

## **Bundessozialgericht zur Rechnungskorrektur im Krankenhaus – unser Prüfungsschema und offene Fragen**

*Mit zwei nahezu zeitgleich ergangenen Entscheidungen haben sich sowohl der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 13.11.2012, Az.: B 1 KR 6/12 R) und der 3. Senat des BSG (Urt. v. 22.11.2012, Az.: B 3 KR 1/12 R) zur Frage geäußert, wann ein Krankenhaus noch berechtigt ist, nach erteilter Schlussrechnung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse Nachforderungen zu stellen. Sind damit aber alle offenen Fragen entschieden?*

### **Nachkodierung im Krankenhaus**

Mit großer Spannung sind die beiden im November 2012 ergangenen Entscheidungen des BSG zur Frage der Nachkodierung bzw. Rechnungskorrektur von Krankenhäusern gegenüber gesetzlichen Krankenkassen erwartet worden; dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die beiden Verfahren bei unterschiedlichen Senaten anhängig waren.

### **Verjährungsfrist oder Haushaltsjahr?**

Hier hatte es in der Vergangenheit schon Entscheidungen gegeben, die jedoch nicht alle Fragen abschließend beantworteten. Insbesondere der zeitliche Rahmen für eine Rechnungskorrektur war noch nicht abschließend geklärt. Hier stellte sich die Frage, ob eine Rechnungskorrektur innerhalb des laufenden Haushalts- oder Geschäftsjahres erfolgen muss oder ob es genügt, dass die Korrektur jedenfalls innerhalb der grundsätzlich vierjährigen Verjährungsfrist erfolgt.

Eine Divergenz in der Rechtsprechung der beiden für das Krankenhausrecht zuständigen Senate würde wieder zu einer Anrufung des Großen Senats führen, wie dies vor einigen Jahren im

Zusammenhang mit der letztlich negierten Einschätzungsprärogative des aufnehmenden Krankenhausarztes geschehen ist (Beschl. v. 29.07.2007, Az.: GS 1/06).

Beide Fälle waren zuvor vom Landessozialgericht (LSG) Schleswig-Holstein als Berufungsgericht entschieden worden, welches in beiden Verfahren eine nachträgliche Korrektur durch das Krankenhaus für statthaft erachtet hatte.

### **Der vom 1. Senat zu beurteilende Fall**

Dem vom 1. Senat des BSG am 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 6/12 R) entschiedenen Fall lag das Urteil des LSG Schleswig-Holstein vom 10.11.2011 (Az.: L 5 KR 89/10) zugrunde.

Dort hatte der Krankenhausträger am 15.03.2005 eine Rechnung erteilt, die von der später beklagten Krankenkasse Anfang April 2005 ausgeglichen wurde.

Mehr als vier Jahre später erteilte der Krankenhausträger am 30.11.2009 eine neue Rechnung und begehrte die Zahlung eines weiteren Betrags in Höhe von 3.727,82 €. Die Rechnungskorrektur wurde damit begründet, dass versäumt worden sei, erlösrelevante Nebendiagnosen sowie die Gabe von Blutkonserven bzw. Plasmapräparaten zu kodieren.

Das BSG gab der Revision der beklagten Krankenkasse statt und wies die Klage ab. Nach Ansicht des 1. Senats käme eine Rechnungskorrektur nicht mehr in Betracht, weil diese vier Jahre nach erstmaliger Rechnungserteilung erfolgt sei. Hiermit sei der Krankenhausträger unter dem Gesichtspunkt von „Treu und Glauben“ ausgeschlossen.

### **Der vom 3. Senat entschiedene Fall**

Der 3. Senat des BSG befasste sich in seiner Entscheidung vom 22.11.2012 (Az.: B 3 KR 1/12 R) mit dem Urteil des LSG Schleswig-Holstein vom 10.11.2011 (Az.: L 5 KR 75/11).

