
Datum: 04.03.2014
Gericht: Sozialgericht Gelsenkirchen
Spruchkörper: 41. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 41 KR 419/13
ECLI: ECLI:DE:SGGE:2014:0304.S41KR419.13.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten um eine Vergütung für eine stationäre Behandlung. 2

Die Beklagte ist Trägerin des Marien-Hospitals in N. Vom 28.05.2010 bis zum 04.06.2010 befand sich das bei der Klägerin versicherte Mitglied Q. in stationärer Behandlung im Marienhospital N. 3

Die Beklagte rechnete die DRG F 62 B ab und stellte am 05.06.2010 einen Betrag i.H.v. 3517,16 EUR der Rechnung, welchen die Klägerin vollständig bezahlte. 4

Die Klägerin beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Prüfung der Rechnung gemäß § 275 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V). 5

Der MDK stellte in dem Gutachten vom 18.01.2011 fest, dass zum einen die Nebendiagnosen E 87. C und R 15 anhand der Unterlagen nicht belegt seien und zum anderen die Nebendiagnose 62.30 nicht diagnostiziert worden sei. Die abgerechnete DRG (Diagnosis Related Groups) F 62 B sei daher in F 62 C abzuändern. 6

Mit Schreiben vom 04.01.2011 forderte die Klägerin die Beklagte demgemäß zur Rechnungskorrektur und Gutschrift bis zum 22.02.2011 auf. 7

Dagegen legte die Beklagte Widerspruch ein. Auf den Widerspruch der Beklagten wurde der MDK durch die Klägerin erneut eingeschaltet. Im Gutachten des MDK vom 18.03.2011 wurde ausgeführt, dass die Hypoglykämie anhand der nachgereichten Unterlagen nunmehr belegt sei. Die Nebendiagnose M 62.30 könne aber weiterhin nicht codiert werden, da bei der Patientin keine Muskelkrankheit und keine Paraplegie vorgelegen habe und auch nicht behandelt worden sei. Korrekt sei die Nebendiagnose R 26.3, da eine Mobilitätsstörung mit personellem Hilfebedarf bei der Mobilisierung und zeitweiser Hilfebedarf bei der Lagerung gegeben seien. Insgesamt bleibe es bei der DRG F 62 C.

Mit der am 19.09.2013 eingereichten Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren unter Wiederholung und Vertiefung ihres außergerichtlichen Vortrages weiter. 9

Da auf mehrfache Erinnerung hin keine Rechnungskorrektur erfolgt sei, sei Klage nunmehr geboten. Die Klägerin habe einen Anspruch gegen die Beklagte i.H.v. 1279,59 EUR. Die Würdigung der Unterlagen der Beklagten durch den MDK habe eindeutig ergeben, dass die Nebendiagnose M 62.30 bei der Patientin nicht vorlag. Unter dieser ICD würden chronische Muskelerkrankungen abgebildet. Diese lägen jedoch bei der Patientin nicht vor. Es handele sich um eine altersbedingt eingeschränkte Mobilität. Der ICD R26R nenne explizit die Punkte "Angewiesenheit sein auf Krankenstuhl und Bettlägerigkeit". Aufgrund der fehlerhaften Kodierung und der daraus resultierenden falschen Abrechnung der Beklagten habe die Klägerin Behandlungskosten an die Beklagte gezahlt, auf die diese kein Anspruch habe. Die Differenz zwischen der abgerechneten DRG F62B und der korrekterweise abzurechnenden DRG F62C entspräche der Klageforderung. Diese sei von der Beklagten zu erstatten. Die Klage sei auch nicht unzulässig. Der § 17 Buchst. c Abs. 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze/ Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) greife hier nicht ein, da sowohl der Krankenhausaufenthalt als auch der Zugang der Rechnung weit vor Inkrafttreten des § 17 Buchst. c Abs. 4 KHG zum 01.08.2013 lagen, so dass an der Zulässigkeit der Klage keine Zweifel bestünden. Hinzu käme, dass aktuell in Nordrhein-Westfalen keine Schlichtungsstellen gebildet worden seien und ein Schlichtungsverfahren auf absehbare Zeit nicht durchgeführt werden könne. 10

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich, 11

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.279,59 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz hieraus ab dem 20.02.2011 zu zahlen. 12

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich, 13

die Klage abzuweisen. 14

Die Klage sei bereits unzulässig. Nach § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze, dass durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschuldner Krankenversicherung zum 01.08.2013 in Kraft getreten ist, sehe vor, dass bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1 SGB V eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach § 17 Buchst. c Abs. 4 KHG durchzuführen ist, wenn der Wert der Forderung 2000 EUR nicht übersteigt. 15

