

L 11 KR 3560/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 2129/08
Datum
15.07.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3560/09
Datum
01.03.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Magen-Bypass-Operation wegen krankhaften Übergewichts besteht in der GKV nur, wenn alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Dazu gehört auch die Durchführung einer 6 bis 12 Monate dauernden ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtherapie, welche ua Diätmaßnahmen, Schulungen des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie usw umfasst.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 15. Juli 2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten einer Magen-Bypass-Operation (10.271,74 EUR) zu erstatten hat.

Die am 10. Februar 1964 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Seit über 25 Jahren litt die Klägerin an Übergewicht (morbid) Adipositas per magna bei einer Körpergröße von 170 cm und einem Gewicht von 138,8 kg (Body-Mass-Index [BMI] 47 kg/m²; Stand Oktober 2007). Sie litt deshalb an Beschwerden des Bewegungsapparates, an Kurzatmigkeit und an einer reaktiven Depression. Sie ist als Sekretärin in der radiologischen Abteilung des Klinikums L. beschäftigt.

Unter Beifügung der Stellungnahme des Chefarztes (Chirurgie und Unfallchirurgie) des Krankenhauses S. Prof. Dr. W. vom 18. Oktober 2007 beantragte die Klägerin über ihren behandelnden Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. am 13. November 2007 bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine laparoskopische Magen-Bypass-Operation. Prof. Dr. W. führte aus, durch das langjährige massive Übergewicht habe die Klägerin multiple Erkrankungen. Sie leide besonders an Beschwerden des Bewegungsapparates (Verspannungen in der Wirbelsäule und schmerzhaft Probleme in den Füßen) und an Kurzatmigkeit. Bei einem BMI von 47 kg/m² liege eine morbid Adipositas vor, weshalb eine Magen-Bypass-Operation empfohlen werde. Hierdurch komme es zu einer Gewichtsabnahme von 70 bis 75 % des bestehenden Übergewichts. Die vorgeschlagene Operation stelle den Standard der US-Adipositas-Chirurgie dar. Die Adipositas-Anamnese sei mit mehr als 20 Jahren ausreichend lang um eine operative Behandlung in Erwägung zu ziehen. Auch könne die Klägerin auf eine ausreichende Anzahl konservativer Therapieversuche mit ärztlich geleiteten ambulanten Gewichtsreduktionen sowie auf multiple frustrierte Versuche zu Gewichtsreduktion verweisen. Sie habe an Kuren, zahlreichen Diäten und Ernährungsberatungen teilgenommen. Leider sei sie nicht in der Lage, ihr Gewicht zu halten und nehme mit Diäten im Sinne des Jo-Jo-Effektes ständig an Gewicht weiter zu. Schwerwiegende Contra-Indikationen lägen nicht vor. Die Klägerin legte darüber hinaus die Verordnung von Krankenhausbehandlung des Facharztes für Innere Medizin Dr. T. vom 19. Oktober 2007 vor. Danach bestehe aufgrund einer Adipositas per magna die Indikation für einen Magen-Bypass. Als nächst erreichbares geeignetes Krankenhaus gab er "KH S., Chirurgie" an. Darüber hinaus attestierte er (undatiert) der Klägerin eine Adipositas per magna, wodurch die Klägerin in erheblicher Weise beeinträchtigt sei. Es bestehe insbesondere eine ausgeprägte psychische Belastung mit sozialen Rückzugstendenzen. Die durchgeführten diätetischen Behandlungsstrategien, einschließlich strukturierter Behandlungskonzepte seien nicht erfolgreich gewesen, sodass aus seiner Sicht eine adipo-sitas-chirurgische Intervention sinnvoll sei. Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. L. gab in seinem Attest vom 26. Oktober 2007 an, als Folgeerscheinung der Adipositas sei es zunehmend zu einer reaktiven depressiven Entwicklung gekommen. Bei der Klägerin habe sich eine deutlich gedrückte Grundstimmung gezeigt. Sie habe die verschiedensten Diätformen durchgeführt ohne einen bleibenden Erfolg zu verzeichnen. Eine Essstörung im eigentlichen Sinne liege nicht vor. Sie ernähre sich ganz bewusst, möglichst fettarm mit viel Gemüse und Obst. Heißhungerattacken auf Nahrungsmittel oder Süßigkeiten

