

Checkliste stationäre Aufnahme ins Krankenhaus

Wenn man nicht akut durch den Rettungsdienst in ein Krankenhaus eingeliefert wird, meldet man sich vorher in der „Aufnahme“ an.

Dann wird einem in der Regel eine Wahlleistungsvereinbarung angeboten und vorgelegt.

Wahlleistungen sind z.B. eine Behandlung durch einen Chefarzt und / oder eine über die Regelleistung hinausgehende Unterbringung (Komfortzimmer, Einbettzimmer, usw.).

Bei diesen Wahlleistungen sind generell Eigenanteile zu zahlen (beachte LBV-Merkblatt). Höhere Kategorien bei Zwei-Bett-Zimmern verursachen Mehrkosten.

Um zu vermeiden dass Kosten entstehen die von der Beihilfe nicht übernommen werden, sollte man keine Wahlleistungsvereinbarung unterzeichnen. Wenn man aber ein Zweibettzimmer haben möchte, das nicht zum Unterbringungsstandard dieses Krankenhauses gehört oder gar ein Einbettzimmer (weil dies evtl. seine Zusatzversicherung oder der BE-Tarif seiner PKV bezahlt), muss man notgedrungen hierfür eine Wahlleistungsvereinbarung unterschreiben.

Im Gegenteil sollte man klar stellen:

Maßgeblich ist die BVO NRW! (Was das Gegenüber Krankenhaus aber nicht wissen muss)

Ich bin Selbstzahler!

Alle Rechnungen an mich!

100%-Rechnungen! (wegen LBV – damit auch echte 70% erstattet werden!)

Keine Chefarztbehandlung! (Was bedeutet Chefarztbehandlung?)

2-Bett-Zimmer untere Kategorie!

Gleiche Angaben sollte ein Angehöriger / Bevollmächtigter abgeben, wenn dieser ersatzweise die Anmeldung übernimmt.

Weiterhin ist unbedingt zu beachten das **LBV-Merkblatt Beihilfefähige Aufwendungen**, Stand: 07/2024

Jeder entscheidet selber welche Art Leistung er haben will und zahlt je nach Wahlleistung den Mehrbetrag!

Anlage 1: **Erläuterungen**

Anlage 2: **LBV-Merkblatt: Beihilfe – Beihilfefähige Aufwendungen Stand: 07/2024**

(Immer die Aktualität des LBV-Merkblatts prüfen!)

Anlage 3: **LBV-Merkblatt: Beihilfe – Beihilfeanspruch und Antragstellung Stand: 07/2024**

(Immer die Aktualität des LBV-Merkblatts prüfen!)

Informationen für Personen die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind

Anlage 4: **Versicherungsbescheinigung der GKV** (Muster Stand: 10.2024)

Checkliste stationäre Aufnahme ins Krankenhaus

Anlage 1

Erläuterungen:

Was bedeutet Chefarztbehandlung?

Eine Chefarztbehandlung in einem Krankenhaus bedeutet, dass der Patient vom Chefarzt oder einem besonders qualifizierten Vertreter des Chefarztes persönlich behandelt wird. Für einen privat krankenversicherten und beihilfeberechtigten Pensionär hat dies folgende Implikationen:

Behandlung durch den Chefarzt: Der Patient erhält eine Behandlung durch den Chefarzt selbst oder durch einen Oberarzt unter der Aufsicht des Chefarztes. Dies wird oft als qualitativ hochwertigere Betreuung angesehen, da der Chefarzt eine hohe fachliche Expertise besitzt.

Kosten: Die Behandlung durch den Chefarzt ist in der Regel teurer als die Behandlung durch andere Ärzte im Krankenhaus. Die Abrechnung erfolgt oft nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die höhere Sätze für Behandlungen durch den Chefarzt vorsieht.

Private Krankenversicherung: Die private Krankenversicherung des Pensionärs deckt in der Regel die zusätzlichen Kosten einer Chefarztbehandlung ab, sofern diese Leistung im Versicherungsvertrag enthalten ist. Viele private Krankenversicherungen bieten Tarife an, die explizit die Chefarztbehandlung beinhalten.

Beihilfe: Beihilfeberechtigte Pensionäre erhalten einen Teil ihrer Krankheitskosten von der Beihilfestelle erstattet. Die Höhe der Erstattung richtet sich nach den Beihilfesätzen und den spezifischen Regelungen des Beihilferechts. Auch hier kann eine Chefarztbehandlung grundsätzlich erstattet werden, allerdings können Eigenanteile verbleiben, die der Pensionär selbst tragen muss.

