

## L 5 KR 3247/09

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 16 KR 1326/07

Datum

25.06.2009

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 3247/09

Datum

06.07.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.06.2009 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt mit ihrer Klage die Übernahme der Kosten für eine Magenband-Operation.

Die am 20.06.1953 geborene Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse krankenversichert. Sie beantragte unter Vorlage eines ärztlichen Attestes von Dr. B. vom 28.09.2005 (Bl. 42 d. Verw.-Akten) und eines Attestes von Professor H./Dr. Ho. vom 20.09.2005 (Bl. 41 d. Verw.-Akten) die Übernahme der Kosten einer Magenband-Operation. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) nahm durch Dr. Zw. im Oktober 2005 (Bl. 52 d. Verw.-Akten) dahingehend Stellung, dass bei der Klägerin ein Body-Mass-Index zwischen 35 und 40 kg/m<sup>2</sup> vorliege, jedoch keine Adipositas assoziierten erheblichen Begleiterkrankungen. Es sei dokumentiert, dass die Klägerin ein Jahr eine ärztlich gestützte Ernährungsbehandlung (BCM-Diät) durchgeführt habe und Mitglied eines Fitness-Studios sei. Inwieweit diese regelmäßig trainiere und Verhaltensmodifikationen vorgenommen worden seien, sei nicht dokumentiert. Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 17.10.2005 (Bl. 54 d. Verw.-Akten) die begehrte Kostenübernahme ab.

Die Klägerin hat unter dem 24.10.2005 (Bl. 56 d. Verw.-Akten) hiergegen Widerspruch eingelegt und ein ärztliches Attest von Dr. B. vom 24.10.2005 (Bl. 55 d. Verw.-Akten) beigelegt, wonach bei ihr eine Gonarthrose beidseits, ein chronisches Wirbelsäulensyndrom, eine Osteochondrose sowie ein statisches Fußsyndrom vorliege. Es sei damit zu rechnen, dass sich die Gonarthrose und das Wirbelsäulensyndrom verschlechtere. Die Erwerbsfähigkeit der Klägerin sei höchstgradig gefährdet. Auf Grundlage einer persönlichen Untersuchung erstattete Dr. Sch. für den MDK im Januar 2006 (Bl. 63 der Verw.-Akten) ein sozialmedizinisches Gutachten. Danach bestand bei der Klägerin eine ausgeprägte Adipositas an Rumpf und Extremitäten (BMI 40,5 kg/m<sup>2</sup>), eine Gonarthrose beidseits sowie ein chronisches Wirbelsäulensyndrom. Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien nicht erfolglos ausgeschöpft worden. Die Klägerin habe keine Ernährungs- und Gewichtstagebücher vorgelegt. Es fehle an einer Dokumentation einer mindestens einjährigen konservativen Behandlung. Die Anwendung eines Gewichtsmanagements, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie enthält, sei nicht dokumentiert. Es seien lediglich zwei stationäre Reha-Maßnahmen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion über einen Zeitraum von jeweils drei Wochen durchgeführt worden. Eine fachärztliche Untersuchung durch einen Nervenarzt oder Psychiater sei nicht dokumentiert. Das Vorliegen einer manifesten psychiatrischen Erkrankung könne nicht ausgeschlossen werden. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin erneut mit, dass die Kosten für die gewünschte Operation nicht übernommen werden könnten (Schreiben vom 24.01.2006, Bl. 65 d. Verw.-Akten). Die Beklagte wies durch Widerspruchsbescheid vom 12.02.2007 (Bl. 79 d. Verw.-Akten) den klägerischen Widerspruch zurück.

Die Klägerin hat ihr Begehren weiterverfolgt, am 21.02.2007 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und vorgetragen, dass die Reduktion des extremen Übergewichts eine alternativlos zwingende Maßnahme darstelle, um eine einigermaßen normale Lebenserwartung erreichen zu können. Weiterhin sei eine sehr schnelle und dauerhafte Gewichtsreduktion erforderlich, um eine endoprothetische Kniegelenksversorgung beiderseits vermeiden zu können. Alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Sie sei durch die geforderte Führung von Ernährungs- und Gewichtstagebüchern und einem Gewichtsmanagement schlichtweg überfordert. Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten, hat zur Begründung auf ihre Entscheidung verwiesen und ergänzend vorgetragen, dass nach den Angaben der Klägerin im Rahmen der Begutachtung durch den MDK eine hormonelle Ursache der Adipositas nicht auszuschließen sei. Das Gericht hat Beweis erhoben durch schriftliche Einvernahme der behandelnden Ärzte als sachverständige Zeugen (Bl. 37 ff. der Akten). Der praktische Arzt Dr. Th. führt mit Schreiben vom 16.03.2009 (Bl. 46 ff. d. Akten) aus, dass er die Klägerin seit März 2006 betreue. Die Hauptleiden der

