

**Schiedsspruch**

**(Stand 19.11.1999)**

**V E R T R A G**

**nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V**

**- Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung -**

zwischen

der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.

und

der AOK–Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, Eisenberg,

dem BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz.

der IKK Rheinland-Pfalz, Mainz,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Rheinland-Pfalz, Speyer,

der Krankenkasse für Gartenbau, Kassel,

der Bundesknappschaft, Bochum,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz,

dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz.

## **§ 1 Zielsetzung und Wirtschaftlichkeit**

Dieser Vertrag soll dazu dienen die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern 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 Krankenbehandlung hinzuwirken. Die Krankenhausbehandlung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

## **§ 3 Notwendigkeit und Durchführung von Krankenhausbehandlung**

- (1) Die gemäß § 108 SGB V zur Durchführung von Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser sind unter Berücksichtigung ihrer Aufgabenstellung sowie nach Maßgabe dieses Vertrages berechtigt und verpflichtet, die Anspruchsberechtigten der Krankenkasse zu behandeln.
- (2) Krankenhausbehandlung <sup>1</sup> (vollstationär oder teilstationär) <sup>1</sup> wird durchgeführt, wenn sie –von Notfällen abgesehen- von einem Vertragsarzt verordnet ist und nach Art oder Schwere der Krankheit das Behandlungsziel nicht durch vor- oder nachstationäre Krankenhausbehandlung (§ 115 a SGB V) oder ambulantes Operieren (§ 115 b SGB V) bzw. ambulante vertragsärztliche Versorgung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Vor der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung wird von einem Krankenhausarzt entschieden, welche Krankenhausbehandlungsform gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V notwendig ist. Die unverzügliche ärztliche Untersuchung ist sicherzustellen. Die Aufnahme soll unverzüglich von dem leitenden Abteilungsarzt oder seinem Vertreter überprüft werden. Dies ist zu dokumentieren; im übrigen gelten die vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen.
- (3) Vertragsärzte in diesem Sinne sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmenden zugelassenen und ermächtigten Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen.
- (4) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund eine anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, hat das Krankenhaus unabhängig von der Verpflichtung des Patienten nach § 39 Abs. 2 SGB V einen Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen <sup>2</sup>.
- (5) Ein Notfall i.S. des Absatz 2 liegt insbesondere vor, wenn sich der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht sofortige Krankenhausbehandlung eingeleitet wird. Dies ist zu dokumentieren.

---

<sup>1</sup> Siehe Protokollnotizen

- (6) Sofern mehrerer stationär oder nicht aufschiebbar behandlungsbedürftige Krankheiten vorliegen, sind diese, soweit medizinisch möglich, während des Krankenhausaufenthaltes zu behandeln.
- (7) Die Aufnahme in das Krankenhaus begründet keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse, wenn diese nicht erforderlich ist. Medizinische Notwendigkeit liegt insbesondere nicht vor
  - (a) bei einem Pflegefall<sup>3</sup>, ausgenommen bei akutem Krankheitsgeschehen,
  - (b) bei sozialen Erwägungen<sup>4</sup>,
  - (c) bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen.
  - (d) bei einer Unterbringung allein aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung.
- (8) Wird bei der Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder im Laufe der Behandlung festgestellt, dass es medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verweisung oder Verlegung in eines der nächsterreichbaren, geeigneten und berechtigten Krankenhäuser unter Berücksichtigung des Wahlrechts des Patienten unverzüglich zu veranlassen.
- (9) Keine Verlegung liegt vor, wenn der Patient während des stationären Aufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und er an demselben Tag wieder zurückkehrt (Verbringung). Bei der Verbringung verbleibt der Patient weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit des ersten Krankenhauses.
- (10) Wird bei der Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung oder im Laufe der Behandlung festgestellt, dass teilstationäre Behandlung ausreicht, ist diese -erforderlichenfalls durch Verlegung- zu veranlassen.
- (11) Die Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist Teil der vorstationären Behandlung gem. § 115 a Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

### **§ 3**

#### **Berücksichtigung von Untersuchungsergebnissen**

Das Krankenhaus ist verpflichtet, ihm vorliegende Untersuchungsergebnisse mitzuverwerten. Das Nähere wird in einem Vertrag gem. § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geregelt.