seien bei der Klägerin nie vorgekommen. Bei normalem Essverhalten ohne Suchttendenzen sei auch eine ambulante psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgversprechend. Eine stationäre psychosomatische Behandlung sei bereits in Bad S. durchgeführt worden. Die Klägerin legte zudem eine Aufstellung über ihre Diätversuche der Jahre 1984 bis 2006 sowie das Ernährungsprotokoll für den Monat Oktober 2007 vor (Bl 5 bis 8 der Verwaltungsakte). Sie wies zudem darauf hin, dass sie täglich eine Stunde mit ihrem Hund spazieren gehe und sie ihr Haus und den Garten versorge, wobei sie trotz allem ihr Gewicht nicht dauerhaft unter Kontrolle halten könne. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Dr. A. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 29. November 2007 ein. Danach seien komplexe Therapiemaßnahmen von sechs bis zwölf Monaten nicht dokumentiert. Insgesamt sei die medizinische Notwendigkeit der beantragten Maßnahme zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zu bestätigen. Mit Bescheid vom 4. Dezember 2007 lehnte die Beklagte daraufhin die Übernahme der Kosten für die begehrte Operation, gestützt auf die Stellungnahme des MDK, ab. Eine Langzeittherapie sei konsequent durchzuführen und zu dokumentieren.

Hiergegen erhob die Klägerin am 12. Dezember 2007 Widerspruch, mit dem sie geltend machte, sie habe in den letzten 20 bis 25 Jahren ua an folgenden Programmen zur Gewichtsreduktion teilgenommen: Brigitte-Diät, Ernährung mit Diätmitteln aus der Apotheke, FdH, Ernährung mit fett- und zuckerreduziertem Essen, Ernährung überwiegend bestehend aus Eiweiß, Ernährung überwiegend mit wenig Kohlenhydraten, lange Zeiträume begleitet durch "Weight Watchers" und auch begleitende Teilnahme beim "Treffpunkt Wunschgewicht". Die Maßnahmen seien nicht von dauerhaftem Erfolg gewesen. Es sei immer wieder zu einem Jo-Jo-Effekt gekommen. Auch habe sie sich immer bewegt und sei sportlich aktiv gewesen. Seit ihrer Schulteroperation könne sie nur noch ein eingeschränktes Bewegungsprogramm absolvieren. Sie sei zwischenzeitlich wegen einer Depression in ärztlicher Behandlung und am Ende ihrer psychischen Kräfte. Die Beklagte holte daraufhin das Gutachten des Dr. W. vom MDK vom 11. Januar 2008 ein, wonach die von Dr. L. angegebene Depression nicht als Kontraindikation für den Eingriff anzusehen sei. Allerdings seien die konservativen Behandlungsmöglichkeiten nicht erfolglos ausgeschöpft worden. Die regelmäßige Teilnahme an einer mehrdimensionalen Behandlung und deren Verlauf seien nachzuweisen. Eine entsprechende Dokumentation liege weiterhin nicht vor. Die Aufzeichnungen der Klägerin hierzu seien nicht ausreichend.

Die Klägerin hat die begehrte Magen-Bypass-Operation im Rahmen einer stationären Krankenhausaufenthaltes im Krankenhaus S. vom 8. bis zum 14. April 2008 durchführen lassen. Die Gesamtkosten betragen nach eigenen Angaben 10.191,56 EUR, welche die Klägerin bereits beglichen hat.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies mit Widerspruchsbescheid vom 25. April 2008 den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, bei künftigen Gewichtsreduzierungen sei durch eine fachlich geleitete Verhaltenstherapie darauf hinzuwirken, dass die Gewichtsreduktion auch dauerhaft beibehalten werde. Somit erscheine nach den Adipositas-Leitlinien eine fachpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung angezeigt. Die Klägerin solle sich an ihren behandelnden Arzt wenden, damit das weitere therapeutische Vorgehen mit ihr abgestimmt werden könne.

