SDK
Einfach für Ihr Leben da.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die betriebliche Kranken-Zusatzversicherung

Teil II: Tarif SP1O für die stationäre Heilbehandlung

Stand: 01.10.2020

Der Tarif gilt zusammen mit dem Allgemeinen Teil der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht **2**

I. Unsere Leistungen **2**
1. Leistungen für Versicherte einer PKV 2
2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV 2
3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV 3
4. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland 3
5. Stationäre Psychotherapie 4
6. Ambulante stationsersetzende Operationen in Deutschland 4
7. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus 4
8. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland 4
9. Rooming In 5
10. Fahrt- und Transportkosten 5
11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland 5
12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland 5
13. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft 5
14. Zuordnung der Kosten 5

II. Wartezeiten **5**

III. Beiträge **5**
1. Beitragsberechnung 5
2. Beitragsanpassung 5

IV. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten **6**
1. Beendigung 6
2. Fortführungsmöglichkeiten 6
3. Umstufung 6

Glossar **7**

Anhang **8**

1.754c/10.20

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für:

- Ein- oder Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung (Chefarzt und Belegarzt)
- ambulante stationsersetzende Operationen.

Wir erstatten **Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei:

- Wahl eines Zweibettzimmers 20 EUR
- Wahl eines Mehrbettzimmers 40 EUR
- Verzicht auf Chefarzt 60 EUR.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) mit einem die Pflicht zur Versicherung erfüllenden Tarif (§ 193 Abs. 3 VVG) versichert sind
  und
- als Mitarbeiter eines Unternehmens innerhalb eines Gruppenversicherungsvertrages mit uns in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung angemeldet werden.

I. Unsere Leistungen

Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
  und
- über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
  und
- Krankengeschichten führen.

Dazu gehören auch **Privatkliniken**, wenn sie die genannten Kriterien erfüllen.

Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- vollstationäre Behandlungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V.

Versichert sind auch ambulante **stationsersetzende Operationen** und ambulante Vor- und Nachuntersuchungen.

1. Leistungen für Versicherte einer PKV

(1) Ist die versicherte Person bei einer PKV für Wahlleistungen im Krankenhaus versichert, gilt: wir zahlen bei einer medizinisch notwendigen stationären Behandlung ein Krankenhaustagegeld von 100 EUR. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag. Das Gleiche gilt für Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Behandlung ist medizinisch notwendig, wenn die PKV Leistungen dafür übernimmt.

(2) Ist die versicherte Person bei einer PKV nur für **allgemeine Krankenhausleistungen** versichert, gelten die Nummern 2 bis 5 und 8 entsprechend. Statt der Vorleistung der GKV kommt es auf die Vorleistung der PKV an. Die Behandlung ist medizinisch notwendig, wenn die PKV Leistungen dafür übernimmt.

Die folgenden Leistungen gelten nur für Versicherte einer GKV:

2. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland mit 100 %-iger Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** übernimmt, ist die Behandlung für uns medizinisch notwendig. Wir erstatten dann 100 % der Kosten für:

- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Bei Entbindungen zahlen wir auch ein Familienzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,

- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern,
- Mehrkosten, weil Sie oder die versicherte Person nicht das Krankenhaus aus der ärztlichen Einweisung gewählt haben (§ 39 Absatz 2 SGB V).

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweis:

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

3. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland ohne volle Vorleistung der GKV

Wenn die GKV die **allgemeinen Krankenhausleistungen** nicht in voller Höhe übernimmt, gilt: Wir prüfen die medizinische Notwendigkeit. Ist die stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig, zahlen wir:

- die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung als **allgemeine Krankenhausleistungen**.

  Als Vorleistung der GKV gilt:

  – bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.

  – bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.
- die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer. Bei Entbindungen zahlen wir auch ein Familienzimmer. Eingeschlossen sind Komfortleistungen, die in der Höhe und im Umfang der **Gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes** entsprechen. Dazu gehören beispielsweise eine gehobene Verpflegung, Tageszeitungen, persönlicher Service, Telefon und Internet,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, einschließlich der Leistungen von Belegärzten,
- gesondert berechenbare Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweise:

Wir zahlen nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das kann beispielsweise bei der Behandlung in einer **Privatklinik** vorkommen. In diesem Fall tragen Sie die allgemeinen Krankhausleistungen selbst.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

4. Akutstationäre Behandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen im Ausland

Wenn die GKV für die **allgemeinen Krankenhausleistungen** eine Vorleistung übernimmt, gilt: Die Behandlung ist für uns medizinisch notwendig. Eine Vorleistung ist:

- bei akutstationären Behandlungen: eine Zahlung in Höhe der Kosten, die in einem für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen deutschen Krankenhaus gelten. Dieses rechnet nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung ab.
- bei Rehabilitationsmaßnahmen: eine Zahlung in Höhe der Kosten für Pflege, Unterbringung und Verpflegung einer für die Behandlung von GKV-Patienten zugelassenen Rehabilitationsklinik. Es gelten die Preise der Klinik in Deutschland, die am nächsten zum Wohnort der versicherten Person und für die jeweilige Erkrankung geeignet ist.

Wir erstatten dann 100 % der verbleibenden Kosten für:

- die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringung und Verpflegung,
- gesondert berechenbare ärztliche Leistungen,
- gesondert berechenbare Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern.

Für jeden Tag der vollstationären Behandlung zahlen wir ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 10 EUR, zum Beispiel zur Erstattung der gesetzlichen Zuzahlung im Krankenhaus. Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Tag.

Hinweise:

Wir leisten nicht, wenn die GKV weniger als die Vorleistung oder überhaupt nicht leistet. Das trifft beispielsweise zu, wenn die GKV nur für eine ambulante Behandlung zahlt.

Wir zahlen nicht für stationäre Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen, wie zum Beispiel Abhängigkeit von Alkohol oder Drogen.

Wir empfehlen Ihnen, vor geplanten Krankenhausaufenthalten im Ausland einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Wenn Sie uns keinen Kostenvoranschlag vorlegen, hat dies keine Auswirkungen auf die Leistungen.

5. Stationäre Psychotherapie

Versichert ist auch die medizinisch notwendige stationäre Psychotherapie. Den Umfang finden Sie unter den Abschnitten 2 bis 4.

6. Ambulante stationsersetzende Operationen in Deutschland

Bei einer ambulanten Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, erstatten wir 100 % der Kosten für

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Wir empfehlen Ihnen, für die ambulante **stationsersetzende Operation** vor Beginn der Behandlung einen Kostenvoranschlag bei uns einzureichen. Wir teilen Ihnen dann gerne mit, ob und in welchem Umfang wir die Kosten übernehmen. Der Kostenvoranschlag sollte die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten.

Eine ambulante Operation, die eine ansonsten gebotene stationäre Behandlung ersetzt, liegt vor, wenn die Operation

- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt ist
  oder
- in dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 1 aufgeführt ist
  und
- Umstände vorliegen, bei denen eine stationäre Durchführung notwendig sein kann. Diese ergeben sich aus: den Punkten A, B, D, E und F des gemeinsamen Kataloges von Kriterien (G-AEP) für das Prüfverfahren nach § 17c KHG.

Leistet ein anderer Kostenträger, beispielsweise die GKV, erstatten wir maximal die verbleibenden Kosten. Als Vorleistung gilt auch ein Selbstbehalt, den die GKV nach § 53 SGB V von ihren Leistungen abzieht. Diesen Selbstbehalt erstatten wir nicht.

Wir erstatten keine Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen, beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung.

7. Ambulante Untersuchungen im Krankenhaus

Bei ambulanten Vor- oder Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus erstatten wir 100 % der Kosten für:

- ärztliche Leistungen,
- Laboruntersuchungen.

Voraussetzung:

Die Untersuchung ist im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen Behandlung nach den Nummern 2 bis 6 erforderlich. Wir erstatten dann jeweils eine Vor- und eine Nachuntersuchung.

8. Ersatz-Krankenhaustagegeld bei akutstationärer Behandlung in Deutschland

Wenn für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder für ärztliche Leistungen keine Kosten anfallen, zahlen wir ein Krankenhaustagegeld. Sie erhalten von uns:

- 20 EUR, wenn statt des Einbettzimmers ein Zweibettzimmer berechnet wird,
- 40 EUR, wenn Sie keine Kosten für die Unterkunft geltend machen,
- 60 EUR, wenn Sie keine Kosten für ärztliche Leistungen geltend machen.

