



Merkblatt

Stand: 04/2025

(Teil-)stationäre Krankenhausbehandlungen

Die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine (teil-)stationäre Krankenhausbehandlung richtet sich nach den §§ 24 – 26 BVO. Zu unterscheiden ist, ob das aufgesuchte Krankenhaus eine Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat oder eine Privatklinik ist.

Aufwendungen, die für eine Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus entstehen, sind grundsätzlich beihilfefähig. Hingegen ist die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für eine Behandlung in einer Privatklinik begrenzt. Da Privatkliniken – im Gegensatz zu zugelassenen Krankenhäusern – in ihrer Preisgestaltung grundsätzlich frei sind, können bei einer dortigen Behandlung deshalb im Einzelfall hohe Eigenanteile entstehen, die - wenn keine anderweitige Absicherung (zum Beispiel durch eine Zusatzversicherung) getroffen wurde - aus den Dienstbezügen zu bestreiten ist. Es wird daher empfohlen, vor Beginn einer solchen Behandlung Rücksprache mit der Festsetzungsstelle zu halten und ggf. einen Kostenvoranschlag der Privatklinik zur Prüfung vorzulegen.

I. Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus

Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind

- anerkannte Hochschulkliniken,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser),
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben und
- Bundeswehrkrankenhäuser.

Zugelassene Krankenhäuser berechnen ihre allgemeinen Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz mit DRG-Fallpauschalen oder nach der Bundespflegesatzverordnung mit tagesbezogenen Entgelten. Diese Fallpauschalen oder tagesbezogenen Entgelte (nebst Zuschlägen und ggf. Zusatzentgelten) sind beihilfefähig.

II. Behandlung in einer Privatklinik

Aufwendungen für eine Behandlung in einer Privatklinik sind wie folgt beihilfefähig:

1. Bei Indikationen, die mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden:

Die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- a) *Fallpauschalenentgelt*; dies ist das Produkt des einheitlichen zuletzt vereinbarten zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Bundesbasisfallwertes gemäß § 10 Absatz 9 Krankenhausentgeltgesetz multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation gemäß
 - Teil a des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 Krankenhausentgeltgesetz oder
 - Teil b des Fallpauschalen-Kataloges nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 Krankenhausentgeltgesetz, sofern das Krankenhaus vergleichbar einer Belegklinik geführt wird,unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer;
- b) *Pflegeentgelt*; dies ist das Produkt des in § 15 Absatz 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz festgelegten Betrages multipliziert mit der maßgeblichen Bewertungsrelation des Pflegeerlöskataloges gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 2a Krankenhausentgeltgesetz unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer;
- c) *Zusatzentgelt*:
 - für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 2 Krankenhausentgeltgesetz enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und
 - für solche, die krankenhausindividuell zu bewerten sind, bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt.

2. Bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes abgerechnet werden:

Die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag, der sich aus folgenden Elementen zusammensetzt:

- a) *tagesbezogenes Entgelt*; dies ist das Produkt der ausgewiesenen maßgeblichen Bewertungsrelation der Vergütungsklasse nach Anlage 1a, Anlage 2a oder Anlage 5 des nach § 9 Absatz 1 Nummer 1 Bundespflegesatzverordnung vereinbarten Kataloges multipliziert mit einem pauschalen Basisentgeltwert in Höhe von 300,00 EUR und der Anzahl der Berechnungstage,
- b) *Zusatzentgelt*:
 - für solche Leistungen, die im Katalog ergänzender Zusatzentgelte gemäß § 9 Absatz 1 Nummer 2 Bundespflegesatzverordnung enthalten sind, bis zu der bundeseinheitlich vereinbarten Höhe und
 - für solche, die krankenhausindividuell zu bewerten sind, bis zu 600,00 EUR für jedes Zusatzentgelt.

Bitte beachten Sie folgenden Hinweis:

Für eine Notfallbehandlung in einer Privatklinik gelten die unter Punkt 1. und 2. genannten Begrenzungen nicht. In diesem Fall sind die von der Klinik berechneten allgemeinen Krankenhausleistungen beihilfefähig. Eine Notfallversorgung liegt nur dann vor, wenn diese unverzüglich und ohne jeglichen Aufschub erforderlich ist, da sonst das Leben der versorgten Person bedroht ist. Die sich an die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktion anschließende Weiterbehandlung gehört nicht mehr zur Notfallversorgung.

