

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

– Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung –

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

und

die AOK Rheinland - Die Gesundheitskasse -,

die AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse -,

der Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,

die IKK Nordrhein,

der IKK-Landesverband Westfalen-Lippe,

die Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,

die Westfälische landwirtschaftliche Krankenkasse,

Bundesknappschaft,

der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

- Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

- Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe -,

die Krankenkasse für den Gartenbau, vertreten durch die jeweils örtlich zuständige landwirtschaftliche Krankenkasse

schließen den nachfolgenden Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung:

§ 1

Gegenstand und Zielsetzung

(1) Dieser Vertrag regelt die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung soweit sie gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Krankenhäusern zu fördern, um eine im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit notwendige medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus zu gewährleisten.

(2) Die Krankenhausbehandlung muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sofern mehrere behandlungsbedürftige

Krankheiten vorliegen, sollen diese - soweit medizinisch möglich - nebeneinander behandelt werden.

§ 2

Voraussetzung der Krankenhausbehandlung

(1) Krankenhausbehandlung im Sinne des § 1 wird im Rahmen des Versorgungsauftrages durchgeführt, wenn sie - von Notfällen abgesehen - von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung verordnet und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit pflegerischer Hilfeleistung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, weil ambulante vertragsärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V oder eine ambulante Operation nach § 115 b SGB V nicht ausreicht.

(2) Krankenhausbehandlung wird ohne Verordnung gemäß Absatz 1 eingeleitet, wenn sich der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder wenn der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten läßt, sofern nicht unverzüglich Krankenhausbehandlung durchgeführt wird (Notfall). Das Krankenhaus dokumentiert die Notfallaufnahme.¹

(3) Bei einem zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten und in Notfällen wird von einem Krankenhausarzt unter Berücksichtigung der Eignung des Krankenhauses gemäß Absatz 1 abgeklärt, ob und ggf. welche Art der Krankenhausbehandlung notwendig ist. Die Notwendigkeit der vollstationären Aufnahme ist unverzüglich von dem für die Behandlung verantwortlichen Krankenhausarzt zu überprüfen. Soweit zunächst vorstationäre Behandlung angezeigt ist, wird der Patient nach der Abklärungsuntersuchung nicht vollstationär aufgenommen.²

(4) Die Abklärungsuntersuchung ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Ergibt die Abklärungsuntersuchung, daß eine Krankenhausbehandlung nicht bzw. nicht sofort erforderlich ist oder nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden kann, können die dabei erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen gemäß Anlage 1 abgerechnet werden. Die Ergebnisse der Abklärungsuntersuchung sind für die weitere Behandlung des Patienten zur Verfügung zu stellen.

(5) Wird im Verlauf der vollstationären Behandlung festgestellt, daß teilstationäre Behandlung ausreicht, ist diese - erforderlichenfalls durch Verlegung - zu veranlassen. Das Krankenhaus hat dabei den nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V zu vereinbarenden Katalog über Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden, zu berücksichtigen.

(6) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als in der ärztlichen Verordnung genanntes Krankenhaus, weist das Krankenhaus den Versicherten auf den Inhalt des § 39 Abs. 2 SGB V hin. Unabhängig von der Wahl des Patienten nach § 39 Abs. 2 SGB V

¹ Protokollnotiz zu § 2 Abs. 2: Die Vertragspartner prüfen, ob eine Dokumentation i. S. § 301 SGB V ausreichend ist.

² Protokollnotiz zu § 2 Abs. 3: Verantwortlicher Krankenhausarzt im Sinne dieses Vertrages ist der vom leitenden Abteilungsarzt für die Behandlung autorisierte Arzt.

besteht unter der Voraussetzung des Absatzes 1 ein Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen.

