

18. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Herbert Mohr (AfD)**

vom 19. März 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 20. März 2019)

zum Thema:

Forderungsmanagement der öffentlichen Krankenhäuser

und **Antwort** vom 05. April 2019 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 09. April 2019)

Herrn Abgeordneten Herbert Mohr (AfD)

über

den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

A n t w o r t

auf die Schriftliche Anfrage Nr. 18/18 271

vom 19. März 2019

über Forderungsmanagement der öffentlichen Krankenhäuser

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

Vorbemerkung des Abgeordneten:

Die Behauptung der öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Krankenhäuser auf dem deutschen Krankenhausmarkt war das Thema, dem PricewaterhouseCoopers (PwC) in einer Benchmark-Analyse nachgegangen ist. Die Experten haben erneut festgestellt, dass Krankenhäuser in privater und freigemeinnütziger Trägerschaft bei fast allen Finanzkennzahlen besser abschneiden als öffentliche Häuser. Dabei wurde der Verbesserung des eigenen Liquiditätsmanagements ein großes Potenzial beigemessen¹.

1. Inwiefern treffen die Angaben über Außenstände infolge von Zahlungsverzögerungen auch für die in öffentlicher Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser in Berlin zu?
2. Falls zutreffend, wie hat sich die jährliche Liquiditätssumme entwickelt, auf die infolge von derzeitigen Abrechnungsabläufen verzichtet wird?
(Angaben zu den offenen Forderungen bitte gesplittet nach Kostenträger (GKV, PKV, SZ, LAF, Sonstige), den jew. öffentlichen Krankenhäuser für den Zeitraum 2008 bis einschl. 2018 aufführen)

Vorbemerkung:

Die Schriftliche Anfrage betrifft Sachverhalte, die die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung nicht aus eigener Kenntnis beantworten kann. Um die Fragen dennoch beantworten zu können, hat der Senat die Vivantes Netzwerk für Gesundheit GmbH (Vivantes) und die Charité – Universitätsmedizin Berlin (Charité) um Stellungnahme gebeten, welche in die Beantwortung eingeflossen ist.

Zu 1. und 2.:

Der Senat erwartet nicht, dass die Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH ihre Buchhaltung mit den jeweils auf dem Markt befindlichen Studien abgleicht. Universitätskliniken wurden in der Studie nicht berücksichtigt.

¹ <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/viele-oeffentliche-krankenhaeuser-verschenken-bares-geld.html>

Informationen zu Forderungen sind über die Jahresabschlüsse im elektronischen Bundesanzeiger über das letzte Jahrzehnt hinaus einzusehen, soweit sie für die interessierte Öffentlichkeit gedacht bzw. aufgrund der Rechtslage erforderlich sind.

