

GEWÄHRUNG VON BEIHILFEN ZU DEN AUFWENDUNGEN EINER STATIONÄREN KRANKENHAUSBEHANDLUNG

nach § 21 der Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO)

Die Aufwendungen im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung sind grundsätzlich beihilfefähig. Hierbei sind folgende rechtliche Vorgaben der zurzeit geltenden Niedersächsischen Beihilfeverordnung (NBhVO) zu beachten:

Allgemeine Krankenhausleistungen

- Die stationären Krankenhausleistungen sind bis zur Höhe der allgemeinen Krankenhausleistungen beihilfefähig.
- Gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung, Zuschläge für Einbett- oder Zweibettzimmer) sind nicht beihilfefähig.
- Gesondert berechnete belegärztliche Leistungen sind grundsätzlich beihilfefähig. Die Beihilfe darf, zusammen mit den aus demselben Anlass gewährten Leistungen aus einer Krankenversicherung, die dem Grunde nach beihilfefähigen Aufwendungen nicht übersteigen (§ 80 Abs.4 NBG).
- Aufgrund von Zusatzversicherungen ist ohne einen Erstattungsnachweis zu den belegärztlichen Leistungen Ihrer privaten Krankenversicherung eine Beihilfegewährung leider nicht möglich.

Der Eigenanteil beträgt 10,00 € pro Tag, er ist auf höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt. Bei Kindern und Waisen vor Vollendung des 18. Lebensjahres und bei Schwangeren im Zusammenhang mit Schwangerschaftsbeschwerden oder der Entbindung entfällt der o.g. Abzugsbetrag.

Privatkliniken

- Bei Behandlungen in Privatkliniken, die die Bundespflegesatzverordnung und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) nicht anwenden, ist durch Begrenzung der Beihilfefähigkeit ein Kostenvergleich durchzuführen, der dazu führen kann, dass ein erheblicher Teil der Kosten nicht beihilfefähig ist.
- Hierbei sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bei Indikationen, für die nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog eine Fallpauschale vereinbart ist, bis zu folgender Höhe beihilfefähig:
- Die Berechnung erfolgt mit dem nach § 10 Abs. 9 Satz 5 und 6 KHEntgG vereinbarten einheitlichen Basisfallwert, multipliziert mit der krankheitsbezogenen effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale nach § 7 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG. Zu diesem Betrag werden Aufwendungen für die Pflegepersonalkosten unter Verwendung des in § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG genannten Betrages (Bewertungsrelation Pflegeerlös) x Pflegeentgeltwert x Anzahl der Tage addiert.

Bitte beachten Sie, dass eine Beihilfe zu den Kosten der Anwendung der TULSA-PRO-Therapie oder zu den Kosten des DaVinci®-Verfahrens nicht gewährt werden kann, da es sich hierbei nicht um Aufwendungen der allgemeinen Krankenhausleistungen handelt.

- Der beihilfefähige Höchstbetrag für Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen eines psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhauses, das die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) / das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nicht anwendet, wird wie folgt ermittelt:
 1. Berechnung nach dem PEPP-Entgeltschlüssel

Multiplikation der maßgeblichen Bewertungsrelation des PEPP-Entgeltschlüssels mit dem Basisentgeltwert eines Krankenhauses der Maximalversorgung und der Anzahl der abrechenbaren Tage

Die maßgebliche Bewertungsrelation richtet sich nach der Anzahl der Aufenthaltstage (Anzahl Berechnungstage).
 2. Berechnung der Tagespflegesätze

Multiplikation der maßgeblichen Bewertungsrelation mit dem Basisentgeltwert eines Krankenhauses der Maximalversorgung (derzeit Basisentgeltwert der Universitätsmedizin Göttingen) und der Anzahl der abrechenbaren Tage.

Für die Fachgebiete Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin gilt als maßgebliche Bewertungsrelation eine Bewertungsrelation von

 - a) 1,00 bei vollstationärer Behandlung,
 - b) 0,75 bei teilstationärer Behandlung oder
 - c) 0,80 bei stationsäquivalenter Behandlung oder

für die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychotherapie gilt als maßgebliche Bewertungsrelation eine Bewertungsrelation von

 - a) 1,50 bei vollstationärer Behandlung,
 - b) 1,00 bei teilstationärer Behandlung oder
 - c) 1,20 bei stationsäquivalenter Behandlung.

Fahrtkosten

- Fahrtkosten sind nach § 26 Abs. 2 NBhVO im Zusammenhang mit stationär erbrachten Leistungen nur bis zur Höhe der niedrigsten Klasse regelmäßig verkehrender Beförderungsmittel beihilfefähig, wenn die Fahrt ärztlich verordnet ist. Da nach § 47 Abs. 1 NBhVO nur Beihilfen zu den Aufwendungen gewährt werden, die durch Belege nachgewiesen sind, benötige ich als Nachweis die Fahrkarten oder eine Bescheinigung der Deutschen Bahn AG. Zuschläge (z.B. IC, ICE) sind nicht beihilfefähig.
- Höhere Aufwendungen sind nur beihilfefähig, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden konnte, weil eine anderweitige Beförderung wegen der Schwere oder der Eigenart einer bestimmten Erkrankung oder einer Behinderung unvermeidbar war und die medizinische Notwendigkeit der anderweitigen Beförderung durch eine auf die konkreten Umstände im Einzelfall bezogene Bescheinigung des behandelnden Arztes nachgewiesen wird.

- Bei Benutzung eines privaten PKW werden als Fahrtkosten 0,20 € je Kilometer zurückgelegter Strecke berücksichtigt.
- Mehrkosten der Beförderung zu einem anderen als dem nächstgelegenen Ort, an dem eine geeignete Behandlung möglich ist, sind nicht beihilfefähig.

Bitte fügen Sie eine ärztliche Bescheinigung bei, dass es sich bei der o.g. Einrichtung um den nächstmöglichen, geeigneten Behandlungsort handelt bzw. welches der nächstgelegene Behandlungsort gewesen wäre.

Die beihilfefähigen Aufwendungen sind um 10 % zu kürzen, mindestens aber um 5,00 €, jedoch nicht mehr als die Kosten selbst, höchstens um 10,00 €.

Diese Auskunft erfolgt unter dem Vorbehalt des Gleichbleibens der zurzeit geltenden NBhVO.

***Für Rückfragen steht Ihnen auch gerne Team 1 (Telefon: 0511/87996-421,
E-Mail: Beihilfe.team1@nvk.de) zur Verfügung.***
Ihre Niedersächsische Versorgungskasse
– Abteilung Beihilfen –