§ 3

Ausschluß der Krankenhausbehandlung

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse ist nicht gegeben, wenn diese nicht erforderlich ist (§ 12 Abs. 1 SGB V). Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung im Sinne des § 1 liegt insbesondere nicht vor:

- a) wenn eine ambulante Operation oder eine sonstige ambulante Behandlung ausreicht,
- b) wenn sich ein chronischer 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 (vgl. § 14 Abs. 1 SGB XI) Hilfe zu leisten,
- d) bei ausschließlich sozialen Erwägungen,
- e) bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im Sinne des SGB V dienen,
- f) bei einer Unterbringung allein aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung (z. B. Ausnüchterung).

§ 4

Berücksichtigung von Untersuchungsergebnissen

Das Krankenhaus ist verpflichtet, vorliegende Untersuchungsergebnisse mit zu verwerten. Ist zu erkennen, daß es weitere, dem Krankenhaus nicht vorliegende Untersuchungsergebnisse gibt, die für die stationäre Behandlung von Bedeutung sind, sollten diese mit herangezogen werden. Das Nähere ergibt sich aus dem Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V.

§ 5

Verweisung und Verlegung

(1) Wird bei der Abklärungsuntersuchung oder im Laufe der Krankenhausbehandlung festgestellt, daß es medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verweisung bzw. Verlegung in eines der nächst-erreichbaren, geeigneten Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen. Dabei sollte auch das Verzeichnis nach § 39 Abs. 3 SGB V beachtet werden. Die zuständige Krankenkasse ist möglichst schon vor der Verlegung zu unterrichten.

(2) Bei Verlegung zur Inanspruchnahme von abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten soll stets das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus in Anspruch genommen werden.

(3) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn zur Mitbehandlung ein anderes Krankenhaus in Anspruch genommen wird und der Patient am selben Tag, spätestens jedoch innerhalb von 24 Stunden, in das erste Krankenhaus zurückkehrt. Der Patient bleibt weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses.

§ 6

Kostenzusage

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen sind vertraglicher Natur. Die Kostenzusage dokumentiert die vertraglichen Beziehungen im Einzelfall.

(2) Bei teil- oder vollstationärer Aufnahme eines Patienten leitet das Krankenhaus möglichst innerhalb von drei Arbeitstagen nach Aufnahme des Patienten der zuständigen Krankenkasse einen Aufnahmesatz nach der Datenübermittlungs-Vereinbarung (vgl. § 8 Abs. 1) zu.

(3) Die Kostenzusage wird durch die zuständige Krankenkasse aufgrund der Angaben im Aufnahmesatz des Krankenhauses sowie in der Verordnung von Krankenhausbehandlung bzw. Notfallbescheinigung (§ 2 Abs. 2 Satz 2) mit dem Kostenübernahmesatz nach der Datenübermittlungs-Vereinbarung möglichst innerhalb von drei Arbeitstagen nach Eingang des Aufnahmesatzes erklärt. Ist in der Kostenzusage ein leistungsrechtlicher Überprüfungszeitpunkt bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall genannt, benachrichtigt das Krankenhaus die zuständige Krankenkasse spätestens an dem diesem Tag folgenden Arbeitstag mit einer Verlängerungsanzeige, sofern Krankenhausbehandlung über den leistungsrechtlichen Überprüfungszeitpunkt hinaus erforderlich ist. Über das Ergebnis der Überprüfung, in die bei Vorliegen begründeter Zweifel der Medizinische Dienst der Krankenversicherung eingeschaltet werden kann, informiert die Krankenkasse das Krankenhaus unter eventueller Benennung eines neuen leistungsrechtlichen Überprüfungszeitpunktes. Hinsichtlich des weiteren Verfahrens gelten die Sätze 2 und 3 entsprechend.

(4) Die Durchführung der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung bedarf keiner gesonderten Kostenzusage. Soweit im Anschluß an die vollstationäre Behandlung eine nachstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, weist das Krankenhaus hierauf in dem Entlassungssatz hin.

