

**Vertrag zu den Bereichen
des § 112 Abs. 2 Ziff. 1, 2, 4 und 5 SGB V**

Die Niedersächsische Krankenhausgesellschaft

- nachstehend NKG genannt -

und

der AOK-Landesverband Niedersachsen,

der Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen,

der IKK-Landesverband Niedersachsen,

die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,

die Hannoversche landwirtschaftliche Krankenkasse,¹

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.

- Landesvertretung Niedersachsen -,

der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.

- Landesvertretung Niedersachsen -

- nachstehend Verbände der Krankenkassen genannt -

schließen folgenden Vertrag zu den Bereichen des § 112 Abs. 2 Ziff. 1, 2, 4 und 5 SGB V:

Präambel

Die Vertragspartner sind bestrebt, eine qualitativ hochwertige Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 SGB V zu sichern und deren Weiterentwicklung durch geeignete Maßnahmen zu fördern. Sie sind gemeinsam bemüht, dabei mit den Ärzten, Sozialstationen und sonstigen flankierenden Einrichtungen und ihren Verbänden zusammenzuarbeiten.

Gleichzeitig werden sie darauf hinwirken, daß die Krankenhäuser und die Versicherten Leistungen der Krankenversicherung nur begründet bewirken bzw. in Anspruch nehmen. Die Vertragspartner sind darüber einig, daß für eine Beurteilung Kosten und Leistungen eines Krankenhauses gleichrangig beachtet werden müssen.

¹ in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes gem. § 36 KVLG 1989

1. ABSCHNITT

Allgemeines

§ 1

Zweck des Vertrages

Dieser Vertrag soll dazu dienen, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern zu fördern und die Rechtsbeziehungen zwischen ihnen näher zu gestalten, um ausgehend von einer humanen Krankenhausbehandlung eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen.

§ 2

Geltungsbereich des Vertrages

Dieser Vertrag gilt für die Mitgliedskassen der vertragsschließenden Verbände der Krankenkassen sowie für die Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V.

2. ABSCHNITT

Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung

§ 3

Notwendigkeit und Durchführung von Krankenhausbehandlung

(1) Die zur Durchführung von Krankenhausbehandlung gem. Versorgungsvertrag zugelassenen Krankenhäuser sind unter Berücksichtigung ihrer Aufgabenstellung sowie nach Maßgabe dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet, die Anspruchsberechtigten der Krankenkassen zu behandeln.

(2) Krankenhausbehandlung (stationär oder teilstationär/vor- und nachstationär) wird durchgeführt, wenn sie - von Notfällen abgesehen - von einem Kassen-/Vertragsarzt verordnet ist und nach Art oder Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Betreuung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, d. h. ambulante kassen-/vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht. Die Krankenhausbehandlung hat unter Berücksichtigung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen Versorgung der Versicherten den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu berücksichtigen.

Bei der Aufnahme des Patienten/Versicherten - auch bei einem Notfall - wird von einem Krankenhausarzt unverzüglich durch eingehende Untersuchung geklärt, ob Krankenhausbehandlung notwendig ist. Spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme soll dies von dem leitenden Abteilungsarzt oder von einem seiner Vertreter überprüft werden.

(3) Kassen-/Vertragsärzte in diesem Sinne sind die an der kassen-/vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen Ärzte sowie ermächtigte Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen (§ 95 SGB V).

(4) Ein Notfall im Sinne des Abs. 2 liegt insbesondere vor, wenn sich der Versicherte infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine wesentliche Verschlechterung befürchten läßt, sofern nicht unverzüglich stationäre Behandlung eingeleitet wird. Bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes liegt in jedem Fall ein Notfall vor.

(5) Die Aufnahme in das Krankenhaus begründet keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse, wenn sie nicht erforderlich ist. Medizinische Notwendigkeit liegt insbesondere nicht vor

a) bei einem Pflegefall,

b) bei Unterbringung aus sozialen Gründen,

c) bei einer Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, es sei denn, daß zugleich eine krankenhausbearbeitungsbedürftige Erkrankung vorliegt,

d) bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen (z. B. Schönheitsoperationen).

