Leitfaden Forderungsverjährung

Forderungen in Millionenhöhe rechtzeitig sichern

Wie Sie in 5 Schritten Ihre offenen Forderungen am Jahresende vor der Verjährung retten

Oft sind es sechs- bis siebenstellige Beträge, die Kliniken liegenlassen, wenn ihre offenen Rechnungen am Jahresende verjähren. Das zeigen unsere Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Kliniken aller Größenordnungen und Versorgungsstufen.

Bis zum 31. Dezember müssen die offenen Forderungen mit den Kassen geklärt sein. Umso wichtiger ist es, schon frühzeitig aktiv zu werden, um die verdienten Einnahmen noch rechtzeitig einzuholen. Immer neue Regelungen im Rahmen der Gesundheitsreform belasten den ohnehin eng gestalteten Krankenhausalltag und erschweren es, den Überblick zu behalten.

Mit diesen fünf Schritten geben wir Ihnen Orientierung, um Ihre Erlöse noch zu sichern, bevor Ihr Anspruch darauf verjährt:

Schritt 1

Rechtzeitig anfangen

Das Wichtigste zuerst: Fangen Sie rechtzeitig an – denn es gibt viel zu tun, wenn Sie Ihre Forderungen gegenüber den gesetzlichen Kassen vor der Verjährung retten möchten.

Für einen großen Zeitplan rechnen wir vom Jahresende rückwärts:

Sommer Fallbewertung
Der Aufwand für die inhaltliche Bewertung der Fälle ist abhängig von der Fallmenge und dem MD-Management vor Ort: Sind alle Fälle gut dokumentiert? Sind MD-Gutachten und Leistungsentscheidungen der Kassen bereits bewertet? Planen Sie hier je nach Stand mindestens einen Monat ein und starten Sie damit am besten schon im Juli.

Bestandsaufnahme
Klären Sie, welche Fälle mit den Kostenträgern offen sind und welchen Fällen Ende des Jahres die Verjährung droht. Auch dafür sollten Sie zwei Wochen einplanen.

15. August Zuständigkeiten
Identifizieren Sie für alle Kostenträger die zuständigen Ansprechpartner. Planen Sie hierfür bis zu zwei Wochen ein.

Jetzt sind wir schon im August.

1. September Fallverhandlung
Die Verhandlungen der Fälle mit den Kostenträgern selbst können sich wegen möglicher termin/scher Probleme durchaus zwei Monate hinziehen.

Anfang September sollten daher die Verhandlungen im besten Fall schon begonnen.

1. November Gerichtsverhandlung
Wenn die Verhandlungen scheitern – oder gar nicht erst aufgenommen werden – landet der betreffende Fall vor Gericht. Für die Erstellung der Klageschriften und die Abstimmung mit der beauftragten Kanzlei sollten Sie mindestens sechs bis acht Wochen einplanen.

Das heißt, bis Anfang November sollte für jeden Fall klar sein: Die Verhandlung ist erfolgreich oder gescheitert.

Alle Fälle mit einem negativen Leistungsentscheid durch die Kassen müssen bestritten und erörtert sein, um einem Klagverfahren erfolgreich werden zu können. Damit auch Fälle aus dem Vorjahr realisiert werden können, muss es für diese noch gültige Verzichtserklärungen auf die Einrede der Verjährung geben.

Sie merken an: Sie können kaum früh genug anfangen. Zwar lassen sich einige Schritte beschleunigen – mit entsprechendem Aufwand. Aber die Karmassage bleibt: Verlieren Sie keine Zeit!

Schritt 2

Bestandsaufnahme machen

Beginnen wir von vorne. Verschaffen Sie sich als erstes einen Überblick, indem Sie sich aus Ihren Abrechnungskonten eine Liste Ihrer offenen Posten ziehen. Ermittelt Sie dann anhand der Liste, wann die Kasse den strittigen Erlös verrechnet hat. Also: Wann genau ist Ihr Anspruch durch das Stellen einer Rechnung entstanden, die die Kasse prima abgeleitet und nicht bezahlt – oder zurückbezahlt und später verrechnet hat?

