

Dr. Karl Blum/Udo Müller/Dr. Matthias Offermanns/Patricia Schilz

Zahlungsverzögerungen und Zahlungsverweigerungen durch die gesetzlichen Krankenkassen

Seit mehreren Jahren wird von den Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass die Kostenträger ihre Rechnungen für stationäre Krankenhausaufenthalte vielfach nicht oder nicht fristgerecht begleichen. Dies führt in vielen Häusern zu Liquiditätsgpässen. Vor diesem Hintergrund hat das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) im Rahmen seiner Untersuchungsreihe „Krankenhaus Trends“ eine aktuelle Bestandsaufnahme zur Problematik vorgenommen.

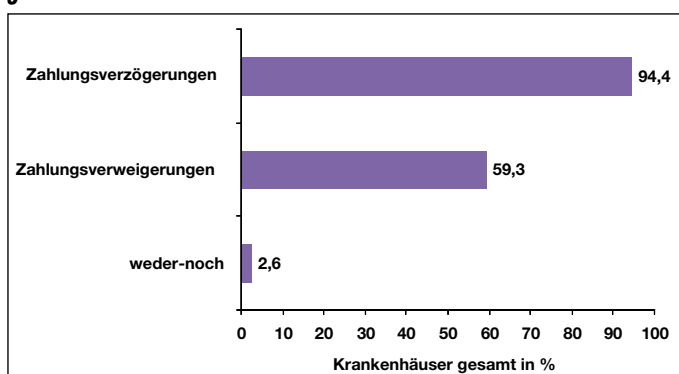
Die Krankenhauserhebung des DKI basiert auf den Angaben von 318 Krankenhäusern. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die nach § 108 SGB V zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland. Gegenstand der Untersuchung waren ausdrücklich nur Zahlungsverzögerungen bzw. Zahlungsverweigerungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen.

Definition von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Eine Zahlungsverzögerung liegt vor, wenn stationäre Leistungen nicht fristgerecht, also nicht in der vereinbarten Zahlungsfrist bezahlt werden. Zahlungsverweigerungen liegen vor, falls Rechnungen ganz oder teilweise nicht beglichen werden.

Die Zahlungsfristen sind aufgrund der nach § 112 SGB V abgegebenen Rahmenempfehlung zwischen der DKG und den GKV-Spitzenverbänden geregelt. Danach sollte die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang bezahlen. Die meisten Verträge auf Landesebene enthalten entsprechende vertragliche Regelungen. Teilweise gibt es länderspezifische bzw. krankenhausindividuelle Abweichungen.

Abbildung 1: Krankenhäuser mit Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen



In diesem Zusammenhang ist auch auf § 11 Absatz 1 KHEntgG hinzuweisen, demzufolge die Entgeltvereinbarung mit dem einzelnen Krankenhaus auch Bestimmungen enthalten muss, die eine zeitnahe Zahlung der Entgelte an das Krankenhaus gewährleisten.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) muss die Krankenkasse eine formal ordnungsgemäß erstellte Rechnung selbst dann fristgerecht begleichen, wenn sie Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art hat. Durch Rechnungsprüfungen werden bestehende Zahlungsfristen nicht außer Kraft gesetzt. Die Krankenkasse kann entsprechende Beanstandungen auch nach Bezahlung der Rechnung geltend machen und ggf. eine Erstattung zuviel gezahlter Beträge verlangen.

Krankenhäuser mit Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Mittlerweile erfolgt in fast jedem Krankenhaus die Vergütung der Krankenhausbehandlung durch die Kostenträger vielfach nicht mehr fristgerecht, also gemäß der für das einzelne Haus geltenden bzw. vereinbarten Zahlungsfrist. 94,4 Prozent der Krankenhäuser beklagen entsprechende Zahlungsverzögerungen in nennenswertem Umfang.

Dabei gibt es kaum Unterschiede nach Bettengrößenklassen bzw. alten und neuen Bundesländern. Im Osten wie im Westen liegt der entsprechende Anteilswert bei ca. 95 Prozent. Zahlungsverzögerungen durch die Kostenträger stellen also ein flächendeckendes Problem in der deutschen Krankenhauslandschaft dar.

