
Die übersehene Forderung

Ungeklärte Kostenträgerschaft in der stationären Notfallversorgung

Ein Whitepaper für Geschäftsführungen und Aufsichtsgremien

erstellt von

Eva Brigitta Mertens

Medizinrechtliche Gutachterin und Fachautorin

Weilheim in Oberbayern, Mai 2026

Executive Summary

Krankenhäuser mit Notaufnahme verlieren jährlich einen erheblichen Anteil ihrer Erlöse aus stationären Behandlungen, in denen die Kostenträgerschaft bei Aufnahme nicht geklärt ist. Bundesweit beziffert die Deutsche Krankenhausgesellschaft den Schaden auf 150 bis 200 Mio. € jährlich. Allein die Berliner Kliniken tragen davon nach Diakonie-Angaben rund 10 Mio. €. Ein einziger dokumentierter Fall am Carl-von-Basedow-Klinikum (Saalekreis) belastet das Haus mit über 1,6 Mio. €.

Wenn Ihr Haus eine Notaufnahme betreibt, haben Sie dieses Problem — unabhängig davon, ob Sie es aktuell sehen. Die Verluste verschwinden meist unsichtbar in den Abschreibungen auf uneinbringliche Forderungen. In der Bilanz tauchen sie als Wertberichtigungen auf, nicht als sozialrechtlicher Aktivierungsausfall.

Diese Verluste entstehen nicht außerhalb des Hauses, sondern innerhalb. Sie sind kein Marktrisiko, kein unternehmerisches Restrisiko, keine externe Schadenslage — sie sind ein Architekturproblem der eigenen Aufnahme- und Sozialdienstprozesse. Die einschlägigen sozialrechtlichen Anspruchsgrundlagen existieren vollständig. Sie werden in der Praxis vieler Häuser nicht aktiviert, weil keine interne Verfahrensanweisung dies vorsieht und keine Stelle dafür zuständig ist.

Die Lücke schließt sich durch eine formlose Mitteilung an den zuständigen Sozialhilfeträger — am ersten oder zweiten Behandlungstag, bei einer klar definierten Fallkonstellation. Die Voraussetzung dafür ist die strukturelle Diagnose des Hauses: welche Fälle, welche Stelle, welche Form, welche Frist. Dieses Whitepaper beschreibt den Befund. Die Methodik des Audits selbst bleibt dem Mandatsverhältnis vorbehalten.

1. Das Problem: Der unsichtbare Erlös

Ein Patient wird bewusstlos in die Notaufnahme eingeliefert. Bei sich trägt er keinen Versicherungsnachweis. Eine Identität ist nicht zweifelsfrei feststellbar, ein fester Wohnsitz nicht erkennbar. Die Behandlung beginnt sofort — die ärztliche Pflicht ist absolut, unmittelbar, strafrechtlich bewehrt. In den folgenden Tagen klärt das Aufnahmemanagement die Kostenträgerschaft. Eine Krankenkasse wird angefragt, eine zweite, eine ausländische. Die Antworten kommen verzögert oder negativ. Der Sozialdienst übernimmt — meist erst, wenn die Entlassung vorbereitet wird, also nach Tagen oder Wochen. Bei Entlassung ist die Trägerfrage immer noch offen. Die Forderung wird gestellt. Sie wird abgewiesen. Sie wird abgeschrieben. Was fehlt, ist nicht die Anspruchsgrundlage. Was fehlt, ist die Aktivierung. Zwischen Tag 1 und Tag 21 hätte eine formlose Mitteilung an den Sozialhilfeträger des Krankenhausstandorts die einschlägige Normenkette in Gang gesetzt. Sie ist nicht erfolgt. Nicht weil sie verboten gewesen wäre. Weil sie in keiner Verfahrensanweisung des Hauses vorgesehen ist und niemandes Aufgabe war.

Die Größenordnung

Solche Fälle sind keine Ausnahmen. 72.000 Menschen in Deutschland haben keinen Krankenversicherungsschutz. Weitere 198.000 verfügen über Ansprüche nach AsylbLG oder SGB XII, aber über keine Karte und kein Verfahren im Abrechnungssystem. Hinzu kommen Unionsbürger ohne Krankenversicherungsschutz, Wohnungslose, Patienten mit unklarer Aufenthaltsstufe, Demenzkranke ohne Betreuer.