Es gilt eine zweijährige Verjährungsfrist. Maßgeblich für die Verfristung ist der Zeitpunkt, an dem Ihr Anspruch entsteht. Entscheidend für das laufende Jahr ist also jeweils das vorletzte Jahr.

Beispiel: Sie stellen am 02.11.2022 eine Rechnung für einen Behandlungsfall. Nach negativem MD-Gutachten verrechnet die Kasse am 15.02.2023 den strittigen Betrag. Für die Fristberechnung relevant ist das Verrechnungsdatum, also das Jahr 2023. Das bedeutet: Sie können diese Rechnung noch bis zum 31.12.2025 geltend machen.

Achten Sie darauf, dass alle Buchungsvorgänge saldiert werden, die auf ein und denselben Abrechnungsfall laufen. Wichtig ist außerdem, dass Verrechnungen mit anderen Abrechnungsfällen dem jeweils strittigen Fall zugeordnet werden.

Extratipp: Stimmen Sie sich bei der Bestandsaufnahme eng mit Ihrer Buchhaltung oder Ihrem Finanzcontrolling ab. Auf diese Weise stellen Sie sicher, dass weder offene Fälle übersehen noch bereits erledigte Fälle versehentlich zur Verhandlung an die Kassen geschickt werden.

Schritt 3

Die richtigen Kostenträger ermitteln

Sind die strittigen Fälle identifiziert, gilt es, die zugehörigen Kassen zu ermitteln. Aggregieren Sie dafür im nächsten Schritt Ihre Fallsätzen auf die richtigen Kostenträger.

Das ist leichter gesagt als getan. Denn in den vergangenen Jahren gab es auf Seiten der Krankenkassen einen starken Konzentrationsprozess. In diesem Zuge sind viele der kleineren Kassen – vornehmlich Innungs- und Betriebskrankenkassen – fusioniert oder anderen Kostenträgern beigetreten.

Umso schwieriger ist es in der Praxis häufig, zu klären, welche Kasse nun für welchen Fall zuständig ist. Das kann den Teams und Sachbearbeitern Mühe, Zeit und Nerven kosten. Planen Sie also entsprechende Ressourcen ein.

Ein Beispiel aus unserer Praxis:
Sinnlose Mehrarbeit aufgrund unzureichender Vorbereitung

Eine Klinik versandte Falllisten mit offenen Posten in Höhe von 2 Millionen Euro an die beteiligten Kostenträger, um Verhandlungen zu diesen Fällen zu initiieren. Die Kassen hatten allerdings größte Mühe, die strittigen Beträge nachzuvollziehen. So waren weder die Buchungsdaten auf eine Fallnummer aggregiert, noch die von den Kassen veranlassten Nachzahlungen auf die korrekten Abrechnungsfälle gebucht. Zudem wurde es versäumt, die bereits angefertigten Fallakten zu dokumentieren und den entsprechenden Fällen zuzuordnen. Die ernüchternde Erkenntnis nach erfolglosen Zeitaufwand auf beiden Seiten: Es bestand kein relevanter Rückforderungsbetrag für das Klinikum.

Neben einer Verschwendung ohnehin knapper Ressourcen hat dieser Fall auch Auswirkungen auf das Urteil der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss. Zudem können Rückstellungen und Expertenberichtigungen nicht sachgerecht erfolgen.

Schritt 4

Offene Posten mit MD-Daten vergleichen

Überprüfen Sie die Liste der offenen Posten nun mithilfe Ihrer MD-Daten: Sind die Fallsätzen valide? Stehen die MD-Daten im Einklang dazu? Für erfolgreiche Kassenverhandlungen ist es ein gutes Argument mit stimmigen Fallzahlen eine gute Basis. Müssen die Listen dagegen mehrfach korrigiert oder nachgebessert werden, wirkt sich das in der Regel negativ auf das Verhandlungsergebnis aus.

