

**Vertrag**

**nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V**

**Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung**

zwischen

Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V.

und

AOK - Die Gesundheitskasse in Thüringen

BKK-Landesverband Ost, Landesrepräsentanz Thüringen

IKK Thüringen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.,  
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen Verband e. V.,  
Landesvertretung Thüringen

Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Chemnitz

Krankenkasse für den Gartenbau  
für die Landwirtschaftliche Krankenversicherung

## **§ 1**

### **Zielsetzung und Wirtschaftlichkeit**

Der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V dient dazu, 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. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse insbesondere nach Maßgabe des § 137 c SGB V zu entsprechen. Die Krankenhausbehandlung muss ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

## **§ 2**

### **Geltungsbereich**

Dieser Vertrag regelt die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung, soweit sie gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird.

## **§ 3**

### **Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung**

(1) Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V wird durchgeführt, wenn sie von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung nach § 95 SGB V verordnet ist und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Hilfeleistung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, d. h., ambulante vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht.

Von diesem Weg unberührt bleibt der Zugang zum ambulanten Operieren (§ 115 b SGB V).

(2) Der Krankenhausarzt ist bei der Aufnahmeuntersuchung verpflichtet, die Grundsätze des § 39 Abs. 1 SGB V zu berücksichtigen.

(3) Krankenhausbehandlung wird ohne Verordnung gewährt, wenn sich der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine 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).

(4) Wird bei der Aufnahmeuntersuchung oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, dass eine andere als vollstationäre Behandlungsform im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V nach Art und Schwere ausreicht, ist diese zu veranlassen.

(5) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein 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.

#### **§ 4 Berücksichtigung von Untersuchungsergebnissen**

Das Krankenhaus ist verpflichtet, ihm vorliegende Untersuchungsergebnisse unter Beachtung des Landesvertrages nach § 115 Abs. 2 Nr. 5 SGB V zu nutzen.

#### **§ 5 Datenübermittlung**

(1) Beim Austausch von Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V findet sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen die Vereinbarung zu § 301 Abs. 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs. 1 SGB V - Datenübermittlungs-Vereinbarung - in der jeweils gültigen Fassung Anwendung.

(2) Das Krankenhaus informiert die zuständige Krankenkasse unverzüglich, insbesondere

- a) wenn die stationäre Behandlung nach § 39 SGB V abgeschlossen ist und der Versicherte ausschließlich aus Gründen der Forschung und Lehre im Krankenhaus weiterbehandelt wird,
- b) wenn sich ein Unfall i. S. d. § 2 Abs. 1 Nr. 15a SGB VII während der Krankenhausbehandlung ereignet hat.

(3) Die Weitergabe jeglicher Verwaltungsdaten und medizinischen Daten vom Krankenhaus an die zuständige Krankenkasse oder den ggf. beauftragten Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen und Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

#### **§ 6 Aufnahme und Entlassung**

(1) Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen sind vertraglicher Natur. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses basiert auf dem Leistungsanspruch des Patienten, welcher sich ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten im Sinne des § 39 SGB V richtet.

(2) Erteilt eine Krankenkasse eine Kostenübernahmeerklärung, hat diese die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses.

(3) Das Krankenhaus zeigt der Krankenkasse oder der von der Krankenkasse benannten Stelle spätestens 3 Arbeitstage nach Aufnahme des Versicherten den Beginn der Behandlung an.

(4) Die Erklärung über die Kostenübernahme soll spätestens 3 Arbeitstage nach Eingang der Behandlungsanzeige bei der Krankenkasse oder der von der Krankenkasse benannten Stelle an das Krankenhaus übermittelt werden.

(5) Sofern dem Krankenhaus keine Mitteilung über die Kostenübernahme vorliegt, gilt diese spätestens nach Ablauf von 7 Arbeitstagen nach Eingang der Aufnahme- oder Verlängerungsanzeige als erteilt. Die nachfolgende Feststellung eines nicht bestehenden Versicherungsschutzes befreit die Krankenkasse von der Zahlungsverpflichtung.

(6) Die Entlassungsanzeige soll innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der Entlassung oder Verlegung des Versicherten an die Krankenkasse oder die von der Krankenkasse benannte Stelle übermittelt werden. Sie ist spätestens mit der Schlussrechnung zu übermitteln.

(7) Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z. B. Krankenkasse). In diesem Fall ist der Patient dem Krankenhaus gegenüber Selbstzahler.

