



Aktuelle Fragen zur Abrechnung von ambulanter und stationärer Krankenhausbehandlung

Hier: nachträgliche Korrektur einer Schlussrechnung (BSG 17.12.2009, B 3 KR 12/08 R)

von Rechtsanwältin Dr. Birgit Berninghausen*

I.

Nach erfolgreichem Abschluss einer stationären Behandlung von Patienten erfolgt von Seiten der Krankenhäuser entsprechend der Kodierrichtlinien eine Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren sowie die Abrechnung des daraus resultierenden Vergütungsanspruches gegenüber den Krankenkassen. In einigen Fällen stellt sich aufgrund externer oder interner Überprüfung zu einem späteren Zeitpunkt heraus, dass die Kodierung des Patientenfalles nicht zutreffend war, insbesondere dem Krankenhaus ein höherer Vergütungsanspruch als ursprünglich in der Schlussrechnung gefordert zustehend würde. Hier war bisher umstritten, inwieweit es zulässig ist, nachträglich die Schlussrechnung zu korrigieren und einen höheren Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen. Eine nunmehr in den Entscheidungsgründen vorliegende Entscheidung des 3. Senates des Bundessozialgerichtes vom 17.12.2009 (Az. B 3 KR 12/08 R) schafft für einige Fallkonstellationen Klarheit.

Die Ausgangslage:

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen zugelassenen Krankenhauses in Rheinland-Pfalz. Die Versicherte wurde vom 23.02. bis 02.03.2006 behandelt. Behandlungsanlass waren unter anderem ein entgleister Diabetes mellitus und eine Bronchopneumie. In einer als Endabrechnung bezeichneten Abrechnung vom 15.03.2006 stützte die Klägerin ihr Zahlungsverlangen von EUR 3.393,45 auf die DRG-Ziffer K60B (Diabetes mellitus mit komplizierenden Diagnosen oder äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen). Die beklagte Krankenkasse beglich diese Rechnung am 21.03.2006. Nach einer Überprüfung ihrer Abrechnungen in diesem und anderen Patientenfällen korrigierte die Klägerin die Rechnung und stellte der beklagten Krankenkasse am 12.06.2006, also rund drei Monate nach Erstellung der Erstrechnung, eine neue Rechnung aus,

nunmehr gestützt auf die DRG-Ziffer I77B (andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC). Daraus ergab sich gegenüber der Ursprungsrechnung ein Mehrbetrag in Höhe von EUR 58,06. Dessen Zahlung lehnte die beklagte Krankenkasse ab, da nach ihrer Auffassung das Vertragsverhältnis mit der ersten Zahlung beendet worden sei. Ein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V war nicht eingeleitet worden. Das Sozialgericht hatte die beklagte Krankenkasse zunächst zur Zahlung des geforderten Betrages (abzgl. eines Abschlages zur Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung nach § 140 d Abs. 1 Satz 1 SGB V) verurteilt. Die Berufung hiergegen wies das Landessozialgericht zurück. Dabei vertrat das Landessozialgericht die Auffassung, dass das mit der Inanspruchnahme der Krankenhausleistung entstehende gesetzliche Schuldverhältnis erst mit Bewirken der geschuldeten Leistung erlösche. Dies sei der tatsächlich durch die Behandlung entstandene Vergütungsanspruch. An dessen nachträglicher Geltendmachung sei das Krankenhaus nach Treu und Glauben nicht gehindert. Das Landessozialgericht ließ die Revision gegen dieses Urteil wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit zu. Im Rahmen des Revisionsverfahrens rügte die beklagte Krankenkasse die Verletzung materiellen Rechts. Das Landessozialgericht habe den für die Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse prägenden Grundsatz der zeitnahen Abrechnung nicht hinreichend beachtet. Er stehe einer nachträglichen Abrechnungskorrektur entgegen. Das Krankenhaus dürfe durch Nachkodierung die zügige Rechnungsabwicklung nicht beeinträchtigen. Es belaste die Krankenkassen übermäßig, wenn sie bereits abgearbeitete und abgeschlossene Verfahren wieder aufgreifen müssten.