Das **Ersatz-Krankenhaustagegeld** zahlen wir für jeden Krankenhaustag, an dem die jeweilige Leistung nicht angefallen ist.

Bei teilstationären, vor- und nachstationären Behandlungen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie ambulanten **stationsersetzenden Operationen** zahlen wir kein **Ersatz-Krankenhaustagegeld**.

9. Rooming In

Sind wir nach den Nummern 2 bis 5 für ein Kind leistungspflichtig, gilt: Wir zahlen die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson. Diese Regelung gilt für Kinder, die zu Beginn der Behandlung jünger als 16 Jahre sind.

10. Fahrt- und Transportkosten

(1) Für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte ersetzen wir die Kosten zu 100 %.

Voraussetzung:

Die Fahrt oder der Transport erfolgt zu einer Behandlung, für die wir nach den Nummern 2 bis 6 leistungspflichtig sind.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte wegen einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Wir erstatten nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers maximal 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer ärztlich festgestellten Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

Für alle versicherten Personen gilt:

11. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen in Deutschland

Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die

- der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) entsprechen,
- auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ) beruhen. Eine Honorarvereinbarung ist eine rechtswirksame Vereinbarung über eine von der GOÄ oder GOZ abweichende Höhe der Vergütung.

12. Anerkannte Gebühren bei Behandlungen im Ausland

(1) Wir erstatten ärztliche Leistungen sowie die vom Krankenhaus berechneten allgemeinen Pflegekosten, Unterbringungs- und Verpflegungskosten in ortsüblicher Höhe. Voraussetzung ist, dass die Kosten den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung und einer eventuell geltenden Gebührenordnung oder **Taxe** für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung entsprechen. Bei ärztlichen Leistungen erstatten wir somit auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

(2) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir in Euro um. Dabei legen wir den Kurs des Tages zugrunde, an dem wir die Belege erhalten.

13. Leistungsausschluss für bei Antragstellung bestehende Schwangerschaft

War bei Ihnen oder der versicherten Person eine Schwangerschaft ärztlich festgestellt, als Sie den Antrag auf Versicherung gestellt haben, gilt: Wir leisten nicht für diese Entbindung oder Komplikationen während der Entbindung.

14. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Heilbehandlung stattfindet.

II. Wartezeiten

Es bestehen keine Wartezeiten.

III. Beiträge

1. Beitragsberechnung

(1) Der Tarif wird nach Art der **Schadenversicherung** kalkuliert. Es werden keine **Alterungsrückstellungen** gebildet. Eine Überschussbeteiligung erfolgt nicht.

(2) Entscheidend für die Höhe der Beiträge ist das erreichte Alter. Das erreichte Alter ist die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Es gilt eine Beitragsgruppe für die Alter 16 bis 70 Jahre.

2. Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel, wenn

- die Kosten für Heilbehandlungen steigen
  oder
- medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend setzen wir diese neu fest, wenn ein unabhängiger Treuhänder die **technischen Berechnungsgrundlagen** überprüft und der Anpassung zugestimmt hat.

Für die Berechnung bilden wir folgende **Beobachtungseinheit**:

SP1O Erwachsene.

Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern.

(2) Wir verzichten auf eine Beitragsanpassung, wenn wir übereinstimmend mit dem unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen nur als vorübergehend ansehen.

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung und deren maßgebliche Gründe folgt.

IV. Beendigung und Fortführungsmöglichkeiten

1. Beendigung

(1) Die Versicherung endet, wenn

a. die versicherte Person aus dem Unternehmen ausscheidet,

b. der Gruppenvertrag mit dem Arbeitgeber endet,

c. das Arbeitsverhältnis für die versicherte Person ruht, beispielsweise während der Elternzeit oder bei Ableistung eines Freiwilligendienstes,

d. die versicherte Person Altersrente bezieht.

(2) Die Versicherung endet mit Ablauf des Monats, in den das jeweilige Ereignis fällt.