Im Vergleich zu Zahlungsverzögerungen kommen Zahlungsverweigerungen zwar nicht so häufig vor. Allerdings wird immer noch 59,3 Prozent der deutschen Krankenhäuser die Zahlung von Rechnungen in nennenswertem Umfang verweigert.

Abbildung 2: Anteil an stationären Fällen mit Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen

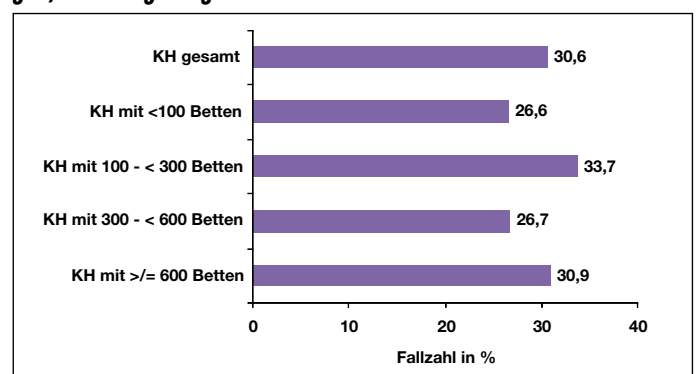
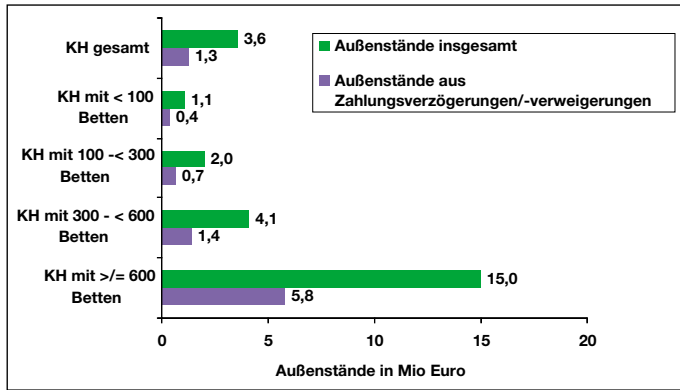


Abbildung 3: Durchschnittliche Außenstände je Krankenhaus



Von Zahlungsverweigerungen sind mit 82,2 Prozent die sehr großen Häuser ab 600 Betten überproportional betroffen. Ursache hierfür könnten ihre sehr hohen Fallzahlen sein. Weitere Erklärungen könnten im durchschnittlich höheren Erlösvolumen je Fall sowie in der Komplexität der Fälle liegen, welche Anlass zu vermehrten Nachfragen seitens der Kostenträger gibt.

Im Ost-West-Vergleich fällt der Anteil der Häuser mit nennenswerten Zahlungsverweigerungen in den alten Bundesländern (60,0 Prozent) etwas höher aus als in den neuen Bundesländern (55,1 Prozent).

Zum Erhebungszeitpunkt kam es lediglich in 2,6 Prozent der deutschen Krankenhäuser weder zu nennenswerten Zahlungsverzögerungen noch zu häufigeren Zahlungsverweigerungen.

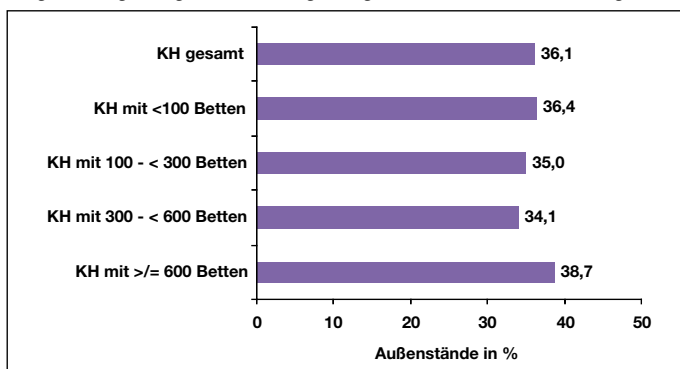
Fälle mit Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Für den Zeitraum von Januar bis August 2004 sollten die Krankenhäuser den Anteil an stationären Fällen angeben oder ggf. taxieren, bei denen Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen auftraten.

Im bundesweiten Durchschnitt erfolgten demnach Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen in 30,6 Prozent der stationären Fälle, also fast bei jedem dritten Patienten.