Branchenschätzungen ergeben für das einzelne Krankenhaus folgende Bandbreiten:

Häuser der Grundversorgung mit kleiner Notaufnahme: mittlerer bis hoher fünfstelliger Betrag jährlich. Häuser der Schwerpunktversorgung mit regulärer Notaufnahme: niedriger bis mittlerer sechsstelliger Bereich. Maximalversorger und Großstadtkliniken mit

hochfrequentierter Notaufnahme: oberer sechsstelliger Bereich, in Einzelfällen die Millionengrenze. Die genauen Werte für das einzelne Haus ergeben sich aus der Aktenanalyse.

Der Hebel

Die Lücke schließt sich nicht durch zusätzliches Personal, nicht durch IT-Investitionen, nicht durch Vertragsverhandlungen mit Kostenträgern. Sie schließt sich durch eine formlose Mitteilung an den zuständigen Sozialhilfeträger — am ersten oder zweiten Behandlungstag, bei einer klar definierten Fallkonstellation, in einer bestimmten Form, innerhalb einer bestimmten Frist.

Die Mitteilung ist formlos, weil § 18 SGB XII auf Kenntnis abstellt — nicht auf Antrag. Sobald der Sozialhilfeträger den Bedarfsfall kennt, wird der originäre Sozialhilfefall von Amts wegen eröffnet. Keine Vertretung, keine Statusklärung, kein förmliches Verfahren. Die Voraussetzung ist die strukturelle Diagnose: welche Fälle, welche Stelle, welche Form, welche Frist.

2. Warum die Lücke entsteht: Drei strukturelle Asymmetrien

Die Aktivierung scheitert nicht an Personen. Sie scheitert an einer Architektur, die für andere Aufgaben gebaut wurde.

Information entsteht — bleibt liegen — Forderung stirbt

Am Bett wird sichtbar, dass etwas nicht passt. Der Patient hat keine Karte, keine Bezugsperson, keine klare Adresse. Diese Information ist im Haus vorhanden, oft sogar

dokumentiert. Sie erreicht die Stelle, die rechtlich handeln müsste, nicht. Drei strukturelle Asymmetrien tragen diesen Befund.

Niemand ist zuständig: Der Sozialdienst sieht den Fall zu spät

Hier wird oft eingewendet: „Aber wir haben doch einen Sozialdienst.“ Genau dort liegt das Missverständnis. Der klinische Sozialdienst ist seit der Einführung des § 39 Abs. 1a SGB V gesetzlich auf das Entlassmanagement konfiguriert. Sein Einsatzpunkt liegt typischerweise in der zweiten Behandlungswoche, wenn die Frage der Anschlussversorgung relevant wird. Die Aufnahmeseite — die sozialrechtliche Klärung in den ersten 24 bis 72 Stunden — ist nicht sein Aufgabengebiet. Eine Verfahrensanweisung, die den Sozialdienst zur formlosen Mitteilung an den Sozialhilfeträger am ersten Behandlungstag verpflichtet, existiert in den meisten Häusern nicht.

In zahlreichen Gesprächen mit langjährigen Mitarbeitenden klinischer Sozialdienste städtischer Großkliniken zeigt sich ein konsistentes Bild: Anträge nach § 25 SGB XII oder Mitteilungen nach § 18 SGB XII an den Sozialhilfeträger werden faktisch nicht gestellt. Nicht weil die Mitarbeitenden die Norm nicht kennen — sondern weil sie nicht in der Stellenbeschreibung steht und kein interner Prozess sie auslöst.

Niemand ist zuständig: Die Kasse kennt das Verfahren nicht

Die Forderungsverwaltung des Krankenhauses operiert primär im SGB-V-Regime. Sie kennt DRG, Zusatzentgelte, MD-Prüfungen, Strukturprüfung. Die SGB-XII-Schiene liegt außerhalb des regulären Werkzeugkastens. Wo sie auftaucht, wird sie als Sonderfall an den Sozialdienst delegiert — der wiederum, siehe oben, nicht für die Aufnahmeseite zuständig ist.

