

# Merkblatt Beihilfe

## Stationäre Behandlung in einer Privatklinik

25. April 2024



	Seite
1. Begriffsdefinition und Voraussetzungen	2
2. Beihilfefähige Aufwendungen	2
2.1 DRG-Fallpauschalen	2
2.2 PEPP- Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen	2
2.3 Abrechnung nach Tagessätzen	2
2.4 Wahlleistungen	3
2.5 Weitere Aufwendungen	3
2.6 Direktabrechnung	3
3. Allgemeines	3

Dieses Merkblatt ist zur allgemeinen Information bestimmt. Rechtsansprüche können Sie daraus nicht ableiten.

Wenn Sie weitere Fragen haben, rufen Sie uns gerne an. Um den Lesefluss zu erleichtern, verzichten wir auf Mehrfachnennungen; die verwendeten Bezeichnungen gelten für alle Geschlechter. Ebenso gelten alle ehebezogenen Begriffe auch für eingetragene Lebenspartnerschaften.

BF - 7,2\_0 04/24

Kommunaler Versorgungsverband Baden-Württemberg · Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hauptsitz  
Ludwig-Erhard-Allee 19  
76131 Karlsruhe  
Tel. 0721 5985-0

Zweigstelle  
Birkenwaldstraße 145  
70191 Stuttgart  
Tel. 0711 2583-0

Bankverbindung  
Landesbank Baden-Württemberg  
BIC: SOLADEST600  
IBAN: DE24 6005 0101 0001 0008 58

Sie erreichen uns  
montags bis freitags  
von 8:00 Uhr  
bis 16:30 Uhr

Internet / E-Mail  
[www.kvbw.de](http://www.kvbw.de)  
[beihilfe@kvbw.de](mailto:beihilfe@kvbw.de)

## 1. Begriffsdefinition und Voraussetzungen

Privatkliniken sind Krankenhäuser, die keine Zulassung nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben und auch keinen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenkasse abgeschlossen haben. Die Beihilfefähigkeit der dort erbrachten Leistungen richtet sich nach § 7 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO) und ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Die beihilfefähigen Aufwendungen sind der Höhe nach begrenzt.

Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einer Privatklinik ist durch eine begründete Bescheinigung eines Arztes zu bestätigen, der nicht mit der Einrichtung verbunden ist. Neben der Angabe der voraussichtlichen Behandlungsdauer muss auch nachgewiesen sein, dass eine ambulante Behandlung nicht ausreichend wäre. Eine vorherige Anerkennung der Behandlung durch die Beihilfestelle ist nur ab einer Behandlungsdauer von 30 Tagen erforderlich.

## 2. Beihilfefähige Aufwendungen

Grundsätzlich ist eine Berechnung zur Ermittlung der beihilfefähigen Kosten durchzuführen. Diese entfällt lediglich im Rahmen einer Notfallbehandlung, wenn die notfallmäßige Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus nicht möglich war und deshalb eine Privatklinik aufgesucht werden musste.

### 2.1 DRG-Fallpauschalen

Bei Behandlungen, die mit DRG-Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) abgerechnet werden können, erfolgt die Berechnung auf der Grundlage des Fallpauschalenkatalogs.

Die DRG ergibt sich auf der Grundlage der Diagnosen, des Schweregrades der Erkrankung, der durchgeführten Therapien etc. Der Erlös der DRG wird dann durch Multiplikation der Bewertungsrelation der DRG (auch Kostengewicht genannt) mit der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors nach § 10 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) errechnet. Dabei wird die tatsächliche Verweildauer zu Grunde gelegt.

Seit 1. Januar 2020 rechnen die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser neben den DRG-Fallpauschalen tagesbezogene Pflegeentgelte ab, die der Finanzierung des Pflegepersonals dienen. Soweit eine Privatklinik ebenfalls ihre Entgelte in DRG-Fallpauschalen und Pflegeentgelte aufteilt, werden neben der Fallpauschale auch die Pflegeentgelte in die Berechnung der beihilfefähigen Aufwendungen einbezogen. Um das Pflegeentgelt zu ermitteln, wird die maßgebliche Bewertungsrelation mit dem krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert. Soweit keine entsprechende krankenhausindividuelle Vereinbarung vorliegt, ist der Pflegeentgeltwert von 250 € zu verwenden (ab 28.03.2024). Für Behandlungen vom 01.01.2023 bis 27.03.2024 gilt der Betrag von 230 €).

