

Lernbrief

Anträge auf Krankenhaus- behandlung bearbeiten

4.16
Teilprozess

Prozesshandbuch, Stand: August 2025

Herausgeber:

AOK-Bundesverband, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin

Autorin: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

Bearbeitung: Yvonne Ehrmann, AOK Baden-Württemberg

Redaktion: Referat Berufliche Bildung

Ansprechpartnerin: Sylvia Wiedemann, Tel.: 030 34646-2345

Druck und Vertrieb durch

Bonndruck GmbH, Frankfurter Straße 51, 57074 Siegen.

Vervielfältigung der Materialien oder einzelner Beiträge daraus
(auf fotomechanischem oder sonstigem Wege) ist nur mit vorheriger
Genehmigung des Herausgebers gestattet.



Gliederung

1 Einleitung	3
2 Lernziele	4
3 Krankenhausbehandlung	4
4 Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung	5
4.1 AOK-Versicherung oder nachgehender Leistungsanspruch	6
4.2 Verordnung und Notwendigkeit	6
4.3 Krankenhausarzt/-ärztin prüft medizinische Notwendigkeit	7
4.4 Zugelassenes Krankenhaus	7
4.5 Kostenzusage	9
5 Umfang und Formen der Krankenhausbehandlung	10
5.1 Vollstationäre Behandlung	10
5.2 Stationsäquivalente Behandlung	10
5.3 Tagesstationäre Behandlung	10
5.4 Teilstationäre Behandlung	11
5.5 Vor- und nachstationäre Behandlung	11
5.6 Ambulantes Operieren im Krankenhaus	12
5.7 Entlassmanagement	13
5.8 Übergangspflege	13
6 Mitaufnahme einer Begleitperson/Pflegeperson	15
6.1 Mitaufnahme einer Begleitperson	15
6.2 Mitaufnahme einer Pflegeperson	16
7 Zuzahlung	17
8 Wahlleistungen	19
9 Grundsätze der Krankenhausversorgung und -finanzierung	20
10 Vergütung vollstationärer und teilstationärer Leistungen	22
10.1 DRGs	22
10.2 Budgetverhandlungen	25



11 Vergütung weiterer Krankenhausleistungen	26
11.1 Vergütung von vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung	26
11.2 Vergütung von tagesstationärer Behandlung	26
11.3 Vergütung von ambulanten Operationen	27
11.4 Hybrid-DRG	27
11.5 Vergütung Übergangspflege	27
11.6 Vergütung von hochspezialisierten Leistungen	28
11.7 Vergütung von Notfallversorgung durch das Krankenhaus	28
12 Kostensteuerung im Krankenhausbereich	29
13 Krankenkassenwechsel	30
14 Hospiz und Beratung durch die Krankenkasse	31
14.1 Stationäre Hospizleistungen	31
14.2 Ambulante Hospizleistungen	32
14.3 Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse	32
15 Zusammenfassende Selbstkontrolle	33
16 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle	37



1 Einleitung

Dieser Lernbrief setzt sich mit der Krankenhausbehandlung auseinander. Eine wichtige Aufgabe für Sie als AOK-Mitarbeitende ist es, den Privatkunden im Krankheitsfall die Krankenhausbehandlung kundenorientiert, unbürokratisch und marktgerecht anzubieten sowie die Grundzüge der Krankenhausvergütung zu kennen und die Unternehmensziele der AOK zu berücksichtigen. Deshalb ist es erforderlich, die Leistungen vom Inhalt und von den Voraussetzungen her genau zu kennen, um auf die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Kundschaft optimal eingehen zu können.

Die Aussagen des Basisprozesses 4.0 sind zu beachten. Die Inhalte des Teilprozesses 6.1 sind Gegenstand dieses Lernbriefs.

Hinweise

Sofern nicht erforderlich, haben wir in Beispielen und Übungen auf die Angabe einer konkreten AOK und auf Jahreszahlen verzichtet. Gehen Sie in diesen Fällen von Ihrer AOK bzw. von den Werten des aktuellen Kalenderjahres aus.

Die Textteile, deren Inhalte nicht prüfungsrelevant, aus unserer Sicht jedoch wichtig für das Gesamtverständnis und die AOK-Praxis sind, haben wir in grüner Schrift gedruckt.

Haben Sie Tipps, Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu den Inhalten des Lernbriefs? Dann zögern Sie nicht, uns anzusprechen.

Prüfungshinweis

Die Kapitel 4 bis 7 und 13 dieses Lernbriefs sind bereits für die Zwischenprüfung relevant.



2 Lernziele

Der Lernbrief soll Sie in der Entwicklung folgender Kompetenzen unterstützen:

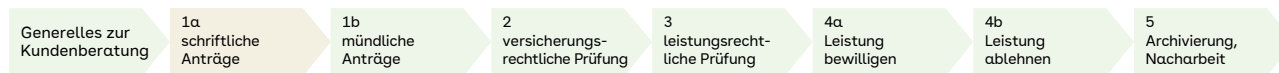
- Kunden über Krankenhausbehandlung zu beraten
- die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung im Beratungsgespräch vermitteln zu können
- die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Krankenhausbehandlung zu kennen und den Kunden unbürokratisch zur Verfügung zu stellen
- die Genehmigung der Krankenhausbehandlung kundenorientiert zu formulieren und den Mehrwert der AOK aktiv zu verkaufen
- die Ablehnung der Krankenhausbehandlung zu begründen und evtl. Alternativen anzubieten
- die Unternehmensziele der AOK bei der Leistungsgewährung zu berücksichtigen
- bei der Leistungsgewährung zwischen Kundeninteressen, gesetzlichen Vorgaben und AOK-Interessen abzuwägen
- die Grundzüge der Krankenhausvergütung zu kennen

3 Krankenhausbehandlung

Die Ausgaben für die Krankenhausbehandlung stellen bei der GKV wie auch bei der AOK von mehr als einem Drittel an den Gesamtausgaben, den größten Ausgabenblock dar. Die AOK hat 2023 von 107,2 Mrd. € (GKV 288,6 Mrd. €) 35,3 Mrd. € (GKV 90,7 Mrd. €) für die Krankenhausbehandlung ausgegeben.

Rund 16,8 Mio. GKV-Versicherte wurden 2022 in Deutschlands Krankenhäusern behandelt. Insgesamt waren diese Patienten 121 Mio. Tage im Krankenhaus. Gleichzeitig ging die Krankenhausverweildauer zurück. Mit derzeit 7,2 Tagen liegt sie rund 3,6 Tage unter dem Niveau von 1996 (10,8 Tage). (Quelle: Gesundheitsbericht von 1998 Pkt. 7.8 und <https://www.aok.de/pp/zahlen-und-fakten/> von 2024.)

3 leistungsrechtliche Prüfung



4 Voraussetzungen für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung

1a
schriftliche
Anträge

Lernbeispiel 1

Sie arbeiten in der Kundenberatung der AOK und erhalten von der orthopädischen Klinik über den Datenaustausch die Aufnahmeanzeige und den Kostenübernahmeantrag für Ihre Kundin Johanna Losert.

Johanna Losert ist seit einiger Zeit wegen Gelenkverschleiß der rechten Hüfte in ärztlicher Behandlung beim Orthopäden Dr. Kramer. Zur Behandlung der Erkrankung sind die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft. Dr. Kramer hält einen Ersatz des Hüftgelenks durch eine TEP (totale Endoprothese) in der orthopädischen Klinik für medizinisch notwendig und stellt eine Krankenhausverordnung aus.

Johanna Losert ist am 15. 09. zur vorstationären Behandlung in der orthopädischen Klinik. Sie erhält den Aufnahmetermin 17. 09. und wird bis 29. 09. im Krankenhaus stationär behandelt. Nach der Operation ist sie sehr mobil und fit. Eine Anschlussrehabilitation ist deshalb medizinisch nicht notwendig.

Johanna Losert wird am 30. 09., 02., 04., 07. und am 20. 10. nachstationär in der orthopädischen Klinik behandelt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK			Verordnung von Krankenhausbehandlung (Nur bei medizinischer Notwendigkeit zulässig)	
Name, Vorname des Versicherten Losert, Johanna Wassersteige 20 99988 Unterbach			<input type="checkbox"/> Belegarztbehandlung <input type="checkbox"/> Notfall <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolgen <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (BVG)	
geb. am 02.02.1960			Nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser Orthopädische Klinik	
Kostenträgerkennung 8017779	Versicherten-Nr. K771 444 555	Status 3		
Betriebsstätten-Nr. 619530400	Arzt-Nr. 01/6184259	Datum 10.09.		
Diagnose Gelenkverschleiß der rechten Hüfte			Dr. med. Adam Kramer Facharzt für Orthopädie Emil-Stein-Str. 3 99999 Unterbach Tel. 09999 / 123456 Fax 09999 / 123457 Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	
Ersatz des Hüftgelenks durch eine TEP				
(totale Endoprothese)				
Bitte die Rückseite beachten!			Muster 2a (10.2014)	



3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§§ 295, 301
SGB V

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Krankenkassen alle krankenhaushausbezogenen Daten auf maschinell- oder über maschinenlesbare Medien zu übermitteln. Sämtliche Unterlagen für den Datenaustausch (DTA) zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern finden Sie auf der Internetseite www.gkv-datenaustausch.de.

Sind Kunden länger als einen Monat nicht versichert, beraten Sie sie über ihren Versicherungsschutz, z.B. einer obligatorischen Anschlussversicherung (vgl. Lernbrief zum Thema „Meldungen der Firmenkunden prüfen und Fehlermeldungen bearbeiten“).

4.2 Verordnung und Notwendigkeit

§ 27 Abs. 1
Satz 2 Nr. 5
SGB V

Die Krankenbehandlung umfasst auch Krankenhausbehandlung. Die einzelnen Anspruchsvoraussetzungen regelt § 39 SGB V.

Vertragsärzte dürfen die Krankenhausbehandlung nur verordnen, wenn eine ambulante Versorgung nicht ausreicht (z.B. durch seine Weiterbehandlung bzw. durch fachärztliche Weiterbehandlung) und sie sich selbst vom Zustand des Patienten überzeugt haben.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 73 Abs. 4
Satz 1, 2
SGB V,
§ 3 KE-RL

§ 39 Abs. 1
Satz 2 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Die stationäre Krankenhausbehandlung ist notwendig, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses medizinisch erforderlich ist. Besondere Mittel in diesem Sinne sind eine apparative Mindestausstattung, ein geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit rufbereiter Arzt/Ärztin.

§ 1 Abs. 2
Satz 1
KE-RL

4.1 AOK-Versicherung oder nachgehender Leistungsanspruch

2
versicherungs-
rechtliche Prüfung

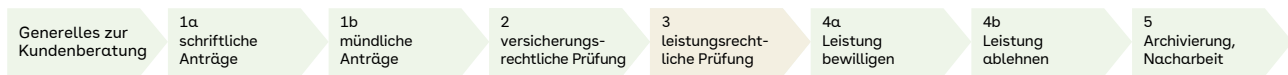
Für unsere Kunden muss eine aktuelle AOK-Versicherung bestehen.

