

S 10 KR 155/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 155/15
Datum
29.06.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Der Bescheid der Beklagten vom 30. Januar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2015 wird aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt die Kosten einer bariatrischen Operation in Form eines Magen-Bypasses als Sachleistung zu übernehmen.

Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenübernahme einer Magen-Bypass-Operation zur Gewichtsreduktion, was die Beklagte mit der Begründung ablehnt, dass die Klägerin noch nicht sämtliche zur Verfügung stehenden konservativen Maßnahmen ergriffen habe.

Die Klägerin beantragte am 01.12.2014, gestützt auf einen Bericht des Sana-Klinikums Offenbach, Adipositaszentrum (Dr. C.) vom gleichen Tage und einem Attest ihres Hausarztes C. vom 20.11.2014 die Kostenübernahme einer Magen-Bypass-Operation zur Gewichtsreduktion. Dabei begründete die Klinik das Ansinnen unter anderem damit, dass die Klägerin mit einem Body-Mass-Index von 50,1 kg/m² (Gewicht 136,5 kg bei einer Körpergröße von 165 cm) dringend eines adipositas-chirurgischen Eingriffs in Form eines Magen-Bypasses bedürfe, zumal keine Kontraindikationen vorlägen. Weder die hausärztlichen Bemühungen einer Gewichtsreduktion zwischen Juni 2013 und September 2014 noch der regelmäßige Besuch eines Fitnessstudios zwischen 2011 und 2013 hätten zu einer entsprechenden Gewichtsreduktion geführt. Vielmehr komme aufgrund der vielfältigen Beschwerden lediglich eine Magen-Bypass-Operation nach Roux-Y-Rekonstruktion in Betracht. Die Operation selbst werde laparoskopisch durchgeführt, wobei diese - nach den Standards der amerikanischen Fachgesellschaft - mittels verpflichtender lebenslanger Follow-Up-Untersuchungen supplementiert werde. Die internationale Adipositas-Gesellschaft wie auch die internationale Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas verfügten über ausreichende Studien, die die Effektivität und Langzeitwirkung der adipositas-chirurgischen Eingriffe belegten und hätten, wie die internationalen Fachgesellschaften, die AWF-Richtlinien, die Leitlinien zur chirurgischen Therapie der Adipositas wie auch die neuen Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Adipositas aus dem Jahr 2014 eine eindeutige positive Stellungnahme zur operativen Intervention abgegeben. Mit der gewählten Operationsmethode komme es zu einer statistisch nachgewiesenen Gewichtsabnahme im Mittel von ca. 70 Prozent des bestehenden Übergewichtes, weshalb sie auch zum "Goldstandard" der Adipositaschirurgie in den USA und den meisten europäischen Ländern zähle. Alle bei der Klägerin adipositasbedingten Beschwerden ließen sich nach einer durch die OP unterstützte Gewichtsreduktion normalisieren, sodass weitere Folgeschäden vermieden werden könnten. Im Übrigen sei die Adipositasanamnese der Klägerin über mehr als 10 Jahre ausreichend lang, um eine operative Behandlung in Erwägung zu ziehen.