Beihilfefähig sind darüber hinaus vom Krankenhaus berechnete Entgelte, die bezüglich ihres Leistungsinhalts den krankenhaus-

individuell vereinbarten Entgelten nach den Anlagen 3a, 3b oder 4 des Fallpauschalenkatalogs (§ 6 Abs. 1 S. 1 KHEntgG) entsprechen. Mit diesen Entgelten werden höhere Kosten abgegolten, die durch die besondere Situation des Patienten, teure Medikamente etc. entstehen.

### 2.2 PEPP- Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Bei stationären oder teilstationären Behandlungen in einer Privatklinik in den Bereichen Psychotherapie, Psychiatrie oder Psychosomatik richtet sich die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP). Diese Regelung gilt für Behandlungen ab 01.01.2023. Maßgebend ist die jeweils geltende, auf der Internetseite des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus veröffentlichte Fassung des PEPP-Entgeltkatalogs ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de)). Beihilfefähig sind folgende Aufwendungen je nach Indikation:

- ein nach Anlage 1a oder Anlage 2a des PEPP-Entgeltkatalogs berechnetes Entgelt bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes,
- Zusatzentgelte bis zu den in Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs ausgewiesenen Beträgen und
- Tagesentgelte nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes.

Der Basisentgeltwert beträgt 280 € im Jahr 2023 (entsprechend der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik). Hierauf wird ein Aufschlag von 10 Prozent angesetzt, so dass sich für 2023 ein Betrag von 308 € ergibt.

#### Berechnungsbeispiel:

Ein Patient mit einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung wird 30 Tage lang stationär behandelt. Für die Festsetzung der Beihilfe ist relevant: Alter unter 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit. Daraus erfolgt die Zuordnung zum PEPP-Entgelt PA14B. Die zutreffende Bewertungsrelation hängt von der gesamten Aufenthaltsdauer ab. Bei PA14B ergibt sich ab 12 Tagen die Bewertungsrelation von 0,9090 täglich. Beihilfefähig sind: 30 Tage x 0,9090 x 308 € = 8.399,16 €.

Daneben werden in der Rechnung ausgewiesene Zusatzentgelte berücksichtigt, jedoch nur bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs (dies betrifft vor allem Medikamente).

In der Rechnung ausgewiesene ergänzende Tagesentgelte sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkatalogs beihilfefähig. Sie können für erhöhten Betreuungsaufwand, Intensivbetreuung und Ähnliches berechnet werden.

### 2.3 Abrechnung nach Tagessätzen

Wenn die (teil-)stationäre Behandlung weder mit DRG-Fallpauschalen noch mit PEPP-Entgelten abgerechnet werden kann, sind die Aufwendungen, die ab 01.01.2023 entstehen, bis zu folgenden Beträgen je Behandlungstag beihilfefähig:

- bei vollstationärer Behandlung: 308 €,
- bei teilstationärer Behandlung: 231 €.

Aufnahmetag und Entlasstag gelten dabei als ein Berechnungstag.

Berechnungsgrundlage ist der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach der jeweils gültigen Vereinbarung zum pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. Der maßgebliche Wert von 308 € wird multipliziert mit einer Bewertungsrelation

- von 1,00 bei vollstationärer Behandlung (ergibt 308 €),
- von 0,75 bei teilstationärer Behandlung (ergibt 231 €).

### 2.4 Wahlleistungen

Wahlleistungen im Krankenhaus sind nur bei Zahlung des Wahlleistungsbeitrags (monatlich 22 €) beihilfefähig; dazu zählen Zweibettzimmer und wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung, auch vom Chefarzt veranlasste stationäre Mitbehandlungen oder außerhalb des Krankenhauses durchgeführte Behandlungen).

