



Dr. Christoph Roos und Heiner Fey, Bonn \*

## Medizinrecht: Fehlerhafte Abrechnung von Krankenhausleistungen Wann darf noch nachkodiert werden?

in Kooperation mit [myDRG®](#)

### I. Vorbemerkung

Welche Handlungsoptionen bleiben einem Krankenhaus, wenn sich nach Rechnungslegung gegenüber der Krankenkasse herausstellt, dass eine Abrechnung fehlerhaft war? Auch wenn das BSG diese Frage bereits mit seiner Entscheidung vom 17. Dezember 2009 – Az. B 3 KR 12/08 – abschließend beantwortet hat, ist sie im klinischen Alltag nicht minder aktuell. Anlässlich eines Vortrages, den der Autor Roos zu diesem Problem vor dem Kollegium des Medizincontrollings eines namenhaften Münchener Klinikums gehalten hat, sei die Entscheidung des BSG dargestellt und deren maßgeblichen Erwägungen kritisch gewürdigt.

### II. Sachverhalt

Das klagende Krankenhaus behandelte den bei der beklagten Krankenkasse Versicherten in dem Zeitraum vom 21. Februar bis zum 02. März 2006 vollstationär. Am 15. März erteilte die Klägerin der Beklagten eine Abrechnung über 3.393,45 € auf der Grundlage der DRG K60B. Der Kodierung lag die Hauptdiagnose E 11.91 (entgleister Diabetes mellitus) und die Nebendiagnose J 18.0 (Bronchopneumonie) zugrunde. Nach Prüfung der Abrechnung beglich die Beklagte diese am 21. März 2006. Eine interne Überprüfung des Behandlungsfalles bei der Klägerin zeigte, dass bei Kodierung und Abrechnung die falsche Hauptdiagnose eingesetzt worden ist. Mit Schreiben vom 12. Juni 2006 erteilte die Klägerin eine korrigierte Abrechnung und forderte die Beklagte auf, den die ursprüngliche Abrechnung übersteigenden Betrag in Höhe von 58,65 € an sie auszuführen. Der korrigierten Abrechnung legte sie mit der Hauptdiagnose J 18.0 (Bronchopneumonie) und der Nebendiagnose E 11.91 (entgleister Diabetes melli-

---

\* Dr. jur. **Christoph Roos** ist Fachanwalt für Sozialrecht und Arbeitsrecht. Zudem berät er schwerpunktmäßig Einrichtungen des Gesundheitswesens in Fragen des Arzt- und Medizinrechts im gesamten Bundesgebiet.

**Heiner Fey** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter von Dr. Roos, Diplomjurist, Krankenpfleger und Klinische Kodierfachkraft mit Schwerpunkt im Leistungsrecht des SGB V, insbesondere dem DRG-Recht.

tus) die DRG E77B zugrunde. Die Begleichung der Nachforderung lehnte die Beklagte mit der Begründung ab, mit der bereits erfolgten Zahlung sei das Vertragsverhältnis beendet, die Entscheidungen der Vorinstanzen berücksichtigten den Grundsatz der zeitnahen Abrechnung nicht hinreichend und durch die Nachkodierung dürfe die zügige Rechnungsabwicklung nicht beeinträchtigt werden, denn es belaste die Krankenkassen übermäßig, wenn sie bereits abgearbeitete und abgeschlossene Verfahren aufgreifen müssten.

### **III. Entscheidung des BSG**

Der 3. Senat des BSG hielt die Revision gegen das Urteil des Schleswig- Holsteinischen LSG vom 10. Oktober 2007 - Az. L 4 KR 27/07 - für begründet und stellte fest, dass der Klägerin der geforderte Betrag nicht zustehe. Der Entscheidung liegen folgende Erwägungen zugrunde.

#### **1. Entstehen und Höhe des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses**

Grundsätzlich hat die Klägerin einen Anspruch auf Vergütung der tatsächlich erbrachten Krankenbehandlung. Der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser richtet sich dem Grunde und der Höhe nach, nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 17b KHG, § 7 Satz 1 Nr.1 KHEntgG, dem Fallpauschalen- Katalog in der im Behandlungszeitpunkt gültigen Fassung und, je nach Bundesland, den Verträgen zwischen den Landeskrankenhausesgesellschaften und den Landesverbänden der Krankenkassen.

