

**S 40 KR 313/07**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Dortmund (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
40  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 40 KR 313/07  
Datum  
31.08.2010  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
1. Die Klage wird abgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Notwendigkeit einer chirurgischen Maßnahme zur Behandlung der Adipositas in Form eines Magenbandes. Die im Jahre xxx geborene Klägerin stellte am 22.12.2006 einen Antrag auf Gewährung einer Adipositas - Operation (Magenband). Sie leide bereits seit dem sechsten Lebensjahr an Übergewicht und habe mehrmals durch Diäten das Gewicht reduziert, es allerdings niemals halten können. Außerdem sei sie an einer Allergie gegen sämtliche Schmerzmittel, Antirheumatika und Antiphlogistika erkrankt. Sie könne daher nicht medikamentös gegen die bereits vorhandenen Gelenksentzündungen behandelt werden. Insoweit nehme ihre Immobilität weiter zu. Sie übersandte zudem ein ärztliches Attest von Dr. , Arzt für Allgemeinmedizin, vom 05.09.2006. Dieser gab an, dass die Klägerin an einer Adipositas, Diabetes mellitus Typ B, Hyperurikämie, Hypercholesterinämie, Leberparenchymschaden und Schmerzen von Seiten des Bewegungsapparates leide. Eine Schmerztherapie sei wegen multipler Allergien gegen Schmerzmitteln deutlich eingeschränkt. Durch die Adipositas sei eine fortschreitende Arthrose zu erwarten. Die diätischen Maßnahmen hätten keinen Erfolg gebracht, so dass das Magenband dringend indiziert sei. Außerdem war dem Antrag ein ärztliches Attest von Prof. Dr. , Chefarzt der Chirurgie und Unfallchirurgie des Krankenhauses , vom 28.08.2006 beigelegt. Die Klägerin leide trotz des Übergewichts lediglich unter einer Hypercholesterinämie und stark schmerzhaften degenerativen Gelenkerkrankungen, insbesondere in den Kniegelenken. Daneben bestehe ein starker Leidensdruck wegen des Übergewichts. Es drohten erhebliche Folgeerkrankungen. Diese könnten ebenso wie die psychischen Belastungen durch eine Magenbandoperation vermieden werden. Momentan liege das Gewicht bei 119,8 kg, so dass sich ein BMI (Body-Mass-Index) von 42 kg/m<sup>2</sup> ergebe. Schwerwiegende Kontraindikationen zum Magenband lägen nicht vor. Die Klägerin habe auch eine ausreichende Anzahl an konservativen Therapieversuchen nachgewiesen. Insbesondere sei 1993 über sechs Monate und in den Jahren 1999/ 2000 ärztlich geleitete ambulante Maßnahmen zur Gewichtsreduktion durchgeführt worden. Die Beklagte schaltete daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein, der in seinem am 12.01.2007 nach Aktenlage erstellten Gutachten angab, dass die Klägerin an einer Adipositas Grad III leide. Eine Ausschöpfung der konservativen Methoden könne nicht festgestellt werden. Ein multimodales Konzept über 12 Monate sei nicht durchgeführt worden. Zudem sei die Frage einer Essstörung abzuklären. Die Klägerin reichte ein Attest von Dr. , Arzt für Innere Medizin und Ernährungsmedizin, vom 29.04.2007 zu den Akten. Danach habe sich keine endokrinologische Ursache für die Adipositas gefunden. Das Gewicht betrage momentan 117,8 Kg, so dass sich ein BMI von 41,3 kg/m<sup>2</sup> ergebe. Er schließe sich der Stellungnahme von Prof. Dr. an. Die konservativen Therapien seien erfolglos versucht worden. Eine Essstörung im engeren Sinne liege nicht vor. In einem weiteren, von der Beklagten in Auftrag gegebenen Gutachten des MDK vom 15.06.2007 führte dieser aus, dass es an der Durchführung eines sechs- bis zwölfmonatigen multimodalen Therapiekonzeptes fehle. Die bisher belegten Gewichtsreduktionen im Rahmen der Diäten zeigten, dass diese Programme erfolgversprechend seien. Daher erließ die Beklagte am 19.06.2007 einen Ablehnungsbescheid. Dagegen erhob die Klägerin am 11.07.2007 Widerspruch. Sie habe Optifast für sechs Monate durchgeführt, danach allerdings wieder Gewicht zugenommen. Ein ähnliches Programm im Katholischen Krankenhaus habe zum gleichen Ergebnis geführt. Sie treibe auch weiterhin Sport. Das Magenband solle ihr helfen, das Gewicht zu halten. Die Beklagte schaltete nochmals den MDK ein, der in seinem Gutachten vom 08.10.2007 nach Untersuchung der Klägerin mitteilte, dass das Gewicht 117 kg betragen habe, so dass sich ein BMI von 40,48 kg/m<sup>2</sup> ergebe. Das Gangbild sei flüssig, Treppensteigen sei ohne Dyspnoe möglich. Der Finger-Boden-Abstand betrage 0 cm. Die Hüftgelenke seien schmerzfrei altersentsprechend beweglich. Die Kniegelenke seien frei beweglich mit lokalen Druckschmerzen über dem Gelenkspalt sowie im Bereich der Ferse. Die Klägerin treibe durchschnittlich zwei Mal die Woche Sport. Diäten habe sie seit 12 Monaten nicht mehr durchgeführt. Sie vermeide lediglich Süßigkeiten. Daraus ergebe sich als Diagnose eine Adipositas Grad III, Diabetes mellitus, Wirbelsäulenbeschwerden sowie degenerative Veränderungen der Kniegelenke. Es fehle weiterhin an der Durchführung eines multimodalen Konzeptes für mindestens sechs bis zwölf Monate. Die letzten Maßnahmen unter ärztlicher Begleitung sei 1993 und 1999 gewesen. Die Ernährung sei nur bedingt umgestellt worden. Im Übrigen lägen keine schweren Begleiterkrankungen oder Folgeerkrankungen vor.

Daraufhin erließ die Beklagte am 06.12.2007 einen zurückweisenden Widerspruchsbescheid. Mit der am 20.12.2007 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie wiege 120 kg, so dass ein BMI von 42,0 kg/m<sup>2</sup> gegeben sei. Es liege damit eine lebensbedrohende morbide Adipositas vor. Die erhöhte Sterberate von Adipositas-Patienten sei entsprechend belegt. Außerdem lägen zum Teil hoch gefährliche Begleiterkrankungen, z.B. Diabetes mellitus, Hyperurikämie, vor. Wegen der Schmerzen im gesamten Bewegungsapparat und der bestehenden Allergie gegen sämtliche Schmerzmittel bestehe dringender Handlungsbedarf. Hinzukomme eine erhebliche psychische Belastung verursacht durch mangelnde Akzeptanz gegenüber adipösen Mitbürgern und die soziale Isolation. Die konservativen Methoden seien überbewertet. Ein Erfolg sei bei extrem adipösen Patienten nicht belegt. Vielmehr stelle die Operation die einzige, effektive Alternative dar. Es seien diverse Diäten erfolglos durchgeführt worden. Die Wechselwirkung mit dem Diabetes mellitus erschwere insoweit die Gewichtsabnahme. Sie habe auch Ernährungsberatungen (über 8 Monate bzw. integriert in andere Konzepte) durchgeführt und regelmäßig Sport getrieben. Sport sei allerdings wegen der Schmerzsymptomatik nur eingeschränkt möglich. Aus der Stellungnahme von Prof. Dr. ergebe sich, dass weder eine ärztliche Begleitung für die konservative Therapie in den Leitlinien vorgesehen sei, noch eine Addition der einzelnen Maßnahmen ausscheide. Darüber hinaus sei Optifast ein klassisches integriertes Konzept. Die Indikation sei letztlich von mehreren Fachärzten bestätigt worden. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 19.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.12.2007 zu verurteilen, ihr eine minimalinvasive operative Magenverkleinerung (Magenband) als Sachleistung zu gewähren. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Ansicht, dass das Magenband im vorliegenden Fall nicht ultima-ratio sei, da keine multimodale Therapie über sechs bis zwölf Monate durchgeführt worden sei. Dies sei aber erforderlich, um dauerhaft die Ernährung umzustellen. Gerade die Umsetzung im eigenen Leben sei erforderlich für einen Therapieerfolg, was nur in diesen Langzeitprogrammen gewährleistet sei. Das Optifast-Programm sei durch kurzfristige Erfolgserlebnisse gekennzeichnet. Es umgehe durch die speziellen Ernährungsbestandteile gerade die notwendige Auseinandersetzung mit dem eigenen Essverhalten. Zur Begründung nimmt sie im Übrigen Bezug auf ein Gutachten des MDK vom 24.02.2010. Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung einer Auskunft der GmbH & Co KG vom 03.08.2009. Auf die Ausführungen wird im Einzelnen Bezug genommen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 19.06.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.12.2007 nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 S. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, da er nicht rechtswidrig ist. Zu Recht hat die Beklagte die Bewilligung der beantragten Magenbandoperation abgelehnt. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Gewährung der begehrten stationären operativen Maßnahme, da sie nicht zur Beseitigung einer Krankheit medizinisch erforderlich ist. Nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), 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. Gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Gemäß [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung in einem Krankenhaus (vgl. [§ 27 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V](#)), wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Eine Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne ist ein regelwidriger Körper- und Geisteszustand, der Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Regelwidrig ist ein Zustand, der von der Norm, also vom Leitbild des gesunden Menschen, abweicht (vgl. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen [LSG NRW], Urteil vom 03.05.2001, Az.: [L 5 KR 221/00](#); Follmann, in: jurisPK-SGB V, 2007, § 27 Rn. 31, 37; Waltermann, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, 2009, SGB V, § 27 Rn. 2 f.). a. Zwar ist nach Ansicht der Kammer die Adipositas nicht als Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne zu werten (wie hier LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.02.2007, Az.: [L 24 KR 247/06](#); SG Dortmund, Urteil vom 22.07.2008, Az.: S 44 KR 92/07; SG Dortmund, Urteil vom 17.03.2010, Az.: S 40 KR 223/06; offen gelassen von LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); SG Dortmund, Urteil vom 26.08.2008, Az.: [S 8 KR 208/05](#); a.A. BSG, Urteil vom 19.02.2003, Az.: [B 1 KR 1/02 R](#); LSG NRW, Urteil vom 03.11.2005, Az.: [L 5 KR 173/04](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.11.2009, Az.: [L 9 KR 11/08](#); Waltermann, in: Kreikebohm/Spellbrink/Waltermann, Kommentar zum Sozialrecht, [§ 27 SGB V](#) Rn. 5). Geringfügige Störungen ohne wesentliche funktionelle Beeinträchtigungen genügen nämlich nicht. Persönliche Eigenarten, die schon durch Änderung der Lebensführung oder einfache Maßnahmen der Gesunderhaltung behoben werden können und nicht der ärztlichen Behandlung bedürfen, stellen daher keine Erkrankung dar (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.02.2007, Az.: [L 24 KR 247/06](#); Höfler, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 27 Rn. 23). Die Adipositas selbst ist keine Erkrankung, sondern lediglich ein Risikofaktor für das Auftreten von Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder arterieller Hypertonie. Sie lässt sich durch Maßnahmen der Gewichtsreduktion beseitigen, die gemäß [§ 1 S. 2 SGB V](#) grundsätzlich der Eigenverantwortung der Versicherten zugewiesen sind (LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.02.2007, Az.: [L 24 KR 247/06](#)). Die Frage kann aber letztlich offen bleiben, weil jedenfalls in einem solchen Fall das erhöhte Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen besteht, das eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich macht (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); SG Dortmund, Urteil vom 26.08.2008, Az.: [S 8 KR 208/05](#)). Diese Situation ist bei der Klägerin gegeben, weil bei ihr sowohl ein BMI von über 40 kg/m<sup>2</sup> vorliegt, als auch entsprechende Begleiterscheinungen und Folgeerkrankungen, z.B. Diabetes mellitus, Asthma, eingetreten sind. b. Unabhängig davon kommt aber eine stationäre operative Maßnahme nicht in Betracht. Denn eine stationäre Behandlung in einem Akutkrankenhaus ist erst dann angezeigt, wenn das Behandlungsziel nicht auf anderem Wege erreicht werden kann (vgl. Bayerisches LSG, Urteil vom 20.03.2009, Az.: [L 5 KR 182/08](#)). Die Magenbandoperation bedarf insoweit als mittelbare Krankenbehandlung durch chirurgische Operation an einem funktionell intakten Organ einer