

Niederschrift

über die Fachkonferenz
Rehabilitation

am 21.06.2022 in Berlin



Teilnehmerinnen/Teilnehmer:

AOK-Bundesverband

Herr Schön
Frau Marpert (online)

BKK Dachverband

Frau Feßer

GKV-Spitzenverband

Herr Kukla
Frau Backes
Frau Dänner
Frau Grahl
Frau Dr. Meissner
Frau Wallrabe

IKK e. V.

Herr Seifarth
Herr Walther (online)

KNAPPSCHAFT

Herr Lange

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau

Herr Kühhlborn

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Frau Hernig
Herr Kaiber
Frau Müllenhagen
Herr Anke

Medizinischer Dienst Niedersachsen

Frau Dr. Grotkamp

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes
Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Frau Breuninger

GKV-SV DVKA

Frau Hummel (online)

Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland

Inhaltsübersicht:

Seite

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 40 Abs. 5 und 6, 41 Abs. 3 i.V.m. § 60 Satz 2 SGB V;
Zuzahlungen während stationärer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen
hier: Zuzahlungserhebung bei Einrichtungswechsel und Unterbrechung | 4 |
|----|--|---|

Niederschrift

über die Fachkonferenz Rehabilitation am 21.06.2022 in Berlin

- 1. §§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 3, 40 Abs. 5 und 6, 41 Abs. 3 i.V.m. § 60 Satz 2 SGB V; Zuzahlungen während stationärer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen;
hier: Zuzahlungserhebung bei Einrichtungswechsel und Unterbrechung**

Sachstand:

Versicherte, die eine stationäre medizinische Vorsorgeleistung gemäß § 23 Abs. 4 SGB V, eine medizinische Vorsorge für Mütter und Väter gemäß § 24 Abs. 1 SGB V, eine stationäre medizinische Rehabilitationsleistung gemäß § 40 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V oder eine medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter gemäß § 41 Abs. 1 SGB V in Anspruch nehmen und das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen je Kalendertag den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an die Einrichtung. Die Zahlungen sind an die Krankenkasse weiterzuleiten (§§ 23 Abs. 6, 24 Abs. 5 und 6, 40 Abs. 5 sowie 41 Abs. 3 SGB V).

Als Zuzahlung zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben (§ 61 Satz 2 SGB V).

Der vdek wurde krankenkassenseitig darauf hingewiesen, dass die Durchführungshinweise zum Datenaustausch mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (DT TP4b) hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Zuzahlungserhebung bei Einrichtungswechseln und Unterbrechungen zu ungenau sind und konkretisiert werden müssten, damit eine entsprechende Systemanpassung erfolgen kann. Der vdek regt daher an, im Rahmen der Fachkonferenz Rehabilitation die Frage zu beraten, wie mit der Zuzahlungserhebung durch stationäre Einrichtungen während Einrichtungswechseln und bei Unterbrechungen im Rahmen von stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu verfahren ist.

Die seinerzeitigen Spitzenverbände der Krankenkassen haben Besprechungsergebnisse und Empfehlungen zum Umgang mit der Zuzahlungspflicht bei Einrichtungswechsel und Unterbrechungen im Rahmen von Krankenhausbehandlungen gefasst (zusammengefasst in der Anlage zum RS 2010-279 vom 07.06.2010 - **Anlagen**).



Sie hatten bereits in ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 05./06.10.1995 unter TOP 2 folgende Vorgehensweise empfohlen und im gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 26.11.2003 nochmals bekräftigt: „Sofern für das Krankenhaus erkennbar ist, dass Versicherte im Anschluss an ihre Verlegung/ Entlassung von einer anderen Einrichtung stationär aufgenommen werden, beispielsweise bei Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, ist die Zuzahlung für den Verlegungs-/ Entlassungstag nicht durch das verlegende/entlassende Krankenhaus einzuziehen. Vielmehr hat dies durch die aufnehmende Einrichtung zu erfolgen.“

Zudem wurde unter TOP 2 der Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 05./06.10.1995 ausgeführt, dass eine Beurlaubung mit der Durchführung einer Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht vereinbar sei. In Einzelfällen könne es allerdings, z.B. aus therapeutischen Gründen, angezeigt sein, Patientinnen und Patienten kurz zu beurlauben. Da die Zuzahlungspflicht zeitlich an den „Kalendertag“ anknüpft und die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine Beurlaubung mangels Entlassung für diesen Zeitraum nicht beendet wird, seien im stationären Krankenhausbereich auch Beurlaubungstage zuzahlungspflichtig.