Die Folge: Eine offene Forderung gegen einen unbekannten oder mittellosen Patienten landet in der Kategorie „uneinbringlich“ und wird abgeschrieben. Dass derselbe Fall sechs Wochen früher mit einer formlosen Mitteilung an das örtliche Sozialamt zu einer durchsetzbaren Forderung gegen den Sozialhilfeträger geworden wäre, taucht in der Bilanzierungslogik nicht auf.

Niemand ist zuständig: Die Pflege sieht es, hat aber keine Adresse

Am Bett wird sichtbar, was an der Aufnahme nicht erfasst wurde. Die Pflege erkennt Mittellosigkeit, Wohnungslosigkeit, fehlende Bezugspersonen, Verwirrtheit. Diese Wahrnehmung wird routinemäßig dokumentiert, hat aber keinen prozessualen Adressaten außerhalb der Pflegekette. Die Pflege spricht den Sozialdienst an — der frühestens am Tag der Verlegungsplanung kommt. Der ärztliche Dienst sieht den Fall medizinisch, nicht sozialrechtlich. Die Information, die das Aktivieren der Normenkette tragen würde, ist im Haus vorhanden. Sie hat nur keinen Weg.

Drei Einheiten sehen denselben Fall. Keine ist beauftragt zu handeln.

Diese drei Asymmetrien wirken zusammen. Keine einzelne Stelle macht einen Fehler. Die Architektur lässt die Information nicht zu der Stelle laufen, die sie bräuchte. Genau das ist der Befund — und genau hier setzt das Audit an.

3. Empirische Validierung

Der Befund ist nicht spekulativ. Er ist über mehrere Schienen belegbar.

Carl-von-Basedow-Klinikum, Standort Querfurt, kommunale Trägerschaft Landkreis Saalekreis. Ein 70-jähriger unversicherter Patient, intensivmedizinischer Notfall, stationär

seit Ende 2023. Die Forderung ist mittlerweile auf über 1,6 Mio. € gewachsen, kein Kostenträger steht ein. Zwei Bundesländer streiten über die Trägerzuordnung. Das Krankenhaus bleibt allein. Der Fall ist öffentlich dokumentiert (Mitteldeutsche Zeitung, MSN, medconweb). Er ist nicht Ausnahme. Er ist die sichtbare Spitze einer strukturell verteilten Größe.

Bundesweite Schätzung der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

150 bis 200 Mio. € jährlich — eine Größenordnung, die sich nicht durch Einzelfälle erklären lässt, sondern auf systemische Abschreibungen verweist.

Berliner Befund.

Allein die Berliner Kliniken tragen nach Angaben der Diakonie jährlich rund 10 Mio. €. Eine einzige Großstadt — als Maßstab für Hochrechnungen auf andere Verdichtungsräume.

Sozialdienstpraxis städtischer Großkliniken.

Anträge nach § 25 SGB XII werden in vielen Häusern faktisch nicht gestellt. Mitteilungen nach § 18 SGB XII an den Sozialhilfeträger des Krankenhausstandorts ebenfalls nicht. Die Norm existiert. Das Verfahren existiert nicht.

Sozialgerichtliche Rechtsprechung.

Der Heilbronner Fall (SG Heilbronn S 15 KR 10/22) zeigt das praktische Vorfeld der Vorleistungslogik exemplarisch. Eine 212.000-Euro-Forderung scheiterte nicht an der Anspruchslage, sondern an der versäumten Monatsfrist nach § 25 S. 2 SGB XII. Die Klägerin hatte zunächst die rumänische, dann die spanische, dann die deutsche Krankenversicherung angefragt. Die Mitteilung an den Sozialhilfeträger erfolgte sieben Wochen nach Fristbeginn. Zu spät. Die Sequenz hatte die Frist verbrannt. Bei paralleler Aktivierung wäre der Fall anders ausgegangen.

Die Belege addieren sich zu einem konsistenten Bild. Die Lücke existiert. Sie ist quantifizierbar. Sie ist nicht durch externe Marktbedingungen verursacht — sie ist durch die interne Verfahrenslogik der Krankenhäuser verursacht. Damit ist sie auch durch interne Strukturveränderung adressierbar.