speziellen Rechtfertigung. Eine solche Krankenbehandlung, die keine kausale Therapie der Folgeerkrankungen darstellt, ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ([§ 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V](#)), wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung, Dringlichkeit der Intervention sowie nach Abwägung der Risiken und des zu erwartenden Nutzens der Therapie sowie etwaiger Folgekosten für die Krankenversicherung gerechtfertigt ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2004, Az.: [L 11 KR 1627/04](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); SG Dortmund, Urteil vom 26.08.2008, Az.: [S 8 KR 208/05](#)). Daher kommt eine chirurgische Behandlung der extremen Adipositas zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als ultima ratio nur in Betracht, wenn bei der Versicherten eine Reihe von Kriterien erfüllt sind (BSG, Urteil vom 19.02.2003, Az.: [B 1 KR 1/02 R](#); BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: [B 1 KR 2/08 R](#); LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2004, Az.: [L 11 KR 1627/04](#); LSG NRW, Urteil vom 03.11.2005, Az.: [L 5 KR 173/04](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); Bayerisches LSG, Urteil vom 20.03.2009, Az.: [L 5 KR 182/08](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12.11.2009, Az.: [L 9 KR 11/08](#)): 1. es muss ein BMI von mindestens 40 kg/m<sup>2</sup> oder ein BMI ab 35 kg/m<sup>2</sup> mit erheblichen Begleiterkrankungen vorliegen; 2. der chirurgische Eingriff muss die ultima ratio sein; zuvor müssen alle

konservativen Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sein (z. B. diätische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie); 3. das Operationsrisiko muss tolerabel sein; 4. der Versicherte muss ausreichend motiviert sein; 5. es darf keine manifeste psychiatrische Erkrankung vorliegen und 6. es muss die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung bestehen. Die damit aufgestellten strengen Voraussetzungen liegen bei der Klägerin nicht vor. (1) Nach Ansicht der Kammer fehlt es in Bezug auf die Klägerin insoweit an einer Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten. Als solche kommen grundsätzlich Therapieprogramme unter stationären Bedingungen, Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant oder stationär), Selbsthilfegruppen (etwa Weight-Watchers) oder eigenverantwortliche Diätmaßnahmen unter ärztlicher Kontrolle in Betracht. Von einer Ausschöpfung der konservativen Therapiemöglichkeiten kann nach der Rechtsprechung aber nur dann ausgegangen werden, wenn eine sechs- bis zwölfmonatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien stattgefunden hat (vgl. LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); Bayerisches LSG, Urteil vom 20.03.2009, Az.: [L 5 KR 182/08](#); SG Dortmund, Urteil vom 24.04.2008, Az.: S 40 KR 237/06; SG Dortmund, Urteil vom 26.08.2008, Az.: [S 8 KR 208/05](#); Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Punkt 6.4.7; S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas, Stand: Juni 2010, S. 12 und 16 – Leitlinien und Unterlagen jeweils abrufbar unter [www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php](http://www.adipositas-gesellschaft.de/leitlinien.php)). Insbesondere ist nach Ansicht der Kammer erforderlich, dass eine integrierte Therapie über einen solch längeren Zeitraum versucht wurde, weil nur dann davon ausgegangen werden kann, dass die konservativen Behandlungsmöglichkeiten bei der Versicherten keinen Erfolg zeigen und ausgeschöpft sind (so auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2004, Az.: [L 11 KR 1627/04](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); dem folgend SG Dortmund, Urteil vom 24.04.2008, Az.: S 40 KR 237/06). Dies wird – worauf der MDK hingewiesen hat – durch Studien gestützt, die belegen, dass auch Personen mit Adipositas permagna in der Lage sind, im Rahmen konservativer Therapieansätze ihr Gewicht entsprechend zu reduzieren (vgl. auch