

Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen im Rahmen der Beihilfe

Die Beihilfestelle erstattete im Jahr 2017 Krankenhausleistungen im Umfang von rd. 1 Mio. €, die aus fachlich-medizinischer Sicht bedenklich oder nicht angemessen waren.

1 Prüfungsgegenstand

- 1 Im Rahmen der Prüfung „Qualitätssicherung bei der Beihilfearbeitung“ hat sich der SRH mit dem Thema „Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen“ in der Beihilfestelle des LSF beschäftigt.
- 2 § 20 der Sächsischen Beihilfeverordnung regelt die Erstattung von Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen. Aufwendungen sind nur beihilfefähig, für medizinisch notwendige und wirtschaftlich angemessene Maßnahmen, deren Wirksamkeit und therapeutischer Nutzen nachgewiesen und für die die Beihilfefähigkeit nicht ausgeschlossen ist.¹
- 3 Der Prüfungszeitraum erstreckte sich auf die Hj. 2013 bis 2017.

2 Prüfungsmethode

- 4 Weil beim SRH kein medizinischer Sachverstand vorhanden war, wurde bei der Prüfung ein externer Dienstleister mit einschlägiger Erfahrung bei der Prüfung von Krankenhausleistungen hinzugezogen. Im Rahmen der Prüfung hat der Dienstleister 535 sog. DRG²-Rechnungen im Umfang von rd. 1.870 T€³ u. a. hinsichtlich

Prüfung durch externen Dienstleister

- | medizinischer Notwendigkeit der Behandlung und Behandlungsdauer,
- | der Plausibilität der Rechnungspositionen sowie
- | der Erkennung von Kodierungsauffälligkeiten

überprüft. Die Rechnungen wurden dem Dienstleister anonymisiert zur Verfügung gestellt.

- 5 Für die Überprüfung setzte der Dienstleister u. a. eine zertifizierte Krankenhausabrechnungs-Prüfsoftware ein.
- 6 Die Stichprobe entsprach rd. 8 % der Krankenhausrechnungen des Jahres 2017.⁴

3 Prüfungsergebnisse

3.1 Ausgaben

- 7 Die Entwicklung der Beihilfeausgaben, der Beihilfeberechtigten und der Ausgaben für Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2013 bis 2017 zeigt nachfolgende Abbildung.

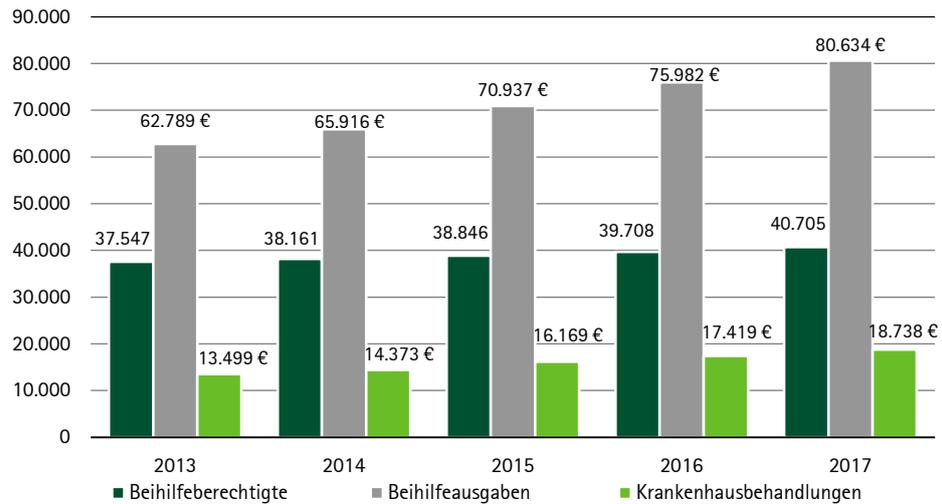
¹ Vgl. § 4 Abs. 3 Sächsische Beihilfeverordnung.