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Ist der Versicherungsschutz kurzfristig unterbrochen, prüfen Sie den nachgehenden Leistungsanspruch. Die notwendigen Voraussetzungen zum nachgehenden Leistungsanspruch haben Sie im Lernbrief zum Thema „Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten“ kennengelernt.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist nicht notwendig, wenn sie nicht der Therapie einer Krankheit dient (z.B. Schönheitsoperationen).

§ 1 Abs. 2
Satz 2
KE-RL



§ 73 Abs. 4
Satz 3
SGB V,
§ 6 Abs. 1
KE-RL

Der Vertragsarzt bzw. die Vertragsärztin soll bei der Verordnung das für die vorgesehene Behandlung geeignete Krankenhaus angeben. Kommen bei der vorliegenden medizinischen Indikation mehrere zugelassene Krankenhäuser in Betracht, soll der Arzt oder die Ärztin die beiden der Wohnung des Kunden nächstgelegenen Krankenhäuser angeben. Dadurch ist sichergestellt, dass Kunden ausreichend freie Wahl unter den Krankenhäusern haben. Wird ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt, können die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden. Solche Mehrkosten können Fahrkosten zu einem weiter entfernten Krankenhaus sein.

§ 39 Abs. 2
SGB V

Durch diese Regelung wird also nicht die Kostenübernahme der Krankenhausbehandlung an sich ausgeschlossen, sondern lediglich die Höhe begrenzt.

GR v.
09. 12. 1988
zu § 39
SGB V,
Ziff. 4.4 Abs. 3

Trifftige Gründe, ein anderes Krankenhaus als eines der beiden nächstgelegenen zu wählen, können z.B. sein:

- Kunden möchten aus religiösen Gründen in einem konfessionell geführten Krankenhaus behandelt werden (vgl. auch § 2 Abs. 3 Satz 2 SGB V).
- Kunden äußern angemessene Wünsche zur Auswahl des Krankenhauses (vgl. § 33 SGB I, z.B. Ablehnung eines Krankenhauses, weil dort eine fehlerhafte Behandlung (ärztlicher Behandlungsfehler) statt fand.
- Die Entfernung des Krankenhauses von den nächsterreichbaren Verwandten; bei Kindern von den Bezugspersonen.

Die Möglichkeiten des individuellen Handelns der AOK haben wir Ihnen im Lernbrief zum Thema „Privatkundenanträge bearbeiten, Privatkunden beraten“ bereits dargestellt.

Die AOK bietet ihren Kunden und Ärzten unter www.aok.de/pk/krankenhaus-in-der-naehe mögliche Optionen für eine stationäre Behandlung.

4.3 Krankenhausarzt/-ärztin prüft medizinische Notwendigkeit

Die Krankenhäuser sind verpflichtet, unabhängig von der Verordnung der Krankenhausbehandlung des einweisenden Arztes, die Notwendigkeit der Behandlung vor der Aufnahme durch einen Krankenhausarzt/-ärztin feststellen zu lassen. Wird bei der AOK der Kostenübernahmeantrag für die Behandlung gestellt, hat diese Prüfung bereits stattgefunden; der Krankenhausarzt bzw. die Krankenhausärztin hat die Notwendigkeit der Behandlung festgestellt.

3
leistungsrechtliche Prüfung

4.4 Zugelassenes Krankenhaus

Krankenhäuser im Sinne des SGB V sind Einrichtungen, die

- der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
- fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, pflegefachlich unter ständiger pflegefachlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische, pflegefachliche und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 107 Abs. 1
SGB V

4.16 · Anträge auf Krankenhausbehandlung bearbeiten



- mithilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten,

und in denen

- die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

§ 108 SGB V Solche Einrichtungen sind

- Hochschulkliniken (Universitätskliniken),
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Bundeslandes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
- Krankenhäuser, mit denen die Krankenkassen einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben.

Merke

Die AOK übernimmt für ihre Kunden im Rahmen der Krankenhausbehandlung auch Krankenhausbehandlung.

Die Anspruchsvoraussetzungen sind:

- AOK versichert oder nachgehender Leistungsanspruch
- andere Behandlungsmaßnahmen sind nicht ausreichend und die Krankenhausbehandlung wurde ärztlich verordnet
- die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung wurde vom Krankenhausarzt oder von einer Krankenhausärztin bei der Aufnahme bestätigt
- die Behandlung findet in einem zugelassenen Krankenhaus statt



Zum Lernbeispiel 1 von Seite 5

Johanna Losert erfüllt folgende Anspruchsvoraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung:

- Johanna Losert ist bei der AOK versichert.
- Der behandelnde Orthopäde Dr. Kramer verordnet eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Hüftgelenkoperation, da die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.
- Der Krankenhausarzt stellt ebenfalls die medizinische Notwendigkeit fest.
- Die orthopädische Klinik ist ein zugelassenes Krankenhaus.

Johanna Losert hat Anspruch auf die stationäre Krankenhausbehandlung in der orthopädischen Klinik.

4a
Leistung
bewilligen

4.5 Kostenzusage

Die AOK gibt nach Prüfung der Voraussetzungen eine Kostenzusage an das Krankenhaus. Es obliegt der Entscheidung der Krankenkasse und nicht der des Krankenhauses oder eines Krankenhausarztes, ob den Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und insbesondere, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. An eine erteilte Kostenübernahme für Krankenhausbehandlung ist die AOK auch dann gegenüber dem Krankenhaus gebunden, wenn sie sich über den Leistungsanspruch der Kundin bzw. des Kunden geirrt hat (z.B. weil die Familienversicherung oder die Mitgliedschaft mittlerweile geendet hat) und dies zum Zeitpunkt der Abgabe der Kostenübernahmeerklärung noch nicht bekannt war.

Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung endet erst dann, wenn die medizinisch notwendige Behandlungsdauer erreicht ist und die Kundin bzw. der Kunde von der Einstellung der Leistung Kenntnis erhält (z.B. Bescheid über das Ende der Kostenübernahme, weil ein Pflegefall vorliegt, der keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung mehr bedingt).

3
leistungsrechtliche Prüfung

Beschluss des Großen Senats v. 25. 9. 2007, GS 1/06

BSG-Urteil v. 16. 11. 1984 – AZ: 8 RK 2/84

LSG-Urteil (Niedersachsen) v. 27. 08. 1969 bzw. LSG-Urteil (Berlin) v. 15. 01. 1975



5 Umfang und Formen der Krankenhausbehandlung

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 39 Abs. 1
Satz 3 SGB V

Die Krankenhausbehandlung umfasst alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der versicherten Person im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere

- ärztliche Behandlung,
- Krankenpflege,
- Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln,
- Unterkunft,
- Verpflegung und
- im Einzelfall Leistungen zur Frührehabilitation (frühestmöglich, soweit erforderlich).

§ 39 Abs. 1
Satz 1 SGB V

Diese Leistungsbeschreibung trifft so genau nur auf die vollstationäre Krankenhausbehandlung zu. Krankenhausbehandlung kann aber nicht nur

- vollstationär,

sondern auch

- stationsäquivalent,
- tagesstationär,
- teilstationär,
- vor- und nachstationär sowie
- ambulant

erbracht werden.

5.1 Vollstationäre Behandlung

3
leistungsrechtliche Prüfung

Aufgenommene Patienten werden bei der vollstationären Krankenhausbehandlung von Beginn der Behandlung bis zu ihrem Ende 24 Stunden täglich betreut und versorgt. Sie befinden sich bei Tag und bei Nacht im Krankenhaus und sind in den Krankenhausbetrieb eingegliedert. Sie haben ein eigenes Bett auf einer bestimmten Station zugewiesen bekommen und werden betreut, behandelt und verpflegt.

5.2 Stationsäquivalente Behandlung

Die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung ist für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im häuslichen Umfeld. Sie wird mit Inhalt, Flexibilität und Komplexität die Behandlungsansätze der vollstationären Behandlung umfassen, jedoch die Patienten durch mobile, fachärztlich geleitete und multiprofessionelle Behandlungsteams in der gewohnten Lebensumgebung versorgen. Diese Behandlungsteams bestehen aus Fachärzten (z. B. für Psychiatrie und Psychotherapie), Psychologen, Spezialtherapeuten (z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern) und Pflegefachkräften. Mit dieser Behandlungsform im häuslichen Umfeld werden Trennungen vermieden und familiäre Bindungen aufrechterhalten. Sie könnte nach Aufbau der Strukturen u. a. geeignet zur Behandlung von psychischen kranken Menschen, die Kinder zu versorgen haben oder zur Behandlung von psychischen kranken Kindern/Jugendlichen. Bei Demenzerkrankung oder ähnlichen psychischen Erkrankungen könnte die stationsäquivalente Krankenhausbehandlung auch in einem Alten- oder Pflegeheim erfolgen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 39 Abs. 1
Satz 4, 5,
§ 115d SGB V

5.3 Tagesstationäre Behandlung

Die tagesstationäre Behandlung ist mit Einwilligung des Patienten eine täglich mindestens sechsstündige ärztliche oder pflegerische Behandlung im Krankenhaus ohne Übernachtung. Die Vergütung der tagesstationären Behandlung ist natürlich günstiger als eine vollstationäre Behandlung.

§ 39 Abs. 1
Satz 4, 5,
§ 115e SGB V

Die Kunden haben bei einer tagesstationären Behandlung grundsätzlich keinen Anspruch auf Erstattung der Fahrtkosten.

§ 115e Abs. 2
SGB V



5.4 Teilstationäre Behandlung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 2 Abs. 4
KE-RL

Teilstationäre Krankenhausbehandlung kann sowohl als Tages- als auch als Nachtpflege stattfinden. Typischerweise findet Tagespflege in Krankenhäusern statt, in denen geriatrische (altersheilkundliche), psychiatrische oder Entwöhnungsbehandlungen für Suchtkranke durchgeführt werden. Patienten werden hierbei morgens aufgenommen, tagsüber behandelt und abends in den häuslichen Bereich zu ihren Angehörigen entlassen.

Nachtpflege kommt teilweise bei Patienten mit Schlaf- und Atemstörungen (sogenanntes „Apnoesyndrom“) oder auch bei psychiatrischen Behandlungen vor. Sie können ihrem gewohnten Tagesablauf nachgehen und werden nur für die Nacht zur Beobachtung, Diagnose und Behandlung aufgenommen.

Aus verständlichen Gründen ist die teilstationäre Behandlung wesentlich kostengünstiger als die vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die teilstationäre Behandlung hat für die Kunden auch bei den Fahrkosten Vorteile. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Fahrkostenzuschüsse bearbeiten“.

5.5 Vor- und nachstationäre Behandlung

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Da die AOK mehr als ein Drittel der Leistungsausgaben für den Krankenhausbereich aufwendet, sind kostengünstigere (aber gleichwertige und ausreichende) Behandlungsmethoden zu erschließen und zu bevorzugen.

Neben der teilstationären Behandlung sind dazu auch weitere Sonderformen der Krankenhausbehandlung geeignet. Sie alle zielen darauf ab, stationäre Krankenhausbehandlung möglichst zu vermeiden oder aber zu verkürzen.

Eine Möglichkeit hierzu ist die vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung. Sie wird insbesondere zur Vor- bzw. Nachbereitung bei vollstationär durchgeführten Operationen durchgeführt. Beide Behandlungsarten werden ohne Unterkunft und Verpflegung erbracht. Die Kundin bzw. der Kunde nutzt lediglich die besonderen Einrichtungen und das fachlich spezialisierte Personal des Krankenhauses.