Klägerin lägen auf dem Gebiet der Endokrinologie, Orthopädie und Chirurgie. Dr. B. nimmt mit Schreiben vom 04.07.2009 (Bl. 113 ff. der Akten) dahingehend Stellung, dass bei der Klägerin Wirbelsäulenbeschwerden und eine Gonarthrose beidseits vorliege. Die Gelenkerkrankungen seien eindeutige Folge der zu starken Belastung durch das Übergewicht. Mit einer Verschlimmerung der orthopädischen Erkrankung sei zu rechnen. Die Ärztin für Neurologie und Psychiatrie Dr. Fie. teilte mit Schreiben vom 18.04.2009 (Bl. 117 d. Akten) mit, dass sich die Klägerin in den Jahren 2003 und 2004 sporadisch in ihrer Behandlung befunden habe. Professor H./Dr. Ho. legen mit Schreiben vom 09.04.2009 (Bl. 118 ff. der Akten) dar, dass die Klägerin an einer morbidem, therapieresistenten Adipositas permagna leide. Als Folgeerkrankungen seien eine deutliche Leberverfettung, erhebliche orthopädische Probleme mit Halswirbelsäulen-, Rücken- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden sowie extreme Kniegelenksbeschwerden, medikamentenpflichtige Unterschenkelödeme und eine ausgeprägte psychosoziale Problematik aufgetreten. Die Klägerin habe bisher eine Ernährungsberatung, Ernährungsschulung, Ernährungsumschulung unter ärztlicher Überwachung, Bewegungstherapie unter ärztlicher Bewachung, medikamentöse Therapie durchgeführt. Ob psychotherapeutische Maßnahmen oder stationäre Heilmaßnahmen absolviert worden seien, sei nicht bekannt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. M. hat mit Schreiben vom 19.04.2009 (Bl. 121 ff. d. Akten) erklärt, dass die Klägerin von April 2004 bis Juli 2006 im Rahmen eines BCM-Gewichtsreduktionsprogrammes bei ihm zur Beratung gewesen sei. Die Beratung habe an insgesamt 15 Terminen, meist in Gruppen, stattgefunden. Das BCM-Programm beruhe auf dem Verzicht eines Nahrungsergänzungsmittels, regelmäßigen Kontrollmessungen der Körperzusammensetzung und Beratungsgesprächen. Bei der ersten Messung sei ein BMI von 39,8 errechnet worden, der sich im Laufe der Beratung auf 35,4 habe senken lassen. In den ersten Wochen sei das Körpergewicht deutlich zurückgegangen. Jedoch habe das erreichte Gewicht nicht gehalten werden können. Die Gründe seien nicht bekannt. Die Beratungen seien für längere Zeit nicht besucht worden. Im Frühjahr 2006 habe ein erneuter Versuch zur Gewichtsabnahme stattgefunden, der jedoch nicht mehr durch ihn begleitet worden sei. Der MDK nahm für die Beklagte durch Dr. Sch. im Mai 2009 (Bl. 130 ff. d. Akten) dahingehend Stellung, dass bei der Klägerin Adipositas permagna vorliege, die Klägerin an Ernährungsberatungen teilnehme und Bewegungstraining durchgeführt habe. In den ärztlichen Stellungnahmen sei aber nicht dargelegt, dass eine suffiziente Verhaltenstherapie ausgeführt worden sei. Dies sei aber umso wichtiger, da während der Beratung bei Dr. M. eine Gewichtsreduktion erzielt worden sei. Daher sei zu empfehlen, dass das sogenannte integrative Gesamtbehandlungskonzept mit gleichzeitiger und lang anhaltender Ernährungsberatung sowie Bewegungs- und Verhaltenstherapie konsequent für die Dauer von 12 Monaten durchgeführt werde. Die Klägerin müsse Essstagebücher führen, die in kurzfristigen Abständen von der Ernährungsberatung zu überprüfen wären und gegebenenfalls der Klägerin Motivationshilfen zu geben wären. Bei einer solchen Behandlung könne durchaus mit einer einschneidenden Gewichtsabnahme gerechnet werden.

Mit Gerichtsbescheid vom 25.06.2009 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, der Klägerin stehe gegen die Beklagte kein Anspruch auf eine Magenband-Operation als Sachleistung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu. Als Anspruchsgrundlage kommt [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach hätten Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn diese notwendig sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Kammer sehe in dem massiven Übergewicht und den bereits aufgetretenen Folgeerkrankungen der Klägerin zwar eine Krankheit im Sinne dieser Vorschrift. Sie sei aber davon überzeugt, dass die Klägerin die konservativen Behandlungsmöglichkeiten bisher nicht ausgeschöpft habe. Die Kammer folge der Einschätzung des MDK. Dr. Zw., Dr. Sch. und Dr. Sch. hätten in ihren sozialmedizinischen Gutachten vom 14.10.2005, 13.01.2006 und 15.09.2009 überzeugend dargelegt, dass die konservativen Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft worden seien. Es fehle nach wie vor an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamttherapiekonzept, das Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie und kombinierte psychotherapeutische Interventionen umfasse und als Langzeitbehandlung auch konsequent umgesetzt werden müsse. An dieser Voraussetzung sei festzuhalten, wobei eine strenge Prüfung erforderlich sei (vgl. Ziff. 6.4.7 der Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas). Die operative Magenverkleinerung als von der gesetzlichen Krankenversicherung zu übernehmende Therapie extremer Adipositas komme nur als Ultima Ratio bei nach strengen Kriterien auszuwählenden Patienten in Betracht und setze eine mindestens 6- bis 12-monatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien voraus (so die von der Deutschen Adipositas-Gesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin herausgegebene evidenzbasierte Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas Version 2007). Diese Behandlung umfasse als Basisprogramme die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowie adjuvante medikamentöser Therapie (Nr. 6.4 der genannten Leitlinie). Sie sei ärztlich zu koordinieren, zu leiten und zu dokumentieren. Eine solche Gesamtbehandlung, die die verschiedenen Therapieformen umfasse, sei bei der Klägerin nicht erfolgt. Zwar möge die Klägerin Ernährungsberatung und verschiedene Diäten absolviert, eine medikamentöse Therapie und eine Bewegungstherapie im Rahmen der orthopädischen Behandlung durchgeführt haben, jedoch fehle es an einer ärztlich koordinierten, geleiteten und dokumentierten Gesamttherapie mit Elementen der Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie mit einer Dauer von mindestens 6 Monaten. Ausweislich der Stellungnahmen der behandelnden Ärzte habe eine solche Behandlung nicht stattgefunden. Vielmehr habe die Klägerin im Jahre 2004 eine rheumatologische medizinische Rehabilitation (Entlassbericht der Federseeklinik B. B. vom 18.05.2004, Bl. 102 ff. d. Akten) absolviert und im Rahmen der ambulanten orthopädischen Behandlung Krankengymnastik durchgeführt. Weiterhin sei dokumentiert, dass die Klägerin in der Zeit vom 27.04.2004 bis zum 06.07.2006 an einem BCM-Gewichtsreduktionsprogramm, welches den Verzehr von Nahrungsergänzungsmitteln, regelmäßigen Kontrollmessungen der Körperzusammensetzung und (Gruppen-)Beratungsgespräche beinhalte, teilgenommen habe. Ausweislich der Stellungnahme des beratenden Arztes Dr. M. habe die Klägerin zu Beginn der Behandlung eine deutliche Gewichtsreduktion erreichen, jedoch aus unbekannten Gründen dieses Gewicht nicht halten können. Weiterhin habe Dr. M. mitgeteilt, dass die Klägerin die Beratungen für längere Zeit nicht besucht habe und ein erneuter Versuch der Gewichtsabnahme nicht mehr ärztlicherseits begleitet worden sei. Daraus sei ersichtlich, dass dieses Gewichtsreduktionsprogramm nicht den dargestellten Anforderungen entspreche. Zunächst sei nicht erkennbar, dass in dieses Programm auch Komponenten der Bewegungs- und Verhaltenstherapie integriert gewesen seien. Weiterhin sei dieses Programm offensichtlich nicht in hinreichendem Maße ärztlich koordiniert, geleitet und dokumentiert worden. So sei nicht erkennbar, warum die von der Klägerin zu Beginn des Programms erreichte Gewichtsreduktion nicht habe gehalten werden können und welche therapeutischen oder ärztlichen Interventionen nach dem Gewichtsanstieg erfolgten. Schließlich sei zu berücksichtigen, dass ausweislich der Stellungnahme von Dr. M. die Klägerin für längere Zeit die im Rahmen des Gewichtsreduktionsprogramms angebotenen Beratungen nicht besucht habe, mithin nicht die erforderliche kontinuierliche Behandlung durchgeführt habe. Aus den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte ergebe sich keine andere Beurteilung. Dem behandelnden Hausarzt Dr. Th. seien weder Therapien zur Behandlung der Adipositas noch der Operationswunsch der Klägerin bekannt. Der Arzt für Chirurgie Dr. B. habe gleichfalls nicht mitteilen können, welche Therapien die Klägerin hinsichtlich der Adipositas durchgeführt habe. Professor H./Dr. Ho. hätten sich damit begnügt, die Durchführung einer Ernährungsberatung, Ernährungsschulung unter ärztlicher Überwachung, Bewegungstherapie unter ärztlicher Überwachung und einer medikamentösen Therapie zu behaupten, ohne - wie gefordert - Beginn und Ende der Maßnahme, Erfolg der Maßnahme etc. darzulegen. Zudem hätten auch Professor Dr. H./Dr. Ho. nicht behauptet, dass eine ärztlich koordinierte und geleitete Behandlung nach dem dargestellten Gesamttherapiekonzept durchgeführt worden sei. Schließlich habe die Klägerin nicht ansatzweise aufgezeigt, in welchem