(5) Eine Kostenzusage kann rückwirkend zurückgenommen werden, wenn sie auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhte. Die Kostenzusage kann ferner von dem dem Überprüfungszeitpunkt folgenden Arbeitstag an schriftlich zurückgenommen werden, wenn das Krankenhaus nicht nach Absatz 3 Satz 2 verfährt.

§ 7

Wirtschaftlichkeit

(1) Das Krankenhaus stellt eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung sicher. Dazu gehört auch eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten in seiner räumlichen Nähe. Die Krankenhausbehandlung ist zu beenden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist.

(2) Die stationäre Krankenhausbehandlung darf nicht dadurch verlängert werden, daß Operationen sowie Aufnahmen und Entlassungen nur an bestimmten Tagen erfolgen. Notwendige Diagnostik- und Therapiemaßnahmen sind schnellstmöglich durchzuführen.

§ 8

Auskunfts- und Mitteilungspflichten

(1) Das Krankenhaus übermittelt der Krankenkasse die Angaben gemäß § 301 Abs. 1 SGB V nach den Regelungen der Datenübermittlungs-Vereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Soweit bekannt, teilt das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse unverzüglich - zur Beschleunigung in Fällen nach Buchstabe a ggf. vorab fernmündlich - insbesondere mit,

- a) daß und von welchem Zeitpunkt an die Behandlung ambulant zusammen mit häuslicher Krankenpflege weitergeführt werden kann,
- b) daß die weiterhin erforderliche Krankenhausbehandlung teilstationär durchgeführt wird,
- c) daß und von welchem Zeitpunkt an die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 11 Abs. 2 SGB V oder Präventionsmaßnahmen erforderlich ist; das Nähere regelt der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V,
- d) daß ein Pflegefall vorliegt oder voraussichtlich eintreten wird; das Nähere regelt der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V,
- e) daß ein anderer Zahlungspflichtiger zuständig ist.

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

Krankentransporte

(1) Ist ein Krankentransport aus medizinischen Gründen zu Lasten einer Krankenkasse notwendig, so ist er von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen. Aus der Verordnung muß sich insbesondere ergeben, mit welchem Transportmittel die Beförderung zu erfolgen hat. Die Bestimmungen der Anlage 2 (Kranken-

transport-Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung) zu diesem Vertrag sind zu beachten. Transporte im Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme sind nur im Notfall vom Krankenhausarzt zu beurteilen. Das Verfahren zur Anforderung von Krankentransportwagen ist mit den örtlichen Krankenkassen abzustimmen.

(2) Die Kosten eines Krankentransportes im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung und Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie mit der vor- und nachstationären Behandlung sind nicht mit den Pflegesätzen abgegolten.

(3) Rettungshubschrauber dürfen für Sekundärtransporte nur eingesetzt werden, wenn die schnellstmögliche Verlegung in ein anderes Krankenhaus aus zwingend medizinischer Notwendigkeit geboten ist und andere Transportmittel aus medizinischen Gründen hierfür nicht in Frage kommen, es sei denn, der Rettungshubschrauber stellt die im Einzelfall wirtschaftlichere Alternative dar. Die erforderlichen Feststellungen werden von dem für die Behandlung verantwortlichen Krankenhausarzt oder von dem ihn vertretenden Arzt getroffen. Die Anforderung des Rettungshubschraubers hat über die zuständige Rettungsleitstelle zu erfolgen.

§10

Beurlaubung

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

(2) In Ausnahmefällen kann der Patient im Rahmen einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten - soweit ärztlich vertretbar - oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beurlaubt werden. Urlaub soll nur für einige Stunden gewährt werden, möglichst nicht über Nacht. Zur Beurlaubung von mehr als 24 Stunden ist die Einwilligung der Krankenkasse erforderlich; diese kann für den Einzelfall oder - z. B. bei psychiatrischer Behandlung - allgemein erteilt werden.

