

## Krankenhausbehandlung

Kann ich für meine Operation das Krankenhaus frei wählen? Ich möchte für meinen Aufenthalt lieber in ein Zweibettzimmer – bekomme ich hierfür Beihilfe? Mit welchen Zusatzkosten muss ich rechnen? Ob Erkrankung oder Unfall: Ein stationärer Aufenthalt im Krankenhaus ist immer belastend. Da ist es beruhigend zu wissen, dass Sie mit dem Versicherungsschutz der PBeaKK gut abgesichert sind. In unserem Ratgeber beantworten wir Ihre Fragen, die Sie sich hinsichtlich einer Krankenhausbehandlung sehr wahrscheinlich stellen.

### Auswahl Ihres Krankenhauses

Manchmal ist ein Krankenhausaufenthalt unausweichlich. Die Aufnahme erfolgt in der Regel über eine ärztliche Verordnung, beispielsweise durch Ihren Hausarzt oder einen Notarzt. Sie können gemeinsam mit Ihrem Arzt das Krankenhaus frei wählen. Im Notfall können Sie selbstverständlich auch ohne vorherige Verordnung in das Krankenhaus aufgenommen werden. Es gibt zugelassene, gemischte und private Krankenhäuser, in denen Sie sich behandeln lassen können.

**Zugelassene Krankenhäuser** sind beispielsweise Kreiskrankenhäuser und Hochschulkliniken. Sie decken die Versorgung aller gesetzlich Versicherten ab und müssen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen.

**Gemischte Krankenhäuser** sind ebenfalls zugelassene Krankenhäuser, die Sie nutzen können. Sie bieten neben der Krankenhausversorgung zusätzlich auch stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen an. Beispiele für gemischte Krankenhäuser sind Fachkliniken, Fachkrankenhäuser, Kurkliniken oder Kurkrankenhäuser.

**Private Krankenhäuser** haben keine Verträge mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen und sind in ihrer Preisgestaltung weitgehend frei. Daher können hohe Selbstbehalte für Sie entstehen. Vor Behandlungsbeginn in einer Privatklinik informieren wir Sie gerne über die voraussichtlichen Kosten.

Teilen Sie bei der **Krankenhausaufnahme** am besten gleich mit, dass Sie bei uns versichert sind. Das Krankenhaus informiert uns dann über Ihre Aufnahme.

Der **Krankenhausaufnahmevertrag** wird zwischen Ihnen und dem Krankenhaus schriftlich abgeschlossen. Als Patient haben Sie das Recht, umfassend informiert zu werden. Daher lassen Sie sich bei Fragen immer ausführlich von Ihrem Krankenhauspersonal beraten.

### Art der stationären Versorgung

Ihre Behandlung im Krankenhaus kann sowohl voll- oder teilstationär als auch vor- oder nachstationär erfolgen. Was bedeutet das genau?

Bei einer **vollstationären Krankenhausbehandlung** ist es medizinisch erforderlich, dass Sie mindestens einen kompletten Tag im Krankenhaus bleiben. In diesem Fall benötigen Sie immer auch Unterkunft und Verpflegung. Eine **teilstationäre Krankenhausbehandlung** findet hingegen in Tages- oder Nachtkliniken statt, in denen Sie nur halbtags behandelt werden.

Sie können in einem Krankenhaus auch ohne stationäre Aufnahme behandelt werden. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereitet wird (= **vorstationäre Behandlung**) oder eine Nachbehandlung erforderlich ist (= **nachstationäre Behandlung**). Die Vergütung ist dann ebenfalls einheitlich festgelegt und erstattungsfähig. Unterkunft und Verpflegung sind nicht erforderlich.

## Unsere Leistungen im Krankenhaus

Eine medizinische Untersuchung, eine Operation oder ein Verbandswechsel: Im Krankenhaus erhalten Sie bereits automatisch eine Vielzahl verschiedener Leistungen – zusätzlich können Sie auch Wunschleistungen in Anspruch nehmen. Dabei wird zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen unterschieden. Was gilt es hier hinsichtlich der Erstattung zu beachten?