(6) Wird bei der Aufnahmeuntersuchung oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, daß es medizinisch zweckmäßig ist, die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verweisung bzw. Verlegung unter Wahrung des Wahlrechts des Versicherten nach § 39 SGB V in eines der nächsterreichbaren, geeigneten, zugelassenen und aufnahmefähigen Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen. Das aufnehmende Krankenhaus ist über die bei der Aufnahmeuntersuchung erhaltenen Befunde sowie über bereits durchgeführte Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten.

(7) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus gebracht wird und er an demselben Tag wieder in ersteres zurückkehrt.

(8) Wird bei der Aufnahmeuntersuchung oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, daß teilstationäre Behandlung ausreicht, ist diese erforderlichenfalls durch Verlegung zu veranlassen.

(9) Die Aufnahmeuntersuchung ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Ergibt die Aufnahmeuntersuchung, daß nach Einweisung durch einen Kassenarzt

a) keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder

b) die Krankenhausbehandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist oder

c) die Krankenhausbehandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist,

handelt es sich um einen stationären Behandlungsfall.

Ist eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich, soll der einweisende Arzt hierüber unterrichtet werden.

§ 4

Kostenübernahme

- (1) Das Krankenhaus sendet der Krankenkasse unverzüglich nach der Aufnahme des Versicherten die Aufnahmeanzeige (§ 20). Ihr ist die Verordnung der Krankenhausbehandlung des Kassen-/Vertragsarztes oder im Notfall eine entsprechende Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe der Diagnose beizufügen. Diese Bescheinigung kann mit der Aufnahmeanzeige zusammengefaßt werden. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus, soweit eine Kostenübernahmeerklärung noch nicht vorliegt, unverzüglich mit, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt. Eine mündliche oder fernmündliche Übernahmeerklärung wird umgehend schriftlich bestätigt.
- (2) Bei einer zeitlichen Begrenzung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse beantragt das Krankenhaus rechtzeitig unter Angabe der Gründe und der voraussichtlichen weiteren Dauer der stationären Behandlung die Verlängerung der Kostenübernahme. Die Krankenkasse unterrichtet - rechtzeitigen Eingang des Verlängerungsantrages vorausgesetzt - das Krankenhaus spätestens einen Arbeitstag vor Ablauf der Befristung - ggf. telefonisch - über ihre Entscheidung zum Verlängerungsantrag. Erfolgt diese - ggf. telefonische - Mitteilung der Krankenkasse verspätet, übernimmt die Krankenkasse die Pflegesätze bis einen Werktag nach Eingang der Mitteilung.
- (3) Das Krankenhaus ist berechtigt - von Notfällen abgesehen - die Aufnahme von Patienten abzulehnen, solange eine Kostenübernahmeerklärung des Versicherten nicht vorliegt.
- (4) Andere Vereinbarungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bleiben unberührt und sind weiterhin möglich.

§ 5

Verweildauer und Entlassung

- (1) Auf Kosten der Krankenkasse darf Krankenhausbehandlung nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer gewährt werden.
- (2) Die Leistungspflicht der Krankenkassen endet u. a., wenn häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V, § 8 KVLG i. V. m. § 37 SGB V) aus medizinischen Gründen möglich ist.
- (3) Das Krankenhaus hat dazu beizutragen, daß eine medizinisch notwendige und zweckmäßige Anschlußheilbehandlung im Benehmen mit der Krankenkasse oder dem sonst zuständigen Rehabilitationsträger so früh wie möglich eingeleitet wird.
- (4) Soweit einem Versicherten bei der Entlassung Medikamente mitgegeben werden, gehen die Kosten hierfür in die Selbstkosten des Krankenhauses ein.

§ 6

Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenhausbehandlung hat bei sparsamer und wirtschaftlicher Betriebsführung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen. Sie muß ausreichend und zweckmäßig sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, ihm vorliegende Untersuchungsergebnisse zu verwerten, soweit das medizinisch vertretbar ist.

Durch das Mitverwerten von vorliegenden Untersuchungsergebnissen sollen Doppeluntersuchungen vermieden werden.

Die Krankenkassen wirken darauf hin, Kassen-/Vertragsärzte und Versicherte auf die Vorlage von Untersuchungsergebnissen hinzuweisen. Das Krankenhaus gibt bei Verlegungen sowie Überweisungen zur Mitbehandlung vorliegende Untersuchungsergebnisse mit.