Vor diesem Hintergrund regt der vdek auch eine Beratung zu der Frage an, wie bei Beurlaubungen während einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mit den Tagen der vollständigen Abwesenheit von der Einrichtung in Bezug auf die Zuzahlung umzugehen ist. Im Krankenhaus ist, wie oben dargestellt, durchgängig für alle Kalendertage der Unterbrechung eine Zuzahlung zu leisten. Im Gegensatz zur stationären Krankenhausbehandlung gibt es im Bereich Vorsorge und Rehabilitation keine DRG-Vergütung. Außerdem stellen Beurlaubungen, insbesondere im Bereich der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) oder der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, keine Seltenheit dar, sondern können sogar zum Therapiekonzept gehören. Insofern stellt sich die Frage, ob die Zuzahlungsregelung aus dem Krankenhausbereich für die zwischen dem Beginn und dem Ende der Unterbrechung liegenden Tage für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen angewendet werden kann.

Der vdek vertritt die Auffassung, dass die oben genannten Besprechungsergebnisse bzw. Empfehlungen der damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen zum Teil analog von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen anzuwenden sind. Dies bedeutet, dass folgende Verfahrensweise anzuwenden ist:

1. Verlegung in ein Krankenhaus:
Die Zuzahlung ist für den Verlegungstag nur einmal zu leisten, die Zuzahlung ist vom aufnehmenden Krankenhaus einzuziehen. Für den „Wiederaufnahmetag“ nach der Unterbrechung ist in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung Zuzahlung zu leisten.
2. Verlegung in eine andere stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung:
Die Zuzahlung ist für den Verlegungstag nur einmal zu leisten, der Einzug ist von der aufnehmenden Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen.
3. Beurlaubungen und Erkrankungen (ohne Krankenhausbehandlung) während einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme:
Die Zuzahlung ist für den Tag des Beginns der Unterbrechung sowie für den Tag der Rückkehr in die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung zu leisten.
4. Belastungserprobung im häuslichen Umfeld:
Diese Unterbrechungen werden bezogen auf die Zuzahlung wie normale Berechnungstage behandelt und es ist Zuzahlung zu leisten.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmerinnen und Besprechungsteilnehmer vertreten einvernehmlich die Auffassung, dass folgende Verfahrensweise bezüglich der Zuzahlungserhebung durch stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bei Einrichtungswechsels und Beurlaubungen angewendet werden sollte:

1. Verlegung in ein Krankenhaus:
Die Zuzahlung ist für den Verlegungstag nur einmal zu leisten, die Zuzahlung ist vom aufnehmenden Krankenhaus einzuziehen. Für den „Wiederaufnahmetag“ nach der Unterbrechung ist in der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung Zuzahlung zu leisten.
2. Verlegung in eine andere stationäre Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung:
Die Zuzahlung ist für den Verlegungstag nur einmal zu leisten, der Einzug ist von der aufnehmenden Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung vorzunehmen.
3. Beurlaubungen und Erkrankungen (ohne Krankenhausbehandlung) während einer Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme:
Die Zuzahlung ist nur für den Tag des Beginns der Unterbrechung sowie für den Tag der Rückkehr in die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtung zu leisten.
4. Belastungserprobung im häuslichen Umfeld:
Diese Unterbrechungen werden bezogen auf die Zuzahlung wie normale Berechnungstage behandelt und es ist Zuzahlung zu leisten.

