VERTRAG
Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung
(§ 112 Absatz 1 SGB V zu § 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V)
Stand 19. Dezember 2002

zwischen

der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. (HKG)

und

der AOK Hamburg - zugleich für die Seekrankenkasse und für die Bundesknappschaft, Verwaltungsstelle Hannover,

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Landesvertretung Hamburg - zugleich für den Arbeiter-Ersatzkassenverband e.V. (AEV), Landesvertretung Hamburg

BKK-Landesverband NORD - zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und für die Schleswig-Holsteinische Landwirtschaftliche Krankenkasse

Innungskrankenkasse Hamburg.

§ 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 der gesetzlich krankenversicherten Patienten im Krankenhaus zu gewährleisten.

§ 2
Geltungsbereich

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

§ 3
Berücksichtigung von Untersuchungsergebnissen

Das Krankenhaus ist verpflichtet, ihm vorliegende Untersuchungsergebnisse mit zu verwerten. Das Nähere wird in einem Vertrag nach § 115 Absatz 2 Nr. 2 SGB V geregelt.

§ 4
Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung

(1) Krankenhausbehandlung im Sinne des § 2 wird durchgeführt, wenn sie - von Notfällen und ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V abgesehen - 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. Über die Notwendigkeit entscheidet ein Krankenhausarzt nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten jeweils auf der Grundlage der ihm aktuell zur Verfügung stehenden Erkenntnisse. Bei dieser Entscheidung ist Facharztstandard sicherzustellen. Das bedeutet, dass der Arzt diejenigen Maßnahmen ergreifen muss, die in der gegebenen Situation von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt aus berufsfachlicher Sicht des betreffenden Fachgebietes vorausgesetzt und erwartet werden. Den Krankenkassen bleibt es unbenommen, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung überprüfen zu lassen. Wird bei der Erstuntersuchung, bei der die Notwendigkeit der Aufnahme in das Krankenhaus geprüft wird, oder im Verlauf der Behandlung festgestellt, das es medizinisch notwendig 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."

(2) Eine Unterbringung, Pflege oder Verwahrung im Krankenhaus begründet keinen Anspruch auf Krankenhauspflege zulasten der Krankenkasse, wenn diese nicht aus medizinischen Gründen notwendig ist. Medizinische Notwendigkeit liegt insbesondere nicht vor

1. bei einem Pflegefall: dieser ist anzunehmen, wenn
   - erforderliche Pflegemaßnahmen allein dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen,
   - sich ein chronischer Krankheitszustand mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses nicht mehr beeinflussen lässt;

2. bei sozialer Indikation: soziale Erwägungen, wie z.B. mangelnde Pflege - und Betreuungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich, rechtfertigen keine Verordnung von Krankenhauspflege;

3. bei Maßnahmen, die nicht der Behandlung einer Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dienen;

4. bei einer Unterbringung aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung es sei denn, dass zugleich eine krankenhauspflegebedürftige Erkrankung vorliegt.

(3) Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse ist ausgeschlossen, wenn die Krankenhausbehandlung Forschungszwecken dient und ohne diesen Zweck nicht stattfinden würde.

(4) Krankenhausbehandlung wird ohne Einweisung 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). Hierbei 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. Dies gilt auch bei Einweisung durch einen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt (vgl. § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V). Entsprechendes gilt bei einer Einweisung aufgrund des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

(5) Bei der Erstuntersuchung des Patienten von einem Krankenhausarzt wird geklärt, ob und in welcher Form die Krankenhausbehandlung notwendig ist. Wird bei der Erstuntersuchung festgestellt, dass

a) ambulante Notfallversorgung ausreichend ist oder die Behandlung als ambulante Operation durchgeführt werden kann, liegt keine voll-, teil-, vor- oder nachstationäre Behandlung vor,

b) bei Vorliegen einer Einweisung keine Krankenhausbehandlung oder Krankenhausbehandlung erst zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist, liegt ein Fall nach § 115 a Absatz 1 Nr. 1 SGB V vor (vorstationäre Behandlung). Für die Abrechnung gelten die Bestimmungen des § 14 Absatz 4 Satz 3 BPflV bzw. § 8 Absatz 2 Satz 3 Nr. 4 KHEntgG.

