

Stationäre Aufnahme gesetzlich versicherter Patienten in den Oberberg Kliniken

Eine Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung ist in bestimmten Fällen möglich.

Im Rahmen des sogenannten Kostenerstattungsverfahrens ist eine Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung in bestimmten Fällen möglich. Auch gesetzlich versicherte Patienten können in einer Privatklinik aufgenommen und die entstehenden Kosten für den Aufenthalt von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden, wenn entsprechende medizinische oder soziale Indikationen vorliegen und eine medizinische Versorgung in gleicher Qualität wie in einem öffentlichen Krankenhaus gewährleistet ist. Der Gesetzgeber hat eine entsprechende Regelung im Sozialgesetzbuch geschaffen (513 Abs. 2 SGB V).

Danach können statt des bisher angewandten Abrechnungsverfahrens „Zahlung per Krankenversichertenkarte“ ** gesetzlich versicherte Patienten auch das sogenannte „Kostenerstattungsverfahren“ wählen. Dabei wird die Rechnung gegenüber der Klinik im ersten Schritt vom Patienten selbst beglichen. Der vorfinanzierte Betrag wird anschließend - entsprechend der Vorgehensweise bei privatversicherten Patienten - von der gesetzlichen Krankenversicherung rückerstattet.

* *Nach Vorlage der Krankenversicherungskarte vom Patienten erfolgt die Abrechnung der Kosten durch eine Rechnungsstellung der Klinik an die Krankenkasse des Patienten, die wiederum den Betrag begleicht.

Erstattungsfähigkeit

Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet Patienten nur jene Kosten, die auch bei einem Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus entstanden wären (ggfs. abzüglich eines Verwaltungskostenabschlages). Die Differenz ist vom Patienten zu tragen. Die Berechnungsgrundlage der Kosten einer stationären Behandlung für den jeweiligen Tagessatz orientiert sich meistens an einer Vergleichsklinik in Wohnortnähe des Patienten. Daraus ergeben sich Tagessätze mit einer Bandbreite von 250 bis 480 €.

Zusätzliche Kosten

Bei der Aufnahme in eine Privatklinik, und somit auch in den Oberberg Kliniken, entstehen zusätzliche Kosten. Wie bei jedem stationären Klinikaufenthalt tragen die Patienten den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von 10 € pro Krankenhaustag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr. Diese Regelung gilt auch für die Aufnahme in einer Privatklinik.

Verfügt der Patient über eine private Zusatzversicherung für den Ein- oder Zweitbettzimmerzuschlag oder für die sogenannte „Chefarztbehandlung“ (wahlärztliche Behandlung), lassen sich hierüber häufig weitere Kosten abdecken. Viele Patienten haben zudem eine Krankentagegeldversicherung, die bei Krankenhausbehandlung finanzielle Unterstützung leistet. So bleiben häufig nur kleine Zuzahlungsbeträge offen.

Gerne bieten die Oberberg Kliniken Unterstützung bei der Kostenklärung an und erstellen eine Vergleichsberechnung, um die Höhe des Selbstbehaltes zu ermitteln.

Genehmigung des Aufenthalts in einer Privatklinik

Die Inanspruchnahme einer Privatklinik ist nach Auffassung des Bundesversicherungsamtes an eine Zustimmung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung gebunden. Ihre Krankenkasse entscheidet dabei nach eigenem Ermessen, ob medizinische oder soziale Indikationen vorliegen, die eine Inanspruchnahme einer Privatklinik rechtfertigen.

Die Krankenkassen haben unabhängig vom Gesetzestext für ihre Mitglieder sehr unterschiedliche Regelungen aufgestellt. Teilweise werden über die gesetzlichen Vorgaben hinaus die Kosten für Leistungen in einer Privatklinik bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze ohne Berechnung eines Verwaltungskostenabschlages übernommen, teilweise ist die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens nur zu bestimmten Terminen möglich (z.B. Quartalsbeginn). Zudem gibt es Krankenversicherungen, die einen Kostenvoranschlag der aufnehmenden Privatklinik einfordern.

Ein Musterschreiben zur Wahl des Kostenerstattungsverfahrens nach 5 13 Abs. 2 SGB V haben wir Ihnen beigelegt.

Vorgehensweise und Informationen zur Kostenerstattung

1. Den Patienten wird empfohlen, zunächst einen formlosen Brief unter Nennung der Versichertennummer an seine gesetzliche Krankenversicherung zu senden. In dem Schreiben wird die Versicherung um eine schriftliche Genehmigung einer stationären Behandlung in einer privaten psychiatrischen Klinik (bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens nach 513 Abs. 2 SGB V oder aufgrund individueller Regelungen der entsprechenden Krankenkasse) gebeten.
2. Zudem ist es wichtig mitzuteilen, wenn bereits eine ambulante Psychotherapie-Behandlung absolviert wurde, die nicht den gewünschten Erfolg gezeigt hat.
3. Über diese Schritte hinaus benötigt die gesetzliche Versicherung von dem behandelnden Arzt des Patienten (einem Facharzt für Psychiatrie, Neurologie oder psychosomatische Medizin und Psychotherapie) eine Krankenseinweisung (Verordnung einer Krankenhausbehandlung). Diese muss folgende Dokumente enthalten:
 - eine vorläufige Diagnose (F-Diagnose(n) nach ICD-IO), - die Aussage, dass eine ambulante Behandlung zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausreichend ist, - den Namen der Wunschklinik, in die der Patient eingewiesen werden möchte.
4. Sollte die Krankenversicherung einen Kostenvoranschlag für eine Behandlung benötigen, kann dieser jederzeit von den Oberberg Kliniken erstellt werden.
5. Ebenso werden der gesetzlichen Krankenversicherung medizinische oder soziale Indikationen mitgeteilt, die eine Behandlung in der privaten Wunschklinik erforderlich machen (z.B. medizinische Notwendigkeit eines nur dort angebotenen Therapiekonzeptes oder medizinische Notwendigkeit eines kurzfristigen stationären Behandlungsbeginns zur Vermeidung einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation, der in einem öffentlichen Krankenhaus nicht realisiert werden kann). Es hat sich als hilfreich erwiesen, Telefonnotizen über Telefonate mit vergleichbaren öffentlichen psychiatrischen Krankenhäusern und dortigen Wartezeiten beizufügen.

6. Im Rahmen der Genehmigung der Behandlung in der privaten Wunschklinik wird die Krankenkasse dem Patienten auch mitteilen, in welchem Umfang die Kosten der Behandlung erstattet werden, ob ein Verwaltungskostenabschlag (von max. 5%) erhoben wird und ob und wie lange der Patient an die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens gebunden ist. Diese Wahl gilt dann innerhalb des genannten Zeitraumes für jede stationäre Behandlung, das heißt, z. B. auch für die Behandlung einer Verletzung in einem Unfallkrankenhaus.

7. Auch wenn der Patient eine private Zusatzversicherung (bessere Unterbringung und „Chefarztbehandlung“) für eine stationäre Krankenhausbehandlung abgeschlossen hat, wird empfohlen, die Einweisung des Arztes und ein fachärztliches Gutachten nach Möglichkeit vor der Anreise bei der privaten Zusatzversicherung einzureichen.

Bitte wenden Sie sich vertrauensvoll telefonisch oder bei einem persönlichen Besuch in den Kliniken an unsere Mitarbeiter.

Bei weiteren Fragen sind Ihnen die Oberbergkliniken gerne behilflich!

Internet: www.oberbergkliniken.de