

Achtung Zuzahlungen! Wieviel zahlt die Beihilfe bei Behandlungen in einer Privatklinik?



Bevor der Krankenhausaufenthalt zur Kostenfalle wird steht die Frage: Wieviel zahlt die Beihilfe bei Behandlungen in einer Privatklinik?

Wann hat ein Krankenhaus den Status einer Privatklinik nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 BVO?

Welche Voraussetzungen müssen für die Beihilfefähigkeit der Kosten bei einer Behandlung in einer Privatklinik erfüllt sein?

Im Zusammenhang mit stationären Behandlungen in einer „Privatklinik“ stellt sich immer wieder die Frage, in welcher Höhe die dort entstehenden Kosten von der Beihilfe übernommen werden. Der nachfolgende Beitrag will diese Frage beantworten.

Da unserem Verband in jüngerer Zeit einige Fälle bekannt geworden sind, in denen sich unsere Mitglieder - teils verzweifelt - an unsere Landesgeschäftsstelle gewandt hatten, weil sie nach erfolgter Behandlung in Privatkliniken infolge der diesbezüglich geltenden Beihilfevorschriften mit Selbstbehalten von bis zu einigen tausend Euro belastet wurden, sehen wir uns veranlasst, auf die bei einer Behandlung in einer Privatklinik anzuwendende Beihilfevorschrift nachdrücklich hinzuweisen.

Es handelt sich hierbei um Krankenhäuser, die für gesetzlich krankenversicherte Personen keine Zulassung nach § 108 Sozialgesetzbuch V (SGB V) und auch keine Versorgungsverträge mit gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen haben. „Zulassung“ bedeutet in diesem Zusammenhang die Zulassung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Personen. Diese Krankenhäuser haben in der Regel lediglich eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung zum Betrieb ihrer Einrichtung erhalten.

Öffentliche Krankenhäuser dagegen sind die im Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäuser (zum Beispiel Kreiskrankenhäuser oder städtische Kliniken) sowie Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen oder Ersatzkassen geschlossen haben; es sind für die Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Personen „zugelassene“ Krankenhäuser. Ist eine stationäre Behandlung in solchen zugelassenen Krankenhäusern erforderlich, so ist hierfür keine 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 an das für Sie zuständige Arbeitsgebiet der Beihilfestelle beim LBV wenden und die Zweckbestimmung der in Frage kommenden Klinik („Privatklinik“ oder „zugelassenes Krankenhaus“) klären lassen.

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

Welche Aufwendungen sind bei einer stationären Behandlung in einer Privatklinik beihilfefähig?

Die in einer Privatklinik entstandenen Aufwendungen sind wie folgt beihilfefähig:

• Allgemeine Krankenhausleistungen

Indikationen, die mit einer so genannten DRG-Fallpauschale nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet werden können, sind auf den Wert begrenzt, der sich aus der DRG-Fallpauschale ergibt, wenn die obere Grenze des so genannten Bundesbasisfallwertkorridors angewendet wird.

Beispiel: Die obere Korridorgrenze beträgt für das Jahr 2022 einheitlich 3.928,89 Euro. Die Bewertungsrelation in der Hauptabteilung der DRG I44C beträgt 1.770; somit ergibt sich für das Jahr 2022 eine beihilfefähige Fallpauschale in Höhe von 6.945,14 Euro (1.770 x 3.928,89 Euro). Daneben sind Pflegepersonalkostenvergütungen pro Tag des Aufenthalts als separate Zuschläge berücksichtigungsfähig (Aufnahme- und Entlassungstag zählen hierbei als ein Tag). Die Pflegepersonalkostenvergütung wird aus der Bewertungsrelation des Pflegeerlöskatalogs der jeweiligen Fallpauschale, multipliziert mit dem Faktor 163,09 Euro ermittelt. Bei der oben genannten DRG-Fallpauschale I44C beträgt die Pflegepersonalkostenvergütung pro Tag 116,95 Euro.

In allen anderen Fällen, in denen das System der DRG-Fallpauschalen nicht angewendet wird (in der Regel handelt es sich um psychosomatische und psychotherapeutische Kliniken), sind die Aufwendungen auf folgende Höchstsätze pro Tag begrenzt:

a) Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben:

- bei vollstationärer Behandlung 293,80 Euro
- bei teilstationärer Behandlung 225,60 Euro;

b) Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

- bei vollstationärer Behandlung 462,80 Euro
- bei teilstationärer Behandlung 345,80 Euro.

• Wahlleistungen

Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen und für die Wahlleistung Unterkunft können nur dann berücksichtigt werden, wenn der Beihilfebeitrag nach § 6a Abs. 2 BVO in Höhe von 22,00 Euro 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 abrechnungsfähigen Tag ist ein Betrag bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des so genannten Bundesbasisfallwertkorridors beihilfefähig. Für das Jahr 2022 beträgt der beihilfefähige Zweibettzimmerzuschlag pro Tag 57,63 Euro.

Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen sind beihilfefähig, wenn es sich um eine tatsächliche Wahlleistung handelt, eine gesonderte schriftliche Vereinbarung mit dem Patienten erfolgt ist und diese Wahlleistungsvereinbarung bei Geltendmachung der Aufwendungen der Beihilfestelle vorgelegt wird.

• 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. Eine Notfallbehandlung endet dann, wenn der Patient wieder transportfähig ist. Ab dem Zeitpunkt der Transportfähigkeit würden bei einem etwaigen Verbleiben in der Privatklinik die vorstehend unter „Allgemeine Krankenhausleistungen“ genannten Höchstbeträge gelten.

Gut informiert mit dem VBE!

Sind sonstige Kosten, die aus Anlass eines stationären Aufenthalts in einer Privatklinik entstehen können, beihilfefähig?

Wann besteht ein Anspruch auf Tagegeld nach § 15 Abs. 4 BVO?

• Begleitperson

Ist die Unterbringung einer Begleitperson in der Privatklinik aus medizinischen Gründen erforderlich, so ist hierfür ein Zuschlag in Höhe bis zu 45,00 Euro pro Berechnungstag beihilfefähig. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der behandelnde Krankenhausarzt. Sofern kein medizinischer Grund für eine Begleitung vorliegt, sind die Kosten im Sinne des Beihilferechts medizinisch nicht notwendig und somit nicht beihilfefähig.

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 Euro pro Berechnungstag 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 0,30 Euro (bis 31.12.2021: 0,25 Euro) beihilfefähig. Erfolgt die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privatem PKW oder Taxi zur Behandlung am Wohnort, am Behandlungsort oder am Aufenthaltsort und in deren Nahbereich bis 30 Kilometer (bei einfachen Entfernungen) können die Fahrkosten nicht erstattet werden. Dies gilt nicht:

- wenn lt. Schwerbehindertenausweis eine Schwerbehinderung mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) vorliegt oder
- wenn ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 vorliegt oder
- bei Fahrten aufgrund einer Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie oder
- 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 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 oder 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.

Wenn Sie sich den Anspruch auf eine Beihilfegewährung zu den Aufwendungen für Wahlleistungen im Krankenhaus durch Zahlung des Beihilfebeitrags von monatlich 22,00 Euro gesichert haben, jedoch die gesondert berechneten Wahlleistungen nicht in Anspruch nehmen, wird auch bei Privatkliniken ein so genanntes Krankenhaustagegeld gewährt.

Das Krankenhaustagegeld beträgt

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (zum Beispiel Zweibettzimmer): 11 Euro und
 - bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 22 Euro
- pro Pflegesatztag. Voraussetzung ist allerdings, dass das Krankenhaus die Wahlleistung anbietet. Dies ist zum Beispiel 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, so dass in einem solchen Fall ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld von 11 Euro pro Pflegesatztag nicht besteht. Das Krankenhaustagegeld können Sie unter der Nr. 4 auf Seite 2 des Beihilfeantragsvordrucks (LBV 301) beantragen.

Besteht die Möglichkeit einer Direktabrechnung mit der stationären Einrichtung beziehungsweise dem Rechnungssteller?

Bei einer stationären Krankenhausbehandlung – sowohl in zugelassenen Krankenhäusern als auch in Privatkliniken – kann das LBV als Beihilfestelle die Beihilfe direkt an die stationäre Einrichtung zahlen. Voraussetzung hierfür ist allerdings ein entsprechender Antrag auf Direktabrechnung durch den Beihilfeberechtigten 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 jedoch weiterhin der beihilfeberechtigten Person zu.

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

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

Fazit:

Um Kostenrisiken für sich und Familienangehörige zu vermeiden, ist es ratsam, sorgsam zu überlegen, ob zum Beispiel eine anstehende und noch planbare stationäre Krankenhausbehandlung nicht doch eher in einem erheblich kostengünstigeren zugelassenen Krankenhaus stattfinden sollte.

Seitens der Beihilfestelle und der Krankenversicherung nicht erstattete Kostenanteile können einkommensteuerrechtlich als so genannte „Außergewöhnliche Belastungen anderer Art“ geltend gemacht werden. Allerdings ist nur der Kostenanteil steuerwirksam, der nach Abzug des steuerrechtlich zumutbaren Belastungsbetrags verbleibt.

Quelle: LBV-Info 305c2-04/22; überarbeitete und ergänzte Fassung



Kurz Schulz
Dipl.-Verwaltungswirt