

**Vertrag über die
allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung
gem. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V**

zwischen
der Hessischen Krankenhausgesellschaft
(der HKG)

und
**der AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen, Bad Homburg,
dem BKK-Landesverband in Hessen, Frankfurt,
der IKK Hessen, Wiesbaden,
der LKK Hessen, Darmstadt und Kassel handelnd als Landesverband,
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel,
der Bundesknappschaft, Geschäftsstelle Kassel,
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und
dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Frankfurt
(den Krankenkassen)**

§ 1 Zielsetzung und Wirtschaftlichkeit

(1) Der Vertrag regelt die allgemeinen Bedingungen, zu denen das zugelassene Krankenhaus seine Leistungen i. S. v. § 39 SGB V gegenüber der Krankenkasse und ihren Versicherten erbringt; nicht erfasst sind Wahlleistungen und die Leistungen der Belegärzte sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger. Der Vertrag soll dazu dienen, die Zusammenarbeit zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus zu fördern, um eine im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit notwendige medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus zu gewährleisten und auf eine humane Krankenhausbehandlung hinzuwirken.

(2) Die Krankenhausbehandlung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

§ 2 Geltungsbereich

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

§ 3 Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

(1) Eine Krankenhausbehandlung wird im Rahmen des Versorgungsauftrags durchgeführt, wenn sie von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung nach § 95 SGB V verordnet worden ist und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Hilfeleistung nicht durch ambulante Versorgung

einschließlich häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V erreicht werden kann. Sie wird ohne eine ärztliche Verordnung gewährt, wenn sich der Versicherte infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht unverzüglich Krankenhausbehandlung eingeleitet wird; dies gilt auch bei Einweisung durch einen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt.

(2) Dabei kommt es auf die Umstände des Einzelfalls an, insbesondere darauf, ob die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dringend ist und Hilfe eines niedergelassenen Arztes nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann oder nicht ausreichen würde. Bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes liegt in der Regel ein Fall notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung vor.

(3) Über die Frage der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung entscheidet der Krankenhausarzt nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten jeweils auf der Grundlage der ihm aktuell zur Verfügung stehenden Erkenntnisse.

(4) Eine Krankenhausbehandlung ist insbesondere nicht erforderlich,

- a) wenn das Behandlungsziel durch ambulante Behandlung einschließlich ambulanter Operationen erreicht werden kann,
- b) wenn sich ein bestimmter Krankheitszustand mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen lässt,
- c) wenn erforderliche pflegerische Maßnahmen allein dem Zweck dienen, für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer Hilfe zu leisten (§ 14 Abs. 1 und 2 SGB XI),
- d) bei Unterbringung aus ausschließlich sozialen Erwägungen,
- e) bei Maßnahmen, die weder der Behandlung einer Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn noch einer Entbindung dienen,
- f) bei einer Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, es sei denn, dass zugleich eine krankenhausbearbeitungsbedürftige Erkrankung vorliegt.

(5) Vor der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung wird von einem Krankenhausarzt entschieden, welche Behandlungsform notwendig und ausreichend ist (Erstuntersuchung). Die Entscheidung und ihre Begründung sind in den Krankenunterlagen zu dokumentieren

§ 4 Erstuntersuchung

(1) Die Erstuntersuchung ist Teil der jeweiligen Art der Krankenhausbehandlung. Die Vergütung richtet sich nach den hierfür maßgeblichen Vergütungsregelungen.

(2) Wird bei der Erstuntersuchung jedoch festgestellt, dass

- a) keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder
- b) die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist,

richtet sich die Vergütung nach der Vereinbarung zu der vorstationären Krankenhausbehandlung nach § 115 a Abs. 3 SGB V. Die Ergebnisse der Erstuntersuchung sind für die weitere Behandlung des Patienten zur Verfügung zu stellen.

§ 5 Kostenübernahme

(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).

(2) In begründeten Ausnahmefällen kann die Kostenübernahmeerklärung auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt werden. Hierbei sind dem Krankenhaus die Gründe von der Kassenseite mitzuteilen.

(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.

§ 6 Beurlaubung

(1) Mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.

