

## **Informationen zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 21 Niedersächsische Beihilfeverordnung -NBhVO) und Anschlussrehabilitationen (§ 29 Abs. 1 Nr. 2 NBhVO)**

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

### **Allgemeine Krankenhausleistungen**

Gemäß § 21 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 Vollversorgung 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. Allgemeine Krankenhausleistungen für psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlungen werden mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) nach dem Psych-Entgeltgesetz berechnet.

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

**Mit den vorgenannten Berechnungsvarianten sind alle medizinisch notwendigen Leistungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten.**

**Bitte beachten Sie**, dass üblicherweise von Kliniken, die nach dem PEPP-System abrechnen, während des Aufenthaltes Zwischenrechnungen erstellt werden. Sofern Sie diese Zwischenrechnungen bei uns zur Erstattung einreichen, werden wir Abschläge für diese Rechnungen zahlen. Mit Einreichung der Schlussrechnung kann dann die tatsächliche Beihilfe festgesetzt werden und die vorab geleisteten Abschläge werden verrechnet.

### **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.

**Wahlleistungen gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne des § 21 NBhVO und sind daher auch nicht beihilfefähig.**

### **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 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:**

- Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind bei Indikationen, für die 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 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**

- Bei allgemeinen Krankenhausleistungen für psychiatrische oder psychosomatische Behandlungen, deren Abrechnung nicht nach dem Psych-Entgeltgesetz erfolgt, ist ein Kostenvergleich mit einem Krankenhaus der Maximalversorgung durchzuführen.  
Sofern für die Behandlung eine Bewertungsrelation festgelegt wurde, so ergibt sich der beihilfefähige Tagessatz durch Multiplikation der Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert des Krankenhauses der Maximalversorgung. In Ermangelung einer spezifischen Bewertungsrelation erfolgt die Multiplikation des Basisentgeltwertes mit denen in § 21 Abs. 3 Nr. 2 NBhVO festgelegten Faktoren.

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

Sofern Sie eine Behandlung in einer Privatklinik mit den vorgenannten Voraussetzungen planen, haben Sie die Möglichkeit die voraussichtlichen Aufwendungen durch die Beihilfeabteilung individuell prüfen zu lassen. Bitte setzen Sie sich diesbezüglich mit unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Verbindung.

Die Begrenzung der Beihilfefähigkeit der Aufwendungen einer Privatklinik auf die Höhe der DRG-Fallpauschale nach dem KHEntgG oder der BpflV 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.

### **Anschlussrehabilitation**

Eine Anschlussrehabilitation nach § 29 Abs. 1 Nr. 2 NBhVO ist eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme, die sich unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließt oder nach einer ambulanten Strahlen- oder Chemotherapie. 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.

Neben Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel sind Aufwendungen für Unterkunft, Verpflegung und pflegerische Leistungen bei Anschlussrehabilitationen bis zur Höhe des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig Ein vorheriges Anerkennungsverfahren für eine Anschlussrehabilitation ist nicht erforderlich.

### **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 Auskünfte stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Beihilfeabteilung – auch telefonisch – gern zur Verfügung.**

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre NKVK