

Stand: Mai 2019

Merkblatt Krankenhausleistungen

INTERN



Rechtsgrundlagen

[Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen \(BBhV\)](#)

[Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#)

[Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#)

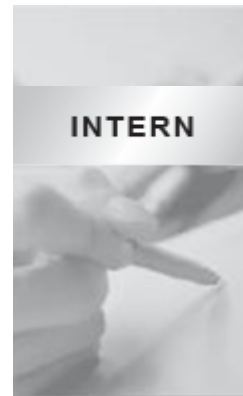
[Bundespflegesatzverordnung \(BPfIV\)](#)

Dieses Merkblatt gibt einen allgemeinen Überblick über die rechtlichen Regelungen. Individuelle Rechtsansprüche können aus diesem Merkblatt nicht abgeleitet werden. Für Fragen im konkreten Einzelfall steht Ihnen der Beihilfe-Kundenservice unter der unten angegebenen Telefonnummer zur Verfügung.



Service-Haus

Merkblatt Krankenhausleistungen



Inhaltsverzeichnis

I.	Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 BBhV)	3
II.	Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung (§ 26a BBhV)	4
1	Bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können (§ 26a Abs. 1 Nr. 1 BBhV)	4
2	Bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können (§ 26a Abs. 1 Nr. 2 BBhV)	5
3	Gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft (§ 26a Abs. 1 Nr. 3 BBhV)	5
4	Notfallversorgung (§ 26a Abs. 1 Nr. 4 BBhV)	6
5	Begleitperson (§ 26a Abs. 1 Nr. 5 BBhV)	6
6	Behandlung in einer Privatklinik im Ausland (§ 11 Abs. 1 i. V. m. § 26a BBhV)	6
III.	Eigenbehalte	6
IV.	Beispiele zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Privatkliniken	6
1	Behandlung in einer Privatklinik wegen einer Indikation, die mit einer Fallpauschale nach KHEntgG abgerechnet werden kann	6
2	Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen	7

I. Krankenhausleistungen in zugelassenen Krankenhäusern (§ 26 BBhV)

In diesen Krankenhäusern sind Aufwendungen für Leistungen beihilfefähig für:

- 1) vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung nach [§ 115a SGB V](#),
- 2) allgemeine Krankenhausleistungen nach [§ 2 Abs. 2 KHEntgG](#) und [§ 2 Abs. 2 BpflV](#),
- 3) im Zusammenhang mit den Nummern 1 und 2 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte ([§ 18 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG](#)),
- 4) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist ([§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG](#)) und
- 5) Wahlleistungen in Form
 - a) von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung) im Sinne von [§ 17 KHEntgG](#) und des [§ 16 Satz 2 BpflV](#),
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des [§ 17 KHEntgG](#) und [§ 16 Satz 2 BpflV](#) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich und
 - c) anderer im Zusammenhang mit den Leistungen nach den Buchstaben a und b entstandener Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach [§ 22 BBhV](#).

Nach [§ 51 Abs. 3 Satz 3 BBhV](#) sind die Entlassungsanzeige und die Wahlleistungsvereinbarung vorzulegen, die nach [§ 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung](#) oder nach [§ 17 des Krankenhausentgeltgesetzes](#) vor Erbringung der Wahlleistungen abgeschlossen worden sind.

Der Rechnung über den Krankenhausaufenthalt ist eine Entlassungsanzeige beigelegt; zur beihilferechtlichen Prüfung der Rechnung ist es erforderlich, dass diese Entlassungsanzeige dem Beihilfeantrag beigelegt ist. Ist die Entlassungsanzeige nicht beigelegt, kann vorerst keine Beihilfe gewährt werden.

Wurden Wahlleistungen in Form von gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (z. B. Chefarztbehandlung), eine gesondert berechnete Unterkunft oder Aufwendungen für ärztliche Leistungen und Leistungen nach [§ 22 BBhV](#) vereinbart, sind dem Beihilfeantrag die Rechnungen sowie die betreffenden Wahlleistungsvereinbarungen beizufügen. Ist die Wahlleistungsvereinbarung nicht beigelegt, kann für die berechnete Wahlleistung vorerst keine Beihilfe gewährt werden.

Da Belege in der Beihilfestelle nicht aufbewahrt werden dürfen, sind Entlassungsanzeige und Wahlleistungsvereinbarung jedem Beleg, mit dem Aufwendungen für die betreffende Behandlung geltend gemacht werden, beizufügen.

Wird als Wahlleistung die Unterbringung in einem Einbettzimmer in Anspruch genommen, so sind die Mehraufwendungen gegenüber der Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers nicht beihilfefähig. Dies gilt auch dann, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Unterbringung in einem Zweibettzimmer umfassen (sogenannte „Regelleistung“) und deshalb nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer mit drei und mehr Betten und werden als gesonderte Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 % dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

Für den Entlassungstag berechnete Kosten für die Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer“ sind nicht beihilfefähig.

Erfolgt die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung noch nach den Vorgaben der [BPfIV](#) sind die Kosten der Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, die aus medizinischen Gründen notwendig ist, durch den Pflegesatz nach der [BPfIV](#) abgegolten.

