

L 6 KR 1237/07

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 20 KR 30/05
Datum
14.08.2007
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 1237/07
Datum
28.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bei einer leicht asymmetrischen mittelgradigen Trichterbrust. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 14. August 2007 abgeändert und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 8.051,04 Euro nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 19. März 2003 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch der Anspruch der Klägerin auf Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 8.051,04 Euro nebst Zinsen für die Zeit ab 19. März 2003 streitig.

Der bei der Beklagten versicherte B. S. (Versicherter) war in der Zeit vom 5. bis zum 16. Februar 2003 in einem von der Klägerin betriebenen und in den Krankenhausplan des Freistaats Thüringen aufgenommenen Krankenhaus vollstationär untergebracht. Die Aufnahme erfolgte am 5. Februar 2003 auf Grund einer Verordnung der Dr. S. zur operativen Korrektur der angeborenen Trichterbrust, nachdem sich der Versicherte deswegen bereits zuvor am 19. Dezember 2002 (Röntgen) und am 9. Januar 2003 (Lungenfunktionstest und Oxyergometrie im Liegen und Stehen) in der Thoraxchirurgischen Ambulanz des Krankenhauses der Klägerin vorgestellt hatte. Am 6. Februar 2003 erfolgte ein erneuter Lungenfunktionstest und am 7. Februar 2003 die Operation durch partielle Sternotomie, partielle Sternumresektion und Stabilisator-implantation. Am 11. Februar 2003 teilte die Klägerin der Beklagten die stationäre Aufnahme des Versicherten mit. Am 16. Februar 2003 wurde der Versicherte entlassen. Laut Entlassungsbericht der Klägerin vom 26. Februar 2002 erfolgte die stationäre Aufnahme zur Korrektur der Trichterbrust. Blutgasanalyse und Lungenfunktionsprüfung seien unauffällig. Die Röntgenthoraxuntersuchung zeige ein schmales Mediastinum, die Herzgrenzen lägen im Normbereich und die Lunge sei frei. Der Befund sei unverändert zu Dezember 2002. Somit habe die Indikation zur Operation bestanden.

Bereits zuvor, nämlich mit Datum vom 6. Januar 2003 hatte die Beklagte die Klägerin unter Bezugnahme auf deren Kostenübernahmeantrag um Übersendung der Befunde zur Beeinträchtigung von Herz- und Lungenfunktion gebeten.

Die Klägerin stellte der Beklagten sodann mit Datum vom 27. Februar 2003, bei der Beklagten am 4. März 2003 eingegangen, einen Betrag in Höhe von 8.288,71 EUR in Rechnung.

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK e.V. mit der Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit der stationären Behandlung. In dem Gutachten vom 28. Mai 2003 führte dieser aus, die funktionellen Störungen, die für die Notwendigkeit der Operation der Trichterbrust genannt worden seien, könnten den medizinischen Unterlagen nicht entnommen werden, so dass davon auszugehen sei, dass die Korrektur des äußeren Erscheinungsbildes die Indikation zur Operation bestimmt habe. Für einen derartigen Eingriff sei eine mehr als eintägige präoperative Verweildauer im Krankenhaus nicht erforderlich. Mit Schreiben vom 5. Juni 2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, eine Kostenübernahme sei nicht möglich.

Hiergegen wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 11. Juni 2003. Die operative Korrektur einer Trichterbrust habe neben medizinischen Indikationen immer kosmetische Aspekte. Die Reduzierung des operativen Eingriffs auf rein medizinische Gesichtspunkte sei aus thoraxchirurgischer Sicht unververtretbar. Röntgenmorphometrisch seien Reduzierungen des Retrosternalraumes nachweisbar. Die präoperative Verweildauer sei aufgrund des umfangreichen operativen Eingriffs gerechtfertigt gewesen.

Die Beklagte holte ein weiteres Gutachten des MDK ein. Er vertrat im Gutachten vom 2. Oktober 2003 die Ansicht, eine hinreichende Begründung der medizinischen Notwendigkeit des Eingriffs liege nicht vor, weil keine signifikanten kardio-respiratorischen Funktionsstörungen, wie z.B. Belastungsdyspnoe, verminderte Vital- oder Totalkapazität, veränderte Druckkurve im rechten Ventrikel oder verminderte Herzleistung, vorgelegen hätten. Mit Schreiben vom 11. November 2003 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme erneut ab.