##### **a) Vergütungsanspruch dem Grunde nach**

Dem Grunde nach entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Krankenhausleistungen durch den Versicherten. Auf eine Kostenzusage der Krankenkassen kommt es nicht an. Voraussetzung ist allein, dass

- die Behandlung in einem zur Versorgung zugelassenen Krankenhaus gem. § 108 SGB V durchgeführt wird und
- diese Behandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich war.

Die Klägerin war Trägerin eines zur Versorgung zugelassen Krankenhauses und sie hat unstreitig die erforderliche Behandlung durchgeführt.

##### **b) Vergütungsanspruch der Höhe nach**

Der Höhe nach haben die Krankenhäuser einen Anspruch auf Vergütung der tatsächlich erbrachten Leistungen. Diesem Anspruch steht es grundsätzlich nicht entgegen, dass ein Krankenhaus bereits eine vorhaltslose Abrechnung erteilt und eine Krankenkasse darauf geleistet hat. Die Abrechnungen der Kran-

kenhäuser entfalten keine konstitutive Wirkung, binden den Aussteller also nicht. Voraussetzung für die konstitutive Wirkung einer Rechnung ist, dass dem Aussteller hinsichtlich der Berechnung seiner Vergütung ein Ermessens- oder ein Beurteilungsspielraum zusteht. So ist es bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen nicht. Der Höhe nach richtet sich der Vergütungsanspruch nicht nach dem Willen der Krankenhäuser, sondern streng nach dem Gesetz. Maßgebend für die Bestimmung der Abrechnungshöhe ist der Fallpauschalen-Katalog, der für beide Parteien Bindungswirkung entfaltet. Der Fallpauschalen-Katalog gewährt kein Bestimmungsrecht dergestalt, dass sich das Krankenhaus eine DRG „aussuchen“ dürfte, sondern die DRG wird nach festen Regeln unter Einsetzung der ICD, OPS, Zusatzentgelte etc. ermittelt. Ebenso wie die Krankenkassen nach Zahlung einer Krankenhausrechnung nachträglich Korrekturen vornehmen können, ist es auch Krankenhäusern zu gestatten, offene Vergütungen nachfordern.

Der Zahlungsanspruch auf die restliche Vergütung ist demnach nicht durch Zahlung auf die erste Rechnung erloschen.

## **2. Grundsatz von Treu und Glauben**

Die Nachforderung restlicher Vergütungsansprüche kann jedoch gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) verstoßen. Dieser besagt im Kern, dass die Parteien einer Sonderverbindung zu einem redlichen und loyalen Verhalten verpflichtet sind und wechselseitig Rücksicht auf die schutzwürdigen Interessen des anderen Teils zu nehmen haben. Die im Leistungserbringungsverhältnis bestehenden dauerhaften Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und -kassen begründen eine solche, zur wechselseitigen Rücksichtnahme verpflichtende Sonderverbindung. Hat ein Krankenhaus in dieser Sonderverbindung vorbehaltlos eine Abrechnung erteilt, liegt darin regelmäßig die Erklärung, sie sei abschließend. Diese Erklärung hat erhebliches Gewicht, denn aus ihr ergibt sich für die Krankenkassen ein schutzwürdiger Vertrauenstatbestand, der eine Rechnungskorrektur treuwidrig und damit unzulässig macht.

## **3. Exkurs**

Das BSG hat schon zuvor über die Einwirkungen des Grundsatzes von Treu und Glauben auf das Verhältnis zwischen Krankenhäusern und -kassen entschieden. Beispielhaft genannt seien die beiden folgenden Urteile.

### **a) BSG, Urteil vom 31. Dezember 2001 – Az. B 3 KR 11/01**

Der 3. Senat hat in seiner Entscheidung zu den sog. „Berliner Fällen“ den Grundsatz von Treu und Glauben dahingehend konkretisiert, dass Krankenkassen mit Einwendungen ausgeschlossen sein sollen, wenn sie das zu deren Klärung vorgesehene Verfahren nicht rechtzeitig einleiten. In den „Berliner Fällen“ ging es unter anderem um die Frage, ob die Sozialgerichte im Nachhinein die Notwendigkeit einer Kranken-

hausbehandlung feststellen müssen, wenn zuvor die Krankenkasse auf die Einschaltung des MDK verzichtet hat.

