

Stationäre Behandlung in einer Privatklinik

Die Frage: Wie viel zahlt die Beihilfe bei Behandlungen in einer „Privatklinik“?

Im Zusammenhang mit stationären Behandlungen in einer „Privatklinik“ stellt sich immer wieder die Frage, in welcher Höhe die dort entstehenden Kosten von der Beihilfe übernommen werden. Da hier häufig Selbstbehalte entstehen, sehen wir uns veranlasst, auf die bei einer Behandlung in einer Privatklinik anzuwendende Beihilfevorschrift hinzuweisen.

▪ Wann hat ein Krankenhaus den Status einer „Privatklinik“ nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO?

Es handelt sich hierbei um Krankenhäuser, die für gesetzlich krankenversicherte Personen keine Zulassung nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und auch keine Versorgungsverträge mit gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben. „Zulassung“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Zulassung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Personen. Diese Krankenhäuser haben in der Regel lediglich eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung zum Betrieb ihrer Einrichtung erhalten.

Öffentliche Krankenhäuser dagegen sind die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäuser (zum Beispiel Kreiskrankenhäuser oder städtische Kliniken) sowie Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen oder Ersatzkassen geschlossen haben; es sind für die Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Personen „zugelassene“ Krankenhäuser. Ist eine stationäre Behandlung in solchen zugelassenen Krankenhäusern erforderlich, so ist hierfür keine besonderes Anerkennungsverfahren oder Ähnliches erforderlich.

Die beihilferechtliche Anerkennung einer Behandlung in **nicht** zugelassenen Krankenhäusern (im Weiteren vereinfacht „Privatkliniken“ genannt) ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden und bezüglich der Höhe der beihilfefähigen Kosten in der Regel deutlich begrenzt.

In Zweifelsfällen, ob es sich um ein zugelassenes Krankenhaus oder um eine Privatklinik im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO handelt, können Sie sich an das für Sie zuständige Arbeitsgebiet der Beihilfestelle beim LBV wenden und die Zweckbestimmung der in Frage kommenden Klinik („Privatklinik“ oder „zugelassenes Krankenhaus“?) klären lassen.

▪ Welche Voraussetzungen müssen für die Beihilfefähigkeit der Kosten bei einer Behandlung in einer Privatklinik erfüllt sein?

Es ist zunächst die Bestätigung eines Arztes erforderlich, wonach die Behandlung medizinisch notwendig ist. Aus dieser Bestätigung müssen der Name und der Sitz der Klinik und die notwendige Dauer der Behandlung erkennbar sein und festgestellt werden, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichend sein würde. Diese

Bestätigung darf jedoch **nicht** von einem Arzt der Privatklinik ausgestellt sein, in der die stationäre Behandlung durchgeführt werden soll. Darüber hinaus ist ab einer Dauer von 30 Tagen eine vorherige Anerkennung der Behandlung durch die Beihilfestelle notwendig.

- **Welche Aufwendungen sind bei einer stationären Behandlung in einer Privatklinik beihilfefähig?**

Die in einer Privatklinik entstandenen Aufwendungen sind wie folgt beihilfefähig:

➤ **Allgemeine Krankenhausleistungen**

A) Indikationen nach DRG-Fallpauschale

Indikationen, die mit einer so genannten *DRG-Fallpauschale* nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet werden können, sind auf den Wert begrenzt, der sich aus der DRG-Fallpauschale ergibt, wenn die obere Grenze des Bundesbasisfallwertkorridors angewendet wird.

Fallbeispiel „OP künstliches Knie“

Gegenüberstellung der Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (ohne Wahlleistungen)

1. Gesamtkosten der Privatklinik
In Rechnung gestellte Fallpauschale inkl. Zuschläge 10.950,00 Euro

2. Kostenbegrenzung bei Beihilfeleistungen
Höchstgrenze ist die obere Grenze nach dem Bundesbasisfallwertkorridor.
Das künstliche Knie wird nach der DRG-Fallpauschale I44C (Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere Komplikationen und Komorbiditäten) abgerechnet.

