NLBV

Niedersächsisches Landesamt
für Bezüge und Versorgung

Stand: 01.08.2023

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Krankenhausbehandlung

1. Krankenhäuser, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vergütet werden (sogenannte „öffentliche“ Krankenhäuser)

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

Gemäß § 21 Niedersächsische Beihilfeverordnung (NBhVO) sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen einer stationären Krankenhausbehandlung in dem Umfang beihilfefähig, in dem die Leistungen nach dem KHEntgG oder der BPflV vergütet werden.
Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die für die medizinische Versorgung des Patienten notwendig sind. Hierzu gehören insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Unterkunft und Verpflegung. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden mit DRG-Fallpauschalen und tagesbezogenen Pflegeentgelten berechnet (§ 7 KHEntgG). Allgemeine Krankenhausleistungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlungen werden mit tagesbezogenen Entgelten nach dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) berechnet (§ 7 BPflV).
Darüber hinaus sind ggf. Zusatzentgelte und Zuschläge berechnungsfähig, soweit dies im KHEntgG oder der BPflV bestimmt ist.

Mit der vom Krankenhaus berechneten DRG-Fallpauschale und den tagesbezogenen Pflegeentgelten oder den vom Krankenhaus berechneten tagesbezogenen Entgelten nach dem PEPP und den evtl. Zusatzentgelten und Zuschlägen sind alle medizinisch notwendigen Leistungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten.

b) Wahlleistungen

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen werden im Krankenhaus auch Wahlleistungen angeboten. Wahlleistungen sind Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) und wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung). Wahlleistungen sind Wunschleistungen des Patienten aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Patient (Wahlleistungsvereinbarung). Wahlärzte sind aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung berechtigt, die von ihnen erbrachten Leistungen oder die von ihnen in Auftrag gegebenen Leistungen gesondert zu berechnen.
Wahlärztliche Leistungen sind gemäß § 6a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) um 25 % (bei Laborleistungen um 15 %) zu mindern.
Wahlleistungen gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 21 NBhVO und sind daher auch nicht beihilfefähig.

c) Belegarztleistungen

Gemäß § 18 KHEntgG sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Bei belegärztlicher Aufnahme ist vom Krankenhaus die DRG-Fallpauschale der Belegabteilung zu berechnen. Die vom Belegarzt durchgeführten oder in Auftrag gegebenen Leistungen werden vom Belegarzt gesondert berechnet. Belegarztleistungen sind gemäß § 6a Abs. 1 Satz 2 der GOÄ um 15 % zu mindern.
Bei Aufnahme in die Belegabteilung eines Krankenhauses, dessen Leistungen nach dem KHEntgG oder der BPflV berechnet werden, sind die gesondert berechneten belegärztlichen Leistungen im Rahmen der GOÄ und der NBhVO beihilfefähig.
Gleiches gilt für Beleghebammen und Beleg-Entbindungspfleger.

2. Privatkliniken

Privatkliniken sind Krankenhäuser, deren Abrechnung nicht nach dem KHEntgG oder der BPflV erfolgt. Die in einer Privatklinik entstandenen Aufwendungen sind gem. § 21 Abs. 3 NBhVO wie folgt beihilfefähig:

a) Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind bei Indikationen, für die nach dem KHEntgG eine DRG-Fallpauschale vereinbart ist, bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation des einheitlichen Basisfallwertes und der krankheitsbezogenen effektiven Bewertungsrelation ergibt, beihilfefähig (§ 21 Abs. 3 Nr. 1a NBhVO).
Das Ergebnis dieser Multiplikation entspricht dem bundesweit höchstmöglichen Betrag der DRG-Fallpauschale, der in einem sog. öffentlichen Krankenhaus (Abrechnung nach dem KHEntgG) angefallen wäre. Bei einem Aufenthalt in der **Hauptabteilung** des Krankenhauses sind weitere Aufwendungen nicht beihilfefähig. Bei einem Aufenthalt in der **Belegabteilung** des Krankenhauses sind die gesondert berechneten belegärztlichen Leistungen im Rahmen der GOÄ und der NBhVO beihilfefähig.
Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig.

b) Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind bei Indikationen, für die nach BPflV eine tagesbezogene Bewertungsrelation nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (PEPP) vereinbart ist, bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation der tagesbezogenen Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt, beihilfefähig (§ 21 Abs. 3 Nr. 1b NBhVO).
Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) sind nicht beihilfefähig.

c) Die allgemeinen Krankenhausleistungen, für die keine DRG Fallpauschale und keine tagesbezogene Bewertungsrelation nach dem PEPP vereinbart sind, sind

- für die Fachgebiete Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation (1,00 bei vollstationärer, 0,75 bei teilstationärer oder 0,80 bei stationsäquivalenter Behandlung) mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt, beihilfefähig (§ 21 Abs. 3 Nr. 2a NBhVO)

- für die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation einer Bewertungsrelation (1,50 bei vollstationärer, 1,00 bei teilstationärer oder 1,20 bei stationsäquivalenter Behandlung) mit dem Basisentgeltwert eines dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhauses der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt, beihilfefähig (§ 21 Abs. 3 Nr. 2b NBhVO)

- für Fachgebiete, die nicht unter § 21 Abs. 3 Nr. 2a und Nr. 2b NBhVO genannt sind, bis zur Höhe der entsprechenden tages- oder fallbezogenen Entgelte für eine medizinisch gleichwertige Behandlung in einem dem Wohnort der behandelten Person nächstgelegenen Krankenhaus der Maximalversorgung, das eine medizinisch gleichwertige Behandlung anbietet, beihilfefähig.

Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmer, chefärztliche Behandlung) sind nicht beihilfefähig.

Der nach Buchstabe a) ermittelte Betrag erhöht sich um den Betrag für das Pflegeentgelt, der sich aus der Multiplikation des nach § 15 Abs. 2 a KHEntgG maßgeblichen Eurobetrages für einen voll- oder teilstationären Belegungstag und der Anzahl der abrechenbaren Tage ergibt.
Werden Leistungen, für die bundeseinheitlich ein Zusatzentgelt nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG oder § 9 BPflV) oder ein ergänzendes Tagesentgelt vereinbart sind, in Anspruch genommen, so erhöht sich der nach § 21 Abs. 3 Nr. 1b oder Nr. 2a oder Nr. 2b NBhVO ermittelte Betrag um das jeweilig vereinbarte Entgelt (§ 21 Abs. 3 Satz 2 NBhVO).

Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Privatklinik kann dazu führen, dass bei Behandlungen in einer Privatklinik ein erheblicher Teil der Kosten nicht beihilfefähig ist.

Wenn Sie eine Behandlung in einer Privatklinik beabsichtigen, die weder das KHEntgG noch die BPflV anwendet, können Sie vorab die Beihilfefähigkeit der voraussichtlichen Aufwendungen prüfen lassen. Dafür ist der Beihilfefestsetzungsstelle eine spezifizierte Kostenaufstellung der Klinik vorzulegen, in der ggf. die diagnosebezogene Fallgruppe (DRG), der entsprechende PEPP-Entgeltschlüssel oder der Diagnoseschlüssel nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und ggf. die Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) enthalten sind.

2. **Anschlussrehabilitation**

Eine Anschlussrehabilitation nach § 29 Abs. 1 Nr. 2 NBhVO ist eine stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung oder an eine ambulante Strahlen- oder Chemotherapie anschließt. Die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Krankenhausbehandlung oder nach einer ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie beginnt, es sei denn, die Frist kann aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen nicht eingehalten werden. Die ärztliche Verordnung für eine Anschlussrehabilitation muss Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen. Die Aufwendungen sind gemäß § 30 Abs. 3 NBhVO beihilfefähig bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung. Ein vorheriges Anerkennungsverfahren für eine Anschlussrehabilitation ist nicht erforderlich.
Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmer, chefärztliche Behandlung) sind nicht beihilfefähig.

4. Eigenbehalte

Die beihilfefähigen Aufwendungen mindern sich gemäß § 45 Abs. 2 NBhVO um einen Eigenbehalt in Höhe von zehn Euro je Kalendertag bei vollstationären Krankenhausbehandlungen und Maßnahmen der Anschlussrehabilitation, jedoch höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr.

Für weitere Erläuterungen steht Ihnen Ihre Beihilfefestsetzungsstelle -auch telefonisch- gern zur Verfügung.