Der Krankenhausträger hatte am 31.07.2006 eine Rechnung erteilt, die von der später beklagten Krankenkasse am 15.08.2006 beglichen wurde. Zirka sieben Monate später wurde am 20.02.2007 eine neue Rechnung versandt. Dies wurde damit begründet, dass erlösrelevante Nebendiagnosen vergessen worden seien, wodurch eine andere DRG abzurechnen sei. Es errechnete sich eine Differenz von 1.007,10 €, die sodann eingeklagt wurde.

Der 3. Senat des BSG hat die Revision der beklagten Krankenkasse zurückgewiesen und letztlich das stattgebende Urteil gestützt. Dass die Rechnungskorrektur außerhalb des laufenden Geschäfts- bzw. Haushaltsjahres erfolgt sei, erachtete der 3. Senat in diesem Fall für irrelevant.

### **Zusammenfassung beider Entscheidungen**

Es stellt sich die Frage, wie die beiden Entscheidungen der unterschiedlichen Senate des BSG zusammengefasst werden können, wenn der 1. Senat weiterhin – wie er dies auch bereits in seiner Entscheidung vom 08.09.2009 (Az.: B 1 KR 11/09 R) getan hat – das Geschäfts- bzw. Haushaltsjahr als zeitliches Korrektiv einbezieht, und der 3. Senat die Rechnungskorrektur im folgenden Haushaltsjahr noch als zulässig erachtet.

### **Der Terminsbericht des 1. Senats und Volltextabfassung**

Die Entscheidung des 3. Senats ist zeitlich gesehen nach der des 1. Senats ergangen. Dem 3. Senat war der Terminsbericht des 1. Senats über seine Entscheidung vom 13.11.2012 bekannt, so dass der 3. Senat bei seiner Entscheidung vom 22.11.2012 in etwa wusste, wie der 1. Senat mit der Frage der Korrektur außerhalb des Haushaltsjahres umgehen würde.

Mit dem, was aus dem Terminsbericht des 1. Senats herauszulesen war, ging der 3. Senat konform und stellte eine Divergenz zur eigenen Rechtsauffassung nicht fest. Folglich war es auch nicht angezeigt, den großen Senat des BSG mit einer Vorlagefrage zu konsultieren.

So hatte der 1. Senat in seinem Terminsbericht durchblicken lassen, dass er unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben eine nachträgliche Korrektur der Krankenhäuser „jedenfalls innerhalb eines vollständigen Geschäftsjahres“ erwarten würde. Dies würde auch im Interesse der Krankenhäuser sein.

Hieraus schlussfolgerte der 3. Senat, dass dem Krankenhaus für die Korrektur mindestens ein „vollständiges Geschäftsjahr“ zur Verfügung stehen müsse. Der 3. Senat des BSG berechnete eine Spanne von maximal 729 Tagen für eine der Krankenkasse am 01.01. zugewandene Schlussrechnung und mindestens 365 Tagen für eine am 31.12. zugewandene Schlussrechnung.

Insoweit sei es in dem vom 3. Senat zu entscheidenden Fall irrelevant gewesen, dass die Rechnungskorrektur erst im folgenden Haushaltsjahr, d.h. im Monat Februar erfolgte, während die Rechnung aus dem vorangegangenen Haushaltsjahr, d.h. aus dem Juli, stammte.

Beide Entscheidungen sind auch im Volltext abgefasst. Dass dem Krankenhaus für die Korrektur (mindestens) ein vollständiges Geschäftsjahr zur Korrektur zur Verfügung steht, lässt sich auch der Entscheidung des 1. Senats entnehmen.

### **Leitfaden für eine Rechnungskorrektur**

Mit den beiden Entscheidungen vom 13.11.2012 und vom 22.11.2012 hat das BSG in Ergänzung zur bisherigen Rechtsprechung die Anforderungen, wann eine Rechnungskorrektur erfolgen kann, in zeitlicher Hinsicht weiter präzisiert.