Das Bundessozialgericht erachtete in seinem nunmehr veröffentlichten Urteil vom 17.12.2009 die Revision für begründet. Nach seiner Auffassung hatte das Landessozialgericht der Klägerin den weiteren Zahlungsanspruch über EUR 58,06 zu Unrecht zuerkannt. Die Klägerin sei zu einer Korrektur ihrer Schlussrechnung drei Monate nach Rechnungsstellung unter Berücksichtigung des zusätzlichen Verwaltungsaufwands der Beklagten für die erneute Rechnungsprüfung einerseits und dem Wert des Fehlbetrages andererseits nach Treu und Glauben nicht mehr befugt.

Das Bundessozialgericht stellte zunächst fest, dass der verfolgte restliche Vergütungsanspruch durch § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Satz 1 Nummer 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) begründet sei. Danach entstehe die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich sei. Das Landessozialgericht habe zutreffend entschieden, dass der restliche Vergütungsanspruch der Klägerin durch die Zahlung des zuerst abgerechneten Betrages nicht erloschen sei. Das Krankenhaus erwerbe einen gesetzlichen Vergütungsanspruch, dessen Höhe gemäß § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung vertraglich abschließend festgelegt sei. Maßgebend für den Vergütungsanspruch sei danach der Fallpauschalenkatalog nach §§ 7 i. V. m. 17b Abs. 1 Satz 10 KHG, der Bindungswirkung für die Vertragsparteien entfalte und streng nach dem Wortlaut einschließlich der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der Kodierrichtlinien auszulegen sei. Insoweit gewähre der Fallpauschalenkatalog kein Bestimmungsrecht, dessen Ausübung das Krankenhaus abschließend binden und den Zahlungsanspruch auf den zunächst geforderten Betrag beschränken würde. So wie die Krankenkasse auch nach Zahlung der Krankenhausrechnung nachträgliche Korrekturen vornehmen dürfe, so sei auch das Krankenhaus auch noch nach Rechnungsstellung grundsätzlich zur Nachforderung einer offenen Vergütung berechtigt.

Das Bundessozialgericht führte sodann wörtlich aus:

„Die Nachforderung eines restlichen Vergütungsanspruches steht jedoch – ebenso wie die Einzelfallkorrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse – unter dem Vorbehalt von Treu und Glauben, der über § 69 SGB V gemäß dem Rechtsgedanken des § 242 BGB auf die Rechtsbeziehungen der Beteiligten einwirkt. Insoweit hat der erkennende Senat bereits entschieden, dass eine Krankenkasse nach Treu und Glauben mit Einwendungen ausgeschlossen sein kann, wenn sie das zu deren Klärung vorgesehene Ver-

fahren nicht rechtzeitig einleitet. Umgekehrt hat der 1. Senat des BSG ausgesprochen, dass ein Krankenhaus nach dem Grundsatz von Treu und Glauben an der Korrektur einer fehlerhaften Abrechnung gehindert sein kann, wenn sie mehr als zwei Jahre nach Rechnungsstellung und damit außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse vorgenommen wird und dafür keine besondere Rechtfertigung besteht. Zutreffend hat der 1. Senat darauf hingewiesen, dass die dauerhaften Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu gegenseitiger Rücksichtnahme verpflichten und diese Sonderbeziehung die Befugnis zur nachträglichen Rechnungs Korrektur begrenzt. Diesem Ansatz folgt auch der erkennende 3. Senat.

Mit dem Gebot gegenseitiger Rücksichtnahme unvereinbar ist die nachträgliche Korrektur einer geprüften und bezahlten Rechnung dann, wenn das Interesse des Krankenhauses am Ausgleich seines Rechnungsfehlbetrages weniger schutzwürdig ist als das Interesse der Krankenkasse an der Vermeidung des Zusatzaufwandes für die erneute Rechnungsprüfung. Das betrifft regelmäßig jedenfalls solche Nachforderungen, die erst nach abschließender Prüfung und Zahlung einer vorbehaltlos erteilten Schlussrechnung erhoben werden und durch deren Prüfung bei der Krankenkasse ein hoher Verwaltungsaufwand anfällt, der den mit der Korrektur begehrten Betrag – rein rechnerisch – übersteigt, oder dessen Wert im Verhältnis zum ursprünglichen Rechnungsbetrag nur von untergeordneter Bedeutung ist. Hiervon geht der Senat nach dem „Prinzip der Waffengleichheit“ aus, wenn eine Frist von sechs Wochen verstrichen ist und die nachgeforderte Summe entweder den Betrag der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V oder 5 % des Ausgangsrechnungswertes nicht erreicht. Maßgebend dafür sind folgende Erwägungen:

a)
Im Rahmen ihrer wechselseitigen Obhutspflichten sind Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Geltendmachung von Ansprüchen gehalten, auf einen beiderseits möglichst geringen Verwaltungsaufwand Bedacht zu nehmen. In diesem Sinne hat der Senat das Krankenhaus als verpflichtet gesehen, bei Zahlungsverzug der Krankenkasse jedenfalls in einfach gelagerten Abrechnungsfällen einen offenen Vergütungsanspruch vorgehend mit eigenen Mitarbeitern und ohne anwaltliche Unterstützung geltend zu machen. Umgekehrt muss ein Leistungserbringer aus ähnlichen Erwägungen heraus kein eigenes Kostenrisiko auf sich nehmen, um im ausschließlichen Interesse der Krankenkasse die Berechtigung einer Umsatzsteuerforderung der Finanzverwaltung zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen. Entsprechend kann in Fällen der vorliegenden Art der Urheber einer fehlerhaften Abrechnung oder Zahlung (hier: Krankenhaus) nicht erwarten, dass die Gegenseite (hier: Krankenkasse) zusätzlichen Verwaltungsaufwand zur Korrek-



tur eines jeglichen Fehlers trägt. Vielmehr muss bei jeder Fehlerkorrektur Rücksicht darauf genommen werden, welchen zusätzlichen Verwaltungsaufwand sie bei der Gegenseite auslöst. Steht dieser nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Ausgleich des selbst verursachten Vermögensnachteils, kann der Gegenseite die erneute Rechnungsprüfung nach Treu und Glauben nicht zugemutet werden.

b)

Nach diesen Grundsätzen muss die Krankenkasse darauf vertrauen können, dass eine vom Krankenhaus als „Schlussrechnung“ bezeichnete Abrechnung auf einem ordnungsgemäßen Abrechnungsverfahren beruht und grundsätzlich auf den endgültigen Abschluss des Abrechnungsverfahrens des jeweiligen Behandlungsfalles gerichtet ist. Das liegt immanent den Vorschriften der beschleunigten Rechnungsabwicklung zu Grunde, mit dem in allen landesrechtlichen Abrechnungsbestimmungen im Wesentlichen einheitlich und deshalb revisibel das Primat der zeitnahen Zahlung der Krankenhausrechnung näher ausgestaltet ist. Demnach kann das Krankenhaus zwar Zwischenrechnungen erstellen und Abschlagszahlungen verlangen. Regelmäßig soll es der Krankenkasse aber bereits innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung eine „Schlussrechnung“ stellen, worauf diese – auch zur Meidung von Vollzugszinsen – nach weiteren 14 Kalendertagen den Rechnungsbetrag zu zahlen hat. Auch danach sind zwar Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art durch die Krankenkasse noch möglich. Gleichwohl hat sie – zumal unter Berücksichtigung der hohen Zahl von Abrechnungsfällen – demzufolge Sorge zu tragen dafür, dass eine als Schlussrechnung bezeichnete und mit Vorbehalten nicht versehene Krankenhausrechnung innerhalb kurzer Zeit auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüft wird. Dies gilt umso mehr, als nach Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V durch das GKV-WSG die Entscheidung über die Notwendigkeit der Einleitung eines Prüfverfahrens durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) spätestens sechs Wochen nach Rechnungsstellung getroffen werden muss.“

Aus diesen grundsätzlichen Erwägungen folgert das Bundessozialgericht daher:

„Die Korrektur eines dem Krankenhaus im Einzelfall gleichwohl unterlaufenen Abrechnungsfehlers kann hier nach nur verlangt werden, wenn sein Interesse an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiegt. Das wird im Regelfall zu bejahen sein, wenn der nachgeforderte Betrag den Kostenaufwand der Krankenkasse für die zusätzliche Prüfung übersteigt und die Einleitung eines Korrekturverfahrens auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme rechtfertigt; dann muss die Krankenkasse die Zusatzbelastung im Interesse des Krankenhauses hin-

nehmen. Ist dagegen der Aufwand der Nachprüfung – pauschaliert – höher als der Fehlbetrag oder kommt ihm im Verhältnis zum ursprünglichen Rechnungsbetrag ein nur untergeordnetes Gewicht zu, kann das Krankenhaus nach Treu und Glauben eine erneute Prüfung des Abrechnungsfalles auch dann nicht beanspruchen, wenn seine Leistung ansonsten nicht vollständig vergütet würde. Insoweit sieht der Senat diese Grenze der berechtigten Nachforderung im Allgemeinen als erreicht an, wenn der Nachforderungsbetrag erstens in Anlehnung an den Rechtsgedanken des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V über EUR 100,00 bzw. ab dem 25.03.2009 über EUR 300,00 liegt und er zweitens mindestens 5 Prozent des Ausgangsrechnungswertes erreicht.“

Dieses Ergebnis leitet der 3. Senat des Bundessozialgerichtes aus der gesetzlichen Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V zur Aufwandspauschale ab und führt insoweit aus:

„Bedeutsam für die hier zu entscheidende Fallkonstellation ist zunächst die Bemessung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V, auch wenn sie sich zunächst nur an die Krankenkassen als Normadressaten wendet. Die Aufwandspauschale soll nach dem Regelungsansatz des GKV-WSG einen Anreiz dafür bieten, dass die nach Einschätzung des Gesetzgebers übermäßige Einschaltung des MDK im Rahmen von Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zurückgedrängt wird. Unnötige Bürokratie sowie zusätzlicher personeller und finanzieller Aufwand sollen auch dann vermieden werden, wenn keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall gewährleistet werden kann. Demgemäß muss eine Krankenkasse seit Einführung der Regelungen zum 01.04.2007 dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale von früher EUR 100,00 und nunmehr EUR 300,00 entrichten, wenn ihr Nachprüfungsauftrag nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Die darin zum Ausdruck kommende Bewertung des bürokratischen Aufwandes bei unberechtigten Nachprüfungsverlangen ist nach dem „Prinzip der Waffengleichheit“ auf den vorliegenden Fall übertragbar. Zwar unterscheiden sich die Sachverhalte insofern, als das Prüfbegehren der Krankenkasse im Falle des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V sich im Nachhinein als unzutreffend erweist, während die Nachforderung des Krankenhauses berechtigt sein kann. Jedoch wäre auch dieser bürokratische Aufwand vermeidbar gewesen, wenn das Krankenhaus bereits die ursprüngliche Schlussrechnung fehlerfrei erstellt hätte.“

Das Bundessozialgericht fordert sodann, dass der Nachforderungsbetrag auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme die Einleitung eines zusätzlichen Prüfverfahrens auf der Seite der Krankenkasse rechtfertigt. Deshalb müsse die nachträgliche Korrektur einer Schlussrechnung auf solche Fälle beschränkt bleiben,



die einen Fehler von erheblichem Gewicht auch im Einzelfall betreffen. Eine entsprechende wirtschaftliche Bedeutung sieht der 3. Senat nur dann, wenn der Nachforderungsbetrag den Betrag der Aufwandspauschale von EUR 100,00 bzw. EUR 300,00 übersteigt sowie zusätzlich mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht. Diese Beschränkungen sollen allerdings nicht gelten, solange die Prüfung der vom Krankenhaus erstellten Schlussrechnung noch nicht abgeschlossen ist und daher eine Korrektur kein weiteres Verwaltungsverfahren auf der Seite der Krankenkassen auslösen würde. Der Senat stellt insoweit fest:

„Diese Beschränkungen gelten in zeitlicher Hinsicht allerdings nicht, solange die Krankenkasse ihrerseits die Prüfung der von dem Krankenhaus erstellten Schlussrechnung in der Regel noch nicht abgeschlossen hat und eine Korrektur demzufolge kein weiteres Verwaltungsverfahren auslösen würde. Denn von besonders gelagerten Ausnahmefällen möglicherweise abgesehen – z. B. Rechnungskorrekturen in großer Zahl, die Sinn und Zweck des beschleunigten Abrechnungsverfahrens widersprechen würden – muss die Krankenkasse es hinnehmen, wenn eine noch nicht endgültig geprüfte Rechnung vor Abschluss der Rechnungsprüfung im Einzelfall geändert wird und wesentlicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand dadurch nicht anfällt. Deshalb sind Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser mit entsprechenden Nachforderungen ohne die zuvor dargelegten Einschränkungen im Allgemeinen zulässig, soweit sie in die Zeit der regelhaften Prüfung von Schlussrechnungen durch die Krankenkasse fallen und sie deshalb als zeitnah im Sinne des § 8 Abs. 7 Satz 3 und § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG sowie § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-WSG gelten. Den maßgeblichen Zeitrahmen bestimmt der Senat anhand der 6-Wochenfrist, innerhalb derer eine Krankenkasse nach Vorlage der Schlussrechnung über die Einleitung einzelfallbezogener Rechnungsprüfungen entschieden haben muss und die demgemäß eine zeitliche Grenze für den regelmäßigen Verwaltungsablauf bildet.“

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hat der 3. Senat des Bundessozialgerichtes im konkreten Rechtsstreit den zusätzlichen Zahlungsanspruch der Klägerin als Trägerin eines Krankenhauses verneint, da die Nachforderung nicht mehr zeitnah innerhalb von sechs Wochen, sondern erst nach Ablauf von drei Monaten erfolgt und der Wert der Nachforderung weder den Wert der Aufwandspauschale noch mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht hatte. Angesichts eines Nachforderungswertes von EUR 58,06 sowie 1,7 % des Ausgangsrechnungsbetrages waren die von Seiten des 3. Senates des Bundessozialgerichtes aufgestellten Anforderungen an eine nach Treu und Glauben zulässige Rechnungskorrektur im konkreten Fall nicht erfüllt.

II.

Angesichts dieser aktuellen Rechtsprechung des 3. Senates des Bundessozialgerichtes sind nunmehr folgende Fallkonstellationen zu unterscheiden:

- die Korrektur der Schlussrechnung sowie Nachforderung erfolgt innerhalb der 6-Wochenfrist des § 275 Abs. 1c SGB V;
- die Korrektur der Schlussrechnung erfolgt nach Ablauf der 6-Wochenfrist des § 275 Abs. 1c SGB V.

Im zweiten Fall ist zusätzlich darauf abzustellen, ob von Seiten der Krankenkasse ein Prüfverfahren gemäß § 275 SGB V durch Beauftragung des MDK eingeleitet wurde.

- a) Korrektur der Schlussrechnung innerhalb von sechs Wochen gemäß § 275 Abs. 1c SGB V

Nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes ist eine Korrektur einer bereits erstellten und der Krankenkasse im Wege des elektronischen Datenaustausches gemäß § 301 SGB V übersandten Schlussrechnung innerhalb der 6-Wochenfrist uneingeschränkt zulässig. Damit können auch kleinere Beträge im Wege einer Nachkorrektur gegenüber den Krankenkassen noch zusätzlich geltend gemacht werden. Die 6-Wochenfrist ist im Rahmen der verwaltungstechnischen Abwicklung durch die Krankenhäuser zu beachten.

Unter dem Aspekt eines erhöhten Verwaltungsaufwandes hätten von Seiten des Bundessozialgerichtes auch Überlegungen zu der Frage angestellt werden können, ob eine Nachkorrektur dann ausscheiden muss, wenn die Rechnung von Seiten der Krankenkasse bereits ausgeglichen wurde. Faktisch entsteht für eine Nachkorrektur auch in dieser Konstellation ein erhöhter Verwaltungsaufwand der Krankenkasse. Der konkrete Fall gab jedoch keinen Anlass, über diese Fallvariante zu entscheiden, da die Krankenkasse sich von Beginn an geweigert hatte, den nachgeforderten Betrag zu begleichen. Bisher ist nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes daher allein die 6-Wochenfrist maßgeblich. Im Falle einer erforderlichen Nachkorrektur sollte diese rechtliche Möglichkeit genutzt werden.

