



Baden-Württemberg

LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Informationen zur Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung und zur Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen im Krankenhaus

A. Informationen zur Beihilfe bei stationärer Krankenhausbehandlung

1. Was ist bei Krankenhausaufenthalten zu beachten?

Aufwendungen, die in nach § 108 des Sozialgesetzbuch V (SGB V) zugelassenen Krankenhäuser entstehen, sind immer dem Grunde nach beihilfefähig. Zugelassene Krankenhäuser sind öffentliche Krankenhäuser, die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurden (wie Kreiskrankenhäuser oder städtische Kliniken), Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen oder Ersatzkassen geschlossen haben. Ist eine stationäre Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern erforderlich, so ist hierfür kein besonderes Anerkennungsverfahren oder ähnliches erforderlich.

Daneben gibt es noch Krankenhäuser, die keine Zulassung nach § 108 SGB V und auch keine Versorgungsverträge mit gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben. Diese Krankenhäuser haben in der Regel eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung zum Betrieb ihrer Einrichtung erhalten. Die beihilferechtliche Anerkennung einer Behandlung in diesen nicht zugelassenen Krankenhäusern („Privatkliniken“) ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden und bezüglich der Höhe der beihilfefähigen Kosten unter Umständen begrenzt.

In Zweifelsfällen, ob es sich um ein zugelassenes Krankenhaus oder eine „Privatklinik“ im Sinne des § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO handelt, können Sie sich auch an das zuständige Beihilfearbeitsgebiet wenden und die Zweckbestimmung der in Frage kommenden Klinik klären lassen. Ausführliche Informationen zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen einer Behandlung in einer „Privatklinik“ finden Sie in unserem Informationsmerkblatt LBV 305c2 mit dem Titel „Information zur Beihilfe bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO“.

2. Welche Aufwendungen sind bei stationären Krankenhausbehandlungen beihilfefähig?

Die allgemeinen Krankenhausleistungen, die in der Regel auf Grund des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder in Anlehnung daran festgelegt werden, sind dem Grunde nach beihilfefähig. Bei einer Abrechnung auf Grund des Krankenhausentgeltgesetzes sind dies Fallpauschalen nach dem DRG-System, es können aber auch im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung oder in Anlehnung daran allgemeine Tagespflegesätze und tägliche Abteilungs pflegesätze sein.

Des Weiteren werden häufig auch Wahlleistungen im Krankenhaus angeboten. Darunter verstehen wir besondere ärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) und Leistungen zu Unterkunft (z.B. Zweibettzimmer). Weitere Informationen erhalten Sie unter Abschnitt B dieses Merkblatts.

3. Sind sonstigen Kosten, die aus Anlass eines stationären Krankenhausaufenthalts entstehen können, beihilfefähig?

Begleitpersonen:

Ist die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus aus medizinischen Gründen erforderlich, so kann hierfür ein - beihilfefähiger - Zuschlag in Höhe von 45 EUR pro Berechnungstag erhoben werden. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der behandelnde Krankenhausarzt. Liegt kein medizinischer Grund für eine Begleitung vor, so sind die Kosten im Sinne des Beihilferechts medizinisch nicht notwendig.

Die Kosten für eine Unterbringung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses sind regelmäßig nicht beihilfefähig. Nur in Fällen, in denen aufgrund des Alters eines Kindes und seiner eine stationäre Langzeittherapie (über fünf Wochen) 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 bis zu 30 EUR täglich 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 0,25 EUR beihilfefähig.

Für Fahrkosten, die bis 31.03.2014 entstehen, gilt:

Erfolgt die Fahrt zur Behandlung am Wohnort, am Behandlungsort oder am Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bis zu 40 Kilometer (bei einfachen Entfernungen) können die Fahrkosten **nicht** erstattet werden. Beihilfefähig sind innerhalb des 40 Kilometer-Bereichs um den Wohnort, den Behandlungsort oder den Aufenthaltsort ausschließlich ärztlich verordnete Krankentransporte, die mit einem Krankenwagen oder Taxi durchgeführt werden.

