

Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung

nach § 43 b Absatz 3 Satz 9 SGB V

(Zuzahlungsvereinbarung – ZuzV)

zwischen der

Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

und dem

GKV-Spitzenverband, Berlin

Präambel

Gemäß § 43 b Absatz 3 SGB V sind die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen verpflichtet. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens beliehen. Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V wird gemäß § 43 b Absatz 3 Satz 8 SGB V von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Bezüglich der den Krankenhäusern im Rahmen der Einziehung entstehenden Kosten für jedes durchgeführte Verwaltungsverfahren sieht § 43 b Absatz 3 Satz 6 SGB V die Zahlung einer angemessenen Kostenpauschale durch die Krankenkassen an die Krankenhäuser vor. Gegebenenfalls entstehende Kosten aufgrund von Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt werden den Krankenhäusern nach § 43 b Absatz 3 Satz 7 SGB V von den Krankenkassen erstattet. Nach § 43 b Absatz 3 Satz 9 SGB V vereinbaren der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43 b Absatz 3 Satz 6 und 7 SGB V.

Erklärtes Ziel ist es, die Zuzahlungsbeträge effizient, in vollem Umfang und zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu realisieren.

§ 1

Mitteilung der Zuzahlungspflicht

(1) Im Rahmen des Verfahrens nach § 301 SGB V erhält das Krankenhaus in der Kostenübernahmeerklärung von der Krankenkasse eine Information darüber, für wie viele Tage der betreffende Versicherte der Krankenkasse Zuzahlungen zu leisten hat. Nach diesen Angaben und der Dauer der vollstationären Behandlung ermittelt das Krankenhaus die nach § 43 b Absatz 3 SGB V einzuziehenden Zuzahlungen. Legt der Versicherte, beispielsweise im Fall einer Verlegung, eine gültige Quittung eines Krankenhauses nach § 61 SGB V vor, aus der sich gegenüber den von der Krankenkasse gemeldeten Zuzahlungstagen eine geringere Anzahl ergibt, werden die einzuziehenden Zuzahlungen entsprechend gemindert. Die einzuziehende Zuzahlung wird in der Rechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse abgezogen. Die bis zur Übermittlung der Entlassungsanzeige eingegangenen Kostenübernahmeerklärungen und Korrekturmeldungen sind zu berücksichtigen.

(2) Legt der Versicherte eine gültige Bescheinigung gemäß § 62 Absatz 1 und 3 SGB V über die Befreiung von der Zuzahlungspflicht vor, entfällt die Verpflichtung des Krankenhauses zur Einziehung einer Zuzahlung auch dann, wenn in der Mitteilung der Krankenkasse im Kostenübernahmesatz zuzahlungspflichtige Tage noch ausgewiesen sind (Vorrang der Befreiungsbescheinigung). Soweit die Rechnung des Krankenhauses nach Absatz 1 bereits gemindert wurde, nimmt die Krankenkasse innerhalb der im Rahmen der Verträge nach § 112 Absatz 2 SGB V oder der in der Pflegesatzvereinbarung festgelegten Frist eine entsprechende Zuzahlungsgutschrift an das Krankenhaus vor.

(3) Unterbleibt eine Information über die Zuzahlungstage nach Absatz 1 oder wird die Zuzahlungspflicht des Versicherten von der Krankenkasse verneint, wird keine Ein-

ziehung der Zuzahlung und keine Minderung der Rechnung nach Absatz 1 durch das Krankenhaus vorgenommen. Besteht trotz unterbliebener Information der Krankenkasse eine gesetzliche Zuzahlungspflicht des Versicherten, erfolgt der Einzug der Zuzahlung durch die Krankenkasse.

(4) Im Datenaustausch nach § 301 SGB V informiert das Krankenhaus die Krankenkasse durch den Rechnungssatz über die tatsächlich geleistete Zuzahlung des Versicherten.

§ 2 Verfahren der Einziehung

(1) Leistet ein Versicherter die Zuzahlung nach § 39 Absatz 4 SGB V nicht bereits bei seiner Entlassung oder nach einer gesonderten schriftlichen Zahlungsaufforderung durch das Krankenhaus, erlässt das Krankenhaus nach entsprechender Anhörung gemäß § 24 Absatz 1 SGB X diesem gegenüber einen Leistungsbescheid gemäß § 31 SGB X, in dem der Versicherte unter letztmaliger Fristsetzung zur Zahlung aufgefordert wird (Verwaltungsverfahren). Die Anhörung kann zwar Teil der schriftlichen Zahlungsaufforderung sein, nicht jedoch zugleich mit der Versendung des Leistungsbescheides erfolgen. Der Erlass des Leistungsbescheides erfolgt frühestens 14 Tage nach Übermittlung der Anhörung. Darüber hinausgehende Anforderungen aus Verträgen nach § 112 Absatz 2 SGB V bleiben unberührt. Der Erlass des Leistungsbescheides wird mit dessen Aufgabe zur Post bewirkt; damit gilt das Verwaltungsverfahren als abgeschlossen im Sinne dieser Vereinbarung. Kann bereits die gesonderte schriftliche Zahlungsaufforderung nicht zugestellt werden, führt das Krankenhaus kein Verwaltungsverfahren im Sinne dieser Vereinbarung durch und informiert die zuständige Krankenkasse.