## § 4

### **Kostenübernahmeerklärung**

- (1) Die Kostenübernahme dokumentiert die vertraglichen Beziehungen für die Dauer der Anspruchsberechtigung des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse. Sie wird grundsätzlich unbefristet ausgestellt. Sie kann in einzelnen Behandlungsfällen zeitlich befristet werden, z.B. wenn die vom Krankenhaus nach § 301 SGB V zu liefernden Daten unvollständig sind oder nicht rechtzeitig vorgelegt werden oder hinsichtlich der voraussichtlichen Verweildauer nicht schlüssig sind. Der Grund der Befristung ist dem Krankenhaus zu nennen. Bei fortdauernder Krankenhausbehandlung ist eine nachträgliche oder rückwirkende Befristung der Kostenübernahme in entsprechender Anwendung des SGB X möglich.
- (2) Ist die Kostenübernahmeerklärung befristet und ist eine Fortführung der stationären Behandlung erforderlich, beantragt das Krankenhaus rechtzeitig vor Ablauf, unter Angabe der Gründe und der voraussichtlichen weiteren Dauer der Krankenhausbehandlung, die Verlängerung.
- (3) Anspruchsberechtigte einer Krankenkasse weisen sich dem Krankenhaus gegenüber in der Regel durch eine Kostenübernahmeerklärung aus.
- (4) Für Patienten, die bei der Aufnahme noch keine Kostenübernahmeerklärung vorweisen, fordert das Krankenhaus diese Erklärung, unbeschadet einer dahingehenden eigenen Verpflichtung des Patienten, unverzüglich bei der zuständigen Krankenkasse an. Zusammen mit der Anforderung übermittelt das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse die Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V, insbesondere die Verordnung der Krankenhausbehandlung des Vertragsarztes mit Angabe der Diagnose. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus unverzüglich<sup>5</sup> schriftlich mit, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt.

## § 5

### **Verweildauer und Entlassung**

- (1) Auf Kosten der Krankenkassen darf die Krankenhausbehandlung nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer gewährt werden. Die Entlassungen dürfen nicht auf bestimmte Wochentage beschränkt werden.
- (2) Der Patient in häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V zu entlassen, wenn dies aus medizinischen Gründen möglich ist.
- (3) Soweit in begründeten Ausnahmefällen dem Patienten bei der Entlassung Medikamente mitgegeben werden, gehören diese zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 7 Abs. 1 BpflV).

## **§ 6 Beurlaubung**

- (1) Mit der Notwendigkeit stationärer Behandlung ist eine Beurlaubung regelmäßig nicht vereinbar.
- (2) Beurlaubungen sollen während der stationären Behandlung, insbesondere für Langzeitpatienten, aus therapeutischen Gründen nur ausgesprochen werden, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind. Die Beurlaubung soll für höchstens vier fortlaufenden Tage (einschl. der Tage des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub) ausgesprochen werden.
- (3) Zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten dürfen Patienten in begründeten Ausnahmefällen, wenn ärztlich vertretbar, in der Regel bis 24 Stunden aus der stationären Behandlung beurlaubt werden. Dauert die Erledigung persönlicher Angelegenheiten mehr als 24 Stunden, dann soll der Patient, sofern ärztlich vertretbar, entlassen werden.
- (4) Für Patienten, deren stationärer Aufenthalt voraussichtlich länger als zwei Monate andauern wird, dürfen Beurlaubungen während der Festtage, zu Ostern, Pfingsten und Weihnachten für jeweils höchstens vier fortlaufende Tage (einschl. der Tages des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub) gewährt werden, sofern dies ärztlich vertretbar ist. Die Beurlaubungen dürfen in der Regel frühestens nach Ablauf eines dreiwöchigen Krankenhausaufenthaltes gewährt werden.
- (5) Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes oder seines Vertreters ausgesprochen werden. Von der Beurlaubung soll grundsätzlich abgesehen werden, wenn der Zustand des Patienten einen Liegendtransport erfordert.
- (6) Beurlaubungen sind der jeweils zuständigen Krankenkasse in der Entlassungsanzeige mitzuteilen. Eine Beurlaubung ist unter Nennung des Grundes sowie des Datums zeitnah der Krankenkasse zu melden.
- (7a) Für die Dauer der Beurlaubung werden den Krankenkassen die Tage, an denen der Patient den Urlaub antritt und aus dem Urlaub zurückkehrt, mit den vollen tagesgleichen Pflegesätzen gem. § 13 BPfIV in Rechnung gestellt. Für dazwischen liegende Urlaubstage werden die tagesgleichen Pflegesätze gem. § 13 BPfIV mit 75 v. H. berechnet; bei mehr als zwei Tagen<sup>6</sup> werden die tagesgleichen Pflegesätze nicht mehr berechnet. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, dürfen die tagesgleichen Pflegesätze gem. § 13 BPfIV für einen Tag berechnet werden.
- (7b) Bei der Ermittlung der Grenzverweildauer bei Fallpauschalen-Patienten werden die vollen Tage der urlaubsbedingten Abwesenheit des Patienten vom Krankenhaus nicht einbezogen.