(6) Die Vergütung der Erstuntersuchung richtet sich nach den hierfür maßgeblichen Vergütungsregelungen. Wird bei der Erstuntersuchung festgestellt, dass trotz Vorliegens einer Verordnung von Krankenhauspflege gemäß § 73 Absatz 2 Nr. 7 SGB V

a) keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit besteht oder

b) die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durchzuführen ist (Verweisung),

richtet sich die Vergütung nach der Vereinbarung zur vorstationären Krankenhausbehandlung gemäß § 115 a Absatz 3 Satz 1 SGB V. Lehnt ein Patient nach der Erstuntersuchung die notwendige stationäre Behandlung eigenmächtig ab, so sind die bis dahin erbrachten Leistungen grundsätzlich wie eine vorstationäre Leistung zu vergüten, wenn eine Verordnung von Krankenhauspflege gemäß § 73 Absatz 2 Nr. 7 nicht vorliegt.

(7) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, hat das Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages, unabhängig von der Verpflichtung des Patienten nach § 39 Absatz 2 SGB V, einen Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen nach den Regelungen dieses Vertrages.

§ 5
Datenübermittlung

(1) Beim Austausch von Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V findet sowohl für die Krankenhäuser als auch für die Krankenkassen die Vereinbarung zu § 301 Absatz 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Absatz 1 SGB V - Datenübermittlungsvereinbarung einschließlich aller Anlagen - in der jeweils gültigen Fassung Anwendung. Die Vorschriften über die Datenübermittlung nach § 301 Absatz 3 SGB V gelten erstmals mit dem krankenhaus- und krankenkassenindividuellen Einstieg in das Routineverfahren zur Datenübermittlung. Bis dahin sind die Krankenhäuser und die Krankenkassen verpflichtet, die Angaben des § 301 Absatz 1 und Absatz 2 SGB V entsprechend der Datenübermittlungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung in Papierform zu übermitteln.

(2) Das Krankenhaus teilt der zuständigen Krankenkasse mit, wenn

a) die stationäre Behandlung nach § 39 SGB V abgeschlossen ist,

b) sich ein Unfall im Sinne des § 2 Absatz 1 Nr. 15 a SGB VII während der Krankenhausbehandlung ereignet,

c) die Einleitung von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich ist.

Ferner soll das Krankenhaus der zuständigen Krankenkasse eine Mitteilung machen, sobald Hinweise auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und/oder auf Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegen, ferner nach Aufnahme Hinweise auf eine Berufskrankheit oder einen Arbeitsunfall erkennbar sind.

(3) Weitergehende gesetzlich vorgeschriebene 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.

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

§ 6
Rechtsbeziehungen und Vergütung

(1) Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses basiert auf dem Sachleistungsanspruch des Patienten. Im Rahmen der Übermittlung der Daten gemäß § 301 SGB V dokumentiert der Kostenübernahmesatz deklaratorisch die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse im Einzelfall. Im Falle einer Ablehnung der Kostenübernahme gibt die Krankenkasse dem Krankenhaus unverzüglich, spätestens drei Arbeitstage nach Eingang der Aufnahmeanzeige, im Kostenübernahmesatz der Datenübermittlungsvereinbarung die Gründe für die Ablehnung bekannt.

(2) Anspruchsberechtigte einer Krankenkasse weisen sich dem Krankenhaus gegenüber durch Vorlage ihrer Versicherten-Chip-Karte in Verbindung mit einem Lichtbildausweis aus.

(3) Für die Übermittlung der Aufnahmeanzeige des Krankenhauses an die Krankenkasse sowie die Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus, gilt die Vereinbarung über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten

nach § 301 Absatz 3 SGB V (Datenübermittlungsvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung). Bis dahin gilt § 5 Absatz 1 Satz 3 entsprechend.