Da die vorliegende Klage nach Inkrafttreten der Vorschrift erhoben worden sei und der Wert der Vergütungsforderung 2000 EUR nicht übersteige, fehle es bereits an einer Sachentscheidungsvoraussetzung. Dass es sich bei dem Schlichtungsverfahren um eine Sachentscheidungsvoraussetzung handele, ergäbe sich bereits aus der Gesetzesbegründung (BT Drucksache 17/13947, Seite 53), wo es heiße:

"Die Regelung in Satz 3 des Abs. 4 b dient der Entlastung der Sozialgerichte. Hierzu wird bei streitig gebliebenen Vergütungsforderung nach durchgeführter Krankenhausabrechnungsprüfung die Vorschaltung eines Schlichtungsverfahrens auf Landesebene bei Forderungen unterhalb der Bagatellgrenze i.H.v. 2000 EUR obligatorisch." 17

Danach sei die Klage bereits unzulässig. Anhaltspunkte dafür, dass die gesetzliche Regelung nur für stationäre Aufenthalte gelten solle, die nach dem 01.08.2013, also nach Inkrafttreten des Gesetzes, abgeschlossen wurden, bestünden weder nach dem Wortlaut noch nach der Gesetzeshistorie. Die insoweit von der Klägerin vertretene Auffassung, dass für die zeitliche Abgrenzung der Zeitpunkt des stationären Aufenthalts maßgeblich sei, könne insofern nicht überzeugen, da das klare gesetzgeberische Ziel der Entlastung der Sozialgerichte damit nicht hinreichend erreicht werden würde. 18

Die Klage sei darüber hinaus unbegründet. Die Beklagte habe die Nebendiagnose M 62.30 zu Recht codiert. Die Versicherte habe unter einem Immobilitätssyndrom gelitten. Der Rollstuhl war vorhanden, die Versicherte konnte teilweise mobilisiert werden. Durch die notwendige zweistündige Lagerung sei ein erheblicher Pflegeaufwand entstanden, der ebenfalls der Patientenakte zu entnehmen sei. Auch der codierte Leitfaden Geriatrie 2010 sehe vor, dass bei einer chronischen Immobilität eine permanente, irreversible Bettlägerigkeit vorliege, die mit M 62.30 zu kodieren sei. Außerdem habe bei der Patientin eine Kachexie bestanden. Bei einer Körpergröße von 1,53 m mit 38 kg und einem BMI von 16,7 habe ein erhöhtes Decubitusrisiko bestanden, aus dem ein erhöhter Pflegeaufwand resultiere. Diese Diagnose wurde indes nicht codiert. Sie würde aber bei Berücksichtigung wieder in die DRG F 62 B führen. Das Immobilitätssyndrom werde auf dem Anamnesebogen erwähnt. Die Klage sei daher abzuweisen. 19

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitigen Schriftsätze, die Verwaltungsakte der Klägerin sowie auf die Gerichtsakte Bezug genommen. 20

Entscheidungsgründe: 21

Das Gericht kann ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da die Beteiligten hierzu schriftsätzlich ihr Einverständnis erteilt haben (verglichen § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz –SGG–). 22

Die Klage ist unzulässig. Denn die Beteiligten haben das nach § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG erforderliche Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt. 23

Nach dieser Vorschrift ist bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1 SGB V eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, vor der Klageerhebung der Schlichtungsverfahren nach § 17 Buchst. c Abs. 4 KHG durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2000 EUR nicht übersteigt. 24

So liegt es hier (dazu I). Mangels Durchführung eines Schlichtungsverfahrens ist die Klage als unzulässig abzuweisen (dazu II). 25

I. Die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG sind erfüllt. Entgegen der Auffassung der Klägerin gilt die Regelung auch dann, wenn, wie hier, die Vergütung für eine Behandlung im Streit steht, die vor dem 01.08.2013 begonnen hat.

Mit der Klage fordert die Klägerin eine Vergütung, die nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung durch den MDK nach § 275 Abs. 1 SGB V streitig geblieben ist und deren Wert 2000 EUR nicht übersteigt. Die Vorschrift des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG findet ebenfalls Anwendung, wenn die Krankenkasse – wie hier -auf Erstattung der angeblich zu Unrecht geleisteten Vergütung klagt (vgl. Leber, KH 2013, 1044, 1045).

27

§ 17 c Abs. 4b S. 3 KHG erfasst auch Klagen, in denen die Vergütung für eine Behandlung im Streit steht, die vor dem 01.08.2013 begonnen hat. Die Vorschrift ist zum 01.08.2013 Kraft getreten. Eine Übergangsregelung für Altfälle hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Klage erhoben hat die Klägerin indes erst am 19.09.2013. Angesichts dessen konnte die Klägerin zu keinen Zeitpunkt des gerichtlichen Verfahrens erwarten, ein Schlichtungsverfahren sei nicht erforderlich.

