



### Information für Patienten mit PKV/Beihilfe als Kostenträger

Liebe Eltern,

Ihr Kind ist bei einer privaten Krankenkasse versichert oder hat Ansprüche auf Beihilfe aufgrund des Beamtenstatus eines Elternteils. Wir bitten Sie daher um Beachtung folgender Besonderheiten unserer Einrichtung im Hinblick auf den Abrechnungsmodus:

#### 1. Behandlungsvertrag - Abrechnung über Quartalspauschale

Abweichend von dem Ihnen bekannten sonstigen Vorgehen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen werden die durch uns erbrachten Leistungen mit einer Quartalspauschale verrechnet, analog zum Abrechnungsmodus des SPZ mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Höhe dieser Pauschale entspricht der Vergütung durch die Gesetzlichen Kassen und wird regelmäßig angepasst (**ab 1.1.2024: 411,78 €**). Wir stellen grundsätzlich keine Einzelrechnungen nach GOÄ aus. Diese Vergütung in der genannten Form und Höhe wird von uns ausnahmslos gegenüber allen Patienten bzw. Kassen geltend gemacht, unabhängig vom individuellen Aufwand bei einem Patienten und unabhängig davon, ob gleichzeitig noch andere medizinische oder therapeutische Leistungen extern in Anspruch genommen werden. Sollte sich die Untersuchung bzw. Behandlung bei uns über mehrere Quartale (komplett oder teilweise) erstrecken, stellen wir für jedes Quartal die Pauschalvergütung einzeln in Rechnung. Selbstverständlich bemühen wir uns, die Gesamtdauer der Untersuchungen bzw. Behandlungen auf einen möglichst kurzen Zeitraum zu begrenzen, soweit das organisatorisch möglich ist. Eine garantierte Untersuchung und Behandlung in nur einem Quartal können wir nicht anbieten.

Dieses Vorgehen ist bei den meisten Sozialpädiatrischen Zentren in Deutschland üblich und wurde mit dem „Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.“ abgestimmt. Es dient dazu, die SPZ-spezifischen Besonderheiten auch bei der Vergütung ausreichend zu berücksichtigen. Bei den allermeisten Krankenkassen und Beihilfestellen ist dieses Vorgehen hinreichend bekannt und es sollte daher keine Probleme geben. Allerdings kann es gelegentlich trotzdem zu Nachfragen oder gar zu einer vorläufigen Ablehnung der Kostenübernahme kommen. Wir empfehlen Ihnen daher, diesen Punkt ggf. im Vorfeld zu klären. Sollten Sie durch Ihre Versicherung bzw. Beihilfestelle schon vor der Erstvorstellung im SPZ nach der Notwendigkeit einer solchen Behandlung gefragt werden, liefern Ihnen die Befunde Ihres primär betreuenden Kinderarztes in der Regel hilfreiche Informationen. Sollte sich herausstellen, dass längerfristige Maßnahmen im SPZ erforderlich werden, werden wir Ihnen das rechtzeitig mitteilen, so dass Sie dann die Kostenübernahme in Ruhe klären können.



## **2. Zusätzliche Pauschale in Höhe von 72,67 € pro Quartal für nicht-medizinische Leistungen**

Zusätzlich zu den Kosten für die medizinische Behandlung fällt für die Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum eine Pauschale in Höhe von **72,67 €** pro Quartal für psychologische, pädagogische und sozialdienstliche Maßnahmen an, die meistens, aber nicht immer von der privaten Krankenkasse übernommen wird. Sollte diese nicht übernommen werden, so gibt es 2 Möglichkeiten: Entweder Sie übernehmen diese Kosten selbst, oder die Sozial- und Jugendbehörden bzw. Landratsämter übernehmen diese Gebühr gemäß der Vereinbarung nach §75 Abs. 3 SGB XII. In letztgenanntem Fall benötigen die Sozial- und Jugendbehörden allerdings jedes Quartal folgende Angaben:

1. Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum Ihres Kindes und des/der Sorgeberechtigten
2. Welche Diagnosen hat Ihr Kind?
3. Sind weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erforderlich?
4. Sind Maßnahmen der Eingliederungshilfe erforderlich?
5. Liegt eine wesentliche Behinderung vor, und wenn ja, welcher Art?

Gerne übernehmen wir diese Formalitäten für Sie. Aus Gründen des Datenschutzes und zur Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht geben wir selbstverständlich die Daten Ihres Kindes nur weiter, wenn Sie in die Datenübermittlung eingewilligt haben. (s. Einwilligungserklärung auf S.3).