III. Behandlung in einer ausgegründeten Privatklinik

Bei einer ausgegründeten Privatklinik handelt es sich um eine Einrichtung für die Behandlung von Privatpatienten, die zwar nicht über eine Zulassung nach § 108 SGB V verfügt, jedoch räumlich und organisatorisch mit einem zugelassenen Krankenhaus verbunden ist. Solche ausgegründeten Privatkliniken müssen ihre allgemeinen Krankenhausleistungen – ebenso wie das zugelassene Krankenhaus – nach dem Krankenhausentgelt bzw. der Bundespflegesatzverordnung in Rechnung stellen. Die danach berechneten DRG-Fallpauschalen bzw. tagesbezogenen Entgelte (nebst Zuschlägen und ggf. Zusatzentgelten) sind daher beihilfefähig. Die unter Punkt II. genannten Begrenzungen gelten nicht.

IV. Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Begleitperson

1. Begleitperson bei einer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus:

Die Aufwendungen für die Mitaufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson sind bis zu 60,00 € (bis 31.12.2024: 45,00 €) je Tag beihilfefähig. Dieser Betrag wird auch dann berücksichtigt, wenn die Mitaufnahme in das Krankenhaus nicht möglich ist und die Begleitperson außerhalb des Krankenhauses untergebracht werden muss.

2. Begleitperson bei einer Behandlung in einer Privatklinik:

Die Aufwendungen für die Mitaufnahme einer medizinisch notwendigen Begleitperson sind bis zu 65,91 € (bis 31.03.2025: 63,16 €), abzüglich eines Betrags von 12,00 € pro Tag, beihilfefähig. Dieser Betrag wird auch dann berücksichtigt, wenn die Mitaufnahme in die Klinik nicht möglich ist und die Begleitperson außerhalb der Klinik untergebracht werden muss.

V. Aufwendungen für Wahlleistungen

1. Was sind Wahlleistungen?

Wahlleistungen sind gesondert vereinbarte, über die Regelversorgung hinausgehende Extras während einer stationären Krankenhausbehandlung. Hierzu gehören

- eine bessere Unterbringung (Ein- oder Zweibettzimmer) und
- die Behandlung durch bestimmte Ärzte („Chefarztbehandlung“).

Bitte beachten Sie:

Leistungen von Belegärztinnen und Belegärzten sind keine wahlärztlichen Leistungen. Sie sind im Rahmen des Gebührenrahmes der Gebührenordnung für Ärzte - gekürzt um 15 % - beihilfefähig.

2. Wann sind Aufwendungen für Wahlleistungen beihilfefähig?

Aufwendungen für Wahlleistungen sind beihilfefähig, wenn

- Sie gegenüber der Festsetzungsstelle innerhalb einer Ausschlussfrist erklärt haben, dass Sie für sich selbst und ihre berücksichtigungsfähigen Angehörigen Beihilfen für die Aufwendungen für Wahlleistungen in Anspruch nehmen wollen und
- hierfür einen monatlichen Kostenbeitrag von 26,00 € zahlen.

3. In welcher Höhe sind die Wahlleistungen beihilfefähig?

- Die wahlärztlichen Leistungen sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte beihilfefähig. Hierbei müssen die Ärztinnen und Ärzte ihre Gebühren um 25 % (15 %, sofern es sich um beauftragte externe Leistungserbringer, z.B. ein externes Labor handelt) mindern.
- Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft sind bei zugelassenen Krankenhäusern bis zur Höhe der Kosten für ein Zweibettzimmer, abzüglich 12,00 € pro Tag, beihilfefähig.

Bitte beachten Sie: Aufwendungen für die Unterbringung in einem Einbettzimmer sind grundsätzlich nur bis zu den Kosten für ein Zweibettzimmer, abzüglich 12,00 € pro Tag, beihilfefähig. Nur dann, wenn das Krankenhaus nur über Dreibettzimmer verfügt und als Wahlleistung nur die Unterbringung in einem Einbettzimmer anbietet, sind 50 % Prozent der Kosten für ein Einbettzimmer, abzüglich 12,00 € pro Tag, beihilfefähig.

- Bei Privatkliniken sind die Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft bis zu 65,91 € (bis 31.03.2025: 63,16 €), abzüglich 12,00 € pro Tag, beihilfefähig. Dieser Betrag gilt auch bei einer Behandlung in einer ausgeründeten Privatklinik.

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen zur Gewährung von Beihilfen zu Aufwendungen für eine (teil-)stationäre Krankenhausbehandlung geben. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass dieses Merkblatt nur die in der Praxis wichtigsten Fragestellungen erläutern kann. Rechtsansprüche können Sie hieraus nicht ableiten.

Weitere Informationen zur Beihilfe erhalten Sie im Internet unter www.lff.rlp.de (Fachliche Themen -> Beihilfe).