**Allgemeine Krankenhausleistungen** umfassen alle Maßnahmen, die für Ihre medizinische Versorgung notwendig sind. Die Kosten hierfür werden für alle Patienten einheitlich berechnet und in voller Höhe erstattet. Zu diesen Leistungen gehören insbesondere:

- ärztliche Behandlungen
- die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Unterkunft und Verpflegung

Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus können Sie entscheiden, ob Sie neben den allgemeinen Krankenhausleistungen zusätzliche **Wahlleistungen** beanspruchen möchten.

Gängige Wahlleistungen sind:

- die „bessere Unterbringung“ in einem Ein- oder Zweibettzimmer
- die wahlärztliche Behandlung wie die „Chefarztbehandlung“

Sie sind nicht verpflichtet, sich für eine Wahlleistung zu entscheiden – Sie vereinbaren diese individuell schriftlich mit Ihrem Krankenhaus. Beachten Sie vor dem Abschluss jedoch, dass Ihnen Selbstbehalte entstehen können, insbesondere für Versicherte der Gruppe A (siehe Absatz „Erstattung der Krankenhausleistungen“).

Beachten Sie außerdem, dass manche Ärzte einen höheren Betrag abrechnen als nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehen. Dann können Ihnen besonders hohe Selbstbehalte entstehen. In diesem Fall wird Ihnen bei der Aufnahme eine sogenannte Abdingungserklärung zur Unterschrift vorgelegt. Überlegen Sie genau, ob Sie diese unterschreiben.

## Abrechnung Ihrer Behandlungskosten

Lassen Sie sich in einem Krankenhaus behandeln, das eine **Direktabrechnung** mit uns vereinbart hat, brauchen Sie keinerlei Kosten auszulegen. Alle Rechnungen für allgemeine Krankenhausleistungen werden dann direkt an uns geschickt. Nach Ihrem Krankenhausaufenthalt erhalten Sie von uns einen Erstattungsbescheid mit dem Rechnungsbetrag, den wir für Sie übernommen haben.

Im Erstattungsbescheid finden Sie gegebenenfalls auch die Leistungen aus Ihrer Zusatzversicherung. Bitte beachten Sie, dass wir diese Leistungen immer erst mit dem Erstattungsbescheid der allgemeinen Krankenhausleistungen auszahlen. Reichen Sie eine Wahlleistungsrechnung ein, erhalten Sie dafür einen separaten Erstattungsbescheid.

Ist in Ihrer Arztrechnung nicht ersichtlich, dass die Leistungen während Ihrer stationären Behandlung erbracht wurden, ergänzen Sie handschriftlich den Vermerk „stationär“. Beachten Sie außerdem, dass Krankenhäuser ausschließlich schriftlich mit Ihnen vereinbarte Leistungen abrechnen dürfen. Andernfalls können Sie die Rechnung an den Aussteller zurücksenden.

Falls Sie nicht möchten, dass wir Ihre Krankenhauskosten direkt zahlen, vereinbaren Sie die Aufnahme als **Selbstzahler**. Beachten Sie, dass dann Anzahlungen und Teilzahlungen von Ihnen verlangt werden können. Sind Sie Selbstzahler, werden die betreffenden Rechnungen immer an Sie persönlich adressiert. Dann müssen Sie Ihre Krankenhausrechnungen mit einem Leistungsantrag selbstständig bei uns einreichen. Das gilt auch für beanspruchte Wahlleistungen.

## Erstattung Ihrer Krankenhausleistungen

Ob Untersuchung, Operation oder Verpflegung – jegliche Kosten für **allgemeine Krankenhausleistungen** erstatten wir Ihnen in voller Höhe. Ausgenommen davon ist die Behandlung in einer Privatklinik: Hier sind unsere Leistungen innerhalb einer Vergleichsberechnung in Höhe der Beträge, die in der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beziehungsweise in unserer Satzung geregelt sind, begrenzt. Das bedeutet, dass wir ausschließlich den Anteil der Kosten erstatten, der mit den Leistungen öffentlicher Krankenhäuser vergleichbar ist.

Für die Unterbringung im **Ein- und Zweibettzimmer** können Sie ausschließlich Beihilfeleistungen beantragen. Lediglich für unsere B3-Mitglieder erstatten wir die beihilfefähigen Aufwendungen für Ein- und Zweibettzimmer. Sie erhalten einen Zuschuss in Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist. Um Selbstbehalte möglichst auszuschließen, haben Sie die Möglichkeit, eine Krankenhaustagegeldversicherung bei uns abzuschließen. B2-, C- und E(B)-Mitglieder erhalten für die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer keine Leistungen.