Bei Abrechnungen nach dem [KHEntgG](#) ist der zwischen dem AOK-Bundesverband, den Ersatzkassen sowie dem PKV-Verband einerseits sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft andererseits vereinbarte Zuschlag für die Aufnahme einer Begleitperson aus medizinischen Gründen beihilfefähig.

Leistungen nach § 26 Absatz 1 Nummer 1, 2, 4 und 5 können direkt zwischen dem Krankenhaus oder dem vom Krankenhaus beauftragten Rechnungssteller und der Festsetzungsstelle abgerechnet werden, wenn das Krankenhaus an der zwischen Bund und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. abgeschlossenen Rahmenvereinbarung partizipiert. Dies können Sie direkt im Krankenhaus erfragen. Die entsprechenden Antragsformulare können bei der Beihilfenstelle angefordert werden.

II. Krankenhausleistungen in Krankenhäusern ohne Zulassung (§ 26a BBhV)

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) erfüllen, aber nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassen sind, sind mit den u. a. Einschränkungen beihilfefähig. Bei diesen Krankenhäusern handelt es sich um Privatkliniken. Für die Berechnung der Beihilfefähigkeit muss ein Kostenvergleich mit den beihilfefähigen Obergrenzen vorgenommen werden.

Mit den sich durch die Obergrenzen ergebenden beihilfefähigen Beträgen sind Aufwendungen für Leistungen abgegolten, die von Krankenhäusern zusätzlich in Rechnung gestellt werden und Bestandteile der allgemeinen Krankenhausleistungen nach [§ 2 Abs. 2 KHEntgG](#) und [§ 2 Abs. 2 BPfIV](#) sind.

Gesondert in Rechnung gestellte Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind, sofern die Abrechnung nach der Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte erfolgt, neben den Aufwendungen für die Krankenhausbehandlung beihilfefähig.

Vor der Aufnahme in ein Krankenhaus ohne Zulassung kann eine Übersicht über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Beihilfestelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden.

1 Bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können ([§ 26a Abs. 1 Nr. 1 BBhV](#))

Bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem [KHEntgG](#) abgerechnet werden können, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) für die Hauptabteilung ergibt, beihilfefähig; dabei wird die obere Grenze des nach [§ 10 Abs. 9 KHEntgG](#) zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors zugrunde gelegt.

Die obere Grenze des Basisfallwertkorridors beträgt:

- 2018: 3.553,98 Euro
- 2019: 3.633,60 Euro

Bei der Ermittlung der beihilfefähigen Aufwendungen wird immer die Fallpauschale der Hauptabteilung zugrunde gelegt, unabhängig davon, ob es sich um eine belegärztliche Behandlung handelt. Unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer in der Privatklinik wird immer vom Behandlungsfall ausgegangen und die mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog zugrunde gelegt; dies gilt auch bei eventuellen Verlängerungen des Aufenthalts, d.h. die Höhe der beihilfefähigen Leistungen bleibt auch dann unverändert.

Nicht beihilfefähig sind zusätzliche Leistungen, die üblicherweise Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind.

Sowohl eine Kostenübersicht für eine Vorabauskunft der Beihilfestelle als auch spätere Rechnungen müssen die diagnosebezogene Fallgruppe DRG (Diagnosis Related Groups) nach dem Fallpauschalenkatalog für die Hauptabteilung enthalten. Daneben ist es unbedingt erforderlich, dass die Diagnose(n) nach der aktuellen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) sowie bei allgemeinen Krankenhausleistungen die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) enthalten sind.

Alle zugehörigen Informationen und Übersichten zu den Basisfallwertkorridoren, den Diagnosen, DRG, OPS und Bewertungsrelationen etc. finden Sie auf der [Website des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information \(DIMDI\)](#).

2 Bei Indikationen, die nicht mit Fallpauschalen nach dem KHEntgG abgerechnet werden können ([§ 26a Abs. 1 Nr. 2 BBhV](#))

Bei diesen Fällen handelt es sich in der Regel um Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen. Beihilfefähig sind der Basispflegesatz und der Abteilungspflegesatz, soweit 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

3 Gesondert berechnete Walleistungen für Unterkunft ([§ 26a Abs. 1 Nr. 3 BBhV](#))

Gesondert berechnete Walleistungen für Unterkunft in einem Zweibettzimmer sind bis zur Höhe von 1,5 % der oberen Grenze des nach [§ 10 Abs. 9 KHEntgG](#) zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors abzüglich 14,50 Euro täglich beihilfefähig.

- 2018: 53,31 Euro abzüglich 14,50 Euro = 38,81 Euro
- 2019: 54,50 Euro abzüglich 14,50 Euro = 40,00 Euro

4 Notfallversorgung ([§ 26a Abs. 1 Nr. 4 BBhV](#))

Wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, gelten die unter 2.1. bis 2.3. angegebenen beihilfefähigen Obergrenzen nicht.

5 Begleitperson ([§ 26a Abs. 1 Nr. 5 BBhV](#))

Aufwendungen für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus sind beihilfefähig, soweit dies aus medizinischen Gründen notwendig ist ([§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG](#)).