(8) Zweifelsfragen im Zusammenhang mit der Behandlung von Versicherten der Krankenkassen, insbesondere im Hinblick auf die Leistungsverpflichtung im Einzelfall, sind, soweit diese Leistungen solche nach dem SGB V betreffen, ausschließlich im Verhältnis Krankenhaus und Krankenkasse zu klären.

## **§ 7**

### **Auskünfte, Mitteilungen, Berichte und Bescheinigungen**

(1) Die Regelungen des Vertrages nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V sind zu beachten.

(2) Krankenhausärzte sind verpflichtet, den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten auf dessen Verlangen hin unentgeltlich eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage bei ihrem Arbeitgeber auszustellen.

(3) Bescheinigungen und Berichte, die die gesetzlichen Krankenkassen und der weiterbehandelnde Arzt im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung zur Durchführung ihrer Aufgaben benötigen, sind allgemeine Krankenhausleistungen.

(4) Die Regelungen des § 73 Abs. 1 b SGB V sind zu beachten.

## **§ 8**

### **Verweildauer, Verlegung und Entlassung**

(1) Die Krankenhausbehandlung ist zu beenden, wenn sie aus medizinischen Gründen nicht mehr notwendig ist; insbesondere darf die Krankenhausbehandlung nicht dadurch verlängert werden, dass Aufnahmen und Entlassungen nur an bestimmten Tagen erfolgen.

(2) 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 des Versicherten in eines der nächsterreichbaren, geeigneten und nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen.

(3) Eine Verlegung liegt nicht vor, wenn der Patient nicht aus dem Krankenhaus entlassen wurde und es sich lediglich um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter handelt, d.h., den Leistungen liegt ein Auftrag zugrunde und es handelt sich um konsiliarische Leistungen (Verbringung). Alle im Zusammenhang mit einer Verbringung entstehenden Kosten sind allgemeine Krankenhausleistungen und im Innenverhältnis zwischen den Leistungserbringern zu regeln.

## **§ 9 Beurlaubung**

- (1) Mit einer Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung grundsätzlich nicht vereinbar.
- (2) In Ausnahmefällen kann der Patient - soweit ärztlich vertretbar - zur Erledigung unaufschiebbarer persönlicher Angelegenheiten oder zur Stabilisierung des Behandlungserfolges beurlaubt werden. Urlaub soll nur für einige Stunden gewährt werden, möglichst nicht über Nacht. Zur Beurlaubung von mehr als 24 Stunden ist die Einwilligung der Krankenkasse erforderlich; diese kann für den Einzelfall oder allgemein erteilt werden.
- (3) Für Patienten in psychiatrischen Einrichtungen oder Abteilungen sind im Einzelfall Beurlaubungen im Rahmen der Therapie möglich. Die Beurlaubung sollte generell einen Zeitraum von 8 Tagen nicht überschreiten.
- (4) Die Patienten werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, deren sie entsprechend der laufenden Therapie bedürfen. Die Kosten hierfür sind mit den Pflegesätzen nach § 10 BPfIV abgegolten.
- (5) Die durch eine notwendige Behandlung eines Beurlaubten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten werden direkt zwischen dem Leistungserbringer und der zuständigen Krankenkasse bzw. Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, soweit kein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.
- (6) Aus Anlass der Beurlaubung entstehende Kosten, insbesondere Krankentransport- und Fahrkosten während der Dauer der Beurlaubung, gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses oder der Krankenkasse.
- (7) Der Tag des Urlaubsantritts und der Tag des Urlaubsendes sind jeweils als separate Berechnungstage abrechenbar und zuzahlungspflichtig. Dies gilt nicht für reine Urlaubstage. Fallen Urlaubsantritt und Urlaubsende auf einen Tag, wird der Pflegesatz weiter berechnet.

## **§ 10 Begleitperson**

Im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen kann eine Begleitperson des Versicherten mit aufgenommen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist (§ 2 Abs. 2 Nr. 3 BPfIV). Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der Krankenhausarzt. Die Unterbringung dieser Begleitperson ist in unmittelbarer Nähe des Patienten im Rahmen der vorhandenen Kapazitäten zu gewährleisten. Dies schließt eine Unterbringung der Begleitperson außerhalb des Krankenhauses aus.

