Baden-Württemberg
LANDESAMT FÜR BESOLDUNG UND VERSORGUNG

Informationen zur Beihilfe bei stationärer Behandlung in einem Krankenhaus nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO

1 Was ist ein Krankenhaus nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO?

Das sind Krankenhäuser, die keine Zulassung nach § 108 SGB V haben 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. Zulassung bedeutet in diesem Zusammenhang die Zulassung zur Behandlung gesetzlich versicherter Personen. 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, sind solche für die Versorgung von gesetzlich versicherten Personen „zugelassenen“ Krankenhäuser. Ist eine stationäre Behandlung in solchen zugelassenen Krankenhäusern erforderlich, so ist hierfür kein 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 auch an das zuständige Beihilfearbeitsgebiet wenden und die Zweckbestimmung der in Frage kommenden Klinik klären lassen.

2 Welche Voraussetzungen müssen für die Beihilfefähigkeit der Kosten einer Behandlung in einer „Privatklinik“ erfüllt sein?

Es ist zunächst die Bestätigung eines Arztes erforderlich, wonach die Behandlung medizinisch notwendig ist. Aus dieser Bestätigung muss die 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.

3 Welche Aufwendungen sind bei einer stationären Behandlung in einer „Privatklinik“ beihilfefähig?

Die in einer Privatklinik entstanden Aufwendungen sind wie folgt beihilfefähig:

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

- Indikationen, die mit einer DRG-Fallpauschale nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet werden können, sind auf den Wert begrenzt, der sich aus der Fallpauschale ergibt, wenn die obere Grenze des Bundesbasisfallwertkorridors angewendet wird.
  Fallbeispiel: Die obere Korridorgrenze beträgt für das Jahr 2024 einheitlich 4.315,86 EUR, die Bewertungsrelation in der Hauptabteilung der DRG I44C beträgt 1,681, somit ergibt sich für das Jahr 2024 eine Fallpauschale in Höhe von 7.254,96 EUR (1,681 x 4.315,86 EUR). 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 EUR ermittelt. Bei der DRG I44C beträgt die Pflegepersonalkostenvergütung pro Tag 165,42 (0,7192 x 230,00) EUR.

- 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 veröffentliche 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 erheblichen Pflegebedürftigkeit):

Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2024 beträgt 280 EUR. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 % auf 280 EUR ergibt einen Basisentgeltwert von 308 EUR. Dieser wird mit der Bewertungsrelation der PP04B bei 10 Behandlungstagen von 0,8654 multipliziert, so dass das tägliche Entgelt 266,54 EUR beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 2.665,40 EUR.

- 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 DRG- noch dem PEPP- Entgeltsystem zuordenbar ist.

  Der ersatzweise anzuwendende Basisentgeltwert nach § 10 Absatz 3 der PEPPV 2022 beträgt 280 EUR. Der beihilferechtliche Aufschlag von 10 % auf 280 EUR ergibt einen Basisentgeltwert von 308 EUR. Dieser wird mit der Bewertungsrelation von 1,00 bei vollstationärer Behandlung multipliziert, so dass das tägliche Entgelt 308 EUR beträgt. Bei einer Behandlungsdauer von 10 Tagen ergibt sich somit ein beihilfefähiger Betrag von 3.080 EUR.

b) Wahlleistungen

Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen und Wahlleistungen Unterkunft können nur dann berücksichtigt werden, wenn der Beihilfebeitrag nach § 6a Abs. 2 BVO in Höhe von 22,00 EUR 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 abrechnungsfähigem Tag ist ein Betrag bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des Bundesbasisfallwertkorridors beihilfefähig. Für das Jahr 2024 beträgt der beihilfefähige Zweibettzimmerzuschlag 64,74 EUR (2023: 61,51 EUR).

- Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn es sich um eine tatsächliche Wahlleistung handelt, eine gesonderte schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten erfolgt ist und Sie bei Geltendmachung der Aufwendungen die Wahlleistungsvereinbarung vorlegen.

c) Notfallbehandlung

Im Rahmen einer Notfallbehandlung entstandene und dem Grunde nach beihilfefähige Aufwendungen sind beihilfefähig, wenn die notfallmäßige Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus nicht möglich war.

4 Sind sonstige Kosten, die aus Anlass eines stationären Krankenhausaufenthalts entstehen können, beihilfefähig?

Begleitpersonen:

Ist die Unterbringung einer Begleitperson in der Privatklinik aus medizinischen Gründen erforderlich, so kann hierfür im Rahmen der Vergleichsberechnung ein - beihilfefähiger - Zuschlag in Höhe von 45,00 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 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 EUR täglich beihilfefähig.

Fahrkosten:

Fahrkosten sind nur bis zur nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit und nur bis zu 120 EUR für die einfache Entfernung beihilfefähig. Darüber hinaus nur in ganz besonderen Fällen soweit nach eingehender ärztlicher Begründung keine näher gelegene Behandlungseinrichtung in Betracht kommt.

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 EUR beihilfefähig.

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 ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt,
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischen Strahlen- und Chemotherapie, ambulanten Rehabilitationsbehandlung, ambulanten Anschlussheilbehandlung,
- 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.

Nicht beihilfefähig sind die Kosten von Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung objektiv möglich ist und zurück, 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.

5 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 gesichert haben, aber die gesondert berechneten Wahlleistungen nicht in Anspruch nehmen, wird bei Privatkliniken, ein so genanntes Tagegeld gewährt.

Das Tagegeld beträgt

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

pro Pflegesatztag.

Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus auch Wahlleistungen anbietet; das ist z. B. 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.

Das Tagegeld können Sie unter der Nummer 4 - Pauschalbeträge - Seite 2 des Beihilfeantragsvordrucks (LBV 301) beantragen. **>> 301>>**

6 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“.

Bei weiteren Fragen können Sie jederzeit eine elektronische Mitteilung über das Kundenportal an das zuständige Arbeitsgebiet senden.

Drucken

Ihr
Landesamt für Besoldung und
Versorgung Baden-Württemberg