

Vertrag nach

§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V

- Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung -

zwischen

der Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Stuttgart,

und

- BWKG -

der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart,

dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart,

dem BKK Landesverband Baden-Württemberg, Kornwestheim,

der IKK Baden-Württemberg, Ludwigsburg,

dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
Landesvertretung Baden-Württemberg, Stuttgart,

der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg, Stuttgart

der Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle München,

- Verbände der Krankenkassen -

dessen Inhalt festgesetzt wurde durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005.

§ 1 Zielsetzung

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

§ 2 Geltungsbereich

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

II. Abschnitt

§ 3 Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung

- (1) Vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung wird durchgeführt, wenn sie - von Notfällen abgesehen - von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung (§ 95 SGB V) verordnet ist und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Leistung nicht durch vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Behandlung, eine ambulant durchführbare Operation oder einen stationersetzenden Eingriff nach § 115 b SGB V, jeweils einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann.
- (2) Vor der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung wird von einem Krankenhausarzt entschieden, welche Behandlungsform nach Abs. 1 notwendig und ausreichend ist. Dies ist in den Krankenunterlagen zu dokumentieren. Spätestens 24 Stunden nach der Aufnahme zur vollstationären Behandlung soll dies von dem leitenden Abteilungsarzt oder dem ihn vertretenden Arzt überprüft werden. Die unverzügliche ärztliche Untersuchung ist sicherzustellen.

§ 4 Notfall

- (1) Krankenhausbehandlung wird ohne ärztliche Verordnung gewährt, 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 unverzüglich Krankenhausbehandlung eingeleitet wird (Notfall); dies gilt auch bei Einweisung durch einen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V).
- (2) Dabei kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an, insbesondere darauf, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dringend ist und Hilfe eines niedergelassenen Arztes nicht rechtzeitig herbeigeführt werden kann und/oder nicht ausreichen würde. Bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes liegt in der Regel ein Fall notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung vor. § 3 Abs. 2 gilt entsprechend.

§ 5 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 festgestellt, dass
 - a) keine Krankenhausbehandlung erforderlich ist oder
 - b) die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist (Verweisung),richtet sich die Vergütung nach der Vereinbarung zu der vorstationären Krankenhausbehandlung nach § 115 a Abs. 3 Satz 1 SGB V. Bis zum In-Kraft-Treten einer derartigen Vereinbarung gelten die Empfehlungen nach § 115 a Abs. 3 Satz 3 SGB V.

§ 6 Ausschluss von Krankenhausbehandlung

- (1) Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse ist nicht gegeben, wenn sie nicht erforderlich im Sinne von § 3 Absatz 1 dieses Vertrages ist.
- (2) Nicht erforderlich ist eine Krankenhausbehandlung insbesondere
 - a) wenn erforderliche Pflegemaßnahmen allein dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen oder sich ein chronischer Krankheitszustand mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen lässt;
 - b) bei ausschließlich sozialen Erwägungen;
 - c) bei Maßnahmen, die weder der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne noch der Entbindung dienen;
 - d) bei einer Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, es sei denn, dass zugleich eine krankenhausbehandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt.

§ 7 Verweisung, Verbringung und Verlegung

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

§ 8 Teilstationäre Behandlung

Wird bei der Erstuntersuchung oder im Laufe der vollstationären Behandlung festgestellt, dass teilstationäre Behandlung (z. B. Tagesklinik/Nachtklinik) ausreicht und durchgeführt werden kann, ist diese ggf. durch Verlegung zu veranlassen.

§ 9 Kostenübernahmeerklärung

- (1) Die Kostenübernahmeerklärung dokumentiert die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Sie wird unbefristet ausgestellt, es sei denn, die Kostentragungspflicht endet zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. Ende der Mitgliedschaft).
- (2) In begründeten Einzelfällen/Behandlungsfällen¹ kann die Kostenübernahmeerklärung auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt werden; die Gründe sind dem Krankenhaus von der Krankenkasse mitzuteilen. Dies gilt ausschließlich für Fälle, die nicht mit DRGs abgerechnet werden.
- (3) Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus unverzüglich mit, ob sie die Kosten übernimmt oder aus welchen Gründen sie die Kostenübernahme ablehnt. Die Krankenkasse übermittelt dem Krankenhaus den Kostenübernahmesatz nach den Regelungen der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

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

§ 10 Auskunfts- und Mitteilungspflichten

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

¹ Übereinstimmung besteht, dass es sich um kein pauschalisiertes, sondern um ein auf den Behandlungsfall bezogenes Verfahren handeln muss.

