



FACHBEREICH **Beihilfe**

THEMATIK **Krankenhaus**

## 1. Unter welchen Voraussetzungen sind Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern beihilfefähig?<sup>1</sup>

Beihilfefähig sind Aufwendungen in **zugelassenen Krankenhäusern** nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), für folgende Leistungen die nach dem **Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)** oder der **Bundespflegesatzverordnung (BPfIV)** vergütet werden:

- a) **vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung**<sup>2</sup> und im Zusammenhang damit berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte<sup>3</sup>
- b) **allgemeine Krankenhausleistungen**<sup>4</sup> und im Zusammenhang damit berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte<sup>5</sup>
- c) die Unterbringung einer **Begleitperson**<sup>6</sup> im Krankenhaus, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist
- d) **Wahlleistungen**
  - gesondert berechnete **wahlärztliche Leistungen**<sup>7</sup> (z. B. Chefarztbehandlung)
  - gesondert berechnete Unterkunft<sup>8</sup> bis zur Höhe der Kosten eines **Zweibettzimmers** abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich

Wahlleistungen sind nur beihilfefähig, wenn sie vor ihrer Erbringung schriftlich mit dem Krankenhaus vereinbart wurden.<sup>9</sup> Bei Beantragung der Beihilfe muss die von beiden Vertragsparteien unterschriebene **Wahlleistungsvereinbarung** zusammen mit der Rechnung eingereicht werden.

Als Kosten eines Zweibettzimmers werden die Kosten des Zweibettzimmers der jeweiligen Abteilung als beihilfefähig anerkannt. Gesondert berechenbare Komfortleistungen sind nicht beihilfefähig. Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber einem Zweibettzimmer nicht beihilfefähig. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 Prozent dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

Bei der Beihilfebeantragung ist mit der Krankenhausrechnung auch immer die Entlassungsanzeige einzureichen.

<sup>1</sup> § 26 der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV)

<sup>2</sup> nach § 115a SGB V

<sup>3</sup> § 18 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG

<sup>4</sup> § 2 Absatz 2 KHEntgG und § 2 Absatz 2 der BPfIV

<sup>5</sup> § 18 Absatz 1 Satz 2 KHEntgG

<sup>6</sup> § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 des KHEntgG

<sup>7</sup> im Sinne des § 17 des KHEntgG und des § 16 Satz 2 der BPfIV

<sup>8</sup> im Sinne des § 17 des KHEntgG und des § 16 Satz 2 der BPfIV

<sup>9</sup> § 17 Absatz 2 Satz 1 KHEntgG

## 2. Unter welchen Voraussetzungen sind Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung beihilfefähig?<sup>10</sup>

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen (= alle Leistungen anbieten, die in einem Akutkrankenhaus erbracht werden müssen), aber nicht nach § 108 SGB V für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind (Privatkliniken), sind nicht uneingeschränkt bis zu dem vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Betrag beihilfefähig. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen orientiert sich an den beihilfefähigen Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern.

Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in einem nicht zugelassenen Krankenhaus gelten folgende Voraussetzungen:

- a) Bei **Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können**<sup>11</sup>, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen<sup>12</sup> bis zu dem Betrag beihilfefähig, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges<sup>13</sup> für die Hauptabteilung des Krankenhauses ergibt.

Bei der Ermittlung des Betrages wird die obere Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors<sup>14</sup>, sowie die im Fallpauschalenkatalog angegebene mittlere Verweildauer zugrunde gelegt. In 2019 liegt dieser Betrag (Bundesbasisfallwert obere Korridorgrenze) bei 3.633,60 Euro. Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrages wird dieser Wert mit der Bewertungsrelation der jeweiligen Fallpauschale (aus dem Fallpauschalenkatalog) multipliziert.