Wir müssen innerhalb von 2 Monaten darüber informiert werden, wenn ein Beendigungsgrund eintritt. Ausnahme ist die Beendigung des Gruppenvertrages. Erfahren wir später von dem Beendigungsgrund, endet die Versicherung mit dem Monat, in dem wir informiert werden.

(3) Es gelten daneben die Regelungen aus Abschnitt D. 3. Absätze 2, 3 und 4 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung.

2. Fortführungsmöglichkeiten

(1) Wenn der Beendigungsgrund a. eintritt, können Versicherte einer GKV die Versicherung im Tarif SP1 fortsetzen.

(2) Wenn der Beendigungsgrund b. eintritt, kann die versicherte Person die Versicherung zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen, in der sie versicherungsfähig ist. Der Erstattungssatz darf nicht höher sein als in der betrieblichen Krankenversicherung.

(3) Wenn die Beendigungsgründe c. und d. eintreten, können Versicherte einer GKV die Versicherung im Tarif SP1F fortsetzen.

(4) Die Fortsetzung muss die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beendigung des Tarifes SP1O bei uns beantragen.

Für die Fortsetzung führen wir keine neue **Gesundheitsprüfung** durch.

3. Umstufung

(1) Wenn die versicherte Person bei einer GKV versichert ist, gilt:

Ab dem auf den 70. Geburtstag folgenden Kalenderjahr wird die Versicherung von Tarif SP1O in Tarif SP1F umgestuft. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die betroffene versicherte Person nach Abschnitt D. 1. Absatz 3 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Kranken-Zusatzversicherung kündigen.

(2) Wenn die versicherte Person bei einer PKV versichert ist, gilt:

Die Versicherung im Tarif SP1O endet mit Ablauf des Kalenderjahres, in das der 70. Geburtstag fällt.

Glossar

Allgemeine Krankenhausleistungen sind vor allem die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie die Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer. Ferner gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Früherkennungsmaßnahmen, vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter, besondere Leistungen von Tumorzentren und geriatrischen Zentren sowie die Frührehabilitation. Wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnet, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen in § 7 KHEntgG bzw. § 2 BPflV geregelt. Wenn das Krankenhaus nicht nach KHEntgG bzw. BPflV abrechnet, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Unterbringung im Drei- oder Mehrbettzimmer, Nebenkosten und ärztliche Leistungen, die nicht gesondert vereinbart werden.

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit.

Ersatz-Krankenhaustagegeld ist ein vereinbarter Betrag, der für jeden Tag eines Aufenthalts im Krankenhaus gezahlt wird. Das Ersatz-Krankenhaustagegeld erhalten Sie nur, wenn Sie auf andere versicherte Leistungen verzichten. Zum Beispiel auf die tariflich vereinbarte Unterbringung im Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des PKV-Verbandes: Für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer dürfen Krankenhäuser vom Patienten einen Zuschlag verlangen, dessen Höhe allerdings angemessen sein muss. Der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben deshalb eine Gemeinsame Empfehlung zur Preisfindung bei Zimmerzuschlägen herausgegeben.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers oder einer zu versichernden Person berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmeentscheidung und die Beitragsberechnung.

Privatkliniken sind rechtlich und wirtschaftlich selbständige Einrichtungen, die außerhalb der staatlichen Krankenhausförderung stehen. Diese Privatkliniken können ihre Preise für stationäre Leistungen weitgehend frei gestalten.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine Gesundheitsprüfung durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Schadenversicherung: Eine Versicherung kann nach Art der Schadensversicherung betrieben werden. Das bedeutet, es handelt sich um eine reine Risikoversicherung. Rückstellungen für den Ausgleich der höheren Kosten im Alter (Alterungsrückstellungen) werden nicht gebildet.

Stationsersetzende Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

§ 39 Krankenhausbehandlung

(2) Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden.

§ 53 Wahltarife

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen haben. Die Prämienzahlung darf ein Zwölftel der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und wird innerhalb eines Jahres nach Ablauf des Kalenderjahres an das Mitglied gezahlt. Die im dritten und vierten Abschnitt genannten Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach § 23 Abs. 2 und den §§ 24 bis 24b sowie Leistungen für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bleiben unberücksichtigt.

