

Rahmenempfehlung

zum Erheben der

Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) bei ambulanten Leistungen im Krankenhaus

Die Spitzenverbände der Krankenkassen,

**der AOK-Bundesverband,
der BKK-Bundesverband,
der IKK-Bundesverband,
die Bundesknappschaft,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK),
der Arbeiter-Ersatzkassenverband (AEV) und
die See-Krankenkasse**

- gemeinsam -

die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG),

und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

geben gemäß § 115 Abs. 5 SGB V folgende Empfehlungen zum Erheben der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) im Krankenhaus:

Präambel

- (1) Mit der durch das GKV-Modernisierungsgesetz eingeführten Praxisgebühr (§ 28 Abs. 4 SGB V) verfolgt der Gesetzgeber das Ziel, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und zur Konsolidierung der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen.
- (2) Die nachfolgenden Bestimmungen sind abgestimmt auf die einschlägigen Bestimmungen des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä und EKV), der für ermächtigte Ärzte und für die im Rahmen der ambulanten Behandlung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser unmittelbar gilt. Abweichungen von den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages ergeben sich – auch für die dem Bundesmantelvertrag unterliegenden Einrichtungen nach den §§ 117-119 SGB V – aufgrund direkter Abrechnung mit den Krankenkassen und diesbezüglich abweichender gesetzlicher Regelungen bei der Verrechnung vereinnahmter Praxisgebühren und beim Mahnverfahren nach § 4 dieser Vereinbarung.

§ 1 Anwendungsbereich

- (1) Krankenhausärzte oder Krankenhäuser erheben die Praxisgebühr von gesetzlich Krankenversicherten und ihnen gleich Gestellten (z.B. von Hilfeempfängern nach dem Bundessozialhilfegesetz), die eine Krankenversichertenkarte besitzen. Ausgenommen sind freiwillig Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben; von ihnen wird die Praxisgebühr im Rahmen ihrer Abrechnung gegenüber der Krankenkasse erhoben. Von Privatpatienten und von Patienten anderer Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaften, Zivildienstleistende) wird keine Praxisgebühr erhoben.
- (2) Die Regelungen dieser Vereinbarung betreffend die Praxisgebühr finden Anwendung auf alle Fälle ambulanter Behandlung im Krankenhaus, und zwar unabhängig davon, ob die Behandlung auf der Grundlage einer Ermächtigung des Krankenhausarztes oder des Krankenhauses zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß den §§ 116, 116 a SGB V, 31, 31 a Ärzte-ZV oder den §§ 117-119 SGB V erfolgt oder ob es sich um einen der folgenden Fälle handelt:
 - ambulante Notfallbehandlung gemäß § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V,
 - ambulante Operation gemäß § 115 b SGB V,
 - ambulante Versorgung im Rahmen von Verträgen betreffend strukturierte Behandlungsprogramme (DMP, § 116 b Abs. 1 SGB V),
 - ambulante Versorgung im Rahmen von Verträgen betreffend hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116 b Abs. 2 SGB V) oder
 - um ambulante Behandlung im Rahmen integrierter Versorgung (§ 140 a ff. SGB V).

§ 2 Erheben

(1) Versicherte nach § 1 Abs. 1, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, vor jeder ersten ambulanten Inanspruchnahme eines Krankenhausarztes oder Krankenhauses im Kalendervierteljahr eine Zuzahlung gemäß §§ 28 Abs. 4, 61 S. 2 SGB V in Höhe von derzeit 10,00 € zu leisten. Andernfalls sind Arzt und Krankenhaus berechtigt, die Behandlung abzulehnen. Letzteres gilt nicht, sofern eine akute Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist. In diesen Fällen kann die Zuzahlung nachträglich erhoben werden; der Versicherte ist verpflichtet, die Zuzahlung unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von 10 Tagen zu entrichten. Der Krankenhausarzt und das Krankenhaus sind nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten oder einen anderen Betrag als 10,00 € zu erheben.

(2) Die Zuzahlung entfällt bei einer Erstinanspruchnahme

- aufgrund einer Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr,
- unter Vorlage einer aktuellen, mit Gültigkeitszeitraum versehenen Befreiungsbescheinigung der Krankenkasse,
- ausschließlich zum Zweck von Schutzimpfungen (§ 23 Abs. 9 SGB V),
- ausschließlich zum Zweck von Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V) oder
- ausschließlich zum Zweck der Schwangerenvorsorge (§ 196 Abs. 1 RVO).