## **§ 11 Krankenförderung**

(1) Ist eine Krankenförderung zu Lasten einer Krankenkasse im Rahmen der stationären Behandlung medizinisch erforderlich, so ist sie von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen. Das Nähere über die Verordnung können die Parteien gesondert vereinbaren. Bei Krankenförderungsdienstleistungen, die nicht nach Maßgabe der Krankentransport-Richtlinien erfolgen, haftet das Krankenhaus.

(2) Die Kosten einer Krankenförderung im Zusammenhang mit der Aufnahme, Entlassung und Verlegung sind nicht Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen. Krankenförderungskosten im Rahmen einer Verbringung oder konsiliarärztlichen Behandlung sind allgemeine Krankenhausleistungen.

(3) Erfolgt bei einer Fallpauschalenleistung die Verlegung in ein nachsorgendes, wohnortnahes Krankenhaus, wird das Krankenhaus für den Patienten die Einwilligung der Krankenkassen gem. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V beantragen. Die Krankenkasse wird innerhalb von zwei Arbeitstagen nach Zugang des Antrages entscheiden.

(4) Für Sekundärtransporte dürfen Rettungshubschrauber nur eingesetzt werden, wenn der Einsatz eines Intensivtransportwagens aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Sollte im Einzelfall der Einsatz des Rettungshubschraubers gegenüber dem Intensivtransportwagen kostengünstiger sein, ist der Transport mit dem Rettungshubschrauber durchzuführen. Mit Ausnahme von Notfällen bedarf die Verordnung eines Intensivtransportmittels (Intensivtransportwagen bzw. Intensivtransporthubschrauber) der Einwilligung der Krankenkasse. Die Anforderung des Rettungshubschraubers hat über die zuständige Rettungsleitstelle zu erfolgen.

## **§ 12 Heil und Hilfsmittel**

(1) Bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln durch Krankenhausärzte im Rahmen einer stationären Behandlung sind die Heil- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V sowie die Rechtsverordnung nach § 34 SGB V zu berücksichtigen.

(2) Heil- und Hilfsmittel gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, soweit sie während der Krankenhausbehandlung benötigt werden. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkasse für den Gebrauch nach der Krankenhausbehandlung muss so rechtzeitig vom Krankenhaus eingeleitet werden, dass die Anpassung und/oder Ausbildung im Gebrauch die Dauer der Krankenhausbehandlung nicht verlängert. Im Hinblick auf Auswahl und Beschaffung der geeigneten Hilfsmittel soll die zuständige Krankenkasse hinzugezogen werden.

(3) Soweit dem Versicherten bei der Entlassung Medikamente sowie Hilfsmittel mitgegeben werden, gehören diese zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und sind mit dem Pflegesatz abgegolten, soweit sie im ursächlichen Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt stehen.

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

(5) Das Verhandlungsergebnis zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, Verbänden der Ersatzkassen, Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und Landeskrankenhausesgesellschaft Thüringen zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln im Zusammenhang mit einer stationären Versorgung aus dem Jahr 1994 bleibt unberührt.

### **§ 13**

#### **Zahlungsregelungen**

(1) Rechnungen werden nach den betreffenden Regelungen der Anlagen der Datenübermittlungs-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung an die Krankenkasse übermittelt.

(2) Bei strittiger Leistungsverpflichtung zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus ist die Zuständigkeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu klären. Eine Inanspruchnahme des Versicherten kommt insoweit nicht in Betracht.

(3) Für noch nicht abgeschlossene Krankenhausaufenthalte, die voraussichtlich länger als 7 Arbeitstage dauern, kann das Krankenhaus Zwischenrechnungen erstellen (§ 14 Abs. 9 Satz 1 BPflV). Wird die Leistung des Krankenhauses voraussichtlich durch eine Fallpauschale vergütet, können Zwischenrechnungen auf der Basis der Abrechnung der ansonsten zu erhebenden tagesgleichen Pflegesätze ausgestellt werden.

(4) Dauert eine Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, kann das Krankenhaus per 31.12. eine Zwischenrechnung erstellen. Bei der Vergütung durch eine Fallpauschale oder ein Sonderentgelt gem. § 14 Abs. 1 BPflV ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

(5) Die Forderungen der Krankenhäuser sowie die Rückforderungsansprüche der Krankenkassen verjähren nach § 195 BGB in drei Jahren.

### **§ 14**

#### **Zahlungsfristen**

(1) Die Krankenkasse hat die Rechnung ungekürzt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Erteilung des Auftrages an das Geldinstitut oder der Tag der Absendung eines Zahlungsmittels 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 werden.