Für Fahrkosten, die ab 01.04.2014 entstehen, gilt:

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

- wenn im Schwerbehindertenausweis eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorliegt,
- wenn eine Pflegestufe 2 oder 3 vorliegt,
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie,
- 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 am Wohnort, Behandlungsort oder Aufenthaltsort ausschließlich ärztlich verordnete Krankentransporte, die mit einem Krankenwagen durchgeführt werden, beihilfefähig.

Unabhängig davon, ob Aufwendungen für Fahrkosten vor oder nach dem 01.04.2014 entstehen, ist zu beachten, dass Hin- und Rückfahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung objektiv möglich ist, nicht beihilfefähig sind. Dies gilt auch 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.

4. Besteht die Möglichkeit einer Direktabrechnung mit der stationären Einrichtung / dem Rechnungssteller?

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung kann das LBV als Beihilfestelle die Beihilfe direkt an die stationäre Einrichtung zahlen. Voraussetzung hierfür ist ein entsprechender Antrag auf Direktabrechnung durch Sie 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 Ihnen zu.

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

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

B. Informationen zur Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen im Krankenhaus

1. Was sind Wahlleistungen im Krankenhaus?

Unter Wahlleistungen im Krankenhaus verstehen wir besondere ärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung) und Leistungen zu Unterkunft (z.B. Zweibettzimmer).

2. Sind diese Wahlleistungen beihilfefähig?

Nach § 6a Beihilfeverordnung (BVO) besteht nur dann ein Anspruch auf eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für Wahlleistungen, wenn der Beihilfeberechtigte hierfür **22 Euro** monatlich leistet. In diesem Beitrag sind auch alle berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Kinder) eingeschlossen. Auch teilzeitbeschäftigte Beamtinnen und Beamte mit vollem Beihilfeanspruch zahlen ebenso 22 Euro.

3. Was muss ich veranlassen, damit ich Beihilfe zu Wahlleistungen in Anspruch nehmen kann?

Sie müssen innerhalb einer Ausschlussfrist von fünf Monaten, in der ausschließlich das Wahlrecht ausgeübt werden kann, gegenüber dem Landesamt für Besoldung und Versorgung Baden-Württemberg auf einem besonderen Vordruck erklären, ob Sie Beihilfe zu den Aufwendungen für Wahlleistungen ab Beginn in Anspruch nehmen wollen oder nicht.

Hierzu werden die beihilfeberechtigten Personen, **die ein Erklärungsrecht haben**, entsprechend angeschrieben; diesen Schreiben liegt dann der besondere Erklärungsvordruck bei, der unten rechts mit „LBV“ gekennzeichnet ist. Diesen Erklärungsvordruck ergänzen Sie bitte entsprechend, unterschreiben ihn und senden ihn ohne weiteres Anschreiben per Post an das Landesamt zurück. Da die Erklärung maschinell gelesen wird, dürfen nur die dafür vorgesehenen Felder (Ja oder Nein, Datum und Unterschrift) ausgefüllt sein. Der ebenfalls diesem Informationsschreiben beiliegende mit „K“ gekennzeichnete Erklärungsvordruck ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

4. Wer hat wann ein Erklärungsrecht?

| Ein Erklärungsrecht haben | die Ausschlussfrist beginnt | die Ausschlussfrist endet |
|---|---|------------------------------|
| alle am 1. April 2004 vorhandenen Beihilfeberechtigten (auch Beamte im Erziehungsurlaub). | am 1. April 2004 | 31. August 2004 |
| am 1. April 2004 ohne Bezüge beurlaubten Beamtinnen und Beamten (außer bei Elternzeit). | mit der Wiederaufnahme des Dienstes mit Bezügen | nach Ablauf von fünf Monaten |

| | | |
|---|---|------------------------------|
| Personen, deren Beamtenverhältnis begründet (Neueinstellung) oder umgewandelt (Ernennung von Beamten auf Widerruf zu Beamten auf Probe, nicht jedoch eine Umwandlung in ein Beamtenverhältnis auf Lebenszeit) wird. | mit dem Tag der Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses | nach Ablauf von fünf Monaten |
| Personen, die einen Anspruch auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld nach dem Satz für Vollwaisen haben, jedoch nur, wenn der Verstorbene (Versorgungsurheber) Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen hatte. | mit dem Tag des Entstehens des Anspruchs auf Witwengeld, Witwergeld oder Waisengeld | nach Ablauf von fünf Monaten |
| Personen, die von einem anderen Dienstherrn zu einem Dienstherrn im Geltungsbereich der BVO abgeordnet oder versetzt werden. | mit dem Tag der Abordnung oder Versetzung | nach Ablauf von fünf Monaten |

