

PKV-Info

Privatversichert im Krankenhaus



VERBAND DER PRIVATEN
KRANKENVERSICHERUNG E.V.

50946 KÖLN · POSTFACH 51 10 40

TELEFON 0221 / 3 76 62-0 · TELEFAX 0221 / 3 76 62-10

Sie haben sich für eine private Krankenversicherung (PKV) entschieden. Dieses Info-Heft beantwortet einige organisatorische und versicherungsrechtliche Fragen, die bei einer Behandlung im Krankenhaus auftauchen können.

Freie Krankenhauswahl

Als Privatversicherter haben Sie die Wahl unter sämtlichen Kliniken der Bundesrepublik, die ausschließlich Krankenhausbehandlung gewähren. Sie können also in Abstimmung mit Ihrem behandelnden Arzt das für Ihre Behandlung geeignete Haus nach Ihren eigenen Wünschen wählen. Eine vorherige Leistungszusage Ihrer Versicherung ist im Regelfall nicht erforderlich.

Krankenhäuser mit Kur- und Rehabilitationsleistungen

Zuweilen gibt es – insbesondere in Kurorten – auch Kliniken, die neben der üblichen Krankenhausbehandlung *auch* Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen. Hierauf werden Sie vielfach von den Kliniken selber hingewiesen. Sie

können sich aber auch bei Ihrer Versicherung vorher erkundigen. Für einen Anspruch auf Erstattung der Kosten der stationären Behandlung in solchen Einrichtungen ist ausnahmsweise erforderlich, daß Sie vor Beginn der stationären Behandlung eine schriftliche Leistungszusage Ihres Versicherers einholen. Bitte senden Sie deshalb die entsprechenden ärztlichen Unterlagen (z.B. Einweisungsbescheinigungen mit Angaben zur Diagnose, Informationen über bisherige Behandlungen) rechtzeitig vor Beginn der Behandlung an Ihre Krankenversicherung. Sie wird Sie gerne beraten.

Die Krankenhausaufnahme

Wenn Sie sich in Abstimmung mit Ihrem Arzt für eine stationäre Behandlung entschieden haben, schließen Sie bei der Aufnahme in der Klinik Ihrer Wahl einen Behandlungsvertrag, der Sie zur Zahlung der entstehenden Krankenhauskosten verpflichtet. Ihre PKV erstattet diese Kosten im tariflichen Umfang. Die erforderliche Erstattungszusage Ihrer Versicherung können Sie, wenn Sie sie nicht schon im Voraus eingeholt haben, bei der Aufnahme im Krankenhaus anfordern.

Sofern Sie eine Klinik-Card von Ihrer Versicherung erhalten haben, legen Sie diese bei der Aufnahme vor. Im Laufe des Jahres 1996 hat die Card für Privatversicherte die Klinik-Card abgelöst. Die meisten Krankenhäuser in den alten Bundesländern und eine zunehmende Anzahl in den neuen Bundesländern können mit Ihrer Versicherung in dem auf der Klinik-Card bzw. Card für Privatversicherte angegebenen Umfang abrechnen. Wenn Sie eine Krankenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, steht Ihnen deren Leistung zur freien Verfügung. Sie können mit diesem Geld beispielsweise bei Kindern den Aufenthalt einer Begleitperson finanzieren.

Die Wahlleistungen

Grundsätzlich erhalten alle Patienten die allgemeinen Krankenhausleistungen: die Unterkunft, Pflege und Verpflegung im Mehrbettzimmer und medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte. Für diese Leistungen berechnet das Krankenhaus Fallpauschalen, Sonderentgelte, Basis- und Abteilungspflegesätze oder eine Kombination dieser Entgelte. Daneben bieten die Krankenhäuser in der Regel zwei Arten von Wahlleistungen an:

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und
- privatärztliche Behandlung, d.h. persönliche Behandlung durch die leitenden Ärzte des Krankenhauses.

Diese Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen. Sie müssen dann hierüber schriftliche Vereinbarungen, in der Regel zum Zeitpunkt der Aufnahme, treffen. Die Kosten der Wahlleistungen werden Ihnen von Ihrer Versicherung erstattet, wenn Ihr Vertrag einen entsprechenden Versicherungsschutz umfaßt.

Ein- und Zweibettzimmer

Die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer vereinbaren Sie mit dem Krankenhaus bei der Aufnahme. Sind Sie mit dem Angebot der Klinik nicht zufrieden, können Sie diesen Vertrag täglich kündigen.

Das Krankenhaus verlangt für die besondere Unterbringung einschließlich weiterer Komfortleistungen pro Tag einen Zuschlag zum Entgelt für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Dieser Zuschlag beträgt für das Einbettzimmer mindestens 65 Prozent und für das Zweibettzimmer mindestens 25 Prozent des Ba-

sispflegesatzes. Der Basispflegesatz ist das Entgelt des Krankenhauses für Leistungen außerhalb seines medizinischen und pflegerischen Angebotes. Bietet das Krankenhaus mehrheitlich Zweibettzimmer als Standardunterbringung an, beläuft sich der Mindestzuschlag für das Einbettzimmer auf 35 Prozent des Basispflegesatzes.