(2) Bei Zweifeln an der Behandlungsnotwendigkeit oder der korrekten Abrechnung hat die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung unverzüglich die Prüfung durch den MDK herbeizuführen. Die Krankenkasse hat auf die zeitnahe Erledigung dieses Prüfauftrages hinzuwirken. Ergibt die nach Satz 1 durchgeführte Prüfung, dass die Behandlung nicht notwendig oder die Abrechnung nicht korrekt war, darf die Krankenkasse den sich insoweit ergebenden Betrag gegenüber dem Krankenhaus verrechnen. Die Durchführung der Verrechnung muss innerhalb von 6 Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - unter Angabe des Betrages und der zur Verrechnung gestellten Forderung des Krankenhauses erfolgen. Vom Krankenhaus im Wege der Verrechnung geleistete Rückzahlungen sind nicht Gegenstand der Erlösausgleiche nach der BPflV bzw. dem KHentgG.

## **§ 15 Zuzahlung**

(1) Das Krankenhaus klärt den Versicherten in geeigneter Form, z. B. durch Aushändigen eines Merkblattes über die gesetzliche Verpflichtung der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V auf.

(2) Eine Zuzahlung erfolgt nicht für die Tage, an denen vor- oder nachstationäre Behandlung sowie teilstationäre Behandlung oder eine ambulante Operation durchgeführt wird. Der Zuzahlungsbetrag ist auch für den Entlassungstag zu berechnen. 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 2 Kalendertage erstreckt.

(3) Die Krankenhäuser ziehen die Zuzahlung während des Krankenhausaufenthaltes ein. Das Krankenhaus quittiert den eingezahlten Betrag, sofern die Zuzahlung nicht per Überweisung geschieht.

(4) Kommt der Patient trotz einer gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, geht gemäß § 43 b SGB V der Einzug der Zuzahlung auf die jeweilige Krankenkasse über. Zu den schriftlichen Zahlungsaufforderungen zählen nicht die allgemeinen Informationen über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung, die dem Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ausgehändigt werden.

(5) Bei Verlegung in ein anderes zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V zieht für den Tag der Verlegung das aufnehmende Krankenhaus den Zuzahlungsbetrag ein. Im Falle der Zusammenarbeit i.S.d. § 14 Abs. 11 BPflV ist das Krankenhaus, das die Fallpauschale abrechnet, für den Einzug der Zuzahlung für den gesamten Zeitraum der Krankenhausbehandlung zuständig.

(6) Verstirbt ein Patient, der den Zuzahlungsbetrag noch nicht entrichtet hat, geht abweichend von Abs. 4 der Einzug der Zuzahlung auf die Krankenkasse über.

(7) Die Zuzahlung bei stationären Entbindungsfallpauschalen ist vor Beginn der Fallpauschalenleistung und mit dem Erreichen des letzten Grenzverweildauertages (1. zusätzlich abrechenbarer Tag) und für jeden weiteren Berechnungstag nach dem Überschreitungstag der Grenzverweildauer einschl. des Entlassungstages zu leisten.

### **§ 16 Zahlungsverzug**

Für den Verzug gelten die §§ 286 ff BGB i.V. m. § 69 Satz 3 SGB V.

### **§ 17 Übergangsbestimmungen**

Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, die den Regelungen dieses Vertrages entgegenstehen, bleiben unabhängig vom Inkrafttreten dieses Vertrages bis zum Ablauf des Kalenderjahres gültig, in dem dieser Vertrag in Kraft tritt.

### **§ 18 Inkrafttreten, Geltungsdauer**

(1) Der Vertrag tritt am 01.01.2004 in Kraft; er kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende, frühestens zum 31.12.2004 ganz oder teilweise gekündigt werden.

(2) Für den Fall der Kündigung erklären die Beteiligten ihre Bereitschaft, an der Verabschiedung eines neuen Vertrages mitzuwirken.

(3) Ergeben sich aufgrund der gesetzlichen Vorschriften notwendige Änderungen in diesem Vertrag, können auf Verlangen einer Vertragspartei unabhängig von der im Abs. 1 genannten Frist notwendige Ergänzungen vereinbart werden.

(4) Die in diesem Vertrag genannten gesetzlichen Vorschriften sind in der jeweils gültigen Fassung anzuwenden.