Die vorstationäre Behandlung kann in medizinisch geeigneten Fällen durchgeführt werden, um vor einer vollstationären Behandlung zu klären, ob diese überhaupt notwendig ist oder ob das Behandlungsziel auch auf eine andere Art erreicht werden kann. Durch eine vorstationäre Behandlung kann auch eine vollstationäre Behandlung vorbereitet werden. Die vorstationäre Behandlung wird an bis zu drei Tagen innerhalb eines Zeitrahmens von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung durchgeführt.

§ 39 Abs. 1
Satz 1,
§ 115a Abs. 1
Nr. 1 SGB V

§ 115a Abs. 2
Satz 1 SGB V

Fortsetzung des Lernbeispiels 1 von Seite 9

Johanna Losert wird am 17.09. zur vollstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen.

Sie wird am 15. 09. (ein Behandlungstag < drei Behandlungstage) innerhalb von fünf Tagen – 12. bis 16. 09. – behandelt.

Johanna Loserts Behandlungstag am 15. 09. zählt zur vorstationären Behandlung.



§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
Im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung kann eine nachstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt werden, um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V
Diese Art der Behandlung umfasst bis zu sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung des stationären Krankenhausaufenthalts.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 11

Johanna Losert war vom 17. 09. bis 29. 09. zur vollstationären Krankenhausbehandlung aufgenommen.

Die fünf Behandlungstage (30. 09., 02., 04., 07. und 20. 10.) sind weniger als sieben Behandlungstage und werden mit Ausnahme vom 20. 10. innerhalb vom 30. 09. bis 13. 10. durchgeführt.

Johanna Loserts Behandlungstage am 30. 09., 02., 09., 04. und 07. 10. zählen zur nachstationären Krankenhausbehandlung.

Der Behandlungstag am 20. 10. zählt nicht zur nachstationären Krankenhausbehandlung.

Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt, der die Notwendigkeitsbescheinigung für die vollstationäre Krankenhausbehandlung ausgestellt hat, erhält vom Krankenhaus die notwendigen Informationen über die vor- und die nachstationäre Krankenhausbehandlung, damit im Anschluss die ambulante Behandlung weitergeführt werden kann.

Kennen Sie bereits die Besonderheiten bei der Fahrkostenberechnung von vor-, voll- und nachstationärer Krankenhausbehandlung? Näheres hierzu erfahren Sie ebenfalls im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Fahrkostenzuschüsse bearbeiten“.

5.6 Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Krankenhäuser über besondere Einrichtungen technischer Art (z.B. sterile Operationsbedingungen, spezielle Geräte), fachlich versiertes ärztliches Personal/ Pflegepersonal und unter Umständen über freie Kapazitäten verfügen, hat der Gesetzgeber neben der vor- und der nachstationären Krankenhausbehandlung auch das ambulante Operieren im Krankenhaus ermöglicht. Dabei werden ausgewählte Krankenhäuser für die ambulante Durchführung bestimmter Operationen zugelassen. Diese sind im „Katalog Ambulantes Operieren“ aufgeführt (vgl. <https://www.aok.de/gp/krankenhaus/ambulante-behandlung/ambulantes-operieren>).

Außerdem werden zwischen den Krankenhäusern und den beteiligten Krankenkassen Vergütungen und Maßnahmen zur Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitssicherung vereinbart.

Zu den ambulant im Krankenhaus durchführbaren Operationen gehören z.B. einige Augenoperationen (Schielen, grauer Star), Hand- und Unterarmoperationen (bei Karpaltunnelsyndrom) und Gelenkspiegelungen (Arthroskopien). Weitere können Sie dem o.g. Katalog entnehmen.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V



Generelles zur Kundenberatung

Übrigens: Denken Sie doch einmal an die bisherigen Lerninhalte dieses Lernbriefs!

- Unsere Kunden können nach der medizinisch notwendigen Behandlung wieder nach Hause, um sich dort in der gewohnten Umgebung ärztlich weiterversorgen und von ihren Angehörigen betreuen zu lassen.
- Sie brauchen zu den Kosten der Behandlung keine Zuzahlung an das Krankenhaus zu leisten (vgl. Punkt 7 dieses Lernbriefs).

Denken Sie daran, diese Vorteile im Kundengespräch anzusprechen und so wiederum die Flexibilität der AOK zu verdeutlichen. Außerdem tragen Sie zu einem sparsamen Einsatz der Versicherungsgelder bei, wenn Sie unsere Kunden in geeigneten Fällen von diesen Behandlungsarten überzeugen können.

Merke

Die Krankenhausbehandlung kann in verschiedenen Formen erbracht werden. Welche geeignet und notwendig ist, richtet sich unter medizinischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nach den Verhältnissen des Einzelfalls.

Ziel ist die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten und die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten und stationären Versorgungsbereich zu verbessern. Die Krankenhäuser haben die Aufgabe in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Leistungen festzulegen. Sie erhalten die Möglichkeit,

- Arzneimittel der jeweils kleinsten Packung und
- Leistungen der häuslichen Krankenpflege oder der Heilmittelversorgung für eine Dauer bis zu sieben Tagen zu verordnen sowie
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für eine Dauer von bis zu sieben Tagen auszustellen.

Aufgabe der Krankenkasse ist es, gemeinsam mit dem Krankenhaus bereits rechtzeitig vor der Entlassung die für die Umsetzung des Entlassplans erforderliche Versorgung zu organisieren, evtl. die Leistungserbringer zu kontaktieren.

Das Entlassmanagement und die Verarbeitung der persönlichen Informationen darf aus datenschutzrechtlichen Gründen nur nach vorheriger Information und mit schriftlicher oder elektronischer Einwilligung der Patientin bzw. des Patienten erfolgen.

5.7 Entlassmanagement

Zur Krankenhausbehandlung gehört auch das Entlassmanagement, um die erforderlichen Leistungen (z.B. der Haushaltshilfe, häuslichen Krankenpflege, Kurzzeitpflege) bei fehlender Pflegebedürftigkeit oder Pflegeleistungen nach dem SGB XI zu organisieren.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 39 Abs. 1a Sätze 1, 6 – 9 SGB V

5.8 Übergangspflege

Die Krankenkasse erbringt Übergangspflege, wenn im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung eine erforderliche Leistung der

§ 39e SGB V

- häuslichen Krankenpflege,
- Kurzzeitpflege,
- medizinischen Rehabilitation oder
- Pflegeleistungen

4.16 · Anträge auf Krankenhausbehandlung bearbeiten



nicht oder nur unter erheblichem Aufwand erbracht werden kann. Die Übergangspflege umfasst die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Aktivierung der Patienten, Grund- und Behandlungspflege, ein Entlassmanagement, Unterkunft und Verpflegung sowie die im Einzelfall erforderliche ärztliche Behandlung für längstens zehn Tage je Krankenhausbehandlung in dem Krankenhaus, in dem die Behandlung erforderlich ist. Die Versicherten zahlen ab Vollendung des 18. Lebensjahres auch bei der Übergangspflege eine Zuzahlung in Höhe von 10 € pro Kalendertag. Die Zuzahlung ist auf längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres begrenzt und die bereits geleistete Krankenhauszuzahlung wird angerechnet.

Beispiel

Ihre Kundin Roxana Vasiliu (81 Jahre alt) lebt alleine und ist seit Monaten in Pflegegrad 1 eingestuft. Sie wurde wegen eines schweren Schlaganfalls vom 28.01. bis 05.02. im Klinikum vollstationär behandelt.

Eine Aufnahme in die geriatrische Anschlussrehabilitation gab es erst am 14.02., außerdem war für die Zwischenzeit kein Kurzzeitpflegeplatz verfügbar und eine Versorgung zuhause auch über die häusliche Krankenpflege aufgrund der Folgen des Schlaganfalls nicht möglich.

Das Klinikum beantragt vom 05.02. bis 13.02. die Übergangspflege.

Folge

Roxana Vasiliu hat vom 05.02. bis 13.02. (9 Kalendertage) Anspruch auf die Übergangspflege. Sie hat für die Zeit der vollstationären Krankenhausbehandlung sowie für die Übergangspflege eine Zuzahlung in Höhe von 10 € je Kalendertag zu leisten – die Zuzahlung für den 05.02. ist nur einmalig zu leisten und wird der Übergangspflege zugeordnet.



6 Mitaufnahme einer Begleitperson/Pflegeperson

1a
schriftliche
Anträge

Lernbeispiel 2

Lotta Maier (drei Jahre) ist seit Geburt über ihren Vater Stephan Maier bei der AOK familienversichert und an Keuchhusten erkrankt. Der Kinderarzt Dr. Lauterbach stellt eine Krankenhausverordnung für die Kinderklinik Neustadt (zugelassene Klinik) aus. Vom Krankenhausarzt der Kinderklinik wird Lotta Maier am 23. 10. sofort stationär aufgenommen. Der Krankenhausarzt hält außerdem die Mitaufnahme der Mutter Sonja Maier für medizinisch notwendig.

Sonja Maier (33 Jahre) ist seit einigen Monaten halbtags berufstätig und bei der BARMER versichert. Sie hat vom 23. 10. bis 29. 10. während des Krankenhausaufenthalts von Lotta Maier unbezahlten Urlaub und somit Verdienstausschlag.

Anmerkung

Als Hilfestellung für die tägliche Praxis hat der MD Kriterien zur medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson ins Krankenhaus erstellt. Fragen Sie in der AOK-Praxis nach den aktuellen Kriterien.

Ist die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig, können vom Krankenhaus zusätzlich zur üblichen Vergütung für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) 60 € für Unterkunft und Verpflegung abgerechnet werden.

Vereinbarung von Zuschlägen für die Aufnahme von Begleitpersonen nach § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG ab dem Jahr 2025 vom 18. 12. 2024 (Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025)

6.1 Mitaufnahme einer Begleitperson

3
leistungsrechtliche
Prüfung

§ 11 Abs. 3 Satz 1, 2 SGB V

Falls aus medizinischen Gründen eine Begleitperson mit aufgenommen werden muss (z.B. bei schweren Erkrankungen von Kleinkindern), ist dies ebenfalls Bestandteil der Krankenhausbehandlung. Die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson ist erforderlich bei Kindern, die das neunte Lebensjahr nicht vollendet haben, da eine Trennung von Mutter/Vater häufig den Behandlungsablauf/Heilungsprozess gefährdet. Ziel der Mitaufnahme einer Begleitperson ist, dass diese ständig erreichbar ist (rund um die Uhr) und dem behandelnden Arzt, dem Pflegepersonal und dem Patienten als ständiger Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Ist die Begleitperson mit Anspruch auf Krankengeld versichert, hat sie gegenüber ihrer Krankenkasse einen Anspruch auf Kinderkrankengeld. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema "Anträge auf Krankengeld bearbeiten"

§ 45 Abs. 1a SGB V

Von der medizinisch indizierten Mitaufnahme ist die Mitaufnahme auf Wunsch des Patienten oder der Begleitperson abzugrenzen. Insbesondere, wenn es sich nicht um eine schwere Erkrankung handelt oder keine besonderen Umstände vorliegen, die eine Mitaufnahme rechtfertigen, entsteht hieraus keine Leistungspflicht nach § 11 Abs. 3 SGB V. In solchen Fällen werden die Kosten für die Mitaufnahme der Begleitperson privat in Rechnung gestellt.