(3) Sofern mehrere stationär behandlungsbedürftige Krankheiten vorliegen, sind diese, soweit medizinisch möglich, während des Krankenhausaufenthaltes zu behandeln.

§ 7

Ärztliche Beratung

(1) Die Krankenkasse kann in Einzelfällen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung durch einen Arzt des medizinischen Dienstes gem. § 276 Abs. 4 SGB V prüfen lassen; dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen Rehabilitationsmaßnahmen angezeigt sind und eingeleitet werden sollen. Dabei gewährt das Krankenhaus den Ärzten die erforderliche Unterstützung (z. B. durch Einsicht in die Krankenakten, Gelegenheit zur Untersuchung des Patienten nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt jeweils mit Zustimmung des Patienten). Der Arzt ist nicht berechtigt, in die Behandlung des Krankenhausarztes einzugreifen.

(2) Auf Wunsch der Krankenkasse übersendet das Krankenhaus dem Arzt im Einzelfall eine Mehrfertigung des Entlassungsberichtes.

§ 8

Beurlaubung

(1) Beurlaubungen von Patienten sollen grundsätzlich nicht durchgeführt werden. Ist aus zwingenden Gründen eine Unterbrechung der stationären Behandlung von mehr als einem Tag erforderlich, wird der Patient entlassen und wieder aufgenommen.

(2) Für Patienten in psychiatrischen Abteilungen sind Beurlaubungen im Rahmen der Therapie möglich.

Die Beurlaubung sollte einen Zeitraum von 8 Tagen nicht überschreiten. Soweit Beurlaubungen nicht durch Entlassung und Wiederaufnahme geregelt werden, soll eine Vereinbarung über die Abrechnung zwischen den Partnern vor Ort im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung erfolgen.

§ 9

Begleitpersonen

Im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistung darf eine Begleitperson des Versicherten nur mitaufgenommen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 BpflV). Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt.

§ 10

Berichte und Bescheinigungen

(1) Der Krankenkasse ist unverzüglich nach der Aufnahme eine Aufnahmeanzeige (§ 20) zuzusenden.

(2) Wird der Patient entlassen, in ein anderes Krankenhaus verlegt oder verläßt er ohne ärztliche Genehmigung das Krankenhaus, ist der Krankenkasse unverzüglich nach dem Verlassen des Krankenhauses eine Entlassungsanzeige (§ 20) zu senden.

(3) Dem einweisenden Arzt bzw. dem weiterbehandelnden Arzt ist ein ärztlicher Entlassungsbericht unverzüglich nach der Entlassung zu übersenden, soweit nicht darauf verzichtet werden kann (z. B. ausreichender Bericht gem. § 10 Abs. 4).

(4) Dem Patienten ist -soweit erforderlich- bei der Entlassung für den weiterbehandelnden Arzt ein vorläufiger Bericht des Krankenhauses mitzugeben oder dem weiterbehandelnden Arzt unverzüglich zur Kenntnis zu bringen, aus dem die Diagnose, der Entlassungsgrund und Therapieempfehlungen, bei Arzneien auch unter Verwendung der genetischen Bezeichnung, sowie angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen.

(5) Bescheinigungen und Berichte, die die Krankenkasse, die Ärzte des medizinischen Dienstes und der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der stationären Behandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen, sind allgemeine Krankenhausleistungen.

§ 11

Krankenfahrten und Krankentransporte

Für Krankenfahrten und Krankentransporte sind die Krankentransportrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu beachten. Der entsprechende Vordruck für die vertragsärztliche Versorgung ist zu verwenden. Die Verordnung darf nur durch einen Krankenhausarzt erfolgen.

§ 12

Auskunft über Wahlleistungen

Das Krankenhaus gibt der Krankenkasse auf ihre Anfrage Auskunft über Leistungen, die es über die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV) hinaus gegen gesonderte Berechnung (sogenannte Wahlleistungen) nach § 7 BPfIV anbietet und über die dafür festgelegten Entgelte.

§ 13

Zahlungsregelungen

(1) Nach Beendigung der Krankenausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung eine Schlußrechnung übersandt. Für laufende Fälle können nach Maßgabe des Abs. 3 Zwischenrechnungen, die als solche zu kennzeichnen sind, erstellt werden. Die Erstellung von Sammelrechnungen durch ein Krankenhaus ist in Abstimmung mit der Krankenkasse zulässig. Absatz 5 bleibt unberührt.