Die obere Korridorgrenze Bundesbasisfallwert beträgt für das Jahr 2024 einheitlich 4.315,86 Euro, die Bewertungsrelation in der **Hauptabteilung** der DRG I44C (Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere Komplikationen und Komorbiditäten) beträgt 1,681; somit ergibt sich für das Jahr 2024 eine Fallpauschale in Höhe von
7.254,96 Euro (1,681 x 4.315,86 Euro).

Daneben sind Pflegepersonalkostenvergütungen pro Tag des Aufenthalts als separate Zuschläge berücksichtigungsfähig (Aufnahme- und Entlasstag zählen dabei als *ein* Tag). Die Pflegepersonalkostenvergütung wird aus der Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs der jeweiligen Fallpauschale multipliziert mit dem Faktor 230,00 Euro ermittelt.

Bei der DRG I44C beträgt die Pflegepersonalkostenvergütung pro Tag 165,42 (0,7192 x 230,00) Euro.

Bei 7 Krankenhaustagen (165,42 Euro x 7) 1.157,94 Euro

Gesamtkosten nach Berechnung Kostenbegrenzung	
gem. Ziff. 2 (7.254,96 Euro + 1.157,94 Euro)	8.412,90 Euro
Insgesamt beihilfefähig	8.412,90 Euro
Eigenanteil nach Vergleichsberechnung Fallpauschale Privatklinik (1.) und Kostenbegrenzung Beihilfe (2.)	2.537,10 Euro

B) Indikationen bei Abrechnung nach PEPP-Entgeltsystem

Indikationen, die nach den Regelungen des pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-Entgeltsystem) abgerechnet werden können, sind wie folgt begrenzt:

- a) das nach Anlage 1a oder 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnete Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwerts
- b) Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- c) ergänzende Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes.

Als pauschaler Basisentgeltwert ist der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum PEPP-Entgeltsystem mit einem Aufschlag von 10 % anzusetzen. Maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs.

Fallbeispiel:

Vollstationäre psychosomatische Behandlung in einer Privatklinik entsprechend der PEPP „PP04B“ des PEPP-Entgeltkatalogs (= Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierte Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit): Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2024 beträgt 280 Euro. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 % auf 280 Euro ergibt einen Basisentgeltwert von 308 Euro. Dieser wird mit der Bewertungsrelation der PP04B bei 10 Behandlungstagen von 0,8654 multipliziert, so dass das tägliche Entgelt 26,54 Euro beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 2.665,40 Euro.

In allen anderen Fällen, die weder dem DRG noch dem PEPP-Entgeltsystem zugeordnet werden können, sind die Aufwendungen wie folgt begrenzt:

Je Behandlungstag bis zur Höhe des Betrags, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation von 1,00 bei vollstationärer Behandlung bzw. 0,75 bei teilstationärer Behandlung mit dem ersatzweise anzuwendenden Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen mit einem Aufschlag von 10 % ergibt.

Fallbeispiel:

Vollstationäre Behandlung in einer Privatklinik, deren Behandlungsform weder dem DRG- noch dem PEPP-Entgeltsystem zuzuordnen ist.

Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2022 beträgt 280 Euro. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 % auf 280 Euro ergibt einen Basisentgeltwert von 308 Euro. Dieser wird mit der Bewertungsrelation von 1,00 bei vollstationärer Behandlung multipliziert, so dass das tägliche Entgelt

308 Euro beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 3.080 Euro.

➤ **Wahlleistungen**

Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen und für die Wahlleistung Unterkunft können nur dann berücksichtigt werden, wenn der Beihilfebeitrag nach § 6a Abs. 2 BVO in Höhe von 22,00 Euro monatlich geleistet wird.

- Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft sind nur dann beihilfefähig, wenn es sich um eine tatsächliche Wahlleistung der Privatklinik handelt, die gesondert schriftlich mit dem Patienten vereinbart wurde. Das Zweibettzimmer darf also keine Regelleistung sein. Pro abrechnungsfähigen Tag ist ein Betrag bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des so genannten Bundesbasisfallwertkorridors beihilfefähig. Für das Jahr 2024 beträgt der beihilfefähige Zweibettzimmerzuschlag pro Tag 64,74 Euro (2023: 61,51 Euro).
- Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn es sich um eine tatsächliche Wahlleistung handelt, eine gesonderte schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten erfolgt ist und diese Wahlleistungsvereinbarung bei Geltendmachung der Aufwendungen der Beihilfestelle vorgelegt wird.

➤ **Notfallbehandlung**

Im Rahmen einer Notfallbehandlung entstandene und dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die notfallmäßige Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus nicht möglich war. Eine Notfallbehandlung endet dann, wenn der Patient wieder transportfähig ist. Ab dem Zeitpunkt der Transportfähigkeit würden bei einem etwaigen Verbleiben in der Privatklinik die vorstehend unter „Allgemeine Krankenhausleistungen“ genannten Höchstbeträge gelten.

- **Sind sonstige Kosten, die aus Anlass eines stationären Aufenthalts in einer Privatklinik entstehen können, beihilfefähig?**

➤ **Begleitperson**

Ist die Unterbringung einer Begleitperson in der Privatklinik aus medizinischen Gründen erforderlich, so ist hierfür ein Zuschlag in Höhe bis zu 45,00 Euro pro Berechnungstag beihilfefähig. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der behandelnde Krankenhausarzt. Sofern kein medizinischer Grund für eine Begleitung vorliegt, sind die Kosten im Sinne des Beihilferechts medizinisch nicht notwendig und somit nicht beihilfefähig.

Die Kosten für eine Unterbringung einer Begleitperson außerhalb der Privatklinik sind regelmäßig nicht beihilfefähig. Nur in Fällen, in denen aufgrund des Alters eines Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie erfordernden schweren Erkrankung durch ein fachärztliches Attest festgestellt wird, dass eine Begleitperson medizinisch notwendig ist, sind die Kosten für eine Unterbringung der Begleitperson außerhalb der Klinik im Rahmen der Vergleichsberechnung bis zu 30,00 Euro pro Berechnungstag beihilfefähig.

➤ Fahrkosten

Als Fahrkosten werden die Kosten der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel sowie Aufwendungen für die Gepäckbeförderung berücksichtigt. Wird ein privater PKW benutzt, sind pro Kilometer 0,30 Euro beihilfefähig.

Erfolgt die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privatem PKW oder Taxi zur Behandlung am Wohnort, **am Behandlungsort oder am Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bis 30 Kilometer** (bei einfachen Entfernungen) können die Fahrkosten **nicht** erstattet werden.

Dies gilt **nicht**:

- wenn lt. Schwerbehindertenausweis eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorliegt oder
- wenn ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt oder
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie, ambulanten Rehabilitationsbehandlung, ambulanten Anschlussheilbehandlung oder
- bei Behandlungen, bei denen eine Grunderkrankung nach einem vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine vergleichbar hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist.

Neben den vorgenannten Ausnahmen sind innerhalb des 30-Kilometer-Bereichs ausschließlich ärztlich verordnete Krankentransporte, die mit einem **Krankenwagen** durchgeführt werden, beihilfefähig.

Nicht beihilfefähig sind die Kosten von Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung objektiv möglich ist und zurück oder für den Rücktransport wegen Erkrankung während einer Urlaubs- oder anderen Reise oder für Besuchsfahrten der Mutter zur Versorgung ihres in einer Klinik untergebrachten Säuglings mit Muttermilch.

➤ Sonstiges

Nicht beihilfefähig sind neben den Einzelzimmerzuschlägen auch Gebühren für Telefon oder Fernsehgeräte u.ä.