Hiergegen hat die Klägerin am 9. Mai 2008 beim Sozialgericht Stuttgart Klage erhoben, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 3. Juli 2008 an das örtlich zuständige Sozialgericht Heilbronn (SG) verwiesen hat. Zur Begründung hat die Klägerin im Wesentlichen vorgetragen, sowohl Dr. L. als auch Prof. Dr. W. und Dr. T. hätten die medizinische Notwendigkeit der Durchführung einer Magen-Bypass-Operation bestätigt. Auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) stehe ihr ein Anspruch auf Kostenerstattung zu. Sie habe ihre Diäten im Durchschnitt mindestens sechs Monate durchgeführt. Hierbei sei es zu Gewichtsabnahmen von ca 20 kg gekommen. Allerdings habe sie danach mehr als das abgenommene Gewicht wieder zugenommen. Abgesehen von der Betreuung durch "Weight Watchers" und "Treffpunkt Wunschgewicht" seien die Diäten nicht unter Beteiligung eines Ernährungsberaters bzw unter Aufsicht eines Facharztes für Ernährungstherapie durchgeführt worden. Durch ihre Ausbildung als Arzthelferin in einer internistischen Arztpraxis und ihre berufliche Tätigkeit habe sie aber genauere Kenntnisse über die "richtige Ernährung" erlangt. Sie sei selbst durch Ärzte stigmatisiert worden, wodurch sie stets starke Hemmungen verspürt habe, sich überhaupt bei Ärzten vorzustellen. Seit mehr als 26 Jahren unternehme sie täglich Spaziergänge mit ihren Hunden (zweimal Täglich ein bis zwei Stunden zügiges Gehen). Darüber hinaus sei sie mindestens zweimal wöchentlich schwimmen gegangen. Zuhause trainiere sie auf dem Hometrainer und auf dem Laufband. Außerdem nutze sie bei ihrem Arbeitgeber das Treppenhaus zum täglichen Bewegungstraining. Ein Physiotherapeut oder Arzt für Sportmedizin sei nicht eingebunden gewesen. Vom 21. Oktober bis 6. Dezember 1984 habe sie an einer psychosomatischen Kur in Bad S. teilgenommen. Bei einer täglichen Aufnahme von nur 600 kcal sei es innerhalb dieser sechs Wochen zu einer Gewichtsreduzierung von 13 kg gekommen, die jedoch nicht von Dauer gewesen sei. Die Beklagte habe die den Ärzten zukommende Einschätzungsprärogative nicht berücksichtigt. Durch die enorme Gewichtsabnahme nach der Operation (im Moment mehr als 52 kg) müsse sie nunmehr auch keinen Arzt mehr aufsuchen, da sie zurzeit keinerlei gesundheitlichen Beschwerden habe. Des Weiteren sei die Durchführung einer multidisziplinären Therapie auch nach den Leitlinien nicht zwingend, was sich aus der Formulierung "sollte" ergebe. Sie stütze ihren Anspruch zudem auf die Entscheidung des Sozialgerichts Dresden vom 21. Juni 2006 ([S 18 KR 1302/04](#)). Zur weiteren Begründung hat die Klägerin ua den Kostenvorschlag für eine "RNYP-Magen-Bypass-Operation" des Prof. Dr. W. vom 12. Februar 2008 über die geplante Operation am 8. April 2008 mit wahlärztlichen Leistungen in Höhe von EUR 4.898,55 und stationären Krankenhausleistungen (Abrechnung gemäß der Fallpauschalenvereinbarung 2007) in Höhe von 5.101,45 EUR, die Endrechnung des Krankenhauses S. vom 18. April 2008 in Höhe von insgesamt 5.293,01 EUR, einen Kontoauszug (Überweisung am 1. April 2008 von 5.373,19 EUR [Verwendungszweck: "Krankenhaus S."] und 4.898,55 EUR [Verwendungszweck: "Prof. W. Schlauchmagen"]), zwei Fotografien vom 23. Januar und 2. September 2008 und die evidenzbasierte Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas" Version 2007 vorgelegt.

Das SG hat zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts die behandelnden Ärzte der Klägerin schriftlich als sachverständige Zeugen vernommen. Dr. L. hat mitgeteilt (Auskunft vom 10. Oktober 2008), die Klägerin habe sich am 25. Oktober 2007 und am 9. Oktober 2008 bei ihm vorgestellt. Eine Behandlung bei ihm sei nicht erfolgt. Bei der Klägerin liege eine reaktive depressive Störung im Rahmen einer erheblichen Adipositas vor. Seinerseits seien keine Behandlungsmaßnahmen eingeleitet worden, da seines Erachtens nur ein operatives Vorgehen erfolgsversprechend gewesen sei. Die Klägerin habe inzwischen über 40 kg an Gewicht abgenommen. Da bei ihr weder eine Esssucht noch eine sonstige Essstörung vorgelegen habe, sei ohne Zweifel von einer medizinischen Indikation der durchgeführten operativen Maßnahme auszugehen. Dr. T. hat angegeben, die Klägerin befinde sich seit Oktober 2007 in seiner Behandlung. Sie habe ihn aufgesucht, um über die Möglichkeit eines adipositas-chirurgischen Eingriffes zu sprechen. Im Rahmen der Adipositas per magna habe sich bei der Klägerin eine reaktive depressive Verstimmung entwickelt. Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Die Klägerin habe bis zum heutigen Tag insgesamt 44 kg Gewicht reduziert und sei psychisch deutlich stabiler. Da durch die Operation eine funktionelle Ausschaltung des Magens durchgeführt worden sei, müsse bei der Klägerin auf eine regelmäßige Substitution von Vitamin B 12 geachtet

werden. Darüber hinaus sei aktuell keine weitere Therapie notwendig.

