

## Beihilfe für stationäre Krankenhaus-Leistungen

### Übersicht

1. Welche Leistungen sind bei stationären Behandlungen im Krankenhaus beihilfefähig, welche sind nicht beihilfefähig?
2. Welche Leistungen sind bei stationärer Behandlung in einem sog. Privatkrankenhaus beihilfefähig? Was versteht man unter einer Vergleichsberechnung?
3. Welche Leistungen sind bei stationärer Behandlung in sog. Komfortkliniken bzw. Komfortabteilungen beihilfefähig?
4. Welche Eigenbehalte sieht das Beihilferecht vor?
5. Rechtsgrundlagen

### 1. Welche Leistungen sind bei stationären Behandlungen im Krankenhaus beihilfefähig, welche sind nicht beihilfefähig?

- Beihilfefähig sind:
  - vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen nach § 115 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),
  - allgemeine (voll- und teilstationäre) Krankenhausleistungen nach §§ 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) und Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie
  - die – nach § 2 Abs. 2 Nr. 3 KHEntgG berechneten – Kosten einer medizinisch notwendigen Begleitperson bis zur Höhe von - derzeit - 45,- € pro Tag.
- Nicht beihilfefähig sind gem. § 76 Abs. 4 LBG die sog. Wahlleistungen, im Einzelnen:
  - gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (u. a. Chefarztbehandlung und die damit verbundenen sonstigen Leistungen, wie z. B. die Kosten für Leistungen eines von den Chefärzten beauftragten Labors) und
  - eine gesondert berechnete Unterkunft (z. B. Kosten eines Zweibettzimmers).

Nähere Informationen zur Beihilfefähigkeit bzw. Nicht-Beihilfefähigkeit von Wahlleistungen entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt „**Beihilfe für Wahl-Leistungen bei stationären Krankenhausbehandlungen**“.

#### **Hinweis:**

#### **Wahlleistungsvereinbarung**

Um die Beihilfefähigkeit der Wahlleistungen prüfen zu können, benötigt die Beihilfestelle die Wahlleistungsvereinbarung. Wenn

**Wahlleistungen sind grundsätzlich nicht beihilfefähig**

Sie eine Chefarztrechnung erhalten oder in der Krankenhausrechnung ein Zwei-Bett-Zimmer gesondert in Rechnung gestellt wird, reichen Sie mit dem Beihilfeantrag bitte nicht nur die jeweilige Rechnung, sondern auch die Wahlleistungsvereinbarung ein

**Hinweis:**

**Entlassungsanzeige**

Wenn Sie nach einem Krankenhausaufenthalt die Rechnung erhalten, dann fügen Sie für die beihilferechtliche Prüfung mit der Rechnung auch eine Entlassungsanzeige des Krankenhauses bei, sofern Sie Wahlleistungen für ein 1- oder 2-Bett-Zimmer beantragen.

Die ärztliche Krankenseinweisung oder die Aufnahmeanzeige des Krankenhauses müssen der Beihilfestelle nicht vorgelegt werden.

**2. Welche Leistungen sind bei stationärer Behandlung in einer sog. Privatklinik beihilfefähig? Was versteht man unter einer Vergleichsberechnung?**

Eine Vergleichsberechnung erfolgt bei Krankenhäusern, die zwar die Voraussetzungen nach §107(1) SGB V<sup>1</sup> erfüllen, jedoch nicht nach §108 SGB V<sup>2</sup> zugelassen (keine Universitätskliniken, keine Plankrankenhäuser, kein Versorgungsvertrag) sind (gilt nicht für beihilfefähige Anschlussheil- und Suchtbehandlungen).

Bei diesen Krankenhäusern handelt es sich um sog. Privatkliniken oder Komfortkliniken.

**Abrechnung der Krankenhausleistungen in Privat- und Komfortkliniken (Vergleichsberechnung):**

Sofern die allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem [Fallpauschalenkatalog](#) abrechenbar sind, d.h. zu der Indikation existiert eine [DRG](#) (DRG; deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen- bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren), erfolgt die Abrechnung wie folgt:

**Beihilfefähige Leistungen in sog. Privatkliniken werden mit einer Vergleichsberechnung ermittelt**

<sup>1</sup> SGB V 107 (1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,  
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,  
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

<sup>2</sup> SGB V 108 Die Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,  
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder  
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Die entsprechende DRG wird gemäß dem geltenden Fallpauschalenkatalog, unabhängig vom Bundesland, in dem die Behandlung durchgeführt wird, anhand der folgenden Kriterien des Fallpauschalenkataloges berechnet:

- Tatsächliche Verweildauer (Kurz- und Langliegerzuschläge werden somit berücksichtigt)
- Hauptabteilung (auch wenn belegärztliche Leistungen durchgeführt wurden)
- Berechnung mit einheitlichem Bundesbasisfallwert (2021: 3.747,98 Euro).

Zusätzlich wird für die ausgegliederten Pflegepersonalkosten ein Betrag als beihilfefähig anerkannt, der sich aus der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog, multipliziert mit 163,09 für 2021 (§26a Absatz 1 Nummer 1b LBhVO), ergibt.