(2) Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, muß in diesen Fällen eine Zwischenrechnung per 31.12. erstellt werden.

(3) Die Zwischen- bzw. Schlußrechnungen müssen mindestens die in der Anlage zu dieser Vereinbarung festgelegten Angaben enthalten. Das Nähere zum Verfahren über Zwischenrechnungen kann von den Vertragsparteien in der Pflegesatzvereinbarung geregelt werden.

(4) Von den Versicherten der Mitgliedskassen der vertragsschließenden Verbände der Krankenkassen werden im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen keine Zuschüsse erhoben.

(5) Soweit erkennbar ist oder von der Krankenkasse mitgeteilt wird, daß die Krankenhausbehandlung als Auftragsleistung erfolgt (z. B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Bundesseuchengesetz, dem Bundessozialhilfegesetz usw.), müssen bei der zuständigen Krankenkasse Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung eingereicht werden.

(6) Die Krankenkasse hat die Rechnung unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu bezahlen. Wenn zwischen Rechnungsdatum und Rechnungseingang mehr als 3 Tage liegen, gilt das Rechnungseingangsdatum für den Beginn der 14-Tagesfrist. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und Differenzbeträge verrechnet werden.

(7) Erfolgt der Zahlungseingang nicht innerhalb von 21 Tagen, kann das Krankenhaus Zinsen in Höhe von 2 % über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab Fälligkeitstag verlangen, ohne daß es einer Mahnung bedarf.

(8) Vorstehende Regelungen gelten als zeitnahe Zahlungen nach § 16 Abs. 1 Satz 2 BPflV.

§ 14

Zuzahlung

(1) Das Krankenhaus klärt den Versicherten über die gesetzliche Verpflichtung der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V durch Aushändigung eines Merkblattes auf.

(2) Das Krankenhaus erhebt die Zuzahlungsbeträge während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten. Wird im Ausnahmefall eine Zuzahlung während des Krankenhausaufenthaltes nicht geleistet, bemüht sich das Krankenhaus, durch eine schriftliche Erinnerung den Zuzahlungsbetrag zu erhalten.

(3) Das Krankenhaus quittiert den eingezahlten Betrag, sofern die Zuzahlung nicht durch Überweisung geschieht.

(4) Der Zuzahlungsbetrag nach Abs. 2 ist nicht, bzw. insoweit nicht zu erheben, als das Krankenhaus aufgrund eigener Unterlagen feststellt, daß im laufenden Jahr eine Zuzahlungspflicht des Versicherten nicht mehr besteht. Dasselbe gilt, wenn der Versicherte einen entsprechenden Nachweis (Vorlage einer Quittung) führt oder die Krankenkasse rechtzeitig eine entsprechende Erklärung abgibt.

Erstreckt sich die allgemeine Krankenhausleistung nur auf die Aufnahmeuntersuchung (§ 3 Abs. 9) ist kein Zuzahlungsbetrag zu leisten.

(5) Weist der Versicherte der Krankenkasse z. B. durch Vorlage einer Quittung nach, daß die Zuzahlung zu Unrecht geleistet wurde, so erstattet die Krankenkasse die überzahlten Beträge.

(6) Die Zuzahlungsbeträge werden mit der Forderung des Krankenhauses auf Erstattung von Krankenhausbehandlung gegengerechnet. Dies erfolgt in der Weise, daß das Krankenhaus die tatsächlich vereinnahmten Zuzahlungsbeträge patientenbezogen von der Pflegesatzrechnung absetzt.

(7) Soweit ein Krankenhaus Zwischenrechnungen erstellt, setzt das Krankenhaus die Zuzahlungsbeträge spätestens in der Schlußabrechnung patientenbezogen ab.

(8) Die nach Erstellung der Schlußrechnung noch eingegangenen Zuzahlungsbeträge werden an die Krankenkasse weitergeleitet.

(9) Die trotz schriftlicher Erinnerung durch das Krankenhaus vom Versicherten nicht geleisteten Zuzahlungen werden vom Krankenhaus mindestens vierteljährlich den Krankenkassen bekanntgegeben.

(10) Die für die Einziehung und Abrechnung der Zuzahlung entstehenden Kosten sind Selbstkosten i. S. der Bundespflegesatzverordnung.

