§ 28 Krankenhausleistungen

(1) [1]In nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern sind Aufwendungen für

1. vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 1 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 115a SGB V sowie stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach § 115d SGB V,

2. voll- und teilstationäre allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG, § 2 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115e SGB V,

3. andere im Zusammenhang mit Nrn. 1 und 2 berechenbare Leistungen im Rahmen der §§ 8 und 18 sowie

4. Unterkunft und Verpflegung einer Begleitperson außerhalb des Krankenhauses bis zur Höhe der Kosten für eine Mitaufnahme der Begleitperson in das Krankenhaus, wenn die Anwesenheit aus medizinischen Gründen notwendig, eine Mitaufnahme in das Krankenhaus jedoch nicht möglich ist,

beihilfefähig. [2]Beihilfefähig sind ferner, abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG, die Aufwendungen für

1. gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) sowie

2. gesondert berechnete Unterkunft (§ 17 KHEntgG, § 16 Satz 2 BPflV) bis zur Höhe der Kosten eines Zweibettzimmers der jeweiligen Fachabteilung.

(2) [1]In allen anderen Krankenhäusern sind bei Indikationen, die bei einer Behandlung in einem Krankenhaus nach Abs. 1 mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abgerechnet würden, die folgenden Leistungen beihilfefähig:

1. die allgemeinen Krankenhausleistungen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 2) bis zu dem Betrag, der sich aus den Teilbeträgen
   a) Fallpauschalenentgelt,
   dies ist das Produkt aus dem zuletzt vereinbarten Bundesbasisfallwert gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG mit der Bewertungsrelation
      aa) gemäß Teil a, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder
      bb) gemäß Teil b, Spalte 4 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen)
   unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und
   b) Pflegeentgelt,
   dies ist das Produkt aus dem nach § 15 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG maßgeblichen Betrag mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog
      aa) gemäß Teil a, Spalte 14 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Hauptabteilungen) oder
      bb) gemäß Teil b, Spalte 16 des DRG Fallpauschalenkatalogs (Versorgung durch Belegabteilungen),
   unter Ansatz der tatsächlichen Verweildauer, und
   c) Zusatzentgelte,
   sofern sie in der Rechnung ausgewiesen sind, bis zu der im Zusatzentgeltkatalog nach § 9 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG ausgewiesenen Höhe,

zusammensetzt sowie

2. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft im Sinn des Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 bis zur Höhe von 1,5 % der zuletzt vereinbarten oberen Korridorgrenze des Basisfallwerts gemäß § 10 Abs. 9 KHEntgG abzüglich der Eigenbeteiligung gemäß Art. 96 Abs. 2 Satz 7 BayBG.

[2]Beihilfefähig sind bei allen anderen Indikationen

1. der Gesamtbetrag des Basis- und des Abteilungspflegesatzes des behandelnden Krankenhauses bei der Untersuchung und Behandlung von Personen
   a) die das 18. Lebensjahr vollendet haben, vollstationär bis zu 324,63 € und teilstationär bis zu 225,60 € täglich,
   b) die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, vollstationär bis zu 462,80 € und teilstationär bis zu 345,80 € täglich, sowie

2. gesondert berechnete Wahlleistungen für Unterkunft entsprechend Satz 1 Nr. 2.

[3]Die Sätze 1 und 2 gelten nicht im Fall einer stationären Notfallbehandlung, wenn das nicht nach § 108 SGB V zugelassene behandelnde Krankenhaus das nächstgelegene geeignete Krankenhaus ist. [4]Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 gilt entsprechend. [5]Aufwendungen für die medizinisch notwendige Unterbringung einer Begleitperson sind beihilfefähig. [6]Nicht beihilfefähig sind Aufwendungen für Leistungen, die zusätzlich in Rechnung gestellt werden und die Bestandteil der Leistungen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sind.