§ 11 Abs. 3 Satz 3 SGB V Ist die Mitaufnahme im Krankenhaus nicht möglich, aber die Anwesenheit einer Begleitperson aus medizinischen Gründen notwendig, kann die Unterbringung auch außerhalb des Krankenhauses erfolgen.

§ 11 Abs. 3 Satz 4 SGB V Die Kosten dürfen allerdings nicht höher sein, als die Mitaufnahme der Begleitperson im Krankenhaus (also < 60 €/Tag).

Merke

Zum Leistungsumfang gehört auch die Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus, wenn sie aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Doch wer übernimmt die Kosten für die Mitaufnahme der Begleitperson sowie deren Verdienstausschlag?

- Die Mitaufnahme der Begleitperson ist eine Nebenleistung der Hauptleistung (Krankenhausbehandlung) von Lotta Maier.

Die Kosten der Mitaufnahme von Sonja Maier übernimmt die AOK. Sonja Maier hat gegenüber der Barmer einen Anspruch auf Kinderkrankengeld.

Im Kundengespräch zeigen Sie Sonja Maier durch die umfangreichen AOK-Leistungen, Ihrem unbürokratischen Handeln und schnellen Service die Vorteile der AOK auf und überzeugen sie von einer Mitgliedschaft bei der AOK.

Zum Lernbeispiel 2

Lotta Maier erfüllt die folgenden Anspruchsvoraussetzungen für eine Krankenhausbehandlung:

- Lotta Maier ist AOK-versichert (familienversichert über den Vater).
- Der behandelnde Kinderarzt Dr. Lauterbach verordnet eine stationäre Krankenhausbehandlung zur Behandlung des Keuchhustens, da die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.
- Der Krankenhausarzt stellt ebenfalls die medizinische Notwendigkeit fest.
- Die Kinderklinik Neustadt ist ein zugelassenes Krankenhaus.

Lotta Maier hat Anspruch auf die stationäre Krankenhausbehandlung in der Kinderklinik Neustadt.

6.2 Mitaufnahme einer Pflegeperson

Zu den Krankenhausleistungen gehört auch die Mitaufnahme einer Pflegeperson, soweit der Kunde seine Pflege durch eine von ihm beschäftigte Pflegekraft sicherstellt.

Das Krankenhaus kann je Berechnungstag 60 € für die Unterkunft und Verpflegung abrechnen.

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 11 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG

Begleitpersonenzuschlagsvereinbarung 2025

4a Leistung bewilligen



7 Zuzahlung

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 39 Abs. 4 Satz 1, § 61 Satz 2 SGB V

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an eine Zuzahlung. Diese beträgt 10 € kalendertäglich und ist je Kalenderjahr auf längstens 28 Tage begrenzt. Der Betrag ist an das Krankenhaus zu leisten, welches ihn an die AOK weiterleitet.

GR v. 09. 12. 1988 zu § 39 SGB V, Ziff. 7 Abs. 2

Die Zuzahlungspflicht entsteht nicht bei

- Kunden, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben,
- teilstationärer, stationsäquivalenter, vor- oder nachstationärer ambulanter Behandlung,
- Behandlung wegen anerkannter Schädigungsfolgen für Berechtigte und Leistungsempfänger nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG),
- Krankenhausbehandlung zulasten eines Unfallversicherungsträgers (bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten) sowie bei
- stationärer Entbindung.

GR v. 06. / 07. 12. 2017 i. d. F. v. 11. 12. 2024, Ziff. 5.4

§ 43c Abs. 3 SGB V

Die Zuzahlung ist durch das Krankenhaus vom Patienten einzuziehen. Der Rechnungsbetrag gegenüber der AOK ist entsprechend zu mindern. Das Krankenhaus ist verpflichtet, auch die nicht geleistete Zuzahlung im Auftrag der Krankenkassen einzuziehen. Für die bei der Durchführung des Verwaltungsverfahrens entstehenden Kosten erstattet die Krankenkasse eine angemessene Kostenpauschale (zurzeit 8,50 €). Die Vollstreckung nicht geleisteter Zuzahlungen wird jedoch von den Krankenkassen übernommen.

§ 43c Abs. 3 Satz 11 SGB V

Die Krankenkassen können mit den Krankenhäusern abweichende Regelungen vereinbaren, solange diese

wirtschaftlich sind. Einzelne AOKs haben über eine Rahmenvereinbarung mit interessierten Krankenhäusern vereinbart, dass die Krankenhauszuzahlung direkt von der AOK berechnet und gefordert wird.

Wie die Dauer der Zuzahlung ermittelt wird, können Sie im GR v. 26. 11. 2003 nachlesen.

Auf die 28-Tage-Frist sind jedoch nicht nur Zeiten einer vorherigen Krankenhausbehandlung mit Zuzahlung anzurechnen, sondern auch noch folgende andere Zeiten:

Solche, bei denen innerhalb desselben Kalenderjahres bereits Zuzahlungen

§ 39 Abs. 4 Satz 2 SGB V

- an einen Rentenversicherungsträger geleistet wurden, weil dieser eine stationäre Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 32 Abs. 1 Satz 2 SGB VI (Anschlussrehabilitation) bewilligt hat sowie
- nach § 40 Abs. 6 Satz 1 SGB V an eine Krankenkasse geleistet wurden, weil diese die Kosten einer Anschlussrehabilitation übernommen hat.

Näheres zur Anschlussrehabilitation erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf ambulante und stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation bearbeiten“.

Zuzahlungspflicht besteht sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag. Bei Verlegungen erhält das aufnehmende Krankenhaus die Zuzahlung für den Verlegungstag.

GR v. 26. 11. 2003 zu § 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 Abs. 2

Eine Zuzahlung ist nicht zu leisten, wenn die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V bereits erreicht wurde. Näheres hierzu erfahren Sie im Lernbrief zum Thema „Anträge auf Belastungsgrenze bearbeiten“.



BE der
SpVKK v.
11./12. 05.
2004

Eine weitere Besonderheit sollten Sie kennen: Wie ist die Zuzahlung des Kunden zu ermitteln, der über den Jahreswechsel hinaus vollstationär behandelt wird und dessen Befreiung von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V am 31. 12. des Jahres endet?

Beispiel

Krankenhausbehandlung vom

12. – 24. 01. 2025 = 13 Kalendertage

14. 12. 2025 – 25. 01. 2026 = 43 Kalendertage

grundsätzliche Zuzahlungspflicht

09. – 23. 01. 2025 = 13 Kalendertage

14. – 28. 12. 2025 = 15 Kalendertage

gesamt 28 Kalendertage

Befreiung nach § 62 SGB V

01. 07. – 31. 12. 2025

Folge

tatsächlich zu leistende Zuzahlung

12. – 24. 01. 2025 = 13 Kalendertage

Anmerkung

Vom 14. bis 28. 12. 2025 besteht zwar grundsätzlich die Verpflichtung zur Zuzahlung. Der Kunde ist jedoch von den Zuzahlungen nach § 62 SGB V befreit.

Vom 29. bis 31. 12. 2025 braucht der Kunde keine Zuzahlung zu leisten, da bereits am 28. 12. 2025 die grundsätzliche Verpflichtung zur Zuzahlung für 28 Kalendertage im Kalenderjahr erfüllt wurde. Aufgrund der bestehenden Befreiung wäre ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.

Vom 01. bis 25. 01. 2026 ist ebenfalls keine Zuzahlung zu entrichten, da es sich um eine ununterbrochene Krankenhausbehandlung handelt und die grundsätzliche Zuzahlungsverpflichtung für 28 Kalendertage bereits im vorhergehenden Kalenderjahr erfüllt wurde.

Merke

Zu den Kosten der vollstationären Krankenhausbehandlung haben Kunden, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, eine Zuzahlung zu leisten. Sie ist auf 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt und beträgt 10 € kalendertäglich.

Zum Lernbeispiel 1 von Seite 16

- Johanna Losert ist 65 Jahre alt.
- Sie ist vom 17. bis 29. 09. (13 Tage) vollstationär im Krankenhaus.
- Berechnung der Zuzahlung:
10 € x 13 Tage = 130 €

Johanna Losert hat für die vollstationäre Krankenhausbehandlung eine Zuzahlung in Höhe von 130 € zu leisten. Für die vor- und nachstationäre Behandlung hat sie keine Zuzahlung zu leisten.

Zum Lernbeispiel 2 von Seite 15

- Lotta Maier ist drei Jahre alt.
- Sie hat keine Zuzahlung zu leisten.
- Sonja Maier erhält keine Krankenhausbehandlung, sie wird als Begleitperson mit aufgenommen.
- Sie hat ebenfalls keine Zuzahlung zu leisten.



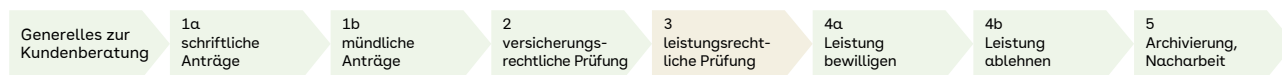
8 Wahlleistungen

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

Gelegentlich möchten Kunden auch „Wahlleistungen“ in Anspruch nehmen, z.B. Chefarztbehandlung oder Einzelbettzimmer. In diesem Fall vergütet die AOK die allgemeinen Krankenhausleistungen direkt dem Krankenhaus. Die Wahlleistungen sind vor der Inanspruchnahme schriftlich zu vereinbaren. Kunden sind durch die Wahlleistungen anfallenden Mehrkosten dem Krankenhaus gegenüber „Selbstzahler“.

§ 17 KHEntgG

Die Kunden können ihren gesetzlichen Versicherungsschutz auch durch Zusatzversicherungen der AOK-Kooperationspartner sinnvoll ergänzen. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach den jeweiligen Produkten.



9 Grundsätze der Krankenhausversorgung und -finanzierung

3
leistungsrechtliche Prüfung

Der Staat hat ein hohes Interesse an einer funktionierenden Krankenhausversorgung und ist dementsprechend auf diesem Sektor sehr engagiert. Die Krankenhausplanung steht in der Verantwortung der Bundesländer. Ziel soll eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, digital ausgestatteten, qualitativ hochwertigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern sein. Die Länder stellen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der landeseigenen Krankenhausgesetze Krankenhauspläne auf. Diese weisen Standorte und Entwicklungsbedarf aus und müssen eine abgestufte Krankenhausversorgung gewährleisten. Hierbei wirkt der Landesausschuss für Krankenhausplanung unter Beteiligung z.B. der Krankenhausgesellschaft und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit. Durch die Aufnahme in den Krankenhausplan sind diese sogenannten Plankrankenhäuser automatisch zur Krankenhausversorgung zugelassen.

§ 1 KHG

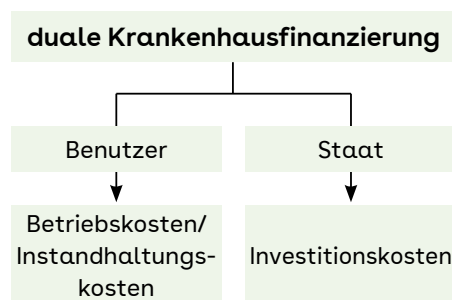
§ 6 KHG

§ 108
Nr. 2 SGB V

§§ 4, 6 KHG

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 teilen sich die Bundesländer und die gesetzlichen Krankenkassen die Krankenhausfinanzierung. Die Investitionskosten werden im Wege der öffentlichen Förderung durch die Bundesländer getragen, die Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten im Rahmen der Krankenhausvergütung.

