

Krankenhaus

1. Unter welchen Voraussetzungen sind Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern (öffentlichen Kliniken) beihilfefähig?

Beihilfefähig sind gemäß § 26 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für folgende Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) vergütet werden:

- » vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung,
- » allgemeine Krankenhausleistungen nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung,
- » berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte im Zusammenhang mit vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung sowie der allgemeinen Krankenhausleistung,
- » die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss,
- » Wahlleistungen in Form
 - gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen (z. B. chefärztliche Behandlung),
 - einer gesondert berechneten Unterkunft täglich bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, und
 - anderer im Zusammenhang mit den beiden vorgenannten Wahlleistungen erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen für Arznei- und Verbandmittel oder Medizinprodukte nach § 22 BBhV.

Die Aufwendungen von voll- und teilstationären Krankenhausbehandlungen unterliegen den selben Abrechnungsbestimmungen. Bei der Beihilfebeantragung ist mit der Krankenhausrechnung auch immer die Entlassungsanzeige einzureichen.

2. Unter welchen Voraussetzungen sind Krankenhausleistungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern (Privatkliniken) beihilfefähig?

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Absatz 1 SGB V erfüllen (also 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 gemäß § 26a BBhV an den beihilfefähigen Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern.

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

- a) Bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 SGB V mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag beihilfefähig, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach dem Krankenhausentgeltgesetz für die Hauptabteilung des Krankenhauses ergibt.

Beihilfefähige Aufwendungen sind:

- » Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges des KHEntgG unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes ergibt.

Bei der Ermittlung des Betrages wird der Bundesbasisfallwert (BBFW) zugrunde gelegt. Ab dem 01.04.2025 beträgt dieser 4.394,22 Euro (bis 31.03.2025 lag der BBFW bei 4.210,59Euro).

Zur Ermittlung des beihilfefähigen Betrages wird dieser Wert mit der Bewertungsrelation der jeweiligen Fallpauschale aus dem Fallpauschalenkatalog multipliziert. Liegt die tatsächliche Verweildauer unter der unteren Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Abschlag.

Liegt die tatsächliche Verweildauer über der oberen Grenzverweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog, erfolgt ein entsprechender Zuschlag (zusätzliches tagesbezogenes Entgelt).

» Für die **ausgegliederten Pflegepersonalkosten** ist ein pauschales Pflegeentgelt multipliziert mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog für jeden Belegungstag beihilfefähig. Seit dem 1. Januar 2023 beträgt das pauschale Pflegeentgelt 230 Euro. Ab dem 28. März 2024 wurde dieses auf 250 Euro erhöht.

» Sofern in der Rechnung **Zusatzentgelte** ausgewiesen sind, sind diese bis zur Höhe des Zusatzentgeltkatalogs nach dem KHEntG beihilfefähig.

Beispiel für Operation im Jahr 2024:

Blinddarmoperation (Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole) mit der Fallpauschale G23A bei 3 Aufenthaltstagen:

Die Bewertungsrelation der Hauptabteilung beträgt 2024: 0,893.

*Dieser Wert wird mit dem derzeit geltenden Bundesbasisfallwert 4.210,59 Euro multipliziert. Die **allgemeinen Krankenhausleistungen** für diese Blinddarmoperation liegen damit bei 3.760,06 Euro.*

*Hinzu kommt der Betrag für **Pflegepersonalkosten** - die Pflegeerlös-Bewertungsrelation je Belegungstag beträgt hier 1,0726 (250 Euro x 1,0726 = 268,15 Euro) für 3 tatsächliche Aufenthaltstage (268,15 Euro x 3 = 804,45 Euro) und ggf. der Betrag für **Zusatzentgelte**.*

- b) Bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatische Einrichtungen abgerechnet werden (Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen), sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:
- » Das berechnete Entgelt des PEPP-Entgeltkatalogs bei Anwendung eines pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro.
Die Rechnung der Klinik soll hierfür die PEPP aus Spalte 1 des PEPP-Entgeltkatalogs Anlage 1a oder 2a enthalten (z. B. P003B).
 - » Zusatzentgelte sind bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges beihilfefähig.
Die Rechnung der Klinik soll hierfür die ZPD aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkatalogs - Zusatzentgeltkatalogs Anlage 3 enthalten (z. B. ZP02.12).
 - » Sofern in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges.

Die Rechnung der Klinik muss hierfür die ETD aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkatalogs - Katalog ergänzender Tagesentgelte Anlage 5 enthalten (z. B. ET02.05).
- c) Gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft sind täglich bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, beihilfefähig.
- d) Wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, gelten die zuvor genannten beihilferechtlichen Obergrenzen nicht.
- e) Die Kosten zur Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus sind beihilfefähig, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss.

Sofern eine Privatklinik im Einzelfall eine Zulassung nach § 108 SGB V hat, ist kein Kostenvergleich nach den vorstehenden Regelungen durchzuführen.

3. Kann ich vor Behandlung in einer Privatklinik Auskunft zu den Kosten erhalten? Wenn

Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen vor der Behandlung eine Kostenaufstellung von der Klinik anzufordern, in der die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10) bzw. der PEPP-Schlüssel und die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angegeben sind. Mit diesen Angaben kann durch die Beihilfestelle vor Behandlung eine Übersicht zur Höhe der voraussichtlich beihilfefähigen Kosten erstellt werden.

4. Was ist bei Wahlleistungen zu beachten?

Wahlleistungen sind nur beihilfefähig, wenn sie vor ihrer Erbringung schriftlich mit dem Krankenhaus vereinbart wurden. Für die Wahlleistung Unterkunft in zugelassenen Krankenhäusern und in Privatkliniken ohne Zulassung nach § 108 SGB V gilt ein pauschaler täglicher Höchstsatz von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist (derzeit 4.504,08 Euro).

Der neue Höchstbetrag ist durch die jährliche Anpassung des Basisfallwerts zum 1. April eines Jahres dynamisiert. Ab dem 1. April 2025 sind damit Aufwendungen bis maximal 54,05 Euro täglich für die Wahlleistung Unterkunft beihilfefähig.

5. Fallen Eigenbehalte bei Krankenhausleistungen an?

Der Eigenbehalt beträgt bei vollstationärer Krankenhausbehandlung 10 Euro je Kalendertag, für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr (§ 49 Absatz 2 Nummer 1 BBhV).

Folgende Krankenhausbehandlungen unterliegen **keinem** Eigenbehalt:

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

6. Ist eine Abtretung des Beihilfeanspruchs an das Krankenhaus möglich?

Auf Beihilfe besteht gemäß § 10 Absatz 1 BBhV ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden.

Geben Sie daher keine Abtretungserklärungen im Krankenhaus ab. Werden dennoch Abtretungserklärungen (auch Zahlungsaufträge genannt) vorgelegt, bleiben diese für die Beihilfestelle unbeachtlich.

Für weitere Fragen zum Thema können Sie uns gern telefonisch unter **0391 62570-699** kontaktieren.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Beihilfeteam

im Kommunalen Versorgungsverband Sachsen-Anhalt