Zeitraum sie die erforderliche Gesamtbehandlung, bestehend aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie, für die Dauer von 6 bis 12 Monaten erfolglos durchgeführt habe.

Gegen diesen ihr am 02.07.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 15.07.2009 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt und im Wesentlichen vorgetragen, ausweislich der Stellungnahme von Herrn Professor Dr. H., ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie am akademischen Lehrkrankenhaus in B.-C., Stuttgart leide die Klägerin an einer morbidem, therapieresistenten (!) Adipositas permagna. Diese therapieresistente (!) Grunderkrankung führe zu überlastungsbedingten Gelenkbeschwerden, die medikamentenpflichtig seien und zur Notwendigkeit von Knieoperationen (drei Mal rechtes Knie, zwei Mal linkes Knie). Das Klinikum Stuttgart bescheinige Adipositas Grad 3, die seit über 20 Jahren bestehe und eine Vielzahl von Folgeerkrankungen, die namentlich benannt würden. Es drohten durch diese Grunderkrankungen zeitnah Adipositas assoziiert Nebenerkrankungen wie Bluthochdruck, Kardiomyopathie und diabetische Stoffwechsellage. Entgegen der Darstellung der Beklagten seien bereits langjährig Ernährungsberatung, Ernährungsschulung, Ernährungsumstellung unter ärztlicher Begleitung, Bewegungstherapie unter ärztlicher Anleitung und eine medikamentöse Therapie versucht worden, die jedoch alle insgesamt versagt hätten. Nach der Auffassung von Professor Dr. H. werde es der Klägerin mit weiteren internistisch/konservativen Therapiemaßnahmen nicht möglich sein, ihr extremes Übergewicht zu reduzieren, so dass die begehrte Operation die günstigste Therapiemaßnahme darstelle, um rasch zu einer Gewichtsreduzierung zu kommen. Auch aus der Stellungnahme von Dr. M. werde deutlich, dass die Klägerin eine eigenfinanzierte Therapie bei ihm absolvierte habe, was ihren Leidensdruck zeige. Sie sei jedoch nicht in der Lage gewesen, zu einer dauerhaften Gewichtsreduzierung zu kommen. Aus den Stellungnahmen von Dr. B. ergebe sich, dass die geforderte weitere konservative Therapie unter Verzicht auf die Magenband-Operation nicht ausreichend sei, da nach den Feststellungen von Professor Dr. H. und Dr. B., sämtliche konservativen Behandlungsmaßnahmen ausgeschöpft seien bzw. nicht Erfolg versprechend seien. Zudem bestehe eine sehr stark angespannte zeitliche Dimension/zeitnah mit dieser Therapie noch zu Therapieerfolgen zu kommen und weitere Dauerschäden zu vermeiden. Die Aussage von Professor Dr. H. einer "therapieresistenten" Adipositas sei eindeutig. Insofern basiere das Urteil auf einer fehlerhaften medizinischen Begutachtungslage und sei deshalb aufzuheben.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 25.06.2009 und den Bescheid der Beklagten vom 17.10.2005 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.02.2007 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eine Magenband-Operation als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihren Bescheid für rechtmäßig und trägt ergänzend vor, bei der Klägerin bestehe seit Jahren eine Adipositas mit einem BMI von 40. Begleiterkrankungen seien bereits aufgetreten. Mehrfach habe die Klägerin mittels verschiedener Diät- und Gewichtsabnahmemäßnahme versucht, ihr Körpergewicht zu mindern. Erfolge, die hierbei erzielt worden seien, hätten nicht stabilisiert werden können. Auf Empfehlung ihrer behandelnden Ärzte habe die Klägerin am 30.09.2005 einen Antrag auf Kostenübernahme für eine operative Magenverkleinerung gestellt. Die Gutachter des MDK hätten in ihren Stellungnahmen vom 12.10.2005, vom 13.01.2006 und vom 15.05.2009 dargelegt, dass die Klägerin keine konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien, in der zeitgleich Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie zum Einsatz kommen, über einen längeren Zeitraum durchgeführt und dokumentiert habe. Einzelne konservative Maßnahmen und über kürzere Zeiträume seien seitens der Klägerin vorgenommen worden, um ein integriertes Gesamtkonzept habe es sich bei keiner dieser Maßnahmen gehandelt. Diese Voraussetzungen, welche das Bundessozialgericht für die Kostenübernahme eines operativen Eingriffs im Bereich des Magens als unabdingbar ansehe, seien bei der Klägerin nicht gegeben. Konservative Behandlungsmöglichkeiten seien nach Einschätzung der Gutachter des MDK nicht ausgeschöpft worden; es fehle an einem ärztlich koordinierten und geleiteten Gesamtkonzept.