(2) In Ausnahmefällen kann der Patient – soweit ärztlich vertretbar – zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beurlaubt werden. Urlaub soll nur für einige Stunden gewährt werden, möglichst nicht über Nacht. Bei Beurlaubung von mehr als 24 Stunden ist der Krankenkasse unverzüglich eine Mitteilung zu machen.

(3) Für Patienten in psychiatrischen Einrichtungen oder Abteilungen sind im Einzelfall Beurlaubungen im Rahmen der Therapie möglich. Die Beurlaubung soll generell einen Zeitraum von 5 zusammenhängenden Tagen nicht überschreiten.

(4) Die Patienten werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie bedürfen. Die Kosten hierfür sind mit den Pflegesätzen nach § 10 BPfIV abgegolten.

(5) Die durch die notwendige Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten werden direkt zwischen dem Leistungserbringer und der zuständigen Krankenkasse bzw. Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, soweit kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

(6) Krankenförderungs- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses. Bei Beurlaubungen aus persönlichen Gründen dürfen auch keine Verordnungen einer Krankenförderung zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt werden.

(7) Der Tag des Urlaubsantritts und der Tag des Urlaubsendes sind jeweils als separate Berechnungstage abrechenbar und zuzahlungspflichtig. Reine Urlaubstage können nicht berechnet werden. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, wird der Pflegesatz weiter berechnet. Bei Fallpauschalen – Patienten werden keine Beurlaubungsentgelte berechnet. Die Tage zwischen Urlaubsantritt und Urlaubsende zählen nicht als Belegungstage.

(8) Das Krankenhaus informiert die zuständige Krankenkasse unverzüglich über den ersten und letzten Tag einer Beurlaubung.

§ 7 Ende der Krankenhausbehandlung (Entlassung, Verlegung und Verbringung)

(1) Eine Krankenhausbehandlung ist zu beenden und der Versicherte zu entlassen, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist. Sie darf nicht dadurch verlängert werden, dass in einem Krankenhaus Aufnahmen und Entlassungen nur an bestimmten Tagen erfolgen.

(2) Wird bei der Erstuntersuchung oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, dass es medizinisch notwendig oder medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verlegung in eines der nächsterreichbaren geeigneten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unter Beachtung des Wahlrechts der Versicherten unverzüglich zu veranlassen.

(3) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthalts auf Veranlassung des Krankenhauses zur konsiliarischen Mitbehandlung vorübergehend in ein anderes Krankenhaus verbracht wird (Verbringung). Alle im Zusammenhang mit einer Verbringung entstehenden Kosten sind allgemeine Krankenhausleistungen und im Innenverhältnis zwischen den Leistungserbringern zu regeln.

§ 8 Berichte und Bescheinigungen

(1) Stellt das Krankenhaus im Zusammenhang mit einer Krankenhausbehandlung Berichte und Bescheinigungen für die Krankenkasse und die weiterbehandelnden Ärzte zur Durchführung ihrer Aufgaben aus, ist dies Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen. Dies gilt auch für die Anforderung des Medizinischen Dienstes von Aktenauszügen (z.B. Aufnahmeuntersuchungsprotokoll, Operationsbericht, Entlassungsbericht und/oder ähnliches), die zur gesetzlich vorgesehenen Prüfung der Krankenhausbehandlung erforderlich sind.

(2) Soweit der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von seinem Recht nach § 276 Abs. 4 SGB V keinen Gebrauch macht, kann statt dessen die Zusendung weiterer Unterlagen gefordert werden.

(3) Das Krankenhaus kann für die Zusendung der jeweiligen Gesamtkosten im Sinne weiterer Unterlagen nach Absatz 2 einen Ersatz seiner Kopierkosten in Höhe von 0,50 € je DIN-A4-Seite verlangen, wenn die Unterlagen innerhalb von 7 Kalendertagen ab Anforderungsdatum beim MDK eingehen.

§ 9 Auskunfts- und Mitteilungspflichten

(1) Das Krankenhaus übermittelt der Krankenkasse den Kostenübernahmeantrag und die zur Prüfung der Leistungspflicht und zur Abrechnung erforderlichen Angaben entsprechend der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 SGB V

(2) Die Krankenhäuser sind verpflichtet, die „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ (Einweisungsschein) mit der Aufnahmemitteilung innerhalb von 3 Kalendertagen an die zuständige Krankenkasse zu schicken, soweit und solange dies die Datenübermittlungsvereinbarung vorsieht.