Seite 7 der Niederschrift über die Fachkonferenz Rehabilitation
am 21.06.2022 in Berlin



Der GKV-Spitzenverband wird gebeten, diese Positionen in Beratungen über eine entsprechende Anpassung in den Durchführungshinweisen zum Datenaustausch mit Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (DT TP4b) einzubringen.

Anlagen



Spitzenverband

Rundschreiben

Laufende Nummer: RS 2010/279

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

Anlass: Abstimmung aktueller Fragestellungen zwischen GKV-Spitzenverband und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG)

Für Fachbereich/e: Krankenhäuser / Leistungsrecht

Erscheinungsdatum: 07.06.2010

Anlage/n: 1. Ergebnisse der Besprechung mit der DKG am 26.04.2010

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an

Abteilung/Stabsbereich: Krankenhäuser / Gesundheit

Ansprechpartner/in: Frau Möckel (Krankenhäuser)
Herr Kollwitz (Leistungsrecht)
Herr Reiner mann (Krankenhäuser)

Telefon: 030 206 288 2207
030 206 288 3171
030 206 288 2205

E-Mail: ina.moeckel@gkv-spitzenverband.de
ralf.kollwitz@gkv-spitzenverband.de
frank.reiner mann@gkv-spitzenverband.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

durch das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) vom 17.03.2009 (BGBl 2009 Teil I Nr. 15 vom 24.03.2009) wurden die Krankenhäuser mit Wirkung vom 25.03.2009 nach § 43b Abs. 3 SGB V mit der Durchführung des Zuzahlungseinzugs beliehen. Die Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43b Abs. 3 Satz 8 SGB V zwischen der DKG und dem GKV-Spitzenverband ist am 16.06.2009 in Kraft getreten und gilt für Versicherte, die ab



dem 01.01.2010 in das Krankenhaus aufgenommen werden (vgl. RS 2009/302 und 2010/84).

In der Umsetzung des Zuzahlungsinkasso sind in der Praxis verschiedene Fragestellungen und Fallkonstellationen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen kontrovers diskutiert worden. Dies betrifft insbesondere Fragen zur Erhebung der Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V. Zu diesen und anderen Aspekten fand am 26.04.2010 eine ausführliche Erörterung mit Vertretern der DKG statt mit dem Ziel, eine gemeinsame Rechtsauffassung abzustimmen und somit ein höheres Maß an Rechtssicherheit zu schaffen. In der Anlage informieren wir Sie über die Ergebnisse, die den bereits in der Vergangenheit erfolgten Verlautbarungen der Spitzenverbände der Krankenkassen voll inhaltlich entsprechen und somit keine Änderungen bedeuten. Die DKG hat ihre Mitglieder in einem inhaltsgleichen Rundschreiben entsprechend informiert.

Mit freundlichen Grüßen
GKV-Spitzenverband

Anlage 1 zum RS

Ergebnisse der Besprechung des GKV-Spitzenverbandes mit der DKG am 26.04.2010 zur „Vereinbarung zur Umsetzung der Kostenerstattung nach § 43 b Absatz 3 Satz 8 SGB V“

In sämtlichen der nachstehenden Fallkonstellationen, die nicht zu einer Zuzahlungspflicht des gesetzlich versicherten Patienten führen, hat keine Einziehung der Zuzahlung und Rechnungsminderung durch das Krankenhaus zu erfolgen.

1. Zuzahlungspflicht in Fällen der Entbindung

In Fällen, in denen eine Versicherte zur Entbindung aufgenommen wird, besteht nach § 197 Satz 2 RVO für die gesamte Dauer der stationären Entbindung kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V, weswegen dieser Aufenthalt der Versicherten keine Zuzahlungspflicht nach § 39 Abs. 4 SGB V auslöst. Dies gilt auch für die Aufenthaltstage vor der Entbindung, wenn der Grund zur Krankenhausaufnahme die Entbindung ist.