- b) Korrektur der Schlussrechnung nach Ablauf von sechs Wochen ohne Einleitung eines Prüfverfahrens gemäß § 275 Abs. 1c SGB V

Für eine Korrektur der Schlussrechnung nach Ablauf von sechs Wochen sind nunmehr die beschriebenen Anforderungen aus der Rechtsprechung des 3. Senates des Bundessozialgerichtes zu beachten. Danach kann eine Nachforderung nach Ablauf der 6-Wochenfrist des § 275



Abs. 1c SGB V nur dann erfolgen, wenn der Nachforderungsbetrag für Behandlungsfälle ab dem 25.03.2009 mindestens EUR 300,00 sowie mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrages entspricht. Diese von Seiten des Bundessozialgerichtes aufgestellten Kriterien müssen kumulativ in allen Konstellationen erfüllt werden, in denen eine Korrektur der Schlussrechnung nach Ablauf der 6-Wochenfrist erfolgen soll und gleichzeitig von Seiten der Krankenkasse kein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V eingeleitet wurde.

c)
Korrektur einer Schlussrechnung nach Ablauf von sechs Wochen bei gleichzeitiger Einleitung eines Prüfverfahrens gemäß § 275 Abs. 1c SGB V

In der dem Urteil zu Grunde liegenden Fallkonstellation war von Seiten der Krankenkasse kein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V durch Beauftragung des MDK eingeleitet worden. Das Bundessozialgericht hatte daher keine Veranlassung über diese Fallvariante zu entscheiden. Unter Berücksichtigung der Entscheidungsgründe könnte die Auffassung vertreten werden, dass ein faktischer Abschluss des Verfahrens noch nicht vorliegt, weil von Seiten der Krankenkasse selbst die vertiefte Prüfung durch Einschaltung des MDK eingeleitet wurde. Relevant ist diese Fragestellung insbesondere in den Fallkonstellationen, in denen im Wege der Beauftragung des MDK die Kodierung des Patientenfalles in Frage gestellt wird und von Seiten des MDK eine Veränderung der Kodierung, häufig eine Änderung der Hauptdiagnose bzw. Streichung von Nebendiagnosen oder Prozeduren, gefordert wird. Hieraus resultiert die Notwendigkeit, angesichts der Änderungswünsche des MDK auch auf Seiten des Krankenhauses die Kodierung des Patientenfalles zu überprüfen, gegebenenfalls bisher nicht kodierte Diagnosen und Prozeduren zu ergänzen.

Aus hiesiger Sicht sind dabei zwei Fallkonstellationen zu unterscheiden:

aa)
Die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgte zur Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V.

Gegenstand des Prüfverfahrens ist in diesen Fällen nicht die Abrechnung des Patientenfalles, sondern die Annahme einer primären oder sekundären Fehlbelegung i.S. des § 39 SGB V. Das Verwaltungsverfahren hinsichtlich der Abrechnung des Falles wird daher auch durch das Prüfverfahren nicht noch einmal aufgenommen. Unter diesen Bedingungen kann nicht argumentiert werden, dass das Verwaltungsverfahren auch nach Abschluss der 6-Wochenfrist hinsichtlich der Kodierung des Falles noch nicht abgeschlossen sei. Die Anforderungen an ei-

ne Rechnungskorrektur und Nachforderung des Bundessozialgerichtes sind daher zu beachten.

bb)
Die Einleitung des Prüfverfahrens erfolgte zur Überprüfung der Kodierung des Patientenfalles

Anders ist die Situation zu beurteilen, wenn von Seiten der Krankenkasse das Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V gerade zur Überprüfung der Kodierung des Patientenfalles eingeleitet wurde. Hier kann auf der Grundlage eines gesetzlichen Vergütungsanspruches die Auffassung vertreten werden, dass die Krankenkasse selbst durch die Einschaltung des MDK zu erkennen gegeben hat, dass das Verwaltungsverfahren nach Ablauf der 6-Wochenfrist nicht beendet sein soll. Wird daher eine Änderung der Kodierung durch den MDK gefordert, kann auch auf der Seite der Krankenhäuser die Kodierung des Patientenfalles noch einmal überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden. Dabei sind Fälle unproblematisch, in denen sich auch nach der Neukodierung des Krankenhauses kein höherer Vergütungsanspruch als in der Schlussrechnung ergibt. Relevant sind nur die Fälle, in denen sich im Rahmen der Überprüfung der Schlussrechnung durch das Krankenhaus herausstellt, dass in der bisherigen Schlussrechnung ein zu geringer Vergütungsanspruch geltend gemacht wurde. In diesen Fällen kann unter Berufung auf die noch nicht erfolgte Beendigung des Verwaltungsverfahrens auch ein erhöhter Vergütungsanspruch geltend gemacht werden. Die weitere Rechtsprechung hierzu bleibt allerdings abzuwarten.

