



Informationsblatt zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei einer 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 Zuschläge für gesondert berechenbare Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) und wahlärztliche Leistungen (z.B. Chefarztbehandlung). Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen wird eine Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Patient geschlossen (Wahlleistungsvereinbarung).

Wahlärzte sind berechtigt, die von ihnen erbrachten Leistungen oder die von ihnen in Auftrag gegebenen Leistungen gesondert zu berechnen. Wahlleistungen sind nach § 6a Abs. 1 Satz 1 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) um 25 % (bei Laborleistungen 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

Als Privatkliniken sind Krankenhäuser anzusehen, deren Abrechnung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) erfolgt. Die in einer Privatklinik entstandenen Aufwendungen sind gem. § 21 Abs. 3 NBhVO wie folgt beihilfefähig:

- a) Bei Indikationen, für die nach dem KHEntgG eine DRG-Fallpauschale vereinbart ist, sind die Aufwendungen 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 Krankenhaus mit Abrechnung nach dem KHEntgG oder der BPfIV angefallen wäre.

Bei einer Krankenhausbehandlung in der Hauptabteilung sind Aufwendungen, die über das Ergebnis der Multiplikation hinausgehen, nicht beihilfefähig.

Bei einer Krankenhausbehandlung in der Belegabteilung sind neben dem Ergebnis der Multiplikation nur noch die gesondert berechneten belegärztlichen Aufwendungen im Rahmen der GOÄ und der NBhVO beihilfefähig.

Wahlleistungen sind nicht beihilfefähig.

- b) Bei Indikationen, für die keine DRG-Fallpauschale nach dem Entgeltkatalog vereinbart ist, sind die Aufwendungen beihilfefähig bis zur Höhe der entsprechenden tagesgleichen Pflegesätze in Krankenhäusern der Maximalversorgung.

Diese Regelung betrifft allgemeine Krankenhausleistungen für **psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlungen**, die nicht mit einer Fallpauschale nach dem Psych-Entgeltgesetz berechnet werden. Als Krankenhaus der Maximalversorgung wird die Universitätsmedizin Göttingen herangezogen.

Die über die tagesgleichen Pflegesätze des Krankenhauses der Maximalversorgung hinausgehenden Aufwendungen sind nicht beihilfefähig. Auch gesondert berechnete Wahlleistungen oder belegärztliche Leistungen 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 Prozedurenschlüssel (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 oder belegärztliche Leistungen 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.