Am 5. Januar 2005 hat die Klägerin beim Sozialgericht Gotha (SG) Klage erhoben und zur Begründung ausgeführt, die Lungenfunktionsprüfung habe bei guter Mitarbeit des Versicherten eine deutliche Einschränkung der Vitalkapazität auf 78 vom Hundert des Alterssolls ergeben. Das Residualvolumen sei über das Doppelte erhöht und mit 3,8 deutlich über dem Normwert gewesen. Des Weiteren habe ein reduzierter Atemausstoßwert (FEV-Wert) von 88 vom Hundert des Solls vorgelegen. Der Thorax sei erheblich deformiert gewesen, das Sternum um 20 vom Hundert eingesunken. Es habe eine Einschränkung des kardialen Systems mit der Gefahr von Folgeerkrankungen des Herzens und der Lunge aufgrund der eingeeengten Platzverhältnisse bestanden. Schließlich gebe es keine Leitlinien oder vergleichbare Empfehlungen der zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften.

Dem ist die Beklagte entgegengetreten und hat ausgeführt, nach der Veröffentlichung von Prof. Dr. W. von der Klinik und Poli-klinik für Kinder- und Neugeborenenchirurgie der W.-W.-U. M. bestehe eine Indikation für eine operative Versorgung der Trichterbrust bei einer Einsenkung oder Vorwölbung des Sternums von über 25 vom Hundert der normalen Thoraxtiefe, was durch eine Thoraxvermessung festgestellt werden müsse. Des Weiteren müsse danach ein Trichterbrust-EKG, eine Mediastinalanalyse mit Hilfe des Ultraschalls, einschließlich der farbkodierten Dopplersonografie zur Beurteilung der Lage des Herzens, eine Lungenfunktions- und Blutgasanalyse, ggf. eine Endoskopie von Trachea und Oesophagus sowie eine Beurteilung der Wirbelsäule durch Videorasterstereographie erfolgen. Der MDK habe festgestellt, dass keinerlei funktionelle Störungen vorgelegen hätten, insbesondere die Blutgasanalyse und die Lungenfunktionsprüfung seien präoperativ jeweils unauffällig gewesen, die Lunge sei frei gewesen und die Herzgrenzen hätten im Normbereich gelegen. Ein regelwidriger Körperzustand i.S. einer Krankheit habe bei dem Versicherten nicht vorgelegen. Die Trichterbrust sei vielmehr in den Bereich der "natürlichen Schönheitsfehler" einzuordnen. Diese seien allerdings erst dann eine Krankheit i.S. der gesetzlichen Krankenversicherung, mit dem entsprechenden Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn mit dem Schönheitsfehler eine Regelwidrigkeit körperlicher oder seelischer Art verbunden sei und eine wesentliche Funktion nicht mehr in befriedigendem Umfang erfüllt werden könne. Sie hat außerdem ein weiteres MDK-Gutachten des Prof. Dr. H. vom 10. Mai 2005 übersandt, wonach im Schrifttum allgemein anerkannt werde, dass eine schwere Deformität des Brustkorbes mit Einsinken des Tricht-ers über 25 vom Hundert zum Normaldurchmesser durchaus eine Operationsindikation darstelle. In einem Großteil der Fälle liege dann auch eine sog. Sekundärpathologie mit u.a. Lungenfunktions- und -perfusionsstörungen, Herzbelastungen, erhöhter Lungeninfektanfälligkeit, Skoliosen und Schulterschiefständen vor.

Das SG hat ein Gutachten des Prof. Dr. P. vom 9. August 2006 eingeholt. Zusammenfassend hat dieser ausgeführt, dass bei dem Versicherten offensichtlich eine leicht asymmetrische Trichterbrust vorgelegen habe, die zu den typischen, wenn auch leichtgradigen Veränderungen der Lungenfunktion beigetragen und in der Belastungsuntersuchung ebenfalls typische Veränderungen gezeigt habe. Es gebe keinen Hinweis dafür, dass hier rein kosmetische Gründe die Operationsindikation getragen haben könnten, wenngleich die messbaren Veränderungen häufig nur gering seien.

Auf die von der Beklagten übersandte Stellungnahme des Prof. Dr. H. für den MDK vom 29. September 2006, hat das SG eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. P. vom 13. Dezember 2006 eingeholt. Hierauf hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MDK - Prof. Dr. H. - vom 5. Februar 2007 vorgelegt.

Das SG hat die Klage sodann mit Urteil vom 14. August 2007 abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Versicherte sei nicht krankenhausbedürftig gewesen. Bei dessen Trichterbrust habe es sich um keine behandlungsbedürftige Krankheit gehandelt. Weder aus dem Entlassungsbericht der Klägerin vom 26. Februar 2003 noch aus dem Sachverständigengutachten des Prof. Dr. P. vom 9. August 2006 ergebe sich das Vorliegen erheblicher Beeinträchtigungen der Körperfunktionen. Die beim Versicherten gemessenen Werte hätten ausweislich der Ausführungen des Prof. Dr. H. den Normalwerten entsprochen, was letztlich auch die Klägerin im erwähnten Entlassungsbericht so gesehen habe. Eine weitergehende Beeinträchtigung des Versicherten, die über die typischen leichten Beeinträchtigungen bei einer Trichterbrust hinausgingen, liege danach nicht vor. Anhaltspunkte für eine Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten wegen äußerlicher Entstellung lägen ebenfalls nicht vor.

Gegen das ihr am 12. Oktober 2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 8. November 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung vertritt sie Auffassung, dass die beim Versicherten vorliegende Trichterbrust bereits für sich genommen einen regelwidrigen Körperzustand darstelle. Zudem habe die Deformität des Brustkorbs zu einer deutlichen Einschränkung des Lungenvolumens geführt. Es sei auch bereits eine Progredienz der Trichterbrust zu verzeichnen gewesen, so dass einer Verschlimmerung nur durch eine Operation habe begegnet werden können. Auf eine Vergütung des zweiten präoperativen Behandlungstages werde verzichtet. Schließlich hat sie eine Studie in englischer Sprache aus dem Jahr 2004 (Michael J. Goretsky; MD, Robert E. Kelly, Jr, MD, Daniel Croitoru, MD, Donald Nuss, MD - Chest wall anomalies: pectus excavatum and pectus carinatum) vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 14. August 2007 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 8.051,04 Euro nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 19. März 2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie macht geltend, dass keine Befunderhebungen außer den offensichtlich routinemäßigen Messungen der Klägerin vorgelegen hätten, aus denen sich konkrete Beschwerden oder Gesundheitsgefahren des Versicherten ergeben würden. Ohne relevante Einschränkungen der Vitalparameter komme der Trichterbrust an sich kein Krankheitswert zu. Eine entsprechend aussagekräftige Verlaufsdocumentation, Differentialdiagnostik und Entscheidungsfindung könne die Klägerin jedoch nicht vorlegen. Auch sei nicht erkennbar, inwieweit der

Grundsatz "ambulant vor stationär" Berücksichtigung gefunden habe. Unter Umständen hätten etwa bestehende vitale Beschwerden des Versicherten vorrangig mit konservativen Maßnahmen gebessert werden können. Eine Prüfung der Höhe der verlangten Vergütung habe unter Abzug des jedenfalls nicht erforderlichen zweiten präoperativen Tages einen Betrag in Höhe von 8.051,04 Euro ergeben.

Der Senat hat im Laufe des Berufungsverfahrens medizinische Unterlagen der Dr. S. beigezogen und ein chirurgisches Gutachten bei Dr. L. eingeholt. Dieser hat im Gutachten vom 30. April 2009 ausgeführt, die vom MDK zur Bewertung herangezogene Arbeit von Prof. Dr. W. sei nur eine Arbeit unter vielen, die zudem ein historisches Operationsverfahren würdige. Bei dem Versicherten habe eine leicht asymmetrische, mittelgradige Trichterbrust mit deutlicher Abflachung der ventralen Brustwand vorgelegen. Nach Auswertung der Röntgenaufnahmen errechne sich ein Haller-Index von 3,8, was eine Operationsbedürftigkeit indiziere. Auch die Lungenfunktionswerte der funktionellen Vitalkapazität, der Atemstoßtest sowie die Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid hätten beim Versicherten die Operationskriterien erfüllt. Daneben sprächen auch die mit der Deformität einhergehenden psychosozialen Probleme für eine Operationsbedürftigkeit. Durch konservative Maßnahmen sei keine Befundverbesserung zu erzielen, ein gezieltes Krafttraining bewirke vielmehr das Gegenteil. Die erhobenen Befunde belegten eindeutig die Indikation, es habe keine kosmetische Operation vorgelegen. Die Krankenhausverweildauer entspreche mit 12 Tagen insgesamt der Norm einer offenen Trichterbrustkorrektur, wenn auch im oberen Bereich. Ein präoperativer Aufenthaltstag sei Standard, die Notwendigkeit der präoperativen Verlängerung um einen Tag, nämlich dem 6. Februar 2003, sei anhand der Akten "nicht sachlich ersichtlich".

In der hierauf von der Beklagten vorgelegten sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 15. Juli 2009 hat Prof. Dr. H. ausgeführt, dass selbst wenn man aus den Bestimmungen des Vertebral- und Frontosagittalindex eine stärkere Brustkorbbildform annehmen würde, könne hieraus ohne den Nachweis kardiopulmonaler funktioneller Störungen lediglich eine Normabweichung des äußeren Erscheinungsbildes und keine Operationsindikation gefolgt werden. Die vom Sachverständigen aus dem von ihm errechneten erhöhten Haller-Index geschlossenen pathologischen Herz- und Lungenfunktionsparameter seien nicht nachweisbar. Vielmehr lägen bei dem Versicherten die gemessenen Werte innerhalb des Normbereichs, wenn auch im "unteren Level". Auch eine Progredienz sei anhand der vorliegenden spärlichen Daten nicht nachvollziehbar und sei letztendlich bei dem mit 20 Jahren als ausgewachsen geltenden Versicherten kaum begründbar. Der Einschätzung zur Verweildauer könne gefolgt werden.

In einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 3. November 2009 hat Prof. Dr. H. nochmals die Erforderlichkeit einer Echokardiographie betont, mittels der eine kardiale Pathologie nachgewiesen oder ausgeschlossen werden könne.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15. Januar 2010 hat der Sachverständige Dr. L. seine Auffassung bekräftigt und ausgeführt, dass die Analyse der bestehenden Indikationskriterien durch den MDK unvollständig und auf den CT-Index fixiert sei. Ausdruck der ausgedehnten flächenhaften Konfiguration des Befundes beim Versicherten sei der Umstand, dass das Metallimplantat in den 3. Interkostalraum platziert worden sei, um die Korrektur auszuführen. Wenn nunmehr vom MDK ein CT gefordert werde, so sei dem entgegen zu halten, dass hierfür vor der Operation des Versicherten genügend Zeit gewesen sei, zumal die Beklagte die Klägerin mit ihrem Schreiben vom 6. Januar 2003 bereits um Übersendung eines Leistungstests gebeten habe. Zudem könne der Schweregradindex auch anhand des Röntgenbildes hinreichend genau bestimmt werden. Der wahre Wert werde dabei sogar eher unterbewertet. Beim Versicherten liege der Wert im Röntgenthorax jedenfalls deutlich über dem Grenzwert zur Operation und unter Einbeziehung aller bekannten Umstände müsse von einer Verdrängung des Herzens ausgegangen werden. Die flächenhafte Ausdehnung des Befundes mit spezieller Form und Asymmetrie könne kein noch so genau bestimmter CT-Index wiedergeben. Diesen Befund sehe der Operateur allein bei der klinischen Untersuchung am Patienten. Eine 3D-Rekonstruktion des CT sei zwar hilfreich, jedoch nicht erforderlich. Die Argumentation der MDK-Gutachter sei in Kenntnis der aktuellen Forschungsergebnisse und Literatur abzulehnen und als veraltet einzuschätzen. Beim Versicherten liege jedenfalls keine kosmetische Operationsindikation vor.

In einer abschließenden sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 19. Februar 2010 hat Prof. Dr. H. darauf hingewiesen, dass durch die Beklagte erst am 4. März 2003, "also deutlich post operationem", ein Begutachtungsauftrag an den MDK erteilt worden sei. Anhand der Angaben zu Anamnese und Behandlungsverlauf des Versicherten sei eine Sekundärpathologie der Trichterbrust, welche die Operation medizinisch begründen würde, nicht erkennbar.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie der Patientenakte des Versicherten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet, denn die noch anhängige Klage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung eines Betrages in Höhe von 8.051,04 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19. März 2003. Die Voraussetzungen des zulässig eingeklagten Vergütungsanspruchs sind insoweit erfüllt, als Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten für den Zeitraum 5. sowie 7. bis 16. Februar 2003 erweislich ist und die Einwendungen der Beklagten diesbezüglich nicht durchgreifen. Unerheblich ist, dass die Klägerin auch am 6. Februar 2003 Krankenhausbehandlung tatsächlich geleistet hat.

Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die vollstationäre Behandlung des Versicherten gegen die Beklagte zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) geltend. Die Klage eines Krankenträgers, wie der Klägerin, auf Zahlung der Kosten für die Behandlung eines bzw. einer Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch mit zunächst 8.288,71 Euro und nunmehr noch 8.051,04 Euro beziffert.

Rechtsgrundlage des streitigen Vergütungsanspruchs der Klägerin in Höhe von 8.051,04 Euro ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003 vom 14. Januar 2003. Insoweit wird nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils Bezug genommen, denen sich der Senat anschließt. Nähere

vertragliche Regelungen i.S.v. [§ 112 Abs. 1](#) und 2 SGB V (sog. Sicherstellungsverträge) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, insbesondere der Kostenübernahme und der Abrechnung der Entgelte, gab es in Thüringen in dem betroffenen Zeitraum (noch) nicht. Deshalb ist hier allein auf die insoweit maßgebliche Pflegesatzvereinbarung 2003 zurückzugreifen (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [a.a.O.](#)).

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem - wie hier - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert. Demgemäß müssen beim Versicherten bei seiner Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) wird nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#); vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - Az.: [B 1 KR 5/08 R](#), nach juris).

Ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus den vorstehend dargestellten Regelungen und Grundsätzen für den Zeitraum 5. bis 16. Februar 2003 besteht mit Ausnahme des 6. Februar 2003, weil Krankenhausbehandlung unter Beachtung des maßgeblichen Rechtsmaßstabs erweislich erforderlich war.

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Maßnahmen dürfen daher z.B. nicht lediglich dem Zweck dienen, einem Zustand der Hilflosigkeit zu begegnen; ebenso unterfallen rein pflegerische Maßnahmen nicht der Leistungspflicht der Beklagten, vielmehr müssen diese als Teil einer ärztlichen Behandlung dieser Behandlung untergeordnet sein. Als besondere Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt. Dabei fordert sie für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch sieht sie ihn stets als ausreichend an. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [a.a.O.](#), mit zahlreichen Nachweisen).

Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007 - Az.: [GS 1/06](#), nach juris). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Aufgabe der GKV ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)). Es geht hierbei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung. Das lässt sich aus zahlreichen Einzelschriften des Leistungsrechts ersehen, insbesondere aus der Beschreibung der Leistungsziele in [§ 11 Abs 1](#) und [§ 27 Abs 1 Satz 1](#) sowie aus dem Leistungskatalog in [§ 27 Abs 1 Satz 2 SGB V](#).

Für die Beurteilung der Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung kommt es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall und nicht auf eine abstrakte Betrachtung an. Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit haben im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist. Dabei haben sie von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, wenn die Krankenkasse im Nachhinein beanstandet, die stationäre Behandlung des Patienten sei nicht gerechtfertigt gewesen (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007, [a.a.O.](#)).

Für eine Einschränkung der Kontrollbefugnisse der Krankenkasse und des Gerichts in der Weise, dass von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung schon deshalb auszugehen wäre, weil der Krankenhausarzt sie bejaht und weil seine Einschätzung fachlich vertretbar ist, bietet das Gesetz keine Grundlage. Auch Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene könnten daher nicht bewirken, dass die Entscheidung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung entgegen dem Gesetz nicht nach objektiven Maßstäben getroffen wird, sondern im Ergebnis der subjektiven Einschätzung des Krankenhausarztes überlassen bleibt (vgl. BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25. September 2007, [a.a.O.](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze ist im vorliegenden Fall der Nachweis der Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung für den streitgegenständlichen Zeitraum, mit Ausnahme des 6. Februar 2003, zur Überzeugung des Gerichts erbracht.

Entgegen der Auffassung der Vorinstanz ist der Senat, insbesondere nach der im Berufungsverfahren durchgeführten Beweisaufnahme, der Überzeugung, dass die im Krankenhaus der Klägerin durchgeführte stationäre Behandlung des Versicherten überhaupt, das heißt ohne Berücksichtigung der Krankenhausverweildauer, notwendig im oben dargestellten Sinne war.

Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. L. lagen beim Versicherten die Kriterien, die eine Operationsindikation nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung belegten, vor. So hatte der Versicherte eine leicht asymmetrische, mittelgradige Trichterbrust mit deutlicher Abflachung der ventralen Brustwand. Ausdruck der ausgedehnten flächenhaften Konfiguration des Befundes beim Versicherten ist die Erforderlichkeit der Platzierung des Metallimplantats in den 3. Interkostalraum. Zum einen erfüllten die Lungenfunktionswerte der funktionellen Vitalkapazität, des Atemstoßtests sowie der Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid die in den einschlägigen Studien ermittelten Operationskriterien und zeigten ein erheblich verändertes Residualvolumen. Zum anderen lag auch der beim Versicherten aus dem Verhältnis der Werte des Brustkorbdurchmessers errechnete sogenannte Haller-Index mit 3,8 im pathologischen

Bereich, der bei einem Wert ab etwa 3,25 und mehr beginnt. Letzteres konnte auch ohne Zugrundelegung eines CT allein anhand der vorliegenden Röntgenaufnahmen festgestellt werden, wobei der wahre Wert dabei sogar eher unterbewertet wird. Beim Versicherten lag der Wert im Röntgenthorax jedenfalls deutlich über dem Grenzwert zur Operationsindikation und unter Einbeziehung aller bekannten Umstände musste von einer Verdrängung des Herzens ausgegangen werden. Diesen Ausführungen, die der Sachverständige für den Senat nachvollziehbar und überzeugend anhand des aktuellen medizinischen Forschungsstandes begründet, folgt der Senat.

Gestützt wird dies durch das Ergebnis des im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Sachverständigengutachtens vom 9. August 2006. Dort hat Prof. Dr. P. ausgeführt, dass die beim Versicherten festgestellte Trichterbrust zu den typischen, wenn auch leichtgradigen Veränderungen der Lungenfunktion beigetragen und in der Belastungsuntersuchung ebenfalls typische Veränderungen gezeigt hat. Das Charakteristische bei Trichterbrustpatienten sei, dass sich die geklagten Beschwerden im Sinne der körperlichen Beeinträchtigungen nicht immer in den apparativen Untersuchungen quantifizieren ließen. Auch seien die messbaren Veränderungen durch die Operation häufig nur gering. Im Falle des Versicherten zeigten sich jedoch die typischen Einschränkungen der Vitalkapazität in der Lungenfunktion sowie in der Oxyergometrie vom 6. Februar 2003 die typischen Einschränkungen in der differenzierten Belastungsuntersuchung im Liegen und Stehen.

Anders als das SG und die Beklagte ist der Senat in der Zusammenschau der gutachterlichen Ausführungen davon überzeugt, dass nicht (nur) kosmetische Gründe die OP-Indikation bestimmt haben, sondern vielmehr maßgeblich medizinische Gründe hierfür ausschlaggebend waren.

Soweit das SG und auch die Beklagte unter Berufung auf die Ausführungen des MDK darauf abstellen, dass die beim Versicherten im Rahmen der Lungenfunktionsanalyse erhobenen Werte im Normalbereich lagen, spricht das nicht gegen eine Operationsindikation. Hierzu hat Dr. L. in seinem Gutachten ausgeführt, dass trotz der im Normalbereich liegenden Werte eine körperliche Behinderung und reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund einer behinderten kardiovaskulären Leistung sowie durch eine Einschränkung der Beatmung vorhanden war. Zudem hat er eine Verdrängung des Herzens festgestellt. Schließlich haben nach den Angaben des Dr. L. sämtliche Lungenfunktionswerte des Versicherten sowie auch der Haller-Index die nach den einschlägigen medizinischen Studien geltenden Grenzwerte überschritten. Es kann daher gerade nicht davon ausgegangen werden, dass - wie das SG im angefochtenen Urteil ausgeführt hat - keine weitergehenden Beeinträchtigungen des Versicherten, die über die typischen leichten Beeinträchtigungen bei einer Trichterbrust hinausgingen, vorlagen.

Die vom MDK zur Begründung seiner Kritik herangezogene medizinische Arbeit des Prof. Dr. W. ist - so Dr. L. - als eine unter vielen zu bezeichnen, die zudem ein historisches Operationsverfahren würdige. Deshalb muss die Argumentation des MDK in Kenntnis der aktuellen Forschungsergebnisse und Literatur abgelehnt und als veraltet eingeschätzt werden. Insbesondere, soweit der MDK statt der Operation die Durchführung konservativer Maßnahmen empfohlen hat, ist dem mit den Ausführungen des Dr. L. entgegen zu halten, dass durch konservative Maßnahmen keine Befundverbesserung zu erzielen ist, ein gezieltes Krafttraining vielmehr das Gegenteil bewirkt. Auch die vom MDK in seinen sozialmedizinischen Stellungnahmen verschiedentlich geforderten weiteren apparativen Untersuchungen für das Stellen einer gesicherten OP-Indikation, sind nach den Ausführungen des Dr. L. zum Teil vielleicht hilfreich, jedoch nicht unbedingt erforderlich. Zum einen kann der Schweregradindex auch anhand des Röntgenbildes hinreichend genau bestimmt werden. Zum anderen kann die flächenhafte Ausdehnung des Befundes mit spezieller Form und Asymmetrie kein noch so genau bestimmter CT-Index wiedergeben, sondern ist durch den Operateur allein bei der klinischen Untersuchung am Patienten festzustellen.

Der Senat folgt hinsichtlich der Frage der Notwendigkeit der Krankenhausverweildauer ebenfalls den Ausführungen des Dr. L., der in seinem Gutachten diese zwar mit 12 Tagen insgesamt als der Norm einer offenen Trichterbrustkorrektur, wenn auch im oberen Bereich, entsprechend anerkennt und einen präoperativen Aufenthaltstag als Standard bezeichnet, die Notwendigkeit der präoperativen Verlängerung um einen Tag, nämlich dem 6. Februar 2003, anhand der Akten als "nicht sachlich ersichtlich" erachtet. Vielmehr hätte die am 6. Februar 2003 durchgeführte erneute Lungenfunktionsprüfung, so man sie überhaupt für erforderlich erachten will, auch bereits am 5. Februar 2003, dem Aufnahmetag durchgeführt werden können. Die Klägerin erkennt dies letztlich an, denn sie hat ihren Zahlungsanspruch im Rahmen der mündlichen Verhandlung entsprechend eingeschränkt.

Der Anspruch der Klägerin auf Verzinsung der streitgegenständlichen Forderung gegen die Beklagte mit 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 19. März 2003 folgt aus [§ 69 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 11 Abs. 1 der Pflegesatzvereinbarung 2003 sowie der [§§ 286, 288](#) und [247](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Danach beträgt die Zahlungsfrist 14 Tage nach Rechnungszugang (Satz 1), im konkreten Fall also bis einschließlich 18. März 2003. Bei - wie hier - verspäteter Zahlung dürfen sodann Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für das Jahr berechnet werden (Satz 2), mithin ab dem 19. Februar 2003. Die Zulässigkeit der Berechnung von Verzugszinsen und die Verdrängung der gesetzlichen Zinsregelung durch die vorrangige vertragliche Vereinbarung, etwa wie hier der Pflegesatzvereinbarung, ist in der Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. Urteil vom 8. September 2009 - Az.: [B 1 KR 8/09 R](#), nach juris und m.w.N.) anerkannt und im Übrigen zwischen den Beteiligten auch nicht bestritten.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 3](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der Senat hat es als billig erachtet, hier die Kosten ganz der Beklagte aufzuerlegen, da die Klägerin mit dem Verzicht auf die ursprünglich begehrte Vergütung auch des zweiten präoperativen Behandlungstages nur zu einem geringen Teil, nämlich zu etwa drei vom Hundert unterlegen ist.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
FST
Saved
2012-05-09