Der von der Beklagten eingeschaltete MDK bat mit Schreiben vom 23.12.2014 um Vorlage verschiedener Unterlagen (Antrag der Versicherten, MDK-Fragebogen für Versicherte einerseits und den behandelnden Arzt andererseits, einen endokrinologischen Bericht oder Bescheinigung, dass endokrinologische Erkrankungen keine Kontraindikation bilden sowie Ernährungsprotokoll über 7 Tage), die - jedenfalls seit dem 14.01.2015 - fast vollständig beim MDK vorlagen. Deshalb wurde die Klägerin - unter Hinweis auf das Mitbringen eines Ernährungstagebuchs über mindestens 1 Woche sowie aktueller Laborbefunde - zum 26.01.2015 zur Untersuchung einbestellt. Anlässlich der Begutachtung durch die Ärztin Dr. D. kam diese zu der Einschätzung, dass aufgrund der Untersuchung vom 26.01.2015 festgestellt werden müsse, dass keine Ultima-ratio-Indikation bestehe. Vielmehr seien konservative Maßnahmen vordringlich, zumindest sollte die Klägerin - selbst wenn in Zukunft eine bariatrischen Maßnahme tatsächlich in Betracht käme - eine Ernährungs-/Bewegungstherapie durchführen, damit der Grundstein für eine Lifestyleänderung gelegt werde. Deshalb könne die gewünschte Operation derzeit nicht befürwortet werden.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 30. Januar 2015 eine Kostenübernahme mangels medizinischer Indikation zur Durchführung der gewünschten operativen Behandlung der Adipositas ab und verwies die Klägerin darauf, dass sie sich mit ihrem behandelnden Arzt über Alternativen besprechen solle. Hiergegen hat die Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten am 20.02.2015 Widerspruch erhoben, ohne diesen zu begründen oder ergänzende medizinische Unterlagen vorzulegen. Den Widerspruch wies die Beklagte schließlich mit Bescheid vom 12. Mai 2015 als unbegründet zurück.

Bereits am 04.03.2015 hatte die Klägerin über ihren Prozessbevollmächtigten beim hiesigen Gericht Klage mit dem Antrag erhoben, dass festgestellt werden solle, dass der Antrag der Klägerin vom 01.12.2014 auf Gewährung einer bariatrischen Operation (Magenbypass) als Sachleistung nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) als genehmigt gelte. Nachdem der Widerspruchsbescheid ergangen war, stellte die Klägerin ihren Antrag dahingehend um, dass mit der Klage die Kostenübernahme einer entsprechenden Operation begehrt werde. Allerdings erfolgte die Begründung zunächst allein unter dem Gesichtspunkt des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) dahingehend, dass durch das Patientenrechtegesetz aus dem Jahr 2013 im vorliegenden Fall bereits fiktiv eine Genehmigung für die gewünschte bariatrische Operation vorliege, da die Beklagte die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit nicht spätestens nach fünf Wochen - zu Gunsten der Klägerin - beendet habe und auch keine entsprechende fristbestimmte Mitteilung gemacht hätte. Deshalb gelte die gewünschte Magen-Bypass-Operation auch bereits als genehmigt, wobei dieser Genehmigung die gleiche Qualität zukomme, wie einem positiven Bewilligungsbescheid. Dies gelte auch bezüglich des geltend gemachten Sachleistungsanspruchs.

Zudem sei die Krankenkasse mit Eintritt der Genehmigungsfiktion mit allen weiteren Einwendungen (insbesondere bezüglich der Einwendung der fehlenden medizinischen Notwendigkeit) ausgeschlossen, da sie diese nicht fristgerecht vorgebracht habe. Wolle man dagegen dem Eintritt der Genehmigungsfiktion noch eine Notwendigkeitsprüfung nachschieben, was systematisch unmöglich sei, liefe das Patientenrechtegesetz komplett leer.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 30. Januar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine bariatrische Operation in Form eines Magenbypasses als Sachleistung zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie vertritt dagegen die Auffassung, dass die Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) nicht vorlägen, weil die Klägerin bereits mit Schreibung vom 23.12.2014 sowohl seitens des MDK wie seitens der Beklagten darüber informiert worden sei, warum eine Entscheidung innerhalb der 5-Wochen-Frist nicht erfolgen könne, vielmehr noch von der Klägerin weitere Unterlagen beizubringen seien. Sie habe damit selbst den Grund gesetzt, dass eine Entscheidung nicht rechtzeitig habe erfolgen können.

Im Übrigen bestehe - gemäß den Ausführungen im Gutachten des MDK vom 28.01.2015 (Dr. D.) - auch kein Anspruch auf die begehrte Operation als Sachleistung, weil sich diese nicht als ultima-ratio der Behandlungsmöglichkeiten erweise. Da nach den Feststellungen des MDK bisher keinerlei konservative Behandlungsmaßnahmen durchgeführt worden seien, sei die medizinische Notwendigkeit für den Eingriff nicht gegeben. Denn vor Genehmigung einer chirurgischen Operation in ein eigentliches gesundes Organ (Magen) müssten zunächst alle konservativen Behandlungsalternativen (diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) ausgeschöpft sein. Dies sei bei der Klägerin nicht der Fall. Daran ändere auch der vom Hausarzt C. im Klageverfahren vorgelegte Bericht vom 05.02.2015 nichts.

