

S 15 KR 40/07

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

15

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 15 KR 40/07

Datum

05.09.2007

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 151/07

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Bemerkung

Die Krankenkasse muss eine Operation zur künstlichen Verkleinerung von Magen und Dünndarm (Magenbypass) nicht bezahlen, wenn noch nicht alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Notwendige außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Übernahme der Kosten für eine chirurgische Intervention mittels laparoskopischer biliopankreatischer Diversion mit Duodenal Switch (PBD-DS) zur Behandlung einer Adipositas.

Der 1970 geborene Kläger, Arbeiter im 4-Schichtdienst-System und Mitglied der Beklagten, hat nach eigenen Angaben seit 1999 mehrere eigenverantwortliche Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung über einige Monate durchgeführt (4 Monate Shin-Fasten, weight watchers, Einnahme von Herbalife) sowie über 1½ Jahre 3 x wöchentlich ein Fitnesstraining absolviert, welches er aufgrund seiner Rückenschmerzen abbrechen musste. Der Kläger konnte dabei sein Körpergewicht um jeweils einige Kilogramm vermindern, nahm aber in der Folgezeit wieder ständig an Gewicht zu (2005: 148 kg; 2006: 158 kg; Frühjahr 2007: 170 kg; derzeit: 162 kg). Im Jahr 2000 hat er sich nach eigenen Angaben einmal bei einer Ernährungsberaterin vorgestellt.

Am 30.05.2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine laparoskopische biliopankreatische Diversion mit Duodenal Switch. Dabei handelt es sich um eine Kombination von Restriktion des Magenvolumens und Energiemalabsorption mittels Verkürzung des Verdauungstraktes im Dünndarmbereich. Hierzu legte er eine ärztliche Stellungnahme seiner behandelnden Hausärztin Dr. W., wonach der Kläger seit 10 Jahren erheblich übergewichtig sei und konventionelle Maßnahmen nicht erfolgversprechend seien, sowie von Prof. Dr. Manger (SRH Wald-Klinikum Gera) vor. Dieser führt aus, der Kläger wiege bei einer Körpergröße von 186 cm 158 kg (BMI 46). Nebenbefundlich seien bei dem Patienten eine massive Gon- und Coxarthrose bds. sowie Wirbelsäulenbeschwerden bekannt. Aus chirurgischer Sicht bestehe eine Indikation zur biliopankreatischen Di-version mit Duodenal Switch, da aufgrund seiner Schichttätigkeit ein rein restriktives Verfahren zur Gewichtsreduktion ausscheide.

Die Beklagte holte beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen ein Gutachten von Dr. M. H. vom 13.06.2006 ein. Danach liege beim Kläger zwar eine behandlungsbedürftige Adipositas vor; jedoch seien die konservativen Behandlungsmethoden noch nicht ausgeschöpft. Empfohlen werde das Basisprogramm über einen Zeitraum von mindestens 1 - 2 Jahren entsprechend der Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft, welches sich zusammensetzt aus Ernährungs-, Bewegungstherapie und Verhaltensprogramm. Erst wenn die konservativen Therapieversuche gescheitert seien, könne eine chirurgische Intervention in einer spezialisierten Einrichtung in Betracht kommen. Die Operation stehe immer am Ende der Überlegungen und könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen werden. Darauf gestützt lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 16.06.2006 ab.

Nachdem der Kläger dagegen am 13.07.2007 Widerspruch eingelegt hatte, holte die Beklagte diesmal nach körperlicher Untersuchung erneut ein Gutachten des MDK Sachsen vom 11.09.2006 ein. Darin bestätigt Dr. I. H. die Aussage der ersten Gutachterin und stellte fest, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten seien bislang nicht ausgeschöpft; es habe weder eine hausärztliche Supervision, ein Langzeitplan zur Gewichtsreduktion noch eine Verhaltenstherapie in der Vergangenheit gegeben. Daraufhin lehnte die Beklagte den Antrag mit Bescheid vom 18.09.2006 erneut ab.