In etwa der Hälfte der Krankenhäuser waren zwischen 10 und 40 Prozent der Fälle tangiert. In je einem Viertel der

Abbildung 4: Durchschnittlicher Anteil der Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen an Außenständen insgesamt



Häuser lag der entsprechende Anteilswert unter 10 Prozent bzw. über 40 Prozent.

Nach Bettengrößenklassen sind Häuser mit 100 bis unter 300 Betten mit 33,7 Prozent aller stationären Fälle am stärksten von Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen betroffen. Im Ost-West-Vergleich fällt der entsprechende Anteilswert in den alten Bundesländern (31,6 Prozent) abermals größer aus als in den neuen Bundesländern (25,2 Prozent).

Außenstände durch Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Ende August 2004 beliefen sich die aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen resultierenden Außenstände der Krankenhäuser auf durchschnittlich 1,3 Mio. € je Krankenhaus. Die gesamten Außenstände, einschließlich der Außenstände innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen, lagen im Durchschnitt bei 3,6 Mio. € je Krankenhaus.

Aus nahe liegenden Gründen nehmen die Außenstände mit steigender Krankenhausgröße zu: Während die Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen in den kleineren Häusern bis 300 Betten deutlich unter 1 Mio. € liegen, betragen sie in der Bettengrößenklasse 300 bis unter 600 Betten schon durchschnittlich 1,4 Mio. € und erreichen in den Häusern ab 600 Betten sogar eine Größenordnung von 5,8 Mio. € je Krankenhaus.

Die auf Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen entfallenden Außenstände eines Krankenhauses machen durchschnittlich 36,1 Prozent seiner gesamten Außenstände aus.

In den Häusern ab 600 Betten ist der Anteil der Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen mit 38,7 Prozent der gesamten Außenstände am größten. In den übrigen Bettengrößenklassen variiert er um 35 Prozent.

Hochgerechnet auf die Grundgesamtheit der zugelassenen Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland hatten die Krankenhäuser Ende August 2004 Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen in Höhe von insgesamt 2,3 Mrd. €. Zum selben Stichtag beliefen sich ihre gesamten Außenstände, einschließlich der Außenstände innerhalb der vereinbarten Zahlungsfristen, auf 6,4 Mrd. €.

Bedingt vor allem durch die im Durchschnitt größere Bettenzahl in den ostdeutschen Krankenhäusern fallen die Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen in den neuen Bundesländern mit 1,7 Mio. € je Krankenhaus merklich höher aus als in den alten Bundesländern (1,2 Mio. € je Haus). Bezogen auf die jeweiligen Außenstände insgesamt gibt es hingegen kaum Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

Entwicklung seit 2003

Nach Auskunft der befragten Krankenhäuser haben die Außenstände aufgrund von Zahlungsverzögerungen/Zah-

lungsverweigerungen gegenüber dem gleichen Zeitpunkt des Vorjahrs eher zugenommen. Gut die Hälfte der Häuser (50,2 Prozent) bejaht eine entsprechende Frage.

Bei 29,4 Prozent der Häuser sind die Außenstände etwa gleich geblieben. 17,7 Prozent stellen sogar eine Abnahme fest. Die übrigen machten hierzu keine Angaben.

Nach Schätzungen der Häuser mit steigenden Außenständen haben diese binnen eines Jahres durchschnittlich um rund 28 Prozent zugenommen. In Häusern mit abnehmenden Außenständen sanken diese im Schnitt um schätzungsweise 24 Prozent.

Gründe für Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

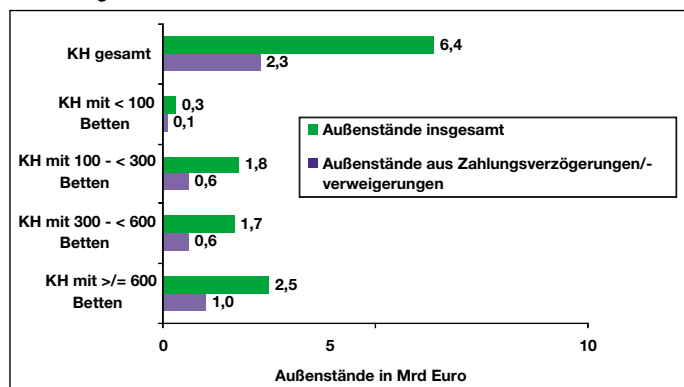
In früheren Beiträgen zum Thema hatten die Kostenträger ihre Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen unter anderem mit Abrechnungsschwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Datenaustausch nach § 301 SGB V begründet, welche angeblich in vielen Krankenhäusern zu Fehlrechnungen geführt hätten. Nach wie vor sind Probleme mit dem Datenaustausch nach § 301 SGB V in 32,8 Prozent der Häuser ein häufiger Grund für Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen.