(4) Die „Verordnung der Krankenhausbehandlung" des Vertragsarztes ist vom Krankenhaus als Originalbeleg an die zuständige Krankenkasse alle 14 Tage zu übermitteln.

(5) Soweit Behandlungskosten bereits gezahlt worden sind, können diese zurückgefordert werden, wenn

a) eine Zahlung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht oder

b) sich nachträglich eine Nicht-Mitgliedschaft des Patienten bei der Krankenkasse herausstellt oder

c) kein Sachleistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse gegeben ist.

Im Falle von Satz 1 Buchstabe c) soll die Krankenkasse zunächst versuchen, ihren Erstattungsanspruch gegenüber dem zuständigen Kostenträger geltend zu machen. In den Fällen des Satzes 1 Buchstaben a) und c) ist eine Rückforderung von Behandlungskosten innerhalb von 2 Monaten nach Zahlung der Rechnung möglich; im Falle des Satzes 1 Buchstabe c) wird diese Frist durch die Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber einem anderen Sozialleistungsträger gehemmt. Im Falle von Satz 1 Buchstabe b) ist eine Rückforderung von Behandlungskosten innerhalb von 2 Monaten nach Zahlung der Rechnung möglich, wenn innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Aufnahmeanzeige das Nichtbestehen der Mitgliedschaft dem Krankenhaus mitgeteilt worden ist.

(6) Eine Regelung über die Befristung der Kostenübernahme soll in diesem Vertrag nicht aufgenommen werden. Die Vertragsparteien verpflichten sich, der anderen Seite nicht entgegenzuhalten, dass eine solche Regelung nicht getroffen wird.

§ 7
Berichte und Bescheinigungen

(1) Dem Patienten wird bei der Entlassung bzw. Verlegung für den weiterbehandelnden Arzt bzw. die weiterbehandelnde Einrichtung ein vorläufiger Bericht des Krankenhauses mitgegeben, oder dem weiterbehandelnden Arzt bzw. der weiterbehandelnden Einrichtung zur Kenntnis gebracht, aus dem die Entlassungsdiagnose, die durchgeführte(n) Operation(en) und/oder Therapie(n), der Entlassungsgrund und Therapievorschläge (z.B. Name

und Dosierung der für die Weiterbehandlung empfohlenen Wirkstoffe) sowie angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen hervorgehen.

(2) Das Krankenhaus ist verpflichtet, den in stationärer Behandlung befindlichen Patienten auf deren Verlangen hin eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung zur Vorlage bei ihren Arbeitgebern auszustellen.

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

§ 8
Beurlaubung

(1) Während der Krankenhausbehandlung können Kranke nur aus zwingenden persönlichen oder aus therapeutischen Gründen und nur mit schriftlicher Zustimmung des leitenden Abteilungsarztes oder dessen Stellvertreters, bzw. des Belegarztes beurlaubt werden. Über die Dauer und den Grund der Beurlaubung ist die Krankenkasse vor / spätestens mit Rechnungslegung zu unterrichten.

(2) Zwingende Gründe können dann vorliegen, wenn die Beurlaubung während der stationären Behandlung aus familiären Gründen oder aus sonstigen wichtigen persönlichen Gründen, die in der Krankenakte zu dokumentieren sind, unumgänglich ist. Aus therapeutischen Gründen kann eine Beurlaubung nur zu Förderung des Behandlungserfolges stattfinden.

(3) Mit einer somatischen Krankenhausbehandlung ist eine Beurlaubung in der Regel nicht vereinbar.

(4) Die gesetzlich krankenversicherten Patienten werden vom Krankenhaus für die Dauer der Beurlaubung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versorgt, derer sie entsprechend der laufenden Therapie bedürfen. Die Kosten hierfür sind mit dem Pflegesatz (§ 10 BPflV) bzw. dem Entgelt (§ 7 KHEntgG) abgegolten.