Auch in Fällen, in denen eine Versicherte zur Entbindung aufgenommen wurde, jedoch im Nachgang dessen aufgrund bestehender Behandlungsbedürftigkeit eine Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, ist die gesamte Aufenthaltsdauer der Versicherten nicht zuzahlungspflichtig. Maßgeblich ist auch hier der „Aufnahmegrund 05“ (Entbindung).

Bei Fällen, in denen eine Schwangere zur Durchführung einer Krankenhausbehandlung (z.B. bei Schwangerschaftsbeschwerden, etc.) aufgenommen wird, und die Entbindung im Rahmen dieses Aufenthaltes erfolgt, sind lediglich die Aufenthaltstage im Krankenhaus bis zum Tag vor der Entbindung zuzahlungspflichtig. Die ab dem Zeitpunkt der Entbindung folgenden Aufenthaltstage einschließlich des Entbindungstages sind aufgrund der Regelung des § 197 Satz 2 RVO nicht zuzahlungspflichtig. Dies gilt unabhängig davon, ob die Versicherte nach der Entbindung auf eine Entbindungsstation verlegt wird (vgl. insgesamt gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 09.03.2007 in der Fassung vom 18.05.2007 zu § 197 RVO/§ 24 KVLG).

2. Zuzahlungspflicht bei Verlegung/Entlassung mit nachträglicher tagesgleicher Wiederaufnahme

Die Krankenhauszuzahlung ist als pauschale Eigenbeteiligung der Versicherten an ihren Krankheitskosten unabhängig von den Kosten, die die Krankenkasse für bestimmte Tage aufzubringen hat, „schematisch je Kalendertag des Aufenthalts zu leisten“ (vgl. BSG-Urteile vom 19.02.2002, Az.: B 1 KR 2/01 R, B 1 KR 3/01 R, B 1 KR 32/00 R sowie Peters/Schmidt in: Handbuch der Krankenversicherung, § 39 SGB V, Rn. 421; Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer in: GKV-Kommentar, § 39 SGB V, Rn. 102). Somit sind auch der Aufnahme- und der Entlassungstag zuzahlungspflichtig, auch in Fällen, in denen der Krankenhausaufenthalt weniger als 24 Stunden gedauert hat, sich aber über zwei Tage erstreckt (vgl. auch bereits TOP 3 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 28.03.1996).

Sofern für das Krankenhaus erkennbar ist, dass der Versicherte im Anschluss an seine Verlegung / Entlassung von einer anderen Einrichtung stationär aufgenommen wird, beispielsweise bei Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme, ist die Zuzahlung für den Verlegungs-/ Entlassungstag nicht durch das verlegende/entlassende Krankenhaus einzuziehen. Vielmehr hat dies durch die aufnehmende Einrichtung zu erfolgen. Diese Verfahrensweise wurde bereits von Seiten der Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrer Besprechung zum Leistungsrecht am 05./06.10.1995 empfohlen (vgl. TOP 2 der Niederschrift) und im gemeinsamen Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 26.11.2003 nochmals bekräftigt.

3. Zuzahlungspflicht bei Beurlaubung

Eine Beurlaubung ist mit der Durchführung einer Krankenhausbehandlung grundsätzlich nicht vereinbar. In Einzelfällen kann es allerdings, z.B. aus therapeutischen Gründen, angezeigt sein, den Patienten kurz zu beurlauben. Da die Zuzahlungspflicht – wie bereits ausgeführt – zeitlich an den „Kalendertag“ anknüpft und die vollstationäre Krankenhausbehandlung durch eine Beurlaubung mangels Entlassung für diesen Zeitraum nicht beendet wird, sind auch Beurlaubungstage zuzahlungspflichtig (vgl. nochmals TOP 2 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 05./06.10.1995).

Lediglich die Beurlaubung zwischen onkologischen Behandlungszyklen unterliegt nicht der Zuzahlungspflicht, da in diesen Fällen keine Beurlaubung im eigentlichen Sinne sondern eine geregelte Entlassung der Versicherten vorliegt (vgl. Ziff. 2 der Klarstellung der Vertragsparteien nach § 17c Abs. 2 S. 1 KHG zur FPV 2010).