Betrachten Sie jeden Fall genau und bewerten Sie ihn nach seinem Verhandlungs- und Klagepotential:

- Was wurde ursprünglich abgerechnet?
- War die initiale Abrechnung korrekt?
- Wie verlief die Prüfung durch den MD?
- Wurden Unterlagen angefordert?
- Welche Unterlagen wurden versandt?
- War die Lieferung komplett?
- Wurde der Fall im Rahmen einer Begehung mit dem MD besprochen?
- Was schreibt der MD in seinem Gutachten?
- Ist der Fall klagefähig – oder zumindest verhandlungsfähig?
- Hat das MD-Verfahren überhaupt stattgefunden – oder hat die Kasse den Fall oder die Rechnung abgewiesen?
- Wurden die Fälle bestritten und erörtert?

Erst nach einer solchen internen Bewertung der Fälle sollten die Verhandlungen beginnen.

Schritt 5

Rechtliche Schritte einleiten

Anfang, spätestens Mitte November geht es an Eingemachte. Ist absehbar, dass Sie Ihre Verhandlungen mit den Kostenträgern aufgrund der fortgeschrittenen Zeit nicht abschließen können, dann holen Sie von den Kassen jetzt eine sogenannte Verzichtserklärung zur Einrede der Verjährung ein. Auf diese Weise gewinnen Sie Zeit, um den Fall auch nach dem Auslaufen der Frist noch realisieren zu können.

Auch ist jetzt der Zeitpunkt gegeben, um zu entscheiden, welche Fälle Sie vor Gericht verhandeln wollen. Denn falls die Kassen eine Verzichtserklärung auf die Verjährungsfrist ablehnen, haben Sie jetzt noch ausreichend Zeit, diese Fälle mit Ihrer Rechtsabteilung oder der beauftragten Kanzlei abzustimmen. Fällt diese Entscheidung zu spät, kann die Klage im schlimmsten Fall nicht mehr fristgemäß erfolgen – und die Forderungen sind dahin.

Achten Sie bei der Auswahl einer geeigneten Kanzlei auf die Erfahrung und Expertise im Medizinrecht. Kompetente Juristen können häufig schon durch ein richtig aufgesetztes anwaltliches Schreiben und der Androhung eines Gerichtsverfahrens verhandlungsunwillige Kassen zum Einlenken bewegen.

Machen Sie sich rechtzeitig ans Werk, um Ihre ausstehenden Forderungen noch rechtzeitig einzuholen – es lohnt sich! Wir wünschen Ihnen viel Erfolg dabei.

Haben Sie Fragen zu einzelnen unseren skizzierten Schritten oder zum gesamten Prozess? Dann sprechen Sie uns an, wir stehen Ihnen gerne zur Seite.

Die Autoren

Dr. Frank Reibe

Dr. Frank Reibe ist Leiter des Bereichs MD- und Forderungsmanagement bei consus. In mehr als 30 Jahren im Gesundheitswesen hat er als Facharzt für Allgemeinchirurgie und als Diplomgesundheitswissenschaftler den klinischen Alltag ebenso kennengelernt wie die Seite der großen Krankenkassen und ihrer Verbände. Bei consus hilft Frank Reibe Kliniken bei der Professionalisierung ihres MD-Managements und beim Umsetzen eines effizienten Forderungsmanagements.

Bianca Meier

Bianca Meier ist Geschäftsführerin der Rechtsanwaltskanzlei medizinrecht.meier. Die Volljuristin, Fachanwältin für Medizinrecht und Healthcare Compliance Officerin betreut Kliniken bei MD- sowie Compliance-Angelegenheiten und entsteitet ausstehende Forderungen im Zweifelsfall auch vor Gericht.

Gemeinsam mit ihrem Team haben Frank Reibe und Bianca Meier in den letzten vier Jahren strittige Erlöse in Gesamthöhe von rund 40 Millionen Euro für Kliniken verhandelt.

consus health
Part of Assessione

Stand: Oktober 2024 www.consus.health