

Patienteninformation zur Kostenübernahme

Die Oberberg Kliniken sind Akutkrankenhäuser im Sinne des § 107 Abs.1 SGB V mit einer Konzession nach § 30 GewO und führen Krankenhausbehandlungen für die Indikationsbereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik durch. Aufgenommen werden können Privatversicherte, Beihilfeberechtigte, Selbstzahler und unter bestimmten Voraussetzungen auch gesetzlich Versicherte.

Für die allgemeinen Krankenhausleistungen berechnen wir einen Tagessatz. Darüber hinaus bieten wir zusätzliche Wahlleistungen für die intensive Behandlung durch Wahlärzte (sog. Chefarztbehandlung) für weitere diagnostische bzw. therapeutische Leistungen an. Zusätzlich kann die Wahlleistung für die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer vereinbart werden. Die Erstattung dieser Leistungen ist abhängig von den jeweiligen Tarifbedingungen der Kostenträger. Gegebenenfalls können private Zusatzversicherungen oder eine Krankenhaustagegeldversicherung Unterstützung leisten.

Unser Patientenmanagement erläutert Ihnen gern die Angebote der wahlärztlichen Behandlung oder die exklusiven Komfort-Extras und unterstützt Sie bei der Prüfung der Kostenübernahme noch vor Aufnahme in unserer Klinik.

Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung und/oder Beihilfe

Um eine Behandlung zu Lasten der privaten Krankenversicherung und/oder der staatlichen Beihilfe zu erreichen, ist die medizinische Notwendigkeit einer stationären bzw. teilstationären/tagesklinischen Krankenhausbehandlung durch einen Arzt, bevorzugt durch einen Facharzt, für die genannten Indikationsbereiche der Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie oder Neurologie/Nervenheilkunde nachzuweisen. Bei bestimmten Indikationen dürfen auch psychologische Psychotherapeuten Patienten in eine Klinik einweisen. Unser Patientenmanagement berät Sie gern vor Ihrem Aufenthalt und hilft Ihnen bei der Abwicklung der Formalitäten.

Der Antrag auf Kostenübernahme gegenüber dem Kostenträger muss beinhalten:

- *Anamnese (inkl. psychischer und körperlicher Vorerkrankungen, aktueller Medikation, Suchtanamnese, Sozialanamnese u.a. bzgl. aktueller Arbeitsfähigkeit) und psychopathologischer Befund des Patienten mit Beschreibung der Art und auch des Schweregrades der Erkrankung*
- *Bezeichnung der psychiatrischen und somatischen Diagnosen gemäß ICD-10- Klassifikation*
- *Art und Umfang der durchgeführten ambulanten Behandlungen, inklusive ambulanter psychiatrischer/nervenärztlicher Behandlung, medikamentöser Therapien, früherer teil- und/oder vollstationärer Behandlungen in psychiatrischen/psychosomatischen Kliniken und insbesondere Durchführung ambulanter Psychotherapie*
- *Medizinische Begründung für die stationäre oder teilstationäre Behandlung (z.B. Schwere der psychischen Erkrankung, krankheitsbedingte Erforderlichkeit eines intensiven multimodalen (teil-) stationären Behandlungssettings, etc.). Insbesondere muss überprüft und beschrieben werden, dass alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.
Sonderfall: Bei einer sofortigen stationären Aufnahme ohne ambulante Behandlung muss erläutert werden, warum eine ambulante Therapie keine ausreichende Erfolgsaussicht hat und sofort eine stationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet werden muss. Gründe hierfür sind u.a. die Schwere der Erkrankung, ein belastendes soziales Umfeld oder eine Chronifizierungstendenz des Krankheitsbildes*
- *Informationen zur voraussichtlichen Dauer der geplanten stationären Krankenhausbehandlung*
- *Sofern vorhanden: Name und Anschrift des einweisenden Arztes (idealerweise Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt für Psychosomatische Medizin und*

Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung

Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens ist eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in bestimmten Fällen gem. § 13 Abs. 2 SGB V möglich. Dabei wird die Rechnung gegenüber der Klinik im zunächst vom Patienten selbst beglichen. Der vorfinanzierte Betrag wird anschließend von der gesetzlichen Krankenversicherung (anteilig) rückerstattet. Die gesetzliche Krankenversicherung erstattet Patienten nur jene Kosten, die auch bei einem Aufenthalt in einem öffentlichen Krankenhaus entstanden wären. Die Differenz trägt der Patient. Wie bei jedem stationären Klinikaufenthalt tragen die Patienten außerdem den gesetzlichen Zuzahlungsbetrag von 10 € pro Krankenhaustag für max. 28 Tage im Kalenderjahr. Dies gilt auch für die Aufnahme in einer Privatklinik. Im Rahmen der Genehmigung der Behandlung in der privaten Wunschklinik wird die Krankenkasse dem Patienten mitteilen, in welchem Umfang die Kosten erstattet werden, ob ein Verwaltungskostenabschlag (max. 5 %) erhoben wird und wie lange Bindung an die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens besteht.

Neben dem Kostenerstattungsverfahren besteht die Möglichkeit, dass die GKV eine Einzelfallentscheidung trifft, und die Behandlungskosten auch für eine Privatklinik anteilig übernimmt. Besondere medizinische und soziale Gründe ermöglichen der GKV auch auf diesem Weg eine Kostenbeteiligung.

Zur Vorgehensweise beim Kostenerstattungsverfahren inkl. Musterbrief zur Antragsstellung, fachärztliche Stellungnahme des ambulanten Facharztes und der Erstellung eines Kostenvoranschlages beraten wir Sie gern.



Wir beraten Sie gerne!