Man spricht deshalb auch von einem dualen Krankenhaus-Finanzierungssystem in der Bundesrepublik Deutschland.





Sachkosten der Krankenhäuser 2022

je Berechnungs- und Belegungstag
in Euro insgesamt 413,86 Euro



Anteil an Gesamtkosten der Krankenhäuser 38,06 %

- Medizinischer Bedarf
49,58 %
205,17 €
- Übrige Sachkosten*
13,87 %
57,39 €
- Wirtschaftsbedarf
9,57 %
39,60 €
- Pflegesatzfähige Instandhaltung
9,13 %
37,79 €
- Verwaltungsbedarf
7,52 %
31,11 €
- Lebensmittel
5,24 %
21,70 €
- Wasser, Energie, Brennstoffe
5,10 %
21,09 €

* Zentraler Verwaltungsdienst, Zentralen Gemeinschaftsdienst, Sonstige Abgaben, Versicherungen, Wiederbeschaffte Gebrauchsgüter und sonstige Sachkosten

Hinweis: Personal- und Sachkosten stellen nicht 100% der Gesamtkosten der Krankenhäuser dar, sondern nur 99,x%. Der Rest ergibt sich aus Zinsen und Steuern.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3 und Fachserie 12, Reihe 6.1.1.

Personalkosten der Krankenhäuser 2022

Kosten je Berechnungs- und Belegungstag
in Euro insgesamt 667,60 Euro



Anteil an Gesamtkosten der Krankenhäuser 61,39 %

- Pflegedienst
32,94 %
219,88 €
- Ärztlicher Dienst
31,66 %
211,34 €
- Medizinisch-technischer Dienst
13,20 %
88,10 €
- Funktionsdienst
9,46 %
63,19 €
- Verwaltungsdienst
6,02 %
40,22 €
- Übrige Personalkosten*
3,52 %
23,48 €
- Wirtschafts- und Versorgungsdienst
1,92 %
12,79 €
- Technischer Dienst
1,29 %
8,61 €

* Klinisches Hauspersonal, Sonderdienste, sonstiges Personal, nicht zurechenbare Personalkosten

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.3 und Fachserie 12, Reihe 6.1.1.



10 Vergütung vollstationärer und teilstationärer Leistungen

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 17b Abs. 1 Satz 1, 3, § 17d Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 KHG

Die Vergütung für vollstationäre und teilstationäre Leistungen erfolgt für alle Krankenhäuser nach dem sogenannten aG-DRG-System. Die psychiatrischen Krankenhäuser, die selbstständigen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die Einrichtungen der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie sollen leistungsorientiert mit Tagespauschalen vergütet werden. Die Kliniken verhandeln mit den Krankenkassen auf Ortsebene ihr individuelles Budget - regionale und strukturelle Besonderheiten fließen in die Verhandlungen mit ein.

10.1 DRGs

Fortsetzung des Lernbeispiels 1 und des Lernbeispiels 2 von Seite 17

Die orthopädische Klinik sendet über den Datenaustausch die Rechnung für Johanna Losert mit der DRG I03B.

Die Kinderklinik Neustadt stellt ebenfalls über den Datenaustausch für den Krankenhausaufenthalt von Lotta Maier für fünf Tage die DRG E70Z und für die Mitaufnahme der Begleitperson 60 € je Tag der AOK in Rechnung.

Der Landesbasisfallwert beträgt 4.349,22 €.

Die Krankenhausvergütung wird in zwei Bereiche aufgeteilt; in einen diagnostischen, medizinischen, operativen Bestandteil und in ein Pflegeerlösbudget. Beim diagnostischen, medizinischen, operativen Bestandteil werden neben der Hauptdiagnose bei der Eingruppierung zusätzlich weitere Kriterien herangezogen:

- Nebendiagnosen
- Geschlecht
- Alter
- Aufnahmegewicht (bei Neugeborenen)
- Beatmungstunden
- Entlassungsgrund
- Verweildauer

Im DRG-System wird jeder Fall nur einer DRG zugeordnet. Die Zuordnung erfolgt durch einen Grouper – ein Softwareprogramm, das aus einer definierten Menge an Parametern und einem vorgegebenen Algorithmus genau eine DRG bestimmt. Durch die Berücksichtigung von Haupt- und Nebendiagnosen trägt das System auch unterschiedlichen Schweregraden der Krankenhausesfälle Rechnung.

Die Pflegepersonalkosten der Krankenhäuser werden seit 01. 01. 2020 besser und unabhängig der Fallpauschale vergütet. Sie werden parallel zu den DRG-Fallpauschalen über ein krankenhausindividuelles Pflegebudget nach dem Selbstkostendeckungsprinzip finanziert. Mit den Krankenhäusern wird ein krankenhausindividueller täglicher Pflegeentgeltwert vereinbart. Im DRG-Fallpauschalenkatalog gibt es eine separate Spalte mit der Bewertungsrelation für den Pflegeerlös pro Tag. Neben der DRG-Fallpauschale wird nun eine tagesbezogene Vergütung für die Pflege abgerechnet.

§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV

§ 17b Abs. 4 KHG

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG

Mit Hilfe von aG-DRGs (Diagnosis Related Groups) werden stationäre Behandlungsfälle in Fallgruppen eingeteilt. Die Behandlungsfälle einer Fallgruppe sind medizinisch ähnlich und verursachen etwa gleiche Behandlungskosten.

4.16 · Anträge auf Krankenhausbehandlung bearbeiten



17b Abs. 2
KHG

Die Anpassungen der aG-DRGs an das Leistungsgeschehen erfolgt jährlich. Die Grundlage für die Fallkalkulationen besteht aus Daten von Krankenhäusern sowie einem Gesamtdatenbestand aller Behandlungsfälle aller deutschen Kliniken. Für 2025 stehen nunmehr 1.295 DRG-Fallpauschalen und weitere Zusatzentgelte zur Ab-

bildung des stationären Leistungsgeschehens zur Verfügung. Sie finden den aktuellen Fallpauschalenkatalog unter: www.aok.de/gp/abrechnung/leistungen-nach-dem-drg-system.

Die nebenstehende Abbildung stellt einen Auszug aus diesem Katalog dar:



Auszug aus dem Fallpauschalenkatalog "aG-DRG-Version 2025 und Pflegeerlöskatalog 2025"

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation/Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation/Tag	
1	2	3	4	6	7	8	9	10	14
...									
E70Z	M	Keuchhusten und akute Bronchiolitis	0,444	4,0	1	0,275	9	0,077	1,4159
...									
I03A	O	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.	5,642	35,2	11	0,272	53	0,065	0,9895
I03B	O	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.	2,806	16,6	5	0,242	31	0,061	0,7892
I04Z	O	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie	2,997	15,6	4	0,280	29	0,063	0,8280
I05A	O	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC	3,581	22,8	7	0,301	41	0,074	1,0583
I05B	O	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese	2,010	6,9	1	0,590	14	0,065	0,7749
...									

Berechnung einer DRG:

Bewertungsrelation x Basisfallwert

Die Bewertungsrelation gibt den Wert eines Krankenhausfalls im Verhältnis zu anderen Krankenhausfällen bzw. den Schweregrad an.

Der Basisfallwert ist der Betrag, aus dem sich nach Multiplikation mit der Bewertungsrelation einer Fallpauschale der Preis der jeweiligen stationären Leistung ergibt.



§ 10 Abs. 1 KHEntgG	Die Höhe des Landesbasisfallwerts verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaften. Die einzelnen Landesbasisfallwerte werden auf Grundlage des jeweiligen Bundesbasisfallwertes ermittelt.
§ 10 Abs. 9 KHEntgG	Es gibt eine Reihe von Ausnahmen:
	<ul style="list-style-type: none"> • ausgenommene Einrichtungen:
§ 17d Abs. 1 Satz 1 KHG	Ausnahmebereiche sind die psychiatrischen Krankenhäuser und Einrichtungen der Psychosomatik.
Fallpauscha- lenkatalog Anlagen 3a, 3b	<ul style="list-style-type: none"> • Differenzierungen im aG-DRG-System durch unbewertete aG-DRGs (z.B. Implantation eines Hörgeräts) und Zusatzentgelte (z.B. teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung). Diese Vergütungen müssen auf lokaler Ebene verhandelt werden.
§§ 17a, 17b Abs. 1a KHG	<ul style="list-style-type: none"> • abweichende Basisfallwerte durch die unterschiedlich hohen Landesbasisfallwerte. Außerdem können bei krankenhausspezifischen Besonderheiten Zu- und Abschläge vereinbart werden (z.B. für einen Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte, für die Teilnahme an der Ausbildungsfinanzierung oder einen Sicherstellungszuschlag bei Teilnahme an der Notfallversorgung).
§ 1 Abs. 2, 3 FPV	<ul style="list-style-type: none"> • fallbezogene Zuschläge (für besonders lang behandelte Patienten = Grenzverweildauerüberschreitung) und Abschläge (bei frühen Entlassungen = Grenzverweildauerunterschreitung) sowie Verlegungsabschläge
§ 3 FPV	
§ 6 Abs. 2 KHEntgG	<ul style="list-style-type: none"> • Ausnahmeleistungen: Neue Untersuchungs- und Behandlungsformen und hochspezialisierte Zusatzentgelte können vom aG-DRG-System ausgenommen und gesondert vergütet werden. Auch die Zuschläge für die Mitaufnahme von Begleitpersonen gehören zu den Ausnahmeleistungen.
§ 6 Abs. 2a KHEntgG, § 17b Abs. 1a Nr. 7 KHG	

Merke

Eine aG-DRG ist eine Fallpauschale, in der Fälle mit ähnlichen Erkrankungsbildern unter anderem aufgrund von Diagnosen (und weiteren Kriterien) zusammengeführt werden. Für jede aG-DRG werden Verweildauern und Bewertungsrelationen festgelegt. Für jedes Krankenhaus gibt es zunächst landesbezogen, später bundesbezogen einen festen Preis (Basisfallwert). Die Pflegepersonalkosten werden mit einem Pflegeerlösbetrag pro Tag vergütet. Dieser wird zukünftig krankenhausspezifisch vereinbart.

