

Informationen zur Krankenhausbehandlung



Allgemeines

Eine Krankenhausbehandlung im Sinne des KVB-Tarifs kann vollstationär, teilstationär, tagesstationär oder als vor- und nachstationäre Behandlung einer akuten Erkrankung erfolgen. Die Aufwendungen einer Krankenhausbehandlung werden bezuschusst, wenn und solange die Behandlung nach ärztlichem Befund erforderlich ist.

Wahl des Krankenhauses

Das Krankenhaus kann unter den zugelassenen Krankenhäusern frei gewählt werden. (Hinweis: Fahrtkosten werden nach Tarifstelle 1.17 nur bis zur nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsstätte als zuschussfähig anerkannt, außer es besteht ein zwingender medizinischer Grund für die Behandlung an einem entfernten Ort). Zur Behandlung in einer Privatklinik oder einer Gemischten Krankenanstalt sind die Informationen auf Seite 3 zu beachten.

Zugelassene Krankenhäuser

Folgende Krankenhäuser gelten als zugelassen:

- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, z.B. Kreiskrankenhäuser,
- Hochschulkliniken und
- Krankenhäuser, die sich in einem Versorgungsvertrag verpflichtet haben an der Krankenhausversorgung teilzunehmen.

Leistungsangebot der zugelassenen Krankenhäuser

Bei den Krankenhausleistungen unterscheidet man allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

• Allgemeine Krankenhausleistungen

Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Dazu gehören insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung sowie die aus medizinisch notwendigen Gründen erforderliche Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten im Krankenhaus.

Die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ werden dem Krankenhaus im Geltungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) durch diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) vergütet. Bei psychiatrischen und psychosomatischen Behandlungen erfolgt die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP).

• Wahlleistungen

Neben den Pflegesätzen bzw. Fallpauschalen dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden. Zuschussfähige Wahlleistungen sind

- die gesondert berechneten wahlärztlichen Leistungen (Chefarztbehandlung) und
 - die gesondert berechnete **Unterkunft** in einem Zwei- oder Einbettzimmer.
- Die Kosten für besondere Serviceleistungen (z.B. gesondert berechnete Nasszelle, Bereitstellung von Telefon, Fernseher sowie gewünschte Sonderverpflegung u.a.m.) können im Rahmen der Wahlleistung Unterkunft **nicht** als zuschussfähig anerkannt werden; dies gilt auch dann, wenn ein sogenanntes „Komfortzimmer“ in Anspruch genommen wird.

Falls Sie vom Krankenhaus angebotene Wahlleistungen (Chefarztbehandlung und/oder Unterkunft in einem Zwei- oder Einbettzimmer) in Anspruch nehmen möchten, dann beachten Sie bitte Folgendes:

- Die Wahlleistungsvereinbarung muss vor der Erbringung der Leistung **schriftlich** mit dem Krankenhaus vereinbart und der Bezirksleitung **spätestens** zusammen mit der ersten Rechnung (Chefarztrechnung und/oder Rechnung für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer) vorgelegt werden.
- Wahlleistungsvereinbarungen sind erst ab dem Tage gültig, an dem sie unterzeichnet wurden; eine Rückdatierung der Wahlleistungsvereinbarung ist unzulässig.
- Die Wahlleistungsvereinbarung (Textform) muss durch den Patient unterschrieben sein. Ist der Patient nicht in der Lage, die Unterschrift selbst zu leisten, kann er ggf. auch mündlich einen Dritten, wie z.B. eine Krankenpflegekraft, mit der Unterschrift beauftragen und diese nachträglich genehmigen. Möglich ist auch die Abgabe der entsprechenden Willenserklärung z.B. durch den Ehegatten.
- Behandlungsverträge, Datenschutzhinweise, Informationen zum Abschluss von Wahlleistungsvereinbarungen und andere Unterlagen sind KEINE Wahlleistungsvereinbarungen und müssen der KVB nicht vorgelegt werden.

Abrechnung der Leistungen

Soweit möglich, werden die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen von der KVB direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet. Haben Mitglieder oder mitversicherte Angehörige nur Anspruch auf den aus Beitragsmitteln gedeckten Anteil der Tarifeistung der KVB, kann eine direkte Abrechnung mit dem Krankenhaus nicht erfolgen.

