

Merkblatt Beihilfe

Stationäre Behandlung in einer Privatklinik

21. November 2018



	Seite
1. Begriffsdefinition und Voraussetzungen	2
2. Beihilfefähige Aufwendungen	2
2.1 DRG (Fallpauschalen)	2
2.2 Tagesgleiche Pflegesätze	2
2.3 Wahlleistungen	2
2.4 Weitere Aufwendungen	2
2.5 Direktabrechnung	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 11/18

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
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 in diesen Einrichtungen erbrachten Leistungen richtet sich nach § 7 Beihilfeverordnung des Landes Baden-Württemberg (BVO). Sie ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden und bezüglich der Höhe der beihilfefähigen Kosten 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 (Diagnosis Related Groups = Fallpauschalen) abgerechnet werden, erfolgt die Berechnung auf der Grundlage des DRG-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 (KHEntG) errechnet. Dabei wird die tatsächliche Verweildauer zu Grunde gelegt.

Fallbeispiel:

Für den Ersatz eines künstlichen Hüftgelenks (DRG I05A) ergibt sich ein Kostengewicht in der Hauptabteilung von 4,179 und in der Belegabteilung von 3,699. Die obere Grenze des Basisfallwertkorridors im Jahr 2019 beträgt 3.633,60 €. Beihilfefähig sind somit bei Behandlung in der Hauptabteilung 15.184,81 € (= 3.633,60 € x 4,179), dagegen in der Belegabteilung 13.440,69 € (= 3.633,60 € x 3,699).

2.2 Tagesgleiche Pflegesätze

Würde die Behandlung i. d. R. nicht mit DRG-Fallpauschalen abgerechnet (z. B. bei psychiatrischer Behandlung), sind die Aufwendungen bis zu folgenden Tagessätzen beihilfefähig für:

- Volljährige bei vollstationärer Behandlung 293,80 €, teilstationär 225,60 €.
- Minderjährige bei vollstationärer Behandlung 462,80 €, teilstationär 345,80 €.

2.3 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 „Zweibettzimmer“ in Anspruch genommen und von der Klinik in Rechnung gestellt wurde, sind die Aufwendungen bis zu 54,50 € pro Tag (im Jahr 2019) beihilfefähig. Mehrkosten für die Unterbringung in einem Einbettzimmer können nicht – auch nicht anteilig – 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.

2.4 Weitere Aufwendungen

Vom Krankenhaus berechnete zusätzliche Entgelte sind nur beihilfefähig, wenn diese bezüglich ihres Leistungsinhalts den krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelten nach den Anlagen 3a und 3b des Fallpauschalenkatalogs (§ 6 Abs. 1 S. 1 KHEntG) entsprechen. 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 nachlesen, z. B. Rechtsgrundlagen, Rundschreiben und Merkblätter.

2.5 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.
- Die Einrichtung ergänzt den Antrag und sendet diesen mit der Rechnung an den KVBW.
- Der KVBW bearbeitet den Antrag und zahlt den Beihilfebetrag 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.