### Zweck der Datenübermittlung

Die Datenübermittlung vorgenannter Daten an die Sozial- und Jugendbehörden erfolgt ausschließlich zum Zwecke der Übernahme der Kosten für die Quartalspauschale gem. § 75 Abs. 3 SGB XII (gesetzlich versicherte Patienten).

### Verantwortliche Stelle

Für die Datenverarbeitung (Datenübermittlung) ist die Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH, Moltkestraße 90, D-76133 Karlsruhe Tel.: 0721 974-0 verantwortlich.

## **3. Freie Arztwahl**

Sofern Sie die Behandlung durch einen bestimmten Arzt wünschen, bitten wir Sie, dies bei der Anmeldung explizit anzugeben. Dies könnte allerdings zu verlängerten Wartezeiten für Sie führen. Die Kostenregelung bleibt davon unberührt.

## **4. Einverständniserklärung Ihres Kinderarztes**

Unabhängig von der Kostenfrage benötigen Sie für die Untersuchung und Behandlung Ihres Kindes die unterschriebene Einverständniserklärung Ihres Kinderarztes. Hintergrund hierfür ist, dass wir eine Spezialambulanz sind, die nur tätig werden darf, sofern der behandelnde Kinderarzt hierfür die Indikation sieht, unabhängig vom Versichertenstatus unserer Patienten.

**Wir bitten Sie, vor dem Ersttermin im SPZ auf der folgenden Seite mit Ihrer Unterschrift zu bestätigen, dass Sie von diesen Regelungen rechtzeitig in Kenntnis gesetzt worden sind, damit einverstanden sind und dass Sie im Fall einer kompletten oder teilweisen Ablehnung seitens Ihrer Krankenkasse bzw. der Beihilfestelle die Kosten vollständig oder anteilmäßig selbst tragen werden.**

**Unabhängig davon bitten wir Sie, uns mitzuteilen, ob Sie zwecks Übernahme der Kosten für die zusätzliche Pauschale von 72,67 € mit der Übermittlung von Daten an die Sozial- und Jugendbehörde bzw. das Landratsamt einverstanden sind.**

**Gezeichnet: Dr. med. Viola Prietsch / Leitende Ärztin**

# Behandlungsvertrag – bitte zur Erstvorstellung unterschrieben mitbringen

## Erklärung zur Kostenübernahme der Quartalspauschale von **411,78 €**

Name/Vorname/Geburtsdatum meines Kindes:

Ich bin  Mutter  Vater Mein Name ist:

Mein Kind ist privat krankenversichert bzw. hat eine Beihilfeberechtigung. Hiermit erkläre ich, dass ich die Untersuchung bzw. Behandlung im SPZ Karlsruhe für mein Kind wünsche. Über die speziellen Abrechnungskonditionen des SPZ Karlsruhe wurde ich ausreichend informiert. Ich verpflichte mich, den Differenzbetrag der Behandlungskosten bis zur genannten Höchstgrenze (**ab 1.1.2024: 411,78 €**), jährliche Anpassung) selbst zu tragen, falls der Kostenträger nicht den gesamten Rechnungsbetrag erstattet.

*Datum / Ort*

*Unterschrift*

## Erklärung zur Kostenübernahme der zusätzlichen Pauschale von **72,67 €** - Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Daten an die Sozial- und Jugendbehörde bzw. das Landratsamt

Sollte meine Krankenkasse die zusätzliche Pauschale für die nicht-medizinischen Leistungen nicht übernehmen, bin ich für die Zeit der Behandlung im SPZ mit der Übermittlung der oben genannten Daten an die für mein Kind zuständige Sozial- und Jugendbehörde bzw. das Landratsamt

- einverstanden -  
in diesem Fall kommen keine weiteren Kosten oder Formalitäten auf mich zu.
- nicht einverstanden -  
in diesem Fall übernehme ich selbst die o. g. Kosten in Höhe von **72,67 €** pro Quartal und wende mich ggf. zwecks Erstattung persönlich an die Sozial- und Jugendbehörde bzw. das Landratsamt.

### Widerrufsmöglichkeit

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Diese Widerrufserklärung ist an den Krankenhausträger zu richten. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung und kann sich daher nur auf die Datenübermittlung für das nächste Quartal erstrecken.

Im Falle eines Widerrufs müssten Sie die o. g. Kosten in Höhe von **72,67 €** pro Quartal übernehmen und sich ggf. zwecks Erstattung persönlich an die Sozial- und Jugendbehörde wenden.

*Datum / Ort*

*Unterschrift*