Die Beteiligten haben auf die Durchführung einer mündlichen Verhandlung verzichtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihr eine stationäre operative Magenbandimplantation zu gewähren. Die Klägerin hat darauf keinen Anspruch.

I. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs ist [§ 11 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. 1.) Unter Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsrechts ist ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand zu verstehen, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat. Der krankenversicherungsrechtliche Krankheitsbegriff unterscheidet sich damit vom medizinischen Krankheitsbegriff; dieser versteht unter Krankheit eine Erkrankung mit bestimmten Symptomen und Ursachen. Für die Feststellung der Regelwidrigkeit des Zustands ist vom Leitbild des gesunden Menschen auszugehen, der zur Ausübung normaler körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist. Eine Abweichung von dieser Norm führt zur Regelwidrigkeit des körperlichen, seelischen oder geistigen Zustandes. Es muss aber eine erhebliche Abweichung vorliegen, nur geringfügige Störungen, die keine wesentliche funktionelle Beeinträchtigung zur Folge haben, genügen nicht (vgl. KassKomm/Höfler, [§ 27 SGB V](#) RdNr 9 ff.; BSG, Urt. v. 19.2.2001, - [B 1 KR 1/02 R](#) - m. w. N.). Für das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit kommt es nicht darauf an, ob (schon) gegenwärtig eine Behandlungsnotwendigkeit besteht. Behandlungsbedürftigkeit ist auch 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.

Die Krankenbehandlung, deren Notwendigkeit (und Zweckmäßigkeit) nach den Maßstäbe der evidenzbasierten Medizin zu beurteilen ist,

umfasst gem. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) und 5 SGB V die ärztliche Behandlung sowie die Krankenhausbehandlung. Gem. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) besteht 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. Die Krankenhausbehandlung umfasst nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Gem. [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) haben Qualität und Wirksamkeit der Leistungen und damit auch der (ambulanten oder stationären) Krankenbehandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. In der (ambulanten) vertragsärztlichen Versorgung setzt das für neue (also noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistung (EBM-Ä) enthaltene) Untersuchungs- und Behandlungsmethoden voraus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat; diese Richtlinien legen damit (auch) den Umfang der von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich fest ([§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). In der stationären Versorgung dürfen Krankenhäuser ([§ 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#)) demgegenüber Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen ohne Weiteres anwenden, solange der Gemeinsame Bundesausschuss insoweit nicht eine negative Empfehlung abgegeben hat ([§ 137c Abs. 1 SGB V](#)). Wie jede Leistung der Krankenversicherung muss auch die Krankenbehandlung aber im Übrigen dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) entsprechen. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Die Krankenkassen gewähren die dem Versicherten danach zustehenden Leistungen der Krankenbehandlung grundsätzlich als Sach- und Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)); Kostenerstattung findet nur nach näherer Maßgabe des [§ 13 SGB V](#) statt.

2.) Die Krankenbehandlung setzt bei körperlichen Erkrankungen regelmäßig unmittelbar am erkrankten Körperteil oder Organ selbst an und braucht deswegen nicht zusätzlich legitimiert zu werden. Soll der Behandlungserfolg hingegen mittelbar durch einen Eingriff an einem an sich gesunden Organ erreicht werden, bedarf die Notwendigkeit der Krankenbehandlung einer besonderen Rechtfertigung im Rahmen einer umfassenden Abwägung zwischen dem voraussichtlichen medizinischen Nutzen und den möglichen gesundheitlichen Schäden, zumal ein operativer Eingriff stets mit einem Operationsrisiko verbunden ist. In diese Abwägungsentscheidung sind auch Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit des Eingriffs und etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung einzubeziehen (BSG, Urt. v. 19.10.2004, - [B 1 KR 9/04 R](#) -; BSGE 85, 86). Ist der therapeutische Nutzen einer mittelbaren Behandlungsmaßnahme durch die Operation an einem gesunden Organ nicht ausreichend gesichert, besteht grundsätzlich kein Leistungsanspruch. Das Gleiche gilt auch dann, wenn durch andere, dem Versicherten zumutbare Maßnahmen eine Besserung oder Heilung möglich ist (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 7.2.2002, - [L 5 KR 65/01](#) -). Im Hinblick darauf sind etwa Operationen am gesunden Körper (wie Brustoperationen) zur Behebung psychischer Störungen grundsätzlich nicht gerechtfertigt, vor allem, weil die psychischen Wirkungen körperlicher Veränderungen nicht hinreichend verlässlich zu prognostizieren sind (Senatsurteil vom 26.1.2011, - [L 5 KR 4906/09](#) - m. N. zur Rspr. des BSG).