**b) BSG, Urteil vom 08. September 2009 – Az. B 1 KR 11/09**

Im Umkehrschluss dazu hat der 1. Senat es als treuwidrig angesehen, wenn ein Krankenhaus eine fehlerhafte Abrechnung korrigiert,

- nachdem mehr als zwei Jahre seit Rechnungsstellung vergangen sind,
- die Korrektur außerhalb des Haushaltsjahres der Krankenkasse erfolgt und
- keine besondere Rechtfertigung für die Korrektur besteht.

**3. Gebot der Rücksichtnahme**

Das aus dem Grundsatz von Treu und Glauben fließende Gebot der Rücksichtnahme schließt die Nachforderung eines restlichen Vergütungsanspruchs aber nicht endgültig aus.

**a) Ausnahmen**

Im hier besprochenen Fall hat der erkennende Senat unter Abwägung der wechselseitigen schutzwürdigen Interessen der Krankenhäuser und -kassen herausgearbeitet, wann eine Abrechnungskorrektur und die darauf beruhende Nachforderung nicht treuwidrig sein, also nicht gegen das Gebot der Rücksichtnahme verstoßen soll:

*„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 Zusatzaufwands 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.“*

- BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, Az. B 3 KR 12/08, recherchiert bei *Juris*, Rn. 11 -

Der 3. Senat ist bei dieser Abwägung der wechselseitigen Interessen bestrebt, Krankenhäuser und – kassen, dem „Prinzip der Waffengleichheit“ entsprechend, in ihren Rechten und Pflichten nach Rechnungslegung, gleichzustellen. Er kommt zu dem Schluss, dass das Interesse der Krankenhäuser am Ausgleich eines Rechnungsfehlbetrages das Interesse der Krankenkassen an der Vermeidung eines Zusatzaufwandes dann überwiegt,

- wenn eine Frist von sechs Wochen seit Rechnungslegung noch nicht verstrichen ist,
- die nachgeforderte Summe den Betrag der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V (z.Z. 300,00 €) oder
- den Ausgangsrechnungswert um 5% oder mehr übersteigt.

#### **b) Kritische Würdigung der einzelnen Kriterien**

Die entsprechende Anwendung der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ist nachvollziehbar. Die Interessenlage der Beteiligten nach Rechnungslegung ist vergleichbar. Der Krankenkasse wird eine gesetzliche Frist eingeräumt, binnen derer sie Einwendungen gegen eine Abrechnung geltend machen kann. Die Einwendung bringt sie nach außen durch die Beauftragung des MDK zum Ausdruck. Will sich ein Krankenhaus an der eigenen Abrechnung nicht festhalten lassen, so muss es diesen Willen ebenfalls nach außen zum Ausdruck bringen. Es ist kein Grund ersichtlich, warum ihm dafür eine andere Frist eingeräumt werden sollte, als der Krankenkasse. Es erscheint auch zumutbar, dass ein Krankenhaus diesen Willen dadurch bekundet, dass es innerhalb der Frist eine korrigierte Abrechnung an die Krankenkasse sendet. Im Gegensatz zu der Krankenkasse, die zur Rechnungsprüfung den MDK einschalten muss, verfügt das Krankenhaus über alle für eine ordnungsgemäße Rechnungslegung erforderlichen Dokumente.

Auch die entsprechende Verwendung der Aufwandspauschale in Höhe von 300,00 € gemäß § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V als Mindestgrenze für die Geltendmachung restlicher Vergütungsansprüche, stößt nicht auf Bedenken. Der Senat benennt als schutzwürdiges Interesse der Krankenkasse ausdrücklich die Vermeidung des Zusatzaufwandes durch eine erneute Rechnungsprüfung. Mit der Aufwandspauschale des § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V hat der Gesetzgeber den Aufwand an personellen und finanziellen Mitteln für eine Rechnungsprüfung pauschaliert. Den Aufwand der Krankenkassen in dieser Höhe zu fingieren erscheint praktikabel.