- (8) Die Urlaubstage (volle Tage der Abwesenheit vom Krankenhaus) werden nicht als Berechnungs- bzw. Belegungstage gezählt.
- (9) Die Patienten werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei- Heil- und Hilfsmittel versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie voraussichtlich bedürfen. Diese Versorgung gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 BPfIV).
- (10) Die durch die notwendige Behandlung eines Beurlaubten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.
- (11) Krankenbeförderungs- und Reisekosten während der Dauer der Beurlaubung gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses. Bei Beurlaubungen aus persönlichen Gründen dürfen auch keine Verordnungen einer Krankenbeförderung zu Lasten der Krankenkasse ausgestellt werden.

## **§ 7**

### **Berichte und Bescheinigungen**

- (1) Der Krankenkasse ist spätestens am dritten Werktag nach der voll- bzw. teilstationären Aufnahme die Aufnahmeanzeige zuzusenden.
- (2) Wird der Patient entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt oder verlässt er ohne ärztliche Genehmigung das Krankenhaus, ist der Krankenkasse spätestens am dritten Werktag nach dem Verlassen die Entlassungsanzeige zu übersenden. Satz 1 gilt bei Wechsel des Leistungsträgers entsprechend. Sobald die datenverarbeitenden Voraussetzungen im Rahmen des § 301 SGB V und den entsprechenden Verträgen auf Bundesebene geschaffen sind, melden die Krankenhäuser auch interne Verlegungen.
- (3) Bei Teilnahme am Datenträgeraustausch kann auf die Entlassungsanzeige verzichtet werden.
- (4) Am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus ist dem Patienten ein vorläufiger Bericht für den weiterbehandelnden Arzt mitzugeben oder mit seinem Einverständnis zu übersenden. Aus dem Entlassungsbericht müssen die Diagnose, der Entlassungsgrund, Therapieangaben, grundsätzlich nur noch die Bezeichnung des Medikamentenwirkstoffes in der gewählten Dosierung, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hervorgehen.
- (5) Mit Einverständnis des Patienten ist dem einweisenden Arzt und/oder dem weiterbehandelnden Arzt ein abschließender ärztlicher Entlassungsbericht unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen, zu übersenden.
- (6) Bescheinigungen und Berichte, die die Krankenkasse, die Beratungsärzte und der behandelnde Arzt im Zusammenhang mit der stationären Behandlung zur

Durchführung ihrer Aufgaben benötigen, sind allgemeine Krankenhausleistungen.

- (7) Krankenhausärzte sind verpflichtet, den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten auf deren Verlangen hin eine Bescheinigung für die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage bei ihrem Arbeitgeber auszustellen.

## **§ 8 Krankenbeförderungen**

- (1) Ist eine Krankenbeförderung zu Lasten einer Krankenkasse notwendig, so ist sie von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit anzuordnen. Aus der Anordnung muss sich ergeben, mit welchem Transportmittel die Beförderung zu erfolgen hat. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenfahrten, Kranken-transport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinien) sollen in der jeweils geltenden Fassung sinngemäß angewendet werden.
- (2) Die im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung, Verlegung oder Beurlaubung entstehenden Krankenbeförderungskosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses. Liegt die Zusammenarbeit zweier Krankenhäuser bei der Erbringung von Fallpauschalen in deren ausschließlichen wirtschaftlichen Interesse, gehen Transportkosten für Patienten während der Krankenhausbehandlung nicht zu Lasten der Krankenkasse.

## **§ 9 Zahlungsregelungen**

- (1) Nach Beendigung der Krankenhausbehandlung wird der zuständigen Krankenkasse in der Regel innerhalb 14 Kalendertagen nach der Entlassung eine Schlussrechnung übersandt. Für Krankenhausaufenthalte bei Patienten, für die die erbrachten Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen abgerechnet werden und die voraussichtlich länger als sieben Kalendertage dauern kann, kann das Krankenhaus gem. § 14 Abs. 9 BPfIV angemessene Abschlagszahlungen i.H.v. 60 % des voraussichtlichen Rechnungsbetrages von der zuständigen Krankenkasse verlangen. Für alle übrigen Fälle (Sonderentgelte und Pflegesätze gem. § 13 Abs. 1 BPfIV) 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. Abs. 5 bleibt unberührt.
- (2) Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, muss in diesen Fällen jeweils eine Zwischenrechnung per 31.12. erstellt werden.