Mit Gerichtsbescheid vom 15. Juli 2009 hat das SG die Klage - nach vorheriger Anhörung der Beteiligten - abgewiesen und unter Darlegung der maßgeblichen Rechtsprechung des BSG im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe bislang eine multidisziplinäre Therapie nicht durchgeführt. Die von der Klägerin genannten Maßnahmen, die sie in den vergangenen Jahren durchgeführt habe, seien zwar anerkennenswert, erfüllten indes noch nicht die Voraussetzungen eines konsequenten Ausschöpfens sämtlicher Behandlungsmöglichkeiten. Die Durchführung einer längerfristigen Ernährungstherapie, kombiniert mit einer angepassten Bewegungstherapie und in Verbindung mit einer modifizierten Verhaltenstherapie sei bisher nicht erkennbar. Insbesondere habe die Klägerin ohne ärztliche Betreuung gehandelt. Dies sei nicht einer qualifizierten Ernährungstherapie gleichzusetzen. Auch fehle eine Bewegungstherapie unter ärztlicher Aufsicht. Notwendig sei zunächst eine medizinische Eingangsuntersuchung mit Indikationsstellung, dann eine strukturierte Schulung in Gruppen, um sodann ein multidisziplinäres Konzept anzuwenden, das eine Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie umfasse. Das zu dokumentierende Programm müsse mindestens sechs bis zwölf Monate dauern. Eine Magen-Bypass-Operation komme nur als ultima ratio in Betracht und setze die mindestens sechs bis zwölfmonatige konservative Behandlung nach den genannten Qualitätskriterien voraus. Mangels eines Primäranspruchs bestehe auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die bereits durchgeführte Operation.

Hiergegen hat die Klägerin am 6. August 2009 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und ausgeführt, das SG habe übersehen, dass ihre behandelnden Ärzte bestätigt hätten, dass die durchgeführte Operation medizinisch indiziert gewesen sei. Diese Einschätzungsprerogative bzw der ihnen zugebilligten Beurteilungsspielraum seien nicht beachtet worden. Gleiches gelte für die genannte Entscheidung des Sozialgerichts Dresden vom 21. Juni 2006. Die Besonderheiten des vorliegenden Falles seien nicht berücksichtigt worden. Im Übrigen weise sie darauf hin, dass bei ihr selbstverständlich eine Magen-Bypass-Operation durchgeführt worden sei und nicht eine Schlauchmagen-Operation, auch wenn sie dies bei der Überweisung als Verwendungszweck angegeben habe. Dies beruhe lediglich auf dem Kostenvoranschlag vom 12. Februar 2008 des Krankenhauses S ...

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 15. Juli 2009 sowie den Bescheid der Beklagten vom 4. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. April 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die im Krankenhaus S. in der Zeit vom 8. bis 14. April 2008 durchgeführte Magen-Bypass-Operation in Höhe von insgesamt 10.271,74 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und weist darauf hin, die vorgelegten ärztlichen Atteste ließen keine ärztlich betreute, längerfristige Ernährungstherapie, kombiniert mit einer angepassten Bewegungstherapie und in Verbindung mit einer modifizierten Verhaltenstherapie erkennen. Grundsätzlich sei die Adipositasstherapie nicht vorrangig in einem chirurgischen Eingriff zu sehen. Zwar komme dem behandelnden Arzt eine Einschätzungsprerogative zu. Aber zu der von der Rechtsprechung geforderten speziellen Rechtfertigung für den chirurgischen Eingriff in ein funktionell intaktes Organ gehöre auch die Ausschöpfung konservativer Therapiemöglichkeiten. Im Unterschied zum Urteil des Sozialgerichts Dresden seien hier die Behandlungsalternativen nicht ausgeschöpft worden. Zu berücksichtigen sei des Weiteren, dass bei der Klägerin keine schwere Begleiterkrankungen vorgelegen hätten. Lediglich Beschwerden des Bewegungsapparates seien von Prof. Dr. W. genannt worden. Gerade der immer wieder eingetretene Jo-Jo-Effekt zeige, dass eine Ernährungsumstellung notwendig gewesen wäre. Hierfür hätte die Klägerin an einer entsprechenden Verhaltenstherapie teilnehmen müssen. Entscheidungserheblich sei auch nicht die Frage, ob eine Operation den angestrebten Erfolg einer erheblichen Gewichtsreduktion realisieren könne oder realisiert habe, sondern die Frage der medizinischen Notwendigkeit im Sinne einer Ultima-Ratio-Maßnahme. Ambulante Arztbehandlungen seien unter der Diagnose "Adipositas" bei ihnen jedoch erstmals am 2. Oktober 2007 erfasst worden. Die Verordnung für eine Magen-Bypass-Operation sei bereits am 19. Oktober 2007 ausgestellt worden, sodass demzufolge zuvor keine ärztlich begleitete Adipositasstherapie durchgeführt worden sei. zur weiteren Begründung hat die Beklagte die Behandlungsdaten ab September 2005 vorgelegt (Bl 27 bis 33 der LSG-Akte).

Auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung des Gutachtens des Direktors der Klinik für Allgemein-, Visceral- und Kinderchirurgie am S.-B.-Klinikum V.-S., Prof. Dr. Dr. R. (Chirurg), vom 24. November 2010. Dieser hat ausgeführt, die Klägerin habe vor der Operation im Jahr 2008 an Adipositas Grad III (morbid Adipositas), an einem LWS-Syndrom, an Achillodynie, an arterieller Hypertonie und an einer Depression gelitten. Die morbid Adipositas führe in der Regel zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen. Bei einem BMI von 47 müsse zur Erreichung der Therapieziele eine drastische Gewichtsreduktion erfolgen. Aus der wissenschaftlichen Literatur sei keine nicht-operative konservative Behandlungsmethode bekannt, die eine Gewichtsreduktion von 53 kg dauerhaft erreiche. Bei einer Adipositas Grad III bedürfe es einer multimodalen Therapie, die sowohl einen konservativen Ansatz als auch einen operativen Behandlungsschritt in sich trage. Daher stelle sich die Frage einer Behandlungsalternative aus klinisch-wissenschaftlicher Betrachtung in diesem Fall nicht, sondern nur, mit welcher Mehrschritttherapie die Therapieziele erreicht werden könnten. Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien vorliegend ausgeschöpft worden. Der Umstand der Berufstätigkeit und der Versorgung einer pflegebedürftigen Mutter lasse im Übrigen keine weiteren Sport- und Freizeitaktivitäten zu. Schließlich habe die Klägerin auch über einen längeren Zeitraum die "Formula-Diät 112" durchgeführt, die im Bereich der Pharmakotherapie gesehen werden könne (Lipidbinder). Zum anderen habe sie auch "Recatol" eingenommen. Derzeit gebe es keine Pharmakotherapie. Auch die Verhaltenstherapie sei vollständig ausgeschöpft worden. Zu beachten sei, dass die Klägerin nunmehr laufende Kosten zur Supplementation habe, die sich monatlich auf 30 EUR/40 EUR beliefen. Die Operation sei für die Klägerin insgesamt von Vorteil gewesen. Sie habe seither 53 kg Körpergewicht reduziert und halte diesen Gewichtsverlust nun seitdem konstant. Eine Depression sei nicht mehr festzustellen. Schließlich sei darauf hinzuweisen, dass die Vorstellung, bei einer morbid Adipositas liege ein intaktes Körperorgan (Magen-Darm-Trakt) vor, aus wissenschaftlicher Sicht sehr strittig sei.

Die Beklagte ist dem Gutachten entgegen getreten und hat darauf hingewiesen, dass ein Schlauchmagen wegen fehlender Langzeitergebnisse nur im Rahmen von randomisierten prospektiven Studien erstellt werden dürfe.

Die Klägerin hat nochmals bestätigt, dass sie keine Schlauchmagen-Operation, sondern eine Magen-Bypass-Operation habe durchführen lassen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§§ 143, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zurecht abgewiesen, da der angefochtene Bescheid vom 4. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25. April 2008 ([§ 95 SGG](#)) rechtmäßig ist und die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzt. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die in der Zeit vom 8. bis 14. April 2008 selbst verschaffte Magen-Bypass-Operation iHv 10.271,74 EUR, weil sie vorrangige anderweitige Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft hatte.