² Die Abrechnung stationärer Krankenhausleistungen erfolgt seit dem Jahr 2004 über diagnosebezogene Fallpauschalen, den Diagnosis Related Groups (DRG). Mit den DRGs werden stationäre Behandlungsfälle in Fallgruppen zusammengefasst, die einen vergleichbaren Kostenaufwand haben.

³ Bei der Rechnungssumme wurde der auf der Rechnung ausgewiesene Beihilfebemessungssatz berücksichtigt. Sofern dieser daraus nicht ersichtlich war, wurde pauschal ein Bemessungssatz von 50 % angesetzt.

⁴ Nach Mitteilung des LSF gingen im Hj. 2017 insgesamt 6.723 Krankenhausrechnungen ein.

Abb.: Anzahl Beihilfeberechtigte und Ausgaben für Beihilfe und Krankenhausbehandlungen in den Jahren 2013 bis 2017⁵



Quelle: E-Mails LSF vom 02.02.2017 und 14.05.2018.

Ausgaben für Krankenhausbehandlungen überproportional angestiegen

8 Danach erhöhte sich die Zahl der Beihilfeberechtigten innerhalb von 5 Jahren um rd. 8 %, die Ausgaben für die Beihilfe im gleichen Zeitraum um 28 % und für stationäre Krankenhausbehandlungen um 39 %.

9 Im Betrachtungszeitraum stiegen die Beihilfeausgaben, insbesondere die für stationäre Krankenhausbehandlungen, deutlich schneller an als die Zahl der Anspruchsberechtigten.

10 Mit den Verbeamtungen im Lehrerbereich und der wachsenden Anzahl von Versorgungsempfängern wird sich diese Ausgabeposition künftig weiter erhöhen.

3.2 Abrechnungsverfahren (Istzustand)

11 Ein besonderer, qualitätsgesicherter Prüfprozess für die Abrechnung von Krankenhausleistungen ist in der Beihilfestelle nicht etabliert. Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der allgemeinen Beihilfearbeitung.

Kein medizinischer Sachverstand in Beihilfestelle

12 Dafür zuständig sind die Beihilfesachbearbeiter. Sie gehören der Laufbahngruppe 1.2, Vorgesetzte der Laufbahngruppe 2.1 der Laufbahn des allgemeinen Verwaltungsdienstes an.⁶ Ein spezieller medizinischer Sachverstand wird in der Beihilfestelle nicht vorgehalten.

13 Die Bearbeitung erfolgt zwar IT-gestützt, eine Spezialsoftware für die Prüfung von Krankenhausleistungen gibt es im LSF allerdings nicht.

Angemessene Prüfung nicht leistbar

14 Eine sachlich-medizinische Prüfung, ob abgerechnete Krankenhausleistungen medizinisch notwendig und der Höhe nach angemessen sind, erfolgt nicht. Dies ist mit der gegebenen personellen und sachlichen Ausstattung der Beihilfestelle auch nicht leistbar.

3.3 Fehlende Angaben

Nur 5 % der Rechnungen mit vollständigen Angaben

15 Die Überprüfung des externen Dienstleisters ergab, dass lediglich bei 25 (5 %) der in die Stichprobe einbezogenen Rechnungen die Angaben vollständig waren. Diese Rechnungen konnten ohne Nachbearbeitung unter Zuhilfenahme der Prüfsoftware überprüft werden.

⁵ Beihilfeausgaben vor Einbehalt des Selbstbehaltes und von Überzahlungen.
⁶ Oder vergleichbarer Entgeltgruppen gemäß TV-L.

16 Die restlichen 95 % der Rechnungen hat der Dienstleister manuell nachbearbeitet, um ggf. die für eine Überprüfung zwingend erforderlichen Angaben aus anderen Informationen der Rechnungslegung, z. B. aus der Entlassungsanzeige, ableiten zu können.

