



Detmold, 01.03.2017

**Rückzahlungspflicht des Krankenhauses bei falscher Rechnung**

Ein Krankenhaus, das zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen ist, muss nachweisen, dass die für die Vergütung relevanten Maßnahmen im Rahmen der stationären Behandlung tatsächlich stattgefunden haben. Kann das Krankenhaus den Nachweis nicht führen, muss es anteilig die von der Krankenkasse schon gezahlte Vergütung zurückerstatten.

Der 1932 geborene bei der klagenden Krankenkasse Versicherte befand sich im Februar 2012 für ca. 2 Wochen wegen eines gefäßchirurgischen Eingriffs im Krankenhaus der Beklagten in stationärer Behandlung. Diese forderte hierfür von der Klägerin eine Vergütung in Höhe von 9.298,04 EUR, die von der Klägerin zunächst vollständig beglichen wurde. Nach einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen verlangte die Klägerin die Rückzahlung eines Teils der Vergütung. Mit Recht, entschied das Sozialgericht Detmold mit Urteil vom 04.11.2016.

Umstritten war, ob neben der gefäßchirurgischen Maßnahme eine akute respiratorische Insuffizienz (Luftnot) und eine Herzinsuffizienz als sog. Nebendiagnosen in die Abrechnung einfließen durften. Nach sachverständiger Beurteilung des Sachverhalts durch Auswertung der Krankenakte hat die 24. Kammer entschieden, dass die Luftnot des Versicherten nur geringgradig war. Eine akute respiratorische Insuffizienz erfordert - so die Kammer - eine weitergehende Diagnostik und in der Regel eine intensivmedizinische Therapie. Vorliegend ist der diensthabende Arzt aber lediglich informiert worden. Nach einer pulsoxymetrischen Messung wurden keine weiteren Maßnahmen veranlasst. Ebenso wenig war eine Herzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung nach den Unterlagen belegt. Das Gericht schloss sich dabei nicht den Ausführungen des Gutachters an, sondern folgte der Argumentation des Medizinischen Dienstes. Die aufgetretene Luftnot konnte nicht eindeutig mit einer kardialen Ursache verbunden werden. Die Möglichkeit, diese Diagnose in die Abrechnung einfließen zu lassen, bestand daher nicht.

Sozialgericht Detmold, Urteil vom 04.11.2016, Aktenzeichen: S 24 KR 48/15  
rechtskräftig

*Information:*

*Die Höhe des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses ergibt sich aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem (G-DRG). Diesem System liegt das sogenannte „Grouping“ zugrunde, bei dem aus den von dem ärztlichen Personal ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden. Die maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien sind eng nach ihrem Wortlaut auszulegen. Das DRG-basierte Vergütungssystem ist vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit „lernendes“ System angelegt. Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen sind die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (§ 17b Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 KHG i.V.m. §§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG).*