

L 9 KR 584/16

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 35 KR 499/14
Datum
09.11.2016
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 584/16
Datum
13.12.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 9. November 2016 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten für das Berufungsverfahren. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 7.335,17 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Rückerstattung der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Die Beklagte betreibt das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus J-Krankenhaus T. Dieses behandelte die bei dem bei der klagenden Krankenkasse versicherten S S, geboren am 14. Juni 1996 (im Folgenden: Versicherter) festgestellte Kielbrust (Pectus carinatum) vom 20. November 2011 bis zum 29. November 2011 vollstationär.

Der Versicherte war am 6. Januar 2011 erstmals in der thoraxchirurgischen Ambulanz des Krankenhauses vorstellig geworden. Danach lag klinisch eine asymmetrische Kielbrust mit Verlagerung nach links ohne zusätzliche Flachbrust- und Trichterbrustkomponente vor. Der Befund hatte sich seit dem 10. Lebensjahr bei dem Versicherten entwickelt. Der damals 15-jährige Versicherte berichtete im Rahmen der Sprechstunde über bewegungsabhängige Schmerzen insbesondere im Bereich des Rückens und der Wirbelsäule und über geringgradige, aber merkbare Leistungseinschränkungen bei Ausdauerleistungen im Vergleich zu gleichaltrigen Schulkameraden. Erfragbar seien – so der Bericht – ausgeprägte psychische Reaktionen auf die körperliche Fehlbildung. Insgesamt bestehe eine eindeutige OP-Indikation, vorgeschaltet werden könne eine dynamische Kompressionsbehandlung mit einem in Deutschland noch nicht produzierten digital-dynamischen Kompressionsgurt. Am 12. September 2011 stellte sich der Versicherte erneut in der Ambulanz wegen zunehmender Beschwerdesymptomatik vor. Der Versicherte und seine Mutter würden die Kompressionsbehandlung ablehnen und eine OP favorisieren. Für den 10. Oktober 2011 sei deshalb ein CT des Thorax organisiert worden. Gemäß dem Befund des DRK MVZ Teltow-Fläming gGmbH vom 11. Oktober 2011 stellte sich darin eine Thoraxdeformierung (Kielbrust) mit fehlender Knochenanlage des Proc. Xiphoides (= Schwertfortsatz des Brustbeines, seiner unteren Spitze) dar.

Der minderjährige Versicherte beantragte, vertreten durch seine Mutter, bei der Klägerin mit Schreiben vom 14. November 2011 unter Übersendung einer ärztlichen Verordnung von Krankenausbehandlung zur "Kielbrust-OP" des Facharztes für Kinderheilkunde B (vom 15. November 2011) die Genehmigung der Krankenhausbehandlung. Der MDK übermittelte der Beklagten am 23. November 2011 eine Prüfanzeige, die Beklagte übermittelte Unterlagen.

Auf Anfrage des MDK teilte die behandelnde Klinik am 6. Dezember 2011 mit, prästationär sei es u.a. zur Zunahme der Beschwerden mit Verstärkung der Kielbrust gekommen, aufgrund der Fehlbildung bestehe eine psychische Reaktion mit Rückzugstendenzen.

Im Rahmen des zwischenzeitlich erfolgten stationären Aufenthalts des Versicherten wurde eine plastische Rekonstruktion der Brustwand im Sinne einer Korrektur einer Brustkorbdeformität (Hühnerbrust) vorgenommen. Ferner wurden u.a. zwei Ganzkörperplethysmographien (= Verfahren der Pneumologie zur Messung von Lungen- und Atemparametern) durchgeführt. Die Beklagte berechnete ein Entgelt in Höhe von 7.335,17 EUR (Rechnung vom 5. Dezember 2011, elektronische Schlussrechnung vom 7. Dezember 2011). Die Klägerin bezahlte den Rechnungsbetrag und veranlasste eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der vollstationären Behandlung durch den MDK (Prüfanzeige an das Krankenhaus am 20. Dezember 2011).

Gemäß dem MDK-Gutachten vom 21. März 2012 (U.L) bestehe – auch durch eine Fotodokumentation des halbbekleideten Versicherten belegt – eine Kielbrust. Deren Operation sei nur dann indiziert, wenn kardiopulmonale Leistungseinschränkungen objektiv durch Messungen belegt und auf die Thoraxdeformität zurückzuführen seien. Gleiches gelte, wenn der Befund so ausgeprägt sei, dass er nicht mehr durch Kleidung verdeckt werden könne. Die medizinische Notwendigkeit eines Eingriffs könne bei dem Versicherten nicht bestätigt werden. Es habe sich um einen elektiven Eingriff ohne besondere Dringlichkeit gehandelt.

Mit Schreiben vom 27. November 2014 bat die Beklagte die Klägerin um Unterzeichnung einer Vereinbarung zum Verjährungsverzicht, die Klägerin bat ihrerseits am 22. Dezember 2014 unter Fristsetzung bis zum 23. Dezember 2014 um Verzicht auf die Einrede der Verjährung zu Behandlungsfällen aus dem Jahr 2011.

Die Klägerin hat am 30. Dezember 2014 Klage zum Sozialgericht Potsdam erhoben. Das Sozialgericht hat ein medizinisches Fachgutachten nach Aktenlage bei dem Facharzt für Kinderchirurgie Dipl. Med. TKeingeholt, welches dieser am 23. Mai 2016 (Eingang bei Gericht) erstattet hat.

Mit Urteil vom 9. November 2016 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 7.335,17 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30. Dezember 2014 zu zahlen. Die Klägerin habe Anspruch auf den Betrag, da sie ihn ohne Rechtsgrund geleistet habe. Ein Vergütungsanspruch der Beklagten sei anlässlich der Behandlung des Versicherten nicht entstanden, da die Krankenhausbehandlung nicht medizinisch erforderlich gewesen sei. Eine Krankenhausbehandlung müsse zur Behandlung einer Krankheit erforderlich sein. Krankheitswert komme aber nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Erforderlich sei vielmehr, dass der Versicherte in seiner Körperfunktion beeinträchtigt werde oder er an einer Abweichung vom Regelfall leide, die entstellend wirke. Durch die Thoraxdeformität des Versicherten sei es nicht zu Beeinträchtigungen seiner Körperfunktionen gekommen. Dies ergebe sich aus dem Gutachten des Sachverständigen K. Dieser habe ausgeführt, dass sich eine Kielbrust so gut wie nie kausal auf die Körperfunktionen auswirke. Die Indikation für eine Therapie lasse sich somit stets nur durch die negativen Auswirkungen der Deformität auf die psychosoziale Entwicklung von Patienten in der vulnerablen Phase der Pubertät ableiten. Dies werde bestätigt durch das CT vom Oktober 2011, in welchem eine Auffälligkeit an inneren Organen nicht festgestellt werden können. Für die Kammer stehe fest, dass die geschilderten Beschwerden nicht auf die Thoraxdeformität zurückzuführen seien. Es liege aber auch keine Entstellung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vor. Unter Berücksichtigung der Fotos in der Patientenakte möge die Deformation zwar im unbedeckten Zustand des Versicherten sichtbar sein, habe aber problemlos mittels Kleidung verdeckt werden können. Allein die vom Sachverständigen bestätigte psychosoziale Entwicklungsstörung rechtfertige die durchgeführte Operation nicht. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts könnten psychische Leiden einen Anspruch auf solch eine Operation nicht begründen. Beansprucht werden könne in so einem Fall lediglich eine spezifische Behandlung etwa mit den Mitteln der Psychiatrie. Operationen am gesunden Körper, welche die psychischen Leiden beeinflussen sollten, seien hingegen nicht als Behandlung im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung zu werten. Sie seien der Eigenverantwortung der Versicherten anheimgegeben.

Die Beklagte hat gegen das ihren Bevollmächtigten am 1. Dezember 2016 zugestellte Urteil am 29. Dezember 2016 Berufung eingelegt. Die ausgeprägte Thoraxdeformität habe zu einer erheblichen thorakalen Beschwerdesymptomatik und eingeschränkten Leistungsparametern bei dem Versicherten geführt. Außerdem liege im Bereich der Brustwirbelsäule eine Kyphoskoliose vor, welche der Gutachter Kbestätigt habe. Diese führe zu einer ausgeprägten thorakalen Beschwerdesymptomatik. Ausweislich der Stellungnahme des behandelnden Operateurs und Chefarztes der Thoraxchirurgie des Krankenhauses Dr. OS sei die Deformierung in Freizeitkleidung schlecht zu kaschieren gewesen. Außerdem habe sie zu deutlichen körperlichen Beeinträchtigungen in Form eines Schmerzsyndroms geführt. Eine inverse Nuss-Operation als Alternativbehandlung sei 2011 noch nicht etabliert gewesen. Gleiches gelte für die dynamische Kompressionsbehandlung

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 9. November 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Es liege bereits keine Krankheit im Rechtssinne vor; dies bestätige das erstinstanzlich eingeholte Fachgutachten. Auch eine Entstellung bestehe nicht.

Am 6. September 2018 hat ein Termin zur Erörterung mit den Beteiligten und Dr. Scstattgefunden. Der Senat hat Befundberichtet der den Versicherten behandelnden Ärzte/Ärztinnen Dr. AFund Dipl. Med. NBeingeholt sowie eine erneute Stellungnahme des MDK, insbesondere zu einem in der Patientenakte enthaltenen Lungenfunktionsbefund des Versicherten vom 17. November 2011, auf den sich Dr. S berufen hat.

Mit Schreiben vom 27. August 2019 hat das Gericht die Beteiligten zur beabsichtigten Entscheidung durch Beschluss angehört.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie der Patientenakte des Versicherten S Bezug genommen, die, soweit wesentlich, Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

II.

Der Senat darf über die Berufung nach Anhörung der Beteiligten durch Beschluss entscheiden, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält (§ 153 Abs. 4 Satz 1 und 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 143, 144, 151 SGG) der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 9. November 2016 ist zulässig, aber nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, die erhaltene Vergütung für die Krankenhausbehandlungskosten zu erstatten.

Nach eigener Sachprüfung konstatiert der Senat: Die Begründung der erstinstanzlichen Entscheidung legt einen zutreffenden rechtlichen Maßstab an, handhabt sämtliche rechtlichen Grundlagen einwandfrei und orientiert sich dabei in gebotenem Maße an der jüngeren höchstrichterlichen Rechtsprechung; die vom SG vorgenommene ausführliche Würdigung des entscheidungserheblichen Sachverhalts ist in jeder Hinsicht überzeugend. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat daher auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Zu den Ausführungen des Sozialgerichts und unter Würdigung des Berufungsvorbringens des Klägers bleibt zu ergänzen:

1. Vor Erhebung der Klage auf Zahlung musste die Klägerin kein Schlichtungsverfahren durchführen. Gemäß § 17c Abs. 4b Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der ab dem 25. Juli 2014 geltenden Fassung des § 17c KHG (i.d.F. durch Art 16a Nr. 1 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juli 2014, [BGBl. I, 1133](#)) war das Schlichtungsverfahren nur fakultativ, nicht obligatorisch. Es ist keine Zulässigkeitsvoraussetzung für die Leistungsklage (näher BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) -, [BSGE 119, 150-164](#), Rn. 8 ff.).

2. Der stationäre Aufenthalt für den Versicherten S, für welchen die Beklagte eine Vergütung auf ihre Rechnungsstellung erhalten hat, war zur Krankenbehandlung nicht erforderlich. Zwar hatte sich bei dem Versicherten unstreitig bis zum stationären Aufenthalt im November 2011 eine Kielbrust (Pectus carinatum) ausgebildet, d.h., eine kieförmige asymmetrische Vorwölbung des Brustbeines. Diese begründete aber nicht die medizinische Notwendigkeit einer chirurgischen Intervention und damit den vom 22. November 2011 bis zum 29. November 2011 verursachten Aufwand der stationären Krankenhausbehandlung. Bereits der Krankheitswert des Befundes muss in Zweifel gezogen werden. Dies hat das Sozialgericht zutreffend ausgeführt. So führt eine Vorwölbung des Brustbeines im Allgemeinen nicht zu funktionellen Beeinträchtigungen des Körpers, konkret zu Funktionsstörungen im Bereich des Skeletts oder von Herz und Lunge (im Unterschied u.U. zur sog. Trichterbrust). Sie erscheint eher als körperliche Besonderheit, denn als "Deformität", negativ konnotiert als Abnormität oder Missbildung. Funktionelle Beeinträchtigungen sind auch speziell im Fall des Versicherten nicht belegt. Andere Erkenntnisse ergeben sich aus den Ermittlungen des Senates insoweit nicht. Selbst wenn aber die behaupteten Schmerzen im Rücken und der Wirbelsäule mit der Kielbrust in (kausalem) Zusammenhang standen - die den Versicherten behandelnde Fachärztin für Orthopädie benennt dazu auch eine Fehlhaltung der LWS - so ist zumindest nicht nachgewiesen, dass zur Besserung dieser Symptomatik gerade die OP der Kielbrust notwendig war. Insbesondere ist nicht erkennbar, dass andere - nicht invasive - Behandlungsmaßnahmen ohne Erfolg angewandt wurden oder von vornherein nicht erfolgversprechend erschienen. Die Fachärztin für Orthopädie Frau Fhat in ihrem Befundbericht vom 24. April 2019 keine Behandlungsmaßnahmen benannt. Der Arzt B konnte zum Zustand des Versicherten vor der OP keine Angaben machen, weil er ihn erstmals am 1. Dezember 2011, damit direkt nach der OP, persönlich gesehen hat. Zwischen 2008 und 2009 hat der Versicherte lediglich 5 x Krankengymnastik in Anspruch genommen. Eine hochfrequente Schmerzbehandlung oder sonstige Maßnahmen sind nicht belegt.

Eine der Kielbrust von der Beklagten zugeschriebene erhebliche thorakale Beschwerdesymptomatik und eingeschränkte Leistungsparameter (u.a. bei Ausdauersportarten) ließ sich nicht nachweisen. Soweit die Beklagte im Erörterungstermin vom 6. September 2018 auf eine durch einen prästationären Lungenfunktionsbefund vom 17. November 2011 belegte Einschränkung der Lungenfunktion hingewiesen hat, konnte der MDK eine altersuntypisch eingeschränkte Lungenfunktion nach Übersendung des in der Patientenakte vorhandenen Befundes zwar bestätigen. Ausweislich der Ergebnisse des Lungenfunktionsbefundes war der maximal expiratorische Fluss bei 25 % forciertes Vitalkapazität erniedrigt, was auf eine isolierte Obstruktion der kleinen Atemwege schließen lässt. Es handelt sich dabei aber um den typischen Befund bei Rauchern. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senates aus der letzten Stellungnahme des MDK vom 12. August 2019. Er weist darauf hin, dass in der Patientenakte des Versicherten ein Nikotinabusus des erst 15-jährigen von 20 Zigaretten pro Tag belegt ist. Dies lässt sich dem aktenkundigen "Prämedikationsprotokoll/Befunderhebung" vom 17. November 2011 entnehmen. Die von Dr. S zur Begründung der Operationsindikation beschriebene Störung der Atemmechanik, verursacht durch die Kielbrust, ist mit den überzeugenden Erläuterungen des MDK für den Senat klar widerlegt. Die Obstruktion wäre, so der MDK in seiner Stellungnahme, bereits durch eine Nikotinkarenz positiv beeinflussbar gewesen. Andere vor allem kardiopulmonal bestehende Leistungseinschränkungen sind nicht nachgewiesen.

Schließlich lag eine entstellende Wirkung der Kielbrust nicht vor. Abzustellen ist dazu - auch bei Jugendlichen - auf das Bild in bekleidetem, nicht unbekleidetem Zustand. Im bekleidetem Zustand war aber die Kielbrust nach den aktenkundigen Fotoaufnahmen des halb bekleidetem Versicherten unter Berücksichtigung der Ausprägung der körperliche Abweichung von einer regelhaften Brustform unauffällig.

Soweit der Versicherte nachvollziehbar psychisch unter der Kielbrust und der Abweichung von einem "normierten" Körper gelitten hat und Rückzugstendenzen entfaltete, wäre eine entsprechende fachmedizinische Behandlung der psychischen Beschwerden angezeigt gewesen. Diese fand aber nicht statt. Das BSG hat zuletzt darauf hingewiesen, dass auch ein Zustand mit Krankheitswert die Krankenkasse lediglich zu medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahmen verpflichtet und nicht dazu, jede vom Versicherten gewünschte, von ihm für optimal gehaltene Maßnahme zur Heilung oder Linderung des krankhaften Zustands zu gewähren (BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 3/14 R](#) - Rn. 31, juris - Perücke bei vollständigem Haarausfall).

Der Erstattungsanspruch der Klägerin ist nicht verjährt. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt einer vierjährigen Verjährung. Die Verjährung beginnt entsprechend § 45 Sozialgesetzbuch/Erstes Buch (SGB I) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Erstattungsanspruch entstand. (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) -, [BSGE 119, 150-164](#) Rn. 44). Der Erstattungsanspruch der Klägerin entstand mit der Zahlung auf die im Dezember 2011 übersandte Krankenhausabrechnung. Er konnte mithin frühestens zum 31. Dezember 2015 verjähren

3. Die Klägerin hat Anspruch auf Prozesszinsen in entsprechender Anwendung der [§§ 290, 288 Abs. 1 Satz 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB (BSG, Urteil vom 08. September 2009 - [B 1 KR 8/09 R](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht nach [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3](#), [§ 43](#) des Gerichtskostengesetzes.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).
Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2020-01-24