Der Kammervorsitzende hat wiederholt die Klägerin gebeten, die behandelnden Ärzte von deren Schweigepflicht zu entbinden, dem die Klägerin - trotz Fristsetzung zum 15.09.2015 - erst am 01.02.2016 nachgekommen ist. Das Gericht hat daraufhin noch einen Bericht des Arztes beigezogen, in dem sich der Arzt dahingehend geäußert hat, dass bei der Klägerin eine Adipositas per magna (Größe 160 cm bei einem Gewicht von 135 kg) und der Verdacht auf eine psychovegetative Störung sowie eine Coxarthrose ersten Grades vorliege. Infolge der Adipositas per magna liege ein Bewegungsmangel vor, während der Blutdruck bei 120/80 liege.

Bezüglich des weiteren Sachvortrags der Beteiligten und den Einzelheiten in den erwähnten Unterlagen wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte verwiesen, die beide auch zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 29.06.2016 gemacht wurden.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist - nach Klageumstellung - als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig und in der Sache auch begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 30. Januar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2015 erweist sich als rechtswidrig, weshalb er antragsgemäß aufzuheben war. Darüber hinaus war die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin eine bariatrische Operation in Form einer Magenbypasses als Sachleistung zu gewähren.

Entgegen der Auffassung der Klägerin lässt sich zur Überzeugung der Kammer der Anspruch jedoch nicht auf [§ 13 Abs. 3a Satz 6](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) stützen. Danach gilt zwar die (beantragte) Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt, wenn die Krankenkasse keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die verspätete Entscheidung über einen Leistungsantrag des Versicherten an diesen erteilt. Denn die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden ([§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#)). Wenn dabei die Krankenkasse - wie hier - eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und den Leistungsberechtigten (hier: Klägerin) hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Daraufhin nimmt der MDK innerhalb von drei Wochen gutachterlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Allerdings hat sie, wenn sie diese Fristen nicht einhalten kann, dies ihrem Versicherten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)).

Vorliegend scheitert - unabhängig davon ob [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) überhaupt unmittelbar einen Anspruch auf Sachleistung begründet (bejahend: SG Mannheim, Urteil vom 27.03.2015 - [S 9 KR 3123/14](#), wohl auch: BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#), allerdings nur im Rahmen eines "Obiter dictums" da der Rechtsstreit lediglich einen Kostenerstattungsanspruch betraf, anderer Ansicht etwa: Hessisches

Landesozialgericht, Urteil vom 10.12.2015 - [L 1 KR 413/14](#) - die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) daran, dass die Beklagte der Klägerin rechtzeitig Mitteilung über die beabsichtigte Einholung eines Gutachtens einerseits und den Grund für die zu erwartende verspätete Entscheidung andererseits gemacht hatte. Denn ausweislich der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten ergibt sich, dass die Beklagte die Klägerin bereits mit Schreiben vom 03.12.2014 darüber informiert hatte, dass sie die Unterlagen an den MDK zur Abgabe einer Stellungnahme weitergeleitet habe. Da der - im Übrigen über das Adipositaszentrum des Sana Klinikums Offenbach gestellte, jedoch nicht von der Klägerin unterschriebene Antrag auf Genehmigung einer laparoskopischen Magen-Bypass-Operation - am 1. Dezember 2014 bei der Beklagten einging, war die mit Schreiben vom 03.12.2014 erfolgte Mitteilung zeitnah, nämlich unverzüglich, im Sinne des [§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#), zumal zeitgleich ein entsprechender "Begutachtungsauftrag" an den MDK erfolgte (Bl. 16 der Verwaltungsakte). Bereits mit Schreiben des MDK vom 09.12.2014 erfolgte eine weitere Mitteilung des MDK an die Klägerin, in der der MDK "vor einer abschließenden Begutachtung" ergänzend zu den bereits vorhandenen Berichten um Vorlage einer ganzen Reihe, im einzelnen aufgeführter Nachweise und Bescheinigungen angefordert hatte, wobei er eine Frist für deren vollständigen Eingang bis zum 19.12.2014 mit dem Hinweis gesetzt hatte, dass danach die Unterlagen unerledigt an die Krankenkasse zurückgegeben würden. Davon hatte der MDK auch die Beklagte unterrichtet (Schreiben vom 08.12.2014).