Den Hauptgrund für Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen bilden aber tatsächliche oder vorgebliche Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Gegenüber 79,8 Prozent der Krankenhäuser wird er häufig geltend gemacht.

Bei 30,6 Prozent der Häuser verzichten die Kostenträger vielfach sogar völlig auf die Angabe von Gründen für ihre Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen. Ähnlich oft (32,1 Prozent) werden sonstige Gründe genannt.

Im Rahmen einer offenen Frage wurden hier unter anderem die folgenden Gründe noch vergleichsweise häufig angeführt: Substituierbarkeit der stationären durch ambulante Behandlung, Kodierungsfragen und Kodierungsprobleme, unvollständige Unterlagen des Krankenhauses, Bearbeitungsrückstände bei den Krankenkassen oder andere organisatorische Probleme sowie die Abklärung von Mitgliedschaften bzw. Zuständigkeiten für die Kostenübernahme.

Abbildung 5: Summe der Außenstände der Krankenhäuser



VOLLACK-4-Phasen-Methode®:
Die Bürgschaft für höchsten Parkhaus-Nutzen.

www.vollack.de/parkhaus
Telefon: 07 21/4 76 83 00

vollack®
Erfolg bauen
Parkhaus AG

Klagen auf Grund von Zahlungsverzögerungen/ Zahlungsverweigerungen

Aufgrund der Außenstände aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen reichten 32,1 Prozent der betroffenen Häuser im Jahr 2004 Klagen ein; in den neuen Bundesländern waren es 37,3 Prozent und in den alten Bundesländern 31,1 Prozent.

Deutlich zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Einreichen einer Klage und der Krankenhausgröße. Vor allem die sehr großen Häuser ab 600 Betten haben mehrheitlich gegen Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen der Kostenträger geklagt.

Vergleich mit den Daten aus 2002

Aufschlussreich ist auch ein Vergleich der aktuellen Daten mit den Zahlen von Ende Juni 2002. Seinerzeit hatte das DKI im Rahmen seiner Untersuchungsreihe „Krankenhaus Barometer“ schon einmal die Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen seitens der Kostenträger thematisiert. Seitdem hat sich der Anteil der von Zahlungsverzögerungen in nennenswertem Umfang betroffenen Krankenhäuser deutlich erhöht. Lag der Anteil in 2002 noch bei 72,2 Prozent, so beträgt er in 2004 fast 95 Prozent.

Im Vergleich dazu sind Zahlungsverweigerungen sogar leicht rückläufig. Stellten 2002 noch 65,4 Prozent der Krankenhäuser Zahlungsverweigerungen in nennenswertem Umfang fest, waren es in diesem Jahr noch 59,3 Prozent.

Abbildung 6: Entwicklung der Außenstände seit August 2003

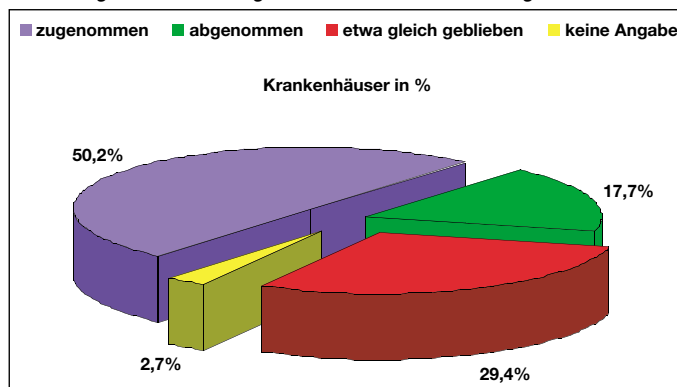
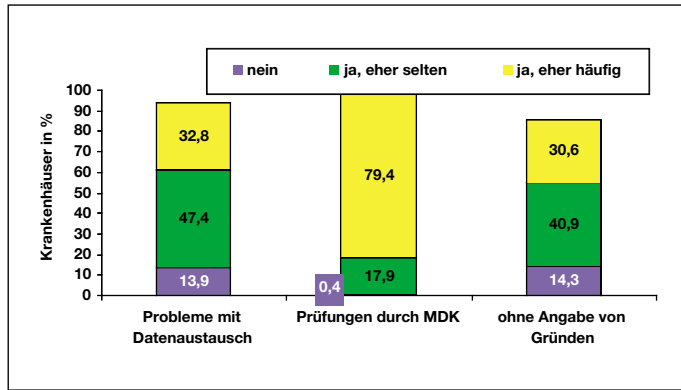


