

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 (§13 Abs. 2 SGB V).

- Danach können statt des bisher angewandten Abrechnungsverfahrens „Zahlung per Krankenkarte“ ** 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 Krankenkarte 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 Verwaltungs-kostenabschlages). 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 320 €.

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 § 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 §13 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 Krankenhauseinweisung (Verordnung einer Krankenhausbehandlung). Diese muss folgende Dokumente enthalten:
 - eine vorläufige Diagnose (F-Diagnose(n) nach ICD-10),
 - 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 („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. Gerne sind die Oberberg Kliniken hierbei behilflich.

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

Absender

Empfänger

Ort, Datum

Zustimmung zu einer beabsichtigten stationären Behandlung in einer psychiatrischen/ psychotherapeutischen Privatklinik bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens (§13II SGB V)

GKV-Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beabsichtige, eine medizinisch notwendige psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlung in einer Privatklinik nach Bestätigung der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens zu beginnen. Mein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie/ Neurologie/ psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat die stationäre Behandlungsnotwendigkeit mit beiliegendem Attest bestätigt. Eine stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus in der Nähe meines Wohnortes ist aus folgenden Gründen nicht möglich:

- _____
- _____
- _____

Die von mir gewählte Privatklinik berechnet einen Tagessatz von _____.

Für die Zeitdauer meiner stationären Behandlung beabsichtige ich, das Kostenerstattungsverfahren für stationäre Behandlung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu wählen. Mir ist bekannt, dass meine Wahl für jede stationäre Behandlung innerhalb dieses Zeitraumes gilt. Mir ist auch bekannt, dass ich bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens selbst die Krankenhausrechnungen erhalte und verpflichtet bin, diese als Selbstzahler vollständig zu begleichen. Ich erhalte dann anteilige Beträge von Ihrer Seite erstattet.

Gleichzeitig bitte ich, um Bestätigung der Notwendigkeit der beabsichtigten stationären psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung und Zustimmung zur Behandlung in der von mir gewünschten Privatklinik, in der eine stationäre Aufnahme kurzfristig erfolgen kann.

Ich bitte auch um Mitteilung der Höhe des von Ihrer Seite zu erwartenden anteiligen Erstattungsbetrages hinsichtlich des genannten Tagessatzes.

Ebenso bitte ich um Mitteilung, sofern hinsichtlich der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bestimmte Kriterien von mir zu beachten sind, oder noch weitere Unterlagen von Ihrer Seite benötigt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Patient

[← zurück](#)[Nichtamtliches Inhaltsverzeichnis](#)[weiter →](#)

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

§ 13 Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.

(3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.

(3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.

(4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

[zum Seitenanfang](#)[Datenschutz](#)[Seite ausdrucken](#)