(3) Die Patienten werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei- und Hilfsmitteln versorgt, welcher sie entsprechend der laufenden Therapie bedürfen. Die Kosten hierfür sind mit dem von der Krankenkasse zu zahlenden Pflegesatz abgegolten.

(4) Die durch eine notwendige Behandlung eines Beurlaubten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten werden direkt zwischen dem Leistungserbringer und der zuständigen Krankenkasse bzw. Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet.

(5) Krankentransport- und Fahrkosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses. Das Krankenhaus darf keine Verordnung eines Krankentransports zu Lasten der Krankenkasse ausstellen.

(6) Für die Dauer der Beurlaubung werden der Krankenkasse lediglich die Tage mit dem Pflegesatz in Rechnung gestellt, an denen der Patient den Urlaub antritt und aus dem Urlaub zurückkehrt. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, wird der Pflegesatz weiterberechnet. Die Urlaubstage sind der zuständigen Krankenkasse in der Rechnung mitzuteilen.

§ 11

Daten, Berichte und Bescheinigungen

(1) Am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus ist ein vorläufiger ärztlicher Entlassungsbericht dem Patienten mitzugeben oder mit seinem Einverständnis dem weiterbehandelnden Vertragsarzt zu übersenden. Hieraus müssen folgende Angaben hervorgehen:

- Entlassungsbefund,
- Entlassungsgrund,
- Therapieangaben, bei Arzneimitteln vorrangig Angabe des Wirkstoffes sowie nachrichtlich Name des im Krankenhaus verwendeten Medikaments,
- angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen oder andere therapeutische oder pflegerische Maßnahmen,
- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

(2) Dem einweisenden Arzt bzw. dem weiterbehandelnden Arzt ist ein abschließender ärztlicher Entlassungsbericht unverzüglich nachzureichen.

(3) Das Ausfertigen von Bescheinigungen und Erstellen von Berichten, die die Krankenkassen, die Ärzte, die für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung tätig sind, und der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen, gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

(4) Der für die Behandlung verantwortliche Krankenhausarzt oder der ihn vertretende Arzt kann dem Patienten für die Dauer der vor- oder nachstationären Behandlung eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen; die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (AU-Richtlinien) sind hierbei konsequent zu beachten.

§ 12

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten

Werden im Krankenhaus oder in einer Entbindungsanstalt Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach dem SGB V erbracht, obliegt es dem Träger der Einrichtung, die ordnungsgemäße Durchführung und deren Dokumentation sicherzustellen.

§ 13**Datenschutz**

Bei der Weitergabe von Daten sind die einschlägigen Bestimmungen zu beachten.

§ 14**Rechnungslegung**

(1) Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse eine Schlußabrechnung übersandt. Für laufende Fälle mit einer Verweildauer von mehr als 15 Tagen können, soweit die Krankenhausbehandlung nicht mit einer Fallpauschale zu vergüten ist, nach Maßgabe der Pflegesatzvereinbarung Zwischenrechnungen, die als solche zu kennzeichnen sind, erstellt werden.

(2) Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus an, ist, soweit die Krankenhausbehandlung nicht mit einer Fallpauschale zu vergüten ist, eine Zwischenrechnung zum 31.12. zu erstellen.

(3) Die Parteien der Pflegesatzverhandlungen können zu Absatz 1 und 2 ergänzende Regelungen treffen.

(4) Die Rechnungslegung einschließlich Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V richtet sich nach der Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(5) Wenn von der Krankenkasse mitgeteilt wird, daß sie die Krankenhausbehandlung als Auftragsleistung (z. B. nach dem Bundesvertriebenengesetz, Bundesseuchengesetz, Bundesentschädigungsgesetz, Opferentschädigungsgesetz) gewährt, ist der Krankenkasse eine Einzelrechnung in doppelter Ausfertigung einzureichen.

(6) Sofern die Kostenzusage 14 Tage nach Entlassung des Patienten noch nicht vorliegt, kann das Krankenhaus seine Leistungen in Rechnung stellen. Bei Vorliegen der Anspruchsvoraussetzungen gilt § 15 Abs. 1 Satz 4.