(3) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung zu regeln, dass für Versicherte, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 137f oder § 140a teilnehmen, Tarife angeboten werden. Für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. Für Versicherte, die an einer hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b teilnehmen, hat die Krankenkasse Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, wenn die zu erwartenden Einsparungen und Effizienzsteigerungen die zu erwartenden Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Aufwendungen für Zuzahlungsermäßigungen und Prämienzahlungen müssen in diesem Fall mindestens die Hälfte des Differenzbetrags betragen, um den die Einsparungen und Effizienzsteigerungen die sonstigen Aufwendungen für den Wahltarif übersteigen. Die Berechnung der zu erwartenden Einsparungen, Effizienzsteigerungen und Aufwendungen nach Satz 3 hat die jeweilige Krankenkasse ihrer Aufsichtsbehörde vorzulegen. Werden keine Effizienzsteigerungen erwartet, die die Aufwendungen übersteigen, ist dies gesondert zu begründen.

(4) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen. § 13 Abs. 2 Satz 2 und 3 gilt nicht.

(5) (weggefallen)

(6) Die Krankenkasse hat in ihrer Satzung für die in § 44 Absatz 2 Nummer 2 und 3 genannten Versicherten gemeinsame Tarife sowie Tarife für die nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz Versicherten anzubieten, die einen Anspruch auf Krankengeld entsprechend § 46 Satz 1 oder zu einem späteren Zeitpunkt entstehen lassen, für die Versicherten nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz jedoch spätestens mit Beginn der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit. Von § 47 kann abgewichen werden. Die Krankenkasse hat entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen. Die Höhe der Prämienzahlung ist unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheitsrisiko des Mitglieds festzulegen. Die Krankenkasse kann durch Satzungsregelung die Durchführung von Wahltarifen nach Satz 1 auf eine andere Krankenkasse oder einen Landesverband übertragen. In diesen Fällen erfolgt die Prämienzahlung weiterhin an die übertragende Krankenkasse. Die Rechenschaftslegung erfolgt durch die durchführende Krankenkasse oder den durchführenden Landesverband.

(7) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung für bestimmte Mitgliedergruppen, für die sie den Umfang der Leistungen nach Vorschriften dieses Buches beschränkt, der Leistungsbeschränkung entsprechende Prämienzahlung vorsehen.

(8) Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2 und 4 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6. Die Satzung hat für Tarife ein Sonderkündigungsrecht in besonderen Härtefällen vorzusehen. Die Prämienzahlung an Versicherte darf bis zu 20 vom Hundert, für einen oder mehrere Tarife 30 vom Hundert der vom Mitglied im Kalenderjahr getragenen Beiträge mit Ausnahme der Beitragszuschüsse nach § 106 des Sechsten Buches sowie § 257 Abs. 1 Satz 1, jedoch nicht mehr als 600 Euro, bei einem oder mehreren Tarifen 900 Euro jährlich betragen. Satz 4 gilt nicht für Versicherte, die Teilkostenerstattung nach § 14 gewählt haben. Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden, können nur Tarife nach Absatz 3 wählen.

(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Kalkulatorische Einnahmen, die allein durch das Halten oder die Neugewinnung von Mitgliedern erzielt werden, dürfen dabei nicht berücksichtigt werden; wurden solche Einnahmen bei der Kalkulation von Wahltarifen berücksichtigt, ist die Kalkulation unverzüglich, spätestens bis zum 31. Dezember 2013 entsprechend umzustellen. Die Krankenkassen haben über die Berechnung nach den Sätzen 1 und 2 der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annah-

men, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

§ 115b Ambulantes Operieren im Krankenhaus

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren auf der Grundlage des Gutachtens nach Absatz 1a bis zum 30. Juni 2021

1. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen,

2. einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte.

