

## **Stationäre Aufnahme gesetzlich versicherter Patienten in der Tagesklinik Pacelliallee**

### **Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenversicherung möglich**

Auch gesetzlich versicherte Patienten können in einer Privatklinik aufgenommen und Kosten hierfür 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 (§13 Abs. 2 SGB V).

Anstelle des gewohnten Abrechnungsverfahrens „Zahlen per Krankenversichertenkarte“ (sie legen Ihre Krankenversicherungskarte vor, das Krankenhaus schickt die Rechnung an Ihre Krankenkasse, diese begleicht), kann der gesetzlich versicherte Patient auch das sogenannte „Kostenerstattungsverfahren“ wählen. Dann begleicht er zunächst die Rechnung gegenüber dem Krankenhaus und lässt sich den Rechnungsbetrag im Nachgang von der gesetzlichen Krankenversicherung rückerstatten – so wie Privatversicherte dies auch tun.

### **Welche Krankenhauskosten werden in der Regel erstattet?**

Ihre gesetzliche Krankenversicherung erstattet nach entsprechender Genehmigung die Kosten, die auch bei einem Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus entstanden wären (abzüglich eines Verwaltungskostenabschlages). Dies wären für die Tagesklinik Pacelliallee die Kosten einer teilstationären Behandlung mit einem Tagessatz von 225,00 Euro.

Wie bei jedem (teil-)stationären Klinikaufenthalt hat der Patient den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von 10,- € pro Krankenhaustag für maximal 28 Tage im Kalenderjahr zu tragen. Diese Regelung gilt auch für die Aufnahme in einer Privatklinik.

Haben Sie eine private Zusatzversicherung für den Ein- oder Zweibettzimmerzuschlag oder für sogenannte „Chefarztbehandlung“ (wahlärztliche Behandlung), lassen sich häufig weitere Kosten abdecken.

Gerne beraten wir Sie detaillierter in unseren 14tägig stattfindenden Info-Veranstaltungen.

### **Muss ich den Aufenthalt in einer Privatklinik vorher genehmigen lassen?**

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.

Zusätzlich haben die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen für ihre Mitglieder unterschiedliche Regelungen aufgestellt. Teilweise werden über die gesetzlichen Vorgaben hinaus die Kosten für Leistungen in einer Privatklinik bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze ohne Berechnung eines Verwaltungskostenabschlages übernommen, teilweise ist die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens nur zu bestimmten Terminen möglich (z.B. Quartalsbeginn), teilweise wird ein Kostenvoranschlag der Privatklinik benötigt.

### **Was benötigt die gesetzliche Krankenversicherung an Informationen?**

Sie schreiben einen formlosen Brief an Ihre gesetzliche Krankenversicherung unter Nennung Ihrer Versichertennummer. Sie bitten die Versicherung um schriftliche Genehmigung einer teilstationären Behandlung in einer privaten psychiatrischen Klinik (bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens Ihrerseits nach §13 Abs. 2 SGB V).

Sofern zutreffend, teilen Sie mit, dass Sie bereits eine ambulante Psychotherapie-Behandlung absolviert haben und diese nicht den gewünschten Erfolg gezeigt hat. Darüber hinaus benötigt die gesetzliche Versicherung von Ihrem behandelnden Arzt (einem Facharzt für Psychiatrie, Neurologie oder psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder einem Facharzt für Psychiatrie) eine Krankenhauseinweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung). Diese muss enthalten:

- Ihre vorläufige Diagnose (F-Diagnose(n) nach ICD-10),
- die Aussage, dass eine ambulante Behandlung zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausreichend ist,
- den Namen Ihrer Wunschklinik, in die Sie eingewiesen werden wollen.

Ebenso teilen Sie Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung medizinische oder soziale Indikationen mit, die eine Behandlung in Ihrer Wunschklinik erforderlich machen (z.B. medizinische Notwendigkeit eines nur dort angebotenen Therapiekonzeptes oder medizinische Notwendigkeit eines kurzfristigen stationären Behandlungsbeginns zur Vermeidung einer Verschlechterung Ihrer 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.

Sollte Ihre Krankenversicherung einen Kostenvoranschlag für eine Behandlung in der Tagesklinik Pacelliallee benötigen, so kann dieser jederzeit erstellt werden.

Im Rahmen der Genehmigung der Behandlung in Ihrer privaten Wunschklinik wird Ihre Krankenkasse Ihnen auch mitteilen, in welchem Umfang die Kosten der Behandlung erstattet werden, ob ein Verwaltungskostenabschlag (von max. 5%) erhoben wird und ob und wie lange Sie an die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens gebunden sind. Während der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens gilt dieses auch für jede andere stationäre Behandlung, die in diesem Zeitraum notwendig wird, z.B. für die Behandlung in einer chirurgischen Klinik nach einem Unfall.