(11) Der 24-Stunden-Fall i. S. der Bundespflegesatzverordnung gilt als ein Kalendertag.

(12) Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus (gemäß § 108 SGB V) zieht für den Tag der Verlegung das aufnehmende Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag ein.

(13) Soweit die Vertragsparteien vor Ort ein von Absatz 2, 6 und 7 abweichendes Verfahren vereinbaren, ist dies schriftlich zu vereinbaren.

§ 15

Soziale Beratung und Betreuung der Versicherten; Krankenhausseelsorge

(1) Die Krankenhausbehandlung umfaßt die soziale Beratung und Betreuung der Versicherten. Krankenhaus und Krankenkassen unterstützen sich gegenseitig bei der Erfüllung dieser Aufgabe. Die Verpflichtungen des Sozialhilfeträgers nach dem BSHG bleiben hiervon unberührt.

(2) Bei der sozialen Beratung und Betreuung des Versicherten arbeiten Krankenhaus und Krankenkasse eng zusammen.

(3) Die Krankenhausseelsorge und kirchliche Beratungsdienste bleiben unter Berücksichtigung der bisherigen örtlichen Handhabung unberührt.

§ 16

Heil- und Hilfsmittel

Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkassen für den nachstationären Bereich muß so rechtzeitig erfolgen, daß die Anpassung und Ausbildung im Gebrauch den Verlauf der Krankenhausbehandlung und die Entlassung aus der stationären Behandlung positiv beeinflussen, bzw. nicht verzögern. Dabei sind die Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu beachten.

§ 17

Rehabilitationsberatung und Mitteilung der Rehabilitationsmaßnahmen

(1) Versicherte, bei denen während der Krankenhausbehandlung erkennbar wird, daß Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht kommen, sollen über die Möglichkeiten der Rehabilitation frühzeitig und umfassend beraten werden. Die Beratung hat zum Ziel, bei dem Patienten oder dem Personensorgeberechtigten die Einsicht in die Zweckmäßigkeit der Rehabilitation zu wecken und seine Bereitschaft zur Mitarbeit zu fördern.

(2) Rehabilitationsmaßnahmen kommen insbesondere in Frage bei Versicherten, bei denen eine der folgenden Gesundheitsstörungen vorliegt oder einzusetzen droht:

- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit oder der Haltungsmotorik,
- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der Seh-, Hör- oder Sprechfähigkeit,

- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der körperlichen Kräfte, z. B. durch schwere chronische Erkrankungen der inneren Organe, des Zentralnervensystems oder des Stoffwechsels,
- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende erhebliche Beeinträchtigung der geistigen und seelischen Kräfte, z. B. durch Störungen des Antriebes, der Stimmungslage, des formalen Denkens, des Gedächtnisses sowie durch Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen,
- eine erhebliche Mißbildung oder Entstellung,
- eine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit durch chronische Schmerzzustände,
- eine voraussichtlich nicht nur vorübergehende erhebliche Störung der Lernfähigkeit oder des Sozialverhaltens.

(3) Die Beratung des Versicherten umfaßt:

- die Beratung durch den Krankenhausarzt - ggf. unterstützt durch Sozialdienste - über die für den Versicherten aus ärztlicher Sicht gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen und
- die Beratung durch die Krankenkasse über die aus leistungsrechtlicher Sicht möglichen medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation, soweit diese in ihren Zuständigkeitsbereich fallen. Dazu gehört auch die Erteilung von Auskünften über Rehabilitationsmaßnahmen anderer Träger und Stellen. Bei Bedarf erfolgt die Auskunft und Beratung auch im Krankenhaus.

(4) Das Krankenhaus gibt mit Einverständnis des Versicherten der Krankenkasse unverzüglich Mitteilung, wenn eine Gesundheitsstörung im Sinne des Abs. 2 besteht oder eintreten droht. Dabei ist die Krankenkasse über die Zweckmäßigkeit bestimmter Rehabilitationsmaßnahmen, wie z. B. die Verlegung in eine Spezialeinrichtung oder die Beschaffung eines Hilfsmittels, zu informieren.

(5) Die Mitteilung an die Krankenkasse soll auch dann gegeben werden, wenn für die in Frage kommenden Rehabilitationsleistungen ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist. Hinsichtlich der Beratung des Versicherten und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen wirkt die Krankenkasse auf die Beteiligung dieses Trägers hin.

