

Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer stationären Krankenhausbehandlung

1. Krankenhäuser, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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 BPfIV 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 berechnet (§ 7 KHEntgG). Allgemeine Krankenhausleistungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlungen werden mit einer Fallpauschale nach dem Psych-Entgeltgesetz oder mit Basis- und Abteilungspflegesätzen je Tag berechnet.

Darüber hinaus sind ggf. Zusatzentgelte und Zuschläge berechnungsfähig, soweit dies im KHEntgG, der BPfIV oder dem Psych-Entgeltgesetz bestimmt ist.

Mit der vom Krankenhaus berechneten DRG-Fallpauschale oder den vom Krankenhaus berechneten Basis- und Abteilungspflegesätzen 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 BPfIV 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 BPfIV erfolgt. Die in einer Privatklinik entstandenen Aufwendungen sind gem. § 21 Abs. 3 NBhVO wie folgt beihilfefähig:

- a) Die allgemeine Krankenhausleistungen sind bei Indikationen, für die nach dem KHEntgG oder der BPfIV eine DRG-Fallpauschale vereinbart ist, beihilfefähig bis zur Höhe des Betrages, der sich aus der Multiplikation der oberen Grenze des Basisfallwertkorridors und der krankheitsbezogenen effektiven Bewertungsrelation ergibt.

Das Ergebnis dieser Multiplikation entspricht dem bundesweit höchstmöglichen Betrag der DRG-Fallpauschale, der in einem sog. öffentlichen Krankenhaus (Abrechnung nach dem KHEntgG oder der BPfIV) 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 keine DRG-Fallpauschale nach dem KHEntgG oder der BPfIV vereinbart ist, beihilfefähig bis zur Höhe der entsprechenden tagesgleichen Pflegesätze in Krankenhäusern der Maximalversorgung.

Diese Regelung betrifft allgemeine Krankenhausleistungen für **psychiatrische und psychosomatische Behandlungen**, die nicht mit einer Fallpauschale nach dem Psych-Entgeltgesetz berechnet werden. Als Krankenhaus der Maximalversorgung wird in Niedersachsen grundsätzlich die Universitätsmedizin Göttingen herangezogen, da sie die höchsten tagesgleichen Pflegesätze in Nds. hat. Die über die tagesgleichen Pflegesätze des Krankenhauses der Maximalversorgung hinausgehenden Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind nicht beihilfefähig.

Gesondert berechnete **belegärztliche Leistungen** sind im Rahmen der GOÄ und der NBhVO beihilfefähig.

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

Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Privatklinik auf die Höhe der DRG-Fallpauschale nach dem KHEntgG oder der BPfIV oder auf die Höhe der tagesgleichen Pflegesätze eines Krankenhauses der Maximalversorgung 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 BPfIV 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) oder der Diagnoseschlüssel nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) und ggf. die Operations- und Prozedureschlüssel (OPS) enthalten sind.

3. Anschlussrehabilitation

Eine Anschlussrehabilitation nach § 29 Abs. 1 Nr. 1 NBhVO ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließt. Die Aufwendungen für eine Anschlussrehabilitation sind nur beihilfefähig, wenn die Maßnahme innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus 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, chefarztliche 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.