- (3) Die Zwischen- und Schlussrechnungen sowie die Anforderung von Abschlagszahlungen müssen die Angaben nach § 301 SGB V enthalten. Das Nähere zum Verfahren über Zwischenrechnungen ist von den Vertragsparteien in der Pflegesatzvereinbarung zu regeln.
- (4) Von den Versicherten der Mitgliedskassen der vertragsschließenden Verbände der Krankenkassen werden im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen keine Vorschüsse erhoben; dies gilt nicht, wenn diese Leistungen aufgrund eines Behandlungsvertrages zwischen Krankenhaus und Patient erbracht werden.
- (5) Soweit erkennbar ist oder von der Krankenkasse mitgeteilt wird, dass die Krankenhauspflege als Auftragsleistung erbracht wird (z.B. nach dem Bundesversorgungsgesetz, dem Soldatenversorgungsgesetz, dem Bundesseuchengesetz u.s.w.), müssen bei der zuständigen Krankenkasse Einzelrechnungen in doppelter Ausfertigung eingereicht werden.
- (6) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. 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) Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus Verzugszinsen i.H.v. 2% über den Basiszinssatz bzw. dem jeweils geltenden Referenzzinssatz ab Fälligkeitstag (Abs. 6 Satz 1) berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf (Zinstage jährlich 360, monatlich 30 Tage)
- (8) Vorstehende Regelungen gelten als zeitnahe Zahlungen nach § 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV<sup>7</sup>.
- (9) Die Abtretung von Forderungen der Krankenhäuser gegenüber den Krankenkassen an Kreditinstitute oder Dritte ist nur mit Zustimmung des Zahlungspflichtigen zulässig.

## **§ 10 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 bei Beginn oder während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten. Wird im Ausnahmefall eine Zuzahlung während des Krankenhausaufenthaltes nicht geleistet, bemüht sich



das Krankenhaus, durch eine schriftliche Erinnerung den Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V durch Aushändigung eines Merkblattes auf.

- (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 führt oder die Krankenkasse rechtzeitig eine entsprechende Erklärung abgibt.
- (5) Die Zuzahlungsbeträge nach § 3 Abs. 4 SGB V werden mit der Forderung des Krankenhauses auf Erstattung von der Krankenhausbehandlung gegengerechnet. Dies erfolgt in der Weise, dass das Krankenhaus die tatsächlich vereinnahmten Zuzahlungsbeträge patientenbezogen von der Pflegesatzrechnung absetzt. Soweit ein Krankenhaus Zwischenabrechnungen erstellt, setzt das Krankenhaus die Zuzahlungsbeträge spätestens von der Schlussrechnung patientenbezogen ab. Abweichend hiervon kann von den Beteiligten vor Ort ein anderes Abrechnungsverfahren schriftlich vereinbart werden.
- (6) Die trotz schriftlicher Erinnerung durch das Krankenhaus vom Versicherten nicht geleisteten Zuzahlungen werden vom Krankenhaus mindestens vierteljährlich listenmäßig unter Angabe des Namens, Geburtsdatums und Versichertenstatus (bei Familienangehörigen Name und Geburtsdatum des Versicherten) den Krankenkassen bekanntgegeben.
- (7) Weist der Versicherte dieser Krankenkasse z.B. durch Vorlage einer Quittung nach, dass die Zahlung zu Unrecht geleistet wurden, so erstattet die Krankenkasse dem Versicherten die überzahlten Beträge.

## **§ 11**

### **Heil- und Hilfsmittel**

- (1) Heil- und Hilfsmittel, die bis zum Abschluss der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung erforderlich sind, gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 1 BPfIV).
- (2) Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkassen für den nachstationären Bedarf muss so rechtzeitig erfolgen, dass die Anpassung und Ausbildung im Gebrauch den Verlauf der stationären Behandlung und die Entlassung aus der stationären Behandlung positiv beeinflusst bzw. nicht verzögert. Dabei sind die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu berücksichtigen.

## **§ 12 Auskunfts- und Mitteilungspflichten**

- (1) Das Krankenhaus übermittelt der Krankenkasse die zur Prüfung der Leistungspflicht und zu Abrechnung erforderlichen Angaben (§ 301 Abs. 1 und 2 Satz 1 SGB V).
- (2) Das Krankenhaus teilt der zuständigen Krankenkasse insbesondere unverzüglich mit, dass
  - a) ein Patient zum Pflegefall geworden ist (Zeitpunkt) <sup>8</sup>,
  - b) nach der Art der Erkrankung ein berufsgenossenschaftliches Heilverfahren wegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit angezeigt ist,
  - c) die Erkrankung auf Kriegs-, Wehr- oder Zivildienstschädigung beruht,
  - d) ein anderer Zahlungspflichtiger zuständig ist,
  - e) sich ein Unfall während der Krankenhausbehandlung i.S.d. § 2 Abs. 1 Nr. 15a i.V.m. § 33 SGB VII ergeben hat,
  - f) die weiterhin notwendige Behandlung teilstationär durchgeführt werden kann (Zeitpunkt),
  - g) die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 11 Abs. 2 SGB V erforderlich ist, wenn das Einverständnis des Patienten gegeben ist.