S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas, Stand: Juni 2010, S. 13 – "Bei guter Mitarbeit sind auch überzeugende Gewichtsverläufe zu erzielen."). Davon gehen im Übrigen auch die Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a. aus, wenn sie umfangreiche Hinweise zu konservativen Therapien geben (vgl. etwa die ausführlichen Ausführungen zur Ernährungstherapie unter Punkt 6.4.2). Dabei setzt sich eine integrierte Therapie nach den Leitlinien aus den Elementen der Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie zusammen (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Punkt 6.4, sowie Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme, S. 3). Erforderlich ist zudem die Betreuung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt, der eine ausreichende klinische Erfahrung hat und darüber hinaus als wesentliches Qualitätsmerkmal eine ernährungsmedizinische Zusatzausbildung auf der Basis des Curriculums Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer vorweisen kann (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 20, sowie Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme der Deutschen Adipositas Gesellschaft u.a., S. 2). Ebenso ist das Programm durch eine Ernährungsfachkraft – entweder ein/e Diätassistent/in oder ein/e Ökotrophologe/in mit praktischer Erfahrung in der Betreuung von adipösen Personen – zu begleiten (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 20, sowie Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme der Deutschen Adipositas Gesellschaft u.a., S. 2). Zu Beginn eines multimodalen Konzepts soll eine medizinische Eingangsuntersuchung stattfinden. Ebenso gehören regelmäßige strukturierte Schulungen in der Gruppe, Gruppensitzungen und Verlaufskontrollen zu den Qualitätskriterien eines ambulanten Adipositasprogramms (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 20, sowie Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme der Deutschen Adipositas Gesellschaft u.a., S. 3). In der ersten Phase steht dabei die Gewichtsreduktion im Vordergrund. Sodann dient die zweite Phase der Gewichtserhaltung mit langfristiger Ernährungsumstellung (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 12). Zur Gewichtsabnahme und Gewichtserhaltung trägt dabei ein erhöhter Energieverbrauch durch vermehrte körperliche Aktivität bei. Um das Gewicht messbar zu reduzieren (erste Phase), ist ein zusätzlicher Energieverbrauch von 2500 kcal/Woche erforderlich, was etwa fünf Stunden zusätzlichen Sports entspricht. Zur Gewichtserhaltung (zweite Phase) sind sodann drei bis fünf Stunden vermehrte Bewegung pro Woche notwendig (zum Ganzen Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 13 f.; s.a. S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas, Stand: Juni 2010, S. 13 – "Bewegungstherapie und körperliche Aktivitätssteigerungen haben damit eine spezielle Rolle in der Phase der Gewichtsstabilisierung."). Die Durchführung eines so definierten integrierten Therapiekonzeptes hat die Klägerin nicht nachgewiesen. Gerade die Verknüpfung der verschiedenen Therapien verspricht aber eine gewisse Wahrscheinlichkeit für den Erfolg bei der Gewichtsabnahme. (a) Soweit sich die Klägerin auf die Teilnahme am BCM-Programm in den Jahren 1999/2000 bezieht, stellt dies keine integrierte Therapie nach den oben beschriebenen Maßstäben dar. Vielmehr ist es eine kohlenhydratbetonte Diät, wie sich aus dem Schreiben der GmbH & Co KG vom 03.08.2009 ergibt. Basis ist insoweit das Drei-Mahlzeiten-Prinzip, wobei zwei Mahlzeiten durch BCM Basiskost Produkte ersetzt werden (Bl. 62 der Gerichtsakte). Bestandteil des Programms sind zu Beginn wöchentliche Beratungen, die nach vier Wochen nur noch alle zwei Wochen stattfinden. Im Rahmen der Beratung, die als Gruppen- und Einzelgespräche konzipiert sind, wird auch eine Bioelektrische-Impedanz-Analyse durchgeführt, um gezielte Ernährungsberatungen zu ermöglichen (Bl. 63 der Gerichtsakte). Nicht Bestandteil des Programms ist damit eine Bewegungs- und Verhaltenstherapie, so dass es keine