4. Die juristische Grundlage: Eine bestehende Normenkette

Das Sozialrecht stellt für die geschilderte Konstellation eine vollständige sequenzielle Anspruchsarchitektur bereit. Sie ist seit Jahren in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausgeschärft. Sie wird in der Praxis vieler Häuser nicht aktiviert — nicht weil sie unklar wäre, sondern weil keine interne Stelle sie auslöst.

§ 25 SGB XII (Nothelferanspruch). Wer in einem Eilfall Hilfe leistet, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wäre, hat einen eigenen materiellen Erstattungsanspruch gegen den zuständigen Sozialhilfeträger. Anspruchsinhaber ist das Krankenhaus selbst. Die Geltendmachung muss innerhalb angemessener Frist erfolgen — das BSG nimmt regelmäßig eine Monatsfrist an. Diese Frist beginnt nicht mit der Entlassung, sondern mit dem Wegfall sicherer Drittzuständigkeit.

§ 18 SGB XII (Kenntnisgrundsatz). Sobald der Sozialhilfeträger Kenntnis vom Hilfefall erlangt, wird der originäre Sozialhilfefall von Amts wegen eröffnet. Kein Antrag, keine Statusklärung, keine Vertretung — die formlose Kenntnis genügt. Anspruchsinhaber ab diesem Zeitpunkt ist der Patient, das Krankenhaus ist mittelbar gesichert.

§ 43 SGB I (vorläufige Leistung bei Zuständigkeitsstreit). Bleibt die Trägerzuordnung über mehrere Tage ungeklärt, ist der zuerst angegangene Träger zur vorläufigen Leistung verpflichtet. Die Norm gilt trägerübergreifend — auch zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger. Der Erstattungsstreit folgt nach § 102 SGB X im Innenverhältnis der Träger. Das Krankenhaus ist aus diesem Streit herausgehalten.

§ 98 Abs. 2 S. 3 SGB XII (örtliche Zuständigkeit im Eilfall). Im SGB-XII-internen Eilfall trägt die Vorschrift die Vorleistung am tatsächlichen Aufenthalt unmittelbar. Der Krankenhausstandort ist der maßgebliche Ort. Der gewöhnliche Aufenthalt vor Aufnahme verschiebt die endgültige Trägerzuordnung — nicht aber die vorläufige Leistung.

§§ 102 SGB X, 106 SGB XII (Erstattung). Die nachträgliche Verlagerung der Kosten zwischen den Trägern erfolgt im Innenverhältnis. Sie betrifft das Krankenhaus nicht mehr.

Die Architektur ist vollständig. Was fehlt, ist nicht die Norm. Was fehlt, ist die institutionelle Übersetzung in den Aufnahmeprozess des Krankenhauses. Diese Übersetzung ist Aufgabe des strukturellen Audits. Eine vollständige juristische Ausarbeitung der Normenkette mit Rechtsprechungsnachweisen findet sich im Aufsatz „Die vergessene Normenkette“ (Mertens, ZfSH/SGB 2026).

5. Der Lösungsweg: Das Strukturaudit

Ein Strukturaudit ist eine externe, unabhängige sozialrechtliche Analyse der Schnittstelle zwischen Notfallaufnahme, Sozialdienst und Forderungsmanagement. Es prüft, an welchen Stellen die Normenkette im Haus aktiviert werden müsste, an welchen Stellen sie es derzeit nicht wird, und welcher Forderungsbestand sich daraus retrospektiv und prospektiv ergibt. Das Audit erfolgt in drei Stufen.

Stufe 1 — Sozialrechtliche Kettenanalyse.

Identifikation der typischen Fallkonstellationen des Hauses, in denen eine ungeklärte Kostenträgerschaft entstehen kann. Prüfung der einschlägigen Anspruchsgrundlagen entlang der Normenkette §§ 18, 25, 98 SGB XII / § 43 SGB I. Bewertung der internen Auslösestellen — Aufnahmemanagement, Sozialdienst, Pflege, ärztlicher Dienst. Ergebnis: schriftlicher Bericht zur sozialrechtlichen Aktivierungslage des Hauses.