Um aber im Einzelfall abschätzen zu können, ob eine Rechnungskorrektur statthaft ist, müssen die vorangegangenen Entscheidungen des Bundessozialgerichts in die Diskussion einbezogen werden. Dies ist neben der bereits angeführten Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 08.09.2009 (Az.: B 1 KR 11/09 R) auch das Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R).

### **Rechnungskorrektur grundsätzlich statthaft**

Alle Entscheidungen bekräftigen zunächst, dass ein Krankenhaus innerhalb der Verjährungsfrist grundsätzlich berechtigt ist, eine bereits erteilte Rechnung nachträglich zu korrigieren und einen

sich daraus ergebenden Differenzbetrag über der gesetzlichen Krankenkasse einzufordern.

Dies folgt daraus, dass dem Krankenhaus im System der gesetzlichen Krankenversicherung ein gesetzlicher Vergütungsanspruch zusteht, dessen Höhe sich gemäß § 109 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) i.V.m. mit den Normen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) gesetzlich festgelegt ist. Ein Krankenhaus verliert nicht dadurch seinen gesetzlichen Vergütungsanspruch, weil es – fälschlicher Weise – eine zu niedrige Rechnung gestellt hat.

### **Aber: Grundsatz von Treu und Glauben beachten!**

Beide Senate sind sich dahingehend einig, dass eine Rechnungskorrektur nur unter dem Gesichtspunkt von „Treu und Glauben“ möglich ist. Bereits in mehreren Entscheidungen haben sie übereinstimmend festgestellt, dass Leistungserbringer und Leistungsträger durch ihre dauerhaften, professionellen Vertragsbeziehungen einem systembedingten Beschleunigungsgebot unterworfen sind und sich insoweit zu gegenseitiger Rücksichtnahme verpflichtet haben. Dies wirkt sich dann auch auf die Befugnis der Krankenhäuser zur nachträglichen Rechnungskorrektur aus.

Es stellt sich somit zum einen die Frage, ob die gesetzliche Krankenkasse zum Zeitpunkt der Rechnungskorrektur noch damit rechnen muss, dass der Behandlungsfall durch das Krankenhaus „aufgerollt“ wird, d.h. ob die Krankenkasse darauf vertrauen kann, nicht mehr mit (weiteren) Forderungen aus dem Behandlungsverhältnis konfrontiert zu werden.

Darüber hinaus wirkt sich der Grundsatz von Treu und Glauben dahingehend aus, dass ein berechtigtes Interesse des Krankenhauses an einer Rechnungskorrektur bestehen muss. Dies ist regelmäßig nur dann der Fall ist, wenn die Korrektur zu einer nicht unerheblichen Erlössteigerung führt, was dann der Fall ist, wenn sie den Aufwand übersteigt, den die Überprüfung der nachträglichen Rechnungskorrektur bei der Krankenkasse verursacht.

Es gilt somit folgendes zu beachten:

### **1. Prüfungsschritt: Bezeichnung der Rechnung und Vorbehalt?**

Alle in diesem Zusammenhang vom BSG entschiedenen Fälle befassten sich mit Korrekturen von Rechnungen, die vom Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse ausdrücklich als „Schlussrechnung“ bezeichnet worden waren. In keinem der Verfahren hatte sich das Krankenhaus bei Erteilung der Rechnung eine nachträgliche Rechnungskorrektur vorbehalten.

Hieraus folgt, dass Rechnungen – freilich innerhalb der Verjährungsfrist – zeitlich unbegrenzt korrigiert werden können, wenn sie gegenüber der Krankenkasse nicht als Schlussrechnung bezeichnet werden bzw. wenn sich das Krankenhaus eine Rechnungskorrektur ausdrücklich vorbehalten hat. In diesen Fällen kann sich die Krankenkasse nicht darauf verlassen, dass es bei der ihr überlassenen Rechnung bleibt. Sie muss vielmehr mit konkreten Nachforderungen rechnen. Die Frage nach „Treu und Glauben“ stellt sich dann nicht.