Zur Begründung der dagegen eingelegten Einwendungen vom 06.10.2007 trug der Kläger vor, es sei richtig, dass er noch nicht alle Methoden ausgeschöpft habe; nach Meinung seines Hausarztes sei dies nur reine Zeit- und Geldverschwendung, weil es zu keinem dauerhaften Erfolg führen würde. Letztendlich führe nur die OP zu einer dauerhaften Erfolgsmeldung.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 07.12.2007 zurück. Eine operative Beeinflussung des Essvolumens käme lediglich als letztes Mittel in Betracht, nachdem alle nicht-operativen Maßnahmen ohne Erfolg ausgeschöpft worden seien. Beim Kläger bestünden jedoch konservative Behandlungsalternativen.

Dagegen hat der Kläger am 05.01.2007 beim Sozialgericht Chemnitz Klage erhoben, welches mit Beschluss vom 19.01.2007 das Verfahren an das zuständige Sozialgericht Dresden verwiesen hat.

Der Kläger trägt vor, er habe seit Jahren erfolglos Diäten und Sport betrieben; zudem führe die Adipositas zu gefährlichen Begleiterkrankungen und stelle generell eine akute Gefahr für Hirninfarkt, arterielle Hypertonie und insulinpflichtigen Diabetes dar. Als adipöser Mensch sei er in der Gesellschaft nicht akzeptiert und leide deswegen unter permanentem Stress. Er führe übermäßig Nahrung wegen zu spät einsetzendem Sättigungsgefühl zu sich. Dies könne er auch nicht durch eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung erlernen. Bei superobesity (BMI) 50 kg/m²) seien konservative Behandlungsmethoden nicht erfolgversprechend. Bei der ärztlichen Verordnung handele es sich um eine Therapieentscheidung, deren Überprüfung sowohl durch die Krankenkasse als auch durch die Gerichte ausgeschlossen sei.

Der Kläger beantragt:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 16.06.2006 in der Fassung des Bescheides vom 18.09.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.12.2006 verurteilt, die Kosten für die beantragte minimalinvasive operative Magenverkleinerung zur Behandlung der Adipositas zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, der Kläger habe lediglich temporäre Aktivitäten ergriffen und nicht eine komplexe Adipositas-therapie unter ärztlicher Kontrolle absolviert.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand des Verfahrens und der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Der Bescheid vom 16.06.2006 in der Fassung des Bescheides vom 18.09.2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.12.2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Kosten für eine operative Magen- und Dünndarmverkleinerung (BPD-DS) zu übernehmen. Er hat hierauf keinen Anspruch.

Gemäß [§ 11 Abs. 1](#) und [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Behandlung einer Krankheit. Gemäß [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) muss die Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Anspruch umfasst u. a. die notwendige ärztliche Behandlung und die Krankenhausbehandlung. Krankheit im Sinne des SGB V ist ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung des Versicherten und zu-gleich oder allein Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Eine Krankheit wird dann zu einer Leistungsverpflichtung der Kasse, wenn Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vgl. Zipperer in Maaßen-Schermer-Wiegand, Kommentar zum SGB V, Rdnr. 12 zu § 27 m.w.N.). Hierbei kommt es nicht darauf an, ob die Krankheit im Augenblick behandlungsbedürftig ist. Die Behandlungsbedürftigkeit ist schon dann anzunehmen, wenn der gegenwärtige Zustand zwar noch keine Schmerzen oder Beschwerden bereitet, durch ärztliche Behandlung im Frühstadium eine wesentliche Besserung oder gar Beseitigung des Leidens und damit eine günstige Wirkung auf die spätere Erwerbsfähigkeit erreicht werden kann. Regelwidrig ist ein Zustand, der von der Norm vom Leitbild des gesunden Menschen abweicht.