(5) Der erste Tag der Beurlaubung und alle weiteren Tage vor dem Tag der Rückkehr in das Krankenhaus werden nicht berechnet. Der Tag der Rückkehr in das Krankenhaus wird mit dem Pflegesatz berechnet, soweit nicht eine Fallpauschale zur Abrechnung kommt. Die Zuzahlungspflicht nach § 39 Absatz 4 SGB V bleibt unberührt.

(6) Die durch eine nicht vorhersehbare notwendige Behandlung eines beurlaubten Patienten außerhalb des Krankenhauses entstehenden Kosten werden für die Beurlaubungstage, für die von der Krankenkasse kein Entgelt zu entrichten ist, direkt zwischen dem zugelassenen Leistungserbringer und der zuständigen Krankenkasse bzw. Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet, soweit kein ursächlicher Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung besteht.

(7) Aus Anlass der Beurlaubung aus persönlichen Gründen entstehende Kosten, insbesondere Krankentransport- und Fahrkosten im Sinne des § 60 SGB V während der Dauer der Beurlaubung, gehen nicht zu Lasten des Krankenhauses oder der Krankenkasse. Hierüber wird der Patient vor der Beurlaubung durch das Krankenhaus hingewiesen. Bei Beurlaubung aus therapeutischen Gründen gehen diese Kosten zu Lasten des Krankenhauses.

§ 9
Krankentransporte und Fahrkosten

(1) Die Kosten eines Krankentransportes im Zusammenhang mit der Aufnahme und Entlassung sind nicht mit dem Pflegesatz / Entgelt abgegolten. Die Kosten der Verlegung sind nur dann nicht mit dem Pflegesatz / Entgelt abgegolten, wenn die Verlegung aus medizinischen Gründen erfolgt und/oder die Notwendigkeit der Verlegung zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht erkennbar war. Medizinische Gründe liegen vor, wenn durch die Art und Schwere der Erkrankung aufgrund des Versorgungsauftrages des erstaufnehmenden Krankenhauses eine Weiterbehandlung trotz Inanspruchnahme von Leistungen Dritter in diesem nicht möglich ist. Krankentransportkosten im Rahmen einer Verbringung oder konsiliarärztlichen Behandlung sind allgemeine Krankenhausleistungen.

(2) Ist ein Krankentransport zu Lasten einer Krankenkasse im Zusammenhang mit einer Verlegung oder Entlassung im Sinne von Absatz 1 medizinisch erforderlich, so ist er von einem Krankenhausarzt unter Verwendung des Formblattes (siehe **Anlage**) zu veranlassen. Im Übrigen finden die Richtlinien über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen (Krankentransport-Richtlinien) des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der Fassung vom 26. Februar 1982 Anwendung. Bei Veranlassung nicht notwendiger Transporte nach Ansicht des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen oder bei Auswahl erkennbar unwirtschaftlicher Transportmittel gehen die Mehrkosten zu Lasten des Krankenhauses.

(3) Ausgenommen von Absatz 1 Satz 2 sind Transportkosten für Patienten, für die eine Fallpauschale berechnet wird.

(4) Fahrkosten im Rahmen einer teilstationären, vor- und nachstationären und ambulanten Behandlung sowie zur Dialyse im Falle des § 2 Absatz 2 Satz 3 BPflV sind nicht Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistung, soweit nicht im Einzelfall etwas anderes vereinbart ist.

§ 10
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 Absatz 2 SGB V sowie die Rechtsverordnung nach § 34 SGB V zu beachten. Das Krankenhaus hat im Hinblick auf Auswahl und Beschaffung der geeigneten Hilfsmittel die zuständige Krankenkasse einzubeziehen.