§ 15**Zahlungsweise**

(1) Die Rechnungen sind innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.

(2) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung können auch andere Formen einer zeitnahen Zahlung vereinbaren.

(3) Soweit Rechnungsbetrag und Überweisung nicht übereinstimmen, übermittelt die Krankenkasse eine Zahlungsmitteilung an das Krankenhaus.

(4) Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden.

§ 16

Zahlungsregelung

(1) Das Krankenhaus zieht nach § 43 b SGB V von dem Versicherten die anfallenden Zuzahlungsbeträge nach § 39 Abs. 4 SGB V nach Maßgabe der nachstehenden Absätze ein. Ein Zuzahlungsbetrag ist nicht bzw. insoweit nicht einzuziehen, wenn das Krankenhaus aufgrund eigener Unterlagen feststellt, daß der Versicherte im laufenden Jahr bereits Zuzahlungen geleistet hat. Dasselbe gilt, wenn der Versicherte einen entsprechenden Nachweis (z. B. Vorlage einer Quittung) führt oder die Krankenkasse rechtzeitig eine entsprechende Erklärung abgibt.

(2) Das Krankenhaus klärt den Versicherten über die Verpflichtung zur Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V zugunsten der Krankenkasse in geeigneter Weise (durch persönliche Ansprache bei der Aufnahme und durch ein gemeinsames Merkblatt - vgl. Anlage 3) auf. Für den Aufnahme- und Entlassungstag ist je eine Zuzahlung zu entrichten. Dies gilt auch in den Fällen, in denen die Krankenhausbehandlung zwar unter 24 Stunden andauert, sich aber auf zwei Kalendertage erstreckt.

(3) Das Krankenhaus fordert den Versicherten auf, die Zuzahlung mit befreiender Wirkung an das Krankenhaus zu zahlen. Dabei wirkt das Krankenhaus darauf hin, daß die Zuzahlungsbeträge während des stationären Aufenthaltes entrichtet werden. Dies gilt auch für Anspruchsberechtigte nach dem BSHG.

(4) Das Krankenhaus quittiert den eingezahlten Betrag.

(5) Sollte der Versicherte seine Zuzahlungspflicht nicht erfüllen, fordert ihn das Krankenhaus mindestens einmal schriftlich auf, seiner Zuzahlungspflicht nachzukommen. Bestehende abweichende Vereinbarungen gelten weiter.

(6) Das Krankenhaus rechnet die eingezogenen Zuzahlungsbeträge (Ist-Beträge) mit der zuständigen Krankenkasse nach der Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung ab.

(7) Weist der Versicherte der Krankenkasse z. B. durch Vorlage einer Quittung nach, daß Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so erstattet sie dem Versicherten die überzahlten Beträge. Überzahlungen infolge kürzerer Verweildauer erstattet das Krankenhaus dem Patienten.

(8) Durch die Zahlungsregelung bleiben die sonstigen Verpflichtungen der Krankenkasse und des Krankenhauses unberührt. Insbesondere dürfen von der tatsächlichen Entrichtung der Zuzahlung die Kostenzusage durch die Krankenkasse, die Leistungserbringung durch

das Krankenhaus und die Zahlung der Vergütung durch die Krankenkasse nicht abhängig gemacht werden.

§ 17

Hilfsmittel

(1) Soweit den Patienten in begründeten Fällen bei der Entlassung Arzneimittel mitgegeben werden, sind die Kosten hierfür mit dem Pflegesatz abgegolten. Die Regelungen im Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V für die vor- und nachstationäre Behandlung bleiben hiervon unberührt.

(2) Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkassen für den Gebrauch nach dem stationären Aufenthalt muß so rechtzeitig erfolgen, daß die Anpassung und/oder Ausbildung im Gebrauch die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht verlängert. Dabei sind die Heilmittel- und Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Im Hinblick auf Auswahl und Beschaffung der geeigneten Hilfsmittel soll die zuständige Krankenkasse hinzugezogen werden.