Zum Lernbeispiel 1 und Lernbeispiel 2 von Seite 22

Die Krankenhausvergütung (aG-DRG) für Johanna Losert und Lotta Maier wird wie folgt berechnet:

- Johanna Losert
Krankenhaus vom 17. bis 29. 09. = 13 Kalendertage bzw. 12 Pflegeberechnungstage¹

Basisfallwert: 4.349,22 €

Pflegeerlösbetrag: 250 €/Tag

DRG I03B

Bewertungsrelation Hauptabteilung: 2,806

Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag: 0,7892

4a
Leistung
bewilligen

**Berechnung:**

DRG-Erlös: $2,806 \times 4.349,22 \text{ €} = 12.203,91 \text{ €}$

Pflegeerlös: $0,7892 \times 250 \text{ €} = 197,30 \text{ €}$
 $197,30 \text{ €} \times 12 \text{ Pflegeberechnungstage}^1 = 2.367,60 \text{ €}$

Gesamterlös: $14.571,51 \text{ €}$

– Zuzahlung $10 \text{ €} \times 13 \text{ Tage} = 130,00 \text{ €}$

Krankenhausvergütung $14.441,51 \text{ €}$

• Lotta Maier
 Krh. vom 24. bis 29. 10. = 6 Kalendertage
 bzw. 5 Pflegeberechnungstage

Basisfallwert: $4.349,22 \text{ €}$

Pflegeerlösbetrag: 250 €/Tag

DRG E70Z

Bewertungsrelation Hauptabteilung: $0,444$

Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag: $1,4159$

Berechnung:

DRG-Erlös: $0,444 \times 4.349,22 \text{ €} = 1.931,05 \text{ €}$

Pflegeerlös: $1,4159 \times 250 \text{ €} = 353,98 \text{ €}$
 $353,98 \text{ €} \times 5 \text{ Pflegeberechnungstage}^1 = 1.769,90 \text{ €}$

Gesamterlös: $3.700,95 \text{ €}$

+ Begleitperson $60 \text{ €} \times 5 \text{ Tage}^1 = 300,00 \text{ €}$

Krankenhausvergütung $4.000,95 \text{ €}$

¹Pflegeberechnungstage bzw. Belegungstage sind der Aufnahmetag sowie jeder weitere Tag des Krankenhausaufenthalts ohne den Entlassungstag.

Weitere Informationen zur Krankenhausabrechnung erhalten Sie auch im E-Learning Programm „DRG – Grundlagen und Abrechnung“.

10.2 Budgetverhandlungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 18 Abs. 2 KHG,
§ 4 KHEntgG

Jedes Jahr vereinbaren Krankenkassen mit jedem einzelnen Krankenhaus beziehungsweise Krankenhausträger die Art und Menge der zu erbringenden Leistungen. Multipliziert mit dem jeweiligen landesweiten Preis für Kran-

kenhausleistungen, dem sogenannten Landesbasisfallwert, ergibt sich daraus das Jahresbudget des Krankenhauses für voll- und teilstationäre DRG-Leistungen. Daneben vereinbaren die Verhandlungspartner krankenhäusindividuelle Entgelte, sonstige Leistungen wie z. B. die neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und diverse Zu- und Abschläge, die für das Budget ebenfalls relevant sind.

An den Verhandlungen beteiligen sich grundsätzlich nur diejenigen Krankenkassen, die einen Belegungsanteil von mehr als fünf Prozent im jeweiligen Krankenhaus aufweisen. Die Budgetverhandlungen sollen prospektiv sein, das heißt das Folgejahr betreffen. Damit sollen sowohl das Krankenhaus als auch die Krankenkassen eine Planungs- und Kalkulationssicherheit erhalten.

Vor dem Beginn der Verhandlungen legt das Krankenhaus den Krankenkassen relevante Unterlagen, zum Beispiel die für die Planung notwendige voraussichtliche Leistungsstruktur und -entwicklung. Die Ergebnisse der Verhandlungen halten die Vertragsparteien in einer Budgetvereinbarung fest, die die zuständige Landesbehörde genehmigen muss. Die Budgetvereinbarungen werden grundsätzlich für ein Kalenderjahr geschlossen. Können sich die Verhandlungspartner über die Inhalte der Vereinbarung nicht einigen, so kann zur Konfliktlösung auf Antrag einer Vertragspartei eine Schiedsstelle angerufen werden, die dann das Budget festlegt.

§ 18 Abs. 4 KHG

Die Budgetverhandlungen für psychiatrische Krankenhäuser und Einrichtungen für psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden mit leistungsorientiert Tagespauschalen krankenhäusindividuell vereinbart.

§ 3 BPfLV



11 Vergütung weiterer Krankenhausleistungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

Neben der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung haben Sie bereits weitere Behandlungsmöglichkeiten kennengelernt. Diese werden wie folgt vergütet:

11.1 Vergütung von vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 115a Abs. 3
Satz 1, 2
SGB V,
§ 8 Abs. 2
Satz 3 Nr. 3
KHEntgG

Das Krankenhaus erhält für eine vorstationäre Krankenhausbehandlung keine zusätzliche Vergütung. Die nachstationäre Krankenhausbehandlung wird zusätzlich vergütet, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt.

11.2 Vergütung von tagesstationärer Behandlung

§ 115e SGB V

Eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung kann in einem zugelassenen Krankenhaus, in medizinisch geeigneten Fällen, bei Indikation für eine stationäre somatische Behandlung und mit Einwilligung der Patienten erbracht werden. Voraussetzung ist die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung sowie zwischen Aufnahmetag und Tag der Entlassung mindestens eine Übernachtung außerhalb des Krankenhauses. Eine tagesstationäre Behandlung erfordert einen mindestens sechsstündigen Aufenthalt zwischen 6:00 Uhr und 22:00 Uhr, innerhalb dessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird. Sofern Patienten ungeplant vor 6:00 Uhr des Folgetages in das Krankenhaus zurückkehren, liegt keine tagesstationäre Behandlung vor. Die tagesstationäre Behandlung entspricht hinsichtlich der Inhalte so-

wie der Flexibilität und Komplexität der Behandlung einer vollstationären Behandlung.

Für die nicht anfallenden Übernachtungskosten ist pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen. Der Abschlag entspricht 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 % der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf.

Beispiel

Jelena Petrovic ist bei der AOK versichert und 55 Jahre alt. Sie wurde wegen ihrer Darmerkrankung zehn Tage im Krankenhaus behandelt und davon war sie fünf Nächte zuhause. Also fünf Tage in vollstationärer und fünf Tage in tagesstationärer Behandlung.

Folge

Abrechnung ohne tagesstationäre Behandlung: 6.418,40 €

Abschlag tagesstationäre Behandlung

- 5 Übernachtungen außerhalb des Krankenhauses
4.349,22 € (Basisfallwert)
 $\times 0,04 = 173,97 \text{ €}$
 $173,97 \text{ €} \times 5 = 869,85 \text{ €}$

- Höchstbetrag für den Abschlag und Vergleich
 $6.418,40 \text{ €} \times 30 \% = 1.925,52 \text{ €}$
 $1.925,52 \text{ €} > 869,85 \text{ €} \quad 869,85 \text{ €}$

Rechnungsbetrag	5.548,55 €
-----------------	------------



11.3 Vergütung von ambulanten Operationen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 115b
Abs. 2 Satz 4,
Abs. 4 SGB V

Für ambulante Operationen haben die Krankenhäuser einen Vergütungsanspruch in gleicher Höhe wie Vertragsärzte; der Vergütungsanspruch richtet sich jedoch nicht gegen die Kassenärztliche Vereinigung, sondern unmittelbar gegen die Krankenkasse. Zwar gibt das Gesetz die Möglichkeit gemeinsamer Budgets zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen, die aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen wären aber zu solchen Regelungen ist es bisher nicht gekommen.

11.4 Hybrid-DRG

§ 115f SGB V

Eine weitere Grundlage, damit bisher stationär erbrachte Leistungen ambulant erbracht werden, haben der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den sogenannten Hybrid-DRG geschaffen. Für einzelne Operationen, z. B. Leistenbruchoperationen („bestimmte Hernienoperationen“) oder Lymphknotenbiopsien, wird die Vergütung in derselben Höhe vergütet, unabhängig davon, ob der Eingriff ambulant oder stationär erfolgt. Außerdem können die Hybrid-DRGs von Krankenhäusern, aber auch von niedergelassenen Vertragsärzten abgerechnet werden. Weitere Informationen u. a. die Vergütungsvereinbarung finden Sie unter https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/hybrid_drg_115f_hybrid_drg.jsp.

Beispiel:

Francesco Rossi ist bei der AOK versichert und 76 Jahre alt. Er hatte am 08.01. eine ambulante Leistenbruch-Operation im Klinikum Oberbach. Die Klinik rechnet die Hybrid-DRG G09N ab und erhält 2.227,33 Euro.

11.5 Vergütung Übergangspflege

Die Einzelheiten der Versorgung mit Leistungen der Übergangspflege sowie deren Vergütung ist auf Landesebene zu vereinbaren.

§ 132m
SGB V

Die Vertragspartner vereinbaren die Übermittlung des Dokumentationsbogens, das Zahlungsziel und Vergütungspauschalen, z. B. pro Tag und evtl. in unterschiedlicher Höhe abhängig von der Anschlussversorgung Rehabilitation oder Pflege.

Jede AOK hat ihre eigenen Verträge. Erkundigen Sie sich in Ihrer AOK nach den aktuellen Regelungen.

Fortsetzung des Beispiels von Seite 14

Das Klinikum hat bei Roxana Vasiliu die

- nicht sichergestellte Betreuung in der häuslichen Umgebung,
- Nichtverfügbarkeit von Kurzzeitpflegeplätzen und
- verzögerte Aufnahme in der geriatrischen Anschlussrehabilitation dokumentiert.



Die AOK hat mit den Kliniken in ihrem Bundesland für die Übergangspflege eine Tagespauschale bei Anschlussversorgung Reha in Höhe von 278,57 € vereinbart.

Folge

Das Klinikum rechnet für die Übergangspflege von Roxana Vasilu 2.507,13 € (278,57 € x 9 Tage) abzüglich der Zuzahlung ab.

11.7 Vergütung von Notfallversorgung durch das Krankenhaus

Neben dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gibt es auch Krankenhausgesetze der Länder, in denen die Aufgaben der Krankenhäuser ergänzend beschrieben werden. Danach sind die Krankenhäuser zumeist verpflichtet, an der Notfallversorgung der Versicherten und ggf. auch am Rettungsdienst teilzunehmen.

Sofern Patienten im Notfall im Krankenhaus nur ambulant versorgt werden müssen (beispielsweise nach Einlieferung mit einem Rettungswagen), erwirbt das Krankenhaus als Institut einen Vergütungsanspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung. Das Krankenhaus nimmt also insoweit an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten teil.

Die Notfallbehandlung einer Kundin bzw. eines Kunden durch ein nicht zugelassenes Krankenhaus erfolgt als Sachleistung zulasten der Krankenversicherung und lässt Vergütungsansprüche nur im Verhältnis zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse entstehen; ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Kundin bzw. den Kunden scheidet aus.

3
leistungsrechtliche Prüfung

BSG-Urteil v.
09. 10. 2001
– AZ: B 1
KR6/01R

11.6 Vergütung von hochspezialisierten Leistungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 116b
Abs. 2 SGB V

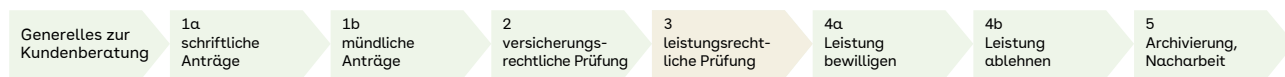
Die Krankenhäuser sind bei der ambulanten Versorgung im Bereich der hochspezialisierten Leistungen, der seltenen Erkrankungen und der Erkrankungen mit seltenem Krankheitsverlauf mit einzubeziehen, soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet und unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist.

§ 116b
Abs. 4, 5
SGB V

Um welche Krankheiten bzw. hochspezialisierten Leistungen es sich handelt, definiert ein gesetzlicher Katalog. Dieser ist allerdings nicht abschließend.