Eigenanteil: Trotz der Deckung durch private Krankenversicherung und Beihilfe kann es sein, dass der Patient einen Eigenanteil tragen muss, insbesondere wenn die Versicherung nicht alle Kosten oder nur bis zu einer bestimmten Höhe übernimmt.

Es ist ratsam, sich vor einer Behandlung genau über die Deckung durch die private Krankenversicherung und die Beihilfe zu informieren und gegebenenfalls Rücksprache mit beiden Stellen zu halten, um sicherzustellen, dass keine unerwarteten Kosten entstehen.

Checkliste stationäre Aufnahme ins Krankenhaus

Anlage 2

Landesamt für Besoldung und Versorgung Nordrhein-Westfalen

Merkblätter: Beihilfe → Beihilfefähige Aufwendungen Stand: 07/2024 (Seite 6 –8 von 12) (Immer die Aktualität des LBV-Merkblatts prüfen!)

4. Krankenhaus

4.1 Allgemeines

Bei einer vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen in Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen (z. B. DRG-Fallpauschalen), beihilfefähig.

Für Krankenhausbehandlungen gelten die Regelungen des § 4 Absatz 1 Nr. 2 BVO NRW.

4.2 Wahlleistungen

Bei Aufnahme in ein Krankenhaus können Sie eine Wahlleistungsvereinbarung unterzeichnen.

Wahlleistungen sind z.B. eine Behandlung durch einen Chefarzt oder eine über die Regelleistung hinausgehende Unterbringung (Komfortzimmer, Einbettzimmer, usw.).

Die separat in Rechnung gestellten ärztlichen Leistungen sind, soweit diese im Einklang mit der Gebührenordnung der Ärzte und den Vorgaben der BVO NRW abgerechnet werden, beihilfefähig. Für diese Aufwendungen wird ein Eigenanteil in Höhe von 10 EUR pro Tag in Abzug gebracht.

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind in der Höhe angemessen, wie sie zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart wurden, beihilfefähig. Grundlegend handelt es sich hierbei um den niedrigsten Zweibettzimmersatz der jeweiligen Fachabteilung für Wahlleistungspatienten ohne gesondert in Rechnung gestellte Komfortzusatzleistungen.

Für diese Aufwendungen wird ein Eigenanteil in Höhe von 15 EUR pro Tag in Abzug gebracht.

Mehraufwendungen für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers sind nicht beihilfefähig. Ersatzweise werden dann aber die Kosten eines Zweibettzimmers als beihilfefähig anerkannt.

Die oben genannten Eigenanteile sind auf höchstens 20 Tage bzw. 500 EUR pro Person und Kalenderjahr begrenzt.

4.3 Private Einrichtungen

Wird ein Krankenhausaufenthalt in einem Krankenhaus durchgeführt, das nicht nach § 108 SGB V zugelassen ist, z.B. bestimmte Privatkliniken, so sind nur die vergleichbaren Aufwendungen, die bei einer medizinisch gleichwertigen Behandlung in der dem Behandlungsort nächstgelegenen Klinik der Maximalversorgung (Universitätsklinik) entstanden wären, beihilfefähig.

Es wird ein Eigenanteil in Höhe von 25 EUR pro Tag in Abzug gebracht, begrenzt auf 500 EUR pro Person und Kalenderjahr.

4.4 Gemischte Einrichtungen

Es gibt Einrichtungen, welche sowohl Krankenhausbehandlung, als auch Rehabilitationsbehandlungen anbieten. © APS- Checkliste Krankenhaus Anlage 2 – KG AC Seniorengruppe Stand: 10-2024 HK Seite 2 von 2

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist zu unterscheiden von einer Behandlung in einer Anstalt, die nach der Beihilfeverordnung als Rehabilitationseinrichtung bezeichnet wird. In Krankenhäusern werden üblicherweise keine kurähnlichen Behandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt.