Nicht unumstritten ist, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt. Einigkeit besteht in der Medizin aber darüber, dass bei starkem Übergewicht (im allgemeinen ab einem BMI ab 30) eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil andernfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen wie Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und bösartige Neubildungen besteht. Erfordert die Adipositas mithin eine ärztliche Behandlung, so belegt dies nach Auffassung des Senats zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - BSG - (vgl. Urteile vom 19.02.2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) und Parallelentscheidungen), der die Kammer folgt, kann die Leistungspflicht für eine chirurgische Therapie dieser Krankheit nicht mit der Erwägung verneint werden, dass für das Übergewicht das krankhafte Essverhalten des Patienten und nicht eine Funktionsstörung des Magens verantwortlich ist. Zwar stellt die operative Verkleinerung bzw. Veränderung des Magens keine kausale Behandlung dar, vielmehr soll damit die Verhaltensstörung des Klägers durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflusst werden. Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsätzlich mit umfasst, wenn sie ansonsten die in [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Anforderungen erfüllt, also ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht.

Für chirurgische Eingriffe hat das BSG diesen Grundsatz jedoch eingeschränkt, wenn durch eine Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert wird, wie das bei der Applikation eines Magenbandes geschieht. In diesem Fall bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die

Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind (BSG a.a.O.; [BSGE 85, 56](#), 60 = [SozR 3 - 2500 § 28 Nr. 4](#) S. 18). Nachdem ein operativer Eingriff stets mit einem erheblichen Risiko (Narkose, Operationsfolgen z. B. Entzündung, Thrombose bzw. Lungenembolie, operationsspezifische Komplikationen wie Pouchdilatation, Portinfektionen und Stomastenose) verbunden ist, darf eine chirurgische Behandlung wie das Gastric-Banding oder die PBD-DS stets nur die ultima ratio sein. Sie kommt nur bei Erfüllung einer Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung (BMI über 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen bzw. über 40; Erschöpfung konservativer Behandlungsmethoden; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung u. a.) in Betracht. Dies bedeutet, dass vor einer Operation zunächst sämtliche konservativen Behandlungsalternativen durchzuführen sind (vgl. zu alle-dem Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 29.8.2005, - L 5 KR 1676/05 - in juris). Bei dem Kläger ist die Voraussetzung, dass vor einem chirurgischen Eingriff mit-tels PBD-DS alle konservativen Behandlungsmethoden erschöpft sein müssen, nicht erfüllt.

Vor einem Ausschöpfen der konservativen Behandlungsmöglichkeiten kann nur dann aus-gegangen werden, wenn eine mehr als sechs- bis zwölfmonatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien stattgefunden hat. Dazu ist es erforderlich, dass ein ärztlich koordiniertes und geleitetes Gesamttherapiekonzept vom Kläger zu durchlaufen ist, das Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie, ggfs. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Interventionen umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent umgesetzt werden muss, bevor unter Auswertung der Ergebnisse von einem erfolglosen Ausschöpfen der konservativen Behandlungsmethoden auszugehen ist mit der Folge, dass ein chirurgischer Eingriff zur Gewichtsreduktion als ultima ratio in Betracht kommt.

An dieser Voraussetzung des Ausschöpfens konservativer Behandlungsmöglichkeiten ist festzuhalten, wobei eine strenge Prüfung erforderlich ist (vgl. Ziffer 6.4.7. 3.Absatz der u.a. von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin herausgegebenen evidenzbasierten Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas" - Version 2006 - Stand Dezember 2005). Die operative Magenverkleinerung als von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmende Therapie extremer Adipositas kommt nur als ultima ratio bei nach strengen Kriterien auszuwählenden Patienten in Betracht und setzt die mindestens 6- bis 12-monatige konservative Behandlung nach defi-nierten Qualitätskriterien voraus (Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas"). Diese Behandlung umfasst ein Basisprogramm mit den "Säulen" Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowie adjuvanter medikamentöser Therapie (Nr. 6.4 der genannten Leitlinie). Sie ist ärztlich zu koordinieren, zu leiten und zu dokumentieren.