Für Eingriffe der chirurgischen Adipositasbehandlung, die, wie die Implantation eines Magenbandes, am gesunden Magen durchgeführt werden, hat das BSG die Anforderungen in seinem Urteil vom 16.12.2008 (- [B 1 KR 2/08 R](#) -) weiter präzisiert. Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist danach zunächst zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist ([§ 12 Abs. 1](#), [39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Sodann muss untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für einen chirurgischen Eingriff in ein gesundes Körperorgan gegeben sind. Die Implantation eines Magenbandes - für die eine negative Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. [§ 137c Abs. 1 SGB V](#) nicht vorliegt - kommt nur als ultima ratio in Betracht für Versicherte, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen. Diese sind in der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie/Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositasstherapie (derzeit) vom Juni 2010 (S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas: im Folgenden S3-Leitlinie) näher festgelegt. Hiernach richtet sich, ob eine stationäre Magenbandimplantation nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als Krankenhausbehandlung notwendig ist. Ist das der Fall, muss außerdem geprüft werden, ob der Eingriff nach der für mittelbare Behandlungen geforderten speziellen Güterabwägung (zusätzlich) gerechtfertigt ist.

Die Indikationen für eine chirurgische Adipositasbehandlung sind unter Nr. 3.2 der S3-Leitlinie umschrieben: Voraussetzung ist danach (soweit hier von Belang) zunächst ein BMI von oder über 40 oder ein BMI zwischen 35 und 40 bei gleichzeitigem Vorliegen einer oder mehrerer Adipositas-assoziierten Folge- oder Begleiterkrankungen. Außerdem muss die konservative Therapie erschöpft sein. Insoweit sind Anforderungen an Art und Dauer der Behandlung und das Setting zu stellen.

Die Art der Behandlung umfasst die Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapie. Die Möglichkeiten zur Ernährungstherapie sind erschöpft, wenn mittels einer energiereduzierten Mischkost und einer weiteren ernährungsmedizinischen Maßnahme (z. B. Formula-Diät, weitere Form einer energiereduzierten Mischkost) das Therapieziel nicht erreicht wurde. Zur Bewegungstherapie gehört die Durchführung einer Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart mit mindestens zwei Stunden Umfang pro Woche, falls keine Barrieren bestehen (z. B. Gonarthrose für Gehsportarten oder Scham beim Schwimmen). Die Psychotherapie besteht in der Durchführung einer ambulanten oder stationären Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie), falls eine Essstörung (binge-eating, night-eating) oder eine Psychopathologie (z. B. Depression, Ängstlichkeit) vorliegt. Hinsichtlich der Dauer der Behandlung müssen die genannten Therapiearten mindestens 6 Monate durchgeführt werden. Sie werden spätestens nach 12 Monaten abschließend beurteilt. Was das Setting angeht, sollten Behandlungen zum Lebensstil nach Möglichkeit in der Gruppe (Leitung idealerweise durch Fachpersonal) erfolgen. Eine primäre (Operations-)Indikation kann in Ausnahmefällen gestellt werden, wenn Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychosoziale Gegebenheiten bei Erwachsenen annehmen lassen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann oder die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist. Die (primäre) Indikation ist durch einen in der Adipositasstherapie qualifizierten Arzt und einen bariatrischen Chirurgen gemeinsam zu stellen (S. 15, 16 der S3-Leitlinie). Nach Adipositas-chirurgischen Eingriffen ist in jedem Fall eine regelmäßige Nachsorge durch einen in der Adipositasstherapie erfahrenen Arzt und eine Ernährungsfachkraft notwendig (näher zur Nachsorge S. 35 ff. der S3-Leitlinie).



II. Davon ausgehend hat die Beklagte die Gewährung einer Magenbandimplantation zu Recht abgelehnt.

1.) Eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinn, wofür eine etwaige Magenvergrößerung aufgrund übermäßiger Nahrungsaufnahme ohne sonstige Funktionsbeeinträchtigung nicht genügt, liegt am Magen der Klägerin nicht vor. Anderes gilt freilich für die Adipositas mit einem Körpergewicht von 95 kg bei einer Körpergröße von 155 cm, wobei bereits behandlungsbedürftige internistische und orthopädische Begleit- und Folgeerkrankungen vorliegen und mit weiteren zu rechnen ist (u.a. Bericht von Prof. Dr. H./Dr. Ho. vom 09.04.2009). Bei starkem Übergewicht (im allgemeinen ab einem BMI von 30) ist eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich, weil andernfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von (weiteren) Begleit- und Folgeerkrankungen wie Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und bösartige Neubildungen besteht (vgl. etwa Senatsurteil vom 12.7.2006, - [L 5 KR 5779/04](#) -).

2.) Nach der Rechtsprechung des 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 der Adipositas-Krankheit nicht mit der Erwägung verneint werden, dass für das Übergewicht das krankhafte Essverhalten der Klägerin und nicht eine Funktionsstörung des Magens verantwortlich ist. Zwar stellt die operative Verkleinerung bzw. Veränderung des Magens durch Implantation eines Magenbands keine kausale Behandlung dar, da damit die Verhaltensstörung (das gestörte, übermäßige Essverhalten) durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflusst wird. Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsätzlich mitumfasst, wenn sie ansonsten die in [§ 12 Abs. 1](#) und [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) aufgestellten Anforderungen erfüllt, also ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht.

3.) Die Voraussetzungen der S3-Richtlinie für die Notwendigkeit einer chirurgischen Adipositastherapie sind nicht erfüllt.