Die Klägerin ist Mitglied der Beklagten und hat in der Zeit vom 8. bis 14. April 2008 auf eigene Kosten eine Magen-Bypass-Operation im Krankenhaus S. durchführen lassen. Hierfür sind ihr Kosten iHv insgesamt 10.271,74 EUR entstanden, die sie (vorab) am 1. April 2008 beglichen hat. Der Senat entnimmt dies dem vorgelegten Kontoauszug (Überweisung von 5.373,19 EUR [Verwendungszweck: "Krankenhaus S."] und 4.898,55 EUR [Verwendungszweck: "Prof. W. Schlauchmagen"]). Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Dass eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V vorlag, hat auch die Klägerin nicht behauptet. Eine solche scheidet auch zur Überzeugung des Senats denknotwendig aus. Denn eine Leistung ist nur dann unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (vgl BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr 22](#)). Anhaltspunkte für eine solche Dringlichkeit bestanden nicht. Denn die Klägerin litt nicht an wesentlichen Folgeerkrankungen, die ein sofortiges Handeln bedingt hätten. Im Vordergrund standen vielmehr Beschwerden des Bewegungsapparates mit Verspannungen in der Wirbelsäule und schmerzhaften Problemen in den Füßen, Kurzatmigkeit und eine reaktive Depression. Dies entnimmt der Senat der Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 18. Oktober 2007, dem Attest des Dr. L. vom 26. Oktober 2007 und dessen Auskunft vom 10. Oktober 2008 sowie dem (undatierten) Attest des Dr. T. und dessen (ebenfalls undatierten) Auskunft im Klageverfahren.

Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind nicht erfüllt. Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl [BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#); [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)). Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG Urteil vom 17. Dezember 2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Breithaupt 2010, 914 mwN). Ist das Tatbestandsmerkmal der rechtswidrigen Ablehnung der begehrten Leistung zu verneinen, bedarf es keiner Entscheidung, ob der Ausschluss der Leistung aus materiellen Gründen rechtswidrig oder auch verfassungswidrig ist. Die Klägerin hatte keinen Naturalleistungsanspruch auf Gewährung einer Magen-Bypass-Operation.

Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 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 ua 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 5 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 (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) - Liposuktion).

Ein Anspruch der Klägerin auf Krankenhausbehandlung nach [§ 27 Abs 1 Satz 1](#), [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) hängt mithin davon ab, dass die Krankenhausbehandlung der Klägerin allein aus medizinischen Gründen erforderlich war (vgl Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#), SozR 4-2500 § 35 Nr 10; ebenso Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 5/05 R](#), [BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8](#), jeweils RdNr 23). Die Erforderlichkeit richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen (vgl Großer Senat, aaO, RdNr 15). In jedem Fall bedarf es neben der generellen auch und gerade der individuellen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall (vgl BSG, Beschluss vom 7. November 2006 - [B 1 KR 32/04 R](#) - RdNr 28 und 37 f mwN; BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#), mwN). An der individuellen Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung der Klägerin fehlte es hier, da sie die bestehenden konservativen Behandlungsmethoden in eines ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtkonzeptes, welches Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, eine Bewegungstherapie, ggfs pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Intervention umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent und nachhaltig durchzuführen und zu dokumentieren ist, nicht vollständig ausgeschöpft hat.

Der Magen der Klägerin als solcher war gesund; er bedurfte keiner Operation mittels einer Bypass-Operation. Dies ergibt sich aus der Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 18. Oktober 2007, wonach am Magen selbst keine Funktionsstörung besteht. Auch Dr. T. hat in seiner Verordnung vom 19. Oktober 2007, seinem Attest und seiner Auskunft im Klageverfahren keine Funktionsstörungen des Magens angegeben. Aus dem Gutachten des Prof. Dr. R. lässt sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Er hat nur abstrakt darauf hingewiesen, dass es aus

wissenschaftlicher Sicht streitig sei, ob bei einer morbidem Adipositas beim Magen-Darm-Trakt von einem gesunden Körperorgan gesprochen werden könne. Eine konkrete Funktionsstörung des Magens bei der Klägerin hat er jedoch nicht bejaht.

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 hätte erreicht werden können, kommt es darauf an, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich war. Sodann ist zu untersuchen, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben waren. Nach den vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften (beispielsweise Leitlinie der deutschen Adipositas-Gesellschaft) kommt die Magen-Bypass-Operation 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 \geq 40 oder 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen; Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung; vgl. BSG Urteil vom 19. Februar 2003, [B 1 KR 1/02 R](#), [BSGE 90, 289](#) = [SozR 4-2500 § 137c Nr 1](#); auch Urteil vom 18. Dezember 2008 - [B 1 KR 2/08 R](#)).