§ 11 Berichte und Bescheinigungen

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

§ 12 Begleitpersonen

- (1) Als allgemeine Krankenhausleistung darf eine Begleitperson des Patienten nur mitaufgenommen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- (2) Im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes erfolgt die Vergütung über die von den Selbstverwaltungspartnern auf der Bundesebene nach § 17 b Abs. 1 S. 4 KHG vereinbarten Zuschläge für die Aufnahme von Begleitpersonen. Im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung ist die Mitaufnahme von Begleitpersonen mit den tagesgleichen Pflegesätzen nach § 13 BPfIV abgegolten.
- (3) Kann eine aus medizinischen Gründen notwendige Begleitperson nicht im Krankenhaus aufgenommen werden, unterrichtet das Krankenhaus die Begleitperson darüber, dass die Unterkunft außerhalb des Krankenhauses (z.B. im Personalwohnheim, Hotel) nicht zu Lasten des Krankenhauses geht und die Krankenkasse die Kosten nur nach vorheriger Zustimmung übernimmt. Medizinische Notwendigkeit und Platzmangel sind vom leitenden Abteilungsarzt oder seinem Stellvertreter zu bestätigen.

§ 13 Beurlaubung

- (1) Mit der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.
- (2) Während der Krankenhausbehandlung insbesondere Langzeitkranker sollen aus therapeutischen Gründen Beurlaubungen nur ausgesprochen werden, wenn sie unumgänglich notwendig oder den Behandlungserfolg zu fördern geeignet sind. Die Beurlaubung soll für höchstens vier fortlaufende Tage (einschließlich der Tage des Urlaubsantritts und der Rückkehr aus dem Urlaub) ausgesprochen werden.
- (3) In begründeten Ausnahmefällen dürfen Patienten zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten in der Regel bis zu 24 Stunden aus der Krankenhausbehandlung beurlaubt werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist. Bedarf deren Erledigung mehr als 24 Stunden, soll der Patient entlassen werden, sofern dies medizinisch vertretbar ist.
- (4) Bei einer voraussichtlichen Verweildauer von über zwei Monaten dürfen Beurlaubungen während der Festtage zu Ostern, Pfingsten und Weihnachten für jeweils höchstens vier fortlaufende Tage (einschließlich der Tage des Urlaubsantritts und der -rückkehr) gewährt werden, soweit dies medizinisch vertretbar ist, in der Regel jedoch frühestens nach Ablauf eines dreiwöchigen Krankenhausaufenthaltes.

- (5) Beurlaubungen dürfen nur mit Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes oder seines Vertreters erfolgen. Erfordert der Zustand des Patienten einen Liegendtransport, ist von einer Beurlaubung grundsätzlich abzusehen.
- (6) Für die Dauer der Beurlaubung werden den Krankenkassen im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung lediglich die Tage mit dem Basis- und Abteilungspflegesatz in Rechnung gestellt, an denen der Patient den Urlaub antritt und aus dem Urlaub zurückkehrt. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, werden die Pflegesätze weiterberechnet. Im Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes wird im Falle der Beurlaubung nur eine DRG-Fallpauschale abgerechnet. Die Tage zwischen Urlaubsantritt und Urlaubsende zählen nicht als Belegungstage.
- (7) Für die Dauer der Beurlaubung werden die Patienten vom Krankenhaus mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie voraussichtlich bedürfen. Diese Leistungen gelten als allgemeine Krankenhausleistungen.
- (8) Die durch eine Behandlung eines Beurlaubten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.

§ 14

Verweildauer und Entlassung

- (1) Die Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse ist zu beenden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist. Die Entlassungen dürfen nicht auf bestimmte Wochentage beschränkt werden.
- (2) Soweit in begründeten Ausnahmefällen dem Patienten bei der Entlassung Medikamente mitgegeben werden, gehören diese zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

§ 15

Krankenförderung

- (1) Sind Krankenförderungen zu Lasten einer Krankenkasse notwendig, sind sie von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen. Dabei sind die Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten und der darin vorgesehene Vordruck zu verwenden.
- (2) Die im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung, Verlegung oder Beurlaubung entstehenden Krankenförderungskosten gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses.
- (3) Bei Beurlaubungen aus persönlichen Gründen (§ 13 Abs. 3) dürfen Krankenförderungen zu Lasten der Krankenkasse nicht verordnet werden.

§ 16

Hilfsmittel

- (1) Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkasse für den Bedarf nach der Krankenhausbehandlung muss so rechtzeitig erfolgen, dass die Anpassung und Ausbildung im Gebrauch die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht verlängert. Dabei sind die Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und die Hilfsmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Festbetragsregelungen sowie Rechtsverordnungen nach § 34 SGB V zu beachten. Die Verbände der Krankenkassen un-

terrichten die BWKG über Festbetragsregelungen, über sonstige Richtlinien sowie über vereinbarte Preise.

- (2) Hilfsmittel, die zum Abschluss der Krankenhausbehandlung erforderlich sind, gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

III. Abschnitt

§ 17

Vorschüsse

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

§ 18

Zwischenrechnungen

- (1) Für noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte kann das Krankenhaus Zwischenrechnungen nach der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V übermitteln.
- (2) Dauert die Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, ist per 31. Dezember eine Zwischenrechnung zu übermitteln.
- (3) Die Parteien der Pflegesatzvereinbarung regeln in der Pflegesatzvereinbarung das Nähere zum Verfahren über Zwischenrechnungen.