Aus diesem Grund ist es Krankenhäusern zu empfehlen, Rechnungen gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse nicht mehr ausdrücklich als „Schlussrechnung“ zu bezeichnen oder sich aber die Nachberechnung ausdrücklich vorzubehalten.

Nach Ansicht des 1. Senats des BSG in seiner Entscheidung vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 6/12 R) ist es irrelevant, ob eine von einem Krankenhausträger genutzte elektronische Abrechnung Raum für die Erklärung ausdrücklicher Vorbehalte vorsieht. Denn solange zwischen den Beteiligten nichts anderes vereinbart sei, könne der Krankenhausträger auch schriftlich, d.h. in Papierform abrechnen, um einen spezifischen Vorbehalt ausdrücklich zu erklären.

Darüber hinaus könne er mit den Krankenkassen für den elektronischen Abrechnungsverkehr eine Eingabemaske vereinbaren, die Raum für Vorbehalte vorsehe. Allgemein empfiehlt der 1. Senat des BSG bei auslegungsbedingten Abrechnungsunsicherheiten den Umstand zu nutzen, dass das DRG-basierte Vergütungssystem als vom Gesetzgeber jährlich weiterzuentwickelndes und damit „lernendes“ System ausgestaltet ist.

Der 1. Senat des BSG betont, dass die Vertragsparteien berufen sind, Unrichtigkeiten oder Fehl-

steuerungen in erster Linie selbst für die Zukunft zu beseitigen.

## **2. Prüfungsschritt: Offensichtlicher Fehler?**

Liegt eine vorbehaltlos erklärte Schlussrechnung vor, stellt sich die Frage, ob der zu korrigierende Fehler offensichtlich ist oder nicht. Offensichtliche Fehler sind insbesondere Rechen- oder Schreibfehler.

Der 1. Senat des BSG hat in seiner Entscheidung vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 6/12 R) ausdrücklich darauf hingewiesen, dass „ins Auge springender Korrekturbedarf zu Gunsten des Krankenhauses“ jederzeit korrigiert werden muss. Unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben sei sogar die Krankenkasse als Rechnungsempfänger verpflichtet, das Krankenhaus aus eigenem Antrieb hierauf hinzuweisen. Liegt ein solcher Fall vor und erfolgt ein solcher Hinweis der Krankenkasse nicht, ist es dieser jedenfalls als treuwidrig verwehrt, die Nachforderung auf Grund eines offensichtlichen Fehlers zurückzuweisen.

## **3. Prüfungsschritt: Sechswochenfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V?**

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung ist die medizinische Begutachtung eines stationären Behandlungsfalls von der leistungsrechtlichen Entscheidung getrennt. Die gesetzliche Krankenkasse verfügt über keinen medizinischen Sachverstand. Bei medizinischen Fragen ist die gesetzliche Krankenkasse auf ein Tätigwerden des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) gemäß §§ 275 ff. SGB V angewiesen. Nur nach Konsultation des MDK ist die gesetzliche Krankenkasse in der Lage, substantiierte Einwendungen gegen die Krankenhausabrechnung vorzubringen.

Im Zuge des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ist zum 01.04.2007 die Bestimmung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eingefügt worden. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V bestimmt, dass die Überprüfung durch Einschaltung des MDK nur innerhalb von sechs Wochen ab Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse statthaft ist.

Innerhalb dieses sechswöchigen Zeitfensters kann die Krankenkasse abschätzen, ob sie den

Behandlungsfall durch den MDK überprüfen lässt. Der 3. Senat des BSG hat bereits in seiner Entscheidung vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) festgestellt, dass innerhalb dieses sechswöchigen Zeitfensters die Krankenkasse ohnehin noch nicht abschließend von der Berechtigung der Rechnungsforderung ausgehen kann, da sie selbst befugt wäre, die Richtigkeit der Rechnung zu hinterfragen.

