



## Krankenhaus - Privatklinik

**Bei einer stationären Akutbehandlung in einer Privatklinik, die nicht nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB 5) zugelassen ist, ist es wichtig, dass Sie sich rechtzeitig darüber informieren, welche Kosten erstattet werden.**

[Die personenbezogenen Bezeichnungen in diesen Informationen beziehen sich auf alle Geschlechter.]

Der Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Klinik kann grundsätzlich anerkannt werden, wenn es sich um eine medizinisch notwendige Behandlung handelt. Es bleibt der Beihilfeberechtigten oder der berücksichtigungsfähigen Person überlassen, in welchem Krankenhaus bzw. welcher Klinik sie sich behandeln lässt.

Beihilfefähig sind jeweils die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang u.a. zur Wiedererlangung der Gesundheit und zur Besserung oder Linderung von Leiden. Die exakte Höhe der Kostenerstattung richtet sich nach den gültigen Vorschriften der BVO NRW.

Privatkliniken sind in ihrer Preisgestaltung grundsätzlich frei und nicht an die Regeln des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegesatzverordnung gebunden. Daher schreibt die Beihilfeverordnung des Landes NRW (BVO NRW) vor, dass nur die Aufwendungen (Behandlungs-, Unterkunfts- und Verpflegungskosten) als beihilfefähig anerkannt werden können, die bei einer Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) entstanden wären.

Die Beihilfestelle ist verpflichtet, eine Vergleichsberechnung durchzuführen.

Sollten die Behandlungskosten in der Privatklinik höher sein als bei einer Behandlung in der nächstgelegenen Universitätsklinik, sind lediglich die Aufwendungen in der Höhe der Behandlungskosten der Universitätsklinik beihilfefähig.



Die zum Vergleich herangezogen Sätze der Universitätsklinik umfassen alle allgemeinen Krankenhausleistungen von der Unterbringung bis einschließlich der ärztlichen Behandlungen.

Die darüber hinaus gehenden Kosten sind nicht beihilfefähig und müssen von Ihnen getragen werden.

Daneben können nur noch die in Rechnung gestellten Aufwendungen für eine "Chefarzt-Behandlung" auf Grund eines Wahlleistungsvertrages, wie er auch bei den Universitätskliniken möglich ist, als beihilfefähig anerkannt werden.

Von den errechneten beihilfefähigen Kosten ist für jeden Behandlungstag ein Betrag von 25 Euro für höchstens 20 Tage im Kalenderjahr abzuziehen.

Soweit eine Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung (vgl. § 107 Absatz 2 SGB 5) auch über stationäre Akutabteilungen (vgl. § 107 Absatz 1 SGB 5) verfügt (bspw. auch „Gemischte Anstalt“), ist für die Beihilfefähigkeit der geplanten Maßnahmen ebenfalls eine vorherige Anerkennung der Beihilfestelle erforderlich.