Da jedoch die erwünschten ergänzenden Unterlagen nicht innerhalb der Frist beim MDK eintrafen, teilte dieser mit weiterem Schreiben an die Beklagte vom 18.12.2014 mit, dass anhand der nicht vollständigen Unterlagen sozialmedizinisch nicht zu entscheiden sei, ob die beantragte Maßnahme sozialmedizinisch indiziert sei. Dies nahm die Beklagte ihrerseits wiederum zum Anlass, mit Schreiben vom 23.12.2014 die Klägerin persönlich davon zu unterrichten, dass seitens des MDK der Gutachtensauftrag aktuell unbearbeitet zurückgeschickt wurde, weil sie nicht alle zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen zur Prüfung des Antrages vorgelegt habe. Darüber hinaus wurde die Klägerin darüber informiert, dass die Beklagte gerne bereit sei, den Antrag erneut zu prüfen, wenn die Klägerin die vom MDK angeforderten Berichte dort einreiche. Nachdem die Unterlagen - fast vollständig - offenbar Anfang Januar 2015 beim MDK vorlagen, hatte dieser eine gutachterlicher Untersuchung der Klägerin für erforderlich gehalten, weshalb die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 14.01.2015 zur Begutachtung beim MDK in Darmstadt geladen hatte. Die Untersuchung fand dann auch tatsächlich am 26.01.2015 durch die MDK-Ärztin X. statt, woraufhin das Gutachten am 28.1.2015 erstellt und noch am gleichen Tag an die Beklagte weitergeleitet wurde. Diese hat daraufhin mit Bescheid vom 30.01.2015 den Antrag - gestützt auf das Ergebnis der MDK-Begutachtung - abgelehnt.

Angesichts dieses zeitlichen Ablaufs ist zwar festzustellen, dass die Beklagte tatsächlich nicht innerhalb der nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1, 2. Halbsatz SGB V](#) geforderten fünf Wochen entschieden hatte. Denn ausgehend von dem Antragseingang am 01.12.2014 war die Entscheidung der Beklagten durch Bescheid vom 30. Januar 2015 nach mehr als fünf Wochen ergangen, jedoch wurde die Klägerin - spätestens mit Schreiben des MDK vom 09.12.2014 - darüber informiert, dass ohne Vorlage der erwünschten weiteren Berichte bzw. Unterlagen eine Stellungnahme bzw. Begutachtung durch den MDK nicht erfolgen könne. Zudem hatte der MDK der Klägerin zur Ergänzung ihrer Unterlagen - wobei sie die fehlenden Unterlagen genau bezeichnete - eine Frist bis zum 19.12.2014 gesetzt, die von der Klägerin nicht eingehalten wurde. Dementsprechend wusste die Klägerin, dass ohne Vorlage der Unterlagen die auch seitens der Beklagten für erforderlich gehaltene Begutachtung durch den MDK nicht erfolgen kann. Die von der Klägerin selbst verursachte Verzögerung kann deshalb nicht zu Lasten der Beklagten mit dem Ergebnis der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) gehen.

Dies wird auch dadurch bestätigt, dass - nachdem dem MDK zum überwiegenden Teil die erbetenen Unterlagen (wohl am 13.01.2014) zugegangen waren - die Klägerin unverzüglich am 14.01.2015 zur Begutachtung am 26.01.2015 geladen hatte und, nachdem das Gutachten am 28.01.2015 erstellt und der Beklagten zugeleitet worden war, bereits am 30. Januar 2015 per Bescheid über den Antrag entschieden hat. Deshalb kann sich die Klägerin nicht auf die verspätete Entscheidung der Beklagten berufen; eine Genehmigungsfiktion im Sinne des [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) ist nicht eingetreten.