(3) Werden Hilfsmittel außerhalb der eigentlichen Krankenhaustherapie und weiter nach der Entlassung benötigt, sind sie nicht Gegenstand der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 1 BPfIV.

§ 18

Vertragsausschuß

Zur Klärung von Zweifelsfragen und Beilegung von Meinungsverschiedenheiten bei der Durchführung dieses Vertrages wird bei Bedarf ein Vertragsausschuß gebildet, dem Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und der Verbände der Krankenkassen mit gleicher Stimmenzahl angehören. Auf Verlangen eines Vertragspartners ist der Vertragsausschuß einzuberufen. Empfehlungen des Vertragsausschusses bedürfen des Einvernehmens aller anwesenden Ausschußmitglieder.

§ 19

Inkrafttreten, Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.1997 in Kraft und löst den Vertrag nach §112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 30.01.1992 ab.

(2) Der Vertrag kann nach Maßgabe des § 112 Abs. 4 SGB V gekündigt werden. Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragsparteien ihre Bereitschaft, an der Verabschiedung eines neuen Vertrages mitzuwirken.

Anlage 1

Abrechnungsregelung zur Abklärungsuntersuchung (§ 2 Abs. 3 und 4)

(1) Ergibt eine Abklärungsuntersuchung nach § 2 Abs. 3 dieses Vertrages, daß eine Krankenhausbehandlung nicht bzw. nicht sofort erforderlich ist oder nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden kann, können die dabei erbrachten Leistungen wie folgt abgerechnet werden:

- a) Sofern festgestellt wird, daß eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist, richtet sich die Vergütung nach der Vereinbarung gemäß § 115 a SGB V.
- b) Wird mit der Abklärungsuntersuchung festgestellt, daß Krankenhausbehandlung erforderlich ist, und wird diese zu einem späteren Zeitpunkt im selben Krankenhaus ohne erneute vorstationäre Behandlung durchgeführt, kann die Abklärungsuntersuchung im Zusammenhang mit der Hauptleistung nach Einzelleistungen bis maximal zum Betrag der Fallpauschale für vorstationäre Behandlung gem. § 115 a SGB V abgerechnet werden. Geht der Hauptleistung eine vorstationäre Behandlung voran, ist nur diese, nicht jedoch die frühere Abklärungsuntersuchung abrechenbar. Satz 1 und entsprechend Satz 2 gelten nicht für Patienten, deren Behandlungsleistung mit einer Fallpauschale abgegolten wird.
- c) Wird bei der Abklärungsuntersuchung festgestellt, daß Krankenhausbehandlung erforderlich ist, und wird diese nicht in demselben Krankenhaus durchgeführt, kann die Abklärungsuntersuchung nach Einzelleistungen bis maximal zum Betrag der Fallpauschale für vorstationäre Behandlung gem. § 115 a SGB V abgerechnet werden. Dem aufnehmenden Krankenhaus sollen die Ergebnisse der Abklärungsuntersuchung zur Vermeidung von Doppelabrechnungen zur Verfügung gestellt werden.

(2) Die Einzelleistungen sind zum Zwecke der Abrechnung zu dokumentieren. Die Leistungen werden auf der Basis der GOÄ (1 fach-Satz) bewertet und gegenüber der Krankenkasse mit gesonderter Rechnung abgerechnet.

(3) Die Fälligkeit der Rechnungen entsteht

- nach Ziffer 1 b mit Abschluß des jeweiligen Behandlungsfalls,
- nach Ziffer 1 c vier Wochen nach Durchführung der Abklärungsuntersuchung.

Anlage 2

Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinien) vom 17.06.1992 (BAnz Nr. 183 b vom 29.09.1992)

Die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs. 1 SGB V beschlossenen Richtlinien dienen der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen. Die Entscheidung des Kassenarztes über das Beförderungsmittel richtet sich ausschließlich nach der medizinischen Indikation.