Die Kosten **ärztlicher Wahlleistungen für unsere B-Mitglieder** erstatten wir nach der GOÄ und nach den in der Leistungsordnung B vorgesehenen Höchstsätzen.

Als B1-Mitglied erhalten Sie Beihilfe- und Kassenleistungen für eine **Chefarztbehandlung**. Als B2-, C- und E(B)-Mitglied erstatten wir Ihnen ausschließlich Kassenleistungen. Damit Sie solche Kosten nicht unnötig vorstrecken müssen, empfehlen wir Ihnen, das Zahlungsziel bei Ihrer Abrechnungsstelle gegebenenfalls zu verlängern.

Die Kosten **ärztlicher Wahlleistungen für unsere A-Mitglieder** erstatten wir nach der GOÄ und nach den in der Bundesbeihilfeverordnung vorgesehenen Höchstsätzen. So erhalten Sie für Arztkosten einer ärztlichen Wahlleistung die Beihilfe in Höhe Ihres persönlichen Beihilfebemessungssatzes (50, 70 oder 80 Prozent). Ein Selbstbehalt ist dadurch unvermeidlich. Sollten Sie belegärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, beachten Sie bitte, dass diese Leistungen direkt über Ihre Krankenversicherungskarte abgerechnet werden. Rechnungen von Belegärzten können wir für A-Mitglieder nicht erstatten.

Bei Operationen raten wir Ihnen, Ihre Rechnung erst nach unserer Leistungsfestsetzung zu bezahlen. Hier kann es sinnvoll sein, um eine Verlängerung der Zahlungsfrist zu bitten.

Bitte beachten Sie, dass wir Ihre Aufwendungen für **weitere Wahlleistungen wie Benutzungsgebühren für Telefon oder Fernseher** nicht übernehmen.

## Ihre Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten

Für jeden Kalendertag fällt eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro an, die wir nachträglich in Ihrem Erstattungsbescheid abziehen. Diese Zuzahlung ist – unabhängig von der Anzahl der Krankenhausaufenthalte – auf 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. Ab dem 29. Kalendertag sind Sie von der Zuzahlung befreit.

## Erhalt Ihres Krankenhaustagegeldes

Eine besondere Verpflegung, zusätzliche Kosmetikartikel oder eine Telefonkarte – ein Krankenhausaufenthalt kann schnell teuer werden. Damit Sie sich ganz auf Ihre Genesung konzentrieren können, bieten wir Ihnen mit unserer Zusatzversicherung ein erhöhtes Krankenhaustagegeld.

Was ist bei einem Vertragsabschluss zu beachten? Es gibt eine Wartezeit: Sie erhalten das Krankenhaustagegeld erstmalig nach drei Monaten.

Wir zahlen Ihnen das Krankenhaustagegeld im ersten Versicherungsjahr für höchstens 50 Tage, im zweiten und dritten Versicherungsjahr für jeweils maximal 100 Tage. Ab dem vierten Versicherungsjahr gibt es keine Höchstgrenze mehr.

Bei psychiatrischen Krankenhausbehandlungen oder Suchtbehandlungen sind unsere Leistungen auf höchstens 42 Tage je Kalenderjahr begrenzt.

### **Weitere Informationen**

Nach Ihrem Krankenhausaufenthalt kann eine medizinische Anschlussheilbehandlung notwendig sein, bei der meist chronische oder langwierige Erkrankungen durch besondere Maßnahmen behandelt werden: beispielsweise durch Bäder, Massagen, Bestrahlungen oder Diätkost. Für diese Anschlussheilbehandlungen – wie auch für Entwöhnungsbehandlungen in Einrichtungen für Menschen mit Suchterkrankungen – gelten unsere Regelungen für Rehabilitationsbehandlungen.

→ Lesen Sie hierfür auch unseren Ratgeber „Rehabilitationsmaßnahmen“.

Ihre Fahrtkosten erstatten wir Ihnen bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus insofern dies medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist. Dabei ziehen wir einen Eigenanteil in Höhe von 10 Prozent pro Fahrt ab. Ihre Kosten betragen mindestens 5 und höchstens 10 Euro.

In bestimmten Fällen können Sie auch Leistungen für eine Familien- und Haushaltshilfe erhalten.

Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Internetseite.