Dennoch erweist sich der Bescheid der Beklagten vom 30. Januar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2015 als rechtswidrig und war daher auf - mit Schriftsatz vom 16.05.2015 umgestellten - Antrag der Klägerin aufzuheben. Dabei war die Klageänderung sachdienlich, nachdem die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 2015 den mit Anspruch auf Leistung gestützten Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen hat. Denn dieser Bescheid ist Gegenstand des bereits anhängig gewesenen Rechtsstreits geworden ([§ 96 SGG](#)). Die Beklagte hat darin nämlich zu Unrecht den Leistungsantrag der Klägerin auf Genehmigung - besser Kostenübernahme - einer laparoskopischen Magen-Bypass-Operation abgelehnt, da die Klägerin einen entsprechenden Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte hat. Die Beklagte war daher darüber hinaus zu verurteilen, der Klägerin eine solche Maßnahme in einem zur Behandlung von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkasse zugelassenen Krankenhaus zu gewähren.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei diese auch die Krankenhausbehandlung umfasst ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 5 SGB V](#)). Krankenhausbehandlung selbst wird dabei vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant in einem zugelassenen Krankenhaus gewährt, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege zu erreichen ist ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Sie umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinischen Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig ist, insbesondere die ärztliche Behandlung ([§ 29 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)).

Damit setzt die Krankenbehandlung zunächst das Vorliegen einer Krankheit voraus. Auch wenn nicht unstrittig ist, ob ein Übergewicht allein eine Krankheit in diesem Sinne darstellt (vgl. etwa LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.02.2007 - [L 24 KR 247/06](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006 - [L 5 KR 53/06](#); Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 03.11.2005 - [L 5 KR 173/04](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.11.2009 - [L 9 KR 11/08](#) und vom 22.02.2007 - [L 24 KR 247/06](#); SG Dortmund, Urteile vom 22.07.2008 - S 44 KR 92/07 und vom 31.08.2010 - [S 40 KR 313/07](#)), besteht in der medizinischen Wissenschaft Einigkeit darüber, dass jedenfalls eine massive Adipositas (Übergewicht) mit einem Body-Mass-Index (BMI) von wenigstens 30 eine behandlungsbedürftige Krankheit darstellt (vgl. SG Darmstadt, Urteile vom 14.11.2012 - [S 10 KR 309/10](#) und vom 11.02.2015 - [S 10 KR 91/14](#); SG Kassel, Urteil vom 30.10.2013 - [S 12 KR 198/12](#) mit weiteren Nachweisen). Deshalb ist in diesen Fällen eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich, da andernfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerscheinungen wie Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislaufkrankheiten, Atemwegserkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates oder gar die Gefahr der Entwicklung

bösartiger Neubildungen besteht (vgl. etwa: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2004 - [L 11 KR 1627/04](#) mit weiteren Nachweisen). Erst recht muss dies gelten, wenn infolge der Adipositas sich bereits Sekundärerkrankungen - im Falle der Klägerin erhebliche Arthrosen in den Kniegelenken, ein Diabetes mellitus - entwickelt haben (vgl. etwa: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 12.07.2006 - L 5 KR 5779/05 mit weiteren Nachweisen). Angesichts des bei der Klägerin dokumentierten Übergewichts (BMI 50,1 kg/m² laut Aussage von Prof. Dr. C. vom 01.12.2014; BMI 50,3 kg/m² gemäß dem MDK-Gutachten der Frau Dr. D. vom 28.01.2015) sowie der bereits eingetretenen sekundären Krankheiten (s.o.) liegt auch nach Einschätzung der Beklagten eine behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vor, weshalb die Beklagte der Klägerin auch zwingend die Durchführung von gewichtsreduzierenden Maßnahmen, hier allerdings vorrangig einer Ernährungsberatung empfiehlt und lediglich die von der Klägerin gewünschte adipositas-chirurgische Maßnahme (Magenbypass) als - noch - nicht notwendig erachtet.