(2) Heil- und Hilfsmittel gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, soweit sie während der Krankenhausbehandlung benötigt werden. Die Verordnung von Hilfsmitteln zu Lasten der Krankenkassen 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. Gleiches gilt für die Bereitstellung der Sachleistungen durch die Krankenkassen. Eine gegebenenfalls eintretende Verlängerung der Krankenhausbehandlung geht zu Lasten desjenigen, der die Verzögerung zu vertreten hat.

(3) Soweit dem Versicherten bei der Entlassung Medikamente sowie Hilfsmittel mitgegeben werden, gehören diese zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und sind mit dem Pflegesatz bzw. dem Entgelt nach KHEntgG abgegolten.

§ 11
Zahlungsregelungen

(1) Rechnungen werden nach den Regelungen der Datenübermittlungs-Vereinbarung an die Krankenkasse übermittelt. § 5 Absatz 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(2) Nachdem die in § 301 SGB V vorgeschriebenen Daten der Krankenkasse zugeleitet worden sind, können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung innerhalb von sechs Monaten geltend gemacht werden. Die gleiche Frist gilt auch für Nachforderungen der Krankenhäuser. Diese Frist wird bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen gehemmt. Beanstandungen der Rech-

nungen haben keine aufschiebende Wirkung hinsichtlich der Zahlungsverpflichtung. Beanstandungen aufgrund vom Krankenhaus zu vertretenden falschen Angaben bleiben hiervon unberührt. In den Fällen, in denen die Krankenkasse nach § 275 Absatz 1 SGB V eine gutachterliche Stellungnahme einholt, kann sie die Zahlung längstens für 4 Monate für den Teil verweigern, für den sie die Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses bestreitet. Diese Frist von 4 Monaten wird gehemmt, solange das Krankenhaus nicht innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Anforderung der Unterlagen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die angeforderten Unterlagen übersendet. Die Krankenkasse wird dem Krankenhaus die Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mitteilen.

(3) Vorauszahlungen und Abschlagszahlungen sind auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen möglich.

(4) Dauert eine Krankenhausbehandlung über das Ende eines Kalenderjahres hinaus, kann das Krankenhaus per 31. Dezember eine Zwischenrechnung erstellen. Für die Höhe der Vergütung einer Fallpauschale gemäß § 14 Absatz 1 BPflV ist der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich.

(5) Eine Aufrechnung mit Forderungen oder Gegenforderungen aus anderen Abrechnungsfällen ist ausgeschlossen, es sei denn, es handelt sich um unbestrittene oder rechtskräftig festgestellte Gegenforderungen oder um die Fälle des § 6 Absatz 5 dieses Vertrages. Sofern der Medizinische Dienst der Krankenkassen im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzung für eine Rückforderung der Krankenkasse festgestellt hat, ist ausnahmsweise eine Verrechnung mit anderen Abrechnungsfällen möglich. Die Krankenkasse soll das Krankenhaus in geeigneter Form unterrichten. Das Klagerecht der Krankenhäuser bleibt hiervon unberührt.

(6) Die Krankenhäuser stellen den Kostenträgern den Rechnungsbetrag, zunächst vermindert um die vom Patienten zu zahlende Zuzahlung, in Rechnung.

§ 12
Zahlungsfristen

Die Zahlungsfrist für die Bezahlung der Krankenhausrechnung beträgt 15 Arbeitstage. Die Frist beginnt zu laufen mit dem Vorliegen aller Daten nach § 301 SGB V. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Abbuchung vom Konto des Auftraggebers.

§ 13
Zuzahlung

(1) Das Krankenhaus klärt den Versicherten in geeigneter Form, z.B. durch Aushändigung eines Merkblattes über die gesetzliche Verpflichtung der Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V auf. Die Höhe des jeweiligen Zuzahlungsbetrages hat die Krankenkasse rechtzeitig dem Krankenhaus mitzuteilen. Das Krankenhaus zieht die Zuzahlung nach Möglichkeit während des Krankenhausaufenthaltes ein.

(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.

