin oder des Patienten einen Liegendtransport, ist von einer Beurlaubung grundsätzlich abzusehen.
- (6) Für die Dauer der Beurlaubung werden den Krankenkassen lediglich die Tage in Rechnung gestellt, an denen die Patientin oder der Patient den Urlaub antritt und aus dem Urlaub zurückkehrt. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag wird weiterberechnet. Vollständige Tage der Abwesenheit sind keine Berechnungstage und als Tage ohne Berechnung in der Entlassung und Rechnung anzugeben. Im Falle der Beurlaubung wird nur eine DRG-/PEPP-Fallpauschale abgerechnet. Die Tage zwischen Urlaubsantritt und Urlaubsende zählen nicht als Belegungstage.
- (7) Für die Dauer der Beurlaubung werden die Patientinnen und Patienten vom Krankenhaus mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie voraussichtlich bedürfen. Diese Leistungen gelten als allgemeine Krankenhausleistungen.
- (8) Die durch eine Behandlung eines Beurlaubten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.

§ 12 Verweildauer und Entlassung

- (1) Die Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen ist zu beenden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist. Die Entlassungen dürfen nicht auf bestimmte Wochentage beschränkt werden.
- (2) Das Krankenhaus stellt ein standardisiertes Entlassmanagement gemäß dem Rahmenvertrag Entlassmanagement in der jeweils gültigen Fassung sicher und veranlasst alle notwendigen Maßnahmen, Verordnungen und die Berichterstellung. Soweit in begründeten Ausnahmefällen den Patientinnen oder Patienten bei der Entlassung Medikamente mitgegeben werden, gehören auch diese zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, das Krankenhaus bei der Umsetzung des Entlassmanagements zu unterstützen.

§ 13 Krankenförderung

- (1) Ist aufgrund der Behandlung der Patientin oder des Patienten eine Krankenförderung zu Lasten der Krankenkasse unter den Voraussetzungen des § 60 SGB V erforderlich, ist diese von einer Krankenhausärztin oder einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen. Dabei ist die Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen-Bundesausschusses in der jeweils gültigen Fassung zu beachten und der darin vorgesehene Vordruck zu verwenden.
- (2) Die im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung, Verlegung oder Beurlaubung entstehenden Krankenförderungskosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.
- (3) Bei Beurlaubungen aus persönlichen Gründen (§ 11 Abs. 3) dürfen Krankenförderungen zu Lasten der Krankenkassen nicht verordnet werden.

§ 14 Hilfsmittel

- (1) Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkasse für den Bedarf nach der Krankenhausbehandlung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die Anpassung und Ausbildung im Gebrauch die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht verlängert. Hilfsmittel, die zur Entlassung benötigt werden, sind im Rahmen des Entlassmanagements zu verordnen.
- (2) Hilfsmittel, die zum Abschluss der Krankenhausbehandlung erforderlich sind, gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

III. Abschnitt

§ 15 Vorschüsse

Von den Versicherten der Krankenkassen werden im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen keine Vorschüsse erhoben. Dies gilt nicht, wenn diese Leistungen aufgrund eines Behandlungsvertrages mit der oder dem Versicherten als Selbstzahler erbracht werden.

§ 16 Zwischenrechnungen

Für noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte kann das Krankenhaus Zwischenrechnungen nach der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V übermitteln.

§ 17 Zahlungsfrist

- (1) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 12 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen. Fällt der Fristablauf auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt der nächstfolgende Arbeitstag als Fälligkeitstag. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Absendung des Zahlungsmittels an das Krankenhaus.
- (2) Bei Überschreiten des Zahlungsziels oder Ansprüchen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen können Krankenhaus und Krankenkasse ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Für den Fall, dass sich das Krankenhaus und die Krankenkasse im Falldialog, im Bestreiten oder im einzelfallbezogenen Erörterungsverfahren einigen, verzichtet die Krankenkasse auf die Geltendmachung von Verzugszinsen, sofern das Krankenhaus die Rechnung fristgemäß nach den geltenden Vorgaben korrigiert. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß § 247 Abs. 1 BGB.
- (3) Vorstehende Regelungen gelten als Bestimmungen zur zeitnahen Zahlung nach § 11 Abs. 1 Satz 3 BPfIV/§ 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG.

§ 18 Zuzahlung

- (1) Das Krankenhaus klärt die Versicherten über die gesetzliche Verpflichtung der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V durch Aushändigung eines Merkblattes auf.
- (2) Eine Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V erfolgt nicht für die Tage, an denen eine vor- oder nachstationäre Behandlung, stationsäquivalente Behandlung, teilstationäre Behandlung oder eine ambulante Operation durchgeführt wird. Der Zuzahlungsbetrag ist auch für den Entlassungstag zu berechnen. Bei Verlegung in ein anderes zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V zieht für den Tag der Verlegung das aufnehmende Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag ein.

- (3) Das Krankenhaus quittiert den eingezahlten Betrag, sofern die Zuzahlung nicht durch Überweisung erfolgt.
- (4) Die Abwicklung der Zuzahlung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erfolgt nach den Regelungen der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung ist zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband in der Zuzahlungsvereinbarung (Zuzahlungsvereinbarung – ZuzV) geregelt.
- (5) Zu Unrecht geleistete Zuzahlungsbeträge werden von der Krankenkasse erstattet.

IV. Abschnitt

§ 19 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten vom Krankenhaus an die Krankenkasse nach § 8 erfolgt unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

§ 20 Haftung

Bei Nichterfüllung der Pflichten aus diesem Vertrag haften Krankenhaus und Krankenkasse nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit.

V. Abschnitt

§ 21 In-Kraft-Treten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt am 01.01.2023 in Kraft und kann mit einer Frist von einem Jahr von jeder Vertragspartei ganz oder teilweise zum Jahresende schriftlich gekündigt werden. Dieser Vertrag gilt so lange fort, bis ein neuer Vertrag geschlossen oder durch die Schiedsstelle nach § 114 SGB V festgesetzt wurde. Die Vertragsparteien verpflichten sich im Falle einer Kündigung zeitnah Vertragsverhandlungen mit dem Ziel einer nahtlosen Anschlussregelung aufzunehmen.

Stuttgart, den 19.01.2023

Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e. V.

AOK Baden-Württemberg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

BKK Landesverband Süd

IKK classic, vertreten durch den
BKK Landesverband Süd

Sozialversicherung für Landwirtschaft,
Forsten und Gartenbau
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion
München