Denn nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) müssen die Leistungen - gerade auch solche der Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) - ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können daher einerseits Versicherte nicht beanspruchen und andererseits dürfen die Leistungserbringer solche nicht bewirken und schließlich dürfen die Krankenkassen auch solche nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Angesichts dieser zwingenden Vorgaben geht die Rechtsprechung im Allgemeinen davon aus, dass auch deshalb Behandlungsmaßnahmen, die in ein an sich gesundes Organ eingreifen, in der Regel von der Krankenbehandlung ausgeschlossen sind. Daher kommen Maßnahmen im Bereich des (gesunden) Magens, die mittelbar auf die Reduzierung der Adipositas abzielen (Verfahren der bariatrischen Chirurgie, wie vorliegend der Einsatz eines Magenbypasses) nur als "ultima ratio" in Betracht und bedürfen zu ihrer Durchführung einer speziellen Rechtfertigung. Deshalb sind sie nur bei Patienten angesagt, die eine Reihe weiterer Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen. Dazu hat die - inzwischen gefestigte - Rechtsprechung, insbesondere des Bundessozialgerichts (vgl. etwa BSG, Urteile vom 19.02.2003 - [B 1 KR 2/02 R](#), vom 06.10.1999 - [B 1 KR 13/97](#)), folgende Grundsätze entwickelt:

- Die Adipositas muss so gravierend sein, dass ihr Krankheitswerte zukommen, wovon bei einem BMI von mindestens 40 stets auszugehen ist. Dagegen kann dies bei einem BMI von 35 bis unter 40 nur dann angenommen werden, wenn bereits erhebliche Begleitscheinungen vorliegen.
- Die konservativen Behandlungsmaßnahmen müssen erschöpft sein. Davon kann ausgegangen werden, wenn der Versicherte über einen längeren Zeitraum (sechs bis zwölf Monate) an einem ärztlich überwachten bzw. koordinierten multimodalen Therapiekonzept, welches unter anderem Diätmaßnahmen, Ernährungsschulungen, Bewegungs- und Psychotherapie umfasst, erfolglos teilgenommen hat.
- Eine ausreichende Motivation des Versicherten gegeben ist, sein Gewicht zu reduzieren.
- Das Operationsrisiko muss - angesichts weiterer im konkreten Fall gegebener Erkrankungen - tolerabel sein.
- Es darf keine manifeste psychische Erkrankung für die Entwicklung des Übergewichts ursächlich sein bzw. den Erfolg der Maßnahme gefährden.
- Es muss die Möglichkeit der lebenslangen medizinischen Nachbetreuung sichergestellt sein.

Unter Anwendung dieser Grundsätze, die sich auch die erkennende Kammer zu eigen gemacht hat (vgl. etwa Urteile vom 14.11.2012 - S [10 KR 39/10](#) und vom 11.02.2015 - [S 10 KR 91/14](#), letzteres noch nicht rechtskräftig, siehe [L 1 KR 116/15](#)) und weiterhin macht, steht der Klägerin - ausnahmsweise - ein Anspruch auf die gewünschte minimalinvasive adipositas-chirurgische Maßnahme in Form eines Magenbypasses zu; auch wenn sie selbst noch nicht an einem über sechs bis zwölf Monate laufenden ärztlich geleiteten multimodalen Therapiekonzept - zumal erfolglos - teilgenommen hat. Denn die besonderen Umstände im Falle der Klägerin rechtfertigen eine Ausnahmesituation, bei der diese Voraussetzung entbehrlich ist. Denn für den Fall (auch) einer adipositas-chirurgischen Maßnahme, wie hier des Magenbypasses, bedeutet dies, dass die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken der zu erwartenden Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2013 - [B 1 KR 1/02 R](#) und die hiesige Kammer bereits in den Urteilen vom 26.09.2007 - S 10 KR 360/06 und vom 14.12.2005 - S 10 KR 530/03 sowie das diese Entscheidung bestätigende Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 12.12.2006 - L 8 KR 55/06). Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob die Klägerin - entsprechend der Vorgabe des MDK - nicht bereits im Zeitraum vom Juni 2013 bis September 2014 eine Ernährungsberatung und - zusätzlich - psychologische Gespräche durchgeführt hatte, wie es ihr Hausarzt C. in seinem ärztlichen Attest vom 20.11.2014 bescheinigt.