4. Zuzahlungspflicht bei Überliegern

Nimmt ein Krankenhaus einen zuzahlungspflichtigen Patienten auf, verbraucht dieser die für ihn noch bestehenden zuzahlungsrelevanten Behandlungstage im alten Jahr, verbleibt über den Jahreswechsel im Krankenhaus und wird erst im neuen Jahr entlassen, entsteht für die Aufenthaltstage im neuen Jahr keine erneute Zuzahlungspflicht.

Nimmt ein Krankenhaus hingegen einen Patienten auf, der die bei ihm noch bestehenden zuzahlungspflichtigen Behandlungstage bis zum Jahreswechsel nicht verbraucht, sind auch die – bis zur Höchstdauer von 28 Kalendertagen des alten Kalenderjahres noch fehlenden – Behandlungstage im neuen Jahr zuzahlungspflichtig. Die während des Krankenhausaufenthaltes im neuen Kalenderjahr angefallenen Zuzahlungstage werden auf die im neuen Kalenderjahr bestehende Gesamtzahl der zuzahlungspflichtigen Behandlungstage von 28 Kalendertagen angerechnet (vgl. insgesamt gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Gesundheitsreformgesetzes [GRG] vom 9. Dezember 1988 zu § 39 SGB V, Abschnitt 7.2.).

5. Zuzahlungspflicht bei Vollendung des 18. Lebensjahres während des Krankenhausaufenthaltes

Nach § 39 Abs. 4 SGB V entsteht die Zuzahlungspflicht erst für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. In Fällen, in denen die Vollendung des 18. Lebensjahres während der vollstationären Krankenhausbehandlung eintritt, besteht für diesen Krankenhausaufenthalt keine Zuzahlungspflicht (vgl. nochmals gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des GRG vom 9. Dezember 1988 zu § 39 SGB V, Abschnitt 7.2.).

6. Abrechnung der Verwaltungskostenpauschale bei Fallzusammenführung

Unter den Voraussetzungen von § 2 FPV werden mehrere Krankenhausaufenthalte desselben Patienten zu einem Fall zusammengeführt. In der Regel erfolgt eine Zusammenführung der Falldaten allerdings erst nach der separaten Abrechnung der vollstationären Krankenhausaufenthalte gegenüber der Krankenkasse und nach ggf. zweimaliger Versendung eines Leistungsbescheides für die ausstehenden Zahlungsbeträge.

§ 3 Abs. 1 der Zuzahlungsvereinbarung (ZuzV) vom 16.06.2009 stellt bezüglich der Abrechenbarkeit der Verwaltungskostenpauschale jedoch ausschließlich auf den Erlass des Leistungsbescheides ab und nicht darauf, ob die Krankenhausaufenthalte des Versicherten abrechnungstechnisch zu einem Fall zusammengeführt werden. Daher ist die zweifache Abrechnung der Verwaltungskostenpauschale durch das Krankenhaus gegenüber der jeweils zuständigen Krankenkasse grundsätzlich statthaft. In absehbaren Fällen sollte von Krankenhausseite jedoch versucht werden, die Einziehung der Zuzahlung für zeitlich kurz aufeinander folgende Krankenhausaufenthalte nach Möglichkeit in einem Leistungsbescheid zusammenzufassen und die Verwaltungskostenpauschale nur einmal abzurechnen.

7. Einziehung von Zuzahlungen im Ausland

Insbesondere Patienten aus der EU genießen über die EHIC in Deutschland einen Versicherungsschutz zu gleichen Bedingungen, wie bei einem in Deutschland gesetzlich versicherten Patienten. Folglich müssen auch diese Patienten für jeden Kalendertag der vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V die Zuzahlung leisten. Oftmals ist jedoch die Einziehung der Zuzahlung nach Rückkehr der Patienten in ihr Heimatland mit nicht unerheblichen Problemen verbunden. Beispielsweise erfolgt von Seiten der Patienten in vielen Fällen überhaupt keine Reaktion auf den versandten Leistungsbescheid.