III. Fazit

Nach der neuesten Rechtsprechung des 3. Senates des Bundessozialgerichtes kann eine Nachkorrektur einer bereits erstellten und übersandten Schlussrechnung innerhalb der 6-Wochenfrist des § 275 Abs. 1c SGB V uneingeschränkt erfolgen.

Nach Ablauf der 6-Wochenfrist ist zu berücksichtigen, inwieweit von Seiten der Krankenkasse das Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V eingeleitet wurde.

Wurde kein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V eingeleitet, kann eine Nachkorrektur nur dann erfolgen, wenn die Nachforderung für Patientenfälle ab dem 25.03.2009 mindestens EUR 300,00 sowie 5 Prozent des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht.

Wurde von Seiten der Krankenkasse ein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V eingeleitet, so gelten die vorgenannten Bedingungen auch dann, wenn sich das Prüfverfahren ausschließlich auf die Überprüfung der



Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V bezieht.

Wurde das Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1c SGB V durch Einschaltung des MDK jedoch zur Überprüfung der Kodierung des Patientenfalles eingeleitet, bestehen begründete Argumente dafür, dass von Seiten der Krankenkasse damit gleichzeitig signalisiert wird, dass das Prüfverfahren hinsichtlich der Kodierung noch nicht abgeschlossen ist. Hier ist eine Nachkodierung und gegebenenfalls Nachforderung nach derzeitiger Einschätzung der Rechtslage ohne Verstoß gegen die von Seiten des Bundessozialgerichtes aufgestellten Kriterien möglich. Die weitere Rechtsprechung bleibt allerdings abzuwarten.

Hinweis

Unser Jusletter beruht auf einer sorgfältigen Recherche der Rechtslage. Deren allgemeine Darstellung kann die Besonderheiten des jeweiligen Einzelfalles jedoch nicht berücksichtigen. Der Jusletter dient nur der Information und ist keine vertragliche Beratungsleistung. Er kann deshalb eine individuelle Rechtsberatung nicht ersetzen.

Diesen und weitere Jusletter finden Sie auf unserer Website www.ahlers-vogel.de.

Kontakt

Ahlers & Vogel _ Bremen
Contrescarpe 21 _ 28203 Bremen
Telefon +49 (421) 33 34-0
Telefax +49 (421) 33 34-111
E-Mail: bremen@ahlers-vogel.de

Ahlers & Vogel _ Hamburg
Schaarsteinwegsbrücke 2 _ 20459 Hamburg
Telefon +49 (40) 37 85 88-0
Telefax +49 (40) 37 85 88-88
E-Mail hamburg@ahlers-vogel.de

Ahlers & Vogel _ Rostock
Gerhart-Hauptmann-Str. 24 _ 18055 Rostock
Telefon +49 (381) 491 39-0
Telefax +49 (381) 491 39-99
E-Mail: rostock@ahlers-vogel.de

***Dr. Birgit Berninghausen** studierte Rechtswissenschaften in Bonn und Bremen und promovierte über den Einfluss des Europäischen Gemeinschaftsrechts auf nationales Recht. Sie war mehrere Jahre im diplomatischen Dienst tätig, u.a. am Deutschen Generalkonsulat in Barcelona und als Leiterin der Konsularabteilung der Deutschen Botschaft in Jakarta, Indonesien, bevor sie 2003 als Rechtsanwältin in unsere Sozietät eintrat. Sie betreut unsere Mandanten im Medizinrecht, insbesondere im Bereich der Vergütung ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen. Daneben berät sie in Fragen der Auslandszwangsvollstreckung.