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 (BPflV) vergütet werden:

1.1 vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung

1.2 allgemeine Krankenhausleistungen nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung

1.3 berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte im Zusammenhang mit vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung sowie der allgemeinen Krankenhausleistung

1.4 die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss

1.5 Wahlleistungen in Form

a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen (z. B. chefärztliche Behandlung),

b) einer gesondert berechneten Unterkunft bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung abzüglich eines Betrages von 14,50 Euro täglich,

c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a) und b) erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen für Arznei- und Verbandmittel oder Medizinprodukte nach § 22 BBhV.

Bei der Beihilfebeantragung ist mit der Krankenhausrechnung immer die Wahlleistungsvereinbarung einzureichen.

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

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 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:

2.1 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 ab 01.01.2020 sind:

a) **allgemeine Krankenhausleistungen** (§ 26 Abs. 1 Nr. 2) bis zu dem Betrag, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für die Hauptabteilung ergibt, bei Anwendung des einheitlichen Bundesbasisfallwertes, der nach § 10 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist,

b) **ausgegliederte Pflegepersonalkosten** nach § 17b Abs. 4 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zusätzlich die sich ergebende Summe aus 146,55 € (bis 31.03.2020), 185,00 € (vom 01.04.2020 bis 31.12.2020), 163,09 € (ab 01.01.2021) multipliziert mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog nach § 17b Abs. 4 S. 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes für jeden Belegungstag und

c) **Zusatzentgelte**, sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes ausgewiesenen Höhe.

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

Die Bewertungsrelation der Hauptabteilung beträgt 2021 0,925.
Dieser Wert wird mit dem derzeit geltenden Bundesbasisfallwert 3.747,98 Euro multipliziert. Die allgemeinen Krankenhausleistungen für diese Blinddarmoperation liegen

damit bei 3.466,88 Euro.
Hinzu kommt der Betrag für Pflegepersonalkosten - die Pflegeerlös-Bewertungsrelation je Belegungstag beträgt hier 1,0835 (163,09 € x 1,0835 = 176,71 €) für 3 tatsächliche Aufenthaltstage (176,71 € x 3 = 530,13 €) und ggf. der Betrag für Zusatzentgelte (siehe Buchstabe c).

2.2 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 ab 1. Januar 2021 wie folgt beihilfefähig:

a) 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).

b) Zusatzentgelte sind bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkataloges beihilfefähig.
Die Rechnung der Klinik soll hierfür die ZP_D aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkatalog Zusatzentgelte-Katalogs Anlage 3 enthalten (z. B. ZP02.12).

c) Sofern in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen sind bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges.
Die Rechnung der Klinik muss hierfür die ET_D aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkatalogs Katalog ergänzender Tagesentgelte Anlage 5 enthalten (z. B. ET02.05).

2.3 Gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft sind bis zur Höhe von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors beihilfefähig, abzüglich 14,50 Euro täglich. Derzeit liegt der Betrag von 1,5 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors bei 56,57 Euro (Stand: Januar 2021) täglich.

Beispiel:
Das Privatkrankenhaus berechnet für die Inanspruchnahme eines Zweibettzimmers einen Betrag von 90,00 Euro pro Tag. Beihilfefähig sind jedoch nur 42,07 Euro (56,57 Euro abzüglich 14,50 Euro) täglich.

2.4 Wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, gelten die zuvor genannten beihilferechtlichen Obergrenzen nicht.

2.5 Die Kosten zur Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus sind dem Grunde nach beihilfefähig, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss.

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 Festsetzungsstelle 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. 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.

5. Fallen Eigenbehalte bei Krankenhausleistungen an?

Der Eigenbehalt beträgt bei vollstationärer Krankenhausbehandlung 10 Euro je Kalendertag, für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr (§ 49 Abs. 2 Nr. 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 Abs. 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 Fragen stehen wir Ihnen unter den bekannten Kontaktmöglichkeiten zur Verfügung.

Antragsformulare und Informationen zum Beihilferecht finden Sie unter anderem auf unserer Internetseite:

www.kvsa-magdeburg.de/beihilfe

Kommunaler Versorgungsverband Sachsen-Anhalt
- Beihilfeumlagekasse -

Allgemeiner Hinweis: Aufbau und Inhalt des Merkblattes orientiert sich an den einschlägigen Merkblättern und veröffentlichten Informationen des Bundesverwaltungsamtes [BVA-Merkblätter (bund.de)] unter Berücksichtigung der in Sachsen-Anhalt einschlägigen landesrechtlichen Regelungen.