Zweifelhaft ist jedoch die Einführung der 5%- Grenze. Der Senat begründet seine diesbezügliche Entscheidung damit, dass

*„die nachträgliche Korrektur einer Schlussrechnung auf solche Fälle beschränkt bleiben [müsse], die einen Fehler von erheblichem Gewicht auch*

*im Einzelfall betreffen. Maßstab hierfür könne nicht die Gesamtsumme der von einem Krankenhaus möglicherweise verfolgten Nachforderungen sein, sondern nur das Verhältnis zwischen dem Nachforderungs- und dem ursprünglichen Rechnungsbetrag im Einzelfall.“*

- BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, Az. B 3 KR 12/08, recherchiert bei Juris, Rn. 17 -

Dieser Rechtsprechung ist nicht zuzustimmen. Die starre Bagatellgrenze von 5% vermag „einen Fehler von erheblichem Gewicht“ aus ökonomischer Sicht nicht darzustellen. Je höher der Abrechnungsbetrag ist, desto größer muss der Differenzbetrag sein, um die 5%- Grenze zu überschreiten. Mit steigendem Abrechnungsbetrag haben auch schon Differenzbeträge unterhalb der 5%- Grenze ein zunehmend erhebliches (wirtschaftliches) Gewicht, so dass von Bagatellbeträgen nicht mehr gesprochen werden kann. Es sei der Fall eines Schwerstkranken bedacht, der sehr lange vollstationär, auch intensivmedizinisch, behandelt werden musste. Es mögen viele erlösrelevante Diagnosen mit eine Fülle an OPS- und Zusatzentgeltziffern zusammentreffen. Solche Fälle führen zu u.U. sehr hohen Abrechnungen, sind wegen ihrer Komplexität auch bei aller Sorgfalt fehleranfällig und bedürfen am Ehesten einer nachträglichen Korrektur. In genau diesen Fällen muss wegen der 5%- Grenze ein vergleichsweise hoher absoluter Differenzbetrag erreicht werden. Bleibt dieser Mindstdifferenzbetrag unterschritten, kann den Krankenhäusern dadurch ein nicht unerheblicher wirtschaftlicher Schaden entstehen.

#### **IV. Zusammenfassung**

Wird eine Abrechnung unter Vorbehalt oder als Zwischenrechnung gestellt, bleibt eine weitere Abrechnung möglich. Das gilt auch für den Fall, dass ein Kostenvorschuss angefordert wird. In diesen Fällen setzen Krankenhäuser keinen Vertrauenstatbestand, weitere Abrechnungen treuwidrig erscheinen lässt. Eine Schlussrechnung kann solange korrigiert werden, wie die Krankenkassen selbst, oder durch den MDK, Abrechnungen prüfen. Ist die Schlussrechnung jedoch beglichen worden, ist eine Korrektur, wie oben dargestellt, nur noch dann möglich, wenn

- die 6- Wochen- Frist seit Rechnungslegung noch nicht verstrichen ist,
- die nachgeforderte Summe den Betrag der Aufwandspauschale in Höhe von zur Zeit 300,00 € oder
- der Differenzbetrag den Ausgangsrechnungswert um mindestens 5% oder übersteigt.

Auch wenn eine Abrechnung an den vorstehenden Kriterien scheitert, bleibt sie ausnahmsweise dann noch möglich, wenn:

- die Abrechnungskorrektur innerhalb des Haushaltsjahres der Krankenkasse erfolgt und
- der Abrechnungsfehler offensichtlich ist.

## **V. Hinweise für die Praxis**

Nach alldem ist klar, dass die Möglichkeiten einer nachträglichen Korrektur einer Schlussrechnung, wenn auch grundsätzlich möglich, bestenfalls als begrenzt zu bezeichnen sind. Daher sollten Krankenhäuser der ordnungsgemäßen Abrechnung ihrer Leistungen besondere Bedeutung beimessen, um nur ausnahmsweise in die Situation zu kommen, eine Rechnung nachträglich korrigieren zu müssen. Ist abzusehen, dass eine Abrechnung problematisch wird, sollte sie unter Vorbehalt erteilt werden. Damit bleibt der Weg zu einer Korrektur der Abrechnung offen. Die Vorbehaltserklärung sollte jedoch nicht zu inflationär verwendet werden und auf schwierige Fälle begrenzt bleiben. Um die 6-Wochen-Frist nicht zu verpassen, ist ein Fristen- und Wiedervorlagesystem für die interne Fallprüfung unabdingbar, d.h. es sollte bei Rechnungslegung klar sein, welche Fallakten innerhalb der Frist zur Überprüfung vorzulegen sind. Um den Arbeitsaufwand zu begrenzen erscheint es zweckmäßig, bei einer kursorischen Vorprüfung festzustellen, ob überhaupt die Möglichkeit besteht, dass die Bagatellgrenzen überschritten werden. Sollte dies zu verneinen sein, erübrigt sich der hohe personelle Aufwand einer weiteren Fallprüfung.