

**Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung
nach § 43 b Absatz 3 Satz 8 SGB V**

zwischen der

Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

und dem

GKV-Spitzenverband, Berlin

- Stand: 16.06.2009 -

Präambel

§ 43 b SGB V wurde durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) um einen neuen Absatz 3 erweitert. Dieser verpflichtet die Krankenhäuser zur Einziehung der Krankenhauszuzahlungen nach § 39 Absatz 4 SGB V im Auftrag der Krankenkassen. Die Krankenhäuser werden zur Durchführung des dazu erforderlichen Verwaltungsverfahrens beliehen. 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 der Vollstreckung sowie 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 8 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.

Die Vertragspartner sind sich darin einig, parallel die im Folgenden aufgeführten Regelungen des Datenaustausches nach § 301 SGB V umgehend über einen Nachtrag zu regeln, der zum 01.01.2010 in Kraft tritt.

§ 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 Einziehung 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 einen entsprechenden Leistungsbescheid. Dabei kann die Anhörung bereits Teil der schriftlichen Zahlungsaufforderung sein. Darüber hinausgehende Anforderungen aus Verträgen nach § 112 Absatz 2 SGB V bleiben unberührt.

(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 Absatz 1 mit einer Nachtragsrechnung berechnet wird. Die Krankenkasse teilt dem Krankenhaus innerhalb von 21 Tagen nach Rechnungsstellung der Kostenpauschale im Wege des Datenaustausches nach § 301 SGB V anhand des Zahlungssatzes mit, ob sie auf die Durchführung der Vollstreckung verzichtet. Weitere Regelungen bezüglich einer möglichen Übernahme der Vollstreckung durch die Krankenkasse können auf der Ortsebene zwischen dem einzelnen Krankenhaus und der jeweiligen Krankenkasse vereinbart werden.

(3) Liegt nach Ablauf von 21 Tagen seit der Übermittlung der Mitteilung des Krankenhauses nach Absatz 2 Satz 1 keine Mitteilung der Krankenkasse nach Absatz 2 Satz 2 vor oder wurde keine Vereinbarung auf Ortsebene bezüglich der Übernahme der Vollstreckung durch die Krankenkasse nach Absatz 2 Satz 3 geschlossen, leitet das Krankenhaus gegen den Versicherten das Vollstreckungsverfahren ein. Dieses kann es entweder nach den Regelungen der Verwaltungsvollstreckung oder der Zivilprozessordnung durchführen oder durchführen lassen. Dabei soll es nach wirtschaftlichen Kriterien vorgehen.

(4) Im Fall einer erfolglosen Vollstreckung 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 Kranken-

kasse. Die Vollstreckung gilt als erfolglos im Sinne von § 43 b Absatz 3 Satz 9 SGB V, wenn

- a. der Versicherte im Schuldnerverzeichnis des zuständigen Amtsgerichts nach § 915 ZPO eingetragen ist oder
- b. das Vermögen des Versicherten nachweislich Gegenstand einer Verbraucherinsolvenz ist oder
- c. ein fruchtloser Vollstreckungsversuch von Seiten der jeweils zuständigen Vollstreckungsorgane beim Versicherten unternommen wurde.

Eine Zuzahlungsgutschrift nach Satz 1 ist auch in den Fällen vorzunehmen, in denen das Verwaltungsverfahren nach Absatz 1 wegen Unzustellbarkeit der Anhörung oder des Leistungsbescheids nicht abgeschlossen werden konnte. Das Krankenhaus ist in diesen Fällen nicht verpflichtet, den Wohnsitz des Versicherten zu ermitteln.

(5) Verzichtet die Krankenkasse auf die Vollstreckung oder wird die Vollstreckung von ihr aufgrund einer gesonderten Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 3 übernommen, hat das Krankenhaus einen Anspruch auf Erstattung der bereits abgezogenen Zuzahlung innerhalb der im Rahmen der Verträge nach § 112 Absatz 2 SGB V oder der in der Pflegesatzvereinbarung festgelegten Frist. Im Fall der Übernahme der Vollstreckung durch die Krankenkasse aufgrund einer gesonderten Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 3 oder aufgrund einer gesonderten Anforderung entweder bei Verzicht auf die Vollstreckung oder bei erfolgloser Vollstreckung im Sinne von Absatz 4 übersendet das Krankenhaus der Krankenkasse ohne gesonderte Berechnung innerhalb von 21 Tagen die Verfahrensunterlagen.

§ 3

Kostenpauschalen und Portokosten

(1) 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.

(2) Für jede aus Beweiszwecken gegebenenfalls erforderliche erneute Zustellung des Leistungsbescheids wird dem Krankenhaus das dafür notwendige Porto in angefallener Höhe von der Krankenkasse zusätzlich erstattet.

§ 4

Erstattung von Vollstreckungs- und Gerichtskosten

Die dem Krankenhaus je Einziehung entstandenen, notwendigen Kosten der Vollstreckung sowie die 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 Absatz 1
- Portokosten nach § 3 Absatz 2
- Vollstreckungskosten (z.B. für die nach § 3 Absatz 3 VwVG/§ 66 Absatz 4 SGB X vor Einleitung der Vollstreckung zwingend vorgesehene Mahnung)
- 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 Vollstreckungs- und Klageverfahrens entstandenen Kosten sowie für die Unzustellbarkeit gemäß § 2 Absatz 4 Satz 3 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 mit ihrer Unterzeichnung in Kraft und kann mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres mittels eines eingeschriebenen Briefs durch einen der Vertragspartner gekündigt werden.

(2) Um die zur Durchführung der Einziehung erforderlichen administrativen und technischen Umstellungen auf Krankenseite sicherzustellen, sind sich die Vertragsparteien einig, dass die Einziehung der Zuzahlungen gemäß § 43 b Absatz 3 SGB V durch das in dieser Vereinbarung beschriebene Verfahren ab dem 01.01.2010 vorzunehmen ist. Bis zu diesem Zeitpunkt wird empfohlen, das bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) praktizierte Verfahren nach § 43 b Absatz 1 SGB V fortzusetzen.

(3) Das in dieser Vereinbarung beschriebene Verfahren gilt für Versicherte, die ab dem 01.01.2010 in das Krankenhaus aufgenommen werden.


.....
Deutsche Krankenhausgesellschaft


.....
GKV-Spitzenverband

Berlin, 16.06.2009