

# Krankenhausbehandlungen

## Krankenhausbehandlungen gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 2 BVO NRW

Stand: Januar 2020

### Grundsatz

Die Pflegesätze der von den gesetzlichen Krankenkassen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern können als angemessen angesehen und der Beihilfeberechnung zugrunde gelegt werden. Bei den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern handelt es sich um

1. Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Bei den oben genannten Krankenhäusern kann es sich auch um private Krankenanstalten handeln.

Die nach den §§ 6 und 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) neben dem DRG berechneten Zusatzentgelte sind beihilfefähig. Dies gilt auch für den DRG-Systemzuschlag, für den Zuschlag für Ausbildungsstätten und Ausbildungsvergütungen, Qualitätssicherungszuschläge sowie sonstige Zuschläge.

Neben der Inanspruchnahme der privaten Chefarztbehandlung sind die Aufwendungen für eine Unterbringung im Zweibettzimmer als sogenannte Wahlleistung beihilfefähig.

### Selbstbehalte

Der beihilfeberechtigten sowie jeder berücksichtigungsfähigen Person ist freigestellt, ob privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen wird. Gleiches gilt für ein Zweibettzimmer.

Ist dies der Fall, werden von den beihilfefähigen Rechnungsbeträgen folgende Selbstbehalte pro Behandlungs- und Aufenthaltstag abgezogen:

Bei einer stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung in Krankenhäusern, deren Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abgerechnet werden sind dies

- für die Wahlarztleistung 10 Euro und
- für das Zweibettzimmer 15 Euro.

Der Selbstbehalt wird für maximal 20 Tage pro Person und Kalenderjahr einbehalten (maximal 500 Euro). Die darüber hinausgehende Inanspruchnahme des Wahlarztes oder des Zweibettzimmers wird ohne Abzug eines Selbstbehalts bei der Gewährung von Beihilfen berücksichtigt.

Wird ein Einzelzimmer gewählt, müssen die für ein Zweibettzimmer fiktiv abzurechnenden Kosten nachgewiesen werden, da als Wahlleistung bei der Unterbringung maximal die Kosten für ein Zweibettzimmer (ohne gesondert berechnete Mehraufwendungen für bessere Verpflegung, Sanitärzelle, WC, Telefon- oder TV-Bereitstellung) beihilfefähig sind.

Mehraufwendungen für ein Einbettzimmer sind auch dann nicht beihilfefähig, wenn:

- die allgemeinen Krankenhausleistungen bereits die Unterbringung in einem Zweibettzimmer enthalten, oder
- bei einer Unterbringung in einem Zweibettzimmer eines anderen Krankenhauses höhere Kosten entstanden wären, oder
- wenn die Aufnahme in einem Einbettzimmer medizinisch notwendig war.  
Im letzteren Fall darf das Krankenhaus nach der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) keinen Zuschlag für ein Einbettzimmer erheben.

Zweibettzimmerzuschläge sind nur in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden.

Liegt für die berechnende Krankenanstalt keine Vereinbarung mit dem PKV-Verband vor, ist im Rahmen einer Vergleichsberechnung der Zweibettzimmerzuschlag der zum Behandlungsort nächstgelegenen Krankenanstalt heranzuziehen, mit der eine Vereinbarung getroffen wurde. Als Nachweis für den Zuschlag zu einem Zweibettzimmer dient die Leistungsabrechnung der privaten Krankenversicherung, die dem Beihilfeantrag beizufügen ist.

## **Privatkliniken**

Bei Behandlungen in Krankenhäusern, die nicht nach § 108 SGB V zugelassen sind, sind die vergleichbaren Aufwendungen, die bei einer Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Uniklinik) angefallen wären, angemessen und somit beihilfefähig; abzüglich eines pauschalen Betrags von 25 Euro täglich (max. 20 Tage pro Person/Jahr). Hierbei ist die sogenannte mittlere Verweildauer der jeweils anzuwendenden Fallpauschale maßgeblich.

Eigene Fallpauschalen von Privatkliniken, welche die Bundespflegesatzverordnung oder das Krankenhausentgeltgesetz nicht anwenden, können danach nicht als angemessen angesehen und als beihilfefähig anerkannt werden.

Bei der Vergleichsberechnung kommt es nicht auf die Vergleichbarkeit der in dem behandelnden Krankenhaus angewendeten Behandlungsmethoden an. Die Behandlung in einer Uniklinik wird als zumutbare Alternative zu einer Behandlung in Krankenhäusern ohne Zulassung nach § 108 SGB V angesehen, da die Universitätskliniken regelmäßig alle Leistungen (medizinisch gleichwertige Behandlungen) erbringen, die für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Patientin bzw. des Patienten notwendig sind.

Für die Vergleichsberechnung ist der am Tag der Aufnahme in die Privatklinik gültige Zahlbasisfallwert (inklusive Zuschläge und Zusatzentgelte) maßgebend. Die durchzuführende Vergleichsberechnung erfolgt nach dem in den allgemeinen Krankenhäusern anzuwendenden DRG-System; bei einer stationären oder teilstationären psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychosomatischen Behandlung nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV).

## **Begleitperson**

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der Patientin bzw. des Patienten. Über die medizinische Notwendigkeit entscheidet der behandelnde Krankenhausarzt. Für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des vollstationären Krankenhausaufenthalts (Berechnungstage) können seitens des Krankenhauses 45 Euro für Unterkunft und Verpflegung berechnet werden. Dieser Betrag ist beihilfefähig.

## **Vorabprüfung**

Die Beihilfestelle bietet Vorabprüfungen zu den beihilfefähigen Aufwendungen, die bei einem geplanten Aufenthalt in einer Privatklinik entstehen, an. Eine solche Vorabprüfung durch die Beihilfestelle ist zu empfehlen, weil in diesen Fällen zum Teil erhebliche Eigenanteile anfallen können.

Eine aussagekräftige Vorabprüfung kann nur durchgeführt werden, wenn sämtliche Diagnoseschlüssel und eine Auskunft zur voraussichtlichen Behandlungsdauer vorliegen. Bei der Abrechnung nach der PEPPV muss zusätzlich eine Angabe zur Fachabteilung gemacht werden, in der die Behandlung erfolgen soll.