Ein genereller Verzicht auf den Zuzahlungseinzug in Behandlungsfällen mit Auslandsbezug kommt von Kassenseite nicht in Betracht. Die Krankenkasse teilt in den jeweiligen Einzelfällen gem. § 2 Abs. 2 ZuzV mit, ob auf die Durchführung der Vollstreckung verzichtet wird.

8. Setzung einer angemessene Anhörungsfrist

Einige Krankenhäuser versuchen in der Praxis offensichtlich, das Verwaltungsverfahren deutlich zu straffen, indem sie den Leistungsbescheid bereits einen oder nur wenige Tage nach Versendung der Anhörung an die Patienten verschicken. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Anhörung im förmlichen Verwaltungsverfahren dem Patienten die Möglichkeit bieten soll, zu dem betreffenden Sachverhalt Stellung zu nehmen. Dies setzt jedoch voraus, dass ihm dazu in der Anhörung eine angemessene Frist zur Abgabe dieser Stellungnahme gesetzt wird. Keine oder eine unangemessen kurze Frist kommt einer unterlassenen Anhörung gleich (vgl. Vogelgesang in: Hauck/Noftz SGB X, § 24 Rn. 6 m.w.N.), was die formelle Rechtswidrigkeit des sich anschließenden Leistungsbescheids begründet.

Nach der Rechtsprechung des BSG dürfte gegenüber Personen, die mit dem Sozialrecht nicht vertraut sind, eine Frist von 2 Wochen als angemessen gelten (vgl. Vogelgesang a.a.O. Rn. 8 m.w.N.). Krankenhäuser sollten daher stets darauf achten, dem Patienten in der Anhörung eine angemessene Frist zur Stellungnahme zu setzen und erst nach Ablauf dieser Frist den Leistungsbescheid zu versenden.

9. Überarbeitung der Anlage 5 der Vereinbarung nach § 301 SGB V

Die Anlage 5 der 301-Vereinbarung wird überarbeitet. Inhalt dessen soll insbesondere bei der Bemessung der Übermittlungsfristen für die Kostenübernahme auch die redaktionelle Änderung der Angabe „Tage“ in „Arbeitstage“ sein. Ein entsprechender Entwurf für die Überarbeitung der Anlage 5 von den gesetzlichen Krankenkassen ist der DKG mittlerweile zugegangen.

10. Nachträgliche Vorlage eines Befreiungsausweises

In Fällen, in denen der Versicherte die Zuzahlung nach § 39 Abs. 4 SGB V an das Krankenhaus geleistet hat, nachträglich jedoch eine Zuzahlungsbefreiung durch die Krankenkasse vorlegt, hat das Krankenhaus keine Erstattung der Zuzahlungsbeträge an den Versicherten vorzunehmen. Diese Erstattung erfolgt im Innenverhältnis durch die jeweils zuständige gesetzliche Krankenkasse.

In entsprechenden Fallkonstellationen mit Überliegerproblematik bei einer lediglich für das Vorjahr befristeten Befreiungsbescheinigung besteht für die Aufenthaltstage des Folgejahres eine Zuzahlungspflicht, sofern die Zuzahlungsdauer von 28 Kalendertagen zum Jahresende noch nicht erschöpft und deshalb die noch fehlende Zeit im neuen Kalenderjahr anzuhängen ist. Dabei mindern Behandlungstage im Vorjahr, an denen eine Zuzahlungsbefreiung bestand, dennoch die Höchstdauer von 28 Kalendertagen (vgl. TOP 2 der Niederschrift über die Besprechung der Spitzenverbände der Krankenkassen zum Leistungsrecht am 11./12.05.2004). Auch in dieser Fallgestaltung sind ggf. erforderliche Erstattungen geleisteter Zuzahlungen bei nachträglicher Feststellung einer Zuzahlungsbefreiung (für das Folgejahr) nicht durch das Krankenhaus sondern durch die zuständige Krankenkasse vorzunehmen.