L 5 KR 2529/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1041/05
Datum
29.03.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2529/06
Datum
18.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 29. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Übernahme der Kosten für eine Magenband-Implantation.

Die 1969 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie ist von Beruf Küchenhelferin und hochgradig übergewichtig. Bei einer Körpergröße von 156 cm wog sie im März 2006 120 kg.

Im Dezember 2003 beantragte die Klägerin unter Vorlage eines Attestes des Oberarztes der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Unfallchirurgie Dr. H. und des Ärztlichen Direktors Prof. Dr. He. sowie des Arztes für Allgemeinmedizin R. bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für einen operativen Eingriff zur Magenverkleinerung (Magenband-Implantation). Dr. H. und Prof. Dr. He. führten in dem Attest aus, die Klägerin leide an einer morbidem, therapieresistenten Adipositas. Seit acht Jahren versuche die Klägerin mit verschiedensten Diäten und Therapien ihr Gewicht zu reduzieren. Die Tendenz sei eher dahingehend gewesen, dass das Körpergewicht weiter ansteige. Zwar liege derzeit noch kein metabolisches Syndrom vor. Bei einer weiter bestehenden Übergewichtigkeit werde dies jedoch fraglos auftreten. Die Klägerin beklage bereits jetzt Kurzatmigkeit, Belastungsinsuffizienz sowie Schlafstörungen. Auch würde die Klägerin ein zunehmendes Sodbrennen sowie übergewichtsbedingte psychosoziale Probleme nennen. Des Weiteren bestehe bei ihr ein Kinderwunsch, nach Auskunft des Gynäkologen Dr. W. könne dieser jedoch nur bei drastischer Gewichtsreduktion in Erfüllung gehen (Bl. 1 der Verwaltungsakte - VA -, Attest vom 3. Dezember 2003).

In dem daraufhin von der Beklagten eingeholten Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 16. Dezember 2003 lehnte Dr. G. die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten ab, da unter Berücksichtigung der Adipositas-Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft hier vorliegend die Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Mit Bescheid vom 18. Dezember 2003 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag ab und führte aus, unabhängige Experten des MDK hätten eine gutachterliche Stellungnahme zu dem von der Klägerin begehrten Verfahren abgegeben. Sie hätten die wissenschaftliche Literatur zu dieser Behandlungsmethode analysiert und dabei festgestellt, dass die Operationsmethode nur unter strenger Indikationsstellung vertretbar sei. In seiner sozialmedizinischen Stellungnahme käme der MDK zu der Einschätzung, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen eine Befürwortung des Eingriffs nicht möglich sei.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch. Die Beklagte holte im Zusammenhang damit eine weitere Stellungnahme des MDK ein, im Rahmen dessen die Klägerin noch auf Anforderung ein Ernährungstagebuch, eine Mitgliedsbestätigung des Fitnessclubs sowie Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin R. und des Facharztes für Orthopädie Dr. Sch. vorlegte. Der Arzt für Allgemeinmedizin R. teilte in seinem Attest vom 24. Januar 2004 u. a. mit, dass er die Klägerin seit Jahren in seiner Praxis hausärztlich betreue. Die Klägerin habe auch schon viele, ausführliche Diätberatungen erhalten. Es seien auch Versuche mit Reductil unternommen worden. Alle konservativen Möglichkeiten seien letztendlich erfolglos geblieben. Operationsrisiken seien nicht bekannt. Auch würden keine psychischen Erkrankungen bzw. Essstörungen vorliegen. Eine lebenslange Nachbetreuung sei selbstverständlich im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung gegeben. Der Orthopäde Dr. Sch. befürwortete in seinem Attest die geplante operative Magenverkleinerung im Hinblick auf die zu befürchtende Zunahme der statischen