▪ Wann besteht ein Anspruch auf Tagegeld nach § 15 Abs. 4 BVO?

Wenn Sie sich den Anspruch auf eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus durch Zahlung des Beihilfebeitrags von mtl. 22,00 Euro gesichert haben, jedoch die gesondert berechneten Wahlleistungen nicht in Anspruch nehmen, wird auch bei Privatkliniken ein so genanntes Krankenhaustagegeld gewährt.

Das Krankenhaustagegeld beträgt

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (zum Beispiel Zweibettzimmer): 11 Euro und
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 22 Euro pro Pflegetag.

Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus die Wahlleistung anbietet. Dies ist zum Beispiel nicht der Fall, wenn die Klinik nur über Zweibettzimmer verfügt und

es sich somit um eine Regelleistung handelt. In diesem Fall besteht keine Wahlmöglichkeit bei der Unterkunft, so dass in einem solchen Fall ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld von 11 Euro pro Pflegesatztag nicht besteht.

Das Krankenhaustagegeld können Sie unter der Nr. 4 auf Seite 2 des Beihilfeantragsvordrucks (LBV 301) beantragen.

▪ **Besteht die Möglichkeit einer Direktabrechnung mit der stationären Einrichtung bzw. dem Rechnungssteller?**

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung – sowohl in zugelassenen Krankenhäusern als auch in Privatkliniken - kann das LBV als Beihilfestelle die Beihilfe direkt an die stationäre Einrichtung zahlen. Voraussetzung hierfür ist allerdings ein entsprechender Antrag auf Direktabrechnung durch den Beihilfeberechtigten und die Bereitschaft der stationären Einrichtung, direkt mit der Beihilfestelle abzurechnen. Die Beihilfe wird dann direkt von der Beihilfestelle an den Rechnungssteller/die Rechnungsstellerin überwiesen. Der Beihilfebescheid geht jedoch weiterhin der beihilfeberechtigten Person zu.

Durch das Direktabrechnungsverfahren ändert sich lediglich der Auszahlungsweg für die Beihilfe. Am Leistungsumfang der Beihilfe und an der Rechtsbeziehung zwischen dem Beihilfeberechtigten und der Beihilfestelle ändert sich durch das Direktabrechnungsverfahren nichts. Auch das Vertragsverhältnis zwischen Patient/in und stationärer Einrichtung bleibt hiervon unberührt.

Den für die Direktabrechnung benötigten Vordruck LBV 302a – „Antrag auf Beihilfe mit Direktabrechnung bei stationären Krankenhausbehandlungen“ - finden Sie auf der Internetseite des LBV (<https://lbv.landbw.de>) unter „Vordrucke“.

Fazit:

- Um Kostenrisiken für sich und Familienangehörige zu vermeiden, ist abzuwägen, ob eine anstehende und noch planbare stationäre Krankenhausbehandlung nicht in einem erheblich *kostengünstigeren zugelassenen* Krankenhaus stattfinden kann.
- Um Klarheit über die Höhe des Eigenanteils bei einer Behandlung in einer Privatklinik zu erhalten, kann bei der Beihilfestelle ein Kostenvoranschlag der Privatklinik mit der Bitte um Voranerkennung und Berechnung der Kostenbegrenzung bei Privatkliniken nach § 7 Abs. 7 Satz 1 BVO beantragt werden. Die Höhe der beihilfefähigen Kosten werden dann vom LBV ermittelt und mitgeteilt.
- Seitens der Beihilfestelle und der Krankenversicherung nicht erstattete Kostenanteile können einkommensteuerrechtlich als so genannte „Außergewöhnliche Belastungen anderer Art“ geltend gemacht werden. Allerdings ist nur der Kostenanteil steuerwirksam, der nach Abzug des steuerrechtlich zumutbaren Belastungsbetrags verbleibt.