Hieraus folgert der 3. Senat, dass innerhalb von sechs Wochen ab Zugang des Rechnungsdatensatzes eine Rechnungskorrektur unbeschränkt möglich ist.

## **4. Prüfungsschritt: Zeitliche Beschränkung - Haushalts- bzw. Geschäftsjahr**

Wurde die Rechnung als vorbehaltlose Schlussrechnung erteilt, liegt kein offensichtlicher Fehler vor und ist die Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V verstrichen, muss der Sachverhalt im Weiteren am Maßstab der beiden BSG-Entscheidungen vom 13.11.2012 und 22.11.2012 gemessen werden.

Aus diesen lässt sich zunächst entnehmen, dass es grundsätzlich nicht zwingend erforderlich ist, dass die Rechnungskorrektur im gleichen Haushaltsjahr wie die Rechnungserstellung erfolgt. Es genügt, wenn dies im darauf folgenden Geschäftsjahr vorgenommen wird.

Hieraus folgt, dass dem Krankenhaus, wie der 1. Senat des BSG im Urteil vom 13.11.2012 (Az.: B 1 KR 6/12 R) ausdrücklich ausgeführt hat, ein volles Geschäftsjahr zur Verfügung stehen muss, was dazu führt, dass der für eine Nachkorrektur zulässige Zeitraum zwischen 365 Tagen und 729 Tagen lang sein kann, wie der 3. Senat in seiner Entscheidung vom 22.11.2012 (Az.: B 3 KR 1/12 R) unter Bezugnahme auf die Entscheidung vom 13.11.2012 ausdrücklich berechnet hat.

## **5. Prüfungsschritt: Korrekturbetrag muss Prüfungsaufwand kompensieren und erheblich sein**

Bereits mit Urteil vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) hat der 3. Senat festgestellt, dass nicht jede Rechnungskorrektur seitens der Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben hingenommen werden muss, sondern nur diejenigen, bei denen sich der Aufwand lohnt, sich mit ihnen zu befassen. Dieser Ein-



schätzung hat sich der 1. Senat mit seiner Entscheidung vom 13.11.2012 (Az.: B 3 KR 1/12 R) angeschlossen.

Der 3. Senat hat in seiner Entscheidung vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) ebenfalls auf den zum 01.04.2007 eingefügten § 275 Abs. 1c SGB V als Anhaltspunkt zurückgegriffen. Nach § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V hat das Krankenhaus, wenn die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführte Überprüfung zu keiner Rechnungsminderung führt, einen Anspruch auf eine Aufwandspauschale. Diese beläuft sich seit dem 25.03.2009 auf einen Betrag in Höhe von 300,00 €.

Der 3. Senat des BSG geht davon aus, dass die Prüfung einer Nachkodierung ebenfalls bei der Krankenkasse einen Aufwand in gleicher Höhe wie die Prüfung einer MDK-Anfrage verursacht.

Dass sich die Krankenkasse mit einer Rechnungskorrektur befassen soll, ist folglich nur dann gerechtfertigt, wenn die Rechnungssumme eben diesen Betrag in Höhe von 300,00 € übersteigt.

### **6. Prüfungsschritt: Korrekturbetrag muss erheblich sein**

Darüber hinaus verlangt der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) die Erheblichkeit der Rechnungskorrektur.

Diese ist erst dann gegeben, wenn zwischen der ursprünglichen und der korrigierten Rechnung eine Differenz von mindestens 5% des ursprünglichen Rechnungsbetrages besteht.

### **7. Prüfungsschritt: Keine systematische Rechnungskorrektur**

Seitens der Krankenkassen wird immer wieder eingewandt, Krankenhäuser würden systematisch und flächendeckend ihre Rechnungen optimieren, um Nachforderungen zu erheben. Der 3. Senat des BSG hat mit seiner Entscheidung vom 22.11.2012 (Az.: B 3 KR 1/12 R) einer solchen systematischen Rechnungsoptimierung eine klare Absage erteilt.