17 Im Ergebnis waren – einschließlich Nachbearbeitung – 409 Rechnungen prüfbar. 126 Rechnungen (rd. 24 %) im Wertumfang von rd. 355 T€ waren trotz manueller Nachbearbeitung nicht prüfbar.

18 Obwohl diese Rechnungen wegen fehlender notwendiger Angaben sachlich nicht prüfbar waren, sind sie dennoch von der Beihilfestelle erstattet worden.

24 % der Rechnungen nicht prüfbar, aber bezahlt

3.4 Einsparpotenzial

19 Die in Rechnung gestellten Beträge der 409 prüfbaren Rechnungen betragen insgesamt 1.515 T€. Das vom Dienstleister nach sachlich-medizinischer Prüfung ermittelte dem Grunde nach beihilfefähige (theoretische) Einsparpotenzial beträgt rd. 171 T€ (rd. 11 %).

20 Nach Erfahrungen des Dienstleisters sind etwa 50 % des (theoretischen) Einsparpotenzials gegenüber den Krankenhäusern letztendlich auch durchsetzbar. Dies entspräche im Rahmen der gezogenen Stichprobe rd. 105 T€⁷.

21 Bei Übertragung der durchsetzbaren Einsparquote aus der Stichprobe auf die Summe der Krankenhausrechnungsbeträge aus dem Jahr 2017⁸ sind dies hochgerechnet rd. 1 Mio. €.

Rund 1 Mio. € Einsparpotenzial

3.5 Abrechnung zu teurer Leistungen

22 Rechnungen werden anhand von Fallpauschalen gestellt. Die Fallpauschalen sind bei schweren Fällen teurer als bei weniger schweren Fällen.

23 In 9 Fällen der Stichprobe haben die Krankenhäuser schwere Fälle – und damit zu teure Fallpauschalen – in Rechnung gestellt, obwohl die Angaben zur Abrechnung dies nicht begründet haben.

Überteuerte Fallpauschalen abgerechnet

24 Nach Angaben des Dienstleisters sei diese Häufung der Abrechnung von „schweren Fällen“ auffällig hoch.

3.6 Direktabrechnung und Abtretung von Beihilfeansprüchen

25 Bei stationären Krankenhausaufenthalten von voraussichtlich länger als 3 Tagen eröffnen die sächsischen Beihilfevorschriften die Möglichkeit, dass das Krankenhaus mit der Beihilfestelle direkt abrechnen kann (Direktabrechnung).⁹

26 Allerdings kann der Beihilfeempfänger seine Beihilfeansprüche an das Krankenhaus nicht abtreten.¹⁰

27 Eine veränderte Prüfpraxis von Krankenhausrechnungen in der Beihilfestelle hätte deshalb unmittelbare Folgen für die Beihilfeempfänger. So z. B. in Form einer Nachreichung von Angaben oder Unterlagen zu abgerechneten Krankenhausleistungen bis hin zu einem möglichen Zahlungsverzug gegenüber dem Krankenhaus oder einer nicht vollständigen Erstattung der vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Leistungen. Auch

Beihilfeansprüche können nicht abgetreten werden

⁷ Einschließlich der nicht prüfbaren Rechnungen unter der Annahme der Risikobehaftung von 11 % bei den prüfbaren Rechnungen und einer Durchsetzungsquote von 50 %.

⁸ Bei 18.176,1 T€ Ausgaben für Krankenhausbehandlungen im Hj. 2017 nach DRG, Berechnung SRH.

⁹ Vgl. § 62 Abs. 5 der Sächsischen Beihilfeverordnung.

¹⁰ Vgl. § 1 Abs. 3 der Sächsischen Beihilfeverordnung.

die Inanspruchnahme der Möglichkeit einer Direktabrechnung zwischen Beihilfestelle und Krankenhaus ändert nichts an diesen Folgen.