Die Vereinbarung nach Satz 1 tritt mit ihrem Wirksamwerden an die Stelle der am 31. Dezember 2019 geltenden Vereinbarung. In die Vereinbarung nach Satz 1 Nummer 1 sind die in dem Gutachten nach Absatz 1a benannten ambulant durchführbaren Operationen und die stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen aufzunehmen, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, sowie allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Die Vergütung nach Satz 1 Nummer 2 ist nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren und erfolgt auf betriebswirtschaftlicher Grundlage, ausgehend vom einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen unter ergänzender Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, der Sachkosten sowie der spezifischen Investitionsbedingungen. In der Vereinbarung sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können. Die Vereinbarung nach Satz 1 ist mindestens alle zwei Jahre, erstmals zum 31. Dezember 2023, durch Vereinbarung an den Stand der medizinischen Erkenntnisse anzupassen. Der Vereinbarungsteil nach Satz 1 Nummer 1 bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

(1a) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen geben bis zum 31. März 2020 ein gemeinsames Gutachten in Auftrag, in dem der Stand der medizinischen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren Operationen, stationsersetzenden Eingriffen und stationsersetzenden Behandlungen untersucht wird. Das Gutachten hat ambulant durchführbare Operationen,

stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen konkret zu benennen und in Verbindung damit verschiedene Maßnahmen zur Differenzierung der Fälle nach dem Schweregrad zu analysieren. Wird das Gutachten nicht bis zum 31. März 2020 in Auftrag gegeben, legt das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a den Inhalt des Gutachtensauftrags innerhalb von sechs Wochen fest. Im Gutachtensauftrag ist vorzusehen, dass das Gutachten spätestens innerhalb eines Jahres, nachdem das Gutachten in Auftrag gegeben worden ist, fertigzustellen ist.

(2) Die Krankenhäuser sind zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen, stationsersetzenden Eingriffe und stationsersetzenden Behandlungen zugelassen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuß (§ 96); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Das Krankenhaus ist zur Einhaltung des Vertrages nach Absatz 1 verpflichtet. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen; die Krankenhäuser übermitteln den Krankenkassen die Daten nach § 301, soweit dies für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen erforderlich ist. Leistungen, die Krankenhäuser auf Grundlage des Katalogs nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 ambulant erbringen, unterliegen nicht der Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275c Absatz 1 in Verbindung mit § 275 Absatz 1 Nummer 1.

(3) Kommt eine der Vereinbarungen nach Absatz 1 nicht fristgerecht zustande oder wird eine Vereinbarung nach Absatz 1 ganz oder teilweise beendet und kommt bis zum Ablauf der Vereinbarungszeit keine neue Vereinbarung zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a. Absatz 1 Satz 7 gilt entsprechend für die Festsetzung nach Satz 1 durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium auf Bundesebene gemäß § 89a.

(4) In der Vereinbarung nach Absatz 1 können Regelungen über ein gemeinsames Budget zur Vergütung der ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser und der Vertragsärzte getroffen werden. Die Mittel sind aus der Gesamtvergütung und den Budgets der zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäuser aufzubringen.

Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG)

§ 17c Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen, Statistik

(1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass

1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patienten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (Fehlbelegung),

2. eine vorzeitige Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt,

3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle ordnungsgemäß erfolgt.

Die Krankenkassen können durch Einschaltung des Medizinischen Dienstes (§ 275 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) die Einhaltung der in Satz 1 genannten Verpflichtungen prüfen.

(2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über

1. den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen,

2. eine ab dem 1. Januar 2021 erfolgende ausschließlich elektronische Übermittlung von Unterlagen der gesamten zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung ablaufenden Vorgänge sowie deren für eine sachgerechte Prüfung der Medizinischen Dienste erforderlichen Formate und Inhalte,

3. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes,

4. den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes,

5. die Prüfungsdauer,

6. den Prüfungsort,

7. die Abwicklung von Rückforderungen und

8. das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach Absatz 2b Satz 1

zu treffen; die §§ 275 bis 283a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Bei der Regelung nach Satz 2 Nummer 2 ist der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Die Vertragsparteien nach Satz 1 haben bis zum 31. Dezember 2020 gemeinsame Umsetzungshinweise zu der Vereinbarung nach Satz 1 zu vereinbaren; die Umsetzungshinweise gelten als Bestandteil der Vereinbarung nach Satz 1. Die Regelung nach Satz 2 Nummer 8 ist bis zum 30. Juni 2020 zu treffen und hat insbesondere vorzusehen, innerhalb welcher angemessenen Frist Tatsachen und Einwendungen schriftlich oder elektronisch geltend gemacht werden müssen, die im Rahmen der Erörterung zu berücksichtigen sind, unter welchen Voraussetzungen eine nicht fristgemäße Geltendmachung von