(2) Nach dem Erlass des Leistungsbescheides wird dies der Krankenkasse vom Krankenhaus im Wege des Datenaustausches nach § 301 SGB V dadurch mitgeteilt, dass die Kostenpauschale nach § 3 mit einer Nachtragsrechnung berechnet wird.

(3) Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus im Rahmen des Verwaltungsverfahrens nach Absatz 1 erfolglos bleibt, erfolgt auf eine entsprechende Rückforderung durch das Krankenhaus innerhalb der im Rahmen der Verträge nach § 112 Absatz 2 SGB V oder der in der Pflegesatzvereinbarung festgelegten Frist eine Erstattung der bereits abgezogenen Zuzahlung an das Krankenhaus durch die Krankenkasse. Eine Zuzahlungsgutschrift nach Satz 1 ist auch in den Fällen vorzunehmen, in denen die Anhörung oder der Leistungsbescheid dem Versicherten unzustellbar waren. Das Krankenhaus ist in diesen Fällen nicht verpflichtet, den Wohnsitz des Versicherten zu ermitteln.

(4) Nach fruchtlosem Ablauf der im Leistungsbescheid enthaltenen Zahlungsfrist wird die Zuzahlungsvollstreckung von der jeweils zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Hierzu übersendet das Krankenhaus auf Anforderung der Krankenkasse ohne gesonderte Berechnung innerhalb von 21 Tagen nach Übermittlung der Nachricht „ZGUT“ folgende Unterlagen des Verwaltungsverfahrens:

1. die erneute Zahlungsaufforderung und Anhörung des Versicherten nach § 24 SGB X durch das Krankenhaus
2. etwaige schriftliche Stellungnahmen des Versicherten
3. den Leistungsbescheid des Krankenhauses, aus dem die Höhe und die Ermittlung des Zuzahlungsbetrages ersichtlich sind

(5) Bei Entlassungsgrund „07 Tod“ wird das Verwaltungsverfahren nicht vom Krankenhaus durchgeführt. Eine Minderung der Rechnung des Krankenhauses an die Krankenkasse nach § 1 Absatz 1 erfolgt nicht.

§ 3 Kostenpauschale

Für jedes durch Erlass eines Leistungsbescheides abgeschlossene Verwaltungsverfahren nach § 2 Absatz 1 erhält das Krankenhaus von der Krankenkasse eine Kostenpauschale **in Höhe von 8,50 Euro** inklusive der dem Krankenhaus entstandenen Portokosten. In absehbaren Fällen einer Fallzusammenführung sollte von Krankenhausseite versucht werden, die Einziehung der Zuzahlung für zeitlich kurz aufeinanderfolgende Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit in einem Leistungsbescheid zusammenzufassen und die Verwaltungskostenpauschale nur einmal abzurechnen.

§ 4 Erstattung von Gerichtskosten

Die dem Krankenhaus durch Klagen der Versicherten gegen den Verwaltungsakt entstandenen, notwendigen Kosten werden diesem von der Krankenkasse in angefallener Höhe erstattet.

§ 5 Abrechnung der Erstattungsbeträge

(1) Zur Abrechnung der Erstattungsbeträge nach den §§ 3 und 4 übermittelt das Krankenhaus der Krankenkasse im Wege des Datenaustausches nach § 301 SGB V über entsprechende Nachtragsrechnungen folgende Angaben:

- Kostenpauschale für Verwaltungsverfahren nach § 3
- Gerichtskosten

(2) Die Krankenkasse hat die Erstattungsbeträge nach Eingang der Nachtragsrechnungen nach Absatz 1 innerhalb der im Rahmen der Verträge nach § 112 Absatz 2 SGB V oder der in der Pflegesatzvereinbarung festgelegten Frist für die Bezahlung der Hauptforderung zu leisten.

(3) Belege für die dem Krankenhaus im Rahmen des Klageverfahrens entstandenen Kosten sowie für die Unzustellbarkeit gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 werden der Krankenkasse vom Krankenhaus auf Anfrage innerhalb einer Frist von 21 Tagen postalisch oder in sonstiger geeigneter Form (z.B. elektronisch) übersandt. Die Krankenkasse kann dem Krankenhaus die Anforderung der Belege mit dem Zahlungssatz mitteilen. Die Zahlungsfrist für die Rechnung wird durch die Anfrage nicht geändert.

§ 6 Inkrafttreten und Übergangsregelungen

(1) Diese Vereinbarung tritt zum 01.01.2011 in Kraft, jedoch nicht vor Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG). Sie ersetzt die Vereinbarung vom 16.06.2009. Sie kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres mittels eines eingeschriebenen Briefs durch einen der Vertragspartner gekündigt werden.

(2) Das in dieser Vereinbarung beschriebene Verfahren gilt ab dem 01.01.2011 für alle Versicherten, bei denen die Vollstreckung durch das Krankenhaus noch nicht eingeleitet wurde, unabhängig vom Aufnahme- und Entlassungsdatum.

Berlin,

Deutsche Krankenhausgesellschaft

GKV-Spitzenverband