28

Unergiebig ist in diesem Zusammenhang das von der Klägerin angeführte Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22.06.2010 (B1 KR 29/09R). In dieser Entscheidung hat sich das BSG mit der Frage befasst, ob die in § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V normierte Pflicht der Krankenkasse, im Falle einer erfolglosen Abrechnungsprüfung dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale zu zahlen, auch für Behandlungen gilt, die vor dem Inkrafttreten der Vorschrift begonnen haben. Es ging also nicht um eine prozessuale Regelung, sondern um eine Regelung des materiellen Sozialrechts. Da es sich bei § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG um keine materielle, sondern um eine prozessuale Regelung handelt, die den Zugang zum gerichtlichen Verfahren normiert, liegt hier keine Konstellation vor, die dem vom BSG beurteilten Fall entspreche (entgegen Quaas, Das Schlichtungsverfahren nach § 17 c KHG, f&w 6/2013, S. 682). Mangels anderweitiger Übergangsregelung ist § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b KHG auf alle ab dem 01.08.2013 erhobenen Klagen anwendbar. Entsprechend den Grundsätzen des intertemporalen Prozessrechts ist eine solche prozessuale Neuregelungen mangels abweichender Anordnung ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens anzuwenden, d.h. dass für alle nach dem 01.08.2013 im sachlichen Anwendungsbereich des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG zu erhebenden Klagen das Schlichtungsverfahren obligatorisch vor der Klageerhebung durchzuführen ist (verglichen Buchner, Das obligatorische Schlichtungsverfahren, SGB 03.14, Seite 121; etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den vom Bundesrat in der Drucksache 493/13 vom 05.07.2013 befürchteten "erheblichen Umsetzungsproblemen"; trotzdem ist die Norm zum 01.08.2013 –unverändert- in Kraft getreten). Für die Anwendbarkeit des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG spricht schließlich auch der Sinn und Zweck der Norm. Nach der Vorstellung des Gesetzgebers soll das obligatorische Schlichtungsverfahren der Entlastung der Sozialgerichte dienen (BT-Drucksache 17/13947, Seite 40). Erfasste die Regelung, entsprechend der Auffassung der Klägerin, nur Klagen, in dem die Vergütung für eine Behandlung im Streit steht, die nach dem 01.08.2013 begonnen hat, träte der vom Gesetzgeber beabsichtigte Effekt indes erst mit großer Verzögerung ein. In der Praxis klagen Krankenhäuser streitig gebliebene Vergütungsforderung oft erst lange nach der Behandlung ein, nicht selten knapp kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist. Folgte man der Ansicht der Klägerin, gäbe es daher in den nächsten Jahren kaum Klagen, die von § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG erfasst sind, die Entlastung der Sozialgerichte bliebe also jedenfalls kurz- und mittelfristig marginal. Dies indes widerspräche dem erklärten Willen des Gesetzgebers (so auch Weiß/Romeyke, NZS 2013, 733, 734). Um der Regelung des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG volle Wirksamkeit zu verschaffen, ist sie somit ab dem 01.08.2013 auch dann

29

anzuwenden, wenn die streitige Behandlung vor diesem Zeitraum begann (vgl. Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 24.02.2014, Az. S 5 KR 4463/13).

In Nordrhein-Westfalen existiert bereits seit dem Jahr 2004 einen Schlichtungsausschuss nach § 17 Buchst. c Abs. 4 KHG. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG ist vor Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Abs. 4 (nicht: Abs. 4b) durchzuführen. Zuständig ist also nach Auffassung der Kammer der bereits existierende Ausschuss. Es bedarf somit jedenfalls in Nordrhein-Westfalen keines neuen und gegebenenfalls erst zu gründenden Ausschusses. Anhaltspunkte dafür, dass der schon existierende Ausschuss die nun auf ihn zukommenden Aufgaben nicht oder nicht zeitnah erledigen können wird, sind weder vorgetragen noch für die Kammer ersichtlich. 30

II. Da es im vorliegenden Fall an einer Durchführung eines Schlichtungsverfahrens fehlt, ist die Klage als unzulässig abzuweisen, da spätestens zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung die Sachurteilsvoraussetzung vorliegen müssen. Das Gericht braucht das Verfahren auch nicht auszusetzen, bis das noch nicht durchgeführte Vorverfahren abgeschlossen ist. Denn das Schlichtungsverfahren nach § 17 Buchst. c Abs. 4 Buchst. b S. 3 KHG ist hier nicht nur nicht abgeschlossen, sondern noch nicht einmal eingeleitet. In der Erhebung einer Klage liegt zwar gegebenenfalls zugleich die Einlegung eines Widerspruchs, nicht aber die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens. Eine solche Annahme verbietet sich insbesondere deshalb, da die Klägerin gerade kein Schlichtungsverfahren durchführen will, sondern dies als nicht notwendig erachtet. 31

Da die Klage bereits unzulässig ist, kann die Frage der Begründetheit der Klage dahinstehen. 32

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 33