Zu Gunsten der Klägerin ist nämlich zu berücksichtigen, dass deren Adipositas bereits seit Jahrzehnten bestand, sie in den letzten Jahren immer wieder - wenn auch erfolglos - auf Eigeninitiative hin vielfältige Bemühungen (Slim-Fast-Programm) unternommen hat, ihr Körpergewicht zu reduzieren. Erfolge waren jedoch nicht festzustellen. Deshalb wird auch in der S-3-Leitlinie "Chirurgie der Adipositas" bereits im Juni 2010 unter Abschnitt 3.2 Unterpunkt 4 Primäre Indikation festgehalten:

"Lassen Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychosoziale Gegebenheiten bei Erwachsenen annehmen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann oder die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist, kann in Ausnahmefällen auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden; die Indikation hierzu ist durch einen in der Adipositaschirurgie qualifizierten Arzt und einen bariatrischen Chirurgen gemeinsam zu stellen. Damit hat die Leitlinienkommission ein weiteres Beurteilungskriterium nach eingehender Diskussion präzisierend in diese Leitlinie aufgenommen, nämlich der Begriff der geringen Erfolgsaussicht" (Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG), der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin).

Dabei hat das Hessische Landessozialgericht nicht nur in seiner Entscheidung vom 22.05.2014 ([L 8 KR 7/11](#)) auf diese Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften abgestellt, da diese eine systematisch entwickelte Hilfe für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen darstellt. Auch wenn diese nicht rechtlich bindend sind, gibt sie doch wichtige Entscheidungshilfen, zumal sie auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und auf in der Praxis bewährten Verfahren beruht. "Die Klassifizierung als S-3-Leitlinie bringt zum Ausdruck, dass diese auf der Grundlage einer formellen oder systematischen Evidenzrecherche erstellt wurde und alle Elemente einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und Outformanalyse, Bewertung klinischer Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung) beinhaltet" (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 22.05.2014 - [L 8 KR 7/11](#)). Im Übrigen ist zu beachten, dass die Erfolgsaussichten einer rein konservativen Therapie mit dem Ausmaß der Adipositas in einer Wechselbeziehung steht, weshalb etwa beim Vorliegen einer vergleichsweise geringen Adipositas an die Durchführung einer vorherigen konservativen Therapie strengere Anforderungen zu stellen sind, als - wie im vorliegenden Fall - bei einem BMI von 50 und mehr. Daher ist

es angemessen, wenigstens in Sonderfällen, in denen der BMI im oberen Bereich liegt und den Wert von 40 deutlich überschreitet, eine Magenverkleinerungsoperation krankenversicherungsrechtlich auch dann zu bewilligen, wenn die hinreichende glaubhaften und ernsthaften eigeninitiativen Bemühungen des Versicherten zur Gewichtsreduktion nicht den strengen Vorgaben zu einem sechs- bis zwölfmonatigen multimodalen und ärztlich geleiteten bzw. überwachten Therapiekonzept entsprachen (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 22.05.2014 - [L 8 KR 7/11](#); SG Mannheim, Urteil vom 17.01.2014 - S 9 KR491/12).