§ 116b Abs. 6
SGB V

Der GBA soll ihn regelmäßig ergänzen. Die Leistungen werden von den Krankenkassen unmittelbar vergütet; die Vergütung muss dabei mit dem vertragsärztlichen Sektor vergleichbar sein. Aus diesem Grund haben die Krankenhäuser den Krankenkassen die von ihnen berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zu melden. Die Vergütung erfolgt mit dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung.



12 Kostensteuerung im Krankenhausbereich

3 leistungsrechtliche Prüfung

Eine Steuerung der Krankenhausaussgaben ist im Rahmen der Möglichkeiten einer Krankenkasse sehr sinnvoll, und zwar sowohl aufgrund des hohen Anteils der Krankenhauskosten an den Gesamtkosten – insbesondere bei der AOK – aber auch zur Begrenzung der Aufwendungen, die sich als Folge des Überangebots ohne medizinische Indikation ergeben. Die Kostensteuerung darf die Qualität der Behandlung unserer Versicherten natürlich nicht beeinträchtigen.

Kostensteuerung ist in folgenden Handlungsfeldern möglich:

1. bei den Budget- und Entgeltverhandlungen (vgl. Punkt 10.2 dieses Lernbriefs)
2. durch ein gezieltes Fallmanagement
3. durch sorgfältige Prüfung der Krankenhausabrechnungen hinsichtlich der Richtigkeit der Kostenansätze

§ 17c KHG,
§ 275 SGB V
§ 275c
SGB V

Die Krankenkassen prüfen durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes, dass keine Fälle ins Krankenhaus aufgenommen werden oder dort verbleiben, die nicht der stationären Behandlung bedürfen. Darüber hinaus werden die ordnungsgemäße Abrechnung sowie die Frage, ob eine vorzeitige Entlassung oder Verlegung

aus wirtschaftlichen Gründen vorlag, geprüft. Die Prüfung ist spätestens vier Monate nach Eingang der Schlussrechnung einzuleiten und durch den MD anzuzeigen. Seit 2022 gilt für die Krankenkasse bei der Prüfung von Schlussrechnungen für die vollstationären Krankenhausbehandlungen eine quartalsbezogene Prüfquote je Krankenhaus in Abhängigkeit vom Anteil unbeanstandeter Abrechnungen je Krankenhaus. Das heißt, je höher der Anteil korrekter Rechnungen ist, desto niedriger die Prüfquote im Folgezeitraum und umgekehrt. Wird bei der Prüfung die Korrektheit der Rechnung festgestellt, hat die AOK dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 400 € zu zahlen.

Da die Kosten für Krankenhausbehandlung den größten Teil aller Leistungsausgaben ausmachen, erkennen Sie, wie besonders wichtig genaue Kenntnisse in diesem Leistungsgebiet sind. Deshalb gibt es in allen AOKs auch speziell geschulte Mitarbeitende, die über Kostenzusagen entscheiden und Kunden sowie Krankenhäuser im Einzelfall beraten. Eine wichtige Aufgabe ist dabei vor allem zu klären, inwieweit alle anderen Behandlungsmaßnahmen bereits ausgeschöpft sind bzw. noch vorher durchgeführt werden sollten.



13 Krankenkassenwechsel

3
leistungsrecht-
liche Prüfung

§ 10 Satz 2
FPV

GR v.
09. 10. 2002
i.d.F.v.
22. 09. 2008,
Ziff. II.7

Wechselt ein Kunde oder eine Kundin während der stationären Krankenhausbehandlung die Krankenkasse, rechnet das Krankenhaus bei Fallpauschalenvergütung mit dem Kostenträger ab, bei dem der Patient am Aufnahmetag versichert war.

Die Krankenkassen untereinander haben bei einem Kostenträgerwechsel während eines stationären Krankenhausaufenthalts jedoch einen Erstattungsanspruch gegenüber der neuen Krankenkasse. Das bedeutet, der Rechnungsbetrag wird durch die Anzahl der Behandlungstage geteilt und die jeweilige Krankenkasse trägt den Betrag für die Behandlungstage, an denen der Kunde bzw. die Kundin bei ihr versichert war.

Beispiel

Volker Heck wurde von Ihrem Außendienstkollegen erfolgreich von der DAK abgeworben und ist seit 01. 04. bei der AOK versichert.

Sie erhalten von der DAK die Information, dass Volker Heck vom 24. 03. bis 10. 04. stationär im Diakoniekrankenhaus war. Die Kosten für den Krankenhausaufenthalt wurden von der DAK im März zugesagt. Die Rechnung in Höhe von 9.138,06 € liegt bereits vor.

Folge

- Kostenzusage gegenüber Diakoniekrankenhaus:

Die gesamten Krankenhauskosten werden mit der DAK abgerechnet.

- Aufteilung der Kosten/Erstattungsanspruch:

Die Krankenhauskosten sind anteilig nach den insgesamt im Krankenhaus verbrachten Kalendertagen aufzuteilen.

$$9.138,06 \text{ €} : 18 \text{ Tage} = 507,67 \text{ €}$$

Anteil DAK:

$$507,67 \text{ €} \times 8 \text{ Tage} = 4.061,36 \text{ €}$$

Anteil AOK:

$$507,67 \text{ €} \times 10 \text{ Tage} = 5.076,70 \text{ €}$$

Die DAK hat einen Erstattungsanspruch in Höhe von 5.076,70 € gegenüber der AOK.



14 Hospiz und Beratung durch die Krankenkasse

Generelles zur Kundenberatung

Hospize sind Einrichtungen, in denen unheilbar Kranke in ihrer letzten Lebensphase palliativ-medizinisch, d.h. leidensmindernd, pflegerisch und seelisch betreut werden, um ihnen ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Wichtige Merkmale sind neben einer ausreichenden Schmerztherapie auch die Sterbebegleitung durch Einbindung der Angehörigen. Es gibt ambulant, teilstationär und stationär tätige Hospizvereinigungen.

14.1 Stationäre Hospizleistungen

3 leistungsrechtliche Prüfung

§ 39a Abs. 1 Satz 1 SGB V, Rahmenvereinbarung der stationären Hospizversorgung i. d. F. v. 31. 03. 2017

Versicherte haben Anspruch auf einen Zuschuss zu stationären oder teilstationären Hospizleistungen, wenn sie an einer Erkrankung leiden,

- die progredient (voranschreitend) verläuft,
- bei der eine Heilung ausgeschlossen oder eine palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Versorgung notwendig oder von der versicherten Person erwünscht ist und
- die lediglich eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten erwarten lässt,
- eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie nicht ausreicht.

Die Versorgung in einem stationären Hospiz kommt insbesondere bei

- fortgeschrittenen Krebserkrankungen,
- Vollbild der Infektionskrankheit AIDS,
- Erkrankungen des Nervensystems sowie

- chronischen Nieren-, Herz-, Verdauungstrakt- oder Lungenerkrankungen

in Betracht.

Die Krankenkasse trägt 95 % des tagesbezogenen Bedarfssatzes unter Anrechnung der Pflegeleistungen. Der Zuschuss darf kalendertäglich

§ 39a Abs. 1 Satz 2, 3 SGB V

- 9 % der monatlichen Bezugsgröße (2025: 337,05 €) nicht unterschreiten und
- unter Anrechnung der Leistungen anderer Sozialleistungsträger – insbesondere Pflegeleistungen – die tatsächlichen Kosten nicht überschreiten.

Die Versorgung im stationären Hospiz beinhaltet:

- Unterkunft und Verpflegung
- palliativ-medizinische und palliativ-pflegerische Leistungen
- soziale, therapeutische und pädagogische (Kinderhospiz) Leistungen
- geistig-seelische Leistungen
- Sterbe- und Trauerbegleitung ganztätig (vollstationär) oder nur tagsüber bzw. nachts (teilstationär)

Die Details zu den Anspruchsvoraussetzungen und zu den Leistungsinhalten sind in der Rahmenvereinbarung der stationären Hospizversorgung vom 13. 03. 1998 i.d.F.v. 18. 11. 2014 geregelt und können unter www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung „Hospiz und Palliativversorgung“ nachgelesen werden.



14.2 Ambulante Hospizleistungen

3
leistungsrechtliche Prüfung

Die Krankenkasse hat ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die

§ 39a Abs. 2
SGB V

- keiner Krankenhausbehandlung und
- keiner stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen

qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung

- in deren Haushalt,
- in der Familie,
- in stationären Pflegeeinrichtungen

erbringen.

Voraussetzung für die Förderung ist, dass der ambulante Hospizdienst

- mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet sowie
- unter der fachlichen Verantwortung einer Krankenschwester, eines Krankenpflegers oder einer anderen fachlich qualifizierten Person steht, die über mehrjährige Erfahrung in einer palliativ-medizinischen Pflege oder über eine entsprechende Weiterbildung verfügt und eine Weiterbildung als verantwortliche Pflegefachkraft oder in Leistungsfunktion nachweisen kann.

Die Förderung erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personal- und Sachkosten, der sich insbesondere nach dem Verhältnis der Anzahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmt, und beträgt 13 % der monatlichen Bezugsgröße (2025: 486,85 €), höchstens die zuschussfähigen Personalkosten.

Einzelheiten über die Förderung können in den Rahmenvereinbarungen zu den Voraussetzungen der Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizversorgung vom 03. 09. 2002 i.d.F.v. 21. 11. 2022 (www.gkv-spitzenverband.de unter Krankenversicherung „Hospiz und Palliativversorgung“) nachgelesen werden und ergeben sich aus den Verträgen zwischen den Krankenkassen und den ambulanten Hospizdiensten.

§ 39a Abs. 2
Satz 8 SGB V

14.3 Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkasse

Versicherte haben einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die gesetzlichen Krankenkassen bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Leistungen der Palliativ- und Hospizversorgung. Inhalt der Beratung soll auch die Erstellung einer Übersicht der regional verfügbaren Beratungs- und Versorgungsangebote sein. Dabei sollen Krankenkassen auch allgemein über Möglichkeiten persönlicher Vorsorge für die letzte Lebensphase informieren, insbesondere zur Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung.

3
leistungsrechtliche Prüfung

§ 39b SGB V



15 Zusammenfassende Selbstkontrolle

Aufgabe 1

Stellen Sie fest, ob die AOK die Kosten des Krankenhausaufenthalts übernimmt, und tragen Sie Ihre Lösung in

die folgende Tabelle ein. Legen Sie dabei § 39 Abs. 1 SGB V sowie die Krankenhausbehandlungs-Richtlinien zugrunde.