Die Klägerin hat nach eigenen Angaben eine Vielzahl von Versuchen unternommen, ihr (extremes) Übergewicht zu vermindern. Diese genügen jedoch nicht für die Notwendigkeit einer Magenbandoperation i. S. d. [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#) bzw. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Erforderlich ist – bei einem strengen Maßstab – vielmehr ein multimodales Therapiekonzept aus sachlich und zeitlich aufeinander abgestimmten und aufeinander bezogenen Therapieelementen, das unter ärztlicher Koordination und Begleitung konsequent und stringent umgesetzt wird und das auch hinreichend ärztlich dokumentiert ist. Es umfasst regelmäßig Diätmaßnahmen, eine Schulung des Ess- und Ernährungsverhaltens, Bewegungstherapie, ggf. pharmakologisch-ärztliche Behandlung und ggf. – sofern notwendig – eine kombinierte psychotherapeutische Intervention. Eine multimodale und integrative Gesamtbehandlung dieser Art ist nicht dadurch zu ersetzen, dass einzelne, ggf. auch alle Therapieelemente auf längere Zeiträume verteilt oder auch wiederholt und unkoordiniert, meist ohne Anleitung oder Dokumentation in Eigenregie angewendet werden. Dass eine auf lange Sicht weithin planlose Vorgehensweise dieser Art in einer Vielzahl der Fälle nicht nur erfolglos bleibt, sondern sogar zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands und (im Hinblick auf den so genannten "Jojo-Effekt") zu weiterer Gewichtszunahme führt, ist bekannt. Das Erfordernis der Erschöpfung konservativer Behandlungsmaßnahmen i.S.d. S3-Leitlinie ist damit nicht auszufüllen (vgl. auch Senatsurteil vom 12.7.2006, - [L 5 KR 5779/04](#) -).

Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist zunächst zu prüfen, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist ([§ 12 Abs. 1](#), [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Dabei wird auch zu berücksichtigen sein, dass nach Adipositas-chirurgischen Eingriffen in jedem Fall eine regelmäßige Nachsorge durch einen in der Adipositastherapie erfahrenen Arzt und eine Ernährungsfachkraft notwendig ist (näher zur Nachsorge S. 35 ff. der S3-Leitlinie). Sodann muss untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben sind. Von diesen Grundsätzen ist das SG ausgegangen.

Damit ist hier unabhängig von den genannten medizinischen Leitlinien schon aus Gründen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit die konsequente Ausschöpfung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten geboten. Ambulante Therapiemöglichkeiten waren auch vorhanden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. hat bereits im Juli 2000 Qualitätskriterien für ambulante Adipositastherapie aufgestellt (Forschung, Klinik und Praxis 07/2000 (<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=print&sid=252>)) und dies damit begründet, dass auf dem Gesundheitsmarkt, darunter auch in den Arztpraxen, verstärkt kommerzielle Programme für Übergewichtige und Adipöse propagiert würden. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hätten die Kostenträger die Möglichkeit erhalten, Ernährungstherapie und andere Maßnahmen zur Prävention von chronischen Erkrankungen zu finanzieren bzw. selbst anzubieten. Die Qualitätskriterien sollten dazu dienen, eine Orientierung über die erforderlichen Komponenten eines qualifizierten Therapieprogramms zu geben und Standards für die Bewertung von Adipositasprogrammen zu schaffen. Sie sahen folgende Voraussetzungen vor: Strukturelle und personelle Voraussetzungen Die qualifizierte Behandlung und Betreuung von Personen mit Adipositas erfordert eine besondere fachliche Kompetenz der Ärzte/Ärztinnen und der nichtärztlichen Mitarbeiter/innen sowie bestimmte strukturelle Voraussetzungen. Ein Behandlungsteam muss wenigstens aus einem/r Arzt/Ärztin mit ernährungsmedizinischer Qualifikation sowie einer Ernährungsfachkraft bestehen. Auch die Bewegungstherapie muss integraler Bestandteil des Therapieprogramms sein.

2) Räumliche Voraussetzungen Es sollte ein geeigneter Raum verfügbar sein, in dem regelmäßig Schulungsveranstaltungen und Gruppensitzungen durchgeführt werden können. Ferner sollte ein Besprechungszimmer vorhanden sein, damit Einzelgespräche zwischen Patient/in und Therapeut/in möglich sind. Wünschenswert ist außerdem der Zugang zu einer Lehrküche. 3) Anforderungen an das Therapieprogramm Jedes Therapieprogramm sollte folgende Komponenten umfassen: a) Medizinische Eingangsuntersuchung und Indikationsstellung b) Strukturierte Schulung c) Multidisziplinäres Therapiekonzept aus Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie, ggfs. zusätzlich gewichtssenkende Medikamente d) Regelmäßige Gruppensitzungen e) Regelmäßige Verlaufskontrolle inkl. Dokumentation f) Therapiedauer von wenigstens 6 bis 12 Monaten Jedes Therapieprogramm sollte sich an heute akzeptierten Therapieleitlinien [4, 5, 6, 7] orientieren und wissenschaftlich evaluiert sein. Gleichzeitig sollte es auf die Bedürfnisse, Wünsche und Möglichkeiten des Patienten zugeschnitten sein, um die Umsetzung im Alltagsleben zu erleichtern. Der/die Arzt/Ärztin ist für die Koordinierung des multidisziplinären Therapiekonzeptes verantwortlich und übernimmt die Indikationsstellung, die Klärung der Eingangsvoraussetzungen sowie die medizinische Betreuung während der Therapie. Die Indikationsstellung für die adjuvante pharmakologische Therapie erfolgt ebenfalls durch den/die betreuende(n) Arzt/Ärztin. Dagegen ist die Indikationsstellung für chirurgische Therapieverfahren gemeinsam mit einem/r versierten Adipositaschirurgen/in und einem/einer Psychologen/in zu treffen. Vor Therapiebeginn ist der Ausschluss von Ess-Störungen notwendig und die körperliche Belastbarkeit eines/r Patienten/in für sportliche Aktivitäten zu prüfen. Einzelgespräche zwischen Patienten und Therapeut/in

sind vorzusehen.