Wirbelsäulen- und Beinschmerzen (Attest vom 22. Januar 2004). In seinem weiteren Gutachten vom 4. Februar 2004 führte Dr. G. vom MDK aus, mittels konservativer Therapie durch diätetische Gewichtsreduktion sei bei der Klägerin nur auf der Basis einer konsequenten dauerhaften Ernährungsumstellung und Veränderung der ungünstigen sozialen Einflussfaktoren durch berufliche Tätigkeit und Familienrhythmus eine längerfristige Gewichtsreduktion zu erzielen. Dies bedürfe in jedem Falle der therapeutischen Kontrolle durch den die Diättherapie begleitenden Arzt sowie eine mittelfristige psychotherapeutische Behandlung aus dem gesprächspsychotherapeutischen bzw. kongnitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich. In Anbetracht des Fehlens einer ärztlich begleitenden konsequenten diätetischen Therapie über mindestens ein Jahr, konsequenter mittelfristiger Psychotherapie und bei nur mittelgradiger Dringlichkeit durch LWS-Syndrom sowie des Fehlens eines ausgeprägten metabolischen Syndroms, könne eine zwingende medizinische Indikation zur Durchführung des geplanten operativen Eingriffs hier nicht festgestellt werden. Die bisher bekannten Risikofaktoren der noch nicht abschließend evaluierten Operationsmethode seien hier abzuwägen gegen den voraussichtlichen Therapieerfolg weiterer konservativer Therapiemaßnahmen wie ärztlich begleitende Gewichtsreduktion im Rahmen einer stationären Reha-Maßnahme und mittelfristige Psychotherapie bei bisher langfristig erfolglos gebliebenen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion in Eigeninitiative von mindestens zehn Jahren Dauer.

Daraufhin wurde der Klägerin mit Schreiben vom 16. Februar 2004 von Seiten der Beklagten mitgeteilt, dass nach erneuter sozialmedizinischer Beurteilung eine Kostenübernahme nicht erfolgen könne. Der Klägerin wurde in diesem Zusammenhang eine Unterstützung durch eine Ernährungsberaterin der Beklagten angeboten. Mit Schreiben vom 15. September 2004 (Bl. 22 VA in Verbindung mit Gesprächsprotokollen, Bl. 23 VA) teilte die Ernährungsberaterin der Klägerin mit, sie habe zwischenzeitlich nach mehreren Gesprächen den Eindruck gewonnen, dass die Klägerin wisse und verstehe, welche Nahrungsmittel für sie geeignet oder ungeeignet seien. Auch die Einteilung der Nahrungsmittel und ihre Zubereitung seien ihr mehrfach erklärt und Beispiele gegeben worden. Da sie ihre Essattacken und das fehlende Sättigungsgefühl schlecht steuern könne und damit eine erfolgreiche Gewichtsreduzierung ausgeblieben sei, habe sie der Klägerin eine psychologische Behandlung empfohlen. Des Weiteren wurde der Beklagten noch das nervenfachärztliche Attest des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie R. vom 9. September 2004 (Bl. 21 VA) vorgelegt, wonach bei der Klägerin eine mittelgradige depressive Episode (ICD 10-F 32.1) im Vordergrund stehe, wobei ein auslösender Faktor sicher eine massive Adipositas permagna (ICE 10-E 66.8) darstelle. Die Klägerin leide seit Jahren unter erheblichem Übergewicht, das durch diätetische Maßnahmen oder auch verhaltenstherapeutisch orientierte Gewichtsreduktionsmethoden (Weight Watchers) nicht habe reduziert werden können. Dies habe zunehmend zu massiven Schlafstörungen, Grübelzwang, Morgentief, somatischen Beschwerden mit Rückenschmerzen und Kopfschmerzen geführt. Auch bestehe ein Ehekonflikt. Zusätzlich habe sich eine Mykosis submammillär auch aufgrund der Adipositas permagna eingestellt. Das Selbstwertgefühl der Klägerin sei sehr stark beeinträchtigt. Sie berichte auch immer über einen massiven Heißhunger. Von psychiatrischer Seite habe man einen Therapieversuch mit Fluoxetin 20 mg schon gemacht, das auch den Essensantrieb reduziere. Bislang (seit drei Monaten) habe sich aber noch keine große Gewichtsänderung eingestellt. Der geplante operative Eingriff sei daher zu befürworten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 9. März 2005 wies die Beklagte sodann den Widerspruch zurück. Zur Begründung verwies sie auf die Rechtsprechung des BSG, wonach die Implantation eines Magenbandes nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht komme, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllten. Hierzu gehörten neben erheblichen Begleiterkrankungen u. a. auch die Durchführung einer längerfristig angelegten interdisziplinären Therapie (rund ein bis zwei Jahre). Nach den Feststellungen des Medizinischen Dienstes würden solche Voraussetzungen jedoch nicht vorliegen.