Stufe 2 — Aktenprüfung mit pflegefachlicher Plausibilisierung.

Sichtung dokumentierter Fälle aus einem definierten Zeitraum auf nicht aktivierte Ansprüche. Bewertung der Dokumentationslage unter sozialrechtlichen und pflegefachlichen Gesichtspunkten. Identifikation des retrospektiv noch geltend zu machenden Forderungsbestands, soweit Fristen offen sind. Ergebnis: schriftlicher Bericht mit fallbezogener Bewertung.

Stufe 3 — Risikobewertung und Forderungsstrategie.

Quantitative Einschätzung des laufenden und prospektiven Forderungsrisikos für das Haus. Empfehlungen zur strukturellen Adressierung der identifizierten Lücken. Ergebnis: schriftlicher Bericht zur Bestandsbewertung und zu strategischen Optionen.

Die Stufen sind voneinander unabhängig beauftragbar. Stufe 1 ist die regelmäßige Einstiegsstufe. Stufen 2 und 3 setzen auf den Befund von Stufe 1 auf.

Die Wirtschaftlichkeit des Audits ergibt sich aus dem Verhältnis zwischen Auditkosten und dem identifizierten Forderungsbestand — retrospektiv bei noch offenen Fristen, prospektiv durch die strukturelle Schließung der Lücke. Der konkrete Forderungsbestand wird in Stufe 2 ermittelt; die strategische Bewertung in Stufe 3 macht ihn quantifizierbar. Die konkrete Methodik der Aktenprüfung, die Indikatoren, die genauen Schnittstellenpunkte, an denen das Audit ansetzt, sowie die operative Umsetzung sind Gegenstand des Mandatsverhältnisses. Das Whitepaper beschreibt das Verfahren auf der Ebene der Diagnose und der Lieferleistung — nicht auf der Ebene der Werkzeuge.

6. Positionierung

Das Strukturaudit setzt vor allen bekannten Erlössicherungsinstrumenten an. Diese Vorlagerung ist konzeptionell, nicht institutionell. Sie ergibt sich aus dem Tatbestand: Die

Normenkette aktiviert sich am ersten oder zweiten Behandlungstag — also vor jeder Krankenkassenklärung, vor jeder MD-Prüfung, vor jedem Erlössicherungsverfahren.

Das Audit setzt vor der MD-Routine an. Während Erlössicherung im SGB-V-Regime auf die Kodierung, die Strukturprüfung und die DRG-Abrechnung zielt, operiert das Strukturaudit im sozialhilferechtlichen Vorfeld. Die geprüften Fälle haben die SGB-V-Schwelle nie erreicht — gerade darin liegt das Problem.

Das Audit ist von der internen Revision unabhängig. Es ist nicht weisungsgebunden gegenüber Geschäftsführung oder Aufsichtsrat. Die Bewertung erfolgt aus externer Position. Das macht den Befund verwertbar — auch gegenüber Aufsichtsgremien, kommunalen Trägern und Wirtschaftsprüfern.

Das Audit ist keine Sozialdienstberatung. Es prüft nicht die Arbeit des Sozialdienstes. Es prüft die Schnittstellenarchitektur des Hauses zwischen Aufnahme, Sozialdienst und Forderungsmanagement. Der Sozialdienst ist eine von vier möglichen Auslösestellen, nicht das Auditobjekt.

Das Audit ist keine Rechtsdienstleistung im Einzelfall. Es wird keine Vertretung gegenüber Sozialhilfeträgern erbracht. Die Tätigkeit ist Strukturanalyse für das Krankenhaus als juristische Person.

Die Vergütung ist erfolgsunabhängig. Tagessätze, kein Erfolgshonorar. Damit ist die Unabhängigkeit der Bewertung gewahrt — und der Klinikvorstand erhält einen Befund, der in der Aufsichtsratssitzung trägt.

7. Über die Autorin

Eva Brigitta Mertens ist freiberufliche medizinrechtliche Gutachterin und Fachautorin im Sozial-, Medizin- und Pflegerecht. Drei Profile treffen in ihrer Tätigkeit zusammen.