**Datendokumentation und Auswertung** Um den Erfolg eines Therapieprogramms zu dokumentieren, ist eine systematische Erfassung wichtiger Kenn- und Verlaufsdaten erforderlich. Diese umfassen anthropometrische Parameter, biochemische Variable, den Status von Komorbiditäten, Parameter der Lebensqualität, Medikamenteneinnahme sowie Therapieverlauf und -komplikationen. Um den gesundheitlichen Nutzen eines Therapieprogramms bewerten zu können, sollten mindestens Ein- und nach Möglichkeit Zwei- und Dreijahresverläufe nach Therapiebeginn dokumentiert werden. Dazu zählen auch Angaben zum Auftreten und zur Häufigkeit von Therapienebenwirkungen bzw. Therapiekomplicationen sowie zum Abbruch der Therapie. Außerdem sind die Prävalenzraten der Teilnehmer anzugeben, die nach einem Jahr einen Gewichtsverlust von mindestens 5 % bzw. mindestens 10 % aufweisen, um einen Vergleich mit anderen Programmen zu ermöglichen. Neben der Gewichtsabnahme ist die Verbesserung von begleitenden Risikofaktoren und Komorbiditäten zu erfassen sowie die Lebensqualität der/des Adipösen zu erfragen.

**Erfolgskriterien** Ein ambulant Adipositas-Therapieprogramm sollte 1 Jahr nach Beginn bei mindestens 50 % der Teilnehmer eine Gewichtsabnahme von wenigstens 5 %, bei mindestens 20 % der Teilnehmer eine Gewichtsabnahme von wenigstens 10 % aufweisen (auf der Basis einer Intention-to-Treat-Analyse). Neben der Gewichtssenkung ist eine Verbesserung von mit der Adipositas assoziierten Risikofaktoren wie Hypertonie, Dyslipoproteinämie und Diabetes mellitus zu fordern. Weitere Kriterien für ein erfolgreiches Langzeitmanagement sind die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (gesund erhaltende Ernährung nach den Empfehlungen der DGE, regelmäßige körperliche Bewegung) sowie Steigerung der Lebensqualität.

Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Zunächst lässt sich die personelle Qualifikation nicht feststellen. Es fehlt aber auch an einem Therapieprogramm sowie an einer Dokumentation und Auswertung. Eine Ernährungsberatung mit einer genauen Ermittlung der bestehenden konkreten Essgewohnheiten nach Art und Umfang der zu sich genommenen Nahrungsmittel sowie Häufigkeit der Nahrungsaufnahme und hiervon ausgehend konkrete Vorgaben für eine Ernährungsumstellung sind nicht erkennbar. Dementsprechend lässt sich auch eine Betreuung und Kontrolle einer konsequenten Ernährungsumstellung in Form der Vorlage von Dokumentationen der täglichen Mahlzeiten durch die Klägerin und regelmäßige Feststellung des Gewichts durch einen Arzt oder Therapeuten nicht feststellen. Eine - mit der hier nicht ausreichenden Ernährungstherapie abgestimmte - Verhaltenstherapie hat nicht stattgefunden. Auch ein zeitgleiches konsequentes planmäßiges, dokumentiertes und kontrolliertes Ausdauer- bzw. Krafttraining nicht nachgewiesen.

Allerdings hat die Klägerin vor Antragstellung in der Zeit von Juni 2004 bis Januar 2005 an dem von betreuten BCM-Programm teilgenommen. Dieses sieht täglich drei Mahlzeiten vor. Davon bestehen zwei Mahlzeiten aus unseren BCM Basic Produkten, deren Kosten nicht in die Leistungspflicht der Klägerin fallen. Es erscheint nachvollziehbar, dass eine solche Ernährungsumstellung nicht auf unbegrenzte Dauer erfolgen kann und damit das Risiko in sich trägt, dass im Anschluss hieran ein Rückfall in alte Essgewohnheiten erfolgt. Dieses Programm entsprach damit schon im Ansatz nicht den obigen Anforderungen.

Anhaltspunkte dafür, dass qualifizierte ernährungstherapeutische Maßnahmen von vorne herein aussichtslos wären, lassen sich auch für den Senat, den schlüssigen und überzeugenden Darlegungen von Dr. Sch., dem der Senat folgt, nicht erkennen. Während der stationären Reha-Behandlung vom 7. bis 28.04.2004 in B. B. konnte die Klägerin ihr Gewicht von 102 kg um 4 kg auf 98 kg reduzieren, was zwar möglicherweise auch durch einen Wechsel der Psychopharmaka begünstigt war. Die Klägerin konnte aber im Anschluss hieran mit dem von Dr. M. betreuten BCM-Programm ihr Gewicht zunächst weiter auf 83,3 bzw. 83,8 kg im Dezember 2004/Januar 2005 reduzieren. Nachdem sie, nach ihren Angaben aus Kostengründen, nicht mehr an dem Programm teilgenommen hatte, sich aber im Frühjahr nochmals um eine Gewichtsreduktion bemüht hatte, wog sie am 06.07.2006 93 kg und damit immerhin noch 9 kg weniger als bei Aufnahme in die Reha-Klinik mehr als zwei Jahre zuvor.

Dies spricht dafür, dass sie bei entsprechender qualifizierter ernährungsmedizinischer Betreuung nicht nur in der Lage ist, in relativ kurzer Zeit deutlich abzunehmen, sondern es ihr bei fortlaufender Behandlung auch möglich sein dürfte, eine erneute Gewichtszunahme zu vermeiden. Der Senat verkennt nicht, dass die Klägerin zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. Sch. am 15.05.2009 bereits wieder 99,7 kg und nach ihren Angaben im Dezember 2009 inzwischen 106 kg wog. Wenn sie aber bereits mit nach den obigen Ausführungen nicht ausreichenden therapeutischen Maßnahmen in der Lage gewesen war, beachtliche Gewichtsreduktionen zu erzielen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Durchführung eines multimodalen Therapiekonzepts von vorneherein nicht Erfolg versprechend wäre.

Auch die medizinischen Voraussetzungen lagen hier, wie das SG zutreffend dargelegt, aus den gleichen Gründen nicht vor. Denn nach den Leitlinien der Fachgesellschaften kommt die Implantation eines Magenbandes auch aus medizinischer Sicht nur als Ultima Ratio in Betracht. Die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention als Ultima Ratio waren hier nicht gegeben, weil andere Behandlungsmethoden, insbesondere psychotherapeutische Hilfe und Einzelernährungstherapie noch nicht ausgeschöpft worden waren.