Das Krankenhaus kann für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer Preise oberhalb der Mindestzuschläge berechnen. Diese Entgelte müssen in einem angemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen. Das Krankenhaus ist rechtlich verpflichtet, im Aufnahmevertrag seine zusätzlichen Leistungen im einzelnen darzulegen. Es muß auch jenen Anteil des Basispflegesatzes mitteilen, der für die Unterkunft und Verpflegung im Rahmen der Standard- oder Regelunterbringung zu zahlen ist. Durch die Gegenüberstellung des Entgelts für die Regelunterbringung (Anteil am Basispflegesatz) und dem Entgelt für die Komfortunterbringung (Anteil am Basispflegesatz plus Zuschlag für das Ein- oder Zweibettzimmer) können Sie selbst einen Preisvergleich anstellen. Berechnet das Krankenhaus also hohe Zuschläge, dürfen Sie von einem ent-

sprechend guten Angebot bei der Zimmerausstattung, bei den Serviceleistungen und bei der Pflege ausgehen.

Privatärztliche Behandlung

Für die privatärztliche Behandlung schließen Sie mit den Chefärzten unmittelbar einen Behandlungsvertrag. Häufig tritt die Krankenhausverwaltung als Vertreter der Ärzte in Erscheinung. Die Vereinbarung über privatärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an Ihrer Behandlung beteiligten Chefärzte einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Diese werden verpflichtet, Sie im wesentlichen persönlich zu behandeln. Der Vertreter des Chefarztes muß Ihnen vor Abschluß des Behandlungsvertrages benannt werden.

Die Ärzte liquidieren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie dürfen nur Leistungen berechnen, die sie selbst erbracht haben oder durch Personen haben erbringen lassen, die ihrer Aufsicht und Weisung unterstehen. Die Gebührensätze der GOÄ können die Ärzte in einem begrenzten Rahmen steigern, und zwar bei persönlichen

ärztlichen Leistungen bis zum maximal 3,5fachen, bei den überwiegend medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen mit hohem Sachkostenanteil bis zum maximal 2,5fachen und bei den Laborleistungen bis zum maximal 1,3fachen. Ein Überschreiten der sogenannten Regelhöchstsätze des 2,3fachen bei den persönlichen Leistungen, des 1,8fachen bei den medizinisch-technischen Leistungen und des 1,15fachen bei Laborleistungen muß der Arzt auf der Rechnung verständlich und nachvollziehbar begründen.

Eine Liquidation über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinaus ist nur aufgrund einer besonderen schriftlichen Vereinbarung (der sog. Abdingung) möglich. Die Behandlung muß ferner von dem Chefarzt höchstpersönlich erfolgen. Bei den meisten Tarifen der PKV ist allerdings die Höhe der vertraglichen Erstattung durch die Höchstsätze der Gebührenordnung begrenzt.

Notfall- und akute Schmerzbehandlungen durch Chefärzte dürfen nicht von einer Abdingung abhängig gemacht werden. Für medizinisch-technische Leistungen ist eine Abdingung grundsätzlich ausgeschlossen.

Werden ärztliche oder medizinisch-technische Leistungen nicht vom Chefarzt selbst, aber unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung von seinem ständigen ärztlichen Vertreter, der Facharzt desselben Gebiets sein muß (in der Regel also einem Oberarzt), erbracht, kann bei entsprechender Begründung bis zum Gebührenhöchstsatz liquidiert werden. Delegiert der Chefarzt die Leistung auf einen nachgeordneten Krankenhausarzt, ist die Liquidation auf den Regelhöchstsatz (also das 2,3fache oder das 1,8fache) begrenzt. Werden darüber hinaus folgende Leistungen nicht vom Chefarzt oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht, sind sie generell von der Liquidation ausgeschlossen: Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung, Visiten, Anlegen von Verbänden, Blutentnahme, Injektionen und Infusionen (vgl. genaue Gebührensätze in der GOÄ). Werden physikalisch-medizinische Leistungen (z.B. Physiotherapie) nicht durch den Chefarzt oder seinen ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht, sind diese Leistungen nur abrechenbar, wenn der Arzt über eine entsprechende Facharztausbildung verfügt und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter seiner Aufsicht durchgeführt werden.

Die GOÄ sieht des Weiteren vor, daß die Gebühren des Chefarztes um 25 Prozent zu mindern sind, damit der Privatpatient die im ärztlichen Honorar enthaltenen Sachkosten nicht über das Entgelt für die allgemeine Krankenhausleistung einerseits und das Arzthonorar andererseits doppelt bezahlt. Die entsprechende Gebührenminderung für den Belegarzt und einen extern hinzugezogenen niedergelassenen Arzt beträgt 15 Prozent. Diese Gebührenminderung ist unabhängig davon vorzunehmen, in welcher Art Krankenhaus Sie sich behandeln lassen.