integrierte Therapie im oben beschriebenen Sinne darstellt. Bewegungs- und Verhaltenstherapie konnten gegebenenfalls Thema des Beratungsgesprächs sein, ohne dass das Programm insoweit feste Vorgaben enthielt (Bl. 63 der Gerichtsakte). Nach Auskunft der GmbH & Co KG waren Vertragspartner Mediziner, die allerdings nur 10 Seminare der GmbH & Co KG als Weiterbildung nachweisen mussten. Die Mitwirkung weiterer Ernährungsfachkräfte war nicht vorgesehen, so dass auch die personellen Voraussetzungen für eine integrierte Therapie nicht vorlagen. Zudem erfolgte nach Auskunft der Klägerin gerade keine ärztliche Begleitung (siehe Bl. 24 der Verwaltungsakte). (b) Schließlich ist auch das Optifast-Programm, welches die Klägerin im Jahre 1993 für sechs Monate durchgeführt haben will, nicht ausreichend, um eine integrierte Therapie im oben benannten Sinne darzustellen. Es ist schon nicht ersichtlich, dass die oben beschriebenen Kriterien erfüllt waren. Insbesondere ist nicht erkennbar, dass die personellen Voraussetzungen im Hinblick auf die ärztliche Begleitung sowie die Einbeziehung einer Ernährungsfachkraft gegeben waren. Ebenso wenig entsprach die dort vorgesehene Bewegungstherapie (einmal wöchentlich – siehe Angaben der Klägerin im Erörterungstermin vom 04.12.2008 – Bl. 51 der Gerichtsakte) den oben beschriebenen Voraussetzungen. Mangels Unterlagen ist die Kammer weder in der Lage zu prüfen, ob die Klägerin regelmäßig an den Programmen teilgenommen hatte, noch ob die dort vorgesehenen Bestandteile die Anforderungen an eine integrierte Therapie erfüllten. Ebenso wenig ist durch die Klägerin nachgehalten worden, welche Maßnahmen (z.B. Sport) sie tatsächlich neben Optifast durchgeführt hatte. Es kommt hinzu, dass im ersten Vierteljahr des Optifast-Programms eine Substitution der üblichen Nahrung durch eine spezielle Trinknahrung erfolgte. Erst nach diesem Vierteljahr wurde die Klägerin auf eine normale Ernährung umgestellt (siehe die Angaben im Erörterungstermin vom 04.12.2008 – Bl. 51 der Gerichtsakte). Mithin dauerte die Phase der eigentlichen Ernährungsumstellung und der Gewichtserhaltung innerhalb des Programms gerade drei Monate. Eben diese Ernährungsumstellung ist aber wesentlicher Bestandteil für den Erfolg konservativer Therapien (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 12). Insoweit sieht auch die Leitlinie im Rahmen einzelner Diätmethoden eine längerfristige Ernährungsumstellung von 12 Monaten vor (Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositas-Gesellschaft u.a., Tabelle 5, S. 12 f. – "mäßig energiereduzierte Mischkost" sowie "andere Kostformen zur Gewichtsreduktion").

Das führt nach Ansicht der Kammer dazu, dass solch integrierte Therapien ebenso längerfristig, d.h. in der Regel für zwölf Monate, durchzuführen sind, weil nur dadurch die langfristige Umstellung gewährleistet ist. Daran fehlt es aber vorliegend. Insoweit sieht sich die Kammer bestätigt durch die Gutachten des MDK, insbesondere vom 24.02.2010, wonach eine wenigstens bis zu einjährige konservative Therapie nach definierten Qualitätskriterien durchzuführen ist (Bl. 85 der Gerichtsakte). Auch der MDK hat daher in seinen Gutachten trotz der Kenntnis der Durchführung des Optifast-Programms über sechs Monate keine Ausschöpfung der konservativen Therapien feststellen können (siehe Gutachten vom 15.01.2007 – Bl. 19 f. der Verwaltungsakte, Gutachten vom 15.06.2007 – Bl. 32 ff. der Verwaltungsakte, Gutachten vom 08.10.2007 – Bl. 48 ff. der Verwaltungsakte, sowie vom 24.02.2010 – Bl. 83 ff. der Gerichtsakte). Bestätigt wird dies schließlich durch den weiteren Verlauf nach Durchführung des Optifast-Programms. Denn trotz positiver Prognose war die Klägerin in alte Essgewohnheiten zurückgefallen und hatte nach einer Gewichtsreduktion von 33 kg eine Gewichtszunahme von 30 kg zu verzeichnen (siehe Angaben im Erörterungstermin vom 04.12.2008 – Bl. 51 der Gerichtsakte). Auch dies zeigt, dass insoweit ein längerfristiges Programm erforderlich ist. Ebenso zeigt dies, dass die Klägerin