Im konkret entschiedenen Fall verneinte er dies jedoch, obwohl das Krankenhaus gegenüber der

Krankenkasse im betreffenden Kalenderjahr mehrere Fälle nachträglich korrigiert hatte.

Das BSG argumentierte in diesem Fall wie folgt: Im betreffenden Kalenderjahr konnte das Krankenhaus 4.852 stationäre Behandlungsfälle vorweisen, wovon auf die im Rechtsstreit beklagte Krankenkasse 1.850 Fälle entfielen. Dies waren 38,12% der Belegungs- oder Berechnungstage. Das Krankenhaus verfügte in diesem Jahr über ein Erlösbudget in Höhe von ca. 10.500.000,00 €.

Die beklagte Krankenkasse hatte eingewandt, das Krankenhaus habe für dieses Kalenderjahr ihr gegenüber in 16 Fällen eine Nachberechnung mit einem Gesamtvolumen in Höhe von ca. 15.000,00 € vorgenommen. Hochgerechnet auf die 4.852 Behandlungstage wären dies nach Ansicht des BSG insgesamt 42 Fälle mit einem Gesamtvolumen in Höhe von ca. 41.000,00 €. Damit seien nur 0,86% der Behandlungsfälle betroffen gewesen. Ausgehend vom Erlösbudget von ca. 10.500.000,00 € würden die Nachberechnungen nur einen Anteil von 0,15% bzw. 0,4% ausmachen.

Das Gericht wies darauf hin, dass es offen lassen könnte, wo die kritische Grenze zu ziehen sei, die auf ein treuwidriges, dem Charakter von Schlussrechnungen widersprechendes Abrechnungsverhalten hindeute. Diese sei nach Ansicht des 3. Senats des BSG jedenfalls bei einem Betrag, der 10% des Erlösbudgets entspricht, gegeben. Solange aber weniger als 1% der Schlussrechnungen eines Kalenderjahres korrigiert würden und das Korrekturvolumen weniger als 0,5% des Erlösbudgets betragen würde, gäbe es kein Indiz für ein treuwidriges Abrechnungsverhalten.

### **Kassel locuta, causa finita?**

Es ist zu begrüßen, dass die beiden Senate des BSG einheitliche Vorgaben setzen, unter welchen Voraussetzungen es einem Krankenhaus gestattet ist, Nachberechnungen vorzunehmen. Hierdurch wird eine erhebliche Unsicherheit bei Krankenkassen und Krankenhäusern beseitigt. Vor allem die Frage, ob die Korrektur innerhalb des laufenden Haushaltsjahres zu erfolgen hat, war streitig. Insbesondere im Hinblick auf kurz vor Jahresschluss erteilte Rechnungen war ein Verweis auf das Haushaltsjahr unbefriedigend.

Es ist auch zu begrüßen, dass sich der Große Senat des BSG nicht wieder mit Abrechnungsstreitigkeiten aus dem Verhältnis der Krankenhäuser und der gesetzlichen Krankenkassen befassen muss.

### **Offene Fragen**

Trotz der klaren Worte des BSG bleiben letztlich offene Fragen:

#### **Unvollständige Daten nach § 301 SGB V und Beginn der Sechswochenfrist?**

Eine unbegrenzte Korrekturmöglichkeit eröffnen in Übereinstimmung beide Senate innerhalb der in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V genannten 6-Wochenfrist. Nachdem der 3. Senat des BSG mit Urteil vom 16.05.2012 (Az.: B 3 KR 14/11 R) ausgeführt hat, dass die in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V genannte Sechswochenfrist erst dann zu laufen beginnt, wenn das Krankenhaus der Krankenkasse alle in § 301 SGB V genannten Daten zur Verfügung gestellt hat, stellt sich die Frage, ob dies auch Auswirkungen auf die Möglichkeit der Nachkodierung hat.