An einem solchen, auf längere Dauer hin angelegten und von einer Gesamtstrategie geleiteten Behandlungskonzept zur nachhaltigen Gewichtsreduktion hat sich der Kläger nach-weislich jedenfalls bislang nicht unterzogen. Zwar hat der Kläger in der Vergangenheit mehrere Maßnahmen, nämlich diverse Diäten und die Teilnahme an einem Programm der weight watchers eigenständig durchgeführt. Auch hat er -wie er selber angegeben hat - unter ärztlicher Beobachtung ein 1,5 jährige Fitnessprogramm im Fitnessstudio absolviert und einmalig eine Ernährungsberaterin aufgesucht. Dies reicht jedoch nicht aus, um ein vollständiges Ausschöpfen konservativer Behandlungsmöglichkeiten im Sinne der Leitlinie zu bejahen. Ein langfristiges Gesamtkonzept ist bei sämtlichen dieser Einzelaktivitäten jedenfalls nicht zu erkennen. Denn es mangelt wegen Fehlens einer Ernährungs- und Verhaltenstherapie an einer erforderlichen Kompakttherapie bestehend mindestens aus den drei oben genannten Säulen.

Das Gericht bedurfte zur Feststellung, ob die konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, keiner weiteren medizinischen Ermittlung; insbesondere war dem in der mündlichen Verhandlung gestellten Beweisantrag nicht Folge zu leisten. Denn ob der Kläger die konservativen Behandlungsmöglichkeiten im Sinne der Leitlinie bislang ausgeschöpft hat, ist keine dem Beweis allein zugänglichen Tatsachenfrage, sondern eine Bewertungsfrage und damit nicht beweisfähig.

Zutreffend führt der Kläger zwar aus, die Adipositas führe zu gefährlichen Begleiterkrankungen und stelle generell eine akute Gefahr für Hirninfarkt, arterielle Hyperthone und insulinpflichtigen Diabetes dar. Daraus ist jedoch kein Anspruch auf Versorgung und Kostenübernahme für die geplante BPD-DS herzuleiten. Eine generelle Gefahr einer Erkrankung reicht für die Bejahung eines Versorgungsanspruchs grundsätzlich nicht aus. Vielmehr ist nach der Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 19.02.2003 [a.a.O.](#)) anhand des konkreten Einzelfalls die Notwendigkeit einer derartigen chirurgischen Maßnahme zur Gewichtsreduktion festzustellen, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind.

Der Einwand des Klägers, er sei als adipöser Mensch in der Gesellschaft nicht akzeptiert und leide deswegen unter permanentem Stress, führt ebenfalls nicht zu einem Anspruch auf Kostenübernahme der beantragten Maßnahme BPD-DS. Ein evt. bestehendes psychi-sches Leiden ist ausschließlich durch psychotherapeutische oder psychiatrische Maßnah-men zu behandeln. Operative Eingriffe sind selbst dann nicht eingeschlossen, wenn sie wegen krankheitsbedingter Ablehnung in die erforderlichen psychotherapeutischen Maßnahmen die einzige Möglichkeit der ärztlichen Hilfe darstellen (vgl. BSG, Urteil vom 19.10.2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) - in juris; BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 5](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 3](#)).

Nicht zu folgen war schließlich der klägerischen Auffassung, bei der geplanten Operation zur Gewichtsreduktion handle es sich um eine Therapieentscheidung des Arztes, die sich einer gerichtlichen Kontrolle entziehe. Das Gericht ist vielmehr berechtigt und verpflichtet, die Notwendigkeit der vom Kläger beantragten Maßnahme daraufhin zu überprüfen, ob sie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und deswegen unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversiche-rung fällt ([§ 12 SGB V](#); vgl. auch BSG in [BSGE 17, 79](#), 84 = SozR Nr. 5 zu § 368n RVO; BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr. 93 m.w.N.).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-06-27