(6) Die Mitteilung an die Krankenkasse ist entbehrlich, wenn eine auf einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit beruhende Heilbehandlung zu Lasten der Unfallversicherung durchgeführt wird.

(7) Für die Mitteilungen werden besondere Vordrucke (§ 20) verwendet. Eine Durchschrift der Mitteilung erhält der einweisende bzw. behandelnde Arzt.

§ 18

Mitteilungspflicht der Krankenhäuser

Das Krankenhaus informiert die zuständige Krankenkasse unverzüglich, wenn

- die Behandlung nicht mehr mit den Mitteln des Krankenhauses erforderlich ist,

- nach Art der Erkrankung ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit angezeigt ist,
- die Erkrankung auf einer Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstschädigung beruht,-
- ein anderer Zahlungspflichtiger zuständig wird,
- sich ein Unfall während der Krankenhausbehandlung (z. B. Arbeitsunfall im Sinne des § 539 Abs. 1 Nr. 17 Buchstabe a RVO) ereignet hat.

§ 19

Auskunftspflicht

Unbeschadet § 4 Abs. 2 und § 10 Abs. 1 gibt das Krankenhaus im Einzelfall auf Anfrage einer Krankenkasse Auskunft über

- a) die Diagnose des Versicherten sowie über hinzugetretene Krankheiten,
- b) die voraussichtliche Dauer der Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Angabe eingeleiteter Behandlungsmaßnahmen,
- c) erforderliche Maßnahmen der Rehabilitation und
- d) eine nach ärztlicher Ansicht zu vermutende Erwerbsunfähigkeit.

§ 20

Vordrucke

Die Vordrucke Kostenübernahmeerklärung (§ 4), Aufnahme- und Entlassungsanzeige (§ 10) sowie Zwischen- und Schlußrechnung (§ 13), Mitteilung über Rehabilitationsmaßnahmen (§ 17) müssen mindestens die in der Anlage zu dieser Vereinbarung festgelegten Angaben enthalten, soweit sie dem Krankenhaus bzw. der Krankenkasse bekannt sind.

Die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung sollen sowohl von den Krankenkassen als auch von den Krankenhäusern genutzt werden.

§ 21

Zweifelsfragen

Die Vertragspartner sind bestrebt, die sich aus der Anwendung und Auslegung dieses Rahmenvertrages ergebenden Zweifelsfragen unverzüglich gemeinsam zu klären.

3. ABSCHNITT

§ 22

Inkrafttreten und Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.11.92 in Kraft; er kann mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens jedoch zum 31. Dezember 1994 gekündigt werden.

(2) Die Kündigung durch einen der Verbände der Krankenkassen berührt die Weitergeltung dieses Vertrages für die übrigen Vertragspartner nicht.

Anlage

I. Gemeinsame Daten

Die Aufnahmeanzeige und die Entlassungsanzeige sollen mindestens die folgenden Angaben enthalten:

1. Name und Institutskennezeichen der Krankenkasse
2. Name und Institutskennezeichen des Krankenhauses
3. Aufnahmeummer des Patienten/Versicherten
4. Name, Vorname, Geburtsdatum
5. Arbeitgeber oder Versichertenverhältnis
6. bei Familienangehörigen:
Name, Vorname, Geburtsdatum
7. Datum und Unterschrift

II Spezieller Inhalt

1. Aufnahmeanzeige des Krankenhauses

Die Aufnahmeanzeige soll über die gemeinsamen Daten hinaus mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- 1.1 Aufnahmetag, Uhrzeit der Aufnahme
- 1.2 Bezeichnung der aufnehmenden Abteilung, ggf. in Schlüsselwortform
- 1.3 Einweisungsanlaß
 - Einweisung durch Kassenarzt/Vertragsarzt (Name/Arzt Nummer) - Einweisung durch beteiligten oder ermächtigten Krankenhausarzt (Name/Arzt Nummer)
 - Notfall

- Verlegung (von einem anderen Krankenhaus)

- 1.4 Einweisungsdiagnose(n) - falls abweichend Aufnahmediagnose - sofern nicht bereits Inhalt einer anderen Bescheinigung
- 1.5 Angaben soweit möglich zu Versorgungsleiden, Wehrdienstbeschädigung, Arbeitsunfall/Berufskrankheit, Wegeunfall, Verkehrsunfall, Sportunfall und sonstige Unfälle, Schlägerei, Opfer einer Gewalttat
- 1.6 Mitteilung über die Aufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson

2. Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

- 2.1 Kostenzusicherung ab ; ggf. bis ____
- 2.2 Zuzahlung zu leisten ja; für 19__ noch __ Tage/nein
- 2.3 Angabe, ob anspruchsberechtigt nach BVG, SVG, BSeuchG, HHG, BEG oder OEG (Auftragsleistungen)
- 2.4 Aktenzeichen der Krankenkasse

3. Verlängerungsantrag des Krankenhauses

Der Verlängerungsantrag enthält über die gemeinsamen Daten hinaus mindestens die folgenden Angaben:

- 3.1 In Behandlung seit _____
- 3.2 Bisherige Kostenzusicherung endet am _____
- 3.3 Diagnose
- 3.4 Bisherige Behandlungsmaßnahmen:
- 3.5 Worin soll die weitere Behandlung bestehen?
- 3.6 Sind Reha-Maßnahmen vorgesehen, ggf. welche?
- 3.7 Weshalb ist es unmöglich, den Kranken in häusliche oder ambulante Behandlung zu entlassen ?
- 3.8 Für mindestens wieviel Tage ist die weitere stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich?
- 3.9 Aktenzeichen der Krankenkasse

4. Entlassungsanzeige des Krankenhauses

Die Entlassungsanzeige soll über die gemeinsamen Daten hinaus mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- 4.1 Aufnahmetag
- 4.2 Aufnahmenummer/Aktenzeichen des Krankenhausträgers
- 4.3 Entlassungs- bzw. Verlegungstag, Uhrzeit, wenn innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme verlegt wird

- 4.4 Abschlußdiagnose bzw. Todesursache
- 4.5 Entlassungsgrund
 - Behandlung beendet
 - gegen ärztlichen Rat
 - Beurlaubung
 - Verlegung in ein anderes Krankenhaus
 - Tod
 - sonstige Gründe
- 4.6 Sonstige Bemerkungen
 - - arbeitsunfähig entlassen
 - - arbeitsfähig entlassen
- 4.7 Operationstag (als Optionsvereinbarung)

5. Zwischen- und Schlußrechnungen

Die Zwischen- und Schlußrechnungen sollen über die gemeinsamen Daten hinaus mindestens folgende Angaben enthalten:

- 5.1 Name und Institutskennzeichen der Krankenkasse
- 5.2 Name und Institutskennzeichen des Krankenhauses
- 5.3 Versicherungsnummer / bei Ersatzkassen: Aktenzeichen (soweit vom Patienten/Kostenträger übermittelt)
- 5.4 Aufnahmenummer des Patienten
- 5.5 Name, Vorname, Geburtsdatum
- 5.6 bei Familienangehörigen:
Name, Vorname, Geburtsdatum
- 5.7 Bankverbindung des Krankenhauses
- 5.8 Rechnungsnummer
- 5.9 Rechnungsdatum
- 5.10 vom Versicherten gezahlter Zuzahlungsbetrag (nicht bei abweichendem Verfahren)
- 5.11 Hinweis: keine Zuzahlung geleistet
- 5.12 Pflegesatz
- 5.13 Abrechnung vom ____ bis ____
- 5.14 Zahl der Berechnungstage
- 5.15 Leistungsartenschlüssel für Sonderentgelte
- 5.16 Anzahl, Tage der Sonderentgelte

- 5.17 Betrag für Sonderentgelte
- 5.18 Rechnungsart (Zwischen- oder Schlußrechnung)
- 5.19 Rechnungsendbetrag
- 5.20 Zahlungsbedingungen

6. Mitteilung über Rehabilitationsmaßnahmen

Mitteilungen über Rehabilitationsmaßnahmen sollen über die gemeinsamen Daten hinaus mindestens die folgenden Angaben enthalten:

- 6.1 Diagnose
- 6.2 Art der Behinderung
- 6.3 Vorschlag für Maßnahmen der Rehabilitation
 - 6.3.1 medizinischer Art
 - 6.3.2 beruflicher Art
 - 6.3.3 Sonstige
- 6.4 Vorschläge über geeignete Einrichtungen