Einwendungen oder Tatsachenvortrag zugelassen werden kann, wenn sie auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, und in welcher Form das Ergebnis der Erörterung einschließlich der geltend gemachten Einwendungen und des geltend gemachten Tatsachenvortrags zu dokumentieren sind. Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 oder Satz 5 ganz oder teilweise nicht oder nicht fristgerecht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

(2a) Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse ist eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist. Nach Abschluss einer Prüfung nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst. In der Vereinbarung nach Absatz 2 Satz 1 können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden.

(2b) Eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung findet nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden ist. Die Krankenkasse und das Krankenhaus können eine bestehende Ungewissheit über die Rechtmäßigkeit der Abrechnung durch Abschluss eines einzelfallbezogenen Vergleichsvertrags beseitigen. Einwendungen und Tatsachenvortrag in Bezug auf die Rechtmäßigkeit der Krankenhausabrechnung können im gerichtlichen Verfahren nicht geltend gemacht werden, wenn sie im Rahmen der Erörterung nach Satz 1 nicht oder nicht innerhalb der in der Verfahrensregelung nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 8 vorgesehenen Frist, deren Lauf frühestens mit dem Inkrafttreten der Verfahrensregelung beginnt, schriftlich oder elektronisch gegenüber der anderen Partei geltend gemacht worden sind, und die nicht fristgemäße Geltendmachung auf von der Krankenkasse oder vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen beruht. Die Krankenhäuser sind befugt, personen- und einrichtungsbezogene Daten für die Erörterung der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

(3) Zur Überprüfung der Ergebnisse der Prüfungen nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch können die beteiligten Parteien gemeinsam eine unabhängige Schlichtungsperson bestellen. Die Bestellung der Schlichtungsperson kann für einzelne oder sämtliche Streitigkeiten erfolgen. Gegen die Entscheidung der Schlichtungsperson ist der Sozialrechtsweg gegeben. Die Kosten der Schlichtungsperson tragen die am Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien zu gleichen Teilen.

(4) Gegen die Entscheidungen der Schiedsstelle nach Absatz 2 Satz 5 ist der Sozialrechtsweg gegeben. Ein Vorverfahren findet nicht statt; die Klage hat keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Krankenhaus hat selbstzahlenden Patienten die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben mit der Rechnung zu übersenden. Sofern Personen, die bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung versichert oder nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähig sind, von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und den für die Personen zuständigen Kostenträgern Gebrauch machen, sind die Daten entsprechend § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Wege des elektronischen Datenaustausches an die für die Person zuständigen Kostenträger zu übermitteln, wenn die Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Verband der Privaten Krankenversicherung haben eine Vereinbarung zu treffen, die das Nähere zur Übermittlung der Daten entsprechend § 301 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch regelt. Die Übermittlung der Daten nach Satz 3 setzt die Einwilligung der Person hierzu voraus.

(6) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt jährlich bis zum 30. Juni, erstmals bis zum 30. Juni 2020, jeweils für das vorangegangene Jahr eine Statistik insbesondere zu folgenden Sachverhalten:

1. Daten nach § 275c Absatz 4 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. Anzahl und Ergebnisse der Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 sowie die durchschnittliche Höhe der Rückzahlungsbeträge,

3. Prüfanlässe nach Art und Anzahl der beim Medizinischen Dienst eingeleiteten Prüfungen,

4. Ergebnisse der Prüfungen bei Schlussrechnungen für vollstationäre Krankenhausbehandlung nach § 275c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die durchschnittliche Höhe der zurückgezahlten Differenzbeträge sowie die durchschnittliche Höhe der Aufschläge,

5. Anzahl und Ergebnisse der Nachverfahren gemäß der Vereinbarung nach Absatz 2 und der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b,

