

Informationen zur Beihilfefähigkeit der Aufwendungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung (§ 21 NBhVO) und Anschlussrehabilitationen (§ 29 Abs. 1 Nr. 1 NBhVO)

Bei einer Krankenhausbehandlung sind gemäß § 21 NBhVO Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung, die im Rahmen einer vollstationären oder teilstationären Krankenhausbehandlung in einem Krankenhaus erbracht werden, das das Krankenhausentgeltgesetz bzw. die Bundespflegesatzverordnung anwendet, beihilfefähig.

Allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV, § 2 Abs. 2 KHEntgG) sind

- allgemeine und besondere Pflegesätze,
- Sonderentgelte und Fallpauschalen,
- Entgelte für Sondervereinbarungen – Modellvorhaben.

Aufwendungen für gesondert berechenbare **Wahlleistungen bei stationärer Behandlung im Krankenhaus** (wahlärztliche Leistungen, Zuschläge für Ein- oder Zweibettzimmer) **sind nicht beihilfefähig.**

Davon nicht betroffen sind Versorgungsempfänger, die Bezüge nach Art. 131 des Grundgesetzes erhalten.

Eine Anerkennung der Beihilfefähigkeit für einen stationären Krankenhausaufenthalt vor Behandlungsbeginn ist nach der Niedersächsischen Beihilfeverordnung nicht vorgesehen. Eine pauschale Kostenübernahmeerklärung kann daher nicht erteilt werden. Ersatzweise können Sie auf Anforderung eine Bestätigung über Ihre Beihilfeberechtigung zur Vorlage beim Krankenhaus erhalten.

Die Aufwendungen für vollstationäre Krankenhausleistungen sind nach § 45 Abs. 2 NBhVO um zehn Euro je Kalendertag für höchstens 28 Tage je Kalenderjahr zu mindern.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die weder das Krankenhausentgeltgesetz noch die Bundespflegesatzverordnung anwenden (**Privatkliniken**), sind wie folgt beihilfefähig:

1. bei Indikationen, für die nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (DRG-Fallpauschalen) eine Fallpauschale vereinbart ist, bis zur Höhe des Betrages, der sich ergeben würde, wenn die Behandlung in einem Krankenhaus stattgefunden hätte, das das Krankenhausentgeltgesetz anwendet,
2. im Übrigen bis zur Höhe der entsprechenden tagesgleichen Pflegesätze in Krankenhäusern der Maximalversorgung (z. B. Universitätsklinik).

Vor der Aufnahme in ein derartiges Krankenhaus kann eine spezifizierte Aufstellung über die voraussichtlich entstehenden Kosten bei der Festsetzungsstelle zur Prüfung der Beihilfefähigkeit eingereicht werden. Bitte beachten Sie, dass eine Auskunft nur erteilt werden kann, wenn die relevanten Diagnosen nach ICD-10 und Prozeduren mit OPS-Verschlüsselung bekannt sind. Diese Daten können Sie vom Krankenhaus erhalten.

Anschlussrehabilitationen, die sich unmittelbar an einen stationären Krankenhausaufenthalt anschließen und nach Art, Dauer und Inhalt der Maßnahme ärztlich verordnet werden, sind ohne ein weiteres beihilferechtliches Anerkennungsverfahren beihilfefähig. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die Anschlussmaßnahme innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus beginnt, es sei denn, die Maßnahme kann aus zwingenden tatsächlichen oder zwingenden medizinischen Gründen erst später angetreten werden. Die Minderung nach § 45 Abs. 2 NBhVO um täglich

zehn Euro ist im Zusammenhang mit dem Krankenhausaufenthalt auf höchstens 28 Tage je Kalenderjahr begrenzt.

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. Für eine notwendige Begleitperson sind die Aufwendungen bis zur Höhe von 70 vom Hundert des niedrigsten Satzes der Einrichtung beihilfefähig. Daneben sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Fahrtkosten, Kurtaxe, auch einer Begleitperson, und für einen ärztlichen Schlussbericht beihilfefähig.

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

Mit freundlichen Grüßen

Ihre NKVK