*Beispiel - Blinddarmoperation mit der Fallpauschale G23C*

Die Bewertungsrelation der Hauptabteilung beträgt 0,837. Dieser Wert wird mit den oben angegebenen 3.633,60 Euro multipliziert. Die allgemeinen Krankenhausleistungen für diese Blinddarmoperation liegen damit bei 3.041,32 Euro.

- b) Bei **Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können**<sup>15</sup> (Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen) sind der **Basispflegesatz** und der **Abteilungspflegesatz** beihilfefähig, sofern der tägliche Gesamtbetrag folgende Beträge nicht übersteigt:

	Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben	Personen die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
bei vollstationärer Behandlung	293,80 Euro	462,80 Euro
bei teilstationärer Behandlung	225,60 Euro	345,80 Euro

- c) Gesondert berechnete **Wahlleistungen für Unterkunft** sind bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors<sup>16</sup> beihilfefähig, abzüglich 14,50 Euro täglich. In 2019 liegt der Betrag von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors bei 54,50 Euro täglich.

*Beispiel: Das Privatkrankenhaus berechnet Ihnen für die Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers einen Betrag von 90,00 Euro pro Tag. Beihilfefähig sind jedoch nur 40,00 Euro: 54,50 Euro abzüglich 14,50 Euro täglich.*

<sup>10</sup> § 26a BBhV

<sup>11</sup> § 26a Absatz 1 Nummer 1 BBhV

<sup>12</sup> § 26 Absatz 1 Nummer 2 BBhV

<sup>13</sup> nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 KHEntgG

<sup>14</sup> § 10 Absatz 9 KHEntgG (Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes)

<sup>15</sup> § 26a Absatz 1 Nummer 2 BBhV

<sup>16</sup> § 10 Absatz 9 KHEntgG (Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes)

- d) Wenn zur **Notfallversorgung** das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, gelten die unter a) bis c) genannten beihilferechtlichen Obergrenzen nicht.
- e) Die Unterbringung einer **Begleitperson** im Krankenhaus ist beihilfefähig, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.<sup>17</sup>

### **Gesondert in Rechnung gestellte ärztliche Leistungen**

Aufwendungen für gesondert in Rechnung gestellte ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt, neben den Aufwendungen nach den Nummern 1 bis 5 beihilfefähig. Dies gilt nicht für von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellte Leistungen, die Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen<sup>18</sup> sind.<sup>19</sup>

### **Kostenaufstellung vor der Behandlung in einem Privatkrankenhaus**

Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen vor der Behandlung von der Klinik eine Kostenaufstellung anzufordern, in der die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10) und die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angegeben sind. Mit diesen Angaben können wir schon vor der Behandlung eine Aussage zur Höhe der voraussichtlich beihilfefähigen Kosten treffen.

## **3. Was sollte ich sonst noch zum Thema Eigenbehalte wissen?**

Der Eigenbehalt beträgt bei vollstationärer Krankenhausbehandlung 10 Euro je Kalendertag, für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr<sup>20</sup>.

Folgende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Eigenbehalt:<sup>21</sup>

- Entbindungen
- teilstationäre Behandlungen
- vor- und nachstationäre Behandlungen
- ambulante Operationen im Krankenhaus
- Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus

Aufwendungen für eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind beihilfefähig.<sup>22</sup>

Für Fragen stehen Ihnen Ihre persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner bzw. die Beihilfe-Hotline in der für Sie zuständigen Beihilfestelle unter der bekannten Nummer gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Beihilfeteam  
im Bundesverwaltungsamt  
- Dienstleistungszentrum -

<sup>17</sup> § 2 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 KHEntgG

<sup>18</sup> nach § 2 Absatz 2 KHEntgG und § 2 Absatz 2 BPfIV

<sup>19</sup> § 26a Absätze 2 und 3 BBhV

<sup>20</sup> § 49 Absatz 2 Nummer 1 BBhV

<sup>21</sup> Nummer 49.2.2 der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur BBhV

<sup>22</sup> § 26 Abs. 2 BBhV