Hiergegen hat die Klägerin am 5. April 2005 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, seit über acht Jahren an extremem Übergewicht zu leiden. Alle Versuche, das Gewicht zu reduzieren, seien erfolglos gewesen. Kochkurse, Ernährungsberatungskurse sowie Sport hätten nichts genutzt. Außerdem sei sie auch psychisch krank. Sie trage sich mit suizidalen Gedanken. Ihre Ehe sei an ihrem Übergewicht zerbrochen. Ihre Kinder würden sich von ihr abwenden. Der operative Eingriff werde von den sie behandelnden Ärzten unterstützt.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat auf die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19. Februar 2003) und die dort aufgestellten Voraussetzungen hingewiesen, die im Falle der Klägerin nicht erfüllt seien. Insbesondere sei die Ausschöpfung konservativer Behandlungsmethoden in Form einer längerfristig angelegten interdisziplinären Therapie erforderlich, dies ergebe sich aus den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, die vor einem chirurgischen Eingriff die Durchführung einer interdisziplinären Therapie von mindestens einem Jahr vorsehe.

Das SG hat mit Urteil vom 29. März 2006 die Klage abgewiesen. Es hat hierbei auf der Grundlage der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) - in SozR 4-2500 § 137 c Nr. 1 = [BSGE 90, 289](#)) darauf hingewiesen, dass ein Anspruch der Klägerin daran scheitere, dass nicht alle konservativen Behandlungsmethoden erfolglos durchgeführt worden seien. Das SG könne zwar nachvollziehen, dass die Durchführung der Magenband-Implantation, die zu einer Verkleinerung des Magens führe, wegen der hierdurch zwangsweise reduzierten Möglichkeit der Nahrungsaufnahme zur Gewichtsreduktion führe. Jedoch sei im Anschluss an Dr. G. vom MDK bei der Klägerin die Erarbeitung eines ärztlich geleiteten Gesamtkonzepts, welches diätetische Maßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie, ggfs. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und psychotherapeutische Intervention umfasse, und die konsequente Durchführung als Langzeitbehandlung erforderlich. Die Klägerin habe nach Aktenlage in den vergangenen Jahren lediglich kurzfristig verschiedenste Diäten und Kurprogramme durchgeführt, nach deren Abschluss sie jedoch wieder an Gewicht zugenommen habe. Ein langfristig und interdisziplinär angelegter Therapieansatz unter ärztlicher Anleitung und Kontrolle mit dem Ziel der Änderung der Ernährungsgewohnheiten sei von der Klägerin bis jetzt jedoch nicht in Angriff genommen worden. Auch die beim Neurologen und Psychiater R. durchgeführte Verhaltenstherapie reiche insoweit nicht aus. Angesichts dessen stelle sich die von der Klägerin gewünschte chirurgische Intervention zur Behandlung ihres Übergewichts nicht als ultima ratio im Sinne der BSG-Urteile vom 19. Februar 2003 dar. Im Übrigen habe die Klägerin aufgrund ihrer eigenen Bemühungen gelegentlich kurzfristig eine Gewichtsreduktion erzielen können, was belege, dass sie durchaus in der Lage sei, Körpergewicht auch ohne eine Verringerung des Magenvolumens zu reduzieren. Der Abbruch der jeweiligen Diätmaßnahmen erfolgte jedoch nicht wegen Wirkungslosigkeit, sondern aus anderen Gründen. Die Beklagte weise daher zutreffend darauf hin, dass durch einen operativen Eingriff das eigentliche Problem der Klägerin nicht behoben werde. Auch nach einer Reduzierung des Magenvolumens könne die Klägerin auf eine gesundheitsbewusste Ernährung und eine kalorienreduzierte Ernährung nicht verzichten. Dies erscheine der Klägerin derzeit noch nicht zu gelingen. Diese Grundhaltung schließe den operativen Eingriff aber auch deswegen aus, da momentan noch ambulante Behandlungsmethoden und Therapien zur Verfügung stünden. Auch aus den Bescheinigungen des Hausarztes der Klägerin R., des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie R. sowie des ärztlichen Gutachtens von Prof. Dr. He. und Dr. H. ergebe sich nichts anderes. Keinem der Ärzte sei in ihrer Schlussfolgerung zu folgen. Sie würden übersehen, dass bei