Qualifikationsprofil. Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte (ReNo) — juristische Grundlage in Verfahrensrecht, Aktenführung, Fristenwesen. Examierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, darunter in leitender Funktion — Kenntnis der internen Abläufe einer Akutaufnahme, der Schnittstellen zwischen ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialdienst, der Dokumentationslogik am Bett. Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen (IHK) — betriebswirtschaftliche Steuerungslogik und Kenntnis der Schnittstellen im Klinikbetrieb.

Publikationstätigkeit Sozial- und Medizinrecht. Aktive Veröffentlichungen 2026 in den Zeitschriften *SGb*, *WzS*, *MedR*, *KrV*, *RDG* und *ZfSH/SGb* sowie 2027 in der *ZTS*. Die juristische Grundlage dieses Whitepapers ist im Aufsatz „Die vergessene Normenkette“ (*ZfSH/SGb* 2026) vollständig ausgearbeitet.

Methodischer Zugang. Systemtheoretisch fundierte Strukturanalyse. Der Blick richtet sich auf das, was in einer Akte oder einem Verfahren *fehlt* — auf die Information, die aufgrund der Architektur nicht zur richtigen Stelle gelangt ist. Diese Methodik ist über Jahre an Pflegefehlergutachten für die Medizinischen Dienste weiter geschärft worden und überträgt sich auf die Strukturanalyse organisationsrechtlicher Schnittstellen.

Frau Mertens ist nicht institutsgebunden. Sie arbeitet weder im Auftrag von Sozialhilfeträgern noch von Krankenkassen oder Trägerverbänden. Die Bewertung erfolgt ausschließlich aus dem Mandat des einzelnen Krankenhauses heraus.

8. Kontakt und nächste Schritte

Der Einstieg erfolgt über ein vertrauliches Erstgespräch von etwa 60 Minuten. Inhalt: kurze Sondierung der spezifischen Fallkonstellationen des Hauses, Klärung, ob ein Audit indiziert ist, Abstimmung des Umfangs einer möglichen Stufe-1-Beauftragung. Das Erstgespräch ist kostenfrei und führt nicht automatisch zu einer Beauftragung.

Kontakt:

Eva Brigitta Mertens, Oderdinger Straße 14, 82362 Weilheim in Oberbayern.

Email: evitamertens@gmail.com

Website: www.evabrigittamertens.de

Telefon: +49 (0)15567 331653

Anfragen unterliegen selbstverständlich der Verschwiegenheit.

Anhang: Quellen und weiterführende Literatur

Eigener Fachaufsatz: Mertens, Eva Brigitta: Die vergessene Normenkette. Ungeklärte Kostenträgerschaft in der stationären Notfallversorgung, ZfSH/SGB 2026 (im Erscheinen).

Rechtsprechung: SG Heilbronn, Urteil vom 19.09.2024 – S 15 KR 10/22. BSG, Urteil vom 23.08.2013 – B 8 SO 19/12 R (BSGE 114, 161 = SozR 4-5910 § 121 Nr 1) — die Grundsatzentscheidung zur Monatsfrist und zum bedarfsbezogenen Moment des Eilfalls. BSG, Urteil vom 12.12.2013 – B 8 SO 13/12 R — die ergänzende Entscheidung zum sozialhilferechtlichen Moment und zur Abschließlichkeit des § 25 SGB XII.

Quantitative Grundlagen: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Schätzung des jährlichen Schadens durch ungeklärte Kostenträgerschaft (150–200 Mio. €). Diakonie Deutschland, Berliner Bestandsaufnahme (ca. 10 Mio. € jährlich allein für Berliner Kliniken).

Berichterstattung zum Saalekreis-Fall: Mitteldeutsche Zeitung, „Unversicherter Patient verursacht Millionenverlust im Basedow-Klinikum“ (18. März 2026). medconweb.de, „Klinik bleibt auf 1,6 Mio. Euro Behandlungskosten sitzen“ (19. März 2026). MSN Finanzen, „1,6 Millionen Euro, offene Fragen: Was der Basedow-Fall für Krankenhäuser bedeutet“.

Stand: Mai 2026. Dieses Whitepaper ersetzt keine sozialrechtliche Einzelfallberatung und stellt keine Rechtsdienstleistung im Sinne des RDG dar.