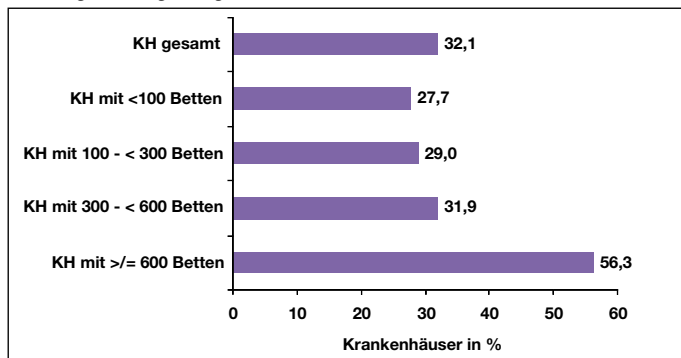
Abbildung 7: Gründe für Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen¹⁾



Dagegen sind die aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen resultierenden Außenstände bzw. die korrespondierenden Fallzahlen wiederum merklich gestiegen: So hat sich der Anteil an stationären Fällen mit Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen binnen 2 Jahren verdoppelt – und zwar von 15,6 Prozent im Jahr 2002 auf 30,6 Prozent im Jahr 2004. Die Außenstände der Krankenhäuser aus Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen sind um ca. 75 Prozent von 1,3 Mrd. € (2002) auf 2,3 Mrd. € (2004) gestiegen.²⁾

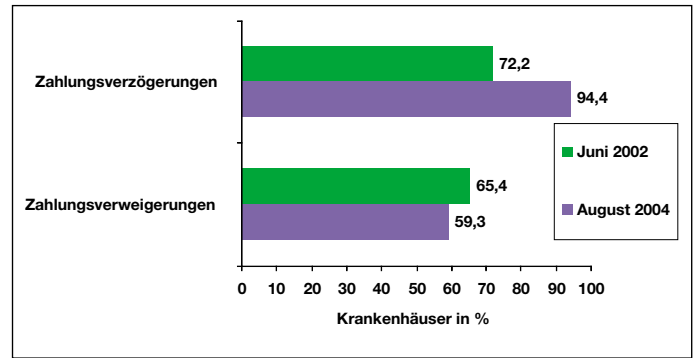
Trotz steigender Außenstände ist der Anteil der Häuser, die gegen Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen geklagt haben, deutlich gesunken. Waren es im Jahr 2002 noch 54,6 Prozent, so sind es in diesem Jahr noch 32,1 Prozent der Krankenhäuser.

Abbildung 8: Anteil der Krankenhäuser mit Klagen aufgrund von Zahlungsverzögerungen



Als maßgebliche Gründe, warum keine Klagen wegen Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen eingereicht wurden, hatten die Teilnehmer seinerzeit die Vermeidung einer Konfrontation mit den Kostenträgern, außergerichtliche Einigungen sowie einen zu hohen Aufwand angeführt. Die genannten Gründe dürften teilweise fortbestehen. Darüber hinaus wird ein Teil der Krankenhäuser mit Klagen in den Vorjahren die Ergebnisse laufender Verfahren abwarten, ehe sie weitere Klagen einreichen. Wegen der mittlerweile erreichten Höhe der Außenstände bzw. der entsprechenden Fallzahlen dürfte – zumal angesichts langwieriger Gerichtsverfahren – das Problem der Zahlungsverzögerungen/Zahlungsverweigerungen seitens der gesetzlichen Krankenkassen aber nicht allein mit juristischen Mitteln zu lösen sein. Vielmehr sind hier krankenhaushübergreifende Lösungen gefragt.

