

Werden Kassenpatienten im Krankenhaus anders behandelt als Privatpatienten?

Für viele Menschen ist das Thema eindeutig. Der Privatpatient wird im Krankenhaus immer besser behandelt als der Kassenpatient. Ist das wirklich so? Was ist zu beachten und welche Fallstricke erwarten den PKV-Kunden im Krankenhaus.

Fallpauschalen für Privat- und Kassenpatienten

Um die Kostensituation in den Krankenhäusern in den Griff zu bekommen, werden seit dem Jahr 2003 sogenannte DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) nach amerikanischen oder australischem Vorbild verwendet. Die überwiegende Zahl der Akut-Krankenhäuser rechnet nach DRG-Fallpauschalen ab. *Die Behandlungen für Privat- oder Kassenpatienten sind also identisch.*

Die Höhe der DRG-Fallpauschalen richtet sich insbesondere nach Krankheitsart (Diagnose), Operation und Schweregrad der Erkrankung. Mit der Fallpauschale wird eine genau definierte Diagnose und fest definierte Verweildauer vergütet. Für Patienten mit einer längeren bzw. kürzeren Verweildauer werden in der Regel Zu- oder Abschläge auf die Fallpauschalen erhoben. In Ausnahmefällen kann eine sachgerechte Vergütung vorgenommen werden. Diese Vergütungsart der Krankenhäuser übt Anreiz aus, Verweildauer zu verkürzen, um Erträge zu steigern.

Chefarztbehandlung für alle

Die DRG-Fallpauschalen vergüten den gesamten Umfang der medizinisch notwendigen Behandlungen. Einschließlich Operationen, Unterkunft und Verpflegung. **Wenn es medizinisch notwendig ist, gehört auch die Chefarztbehandlung dazu.** Wünscht der Patient die Behandlung durch einen bestimmten Arzt (Wahlarztleistungen), kann er darüber eine gesonderte Vereinbarung mit dem Krankenhaus schließen. Der „Wahlarzt“ rechnet dann nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) die erbrachten Leistungen ab und stellt dem Patienten eine gesonderte Rechnung.

Kostenfalle für Privatpatienten

Bei der Aufnahme ins Krankenhaus müssen Sie einige Dokumente unterzeichnen. Privatpatienten werden dazu noch (in der Regel) gefragt, ob Sie Wahlleistungen wünschen. Wahlleistungen beziehen sich auf die Chefarztbehandlung und auf die Unterbringung in einem Zweibettzimmer (ggf. Einbettzimmer). Entgegen der allgemeinen Vermutung zeigt die Krankenkassenskarte für Privatversicherte nicht die versicherten Leistungen an. Dem Krankenhaus ist es letztlich egal ob Sie tatsächlich Wahlleistungen versichert haben. Unterschreiben Sie für die Wahlleistungen, müssen Sie diese

auch bezahlen. Ihr Versicherer übernimmt die Kosten nur, wenn Sie diese auch explizit versichert haben. Viele Kunden haben aber nur normale Behandlung im Krankenhaus versichert.

Was die gesetzlichen Kassen nicht sagen:

Natürlich reicht diese wage Leistungszusage nicht wirklich aus. Gerade bei schweren Erkrankungen sind Wahlleistungen wichtig. Der Passus "Privatarzt" bedeutet, dass Sie freie Arztwahl haben und Spezialisten frei aussuchen können. Wenn es eine Therapie gibt, welche bei Erfolg zwei oder drei Jahre längeres Leben verspricht, ist es doch keine Frage mehr, ob man Wahlleistungen möchte. Für Kassenpatienten kosten Wahlleistungen ca. 30 bis 50 Euro monatlich (abhängig vom Alter und Gesundheit).

Was private Versicherer nicht sagen:

Wenn Sie sich privat versichern und aus Kostengründen auf Wahlleistungen verzichten, ist die PKV wahrscheinlich langfristig nichts für Sie. Wahlleistungen kosten ca. 70-100 Euro monatlich extra. Ist dieser Eurobetrag für Sie entscheidend, sollten Sie den Wechsel in die PKV überdenken. PKV Verträge lohnen nur bei guter finanzieller Vorsorge für das Alter. Wenn es vorne zu knapp ist, wird es hinten wohl nicht besser.

Name:
Anschrift:

Datum:

Betreff: Wahlleistungen nicht gewünscht

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Privatpatient und mein Versicherungsschutz beinhaltet keine
Wahlleistungen.

Deshalb möchte ich diese bei meinem Aufenthalt im Krankenhaus NICHT in
Anspruch nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

.....