Abtretung bei privaten Krankenkassen gängige Praxis

28 Bei privaten Krankenkassen ist es gängige Praxis, dass der Versicherungsnehmer seinen Anspruch auf Erstattung seiner Versicherungsleistungen an das Krankenhaus abtreten kann. Infolge dessen können strittige Rechnungspositionen zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus direkt geklärt werden.

SMF lehnt Abtretung ab

29 Eine Abtretung von Beihilfeansprüchen lehnt das SMF mit Verweis auf ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes ab.¹¹ Danach sei der Beihilfeanspruch ein höchstpersönlicher Anspruch, der nicht übertragen oder abgetreten werden könne. Es räumte ein, dass im Rahmen der Direktabrechnung strittige Positionen durch die Beihilfestelle geklärt werden könnten. Bleiben Positionen ungeklärt, müsse letztendlich der Beihilfeberechtigte als Rechnungsschuldner dafür aufkommen.

30 Die geprüfte Stichprobe umfasste Krankenhausabrechnungen, deren Rechnungsbeträge im Einzelfall 50 T€ überschritten.

Missliche Lage für Beihilfeberechtigte

31 **Im Zuge einer veränderten Prüfpraxis von Krankenhausrechnungen in der Beihilfestelle kann die vom SMF vertretene Rechtsposition für den Beihilfeberechtigten unter Umständen zu einer misslichen Lage führen.**

4 Folgerungen

32 Seitens SMF und LSF sind Maßnahmen zu ergreifen und Voraussetzungen zu schaffen, die gewährleisten, dass bei der Abrechnung von stationären Krankenhausleistungen nur die tatsächlich beihilfefähigen Aufwendungen gem. § 20 der Sächsischen Beihilfeverordnung erstattet werden.

33 Das SMF sollte seine Rechtsposition zur Abtretung von Beihilfeansprüchen bei der Direktabrechnung für Krankenhausleistungen überdenken und im Einzelfall eine Abtretung des Anspruchs an das Krankenhaus zulassen.¹²

5 Stellungnahme des SMF

34 Das SMF erklärte, ein Vergleich einer Fürsorgeleistung des Dienstherrn (der Beihilfe) mit einer Leistung aufgrund eines geschlossenen Versicherungsvertrages mit einem privaten Versicherungsunternehmen führe aufgrund der Unterschiedlichkeit der Rechtsverhältnisse zu keinem sachgerechten Ergebnis. Es sei zudem nicht nachvollziehbar, dass Abtretungen weniger Probleme für den Beihilfeberechtigten brächten als die Direktabrechnung. Eine Abtretung wäre auch nur in dem Umfang möglich, in dem die Beihilfe gewährt werden könne. Würden darüber hinaus gehende Leistungen in Anspruch genommen, müsste in beiden Fällen der Beihilfeberechtigte dafür aufkommen.

6 Schlussbemerkung des SRH

35 Der SRH bleibt bei seiner Auffassung, dass bei der Direktabrechnung von Krankenhausleistungen für den Beihilfeberechtigten eine Abtretung von Vorteil ist. Insbesondere, weil bei der Durchsetzung strittiger Rechnungspositionen gegenüber dem Krankenhaus in der Beihilfestelle regelmäßig mehr Sachkompetenz vorhanden ist als beim Beihilfeberechtigten. Es ist evident, dass der Beihilfeberechtigte, sofern er nicht beihilfefähige Leistungen in Anspruch nimmt, dafür selbst aufkommen muss.

¹¹ Vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 10.04.1997, 2 C 7/96; Bundesgerichtshof, Beschluss vom 05.11.2004, IXa ZB 17/04.

¹² Der Bundesgerichtshof hat in seinem Beschluss vom 05.11.2004, IXa ZB 17/04, unter Bezugnahme auf § 850a Nr. 5 Zivilprozessordnung die Möglichkeit der Pfändbarkeit von Beihilfeansprüchen im Falle einer Anlassforderung anerkannt. In diesen Fällen besteht nach Auffassung des SRH die Möglichkeit, Abtretungen grundsätzlich zuzulassen.