1. Begriffsbestimmungen

1.1 Krankenfahrten sind Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind und mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxi, Mietwagen oder mit dem eigenen Pkw durchgeführt werden. Eine fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.

1.2 Krankentransporte sind Fahrten, bei denen während der Fahrt eine fachliche Betreuung des Versicherten oder der Einsatz der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens (Krankentransportwagen, Rettungswagen oder Notarztwagen) erforderlich ist oder aufgrund des Zustandes des Versicherten möglicherweise notwendig wird. Eine Rettungsfahrt liegt vor, wenn der Krankentransport mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) erfolgt.

Bei Benutzung von Sonderfahrzeugen des Behindertendienstes liegt kein Krankentransport vor.

2. Leistungen der Krankenkasse

2.1 Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten in Höhe des 20 DM je Fahrt übersteigenden Betrages

- bei Leistungen, die stationär erbracht werden,
- bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist,
- bei ambulanten Behandlungen, die anstelle einer stationären Behandlung durchgeführt werden (ambulante Operationen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, ambulante Durchführung von Chemotherapie oder Strahlentherapie) oder
- bei anderen Fahrten von Versicherten (unabhängig vom Fahrziel), bei denen eine fachliche Betreuung oder die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erforderlich ist oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport).

2.2 Über die in Nummer 2.1 genannten Fälle hinaus werden Fahrkosten für medizinisch notwendige Fahrten, die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse erforderlich werden, nur im Rahmen der Härtefallregelung übernommen. In diesen Fällen entfällt auch die Entrichtung eines Eigenanteils von bis zu 20 DM.

3. Verordnung

3.1 Liegen medizinische Gründe nach Nummer 2.1 für die Verordnung einer Krankenfahrt oder einer Krankentransportleistung vor und stellt der Kassenarzt fest, daß der Patient nicht zu Fuß gehen bzw. kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen kann, so kann der Arzt eine Krankenfahrt oder eine Krankentransportleistung auf dem gültigen Vordruck verordnen.

3.2 Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, soll der Kassenarzt einen Sammeltransport verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dem entgegenstehen.

3.3 In den Fällen nach Nummer 2.2 (Härtefallregelung) soll der Kassenarzt eine Verordnung nur ausstellen, wenn eine Krankenfahrt mit dem Taxi oder Mietwagen oder ein Krankentransport medizinisch notwendig ist und der Versicherte den Befreiungsbescheid seiner Krankenkasse vorgelegt hat. In anderen Fällen kann der Arzt auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung ausstellen.

3.4 Die Kosten werden grundsätzlich nur dann übernommen, wenn die Verordnung des behandelnden Kassenarztes vorliegt; sie ist - mit Ausnahme von Notfällen - vor dem Transport auszustellen. Ein Notfall ist anzunehmen, wenn sich der Kranke in Lebensgefahr befindet oder schwere Gesundheitsschäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich medizinische Hilfe erfolgt.

4. Auswahl des Beförderungsmittels

4.1 Über die Art der Beförderung entscheidet der verordnende Kassenarzt. Bei der Entscheidung, die von der medizinischen Indikation auszugehen hat, soll der Gesundheitszustand des Patienten, seine Gehfähigkeit und die Länge der Beförderungstrecke berücksichtigt werden.

4.2 Ist eine Beförderung mit einem Pkw aus medizinischen Gründen nicht möglich, hat der Kassenarzt unter Beachtung eines strengen Maßstabes anzugeben, welches Beförderungsmittel (Nummern 4.2.1 bis 4.2.4) notwendig ist.