der Klägerin noch ambulante Behandlungsmethoden vorhanden seien und dass sie insbesondere eine Ernährungsumstellung, die ggfs. auch von verhaltenstherapeutischen Maßnahmen flankiert sei, ein geeignetes, bisher noch nicht in ausreichendem Umfang eingesetztes Mittel zur Gewichtsreduktion sei.

Die Klägerin hat gegen das ihrem Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 28. April 2006 zugestellte Urteil am 9. Mai 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend, im MDK-Gutachten vom 4. Februar 2004 werde der Klägerin im Ergebnis vorgehalten, dass eine konsequente diätetische Therapie über mindestens ein Jahr und eine konsequente mittelfristige Psychotherapie fehle. Tatsache sei, dass die Klägerin seit über zehn Jahren hinweg ständig neue Diäten und Therapien absolviere, mit der Ernährungsberaterin gesprochen habe, Ernährungstagebücher geführt habe, ihr Gewicht ständig kontrolliere, die verschiedensten Ärzte aller Fachrichtungen aufgesucht und aus ihrer Sicht alles getan habe, was in ihrer Macht stehe, um ihr Gewicht zu reduzieren. Als sie schließlich mit allem gescheitert gewesen sei, habe sie darum gebeten, das Magenband zu erhalten, um ihr Leben wieder in Ordnung zu bringen. Bei der Klägerin komme noch hinzu, dass sie ihr Mann verlassen habe, ihre Ehe gescheitert sei und sie dies auf ihr Übergewicht zurückführen müsse. Es sei im Übrigen auch so, dass sie sich im Hinblick auf die Mitteilung der Beklagten, wonach Dr. Her. in P. ein längerfristig angelegtes Therapiekonzept für Adipositas erkrankte anbiete, sich dort erkundigt habe und habe erfahren müssen, dass auch dort nur mit Wasser gekocht werde und man so vorgehen wolle, wie sie es bereits über zehn Jahre hinweg erfolglos versucht habe. Die Klägerin komme sich im Stich gelassen vor.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 29. März 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. März 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für eine operative Magenverkleinerung (Magenband-Implantation) zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 6. September 2006 gab die Klägerin auf die Frage, was denn in den vergangenen Jahren trotz all der von ihr versuchten Diäten etc. schief gelaufen sei an, dass sie jeweils schon abgenommen, aber gleichzeitig auch wieder zugenommen habe. Sie arbeite in der Küche in einem Altenheim und habe damit ständig mit Essen zu tun. Die Klägerin hat in dem Zusammenhang auch auf Vorhalt bestätigt, dass sie dann auch nebenher esse. Außerdem habe sie nach ihren Diäten jeweils Essattacken gehabt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz und das Protokoll über den Termin zur Erörterung des Sachverhalts vom 6. September 2006 Bezug genommen.

II.

Der Senat kann die Berufung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu vorher gehört worden.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert in Höhe von 500 EUR ist überschritten. Im Streit steht die Übernahme der Kosten für eine Magenband-Implantation, die üblicherweise in einer Größenordnung von deutlich über 500 EUR liegen.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Kosten für eine operative Magenverkleinerung (Magenband-Implantation) zu übernehmen. Die Klägerin 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 zugleich 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 Stoffwechselerkrankungen, 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 der Senat 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 mitumfasst, 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 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 alledem das den Beteiligten bekannte Senatsurteil vom 29.8.2005, - L 5 KR 1676/05 -).