5. Wann muss kein Beihilfebeitrag für Wahlleistungen gezahlt werden?

Während einer Elternzeit (bis zum 3. Lebensjahr des Kindes), während eines Wahlvorbereitungsurlaubes, während einer Pflegezeit und während einer Beurlaubung ohne Dienstbezüge bis zu längstens 31 Tagen besteht Beitragsfreiheit. Wird jedoch während einer Elternzeit eine Teilzeitbeschäftigung als Beamtin oder

Beamter ausgeübt, so besteht aus diesem Beschäftigungsverhältnis ein voller Beihilfeanspruch und damit ist auch der Beihilfebeitrag in Höhe von 22 Euro monatlich zu zahlen.

Während einer länger als 31 Kalendertage dauernden Beurlaubung ohne Dienstbezüge besteht keine Beihilfeberechtigung und damit auch kein Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen, deshalb erfolgt auch keine Einbehaltung des Betrages von 22 Euro.

6. Was passiert, wenn die Ausschlussfrist versäumt wurde?

Versäumt ein Beihilfeberechtigter diese Ausschlussfrist oder erklärt er innerhalb der Ausschlussfrist, dass er die Beihilfe zu Wahlleistungen nicht mehr möchte, kann ihm und seinen berücksichtigungsfähigen Angehörigen (Ehegattin/Ehegatte, eingetragene/r Lebenspartner/in, Kinder) ab Beginn der Ausschlussfrist auf Dauer keine Beihilfe zu Wahlleistungen gewährt werden. Diese Erklärung wirkt selbst nach dem Tod des Beihilfeberechtigten für die Hinterbliebenen, die dann eine eigene Beihilfeberechtigung als Witwe/Witwer oder Vollwaise erlangen, fort.

7. Kann ich meine bisherige Erklärung ändern?

Die Erklärung, Beihilfe zu Wahlleistungen weiterhin beanspruchen zu wollen, kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden. Allerdings besteht danach - außer im Fall einer Begründung oder Umwandlung des Beamtenverhältnisses, siehe unter 4. - keine Möglichkeit mehr, den Beihilfeanspruch zu Wahlleistungen wiederzuerlangen. Auch der Eintritt in den Ruhestand begründet keine neue Wahlmöglichkeit.

Die Erklärung, keine Beihilfe zu Wahlleistungen beanspruchen zu wollen, kann nicht wirksam widerrufen werden; es besteht keine Möglichkeit mehr, den Beihilfeanspruch zu Wahlleistungen wiederzuerlangen.

8. Was versteht man unter Tagegeld?

Wenn Sie sich den Anspruch auf eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus durch Zahlung des Beihilfebeitrags gesichert haben, aber während eines stationären Krankenhausaufenthalts dennoch keine Wahlleistungen in Anspruch nehmen, wird ein so genanntes Tagegeld gewährt.

Das Tagegeld beträgt

- a) bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarzt) 22 Euro und
- b) bei Verzicht auf Wahlleistung Unterkunft (z.B. Zweibettzimmer) 11 Euro

pro Pflegesatztag.

Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus auch Wahlleistungen anbietet; das ist z.B. nicht der Fall, wenn die Unterbringung generell in Zweibettzimmern als Regelleistung erfolgt. In diesem Fall besteht keine Wahlmöglichkeit.

Das Tagegeld können Sie unter der Nummer 7 auf Seite 2 des Beihilfeantragsvordrucks (LBV 301) beantragen.

Beihilfeberechtigte, die den Beihilfebeitrag in Höhe von 22 Euro monatlich nicht leisten, haben **weder** Anspruch auf Beihilfe zu Wahlleistungen **noch** auf Tagegeld.

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg