

L 4 KR 369/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 4196/05
Datum
18.12.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 369/08
Datum
24.04.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin einen Anspruch darauf hat, dass ihr die Beklagte eine Operation zur Verkleinerung des Magenvolumens (Gastric-Banding-Operation [GB]) zu gewähren hat.

Die am 1960 geborene verheiratete Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie ist seit 2002 als examinierte Krankenpflegerin (jetzt als stellvertretende Stationsleiterin) in einem Pflegeheim beschäftigt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund führte aufgrund eines von der Kläger gestellten Antrags nach Einholung des Befundberichts des Dr. S., Arzt für Allgemeinmedizin - Naturheilverfahren - Psychotherapie - Homöopathie, vom 20. September 2006 bei ihr vom 19. Dezember 2006 bis 09. Januar 2007 eine stationäre medizinische Rehabilitationsbehandlung im Reha-Zentrum Sc. (Klinik Schwarzwald) durch. Im Entlassungsbericht des Privatdozenten Dr. Sch. vom 10. Januar 2007 wurden als Diagnosen arterieller Hypertonus, Adipositas (bei einer Körpergröße von 165 cm und einem Gewicht von 106 kg Body-Mass-Index [BMI] 39 kg/m²), psychovegetativer Erschöpfungszustand, Brustwirbelsäulen-Lendenwirbelsäulen-Syndrom genannt. Es wurde angeführt, dass es seit 1986 zu einer Gewichtszunahme um 40 kg gekommen sei. Trotz Reduktionsdiät mit 1000 kcal habe nur eine minimale Gewichtsreduktion von weniger als einem kg erreicht werden können.

Unter Beifügung des Gutachtens des Ärztlichen Direktors des Klinikums St. (Krankenhaus B. C.) Prof. Dr. H. vom 21. Dezember 2004 sowie des Kurzberichts der Diplompsychologin E.-S. und der Bescheinigung des Dr. S. jeweils vom 07. Januar 2005 beantragte die Klägerin am 21. Januar 2005 bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine GB. Prof. Dr. H. führte aus, die Klägerin sei kein "Sweet-eater". Hormonelle Ursachen des Übergewichts seien ausgeschlossen. Die Klägerin sei seit 20 Jahren übergewichtig und seit dieser Zeit habe sie mit verschiedensten internistisch-konservativen Therapiemaßnahmen völlig erfolglos versucht, ihr extremes Übergewicht zu reduzieren. Sie habe umfangreiche häusliche Diäten, auch kommerziell erhältliche Diäten absolviert und Formuladiäten angewendet. Es seien jedoch jeweils nur kurzfristige Gewichtsreduktionen möglich gewesen. Von Dr. S. seien auch, ebenfalls ohne Erfolg, medikamentöse Therapien eingesetzt worden. Danach habe die Klägerin Sportprogramme absolviert; sie habe auf privater Basis Diät und Ernährungsschulungen besucht, Esstagebücher geführt und Kalorien gezählt. Sie befinde sich zur Zeit auch in ambulanter Verhaltenstherapie, wobei eine Essstörung ausgeschlossen sei. Die Klägerin habe lediglich ihr Sättigungsgefühl verloren. Nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Adipositas sowie des National Health-Instituts und der WHO bestehe bei Versagen einer langjährigen internistisch-konservativen Therapie die Indikation zu einem operativen Eingriff. Diese Voraussetzungen seien bei der Klägerin in vollem Umfang erfolgt. Nur mit dieser operativen Maßnahme sei es der Klägerin möglich, ihr extremes Übergewicht rasch und dauerhaft zu reduzieren und somit eine einigermaßen normale Lebenserwartung zu erlangen. Sowohl aus verhaltenstherapeutischer Sicht wie auch aus Sicht des Hausarztes könne der Klägerin ebenfalls nur mit einem gastroplastischen Eingriff geholfen werden. Die Beklagte erhob dazu eine Stellungnahme des Dr. M. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in B. vom 28. Januar 2005. Dr. M. führte aus, ein BMI unter 40 kg/m² (Körpergröße 164 cm, Gewicht 104 kg) liege vor; eine Operation sei in diesem Fall auch nach den Leitlinien nicht angezeigt. Es bestehe fraglos dringende Notwendigkeit der Behandlung des Übergewichts. Diese Behandlung der problematischen Erkrankung erfordere ein Konzept. Dieses bestehe in einer Kalorienbeschränkung und Steigerung körperlicher Aktivitäten sowie einer intensiven, langfristig angelegten Ernährungsberatung und Schulung in Verbindung mit einem verhaltenstherapeutischen Konzept mit dem Ziel einer Änderung der Adipositas fördernden Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Die Behandlung im Sinne der Grundsätze der Stufentheorie, wie sie von namhaften Fachgesellschaften gefordert werde, sei bisher nicht ausreichend konsequent und lange durchgeführt worden. Auf der

Basis der mitgeteilten Informationen sei nicht ersichtlich, dass ein konsequent durchgeführtes konservativ-interdisziplinäres Behandlungskonzept in der Vergangenheit erfolgt sei. Die geführten Essstagebücher seien nicht vorgelegt worden. Kontinuierliche Aufzeichnungen über die Gewichtsentwicklung in den letzten Jahren seien ebenfalls nicht eingereicht worden. Es sei zudem offensichtlich mehrfach zu Gewichtsabnahmen gekommen und es könne davon ausgegangen werden, dass die erneute Zunahme des Gewichts im wesentlichen durch ein pathologisches Essverhalten begründet sei. Unzureichende Compliance im Hinblick auf das Essverhalten könne nicht als Therapieversagen bewertet werden. Es sei nicht zu erkennen, dass eine ausreichende psychotherapeutische Unterstützung stattgefunden habe. Mithin könne die Operation erst nach nachgewiesenem Versagen der konservativen Therapie erwogen werden. Mit Bescheid vom 03. Februar 2005, wovon auch der behandelnde Arzt Dr. S. unterrichtet wurde, lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die GB ab. Der MDK habe festgestellt, dass die medizinischen Voraussetzungen für die begehrte Operation nicht erfüllt seien. Dem Bescheid war das Gutachten des Dr. M. beigelegt. Dagegen legte die Klägerin am 07. März 2005 Widerspruch ein, mit dem sie geltend machte, aus ihrer Sicht stelle die geplante Operation keinesfalls nur einen kosmetischen Eingriff dar. Es liege eine behandlungsbedürftige Krankheit vor, wobei auch der MDK die dringende Notwendigkeit der Behandlung bejaht habe. Die bisherige Behandlung sei konsequent und lange Zeit durchgeführt worden. Das Gegenteil könne nicht behauptet werden. Es liege ein Versagen der konservativen Therapie vor. Die einzig verbleibende Möglichkeit zur dringend nötigen dauerhaften Gewichtsabnahme liege im operativen Eingriff. Diese Meinung sei sowohl vom behandelnden Hausarzt Dr. S. als auch von den Ärzten des Klinikums St. bestätigt worden. Diesen Weg habe die behandelnde Psychotherapeutin ebenfalls befürwortet. Eine Behandlung nach einem Konzept, wie es im MDK-Gutachten vorgeschlagen sei, habe sie mehrfach durchgeführt, ohne eine dauerhafte Gewichtsabnahme zu erzielen. Durch das seit Jahren bestehende Übergewicht leide sie an Folgeerkrankungen, wie Hypertonie, starker Körperwasseransammlung und Atembeschwerden. Diese Folgeerkrankungen behinderten ihr tägliches Leben sehr stark. Der Widerspruch bleibt erfolglos (Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschusses vom 08. Juni 2005). Der Widerspruchsausschuss verwies auf das Gutachten des MDK.

Deswegen erhob die Klägerin am 08. Juli 2005 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). Die Klägerin trug vor, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei im Hinblick auf eine GB im Einzelfall zu prüfen, ob bei dem Versicherten die Indikation für eine solche Therapie gegeben sei. Dies treffe bei ihr im Hinblick auf den BMI von um 40 kg/m² zu. Sie habe verschiedene Maßnahmen und Diäten ergriffen, die jedoch alle nur zu einer vorübergehenden Gewichtsreduzierung geführt hätten. Es sei auch in sechs Sitzungen eine psychotherapeutische Beratung durchgeführt worden. Durch das Übergewicht leide sie an verschiedenen Beschwerden. Ohne Blutdruckmittel und aufgrund der Gelenksveränderung ohne regelmäßige Schmerzmittel komme sie nicht aus. Aufgrund des Gewichts könne sie wiederum keinen Sport treiben. Die zunehmenden gesundheitlichen Probleme lägen auf der Hand. Das Krankenhaus B. C. sei professionell auf die GB spezialisiert. Gerade die Ärzte dieser Klinik hätten die Operation empfohlen. Sie habe alles ihr mögliche getan, um mit ihrem Übergewicht auf andere Weise fertig zu werden. Die Prozentsätze, die in Bezug auf allgemeine Komplikationen bei einer GB angegeben würden, seien nicht aussagekräftig. Es gebe die unterschiedlichsten Eingriffsmöglichkeiten und auch verschiedene operative Vorgehensweisen. Es müsse ein Gutachten dazu erhoben werden, dass sie (die Klägerin) alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft habe. Während der durchgeführten stationären Rehabilitationsbehandlung sei ihr vom dort behandelnden Arzt mitgeteilt, dass sie mit noch weniger als 1000 kcal täglich auskommen müsste, was aber auch von dort aus nicht möglich angesehen worden sei. Zu Unrecht gehe die Beklagte davon aus, dass bei einer entsprechenden GB lebenslang medizinische Nachbetreuung erforderlich wäre. Bei ihr sei zu befürchten, dass der anhaltend hohe Blutdruck und die zunehmenden Probleme beim Schlafen, die auch in einem Schlaflabor analysiert worden seien, durchaus eine auf Dauer bestehende akute Gefährdung darstellten. Auch nach der Kur habe Dr. S. nach wie vor die GB befürwortet. Die Klägerin benannte die sie behandelnden Ärzte, reichte Bescheinigungen des Dr. S. vom 27. Juli 2005 und 08. Februar 2007 ein, ferner den Arztbrief der Klinik L. vom 15. September 2005 über ein stationären Aufenthalt dort am 13. und 14. September 2005, sowie den Reha-Entlassungsbericht des PD Dr. Sch. vom 10. Januar 2007. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Das BSG verlange in seinem Urteil vom 19. Februar 2003 ([B 1 KR 1/02 R](#)), da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen zu erreichen sei, müsse zunächst geprüft werden, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen notwendig und wirtschaftlich sei. Sodann müsse untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben seien. Nach den vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften sei die GB nur als so genannte Ultima Ratio und nur bei Personen in Betracht zu ziehen, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen würden. Es komme auf den BMI mit erheblichen Begleiterkrankungen an, auf die Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten, auf ein tolerables Operationsrisiko und auf eine ausreichende Motivation. Es dürfe keine manifeste psychiatrische Erkrankung vorliegen. Auch müsse die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung gegeben sein. Auch im Hinblick auf die Durchführung der stationären Rehabilitationsbehandlung sei sie (die Beklagte) nicht davon überzeugt, dass die vom BSG geforderten Voraussetzungen bei der Klägerin gegeben seien und dass der Eingriff nach dem Ergebnis der für mittelbare Behandlungen geforderten speziellen Güterabwägung gerechtfertigt wäre. Während der stationären Behandlung sei es der Klägerin nicht gelungen, ihr Gewicht zu reduzieren. Neben den ersichtlich nicht ausgeschöpften ambulanten konservativen Behandlungsmöglichkeiten sei nicht davon auszugehen, dass bei der Klägerin eine entsprechende Motivation vorliege, über einen längeren Zeitraum eine Gewichtsabnahme zu erlangen und zu halten. Die GB stelle sich nicht als Ultima Ratio dar. Das SG erhob eine schriftliche Auskunft als sachverständiger Zeuge des Dr. S. vom 28. November 2005, der weitere Arztbriefe der Klinik L. mit vorlegte (Bl. 35 bis 42 der SG-Akte). Ferner erhob das SG nach [§ 109](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) das am 19. April 2006 erstattete Gutachten des Arztes für Innere Medizin Dr. O ... Bei der Klägerin bestehe unter anderem eine Adipositas mit der hierdurch bedingten Verschlechterung des Bluthochdrucks und einer Fettstoffwechselstörung. Konservative Behandlungsmethoden seien durchgeführt worden. Adipositas bezogene stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und stationäre Abmagerungskuren seien von der Rentenversicherung nicht genehmigt worden. Kontraindikationen zu der geplanten Operation lägen nicht vor. Mit Urteil vom 18. Dezember 2007, dass den Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekenntnis am 27. Dezember 2007 zugestellt wurde, wies das SG die Klage ab. Aufgrund der Rechtsprechung des BSG sei es vor einer Operation erforderlich, zunächst sämtlichen konservativen Behandlungsalternativen durchzuführen. Dass dies bei der Klägerin erfolgt sei, sei nicht feststellbar. Es fehle unverändert an einem ärztlich koordinierten Gesamttherapiekonzept, welches Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, eine Bewegungstherapie, ggf. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Intervention umfasse und als Langzeitbehandlung auch konsequent und nachhaltig durchgeführt worden sei. Eine derartige qualitativ anspruchsvolle Therapie habe anhand bestimmter Qualitätskriterien zu erfolgen, die über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten durchzuführen sei. Diese Erfordernis werde so auch unter anderem von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin in der Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas" aufgestellt. Ein derartig strukturiertes Therapiekonzept sei indes im Fall der Klägerin nicht durchgeführt worden. Ein koordiniertes und nachhaltiges Behandlungskonzept liege den bisherigen Einzelversuchen nicht zugrunde. Die spezielle Rechtfertigung im Sinne der Ultima Ratio der streitgegenständlichen GB sei nicht gegeben. Der Heilverfahrensentslassungsbericht von 10. Januar 2007 lasse im übrigen

Rückschlüsse auf die fehlende tatsächliche Motivation der Klägerin, auf konservativen Wegen eine Gewichtsreduktion zu erzielen, zu. Es liege nahe, dass die Klägerin in Ansehung der in Aussicht genommenen Operation keine Ambitionen mehr gezeigt habe, ihr Gewicht auf konservativen Wege zu reduzieren.

Gegen das Urteil des SG hat die Klägerin am 22. Januar 2008 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie macht geltend, sie erfülle alle Kriterien für die Durchführung des operativen Eingriffs. Sie habe während ihrer Ausbildung auch eine zweijährige Ernährungslehre absolviert und sei im Bereich ihrer beruflichen Tätigkeit mit Ernährungsfragen durchaus ständig konfrontiert. Von daher habe sie in dieser Hinsicht Erfahrung und aus diesem Grunde verschiedene Programme zur Gewichtsreduzierung durchlaufen, und zwar auch unter ärztlicher Aufsicht. Dass sie dafür keine durchgängige Dokumentation habe, könne ihr nicht zur Last gelegt werden. Sie habe auch drei Jahre lang an einem Fitnessprogramm teilgenommen. Sämtliche Maßnahmen seien erfolglos geblieben und hätten jeweils zu einer erneuten Gewichtszunahme nach entsprechender Abnahme geführt. Sie nehme derzeit das von Dr. P. verordnete Medikament Reductil ein, um das Hungergefühl zu reduzieren. Auch während der stationären Rehabilitationsbehandlung habe festgestellt werden können, dass trotz sämtlicher ergriffener Maßnahmen eine relevante Gewichtsreduktion nicht zu erreichen gewesen sei, obwohl sie (die Klägerin) sowohl ernährungsmäßig wie auch von den sportlichen Maßnahmen her motiviert und kooperativ daran gearbeitet habe. Auch ihr Beruf halte sie tagsüber stark in Bewegung, ohne dass sie dadurch eine Reduktion des Gewichts erreichen würde. Im Hinblick auf ihre anstrengende Tätigkeit wäre eine Reduktion der Ernährung pro Tag auf weniger als 1000 kcal nicht möglich. Die normale Kalorienzufuhr einer durchschnittlichen Frau liege im Übrigen bei 1600 kcal. Eine psychische Erkrankung liege bei ihr nicht vor. Es könne ihr auch nicht die tatsächliche Motivation, auf konservativen Wege eine Gewichtsreduktion zu erzielen, abgesprochen werden. Im Hinblick auf eine mögliche Gefahrenlage durch eine Operation sei zu berücksichtigen, dass bei ihr absehbar sei, dass sich die gesundheitliche Situation ständig verschlechtern werde, und zwar bezogen auf den Bluthochdruck, die Möglichkeit der Zuckererkrankung und den gesamten Stützapparat. Im Hinblick auf die GB würde die Gefährdung durch die Folgeerkrankungen reduziert. Eine wesentliche Gefährdung durch die Operation selbst sei im Hinblick auf einen normalen Verlauf und die zwischenzeitlich entwickelte Methode dabei nicht zu befürchten.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 18. Dezember 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 03. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. Juni 2005 zu verurteilen, ihr eine Gastric-Banding-Operation zur Verfügung zu stellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend.

Der Berichterstatter des Senats hat die schriftliche Auskunft als sachverständige Zeugin der Fachärzte für Innere Medizin P. vom 09. Mai 2008 eingeholt, auf die Bezug genommen wird (Bl. 26 bis 28 der LSG-Akte).

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft, denn die Aufwendungen der Krankenkasse für eine in stationärer Behandlung durchzuführende Magenbandoperation übersteige ersichtlich den Betrag von EUR 750,00 (vgl. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), und zulässig. Sie ist aber nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 03. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. Juni 2005 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Zu den von den Krankenkassen allgemein in der als Sach- oder Dienstleistung zu erbringenden Leistungen gehört hier die in stationärer Behandlung vorzunehmende Magenbandoperation nicht.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach Satz 2 Nr. 5 dieser Vorschrift umfasst die Krankenbehandlung u.a. auch die Krankenhausbehandlung. Nach [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 93 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Bei der hier streitigen Magenoperation handelt es sich um eine "neue" Methode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), denn sie ist nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten. Da es hier um eine stationäre Behandlung geht, besteht nach [§ 137c SGB V](#) die Befugnis für ein Vertragskrankenhaus, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Kosten der Krankenkassen anzuwenden, bis der Gemeinsame Bundesausschuss eine negative Beurteilung abgegeben hat. Ein solches Negativvotum existiert für die Magenbandoperation nicht. Daher ist zu prüfen, ob die Magenbandoperation nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse für die Klägerin als Krankenhausbehandlung notwendig ist. Dies ist jedoch nicht der Fall.

Der Magen der Klägerin als solcher ist gesund; er bedarf keiner Operation mittels Versorgung mit einem Magenband. Mithin sind hier die für eine mittelbare Krankenbehandlung maßgebenden Kriterien zu prüfen. Da das von der Klägerin mit der Operation erstrebte Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, kommt es darauf an, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist. Sodann ist zu untersuchen, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben sind. Nach den vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften (beispielsweise Leitlinie der deutschen Adipositas-Gesellschaft) kommt die Implantation eines Magenbandes als chirurgische Behandlung der extremen Adipositas nur als Ultima Ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (BMI > 40 oder 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen; Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung; vgl. Bundessozialgericht [BSG] [BSGE 90, 289](#) = [SozR 4-2500 § 137c Nr. 1](#); auch Urteil vom 18. Dezember 2008 - [B 1 KR 2/08 R](#)).

Zutreffend hat das SG entschieden, dass bei der Klägerin - unabhängig von der bestehenden Adipositas bei einem BMI von 38,2 kg/m² (104 kg bei 165 cm Körpergröße, so Sachverständigengutachten des Dr. O.) bzw. 39 kg/m² (so sachverständige Zeugenauskunft des Dr. S. vom 28. November 2005 und Entlassungsbericht des Privatdozenten Dr. Sch. vom 10. Januar 2007) bzw. 39,5 kg/m² (so sachverständige Zeugenauskunft der Fachärzte für Innere Medizin P. vom 09. Mai 2008) und den im Gutachten des Dr. H. vom 21. Dezember 2004 genannten Folgeerkrankungen der Adipositas, wie metabolisches Syndrom mit medikamentenpflichtiger Hypertonie, latente diabetische Fettstoffwechsellaage mit Hyperinsulinismus, Dyslipoproteinämie und orthopädische Probleme, aber auch der von Dr. S. erwähnten Schlafapnoe, auch bestätigt durch die Ärzte P. nicht sämtliche alternativen konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Denn es fehlt an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamttherapiekonzept, welches Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, eine Bewegungstherapie, gegebenenfalls pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Intervention umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent und nachhaltig durchgeführt worden ist. Eine derartige qualitativ anspruchsvolle Therapie hätte anhand bestimmter Qualitätskriterien erfolgen müssen, die über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten andauert hätte. Dieses Erfordernis wird so u.a. auch von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin aufgestellt (vgl. die Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas", Nr. 6.4.7.3). Darauf, dass bei der Klägerin nach den Angaben des Dr. H. im Gutachten vom 21. Dezember 2004 häusliche Diäten, eine medikamentöse Therapie, Sportprogramme sowie Diät- und Ernährungsschulungen durchgeführt worden sind, kann sich die Klägerin nicht berufen, denn es ergibt sich insoweit nicht, dass bei ihr ein ärztlich koordiniertes und geleitetes Gesamttherapiekonzept über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten durchgeführt worden ist. Dabei kann sich die Klägerin weiter auch nicht auf die medizinische Rehabilitationsbehandlung im Reha-Zentrum Sc. vom 19. Dezember 2006 berufen, bei der lediglich eine minimale Gewichtsreduktion von unter einem kg erreicht werden konnte. Es erscheint auch nicht ausreichend, dass die Klägerin nach dem Kurzbericht der Diplompsychologin E.-S. vom 07. Januar 2005 insoweit vier psychotherapeutische Gespräche geführt und dabei stets ein starkes Hungergefühl als Ursache für ihr Essen angegeben hat, unabhängig davon, dass in jenem Kurzbericht angegeben ist, dass sich die Klägerin ihres Gewichts schämen würde und auch in dem Gutachten des Dr. H. angegeben ist, dass die Klägerin übergewichtsbedingt eine ausgeprägte psychosoziale Problematik beklagt habe, ihr die Selbstakzeptanz fehle und sie öffentliche Veranstaltungen meide, sich statt dessen in die Selbstisolation flüchte. Insoweit wäre eine psychosoziale Problematik nicht mittels chirurgischem Eingriff in den gesunden Magen zu therapieren, sondern es müsste eine entsprechende psychotherapeutische Behandlung, die nicht in vier - möglicherweise nur probatorischen - Gesprächen besteht. Dies gilt auch für die von den Ärzten P. in der Auskunft vom 09. Mai 2008 aufgeführte Diagnose einer "reaktiven Depression", hinsichtlich der eine (medikamentöse) Therapie nicht durchgeführt wird. Darauf, dass die Diplompsychologin E.-S. im Kurzbericht vom 07. Januar 2005 aus psychotherapeutischer Sicht die operative Maßnahme zur Dämpfung des Hungergefühls befürwortet hat, kommt es daher nicht an.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-27