In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie/Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie (derzeit) vom Juni 2010 (S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas: im Folgenden S3-Leitlinie) sind die Indikationen für eine chirurgische Adipositasbehandlung unter Nr. 3.2 der S3-Leitlinie umschrieben: Voraussetzung ist danach (soweit hier von Belang) zunächst ein BMI von oder über 40 oder ein BMI zwischen 35 und 40 bei gleichzeitigem Vorliegen einer oder mehrerer Adipositas-assoziierten Folge- oder Begleiterkrankungen. Außerdem muss die konservative Therapie erschöpft sein. Insoweit sind Anforderungen an Art und Dauer der Behandlung und das Setting zu stellen.

Die Art der Behandlung umfasst die Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapie. Die Möglichkeiten zur Ernährungstherapie sind erschöpft, wenn mittels einer energiereduzierten Mischkost und einer weiteren ernährungsmedizinischen Maßnahme (z. B. Formula-Diät, weitere Form einer energiereduzierten Mischkost) das Therapieziel nicht erreicht wurde. Zur Bewegungstherapie gehört die Durchführung einer Ausdauer- und/oder Kraftausdauersportart mit mindestens zwei Stunden Umfang pro Woche, falls keine Barrieren bestehen (z. B. Gonarthrose für Gehsportarten oder Scham beim Schwimmen). Die Psychotherapie besteht in der Durchführung einer ambulanten oder stationären Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie), falls eine Essstörung (binge-eating, night-eating) oder eine Psychopathologie (z. B. Depression, Ängstlichkeit) vorliegt. Hinsichtlich der Dauer der Behandlung müssen die genannten Therapiearten mindestens 6 Monate durchgeführt werden. Sie werden spätestens nach 12 Monaten abschließend beurteilt. Was das Setting angeht, sollten Behandlungen zum Lebensstil nach Möglichkeit in der Gruppe (Leitung idealerweise durch Fachpersonal) erfolgen.

Wie bereits vom SG und oben dargelegt fehlt es an einem planmäßig verfolgten multimodalen Therapiekonzept auf der Basis einer ausreichenden Ermittlung der Ursachen der Adipositas.

Eine primäre (Operations-)Indikation kann nach der Leitlinie in Ausnahmefällen gestellt werden, wenn Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychosoziale Gegebenheiten bei Erwachsenen annehmen lassen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann oder die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist. Die (primäre) Indikation ist durch einen in der Adiposastherapie qualifizierten Arzt und einen bariatrischen Chirurgen gemeinsam zu stellen (S. 15, 16 der S3-Leitlinie).

Im Falle der Klägerin ist für die Unaufschiebbarkeit zum Zeitpunkt der Operation nichts ersichtlich. Eine solche ergibt sich auch nicht aus der nun vorgetragenen Herzerkrankung, wobei unterstellt wird, dass diese durch das Übergewicht bedingt oder jedenfalls begünstigt ist, weshalb es insoweit keiner weiteren Aufklärung bedurfte. Die Herzerkrankung wird sicherlich im Hinblick auf das Operationsrisiko zu berücksichtigen sein. Sie kann aber die Dringlichkeit einer Magenbandoperation schon deshalb nicht begründen, weil auch diese zu keiner unmittelbaren Gewichtsreduktion führt und, wie dargelegt, davon auszugehen ist, dass deutliche Gewichtsreduktionen in weniger als 12 Monaten bei der Klägerin durch qualifizierte konservative Maßnahmen zu erwarten sind.

Unabhängig hiervon liegt aber keine von den behandelnden Chirurgen gemeinsam mit einem Adiposastherapie qualifizierten Arzt erstellte primäre Indikation vor. Letzterer soll nach den Qualitätskriterien für ambulante Adiposastherapie der Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (a.a.O.) eine ausreichende klinische Erfahrung haben (z.B. Weiterbildung zu Allgemeinarzt/ärztin, Internist/in) und darüber hinaus als wesentliches Qualitätsmerkmal eine ernährungsmedizinische Zusatzausbildung auf der Basis des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorweisen. Als solches können die Fachkunde Ernährungsmedizin bzw. die Qualifikation Ernährungsmediziner/in DAEM/DGEM anerkannt werden. Diese Voraussetzungen erfüllte der Arzt für Chirurgie/Unfallchirurgie Dr. B. nicht.

Aber selbst, wenn eine stationäre Magenbandimplantation nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als Krankenhausbehandlung indiziert gewesen wäre, wäre der Eingriff weder wirtschaftlich und notwendig noch erforderlich, da er nach der für mittelbare Behandlungen zusätzlich geforderten speziellen Güterabwägung nicht gerechtfertigt ist.

Nicht fraglich erscheint dem Senat demgegenüber, dass es nun Sache der Beklagten ist, die hinsichtlich der Behandlung der Adipositas leistungspflichtig ist, der Klägerin entsprechende Leistungen zu gewähren. Die Klägerin sollte sich in der derzeitigen Lage mit ihren behandelnden Ärzten über eine stationäre Maßnahme beraten, in der sie u.a. auch in der Führung von Ernährungstagebüchern angeleitet werden könnte. Zudem sind von der Beklagten ambulante Therapien, die dem obigen Standard einer multimodalen Ernährungstherapie entsprechen, zu gewähren. Sollte die Klägerin in Stuttgart eine solche durch einen zugelassenen bzw. ermächtigten Ernährungsmediziner geleitete Therapie im Wege der Sachleistung nicht - im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Maßnahme - nahtlos erhalten können, müsste sie sich zunächst an die Beklagte wenden. Kann auch diese eine unmittelbar verfügbare, den genannten Qualitätsanforderungen entsprechende Behandlung durch einen Ernährungsmediziner nicht nachweisen, kann in Betracht kommen, dass die Beklagte die Kosten einer solchen Behandlung durch einen nicht zugelassenen Arzt übernimmt. Sie wird die Klägerin jedenfalls nicht auf Maßnahmen verweisen können, die sie selbst nicht zur Verfügung stellt und deren Kosten sie auch nicht bereit ist, zu übernehmen.

Das Sozialgericht hat die Klage daher zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin keinen Erfolg haben kann. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-07-21