Der Senat folgt im Falle der Klägerin der Einschätzung des MDK. Dr. G. hat in seinem Gutachten vom 4. Februar 2004 überzeugend dargelegt, dass die konservativen Behandlungsmöglichkeiten bei der Klägerin nicht ausgeschöpft wurden. Es fehlt nach wie vor an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtkonzept, das Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie, ggfs. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Intervention umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent umgesetzt werden muss. An dieser Voraussetzung ist festzuhalten, wobei eine strenge Prüfung erforderlich ist (vgl. Ziffer 6.4.7. 3. Absatz der Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas"). 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 sechs- bis zwölfmonatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien voraus (so auch der u. a. von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin herausgegebene Entwurf der Evidenz basierten Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas - Version 2005 Entwurf Stand 4. Oktober 2005). Diese Behandlung umfasst ein Basisprogramm mit den Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowie adjuvanter medikamentöser Therapie (Nr. 6.4 der genannten Leitlinie). Sie ist ärztlich zu koordinieren, zu leiten und zu dokumentieren. All das ist im Fall der Klägerin nicht in ausreichendem Maße geschehen. Das SG hat dies auch in seinen Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils zutreffend dargelegt; hierauf wird Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Berufungsvorbringen der Klägerin führt auch zu keiner anderen Beurteilung. Im Wesentlichen wiederholt die Klägerin auch nur ihren schon im Klageverfahren geltend gemachten Vortrag. Danach bleibt festzuhalten, dass die Klägerin zwar - wie bereits auch vom SG und MDK kritisch gewürdigt - seit zehn Jahren Diäten in allen Variationen einschließlich auch der Teilnahme bei den Weight Watchers durchgeführt hat, diese jedoch alle letztlich keinen dauerhaften Erfolg hatten und dies ganz offensichtlich, wie die Angaben der Klägerin im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 6. September 2006 ergeben haben und auch bereits vom MDK problematisiert wurde, seine Ursache darin hat, dass die Klägerin als Küchenhelferin in einem Altenheim den ganzen Tag Kontakt zu Lebensmitteln hat und offensichtlich über den Tag verteilt außer ihren normalen Mahlzeiten dort auch regelmäßig Lebensmittel zusätzlich zu sich nimmt. Dies bedeutet aber, dass - selbst wenn man bei der Klägerin die Magenbandoperation vornehmen würde - zu befürchten wäre, dass sie bei einem im Übrigen unveränderten Verhalten dann nach wie vor aufgrund des daneben über den ganzen Tag verteilten Essens mit einer Gewichtszunahme rechnen müsste. Voraussetzung wäre danach vielmehr für eine erfolgreiche Gewichtsreduktion bei der Klägerin offensichtlich, wenn sie hier insbesondere neben entsprechenden diätischen Maßnahmen und einem kontrollierten Essen im Zusammenhang mit den üblichen Mahlzeiten auch erlernen würde (sinnvoller Weise auch im Rahmen einer entsprechenden verhaltenstherapeutischen Behandlung) während ihrer Arbeit als Küchenhelferin trotz der ständigen Versuchung auf entsprechende Nahrungsaufnahme während ihrer Arbeit, an ihrem Arbeitsplatz zu verzichten. Im Hinblick darauf, dass - wie auch bereits vom SG angesprochen und von der Klägerin im Erörterungstermin auch bestätigt - die Diäten in der Vergangenheit zunächst auch zu einer Gewichtsreduktion führten, ist damit nach Überzeugung des Senats davon auszugehen, dass bei der Klägerin durchaus bei einem Gesamtkonzept, im Rahmen dessen u. a. entsprechende diätische Ernährungsmaßnahmen ergriffen werden, parallel mit einer entsprechend verhaltenstherapeutischen Behandlung - gezielt hinsichtlich der besonderen Situation am Arbeitsplatz der Klägerin - eine dauerhafte Gewichtsreduktion im Wege einer konservativen Behandlungsmethode erwartet werden kann.

Aus all diesen Gründen sind daher die Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten für die von der Klägerin begehrte Magenbandoperation durch die Beklagte nicht gegeben. Die - wie bereits auch vom SG angesprochen - dem entgegenstehenden Empfehlungen der behandelnden Ärzte können hier nicht durchgreifen, weil von diesen jeweils die oben dargestellten Voraussetzungen einer langfristigen konservativen Behandlungsmethode nicht beachtet wurden.

Aus diesen Gründen ist die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-12-29