**Der gesamte beihilfefähige Vergleichsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation der Hauptabteilung (DRG-Fallpauschalenkatalog) mit der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors und des errechneten beihilfefähigen Entgeltes für die Pflegepersonalkosten.**

**Abrechnung von Krankenhausleistungen, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) abgerechnet werden:**

Der beihilfefähige Vergleichsbetrag setzt sich wie folgt zusammen:

- Multiplikation des errechneten Entgeltes aus der Anlage 1a oder 2a zum PEPP-Entgeltkatalog mit einem Betrag von **280 Euro** unter Berücksichtigung der Behandlungstage (§26 Absatz 1 Nummer 2a LBhVO)
- Ggf. Zusatzentgelte gemäß der Anlage 3 zum PEPP-Entgeltkatalog
- Ggf. Tagesentgelte gemäß der Anlage 5 zum PEPP-Entgeltkatalog

Für die Berechnung nach dem PEPP-Entgeltkatalog ist es zwingend erforderlich, dass die Klinik auf der Endrechnung die PEPP-DRG und die Diagnosen vermerkt. Andernfalls kann keine Berechnung unsererseits erfolgen.

In Privatkliniken für Psychiatrie und Psychosomatik kann die Vergleichsberechnung nur noch nach PEPP erfolgen

Sofern belegärztliche und wahlärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden und diese beihilfefähig sind, können diese Aufwendungen neben dem beihilfefähigen Vergleichsbetrag anerkannt werden.

Zusätzlich in Rechnung gestellte Beträge, die keine Wahlleistungen und keine Zuschläge für medizinisch notwendige Begleitperson darstellen, sind nicht beihilfefähig.  
In Rechnung gestellte Mehrwertsteuerbeträge sind mit in die Vergleichsberechnung einzubeziehen.

Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, haben Sie die Möglichkeit, schon vor Beginn der Behandlung eine Aussage zur Höhe der voraussichtlich beihilfefähigen Kosten einzuholen.

Hierfür erforderlich ist eine Kostenaufstellung der Klinik (Kostenvoranschlag) mit folgenden Angaben:

- Voraussichtliche PEPP-DRG aus dem PEPP-Entgeltkatalog und
- Diagnosen

**Vor Beginn der Behandlung kann eine Auskunft zu der zu erwartenden Beihilfe erteilt werden**

### **3. Welche Leistungen sind bei stationärer Behandlung in sog. Komfortkliniken beihilfefähig?**

Die Abrechnung erfolgt zwar oftmals analog der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes, dennoch ist es erforderlich bei diesen Kliniken eine Vergleichsberechnung anzustellen, da es sich nicht um zugelassene Kliniken handelt, die nach § 108 SGB V zugelassen sind.

–siehe Punkt 2.

### **4. Welche Eigenbehalte sieht das Beihilferecht vor?**

- Gem. § 49 Abs. 1 Nr. 1 LBhVO unterliegen vollstationäre Krankenhausleistungen (§ 26 LBhVO) sowie Anschlussheil- und Suchbehandlungen in Rehabilitationseinrichtungen (§ 34 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 LBhVO) einem Eigenbehalt.
- Demnach mindern sich die beihilfefähigen Aufwendungen je Kalendertag um 10,- €
- Die Anrechnung dieses Eigenbehaltes ist pro Kalenderjahr auf höchstens 28 Kalendertage begrenzt.
- Eigenbehalte werden nicht erhoben für Aufwendungen:
  - im Zusammenhang mit der Entbindung und
  - für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

## 5. Rechtsgrundlage

Die wichtigsten Bestimmungen, die diesem Informationsblatt zugrunde liegen, sind

- die Verordnung über die Gewährung von Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und sonstigen Fällen (Landesbeihilfeverordnung - LBhVO) in der jeweils geltenden Fassung, darin insbesondere der § 26 und § 26a,
- das Landesbeamtengesetz des Landes Berlin (LBG) in der Fassung vom 19. März 2009, darin insbesondere der §§ 76 und 108.

Das Informationsblatt gibt Ihnen nur einen Überblick über die geltenden Bestimmungen. Es kann nicht alle im Einzelfall erheblichen Besonderheiten erfassen. Sie können aus diesem Informationsblatt keine Rechtsansprüche herleiten.

**Schauen Sie in die Originaltexte** der Gesetze und Verordnungen.

**Das Informationsblatt gibt Ihnen nur einen Überblick.**

## Haben Sie weitere Fragen?

- Bitte schauen Sie ins Internet: [www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe](http://www.berlin.de/landesverwaltungsamt/beihilfe)
- Sie können sich an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Service-Punkt der Zentralen Beihilfestelle im Landesverwaltungsamt Berlin wenden.
- Sie können uns per E-Mail erreichen: [beihilfeinfo@lvwa.verwalt-berlin.de](mailto:beihilfeinfo@lvwa.verwalt-berlin.de)

Schauen Sie ins **Internet**.

Wenden Sie sich an den **ServicePunkt des LVWA**.

Schreiben Sie uns eine E-Mail.

Stand 01.2022