6 Behandlung in einer Privatklinik im Ausland ([§ 11 Abs. 1 i. V. m. § 26a BBhV](#))

Gemäß [§ 11 Abs. 1 BBhV](#) sind Aufwendungen für Leistungen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union (EU) wie im Inland entstandene Aufwendungen zu behandeln, Aufwendung für Leistungen außerhalb der EU sind beihilfefähig bis zu der Höhe, in der sie im Inland entstanden und beihilfefähig wären. Bei Krankenhausleistungen ist eine Vergleichsberechnung entsprechend [§ 26a BBhV](#) durchzuführen, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallversorgung.

Ohne die Angabe von DRG und OPS kann diese Vergleichsberechnung nicht durchgeführt werden. Sollte die Rechnung einer Klinik im Ausland diese Angaben nicht beinhalten, so lassen Sie sich diese bitte von der Klinik gesondert bestätigen.

III. Eigenbehalte

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich um 10 Euro je Kalendertag bei vollstationären Krankenhausleistungen, höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr ([§ 49 Abs. 2 Nr. 1 BBhV](#)). Der Abzugsbetrag ist dabei sowohl für den Aufnahme- als auch für den Entlassungstag zu berücksichtigen. Die Abzugsbeträge sind für jedes Kalenderjahr gesondert zu beachten; dies gilt auch bei durchgehendem stationären Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel.

Nachstehende Krankenhausbehandlungen unterliegen keinem Abzugsbetrag:

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

Eigenbehalte sind nicht abzuziehen von Aufwendungen für Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

IV. Beispiele zur Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Krankenhausleistungen in Privatkliniken

1 Behandlung in einer Privatklinik wegen einer Indikation, die mit einer Fallpauschale nach KHEntgG abgerechnet werden kann

Eine beihilfeberechtigte Person mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % war wegen eines Hallux valgus vom 02.03. – 05.03.2019 (entspricht 4 Tagen) in einer Privatklinik. Die Rechnung enthält die Diagnosen, die Prozeduren, die DRG I20G „Eingriffe am Fuß ohne

komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesen am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl“ sowie deren Bewertungsrelation bei der Hauptabteilung 0,919.

Der Rechnungsbetrag liegt bei 3.862,66 Euro und setzt sich folgendermaßen zusammen:

Behandlung	(DRG I20G)	3.011,89 Euro
zzgl. Zweibettzimmerzuschlag	(58,51 Euro x 4 Tage)	234,04 Euro
zusammen		3.245,93 Euro
zzgl. Mehrwertsteuer 19 %		616,73 Euro
Rechnungsbetrag		3.862,66 Euro

Kostenvergleich zur Feststellung der Beihilfefähigkeit:

Obere Grenze des Basisfallwertkorridors		3.633,60 Euro
x Bewertungsrelation Hauptabteilung	(DRG I20G 0,919)	3.339,28 Euro
zzgl. Wähleistungen für Unterkunft	(54,50 Euro abzüglich 14,50 Euro für 4 Tage)	160,00 Euro
zusammen		3.499,28 Euro
abzüglich Eigenbehalte	(10,00 Euro x 4 Tage)	40,00 Euro
Beihilfefähiger Betrag		3.459,28 Euro

Die Beihilfe wird auf 1.729,64 Euro (50 % von 3.459,28 Euro) festgesetzt.

2 Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen

Eine 55-jährige beihilfeberechtigte Person mit einem Beihilfebemessungssatz von 50 % war wegen einer Depression (Diagnose nach ICD 10: F32 Mittelgradige depressive Episode) vom 12.01.-28.02.2019 (entspricht 48 Tagen) zur vollstationären Behandlung in einer Privatklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen.

Der Rechnungsbetrag liegt bei 22.613,81 Euro und setzt sich folgendermaßen zusammen:

Basispflegesatz	(140,06 Euro x 48 Tage)	6.722,88 Euro
zzgl. Hauptabteilungspflegesatz	(203,94 Euro x 48 Tage)	9.789,12 Euro
zzgl. Zweibettzimmerzuschlag	(75,00 Euro x 48 Tage)	3.600,00 Euro
zusammen		20.112,00 Euro
zzgl. Mehrwertsteuer 19 %		3.821,28 Euro
Rechnungsbetrag		23.933,28 Euro

Kostenvergleich zur Feststellung der Beihilfefähigkeit:

Obergrenze für Pflegesätze	(293,80 Euro x 48 Tage)	14.102,40 Euro
zzgl. Wähleistungen für Unterkunft	(54,50 Euro abzüglich 14,50 Euro für 48 Tage)	1.920,00 Euro
zusammen		16.022,40 Euro
abzüglich Eigenbehalte	(10,00 Euro x 28 Tage)	280,00 Euro
beihilfefähiger Betrag		15.742,40 Euro

Die Beihilfe wird auf 7.871,20 Euro (50 % von 15.742,40 Euro) festgesetzt.

Impressum

BA-Service-Haus
SB 24 Zentrale Personaldienstleistungen - Beihilfestelle
Nürnberg
+49 (911) 179 3510