Die Klägerin litt unstrittig an Übergewicht in krankhaftem Ausmaß. Die Krankheitswertigkeit der (morbidem) Adipositas per magna mit einem BMI von 47 kg/m² belegen die übereinstimmenden Angaben der behandelnden Ärzte (Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 18. Oktober 2007, Verordnung des Dr. T. vom 19. Oktober 2007 sowie dessen Attest, Attest des Dr. L. vom 26. Oktober 2007), die sachverständigen Zeugenauskünfte (Auskünfte des Dr. L. vom 10. Oktober 2008 und des Dr. T.) und die Ausführungen des MDK (Gutachten des Dr. A. vom 29. November 2007 und Gutachten des Dr. W. vom 11. Januar 2008). Aufgrund der (morbidem) Adipositas per magna litt die Klägerin an Beschwerden des Bewegungsapparates mit Verspannungen in der Wirbelsäule und schmerzhaften Problemen in den Füßen, an einer Kurzatmigkeit und an einer reaktiven Depression. Dies entnimmt der Senat der Stellungnahme des Prof. Dr. W. vom 18. Oktober 2007, dem Attest des Dr. L. vom 26. Oktober 2007 und dessen Auskunft vom 10. Oktober 2008 sowie dem (undatierten) Attest des Dr. T. und dessen (ebenfalls undatierten) Auskunft im Klageverfahren. Prof. Dr. Dr. R. hat dies in seinem Gutachten im Wesentlichen bestätigt, wobei er noch auf eine arterielle Hypertonie hinwies.

Zutreffend hat das SG aber entschieden, dass bei der Klägerin unabhängig von der bestehenden (morbidem) Adipositas per magna und den genannten Folgeerkrankungen nicht sämtliche alternativen konservativen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft waren. Denn es fehlt an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtherapiekonzept, welches Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, eine Bewegungstherapie, ggfs pharmakologisch-ärztliche Behandlung und eine kombinierte psychotherapeutische Intervention umfasst und als Langzeitbehandlung auch konsequent und nachhaltig durchgeführt und dokumentiert worden ist. Eine derartige qualitativ anspruchsvolle Therapie hätte anhand bestimmter Qualitätskriterien erfolgen und über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten durchgeführt werden müssen. Dieses Erfordernis wird so ua auch von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin aufgestellt (vgl die Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas", Version 2007 Nr 6.4.7 mit Tabelle Nr 5 [Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme]; siehe auch die "Evidenzbasierte Leitlinie chirurgische Therapie der extremen Adipositas" der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas e.V. und der Deutschen Adipositas Gesellschaft e.V. vom 1. Dezember 2006). Das SG hat in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hingewiesen, dass die bei der Klägerin nach ihren eigenen Angaben durchgeführten Maßnahmen keinen Hinweis darauf ergeben, dass bei ihr ein ärztlich koordiniertes und geleitetes Gesamtherapiekonzept über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten durchgeführt worden ist. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen ausdrücklich Bezug ([§ 153 Abs 2 SGG](#)). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass abgesehen von der Betreuung durch "Weight Watchers" und "Treffpunkt Wunschgewicht" die Diäten nach den eigenen Angaben der Klägerin nicht unter Beteiligung eines Ernährungsberaters bzw unter Aufsicht eines Facharztes für Ernährungstherapie durchgeführt worden sind. Dass die Klägerin durch ihre Ausbildung als Arzthelferin in einer internistischen Arztpraxis und ihre berufliche Tätigkeit genauere Kenntnisse über die "richtige Ernährung" erlangt hat, genügt nicht. Denn es hat sich gezeigt, dass sie zwar in der Lage war, ihr Gewicht um bis zu 20 kg zu reduzieren. Sie konnte diese Reduktion aber nicht halten. Genau dieser Umstand zeigt jedoch deutlich, dass eine konsequente Verhaltenstherapie auch unabhängig vom Vorliegen psychischer Erkrankungen (hierzu sogleich) notwendig gewesen wäre.

Des Weiteren hat eine koordinierte Bewegungstherapie nicht stattgefunden. Die täglichen Spaziergänge mit ihren Hunden, das zweimal wöchentliche Schwimmen und das Training auf dem Hometrainer/Laufband bzw die Nutzung des Treppenhauses zum täglichen Bewegungstraining stellen kein geeignetes und fachkundig geleitetes (Gesamt-)Bewegungstherapiekonzept dar.

Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass nach der bereits genannten Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Nr 6.4.7) eine psychologische oder psychosomatische Therapie vor einer operativen Behandlung zwar nicht prinzipiell erforderlich ist. Bei Patienten mit Verdacht auf Depression, Psychose, Suchterkrankung oder Essstörung muss aber zwingend ein Psychiater oder Psychotherapeut hinzugezogen werden (vgl Nr 6.4.7, S 17: "[] bei Patienten mit Verdacht auf Depression, Psychose, Suchterkrankung oder Essstörung muss ein Psychiater oder Psychotherapeut hinzugezogen werden."). Vorliegend haben sowohl Prof. Dr. W. (Stellungnahme vom 18. Oktober 2007), Dr. L. (Attest vom 26. Oktober 2007 und Auskunft vom 10. Oktober 2008) und Dr. T. (Attest und Auskunft im Klageverfahren) jedoch darauf hingewiesen, dass die Klägerin an einer reaktiven Depression bzw an einer ausgeprägten psychischen Belastung mit Rückzugstendenzen litt. Aus der Auskunft des Dr. T. im Klageverfahren folgt zudem, dass die Klägerin nach der durchgeführten Magen-Bypass-Operation psychisch "stabiler", aber eben noch nicht "stabil" ist. Dies zeigt aber, dass vor der durchgeführten Operation eine psychologische bzw psychotherapeutische Therapie notwendig gewesen wäre. Die Teilnahme an der psychosomatischen Kur vom 21. Oktober bis 6. Dezember 1984 in Bad S. liegt in zeitlicher Hinsicht zu lange zurück, als dies hier im Ergebnis etwas ändern könnte. Soweit Prof. Dr. Dr. R. bei seiner Untersuchung keine Depression mehr feststellen konnte, misst der Senat dem kein hohes Gewicht zu, da es sich hierbei um eine fachfremde Äußerung des Gutachters, der Chirurg ist, handelt. Im Übrigen ergibt sich aus den von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten Behandlungsdaten, dass die Klägerin noch im Oktober 2008 wegen einer Dysthymia behandelt worden ist.

Vor diesem Hintergrund ist der Senat der Ansicht, dass die pauschale Behauptung des Prof. Dr. Dr. R., die Klägerin habe die konservativen Behandlungsansätze voll ausgeschöpft, nicht zutrifft. Das Gegenteil ist der Fall. Insoweit ist die Entscheidung des Sozialgerichts Dresden vom 21. Juni 2006 ([S 18 KR 1302/04](#)) vorliegend ohne Bedeutung. Denn im dort entschiedenen Fall ging das Sozialgericht davon aus, dass die konservativen Behandlungsmöglichkeiten erschöpft seien. Der Hinweis des Sachverständigen auf die vielen erfolgreichen Diäten bei der Klägerin (Gutachten S 7) zeigt, dass eine Gewichtsabnahme bei der Klägerin durch nichtoperative Maßnahmen durchaus möglich und

lediglich der Erfolg nicht von Dauer war (Jo-Jo-Effekt). Gerade dieser Umstand belegt aber die Notwendigkeit einer ärztlich geleiteten bzw koordinierten Gesamttherapie zur Sicherung eines dauerhaften Behandlungserfolges. Der Senat verkennt nicht, dass es solch eine ärztlich geleitete koordinierte Gesamttherapie als einheitliche Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht gibt. Dies allein rechtfertigt aber noch nicht die Kostenübernahme für eine nur mittelbare Krankenbehandlung. Denn die im Rahmen der GKV zur Verfügung stehenden ärztlichen Leistungen einschließlich der ärztlich veranlassten Leistungen (zB Verordnung von Heilmitteln) machen es ohne Weiteres möglich, mit Hilfe ärztlicher Untersuchungs- und Beratungsleistungen über mehrere Monate eine strukturierte Therapie zur Gewichtsreduktion durchzuführen. Ohne eine solche - einer Operation als letzte verbleibende Behandlungsmöglichkeit (ultima ratio) unmittelbar vorausgehende - Gesamttherapie werden im Übrigen auch die Erfolge der operativen Behandlung überschätzt. Wenn es den Versicherten durch ärztlich überwachte Maßnahmen gelingt, das Gewicht deutlich zu reduzieren, können sich die von Prof. Dr. W. beschriebenen Erfolge der Adipositaschirurgie - Gewichtsabnahme von bis zu 75 % des Übergewichts - nicht mehr einstellen.

Ein Ausnahmefall im Sinne der Rechtsprechung, dass eine konkret lebensbedrohliche Erkrankung die grundrechtskonforme Auslegung des Leistungsanspruchs nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) erfordert, liegt im Fall der Klägerin nicht vor. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass sich ihr Übergewicht in absehbarer Zeit lebensbedrohend ausgewirkt hätte.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-04-05