3. Wie hoch sind die „Days Sales Outstanding“ (DSO) der öffentlichen Krankenhäuser jeweils, d. h. die Forderungsreichweite in Tagen, bis Forderungen gegenüber den Kostenträgern geltend gemacht werden?
4. Stimmt es, dass dieser Wert im Krankenhausbereich aktuell bei 48 Tagen liegt, bei öffentlichen Krankenhäusern sogar bei 60 Tagen? Falls zutreffend, wodurch ist diese Differenz zu erklären?
5. Inwiefern wird in diesem Kontext ein Optimierungsbedarf des Forderungsmanagements der öffentlichen Krankenhäuser in Berlin als notwendig erachtet und welche Optimierungsmaßnahmen sind vorgesehen?
6. Wie haben sich die offenen Forderungen aus Lieferung und Leistung im Bereich der GKV entwickelt? (Bitte Angaben jew. für die öffentlichen Krankenhäuser und den Zeitraum 2008 bis 2018)
7. Inwiefern betreffen Forderungen der GKV die Krankenhausabrechnungen im Rahmen der MDK-Rechnungsprüfungen?
8. Wie verhält sich die Zahl der Rechnungsprüfungen zu der Zahl der in Rechnung gestellten Aufwandspauschalen? (Bitte Angaben jew. für die öffentlichen Krankenhäuser und den Zeitraum 2008 bis 2018)
9. Wie beläuft sich die Summe der ggf. in Rechnung gestellten Aufwandspauschalen? (Bitte, wenn möglich, Angaben der Krankenhausprüffälle, deren Ergebnisse bzw. ihre kostenmäßige Bedeutung jew. aufgesplittet für die Jahre 2008 bis 2018)
10. Inwiefern geht es bei den Rückzahlungsforderungen der GKV um Codierungsfehler und wie hoch ist dabei die Codier-Fehlerquote? Um welche medizinischen Behandlungen geht es dabei überwiegend? (Bitte Angaben für die drei häufigsten Prüfgründe bzw. Codierfehler, falls von einer Systematik bei einem bestimmten chirurgischen Eingriff oder einer Behandlung auszugehen ist)
11. Wie hoch sind die Forderungen aus Lieferung und Leistung im Bereich der Selbstzahler? (Bitte Angaben einzeln nach den jew. Krankenhäuser, für den Zeitraum 2008 bis einschl. 2018)
12. Wie ist das Forderungsmanagement organisiert (intern oder extern)?
13. Sind Maßnahmen sind vorgesehen, um liquidationsorientierte Risiken zu minimieren? Wenn ja, welche? Wenn nein, warum nicht?
14. Wie wird die Zahlungsfähigkeit von internationalen Patienten sichergestellt bzw. wie wird sichergestellt, dass die Forderungen innerhalb der Zahlungsfrist beglichen werden?
15. Inwiefern trifft es zu, dass die Tendenz der offenen Forderungen (unbeglichenen Forderungen) in den letzten fünf Jahren steigend war?

Zu 3., 4., 6. bis 11. und 15.:

Die Charité hat mitgeteilt, dass sich ohne Berücksichtigung der aus MDK-Reklamationen resultierenden Forderungen die Forderungsreichweite zum 31.12.2018 auf 43,5 Tage belief. Hier ist zu berücksichtigen, dass die Charité im Jahr rd. 700.000 ambulante Fälle behandelt. Die meisten Leistungen im ambulanten Bereich werden quartalsweise abgerechnet. Dies erhöht natürlich die Reichweite im Vergleich zu anderen Häusern.

Vivantes hat mitgeteilt, dass die Forderungslaufzeit rund 45 Tage beträgt.

Erhebliche Zahlungsverzögerungen der öffentlichen Krankenhäuser in Berlin sind wie bei allen Krankenhäusern in Deutschland aufgrund verstärkter Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zu verzeichnen. Das betrifft zuweilen Rechnungen für sehr kostenintensive medizinische Behandlungen, die erst nach zeitaufwendiger Klärung mit dem MDK bzw. über den Rechtsweg beglichen werden, teilweise auch nicht kostendeckend.

Bei Prüfungen mit strittiger Kodierung wird nach Angaben der Krankenhäuser weniger die Indikation sondern vielmehr die Lückenlosigkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation geprüft. Die Anforderungen an die medizinische und formale Dokumentation der Leistungen - insbesondere bei Komplexbehandlungen - sind dabei sehr hoch, komplex und aufwändig.

Zahlungsverzögerungen bestehen auch für Leistungen im ambulanten Bereich zum Beispiel für Leistungen der Notaufnahmen und der Institutsambulanzen, indem die Kassenärztliche Vereinigung ihre Zahlungen pro Quartal zusammenfasst.

Zu 5., 12. und 13.:

Das Forderungsmanagement der Krankenhäuser wird intern umgesetzt und ist weitgehend automatisiert. Unter anderem wird zur Erlössicherung eine Kodiersoftware eingesetzt, fallbegleitend kodiert und die Qualität der Leistungsdokumentation regelmäßig überprüft.

Zu 14.:

Bei ausländischen Patienten werden Vorauszahlungen im Vorfeld der Krankenhausbehandlung vereinnahmt.

Berlin, den 05. April 2019

In Vertretung
Martin Matz
Senatsverwaltung für Gesundheit,
Pflege und Gleichstellung