Findet statt der verordneten Krankenhausbehandlung eine ambulante Operation oder ein sonstiger stationersetzender Eingriff gemäß § 115 b SGB V statt, ersetzt die Verordnung die Überweisung.

- (3) Die nachträgliche Vorlage einer Überweisung oder einer Befreiungsbescheinigung begründet keinen Rückzahlungsanspruch des Versicherten.
- (4) Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einbehalt Verpflichteten entweder auf dem dieser Vereinbarung als Anlage beigefügten Formular oder in einem von dem Versicherten vorgelegten Nachweisheft seiner Krankenkasse zu quittieren. Dies gilt auch im Falle nachträglich geleisteter Zuzahlungen. Ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 3 Verrechnung

- (1) Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V, die in Fällen der Notfallbehandlung oder der Behandlung auf der Grundlage einer Ermächtigung gemäß den §§ 116, 116 a SGB V, 31, 31 a Ärzte-ZV geleistet wurden, sind Bestandteil der Gesamtvergütung gemäß § 85 SGB V und mindern die zu zahlende Gesamtvergütung entsprechend. Die Verrechnung der vom Krankenhausarzt oder vom Krankenhaus vereinnahmten Zuzahlungen mit deren Vergütungsanspruch erfolgt durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der Quartalsabrechnung.

- (2) Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4 SGB V, die in Fällen ambulanter Behandlung nach den §§ 115 b, 116 b, 117-119, 140 a ff. SGB V geleistet wurden, werden im Rahmen der Abrechnung des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse mit der Vergütung verrechnet. Sofern die Zuzahlung bis zur Abrechnung nicht vereinbart werden konnte, unterbleibt eine Verrechnung. Eine nachträglich vereinbarte Zuzahlung wird nachträglich mit der Krankenkasse verrechnet. Andernfalls wird die Krankenkasse über die Nichtzahlung trotz schriftlicher Aufforderung informiert.

§ 4 Mahnverfahren

- (1) Leistet der Versicherte die Praxisgebühr gemäß § 2 weder vor noch nach einer Notfallbehandlung (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V) oder einer Behandlung auf der Grundlage einer Ermächtigung nach den §§ 116, 116 a SGB V, fordern der Arzt oder das Krankenhaus ihn schriftlich zur Zahlung auf; dabei stellen sie ihm ggf. die Portokosten für diese Zahlungsaufforderung in Rechnung. Leistet der Versicherte nicht innerhalb der von dem Arzt oder dem Krankenhaus gesetzten Frist, übernimmt die zuständige Kassenärztliche Vereinigung den weiteren Zahlungseinzug. Die Kassenärztliche Vereinigung fordert den Versicherten schriftlich mit Fristsetzung erneut zur Zahlung auf. Zahlt der Versicherte wiederum nicht, führt die Kassenärztliche Vereinigung Vollstreckungsmaßnahmen durch. Bleibt die Vollstreckungsmaßnahme erfolglos, entfällt die Verrechnung dieser Zuzahlung mit der Gesamtvergütung. Die Krankenkasse erstattet in diesem Fall der Kassenärztlichen Vereinigung die nachgewiesenen Gerichtskosten zuzüglich einer Pauschale von 4,00 €.
- (2) In den Fällen unmittelbarer Vergütung der ambulanten Leistungen durch die Krankenkassen (§§ 115 b, 116 b, 117-119, und 140 a ff. SGB V) erfolgt abweichend von Absatz 1 nach der Zahlungsaufforderung durch das Krankenhaus der weitere Zahlungseinzug nach § 43 b Abs. 1 S. 2, Abs. 2 S. 3 SGB V durch die Krankenkassen.

§ 5 Inkrafttreten, Kündigung

- 1) Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft.
- 2) Sie kann von den Spitzenverbänden gemeinsam oder von den anderen Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Ablauf eines Kalenderhalbjahres gekündigt werden.

Anlage

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt- Nr.	VK gültig bis	Datum

99
Beleg über die Zahlung
der Praxisgebühr
für das Quartal I

Die oben genannte Patientin / der Patient hat die Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro für das oben genannte Quartal heute in meiner Praxis entrichtet.

Ausstellungsdatum					

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 69 (1. 2004)

Bonn, 19. Dezember 2003



AOK-Bundesverband