durchaus erfolgreich in der Lage ist, ihr Gewicht durch längerfristig angelegte Programme zu reduzieren. Die Problematik liegt vielmehr in ihrem Ess- und Bewegungsverhalten nach der Gewichtsreduktion. (c) Soweit die Klägerin auf die Ausführungen von Prof. Dr. Bezug nimmt, überzeugen diese nicht. Entgegen der Ansicht von Prof. Dr. lässt sich den Leitlinien sehr wohl das Erfordernis einer ärztlichen Begleitung der ambulanten Programme sowie die Zusammensetzung aus den Komponenten Bewegungs-, Ernährungs-, Verhaltens- und gegebenenfalls Pharmakotherapie entnehmen. Sowohl der Aufbau als auch die personellen Voraussetzungen werden in den Leitlinien dezidiert ausgeführt (siehe oben). Die Kammer sieht auch keinen Grund, davon abzuweichen. Denn gerade die Kombination aus verschiedenen Elementen verspricht überhaupt einen Erfolg für eine langfristige Gewichtsreduktion. Insoweit führt auch die S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas, an deren Erstellung Prof. Dr. mitgewirkt hat (S. 4 der Leitlinie) und die nach seiner Stellungnahme vom 16.06.2009 im Juni 2010 veröffentlicht wurde, auf Seite 14 aus: "Deshalb wurde in der Vergangenheit insbesondere von den Kostenträgern gefordert, vor einer Entscheidung zur Operation intensive, ärztlich begleitete Gewichtsreduktionsversuche zu unternehmen. Dieses Vorgehen ist bei hochgradiger Adipositas – zumindest für nicht strukturierte und nicht dauerhaft konzipierte Gewichtsreduktionsversuche – aus klinisch-wissenschaftlicher Sicht nicht gerechtfertigt wegen der geringen Erfolgsaussichten". Daraus kann aber nur der Umkehrschluss gezogen werden, dass strukturierte, längerfristig angelegte, ärztlich begleitete konservative Therapien durchaus Erfolgsaussichten zeitigen und insoweit durchzuführen sind (siehe S 3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas, S. 12 - "...bei Erschöpfung der konservativen Therapien ..."). Die ärztliche Begleitung durch einen entsprechend qualifizierten Arzt ist im Übrigen auch deshalb geboten, weil nur dieser überhaupt in der Lage ist, ein individuell auf den einzelnen Patienten abgestimmtes Programm zu erstellen und gegebenenfalls im Laufe des Programms Anpassungen vorzunehmen. Für die Kammer ist jedenfalls nicht erklärlich, wie der Patient ohne diese ärztliche Unterstützung die Ernährung umstellen und anpassen kann sowie die richtige Bewegungstherapie und den angemessenen Umfang bestimmen soll. Ebenso wenig kommt eine Addition der einzelnen Maßnahmen in Betracht. Denn entgegen der Erwartung von Prof. Dr. ist diese Addition einzelner Maßnahmen schon nicht Bestandteil der neuen Leitlinien geworden. Sie würde zudem gerade dem Ansatz widersprechen, dass durch eine Kombination der Module und längerfristiger Anwendung eine Gewichtsreduktion von Dauer erreicht wird (so denn auch die Leitlinien selbst – siehe oben). Denn dann ließe sich mit einer Ansammlung von Einzelmaßnahmen ebenfalls eine Ausschöpfung der konservativen Therapien erreichen, ohne das jemals die gerade erfolversprechende integrierte Therapie durchgeführt wurde. Es kommt schließlich hinzu, dass die Ausschöpfung der konservativen Therapien erforderlich ist, weil es sich um eine mittelbare Behandlung handelt. Dann aber sind in der Regel die konservativen Therapien zuvor zu versuchen, weil nur dann die gebotene Abwägung zugunsten des Versicherten ausgehen kann (vgl. etwa ebenso bei operativen Brustverkleinerungen LSG NRW, Urteil vom 10.05.2007, Az.: [L 5 KR 118/04](#); LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 11.06.2008, Az.: [L 9 KR 589/07](#)). Von einer solchen Ausschöpfung kann aber regelmäßig nur gesprochen werden, wenn auch eine integrierte Therapie im oben beschriebenen Sinne durchgeführt wurde. (d) Schließlich kann die berufliche Belastung nicht dazu führen, auf die Durchführung einer integrierten Therapie zu verzichten (s.a. SG Dortmund, Urteil vom 24.04.2008, Az.: S 40 KR 237/06; SG Dortmund, Urteil vom 28.05.2010, Az.: S 40 KR 279/09). Nach Ansicht der Kammer kann es darauf grundsätzlich nicht