Leistungen für Standardtarifversicherte

Haben Sie Ihren privaten Krankenversicherungsschutz durch den Standardtarif bestimmt, ist die freie Krankenhauswahl auf die Krankenhäuser begrenzt, die der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Die Leistung Ihrer PKV entspricht damit in etwa der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb verbleibt Ihnen auch jährlich für die ersten 14 Tage eines Krankenhausaufenthaltes ein Zuzahlungsbetrag von 12 DM je Pflage-tag. Ist die Abteilung oder das Krankenhaus belegärztlich organisiert, ist die Er-

stattung der Arztrechnung auf die Regelspanne der GOÄ begrenzt, d.h. einfacher bis 2,3facher Gebührensatz für persönliche Leistungen, einfacher bis 1,8facher Gebührensatz für medizinisch-technische Leistungen und einfacher bis 1,15facher Gebührensatz für Laborleistungen.

Krankenhausbehandlung in den neuen Bundesländern

Bei Privatversicherten in den neuen Bundesländern, die noch nicht mit einem „West-Tarif“, sondern mit dem preiswerten „Basistarif Spezial“ versichert sind, werden bei einer stationären Behandlung in einem Krankenhaus der ehemaligen DDR oder in den osteuropäischen Ländern alle Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen übernommen. Die Unterbringung in Ein- oder Zweibettzimmern und die Behandlung durch den Chefarzt zählen grundsätzlich nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Diese Kosten können auf Ihren Wunsch aber genauso wie die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes durch Zusatzversicherungen abgedeckt werden.

Bei privatärztlicher Behandlung in den neuen Bundesländern ist

zu beachten, daß die Ärzte dort ebenfalls ihre Leistungen nach der GOÄ liquidieren. Allerdings ist ein spezieller Gebührenab-schlag vorzunehmen.

Die Entlassung / Kostenabrechnung

Nach der Entlassung erhalten Sie die Rechnungen der liquidationsberechtigten Krankenhaus-ärzte und – wenn nicht Ihre Ver-sicherung aufgrund einer Erstat-tungszusage oder einer vorge-legten Klinik-Card bzw. Card für Privatversicherte unmittelbar an das Krankenhaus zahlt – auch die Pflegekostenrechnung des Krankenhauses. Sie können die-se Rechnungen im allgemeinen auch unbezahlt Ihrer Versiche-rung einreichen. Bevor Sie dies tun, überprüfen Sie bitte den In-halt. Arztrechnungen müssen die Diagnose, das Datum der Leistungserbringung, die Ge-bührennummern und die da-zugehörigen Leistungsbezeich-nungen sowie die jeweils be-rechneten Beträge und die zu-grunde gelegten Steigerungs-sätze der einzelnen Leistungen enthalten. Sie ersparen sich durch Ihre Rechnungsprüfung und – wenn nötig – die Bitte um Rechnungsergänzung seitens des Arztes Rückfragen Ihrer Ver-sicherung und damit eine zeitli-

che Verzögerung des gesamten Erstattungs Vorganges.

Wenn Sie zusätzlich eine Kran-kenhaustagegeldversicherung abgeschlossen haben, legen Sie bitte Ihrer Versicherung eine Be-scheinigung des Krankenhauses mit Diagnose und Dauer der sta-tionären Behandlung vor, sofern sich diese Angaben nicht aus den eingereichten Rechnungen ergeben. Sie erhalten dieses Ta-gegeld dann von Ihrer Versiche-rung.

Besonderheiten bei Zusatzversicherten

Falls Sie gesetzlich versichert sind und für Krankenhausauf-enthalte eine private Zusatzver-sicherung haben, ergeben sich kleine Abweichungen von die-sem Abrechnungsverfahren. Die allgemeinen Krankenhaus-leistungen werden unmittelbar vom Krankenhaus mit der für Sie zuständigen gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Die Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer zahlt bei Vorliegen einer entsprechen- den Erstattungszusage Ihre pri-vate Krankenversicherung direkt an das Krankenhaus. Fehlt eine Erstattungszusage, dann erhal-ten Sie vom Krankenhaus die Rechnung für die bessere Un-

terkunft und reichen sie selbst bei Ihrer Privatversicherung ein. Die Rechnungen der Chef- oder Belegärzte für die privatärztliche Behandlung gehen immer an Sie und müssen von Ihnen an Ihre private Krankenversicherung weitergeleitet werden. Die Liquidation der Ärzte wird Ihnen im Rahmen der tariflichen Absicherung erstattet. Diese Versicherungsleistungen stehen Ih-

nen in der Regel zeitnah dann zur Begleichung der Arztrechnungen zur Verfügung.

Weitere Informationen

Wollen Sie näheres wissen, wenden Sie sich bitte an Ihre Versicherung oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