Falls stationäre Krankenhausleistungen dem Mitglied unmittelbar in Rechnung gestellt werden (z.B. wahlärztliche Leistungen, Zuschlag für die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer), können die Rechnungen der KVB mit Erstattungsantrag vorgelegt werden.

Zuschüsse der KVB

- Allgemeine Krankenhausleistungen

Bei Behandlung in der Regelpflegeklasse werden die allgemeinen Krankenhausleistungen mit Ausnahme der Kosten für eine Begleitperson einschließlich der ärztlichen Leistungen nach dem KHEntgG bzw. der BPfV abgegolten. Der Zuschuss der KVB beträgt **100% der zuschussfähigen Aufwendungen**.

- Begleitpersonen

Für die Unterbringung der nach TS 8.5 Abs. 2 erforderlichen Begleitperson kann ein Zuschuss nach der Leistungstafel gezahlt werden.

- Wahlleistungen

Auch bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen werden die „Allgemeinen Krankenhausleistungen“ grundsätzlich mit 100% der zuschussfähigen Aufwendungen bezuschusst. Daneben werden für vereinbarte Wahlleistungen Zuschüsse gezahlt, und zwar für

- die Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer, jeweils:
80% des Zuschlags bis zur Höhe von 1,2% der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des KHEntgG zu vereinbarenden einheitlichen Basisfallwertkorridors, täglich, dies sind aktuell (Stand 2025) 80% aus 54,05 € täglich (= 43,24 € täglich),
- wahlärztliche Leistungen **bei gleichzeitig gewählter Unterbringung in einem Zwei- oder Einbettzimmer: 80% der anerkannten Arztkosten,**
- wahlärztliche Leistungen bei Unterbringung in der Regelpflegeklasse:
100% der anerkannten Arztkosten.

- Belegabteilung (Belegarzt)

Bei der Unterbringung in der Belegabteilung eines Krankenhauses werden neben den allgemeinen Krankenhausleistungen die ärztlichen Leistungen gesondert berechnet. Die Höhe des Zuschusses richtet sich nach der in Anspruch genommenen Unterbringung (wie vorstehend). Für die belegärztliche Leistung ist eine Wahlleistungsvereinbarung nicht erforderlich.

- Übergangspflege im Krankenhaus

Zuschussfähig sind Aufwendungen für die in § 39e Absatz 1 Satz 1 bis 2 SGB V genannten Leistungen der Übergangspflege im Krankenhaus für bis zu 10 Tage je Krankenhausbehandlung.

- Hybrid-DRG

Leistungen nach §115f SGB V gemäß vereinbartem Fallpauschalenkatalog (Hybrid-DRG-Verordnung) werden bezuschusst.

Behandlung in Privatkliniken

Privatkliniken unterliegen in ihrer Abrechnung nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Da die KVB die Aufwendungen der Leistungen nur auf der Grundlage des KHEntG bzw. der BPfIV bezuschusst, kann es **zu hohen Selbstbehalten** kommen. Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen, sich **vor der Behandlung** von der Privatklinik eine Kostenauflistung mit den Diagnosen (ICD10) und den Operations- und Prozedurenschlüsseln (OPS) ausfertigen zu lassen und diese der Bezirksleitung zuzusenden. Mit diesen Angaben kann die Bezirksleitung schon vor der Behandlung eine Aussage zur Höhe der voraussichtlich zuschussfähigen Aufwendungen treffen.

Bei Behandlung in Privatkliniken, die nach dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) abrechnen, sind die Entgelte, wie in Tarifstelle 8.2 Nr. 2 aufgeführt, zuschussfähig.

Gesondert berechnete Wahlleistungen für die Unterkunft in einem Zwei- oder Einbettzimmer: 80% des Zuschlags bis zur Höhe von 1,2 der oberen Grenze des nach § 10 Absatz 9 des KHEntG zu vereinbarenden Basisfallwertkorridors täglich.

Beachten Sie zu Wahlleistungen bitte die Hinweise auf den Seiten 1 u. 2 dieses Informationsblattes!

- **Ausnahme: Notfallversorgung**

Wenn eine Privatklinik zur Notfallversorgung als nächstgelegenes Krankenhaus aufgesucht werden musste, sind die Aufwendungen ohne die vorgenannten Begrenzungen, bis zur Beendigung der Behandlung als Notfall, zuschussfähig.

