

# Gut informiert entscheiden

Wer sich für eine Behandlung außerhalb zugelassener Krankenhäuser entscheidet, sollte die finanziellen Rahmenbedingungen genau kennen. Denn die Abrechnung erfolgt anders und es können hohe Eigenanteile entstehen. Mit unserem Überblick lassen sich Überraschungen vermeiden.

Im Gegensatz zu zugelassenen Krankenhäusern erfolgt die Abrechnung einer Behandlung in einer Privatklinik nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz. Privatkliniken sind in ihrer Rechnungsgestaltung grundsätzlich frei. Daher begrenzt die PBeaKK ihre

Leistungen für solche Behandlungen im Rahmen einer Vergleichsberechnung gemäß der Bundesbeihilfeverordnung und der Satzung der PBeaKK. Für Sie bedeutet das: Je nach Höhe der Rechnung können erhebliche Selbstbehalte entstehen. Deshalb ist es sehr

wichtig, dass Sie vor Behandlungsbeginn in einer Privatklinik anhand eines Kostenvoranschlags bei uns nachfragen, mit welchen Eigenanteilen Sie voraussichtlich rechnen müssen.



## Wie die Vergleichsberechnung funktioniert

Bei somatischen, also körperlichen, Behandlungen werden Krankenhausleistungen über ein diagnoseorientiertes Fallpauschalensystem abgerechnet, die sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG). Die Zuordnung zu einer DRG-Fallpauschale erfolgt anhand der Hauptdiagnose sowie möglicher operativer oder therapeutischer Maßnahmen. Auch Alter und bestehende Nebenerkrankungen können die Einstufung beeinflussen.

Für die allgemeinen Krankenhausleistungen wird die jeweilige Bewertungsrelation mit dem aktuell gültigen Bundesbasisfallwert von 4.570,64 Euro multipliziert. Hinzu kommen die gesondert berechneten Pflegepersonalkosten: Hier wird die tagesbezogene Pflegeerlös-Bewertungsrelation mit dem Pflegeentgeltwert von 250 Euro und der Anzahl der Behandlungstage multipliziert.

### Beispiel

Beim DRG-Fall F12E (Implantation eines Herzschrittmachers oder Ereignisrekorders unter bestimmten Voraussetzungen) beträgt die Bewertungsrelation bei zehn Behandlungstagen 1,574. Die Pflegeerlös-Bewertungsrelation liegt bei 0,8432 je Tag. Daraus ergibt sich folgende Rechnung:

$$(1,574 \times 4.570,64 \text{ Euro}) + (0,8432 \times 250 \text{ Euro} \times 10 \text{ Tage}) = 9.302,19 \text{ Euro}$$



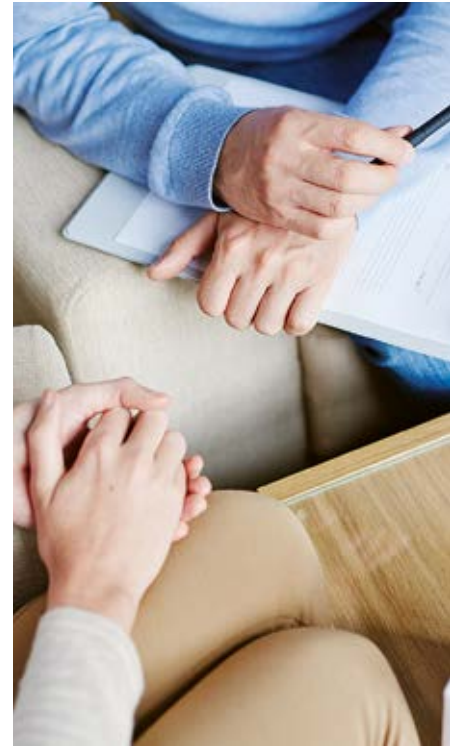
## Psychosomatische und psychiatrische Behandlungen

Für diesen Bereich gilt das pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP). Auch hier richtet sich die Einstufung nach der Hauptdiagnose, den durchgeführten Therapien sowie individuellen Faktoren wie Alter oder Nebenerkrankungen.

Jede PEPP ist mit einer Bewertungsrelation versehen. Grundlage ist ein Basisentgeltwert von derzeit 370 Euro

pro Tag. Für die Berechnung des voraussichtlichen Erstattungsbetrags sind insbesondere die Diagnose, die geplanten Behandlungen und die Dauer des Krankenhausaufenthalts entscheidend.

Die Berechnung erfolgt durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert und der Liegedauer.



### Beispiel

Der PEPP PA04B (Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen unter bestimmten Voraussetzungen) ist bei 15 Berechnungstagen eine Bewertungsrelation von 1,0198 je Tag zugeordnet.

$$1,0198 \times 370 \text{ Euro} \times 15 \text{ Tage} = 5.659,89 \text{ Euro}$$



## Wahlleistungen – Komfort mit Eigenanteil

Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus können Sie entscheiden, ob Sie zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen Wahlleistungen in Anspruch nehmen möchten. Dazu zählen etwa eine bessere Unterbringung (zum Beispiel Ein- oder Zweibettzimmer) oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Diese Leistungen werden gesondert berechnet und müssen von Ihnen mit einem Leistungsantrag eingereicht werden. Eine Direktabrechnung ist hier nicht möglich.

Für Unterkunftszuschläge sind Aufwendungen bis zu einer Höhe von 1,3 Prozent der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors (4.684,90 Euro) täglich beihilfefähig. Leistungen der

PBeaKK werden hierfür nicht gewährt. Daraus ergibt sich ein beihilfefähiger Zuschlag von:

$$1,3 \text{ Prozent} \times 4.684,90 \text{ Euro} = 60,90 \text{ Euro pro Tag}$$

Hierbei handelt es sich um einen beihilfefähigen Höchstbetrag, welcher anteilig entsprechend Ihres Beihilfebemessungssatzes zur Leistungsfestsetzung herangezogen wird. Sofern von der Klinik ein niedrigerer Zimmerpreis in Rechnung gestellt wird, wird dieser anteilig zur Leistungsfestsetzung herangezogen. Unser Tipp: Mit einer passenden Zusatzversicherung, etwa über eine Krankenhaustagegeldstufe, lässt sich dieses finanzielle Risiko deutlich reduzieren.

Für wahlärztliche Leistungen gilt: Als A-Mitglied erhalten Sie ausschließlich Beihilfe, jedoch keine Leistungen aus der Grundversicherung der PBeaKK. Beachten Sie daher, dass auch hier spürbare Selbstbehalte entstehen können! ■

Selbstbehalte  
bei Wahlleistungen  
können durch  
Zusatzversicherungen  
verringert werden.