Unter Berücksichtigung dieser konkretisierten Vorgaben ist festzustellen, dass die Klägerin zum einen unter einer Adipositas mit einem BMI von über 50 kg/m², verschiedenen schwerwiegenden Nebenwirkungen (insbesondere auch an einem Diabetes mellitus) leidet, über eine mehr als ausreichende Motivation zur Gewichtsreduktion verfügt (Stellungnahme des Hausarztes C. vom 20.11.2014), das Operationsrisiko dennoch tolerabel ist (vgl. Stellungnahme von Prof. Dr. D. vom 01.12.2014) und andererseits keine manifeste psychiatrische Krankheit als Kontraindikation gegeben ist (Ärztliche Stellungnahme Dr. D. vom 01.12.2014, Befundbericht C. vom 05.02.2016, MDK-Gutachten Dr. C. vom 28.01.2015). Zudem bietet insbesondere das von der Klägerin zwecks Operation aufgesuchte Krankenhaus Sachsenhausen die Möglichkeit einer auch längerfristig angelegten Nachsorge. Im Übrigen hegt die Kammer keine Bedenken, den Angaben der Klägerin über ein seit vielen Jahren bestehendes Übergewicht, die eingeleiteten erfolglosen Therapieversuche, auch mittels Diät (vgl. Bericht des Dr. D. vom 01.12.2014) Glauben zu schenken.

Soweit die Beklagte dagegen darauf verweist, dass die Klägerin (noch) nicht an einem gezielten Ernährungs- und Bewegungsprogramm zur Gewichtsreduzierung teilgenommen habe, insbesondere noch kein unter ärztlicher Leitung durchzuführendes Bewegungstraining absolviert habe, muss dem bereits entgegen gehalten werden, dass der Klägerin solche Maßnahmen von der Beklagten nicht angeboten wurden. Hinsichtlich des Bewegungstrainings dürfte es schon deshalb keinen Erfolg haben, weil die Klägerin angesichts der bescheinigten Arthrose der Hüftgelenke (Coxarthrose) nur über ein eingeschränktes Bewegungsprofil verfügt (vgl. Befundbericht des Hausarztes C. vom 05.02.2016).

Schließlich belegt die interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur "Prävention und Therapie der Adipositas" der Deutschen Adipositasgesellschaft in Zusammenarbeit mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Version 2.0 vom April 2014), dass eine chirurgische Therapie auch primär ohne eine präoperative konservative Therapie durchgeführt werden kann, wenn die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist oder der Gesundheitszustand des Patienten keinen Aufschub eines operativen Eingriffs zur Besserung durch Gewichtsreduktion erlaubt. Wobei dies vor allem bei besonderer Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas (hier: erhebliche Kniegelenksarthrose mit inzwischen beidseitiger TEP, erheblichem Bluthochdruck und einem inzwischen insulinpflichtigen Diabetes mellitus) aber auch bereits bei einem BMI von über 50 kg/m² angenommen wird, oder auch schon bei sonstigen persönlichen psychosozialen Umständen, die keinen Erfolg einer Lebensstiländerung in Aussicht stellen, gegeben ist (Prävention und Therapie der Adipositas Punkt 5.45 vom April 2014). Ob deshalb auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bereits immer schon beim Vorliegen eines BMI über 50 kg/m² auch ohne vorherige erfolglose präoperative konservative Therapie ein Anspruch auf adipositas-chirurgische Maßnahmen zur Gewichtsreduktion besteht, kann die Kammer hier offen lassen, da im Falle der Klägerin eine Summe aller eine Ausnahmesituation begründenden Umstände zusammentreffen. Deshalb ist die Beklagte verpflichtet, der Klägerin als Sachleistung die gewünschte Magen-Bypass-Operation zur Gewichtsreduktion zu gewähren.

Da sich der Bescheid der Beklagten vom 30. Januar 2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2015, mit dem die gewünschte operative Gewichtsreduktion abgelehnt worden war, damit als rechtswidrig erweist, war dieser aufzuheben und die Beklagte darüber hinaus zu verurteilen, der Klägerin eine minimalinvasive adipositas-chirurgische Maßnahme in Form eines Magenbypasses als Sachleistung zu gewähren, wobei dies auf ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus beschränkt ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#), wobei die Kammer davon ausgeht, dass die ausgesprochene Beschränkung auf ein zugelassenes Krankenhaus gegenüber dem Klageziel keine Bedeutung beizumessen war.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-02-24