§ 19

Zahlungsfrist

- (1) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen. Fällt der Fristablauf auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt der nächstfolgende Arbeitstag als Fälligkeitstag. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Absendung des Zahlungsmittels an das Krankenhaus.
- (2) Bei Beanstandungen sachlicher oder rechnerischer Art kann der Differenzbetrag verrechnet werden. ~~Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung können nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden. Voraussetzung für Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist außerdem die Durchführung des MDK-Überprüfungsverfahrens gemäß des Landesvertrages zu § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, das innerhalb der Zahlungsfrist nach Abs. 1 einzuleiten ist.~~
- (3) Bei Überschreiten des Zahlungsziels kann das Krankenhaus ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz gemäß § 247 Abs. 1 BGB.
- (4) Vorstehende Regelungen gelten als Bestimmungen zur zeitnahen Zahlung nach § 17 Abs. 1 Satz 3 BPflV/§ 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG.

Hinweis der
BWKG:
Aufgehoben
durch BSG-
Urteil vom
13.11.2012
(B 1 KR 27/11
R)

§ 20 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) Eine Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V erfolgt nicht für die Tage, an denen eine vor- oder nachstationäre Behandlung, teilstationäre Behandlung oder eine ambulante Operation durchgeführt wird. Der Zuzahlungsbetrag ist auch für den Entlassungstag zu berechnen. Bei Verlegung in ein anderes zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V zieht für den Tag der Verlegung das aufnehmende Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag ein.
- (3) Das Krankenhaus erhebt die Zuzahlungsbeträge bei Beginn oder während des Krankenhausaufenthaltes des Versicherten. Kommt der Versicherte seiner Zuzahlungsverpflichtung nicht nach, fordert ihn das Krankenhaus erneut schriftlich zur Zahlung auf.
- (4) Schuldner für den Zuzahlungsbetrag ist der Versicherte.
- (5) Ein Zuzahlungsbetrag ist nicht oder 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 geeigneten Nachweis (z. B. Vorlage einer Quittung) führt oder die Krankenkasse rechtzeitig eine entsprechende Erklärung abgibt.
- (6) Das Krankenhaus quittiert den eingezahlten Betrag, sofern die Zuzahlung nicht durch Überweisung erfolgt.
- (7) Das Krankenhaus hat den Zuzahlungsbetrag auch nach Beendigung der Krankenhausbehandlung anzunehmen.
- (8) Kommt der Patient trotz gesonderter schriftlicher Zahlungsaufforderung seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, hat die Krankenkasse die Zahlung gemäß § 43 b Satz 2 SGB V einzuziehen. Hierzu werden der Krankenkasse der Name, Vorname und Krankenversicherungsnummer mitgeteilt. Die Mitteilung kann listenmäßig oder durch Einzelnachweis erfolgen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, der Krankenkasse eine Durchschrift der Zahlungserinnerung an den Versicherten zu übersenden.
- (9) Die Krankenkassen teilen dem Krankenhaus im Zuge der Kostenübernahme nach der jeweils gültigen Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V die noch zu erhebenden Zuzahlungstage und den Zuzahlungsbetrag je Tag des Versicherten mit. Der Rechnungssatz gemäß o. g. Vereinbarung hat Angaben über die Zuzahlung zu enthalten. Die Abrechnung der Zuzahlungsbeträge zwischen Krankenhaus und Krankenkasse erfolgt in der Weise, dass das Krankenhaus die tatsächlich vereinnahmten Zuzahlungsbeträge patientenbezogen von der Pflegesatzrechnung abzieht (Zwischen- oder Schlussrechnung).
- (10) Zu Unrecht geleistete Zuzahlungsbeträge werden von der Krankenkasse erstattet.
- (11) Der Einzug, die Zahlungserinnerung und die Abrechnung der Zuzahlungsbeträge gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen.

IV. Abschnitt

§ 21 Ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz

Die Weitergabe von Verwaltungsdaten und medizinischen Daten vom Krankenhaus an die Krankenkasse nach § 10 erfolgt unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

§ 22 Haftung

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

V. Abschnitt

§ 23 Übergangsbestimmung

Die Vorschriften über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung gelten erstmals mit dem krankenhausesindividuellen Einstieg in das Routineverfahren zur Datenübermittlung. Bis dahin sind die Krankenhäuser verpflichtet, die Angaben des § 301 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V in Papierform zu übermitteln.

§ 24 In-Kraft-Treten und Kündigung

Dieser Vertrag tritt am 01.01.2006 in Kraft; er kann nach Maßgabe des § 112 Abs. 4 SGB V gekündigt werden.

Der Vorsitzende
der Landesschiedsstelle



Manfred Liebermann