(3) Das Krankenhaus teilt der Krankenkasse unverzüglich mit, wenn

- a) ein Patient zum Pflegefall geworden ist,
- b) nach der Art der Erkrankung ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit angezeigt ist,

- c) die Erkrankung auf einer Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstschädigung beruht,
- d) ein Dritter zahlungspflichtig ist,
- e) während der Krankenhausbehandlung sich ein Unfall im unfallversicherungsrechtlichen Sinn ergeben hat,
- f) die weiterhin notwendige Behandlung teilstationär durchgeführt werden kann,
- g) die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 11 Abs. 2 SGB V erforderlich ist, wenn das Einverständnis des Versicherten gegeben ist.

(4) Die Entlassungsmitteilung des Krankenhauses erfolgt innerhalb von 3 Kalendertagen nach der Entlassung an die zuständige Krankenkasse.

(5) Weitergehende gesetzlich zugelassene Mitteilungspflichten im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der Krankenhäuser an Versicherte und für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegenüber Dritten bleiben unberührt.

§ 10 Zahlungsregelungen

(1) Das Krankenhaus erstellt in Übereinstimmung mit den Vorschriften des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch und der Bundespflegesatzverordnung (oder der sie ersetzenden Regelung) und den hierauf beruhenden Verträgen und Vereinbarungen eine Rechnung für die Leistungen des jeweiligen Krankenhausaufenthaltes. Dies kann in Form von Zwischen- und Schlussrechnungen erfolgen. Im Einzelfall können zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auch andere Zahlungsmodalitäten vereinbart werden.

(2) Das Krankenhaus darf nach jeweils 10 Tagen Behandlungsdauer Zwischenrechnungen erstellen, die als solche zu kennzeichnen sind. Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, ist per 31. Dezember eine Zwischenrechnung zu erstellen.

(3) Von den Versicherten erhaltene Eigenbeteiligungen werden vom Rechnungsbetrag abgesetzt.

(4) Die Krankenkasse hat ab dem Tag des Rechnungseingangs 30 Tage Zeit zur Rechnungsprüfung. Im Falle einer Anforderung von Kopien von Unterlagen aus der Krankenakte durch den MDK wird die Frist im Rahmen einer Hemmung für die Dauer zwischen der Anforderung und der Lieferung durch das Krankenhaus unterbrochen, sofern und soweit die Unterlagen erst nach 7 Kalendertagen beim MDK eingehen. Fällt der letzte Tag dieses Zeitraumes auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt der nachfolgende Arbeitstag als Fristende. Danach ist die Forderung sofort fällig, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Die Krankenkasse kann auch nach Verstreichen der Frist nach Satz 1 noch Beanstandungen sachlicher und rechnerischer Art geltend machen.

(5) Erfolgt die Zahlung nicht innerhalb der Frist nach Abs. 4 auf das vom Krankenhaus angegebene Konto, schuldet die Krankenkasse Verzugszinsen entsprechend § 288 Abs. 1 BGB.

(6) Vorstehende Regelungen gelten als zeitnahe Zahlungen nach § 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV (oder der sie ersetzenden Regelung).

§ 11 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.06.2002 in Kraft und gilt bis zum 31.12.2002. Die Vertragsparteien verpflichten sich, rechtzeitig eine Nachfolgeregelung zu finden.
- (2) Die Laufzeit verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht 4 Wochen vor Ablauf der Laufzeit von einem Vertragspartner schriftlich gekündigt wird.
- (3) Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.

Eschborn, Bad Homburg, Frankfurt am Main, Kassel, Wiesbaden,
den 31. Mai 2002

Hessische Krankenhausgesellschaft e.V.

↓

[Handwritten signature]

AOK-Die Gesundheitskasse in Hessen
zugleich für die Bundesknappschaft



- 7 JUN. 2002

BKK Landesverband Hessen

↓

IKK Hessen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV- Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

LKK Hessen handelnd als Landesverband

zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau

*Protokollnotiz aus der Verhandlung vom 26.03.2002
zum Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung
gem. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V auf der Fachebene:*

↓
zu § 5 Kostenübernahme

>> Die Kostenübernahmeerklärung ist nicht Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs und der Fakturierung. <<

↓