ankommen, da die Frage, ob die beantragte Magenbandoperation tatsächlich medizinisch erforderlich ist, in der Regel erst beantwortet und bejaht werden kann, wenn die konservativen Therapien ausgeschöpft worden sind. Vor einer solchen Ausschöpfung ist die Magenbandoperation regelmäßig nicht notwendig, weil noch andere Therapieoptionen zur Verfügung stehen. Zudem ist nicht erkennbar, dass die entsprechenden Therapiemöglichkeiten sämtlich stationär durchgeführt werden müssen und daher wegen der beruflichen Belastung tatsächlich nicht durchgeführt werden können. (2) Daneben muss jedenfalls im Rahmen einer Gesamtabwägung das Ergebnis zu Lasten der Klägerin ausgehen. Denn eine Krankenbehandlung, die keine kausale Therapie der Folgeerkrankungen darstellt, ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ([§ 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V](#)), wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung, Dringlichkeit der Intervention sowie nach Abwägung der Risiken und des zu erwartenden Nutzens der Therapie sowie etwaiger Folgekosten für die Krankenversicherung gerechtfertigt ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 07.12.2004, Az.: [L 11 KR 1627/04](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 22.06.2006, Az.: [L 5 KR 53/06](#); SG Dortmund, Urteil vom 26.08.2008, Az.: [S 8 KR 208/05](#)). Weder bestehen erhebliche Folgeerkrankungen, noch hat die Klägerin in den letzten Jahren einen ernsthaften Versuch der Gewichtsreduktion unternommen. In diesem Zusammenhang hat der MDK in seinem Gutachten vom 08.10.2007 nach Untersuchung der Klägerin angegeben, dass keine schweren Begleiterkrankung oder Folgeerkrankungen vorliegen. Es liegen ein nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus, wiederkehrende Wirbelsäulenbeschwerden, degenerative Veränderungen der Kniegelenke, Spreiz-Senkfußbildung mit Hallux valgus sowie Metatarsalgien vor (Bl. 47 ff. der Verwaltungsakte). Dies deckt sich mit dem Schreiben von Prof. Dr. vom 28.08.2006 (Bl. 6 f. der Verwaltungsakte), wonach trotz des hohen Übergewichts und der ausgeprägten Adipositas bisher lediglich eine Hypercholesterinämie vorliegt. Schließlich hat die Klägerin im Verhandlungstermin angegeben, dass sie mittlerweile an Asthma leidet, wobei sie gegenwärtig konservativ (z.B. mit Cortison) behandelt wird. Art und Schwere der Erkrankungen erfordern daher gerade keine sofortige chirurgische Intervention. Demgegenüber verspricht die längerfristige Durchführung einer integrierten Therapie vorliegend einen entsprechenden Erfolg bei der Gewichtsabnahme (siehe oben). Dem stehen die Schmerzmittelallergie sowie die vorhandenen Schmerzen nicht entgegen. Denn ausweislich des Attests von Dr. vom 05.09.2006 (Bl. 5 der Verwaltungsakte) ist die Schmerztherapie mit den Arzneimitteln aus der Gruppe der nonsteroidalen Antirheumatika und der gesamten Gruppe der Opiode sowie mit Novaminsulfon kontraindiziert und damit deutlich eingeschränkt, aber gerade nicht ausgeschlossen. Es kommt damit tatsächlich eine schmerztherapeutische Behandlung und somit die Durchführung der Bewegungstherapie in Betracht. Schließlich ist bei der Gesamtabwägung zu berücksichtigen, dass die begehrte Magenbandoperation ebenso eine Ernährungsumstellung und die Möglichkeit einer lebenslangen ärztlichen Nachsorge erforderlich macht. Diese Ernährungsumstellung hat die Klägerin aber bisher nicht erfolgreich vornehmen können. Vielmehr hat sie nach den Maßnahmen wiederholt Gewicht aufgebaut, wobei dies im Zusammenhang mit dem Rückfall in alte Essgewohnheiten zu sehen ist (siehe Angaben der Klägerin im Erörterungstermin vom 04.12.2008 – Bl. 51 der Gerichtsakte – im Zusammenhang mit dem Optifast-Programm). Es wäre damit ebenfalls keine Gewähr gegeben, dass die Klägerin nach der Operation die Ernährungsumstellung erfolgreich durchführen können. Dies spricht dafür, hier vorrangig eine solche längerfristige Umstellung im Rahmen einer integrierten Therapie zu versuchen.

2. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-02-03