Folgt man in diesem Zusammenhang der Entscheidung des 3. Senats vom 16.05.2012 (Az.: B 3 KR 14/11 R), käme eine nachträgliche Korrektur somit innerhalb eines Zeitfensters von sechs Wochen ab Übersendung der vollständigen Daten nach § 301 SGB V bzw. des Kurzberichtes in Betracht. Auf den Zugang der Rechnung käme es somit nicht an.

#### **Kein Treu und Glauben bei Einschaltung des MDK?**

Darüber hinaus bleibt festzustellen, dass sämtliche Entscheidungen des BSG zur Frage der Nachkodierung gemein haben, dass dort Fälle zugrunde lagen, in denen die Krankenkasse die ihr erteilte Rechnung jeweils zeitnah ausglich und davon Abstand nahm, den MDK zu konsultieren.

Es stellt sich die Frage, wie diese Fälle zu beantworten gewesen wären, wenn die Rechnungskorrektur während eines laufenden MDK-Verfahrens oder zeitnah danach erfolgt wäre. Solange ein Überprüfungsverfahren durch Einschaltung des MDK läuft, kann die Krankenkasse ihrerseits nicht davon ausgehen, dass es bei der Abrechnung bleibt.

Der Fall bleibt somit weiterhin im Streit. Sämtliche Entscheidungen des BSG zur Frage der Nachkodierungsmöglichkeiten des Krankenhauses beruhen aber auf der Erwägung, dass die Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben nicht mehr mit Nachforderungen rechnen müsste. Besteht dieser Vertrauenstatbestand nicht, kommt es auf die Einschränkungen, die von den beiden Senaten aufgestellt wurden, nicht an.

#### **Rechnungskorrektur auf Veranlassung des MDK?**

Hat eine gesetzliche Krankenkasse den MDK mit der Begutachtung nach § 275 SGB V beauftragt, fehlt dieser Vertrauenstatbestand, so dass das Krankenhaus noch berechtigt ist, seine Rechnung zu korrigieren.

Auf Grund der von den Krankenkassen stets betonten unabhängigen Stellung des MDK ist es zudem auch nicht ausgeschlossen, dass der MDK zu dem Ergebnis gelangt, die Rechnung sei zu Ungunsten des Krankenhauses zu niedrig angesetzt worden. In einem solchen Fall muss es dem Krankenhaus auch nach Ablauf des auf die Rechnungserstellung folgenden Geschäftsjahres und auch außerhalb der vom 3. Senat des BSG mit Entscheidung vom 17.12.2009 (Az.: B 3 KR 12/08 R) entwickelten Bagatellgrenzen möglich sein, die Rechnung zu korrigieren. Anderenfalls würde man der unabhängigen Stellung des MDK nicht gerecht.

#### **Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen schließt sich dem BSG an**

Das LSG Nordrhein-Westfalen hat sich den beiden Entscheidungen des BSG mit Urteil vom 06.06.2013 (Az.: L 16 KR 549/12) angeschlossen und die Gemeinsamkeiten herausgearbeitet. In dieser Entscheidung wurde eine im Haushaltsjahr 2010 erteilte Rechnung im Folgejahr korrigiert, was vom Gericht als zulässig erachtet wurde.

#### **Ausblick**

Die weitere Entwicklung der Rechtsprechung bleibt abzuwarten.

Bereits jetzt ist es allen Krankenhausträgern anzuraten, sich genau zu überlegen, ob sie einer Krankenkasse Schlussrechnungen ohne Nachkorrekturvorbehalt erteilen wollen. Anzuraten

ist, die technischen Voraussetzungen für einen entsprechenden Vorbehalt zu schaffen; sofern dies nicht möglich ist, sollte die Möglichkeit genutzt werden, die Rechnung in Papierform zu übergeben.

*Dr. Marc Sieper, Sindelfingen  
Fachanwalt für Medizinrecht  
sieper@rpmed.de*

[www.rpmed.de](http://www.rpmed.de)

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte  
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen  
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen  
USt.-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:  
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: [redaktion@rpmed.de](mailto:redaktion@rpmed.de)  
Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.