Weitergehende gesetzlich zugelassene Mitteilungspflichten in Zusammenhang mit der Erbringung der Leistungen der Krankenhäuser an die Versicherten und für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegenüber Dritten bleiben unberührt.

- (3) Im Fall des Absatzes 2 Buchstabe a) wirken die Beteiligten darauf hin, dass alle Möglichkeiten, einschließlich der Rehabilitation, ausgeschöpft werden, damit Patienten, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, ohne Verzögerung in häusliche Krankenpflege oder in geeignete flankierende Einrichtungen entlassen werden können.

## **§ 13 Haftung**

Im Falle der Nichterfüllung von Pflichten aus diesem Vertrag haften Krankenhaus und Krankenkasse nur bei grobem Vorsatz und grober Fahrlässigkeit.

## **§ 14 Datenträgeraustausch**

Der Datenträgeraustausch ist in der Vereinbarung gem. § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 391 SGB V (Datenübermittlungs-Vereinbarung) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der jeweils geltenden Fassung geregelt.

Werden einzelne, zur Zeit nach diesem Vertrag in Papierform vorgesehene Datenübermittlungsvorgänge infolge der Umsetzung der Datenübermittlungs-Vereinbarung ersetzt, gehend die entsprechenden Regelungen der Datenübermittlungs-Vereinbarung diesem Vertrag vor.

## **§ 15 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz**

Mit der Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten vom Krankenhaus an die zuständige Krankenkasse nach § 12 werden die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz nicht verletzt.

## **§ 16 Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2000 in Kraft. Gleichzeitig tritt der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 25.03.1991 außer Kraft. Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr, frühestens jedoch zum 31. Dezember 2000, durch eingeschriebenen Brief ganz oder teilweise gekündigt werden.
- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragspartner ihre Bereitschaft, am Abschluss eines neuen Vertrages mitzuwirken.

Protokollnotizen zum Vertrag § 112 Abs.2 Nr. 1 SGB V vom.....

Die nachfolgenden Protokollnotizen dienen der gemeinsamen Kommentierung und werden insoweit nicht Bestandteil des Vertrages.

**1 zu § 2 Abs. 2**

Die Vertragsparteien verpflichten sich, zu gegebener Zeit eine Regelung über die Abgrenzung der stationären von der ambulanten Behandlung in den Vertrag aufzunehmen.

**2 zu § Abs. 4**

Weicht der Versicherte bei der Wahl des Krankenhauses von der ärztlichen Verordnung ab, sollte das Krankenhaus den Versicherten auf die möglichen Rechtsfolgen hinweisen.

**3 zu § 2 Abs. 7 Buchstabe a)**

Ein Pflegefall ist insbesondere anzunehmen, wenn der Betreffende wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf (§§ 14, 15 SGB XII).

**4 zu § 3 Abs. 7 Buchstabe b)**

Soziale Erwägungen, wie z.B., mangelnde Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich oder fehlender Heimpflegesatz, rechtfertigen keine Gewährung von Krankenhauspflege

**5 zu § 4 Abs. 4**

Die Kostenübernahmeerklärung soll in der Regel innerhalb von vier Arbeitstagen nach dem Eingang der Aufnahmeanzeige an das Krankenhaus versandt werden.

**6 zu § 6 Abs. 7a**

Werden neben dem Tag des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub mehr als zwei Tage Urlaub gewährt (z.B. aus therapeutischen Gründen in psychiatrischen Einrichtungen), dürfen ab dem dritten Urlaubstag die tagesgleichen Pflegesätze gem. § 13 BPfIV nicht mehr –auch nicht anteilig- berechnet werden.

**7 zu § 9 Abs. 8**

Die Bestimmungen der Bundespflegesatzverordnung bleiben hiervon unberührt. Die gegenseitigen Rechtspositionen zum Ansatz von Betriebsmittelkreditzinsen können nur im Einzelfall geklärt werden.

**8 zu § 12 Abs. 2 Buchstabe a)**

Im Hinblick auf § 7 Abs. 2 SGB XI ist hierzu die Einwilligung des Patienten/Pflegebedürftigen erforderlich.