(3) Kommt der Patient trotz Rechnungslegung durch das Krankenhaus und einer gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung (1. Mahnung) seiner Zahlungsverpflichtung nicht nach, geht gemäß § 43 b SGB V der Einzug der Zuzahlung auf die jeweilige Krankenkasse über. Die allgemeinen Informationen über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung, die dem Patienten während des Krankenhausaufenthaltes ausgehändigt werden, erfüllen die Anforderungen des Satzes 1 nicht. Das Datum der gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung ist der Krankenkasse mitzuteilen.

(4) 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 im Sinne des § 14 Absatz 11 BPflV ist das Krankenhaus, das die Fallpauschale abrechnet, für den Einzug der Zuzahlung für den gesamten Zeitraum der Krankenhausbehandlung zuständig.

(5) Stirbt ein Patient, der den Zuzahlungsbetrag noch nicht entrichtet hat, entfällt die schriftliche Zahlungsaufforderung nach Absatz 3.

(6) Die Zuzahlung bei stationären Entbindungsfallpauschalen ist für die Tage vor Beginn der Fallpauschalenleistung und mit dem Erreichen des letzten Grenzverweildauertages (1. zusätzlich abrechenbarer Tag) für jeden weiteren Berechnungstag einschließlich des Entlassungstages zu leisten.

§ 14
Zinsen

Erfolgt die Zahlung nicht innerhalb der nach § 12 genannten Frist, kann das Krankenhaus nach Ablauf dieser Zahlungsfrist Zinsen in Höhe von 5 % p.a. ohne Anbindung an den Basiszinssatz verlangen. Einer gesonderten Mahnung bedarf es hierfür nicht. Die Zinspflicht entfällt für die Zeit, während der das Krankenhaus die angeforderten Unterlagen nicht innerhalb von 15 Arbeitstagen nach Anforderung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen an diesen übersendet. Kann die Krankenkasse zu Unrecht geleistete Zahlungen zurückfordern, ist sie nach Maßgabe des Satzes 1 ebenfalls berechtigt, Zinsen in gleicher Höhe zu verlangen.

§ 15
In-Kraft-Treten; Kündigung

(1) Der Vertrag tritt am 1. Januar 2003 in Kraft.

(2) Für den Vertrag gilt die gesetzliche Kündigungsmöglichkeit gemäß § 112 Absatz 4 SGBV.

(3) Eine Teilkündigung der §§ 9 und 10 ist im Falle einer Änderung der bisherigen Fassung der dort in Bezug genommenen Richtlinien mit einer Frist von 3 Monaten zum Monatsende möglich.

(4) Der Vertrag gilt für Krankenhausbehandlungen, die ab dem 1. Januar 2003 beginnen.

Die Parteien werden sich bemühen und darauf hinwirken, die vor dem 1. Januar 2003 entstandenen Abrechungsfälle nach Möglichkeit binnen eines Jahres zu erledigen.

.....

Hamburgische
Krankenhausgesellschaft e.V.

.....

BKK-Landesverband NORD
zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau, Kassel und für die Landwirtschaftliche Krankenkasse Schleswig-Holstein, Kiel

.....

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
zugleich für den Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (AEV)

.....

AOK Hamburg
zugleich für die See-Krankenkasse und für die Bundeskrankenkasse, Hannover

.....

Innungskrankenkasse Hamburg

Formblatt für die Veranlassung von Krankentransporten:

Zuständige Krankenkasse:

Datum der Ausstellung:

Krankenhausdaten:

Name des veranlassenden Arztes (Druckbuchstaben):

Abteilung

Krankenhaus:

Versichertenangaben:

Patientenname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Versichertennummer:

Angaben zum Krankentransport:

Wann soll der Transport erfolgen (Datum, Uhrzeit):

Von wo nach wo soll der Transport durchgeführt werden (Einrichtung, Station):

Aus welchem Grund wird der Transport veranlasst.

Welches Transportmittel wird benötigt:

Begründung für die Wahl des Transportmittels:

Unterschrift des veranlassenden Arztes