Eigenanteile bei einer stationären Krankenhausbehandlung

Von den zuschussfähigen Aufwendungen verbleiben dem Mitglied sowie den mitversicherten Angehörigen Eigenanteile nach Tarifstelle 1.20.1 Nr. 2 in Höhe von **10 € je Kalendertag** höchstens für insgesamt 28 Tage im Kalenderjahr (siehe hierzu aber auch Tarifstelle 1.20.1).

Vorherige Genehmigung für eine Krankenhausbehandlung in einer gemischten Krankenanstalt

Unter gemischten Krankenanstalten versteht man Krankenhäuser, die sowohl medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, als auch Heil- und Kurbehandlungen durchführen oder auch Rekonvaleszenten aufnehmen. Soll eine stationäre Heilbehandlung in

einer gemischten Krankenanstalt durchgeführt werden, dann muss **vor Behandlungsbeginn** die schriftliche Kostenzusage der jeweiligen KVB-Bezirksleitung eingeholt werden.

Was ist bei der Aufnahme in ein Krankenhaus zu beachten?

- Weisen Sie sich bitte bei der Aufnahme mit dem Mitgliedsausweis / Versichertenausweis der KVB aus,
- geben Sie bitte eventuell anderweitig bestehende Krankenversicherungen an.
- Beachten Sie bitte die Hinweise zu Wahlleistungsvereinbarungen!

Bei stationärem Krankenhausaufenthalt im Ausland ist Folgendes zu beachten:

Bei innerhalb der Europäischen Union entstandenen zuschussfähigen Aufwendungen stationärer Leistungen in öffentlichen Krankenhäusern wird kein Kostenvergleich durchgeführt, d.h. die Aufwendungen gelten grundsätzlich als zuschussfähig. Aufwendungen stationärer Leistungen in Privatkliniken werden entsprechend der Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Außerhalb der Europäischen Union entstandene zuschussfähige Aufwendungen stationärer Leistungen werden nach den Bestimmungen der Tarifstelle 8.2 bezuschusst.

Kein Kostenvergleich findet statt, wenn das Mitglied oder ein mitversicherter Angehöriger zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen musste. Ab dem Zeitpunkt, an dem eine Notfallbehandlung nicht mehr notwendig ist, wird ein Kostenvergleich durchgeführt. Eine unmittelbare Abrechnung der Kosten zwischen dem ausländischen Krankenhaus und der KVB ist im Allgemeinen nicht möglich.

Was zählt nicht zu einer Krankenhausbehandlung?

- Genehmigungspflichtige stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen aller Art (z.B. Anschlussheilverfahren (AHB) und Entwöhnungsmaßnahmen für Suchtkranke) sowie Heilkuren sind keine Krankenhausbehandlung im Sinne des Tarifs der KVB. Derartige Heilmaßnahmen können vom Anspruchsberechtigten mit Formantrag bei der KVB-Hauptverwaltung Geschäftsgruppe Rehabilitation, Postfach 20 02 53 in 60606 Frankfurt am Main beantragt werden.

Wir weisen vorsorglich darauf hin, dass während der Rehabilitationsmaßnahme Wahlleistungen aller Art **nicht** zuschussfähig sind und ein Teil der Kosten (im Allgemeinen = 15% der anerkannten Aufwendungen) vom Anspruchsberechtigten selbst zu tragen sind.

Für die Durchführung und Abrechnung einer genehmigten Heilkur hat der Anspruchsberechtigte selbst zu sorgen. Zuschüsse sind mit KVB-Erstattungsantrag unter Beifügung der Rechnung, des Genehmigungsschreibens der KVB, Geschäftsgruppe Rehabilitation sowie des Kurabschlussberichts bei der zuständigen KVB-Bezirksleitung zu beantragen. Zu allen anderen Heilmaßnahmen sind die Belege zur Kostenerstattung bei der KVB Hauptverwaltung, Geschäftsgruppe Rehabilitation, vorzulegen.

Sie finden diese Informationen auch im Internet unter www.kvb.bund.de.

Dieses Informationsblatt bietet einen Überblick über die tariflichen Leistungen. Für eine Bezugsschussung maßgeblich sind allein die Bestimmungen des Tarifs der KVB (DS 115/V).

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre KVB