Sachverhalt	ja	nein	Rechtsquelle(n)
Katrin Rempf hat an den Oberschenkeln eine ausgeprägte Cellulite (Orangenhaut). Da sie der Ansicht ist, dass dies insbesondere im Sommer (dann trägt sie gern kurze Röcke) ihr Äußeres negativ beeinflusst, möchte sie das überschüssige Fett vom Schönheitschirurgen absaugen lassen.			
Melli und Mira Fisch, die neunmonatigen Zwillinge, sollen im Krankenhaus aufgenommen werden. Begründung: Die Mutter wird dort wegen einer Gelenkerkrankung stationär behandelt, der Vater kommt mit den kleinen Kindern nicht zurecht. Er hält es für das Beste, wenn die Kinder in der Nähe der Mutter sind und fachgerecht vom Krankenhauspersonal versorgt werden.			
Elvira Lesch leidet an Parkinson (Erkrankung des Nervensystems). Am 15. 03. verschlimmert sich ihr gesundheitlicher Zustand so sehr, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist.			
Martha Wille, 92 Jahre alt, hat bisher alleine in ihrem Haushalt gelebt. Nach einem Oberschenkelhalsbruch und mehrwöchiger Krankenhausbehandlung kann sie nicht nach Hause zurückkehren. Sie will deshalb noch weiter im Krankenhaus bleiben.			
Marvin Falk, fünf Jahre alt, hat extrem abstehende Ohren. Seine Spielkameraden verspotten ihn deshalb häufig. Marvin traut sich kaum noch zum Spielen auf die Straße. Nach Ansicht des behandelnden Kinderarztes ist das Kind wegen der Spötereien psychisch gefährdet.			



Aufgabe 2

Stellen Sie anhand des § 39 Abs. 4 SGB V und GR v. 09. 12. 1988 zu § 39 SGB V, Ziff. 7 und GR v. 26. 11. 2003 zu

§ 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 fest, ob und ggf. für welche Zeit und in welcher Höhe Zuzahlungen zu entrichten sind, und tragen Sie Ihre Lösung in die Tabelle ein.

Sachverhalt (falls nichts anderes angegeben ist: Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V vom... bis..., Kunde hat 18. Lebensjahr bereits vollendet)	Zuzahlung vom ... bis ...	keine Zuzahlung	kurze Begründung (einschließlich Rechtsquelle/n)
13. 01. – 11. 02. 2025			
13. – 22. 01. 2025 02. 02. – 12. 03. 2025			
13. 01. – 11. 02. 2025 22. 02. – 12. 03. 2025			
02. 12. 2025 – 05. 01. 2026			
20. 12. 2025 – 20. 01. 2026			
05. – 21. 10. 2025, Kunde vollendet am 07. 10. 2025 das 18. Lebensjahr			
14. – 17. 05. 2025 wegen stationärer Entbindung			
06. – 20. 08. 2025 wegen Arbeitsunfallfolgen			
19. (22.00 Uhr) – 20. 06. 2025 (10.30 Uhr)			



3. Sachverhalt

Sie sind Kundenberater in der AOK. Ihr Kunde Michael Scheiner war bis 17. 02. 2025 aufgrund seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung bei der Firma Scheuerle in Unterstadt über die AOK versichert. Seine Ehefrau Kathrin und Töchterchen Stella (neun Monate) waren bei ihm familienversichert.

Am 11. 03. 2025 soll sein neues Arbeitsverhältnis bei der Firma Maier & Söhne in Oberstadt beginnen.

Töchterchen Stella ist gestern (27. 02. 2025) von der Wickelkommode gefallen. Der Kinderarzt Dr. Lauer untersuchte Stella und hat eine schwere Gehirnerschütterung diagnostiziert. Die ambulanten Behandlungen reichen nicht aus. Dr. Lauer stellt sofort eine Verordnung über Krankenhausbehandlung für das Krankenhaus Neustadt aus. Die Notfallambulanz im Krankenhaus Neustadt hat sie sofort stationär aufgenommen. Sie soll voraussichtlich bis 04. 03. 2025 dort stationär behandelt werden. Das Krankenhaus Neustadt ist ein zugelassenes Krankenhaus und die nächsterreichbare Kinderklinik.

Im Zusammenhang mit seiner neuen Stelle, in der ebenfalls Versicherungspflicht besteht, hat sich Michael Scheiner zunächst über den Krankenversicherungsschutz für sich und seine Familie keine Gedanken gemacht. Jetzt kommen ihm jedoch Zweifel und er erkundigt sich bei Ihnen, ob sich beim Versicherungsschutz etwas ändert.

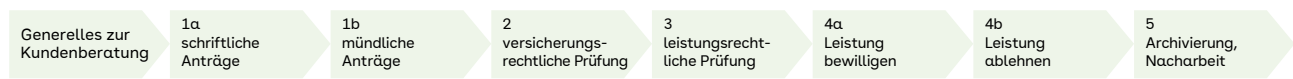
Hinweis

Begründen Sie Ihre Lösung nach der Drei-Schritt-Methode.

Aufgabe 3

Hat Stella Scheiner Anspruch auf die Krankenhausbehandlung? Wenn ja, hat sie eine Zuzahlung zu leisten?

4.16 · Anträge auf Krankenhausbehandlung bearbeiten





16 Lösungen zur zusammenfassenden Selbstkontrolle

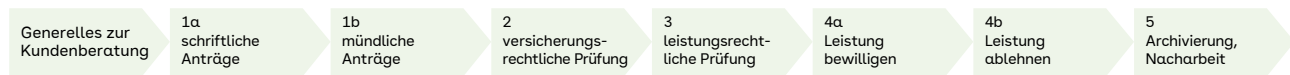
Lösung zu 1

Sachverhalt	ja	nein	Rechtsquelle(n)
Katrin Rempf hat an den Oberschenkeln eine ausgeprägte Cellulite (Orangenhaut). Da sie der Ansicht ist, dass dies insbesondere im Sommer (dann trägt sie gern kurze Röcke) ihr Äußeres negativ beeinflusst, möchte sie das überschüssige Fett vom Schönheitschirurgen absaugen lassen.		x	§ 1 Abs. 2 Satz 2 KE-RL
Melli und Mira Fisch, die neunmonatigen Zwillinge, sollen im Krankenhaus aufgenommen werden. Begründung: Die Mutter wird dort wegen einer Gelenkerkrankung stationär behandelt, der Vater kommt mit den kleinen Kindern nicht zurecht. Er hält es für das Beste, wenn die Kinder in der Nähe der Mutter sind und fachgerecht vom Krankenhauspersonal versorgt werden.		x	§ 1 Abs. 2 Satz 2 KE-RL
Elvira Lesch leidet an Parkinson (Erkrankung des Nervensystems). Am 15. 03. verschlimmert sich ihr gesundheitlicher Zustand so sehr, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung notwendig ist.	x		§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 39 Abs. 1 SGB V
Martha Wille, 92 Jahre alt, hat bisher alleine in ihrem Haushalt gelebt. Nach einem Oberschenkelhalsbruch und mehrwöchiger Krankenhausbehandlung kann sie nicht nach Hause zurückkehren. Sie will deshalb noch weiter im Krankenhaus bleiben.		x	§ 1 Abs. 2 Satz 2 KE-RL
Marvin Falk, fünf Jahre alt, hat extrem abstehende Ohren. Seine Spielkameraden verspotten ihn deshalb häufig. Marvin traut sich kaum noch zum Spielen auf die Straße. Nach Ansicht des behandelnden Kinderarztes ist das Kind wegen der Spötereien psychisch gefährdet.	x		§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 i.V.m. § 39 Abs. 1 SGB V



Lösung zu 2

Sachverhalt (falls nichts anderes angegeben ist: Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V vom... bis..., Kunde hat 18. Lebensjahr bereits vollendet)	Zuzahlung vom ... bis ...	keine Zuzahlung	kurze Begründung (einschließlich Rechtsquelle/n)
13. 01. – 11. 02. 2025	13. 01. – 09. 02. 2025 28 x 10 € = 280 €		§ 39 Abs. 4 SGB V, Ablauf der 28-Ta- ge-Frist
13. – 22. 01. 2025 02. 02. – 12. 03. 2025	13. – 22. 01. 2025 10 x 10 € = 100 € und 02. – 19. 02. 2025 18 x 10 € = 180 €		GR v. 26. 11. 2003 zu § 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 Beispiel 1
13. 01. – 11. 02. 2025 22. 02. – 12. 03. 2025	13. 01. – 09. 02. 2025 28 x 10 € = 280 €		GR v. 26. 11. 2003 zu § 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 Beispiel 2
02. 12. 2025 – 05. 01. 2026	02. – 29. 12. 2025 28 x 10 € = 280 €		GR v. 26. 11. 2003 zu § 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 Beispiel 3
20. 12. 2025 – 20. 01. 2026	20. 12. 2025 – 16. 01. 2026 28 x 10 € = 280 €		GR v. 26. 11. 2003 zu § 39 Abs. 4 SGB V, Ziff. 1 Beispiel 3
05. – 21. 10. 2025, Kunde vollendet am 07. 10. 2025 das 18. Lebensjahr		x	§ 39 Abs. 4 Satz 1 SGB V
14. – 17. 05. 2025 wegen stationärer Entbindung		x	GR v. 09. 12. 1988 zu § 39 SGB V, Ziff. 7, Abs. 2 5. Spiegelstrich, GR v. 06./07. 12. 2017 i. d. F. v. 11. 12. 2024, Ziff. 5.4
06. – 20. 08. 2025 wegen Ar- beitsunfallfolgen		x	GR v. 09. 12. 1988 zu § 39 SGB V, Ziff. 7, Abs. 2 2. Spiegelstrich
19. (22.00 Uhr) – 20. 06. 2025 (10.30 Uhr)	19. – 20. 06. 2025 2 x 10 € = 20 €		§ 39 Abs. 4 SGB V Zuzahlung je Ka- lendertag



Lösung zu 3

Stella Scheiner hat einen nachgehenden Leistungsanspruch vom 18. 02. bis 10. 03. 2025. Sie hat Anspruch auf die Krankenhausbehandlung und keine Zuzahlung zu leisten.

Begründung

§ 19 Abs. 1 SGB V

[hier:]

Michael Scheiner war bis 17. 02. 2025 als versicherungspflichtiges Mitglied bei der AOK versichert.

[also:]

Grundsätzlich endet der Leistungsanspruch am 17. 02. 2025.

§ 19 Abs. 2 SGB V

[hier:]

Michael Scheiner übt vom 18. 02. bis voraussichtlich 10. 03. 2025 keine Erwerbstätigkeit aus. Er ist auch nicht anderweitig versichert.

[also:]

Michael Scheiner hat einen nachgehenden Leistungsanspruch vom 18. 02. bis 10. 03. 2025.

GR 09. 12. 1988 zu § 19 SGB V, Ziff. 3.1 Abs. 1

[hier:]

Stella Scheiner ist bei Michael Scheiner familienversichert.

[also:]

Sie hat ebenfalls einen nachgehenden Leistungsanspruch vom 18. 02. bis 10. 03. 2025

§ 39 Abs. 1 Satz 2 (§ 108), § 73 Abs. 4, § 39 Abs. 2 SGB V, (GR 09. 12. 1988 zu § 39 SGB V, Ziff. 4.3)

[hier:]

Stella Scheiner (hat vom 18. 02. bis 10. 03. 2025 einen nachgehenden Leistungsanspruch und) wird vom Kinderarzt Dr. Lauer ins Krankenhaus Neustadt überwiesen, da die ambulante Behandlung nicht ausreicht. Der Krankenhausarzt nimmt Stella Scheiner sofort stationär auf. Das Krankenhaus Neustadt ist das nächsterreichbare und ein zugelassenes Krankenhaus.

[also:]

Stella Scheiner hat Anspruch auf die stationäre Krankenhausbehandlung.

§ 39 Abs. 4 (i.V.m. § 61 Satz 1) SGB V

[hier:]

Stella Scheiner ist neun Monate alt.

[also:]

Sie hat keine Zuzahlung zu leisten.