Abbildung 9: Entwicklung von Zahlungsverzögerungen/-verweigerungen von 2002 bis 2004



Anmerkungen

- 1) Fehlende Angaben zu 100 Prozent = keine Angabe
- 2) Im Unterschied zur aktuellen Erhebung waren 2002 auch die Privatversicherten bzw. die Selbstzahler erfasst. Bezogen auf die gesetzlichen Krankenkassen dürften die Basiswerte deswegen etwas niedriger und die Steigerungsraten noch etwas höher ausfallen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Karl Blum/Udo Müller/Dr. Matthias Offermanns/
Patricia Schilz, Deutsches Krankenhausinstitut,
Hansaallee 201, 40549 Düsseldorf ■

Verträge zum ambulanten Operieren gelten vorerst bis zum 31. März 2005 weiter

Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Sommer zum 31. Dezember 2004 gekündigten Verträge zum ambulanten Operieren gemäß § 115 b SGB V gelten vorerst bis Ende März nächsten Jahres weiter. Darauf verständigten sich die Vertragspartner GKV, KBV und DKG Ende November.

Diese Entscheidung war notwendig geworden, weil der EBM 2000plus nun doch erst zum 1. April 2005 eingeführt werden soll und nicht – wie zunächst geplant – zum 1. Januar 2005. Das geplante Inkrafttreten zu Beginn kommenden Jahres hatten die GKV-Spitzenverbände im Sommer zum Anlass genommen, alle bisher abgeschlossenen Verträge zum ambulanten Operieren zu kündigen. Es handelt sich dabei um folgende Vereinbarungen:

- Grundvertrag zu § 115 b SGB V,
- Vertrag zu den regelungsbedürftigen Tatbeständen,
- Qualitätssicherungsvereinbarung.

In der nachfolgenden Zeit wurden mehrere Verhandlungsrunden auf Spitzen- als auch auf Arbeitsebene durchgeführt, die jedoch zu keiner Einigung über die strittigen Aspekte geführt haben. Die DKG hatte daraufhin am 15. Oktober 2004 das Erweiterte Bundesschiedsamt angerufen und die Festsetzung ihrer Entwürfe des AOP-Vertrages bzw. der QS-Vereinbarung beantragt.

Nachdem der EBM 2000plus nun jedoch erst zum 1. April 2005 eingeführt wird, einigten sich die Vertragsparteien auf die Inhalte einer Fortschreibung der bestehenden Verträge zu § 115 b SGB V. Ausgesetzt wurde allerdings die nach der Vereinbarung zum 1. Januar 2005 verbindliche Verschlüsselung mit dem amtlichen Operationsschlüssel als Abrechnungsgrundlage für ambulante Operationen. Diese Verpflichtung wird erst mit Inkrafttreten des EBM 2000plus verbindlich, das heißt frühestens ab dem 1. April 2005.

Die Krankenhäuser können somit in gewohnter Weise bis einschließlich zum 31. März 2005 ambulante Operationen und stationäresetende Eingriffe nach § 115 b SGB V gemäß des geltenden Leistungskataloges erbringen und abrechnen. Sobald die Prolongationsvereinbarung von allen Vertragsparteien unterzeichnet ist, wird die DKG vor dem Erweiterten Bundesschiedsamt das Ruhen des anhängigen Verfahrens beantragen.

Parallel dazu werden die Verhandlungen bezüglich einer Anschlussregelung ab dem 1. April 2005 mit Hochdruck fortgeführt. Dabei ist es das erklärte Ziel der DKG, eine Lösung auf dem Verhandlungsweg herbeizuführen. Sollte sich allerdings spätestens Ende Januar 2005 abzeichnen, dass dies nicht erreicht werden kann, wird die DKG das Verfahren vor dem Erweiterten Bundesschiedsamt wieder aufnehmen, damit – vor dem Hintergrund der voraussichtlichen Verfahrensdauer – ausreichend Zeit für eine rechtzeitige Entscheidungsfindung des Bundesschiedsamts zur Verfügung steht. Rechtsabteilung der DKG