

07.08.2018

Rahmenvereinbarung Direktabrechnung in der Beihilfe

Das Unterschriftenverfahren zur Unterzeichnung der zwischen dem Bundesministerium des Innern, Bau und Heimat (BMI) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) konsentierten *Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen in der Beihilfe* ist abgeschlossen. Mit Inkrafttreten der 8. Verordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung zum 31.07.2018 ist auch die Rahmenvereinbarung in Kraft getreten. Somit haben Krankenhäuser nunmehr die Möglichkeit, Behandlungen von beihilfeberechtigten Patienten direkt mit den Festsetzungsstellen der Beihilfeträger abzurechnen.

Das Unterschriftenverfahren zur *Rahmenvereinbarung über eine Direktabrechnung von Krankenhausleistungen in der Beihilfe* – RahmenV zwischen dem BMI und der DKG wurde abgeschlossen. Da im Vorfeld der Umsetzung auf normativer Ebene noch weitere Regelungen für die Beihilfeträger geschaffen mussten, wurde das Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung an das Inkrafttreten der 8. *Verordnung zur Änderung der Beihilfeverordnung* gekoppelt. Diese ist am 31.07.2018 in Kraft getreten (vgl. BGBl I Nr. 28 vom 30.07.2018), sodass Krankenhausträger nunmehr die Möglichkeit haben, Behandlungsleistungen bei beihilfeberechtigten Patienten auch direkt mit den jeweiligen Festsetzungsstellen der Beihilfeträger abzurechnen.

Bei der Umsetzung des Direktabrechnungsverfahrens nach der Rahmenvereinbarung ist grundsätzlich Folgendes zu berücksichtigen:

1. Teilnahme und Beitritt von Krankenhäusern, § 1 RahmenV

- Die **Teilnahme** von Krankenhausträgern an der Direktabrechnung mit den Festsetzungsstellen der Beihilfeträger ist **freiwillig**.
- **Gegenstand des Direktabrechnungsverfahrens** sind nach § 1 Abs. 2 RahmenV die beihilfefähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen und gegebenenfalls Wahlleistungen.
- Sofern Krankenhäuser am Direktabrechnungsverfahren teilnehmen möchten, müssen sie der Rahmenvereinbarung **beitreten**. Dieser **Beitritt** kann nach § 1 Abs. 3 RahmenV in zwei Varianten erfolgen. Entweder erklärt der betreffende

Krankenhausträger dem BMI gegenüber seinen generellen Beitritt unter Verwendung der *Beitritts- und Anerkenniserklärung – Anlage 1 RahmenV*, oder er erklärt der zuständigen Festsetzungsstelle des Beihilfeträger gegenüber seinen einzelfallbezogenen Beitritt unter Verwendung des *Antrages auf Gewährung von Beihilfe und auf Direktabrechnung – Anlage 2 RahmenV*. Letztere Variante würde das Direktabrechnungsverfahren nur für bestimmte Behandlungsfälle „freischalten“ und verschafft dem Krankenhausträger die zusätzliche Möglichkeit, das Direktabrechnungsverfahren entweder erst einmal zu testen oder generell nur gegenüber bestimmten Festsetzungsstellen zu praktizieren.

2. Durchführung des Abrechnungsverfahrens, §§ 2 und 4 RahmenV

- Das Direktabrechnungsverfahren kann gem. § 2 RahmenV ebenfalls in zwei unterschiedlichen Formen durchgeführt werden. Diese unterscheiden sich dahingehend, dass das **fünfstufige Abrechnungsverfahren** nach § 2 Abs. 1 RahmenV – im Gegensatz zum **dreistufigen Abrechnungsverfahren** nach Absatz 2 – noch je eine zusätzliche Datenübermittlung des Krankenhauses an die Festsetzungsstelle (vgl. § 4 Abs. 2 RahmenV) und der Festsetzungsstelle an das Krankenhaus zwecks Kostenübernahme (vgl. § 4 Abs. 3 RahmenV) beinhaltet. Beiden Verfahrensvarianten gemein ist neben der Aufnahme des Patienten (vgl. § 4 Abs. 1 RahmenV) die Übermittlung der Rechnung durch das Krankenhaus an die Festsetzungsstelle (vgl. § 4 Abs. 4 RahmenV) sowie die Zahlung durch die Festsetzungsstelle unmittelbar an das Krankenhaus (vgl. § 4 Abs. 5 RahmenV).
- Wie uns das BMI mitteilte, werde der Bund aus administrativen Gründen zunächst mit der Direktabrechnung im dreistufigen Verfahren beginnen. Die Krankenhausträger sind deshalb zunächst dazu gehalten, nach der Aufnahme des beihilfeberechtigten Patienten und dessen Entlassung der Festsetzungsstelle gem. § 4 Abs. 4 i.V.m. § 2 Abs. 2 RahmenV neben der **Rechnung** und der **Entlassungsanzeige** auch den **Antrag auf Direktabrechnung** sowie die **Aufnahmeanzeige** und **ggfs.** die **Wahlleistungsvereinbarung** zu übermitteln.
- Die Übermittlung dieser Unterlagen erfolgt nach § 2 Abs. 3 RahmenV zunächst **schriftlich**. Der zeitnahe Abschluss der Vereinbarung über einen elektronischen Datenaustausch wird von den Vertragspartnern jedoch angestrebt.
- Nach Prüfung der übersandten Unterlagen durch die Festsetzungsstelle kehrt diese den erstattungsfähigen Betrag nach § 4 Abs. 5 RahmenV an den Krankenhausträger aus. Sollte dieser geringer sein als der berechnete Betrag, verbleibt dem Krankenhausträger die Geltendmachung des Differenzbetrages beim beihilfeberechtigten Patienten.

3. Begünstigter Personenkreis, § 3 RahmenV

- Das Direktabrechnungsverfahren nach der Rahmenvereinbarung findet zuvorderst Anwendung bei der Abrechnung von Behandlungskosten bei **Beamten des Bundes**, z.B. Beamte der Bundesministerien, der Bundespolizei

und der Bundesverwaltung, Beamte bei der Post AG oder der Deutschen Bahn AG sowie die zugehörigen berücksichtigungsfähigen Personen etc. Zwar erstreckt § 3 RahmenV das Direktabrechnungsverfahren auch auf Landesbeamten sowie die nach Landesrecht berücksichtigungsfähigen Personen. Hierzu wäre jedoch zunächst der Beitritt der hierzu jeweils zugehörigen Beihilfeträger zu der Rahmenvereinbarung nach § 1 Abs. 5 RahmenV erforderlich, über die das BMI die Geschäftsstelle in regelmäßigen Abständen unterrichten wird. Bislang sind jedoch noch keine Beitritte bekannt.

Die Möglichkeit der Direktabrechnung in der Beihilfe ist neu und muss sich in der Praxis bewähren, weswegen abzuwarten bleibt, ob sich das Verfahren durchsetzt. Aus Sicht der DKG stellt die Direktabrechnung zwischen Krankenhausträger und Beihilfe jedoch eine erwägenswerte neue Verfahrensvariante dar, die es den Krankenhausträgern es in Zukunft ermöglicht, die bislang ausschließlich den beihilfeberechtigten Patienten berechneten Vergütungen schneller zu realisieren, als dies bislang der Fall war. Auch geht die Direktabrechnung mit den Festsetzungsstellen der Beihilfeträger mit einer Minderung des Ausfallrisikos des Krankenhauses einher.