6. Anzahl und Gründe der Anzeigen nach § 275c Absatz 2 Satz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

7. Anzahl und Ergebnisse der Prüfungen nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Die Sachverhalte nach Satz 1 sind bundesweit und nach Medizinischen Diensten zu gliedern. Für Zwecke der Statistik nach Satz 1 sind die Krankenkassen verpflichtet, bis zum 30. April des Folgejahres die erforderlichen Daten ohne Versichertenbezug an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Für die erste Datenlieferung zum 30. April 2020 für das Jahr 2019 sind die in Satz 1 Nummer 1, 6 und 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4 genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge sowie die in Satz 1 Nummer 5 genannte Anzahl und die Ergebnisse der einzelfallbezogenen Erörterungen nach Absatz 2b nicht zu übermitteln; für die Datenlieferung zum 30. April 2021 für das Jahr 2020 sind die in Satz 1 Nummer 7 genannten Daten und die in Satz 1 Nummer 4

genannte durchschnittliche Höhe der Aufschläge nicht zu übermitteln. Die näheren Einzelheiten, insbesondere zu den zu übermittelnden Daten, deren Lieferung, deren Veröffentlichung sowie den Konsequenzen, wenn Daten nicht oder nicht fristgerecht übermittelt werden, legt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. März 2020 fest. Bei der Festlegung nach Satz 5 sind die Stellungnahmen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Medizinischen Dienste einzubeziehen.

(7) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2023 einen gemeinsamen Bericht über die Auswirkungen der Weiterentwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfung vor. Der Bericht hat insbesondere die Auswirkungen der Einzelfallprüfung nach § 275c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Strukturprüfung nach § 275d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Tätigkeit des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 19 sowie der erweiterten Möglichkeiten der Erbringung und Abrechnung ambulanter Leistungen und stationsersetzender Eingriffe zu untersuchen. Für die Erstellung des Berichts haben die Vertragsparteien nach Satz 1 die statistischen Ergebnisse nach Absatz 6 und nach § 275c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes Bund einzubeziehen. Die in Satz 1 genannten Vertragsparteien haben gemeinsam zur Erstellung des Berichts fachlich unabhängige wissenschaftliche Einrichtungen oder Sachverständige zu beauftragen.

Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG)

§ 7 Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen

(1) Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),

2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9),

3. gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 2a,

4. Zu- und Abschläge nach § 17b Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und nach diesem Gesetz sowie nach § 33 Absatz 3 Satz 1 des Pflegeberufegesetzes,

5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1),

6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs. 2),

6a. tagesbezogene Pflegeentgelte zur Abzahlung des Pflegebudgets nach § 6a,

7. Pflegezuschlag nach § 8 Absatz 10.

Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Darüber hinaus werden der DRG-Systemzuschlag nach § 17b Abs. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Systemzuschlag für den Gemeinsamen Bundesausschuss und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nach § 91 Abs. 3 Satz 1 in Verbindung mit § 139c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der Telematikzuschlag nach § 291a Abs. 7a Satz 1 und 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechnet.

(2) Die Höhe der Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;

2. Zusatzentgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;

3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3, 5, 6 und 6a; die Entgelte sind in der nach den §§ 6 und 6a krankenhausindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;

4. Zu- und Abschläge nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4; die Zu- und Abschläge werden krankenhausindividuell vereinbart.

Die auf der Bundesebene vereinbarten Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 sind anzuwenden.

Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespflegesatzverordnung - BPflV)

§ 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus oder durch das Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18 des Krankenhausentgeltgesetzes).

(2) Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Unter diesen Voraussetzungen gehören dazu auch

1. die während des Krankenhausaufenthalts durchgeführten Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

2. die vom Krankenhaus veranlaßten Leistungen Dritter,

3. die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten oder die Mitaufnahme einer Pflegekraft nach § 11 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,

4. das Entlassmanagement im Sinne des § 39 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Nicht zu den Krankenhausleistungen gehören

1. eine Dialyse,

2. bei der Krankenhausbehandlung von Menschen mit Hörbehinderung Leistungen der Dolmetscherassistenz zum Ausgleich der behinderungsbedingten Kommunikationsbeeinträchtigungen.

(3) Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG)

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.