

Liebe Kameraden,

hier eine wichtige Änderung im Bereich der Beihilfe, die in Zukunft beachtet werden sollte / muss.

Ich möchte Sie bitten, diese Information in die Fläche weiterzutragen. DANKE

Zur Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen gibt es seit dem Jahr 2004 in Deutschland eine verbindliche Abrechnungsgrundlage: die DRG (Diagnosis Related Group). Sie fasst unterschiedliche Diagnosen mit vergleichbarem Kostenaufwand zu pauschalen Fallgruppen zusammen. Um zu berechnen, welche Vergütung dem Krankenhaus für die erbrachte Leistung zusteht, sind dabei hauptsächlich zwei Werte relevant: Zum einen die Bewertungsrelation, die hinter jeder DRG steht, diese soll den Behandlungs- und Kostenaufwand widerspiegeln. Eine aufwendigere und/oder teurere Behandlung wird dadurch entsprechend höher bewertet. Zum anderen der Basisfallwert, dieser beschreibt einen Betrag für einen durchschnittlichen Patientenfall. Der Basisfallwert wird der Höhe nach jährlich neu ermittelt. Beide Werte werden miteinander multipliziert und ergeben den „DRG Erlös“.

Mit dem Jahr 2020 ist eine tiefgreifende Reform dieses DRG-Systems in Kraft getreten. Hintergrund sind neue Abrechnungsbestimmungen aufgrund des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes. Die Pflegekosten werden nun damit aus den Fallpauschalen herausgelöst und separat und tagesgenau berechnet. Der Pflegaufwand erhält somit ein eigenes Gewicht. Das bisherige G-DRG-System (das „G“ steht für German) wurde damit zum 01. Januar 2020 vom neuen aG-DRG-System abgelöst (das „a“ steht für „ausgegliedert“).

Daneben ist ein überarbeitetes Vergütungssystem für den Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Kraft getreten, das PEPP-Entgeltsystem. Auch der PEPP-Katalog arbeitet mit Pauschalen und wird seit seiner Erstauflage 2013 kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Veränderungen stellen eine grundlegende Erneuerung im bisherigen Abrechnungssystem dar. Diese schlagen teilweise auch auf die Beihilfeberechtigten durch. Allerdings wird sich an der Beihilfefähigkeit von Leistungen aus den sogenannten „zugelassenen Krankenhäusern“<sup>3</sup> durch die Reform nichts verändern.

In Privatkliniken<sup>4</sup> gilt schon immer, dass die Kosten nicht uneingeschränkt beihilfefähig sind. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen orientiert sich an der Kostenerstattung in zugelassenen Krankenhäusern. Die Beihilfestelle stellt hierzu einen Kostenvergleich an. Dieser Kostenvergleich erfährt durch die Reform entscheidende Änderungen. Das BMI hat diese zum 1. Januar 2020, im Vorgriff auf die nächste Anpassung der Bundesbeihilfevorschrift, bereits in Kraft gesetzt. Im Einzelnen:

- Wie schon beschrieben, werden die aus der DRG herausgelösten Pflegepersonalkosten gesondert über einen Pflegeerlöskatalog abgerechnet. Den Krankenhäusern steht nun ein separates Pflegebudget zur Verfügung.
- Bis 2019 wurde, unter anderem zur Verwaltungsvereinfachung, eine mittlere Verweildauer im Krankenhaus angenommen und bei der Beihilfeberechnung zu Grunde gelegt. Ab 2020 wird die tatsächliche Verweildauer berücksichtigt. Das kann zu Zuschlägen, aber auch zu Abschlägen innerhalb der Kostenrechnung führen.

- Die durchschnittlichen Behandlungskosten im Krankenhaus sind in einigen Bundesländern höher als in anderen. Um diese Mehrkosten und einige krankenhaushausindividuelle Zuschläge abzufedern, wurde zur Berechnung des DRG-Erlöses bis 2019 die obere Grenze eines Korridors um den Basisfallwertes herangezogen.
- Ab 2020 wird der Bundesbasisfallwert (Mittelwert) zugrunde gelegt. Die damit bedingten geringeren monetären Werte sollen durch die tagesbezogenen Pflegeentgelte wieder geglättet werden.
- Ferner war es bis 2019 möglich, in Privatkliniken nach pauschalieren Höchsttagessätzen abzurechnen<sup>5</sup>, auch ohne DRG Pauschalen. Diese Abrechnungsform ist ab 2020 nicht mehr beihilfefähig.

**Speziell der letzte Punkt hat Auswirkungen auf die beihilfeberechtigten Personen.** In Zukunft muss der Patient beim Besuch einer Privatklinik zwingend darauf achten, dass nach DRG oder PEPP abgerechnet wird. Das kann ohne großen Aufwand im Vorfeld im Krankenhaus erfragt werden. Bei bleibenden Zweifeln kann überdies im Vorfeld der Behandlung ein Kostenvoranschlag von der Privatklinik bei der Beihilfestelle, mit der Bitte um Überprüfung, vorgelegt werden.

Mit kameradschaftlichen Grüßen aus der Lüneburger Heide

Uwe Schenkel