Soweit die Wahlleistung Unterkunft in Anspruch genommen und von der Klinik in Rechnung gestellt wurde, sind die Aufwendungen bis zur Höhe eines Zweibettzimmers beihilfefähig, jedoch maximal bis zum Betrag von 64,74 € täglich (im Jahr 2024); Mehrkosten für die Unterbringung in einem Einbettzimmer, welche diesen Betrag übersteigen, können nicht berücksichtigt werden.

Wird auf die mögliche Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers verzichtet, steht ein Tagegeld in Höhe von täglich 11 € zu; ist das Zweibettzimmer Regelleistung oder verfügt das Krankenhaus nur über Ein- oder Mehrbettzimmer, kann kein Tagegeld gewährt werden.

Wahlärztliche Leistungen sind nach § 6a Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) um 25 % zu mindern. Belegärztliche Leistungen oder Leistungen von niedergelassenen Ärzten während der stationären Behandlung sind um 15 % zu kürzen.

Werden gesondert berechenbare ärztliche Leistungen nicht geltend gemacht, wird ein Tagegeld in Höhe von 22 € pro Tag, an dem die Leistungen berechenbar gewesen wären, gewährt.

Zur Beantragung des Tagegelds für den Verzicht auf die Wahlleistungen verwenden Sie bitte unseren Vordruck BF 15\_4 zusammen mit dem Beihilfeantragsvordruck.

### 2.5 Weitere Aufwendungen

Weitere Aufwendungen für Leistungen, die im Zusammenhang mit dem Klinikaufenthalt stehen (z. B. Familien- und Haushaltshilfe, Begleitperson, Fahrkosten), sind nur bei Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen beihilfefähig. Gerne stellen wir Ihnen auf Anfrage die entsprechenden Informationen zur Verfügung, einiges können Sie auch auf unserer Homepage [www.kvbw.de](http://www.kvbw.de) nachlesen.

### 2.6 Direktabrechnung

Die Einrichtung kann ihre Aufwendungen direkt mit der Beihilfestelle des KVBW abrechnen. Wenn Sie sich für dieses Antragsverfahren entscheiden, beachten Sie bitte folgende Vorgehensweise:

- Bitte fordern Sie bei uns den Kurzantrag zur Direktabrechnung an, anschließend füllen Sie diesen aus und geben den Antrag unterschrieben an die Einrichtung weiter. Sie finden das Formular auch bei den Downloads Beihilfe auf unserer Homepage [www.kvbw.de](http://www.kvbw.de).
- Die Einrichtung ergänzt den Antrag und sendet diesen mit der Rechnung an den KVBW.
- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrug direkt an die Einrichtung.
- Sie erhalten wie üblich den Beihilfebescheid zur Prüfung der Beihilfefestsetzung.

Am Leistungsumfang der Beihilfe und der Rechtsbeziehung zwischen Ihnen und der Beihilfestelle ändert sich durch das Direktabrechnungsverfahren nichts. Auch das Vertragsverhältnis zwischen Patient und stationärer Einrichtung bleibt hiervon unberührt. Nicht beihilfefähige Rechnungsanteile sind ggf. von Ihrer Krankenversicherung oder von Ihnen selbst zu begleichen.

## 3. Allgemeines

Diese Auskunft steht unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der ihr zu Grunde liegenden Sach- und Rechtslage, insbesondere, dass die behandelte Person zum Zeitpunkt des Entstehens der Aufwendungen entweder selbst beihilfeberechtigt oder berücksichtigungsfähiger Angehöriger eines Beihilfeberechtigten ist. Maßgebend sind die jeweiligen Verhältnisse zum Zeitpunkt der Behandlung.

Weitere Infos, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter, finden Sie auch auf unserer Homepage [www.kvbw.de](http://www.kvbw.de) Um über Entwicklungen im Bereich der Beihilfe frühzeitig informiert zu werden, empfehlen wir, unseren elektronischen Newsletter zu abonnieren.