Die Abgrenzung einer Rehabilitationsmaßnahme (§§ 6, 6a, 6b und 7 BVO NRW) von einem stationären Krankenhausaufenthalt (§ 4 Absatz 1 Nr. 2 BVO NRW) besteht in der Form der Betreuung und Behandlung. Im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen werden Spezialbehandlungen, vorwiegend nachgehende Behandlungen chronischer Leiden oder Nachbehandlungen von Genesenden nach Operationen durchgeführt. Insbesondere mit Mitteln der physikalischen Therapie (Anwendungen z.B. Massagen), durch Bewegungstherapie oder durch besondere Formen der Ernährung. Auf derartige Behandlungen sind Akutkrankenhäuser in der Regel nicht eingerichtet.

Suchen Sie eine Krankenanstalt auf, in der sowohl Rehabilitationsmaßnahmen als auch stationäre Krankenhausbehandlungen durchgeführt werden können, ist für die Beihilfestsetzung entscheidend, in welchem organisatorischen Bereich die Behandlung (Krankenhaus- oder Rehabilitationsabteilung) stattgefunden hat. Zudem setzt die Beihilfefähigkeit der geplanten Maßnahmen in diesen Abteilungen ebenfalls eine vorherige Anerkennung der Beihilfestelle voraus.

Fehlt eine vorherige Anerkennung durch die Beihilfestelle, sind nur die ärztlichen Behandlungskosten, Arzneimittel und Heilbehandlungen nach § 4 Absatz 1 Nr. 1 und 7 und § 4i Absatz 1 bis 4 BVO NRW beihilfefähig. Die vorherige Anerkennung gilt als

© APS- Checkliste Krankenhaus – KG AC Seniorengruppe Stand: 10-2024 HK

erteilt, wenn die Krankenversicherung die medizinische Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung im Vorhinein bescheinigt hat und die Beihilfestelle feststellt, dass es keine Anhaltspunkte gibt, die eine abweichende Entscheidung rechtfertigen könnten.

Checkliste stationäre Aufnahme ins Krankenhaus

Anlage 3 -Informationen für Personen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Landesamt für Besoldung und Versorgung Nordrhein-Westfalen

Merkblätter: Beihilfe → Beihilfeanspruch und Antragstellung Stand: 07/2024

(Immer die Aktualität des LBV-Merkblatts prüfen!)

1 Überprüfen ob ein Beihilfeanspruch besteht!

Siehe MBl Ziffer 1. Beihilfeanspruch.

2 Informationen für Personen die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind

Siehe MBl Ziffer 4.

Auszug aus Ziff. 4.1

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen, die dadurch entstehen, dass pflichtversicherte Personen an Stelle von Sach- oder Dienstleistungen **Kostenerstattung** nach § 13 Absatz 2 SGB V wählen oder nach § 13 Absatz 4 SGB V erhalten, sowie Aufwendungen, bei denen die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe des **Festbetrags** nach dem SGB V übernimmt.

Zuzahlungen beispielsweise zu Arznei- und Verbandmitteln, Beförderungskosten, Heilmitteln (z.B. Massagen, Krankengymnastik und medizinischen Bädern), bei vollstationärer Krankenhausbehandlung, sowie bei stationären Rehabilitationsmaßnahmen sind ebenfalls nicht beihilfefähig.

Dies bedeutet, dass für **freiwillig** und **pflichtversicherte** beihilfeberechtigte oder berücksichtigungsfähige Personen in der Regel dann noch Beihilfen gezahlt werden können, wenn die Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung sich nach den Bestimmungen des SGB V als **Zuschuss** darstellt, oder Aufwendungen für eine Behandlung entstanden sind, für die die Gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung erbringt. Damit entstehen beihilfefähige Aufwendungen für diesen Personenkreis in der Regel noch bei stationärer Krankenhausbehandlung, wenn Wahlleistungen in Anspruch genommen wurden ...

Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen die entstehen bei Inanspruchnahme von:
freiwilligen Leistungen ihrer Krankenkasse außerhalb des Leistungskatalogs des SGB V
im
Rahmen der jeweiligen Satzung,
eines Bonusprogramms oder
eines Gesundheitskontos.

3 Versicherungsbescheinigung GKV

Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind, müssen die Beihilfeleistung beantragen und die Zahlung oder Nichtzahlung ihrer GKV mit einer Bescheinigung ihrer GKV oder nachfolgendem Vordruck einreichen bei

Zentrale Scanstelle Beihilfe

32746 Detmold

LBV -> Vordrucke -> Vordrucke für den Bereich Beihilfe -> Versicherungsbescheinigung GKV