4.2.1 Krankentransportwagen sind grundsätzlich für alle medizinisch erforderlichen Krankentransporte von Nichtnotfallpatienten vorzusehen, und zwar bei

- Personen, die an einer ansteckenden Krankheit erkrankt oder deren verdächtig sind,
- Personen, die aufgrund ihrer Krankheit im Liegen zu befördern sind, oder
- hilfsbedürftigen Personen, die im Zusammenhang mit der Beförderung zu ihrem Bestimmungsort (z. B. Wohnung/Arztpraxis, Krankenhaus) einer fachlichen Betreuung (z. B. im Rettungsdienst/Krankentransport ausgebildete Personen) oder der Einrichtung des Krankentransportwagens bedürfen; ihnen gleichgestellt sind Personen, bei denen eine solche Hilfsbedürftigkeit zu erwarten ist.

4.2.2 Rettungswagen sind zur Erstversorgung und zum Transport von Notfallpatienten anzufordern, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen.

4.2.3 Notarztwagen sind für die Erstversorgung und den Transport von Notfallpatienten anzufordern, bei denen vor und/oder während des Transportes lebensrettende und erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen sind, für die ein Arzt erforderlich ist.

4.2.4 Rettungshubschrauber sind dann anzufordern, wenn die Notwendigkeit einer schnellen Heranführung des Notarztes an den Unfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen

und zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel besteht.

4.3 Zur Vermeidung unkoordinierter Einsätze sollte der Kassenarzt Rettungswagen, Notarztwagen und Rettungshubschrauber nur über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anfordern.

5. Inhalt der Verordnung

5.1 Der Kassenarzt ist gehalten, die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen sorgfältig und leserlich auszufüllen. Die Verordnung ist grundsätzlich auf dem vereinbarten Vordruckmuster vorzunehmen.

5.2 In der Verordnung hat der Kassenarzt insbesondere anzugeben:

5.2.1 Beförderungsmittel:

- Taxi, Mietwagen
- Krankentransportwagen
- Rettungswagen
- Notarztwagen
- andere Transportmittel (z. B. Rettungshubschrauber)

5.2.2 Ausgangs- und Zielort:

- Wohnung
- Arztpraxis
- Krankenhaus
- andere Transportwege

5.2.3 Art des Transports:

- Sammeltransport

5.2.4 Vorliegen eines Unfalles

- ja/nein
- Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit
- sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
- Versorgungsleiden

6. Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 01.01.1992 in Kraft.

Köln, den 17.06.1992

Anlage 3

Merkblatt für Versicherte der Krankenkasse

Nach § 39 Abs. 4 des 5. Buches des Sozialgesetzbuches haben Versicherte vom Beginn der Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 14 Tage [17,00 DM) je Kalendertag an das Krankenhaus zu zahlen. Das Krankenhaus leitet diese Zuzahlung an die Krankenkasse weiter.

Die Zuzahlungspflicht besteht im wesentlichen nicht bei

- Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- teilstationärer Krankenhausbehandlung,
- stationärer Entbindung,
- stationärer Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der Zuzahlungsbetrag ist während des Krankenhausaufenthaltes - möglichst zu Beginn - zu entrichten. Im Hinblick auf einen weiteren Krankenhausaufenthalt innerhalb eines Kalenderjahres sollte der Zuzahlungsbeleg vorsorglich bis zum Jahresende aufbewahrt werden. Für Sozialhilfebezieher übernimmt die Zuzahlung grundsätzlich das zuständige Sozialamt auf Antrag des Patienten; Anspruchsberechtigte werden daher gebeten, der Krankenhausverwaltung das zuständige Sozialamt bei der Aufnahme zu benennen.

Sollten aufgrund einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes Beträge zuviel gezahlt worden sein, so wird Ihnen die Differenz zur tatsächlichen Verweildauer vom Krankenhaus erstattet. Wird der Krankenkasse (z. B. durch Vorlage einer Quittung) nachgewiesen, daß Zuzahlungen zu Unrecht geleistet wurden, so erstattet sie diese Beträge.

Für weitere Informationen stehen Ihnen die Krankenhausverwaltung sowie Ihre Krankenkasse zur Verfügung.