

L 24 KR 17/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Cottbus (BRB)
Aktenzeichen
S 10 KR 47/04
Datum
25.10.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KR 17/06
Datum
29.06.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Unter Zurückweisung der Berufung im Übrigen wird das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 25. Oktober 2005 insoweit geändert, als der Klägerin Mutwillenskosten in Höhe von 150 Euro auferlegt worden sind. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenbandes.

Die 1964 geborene Klägerin ist die Ehefrau des P S, der bei der Beklagten als Mitglied versichert ist, und als solche familienversichert.

Im März 2003 beantragten für die Klägerin die Ärzte der Chirurgischen Klinik des C C Prof. Dr. G und Dr. K Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Gastric-banding-Operation wegen morbidem Adipositas bei einem Körpermassenindex (BMI) von 41 und erfolgloser konservativer Therapie. Eine Finanzierung allein über den Bettensatz sei aufgrund der kurzen Verweildauer und der hohen Materialkosten bei Gesamtkosten von ca. 4.300 Euro nicht möglich.

Die Beklagte holte die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) des Dr. H vom 08. April 2003 ein und lehnte mit Bescheid vom 14. April 2003 die Gewährung der beantragten Sachleistung ab. Es handele sich um eine so genannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die als vertragsärztliche Leistung nur erbracht werden könne, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Anerkennung empfohlen habe. Eine solche Empfehlung liege nicht vor. Außerdem fehlten Studien, die eine Überlegenheit der Methode gegenüber den herkömmlichen Behandlungen (konventionelle Reduktionsdiät, Bewegungstherapie, ggf. Verhaltenstherapie) belegten.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, nach Aussage ihrer behandelnden Ärzte bestehe eine medizinische Indikation für die begehrte Behandlungsmethode. Die Klägerin legte den Bericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 06. Mai 2003 vor. Die Beklagte holte den weiteren Bericht dieser Ärztin vom 03. Oktober 2003 nebst beigefügter verschiedener Unterlagen ein und veranlasste die Gutachten des MDK des Arztes P vom 07. August 2003 und 17. November 2003.

Mit dem am 02. März 2004 zugestellten Widerspruchsbescheid vom 01. März 2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: An der Notwendigkeit einer Gewichtsreduzierung bestünden keine Zweifel, da bereits Begleiterkrankungen eingetreten seien. Eine dauerhafte Gewichtsreduktion sei jedoch nur durch Änderung der Lebensweise und Essgewohnheiten zu erreichen. Die chirurgische Therapie bedeute einen Eingriff am gesunden Magen, der einer besonderen medizinischen Rechtfertigung bedürfe, denn die Gastric-banding-Operation sei keine kausale Therapie, sondern behandle eine Verhaltensstörung durch operative Maßnahmen. Sie sei daher nur angebracht, wenn konservative Maßnahmen ausschieden. Solche Maßnahmen stünden jedoch noch zur Verfügung.

Dagegen hat die Klägerin am 02. April 2004 beim Sozialgericht Cottbus Klage erhoben und vorgetragen:

Sie sei bei einer Körpergröße von 1,58 m mit 104 kg Körpergewicht hochgradig übergewichtig. Begleiterkrankungen wie degenerative Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates sowie Lendenwirbelsäulensyndrom seien bereits eingetreten. Konservative Therapien seien ausgeschöpft. Diätberatungen, Diäten und der Einsatz verschiedener Präparate seien ohne Erfolg geblieben. Dasselbe gelte für sportliche Betätigungen, wie Besuche von Fitnesscenter und Schwimmhallen, Gymnastik und Walking, welche aus finanziellen und auch aus organisatorischen Gründen, sie sei Mutter von 6 Kindern, wieder hätten eingestellt werden müssen. An Gesprächs- und Bewegungstherapien

sei ihr eine Teilnahme als Mutter von 6 Kindern und Frau eines berufstätigen Ehemannes nicht möglich. Ihre Adipositas sei nicht alimentär, also durch Nahrung hervorgerufen, sondern genetisch bedingt. Sie ernähre sich wie alle anderen Familienmitglieder, die normalgewichtig seien. Die Indikationen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie für eine Gastric-banding-Operation seien erfüllt.

Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass Ursache der Adipositas nach dem MDK-Gutachten des Arztes P vom 17. November 2003 Ernährungsfehler seien, so dass die bisherigen eigenen Bemühungen um eine Gewichtsreduktion erfolglos geblieben seien. Ohne eine Umstellung des Ernährungsverhaltens sei auch durch eine Magenbandoperation kein Erfolg zu erzielen. Notwendig sei eine bislang nicht durchgeführte langfristige konservative Behandlung, nämlich eine Ernährungsberatung mit regelmäßiger ärztlicher Kontrolle, ein konsequentes Bewegungsprogramm und eine psychotherapeutische Behandlung der krankhaften Esssucht. Zudem liege bisher keine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung vor.

Das Sozialgericht hat die Befundberichte des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W vom 23. November 2004 und der Fachärztin für Allgemeinmedizin L vom 02. Dezember 2004 eingeholt.

Mit Urteil vom 25. Oktober 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Es hat der Klägerin außerdem Mutwillenskosten in Höhe von 150 Euro auferlegt: Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 14/02 R](#) - scheidet die chirurgische Behandlung der extremen Adipositas zwar nicht von vornherein als Maßnahme der Krankenbehandlung aus. Es sei jedoch in jedem Einzelfall zu prüfen, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich sei. Danach komme die Implantation eines Magenbandes nicht in Betracht, denn den beigezogenen Befundberichten seien keinerlei Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass unter ärztlicher Kontrolle konservative Behandlungsmöglichkeiten zur Gewichtsreduktion durchgeführt worden seien. Die von der Klägerin vorgetragene eigenen Maßnahmen seien lediglich sporadischer Natur gewesen und hätten nicht zu einer Gewichtsreduktion führen können. Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin habe in der mündlichen Verhandlung zu erkennen gegeben, dass sie wisse, eine positive Entscheidung könne nicht zu Gunsten der Klägerin ergehen. Damit sei die Auferlegung von Mutwillenskosten gerechtfertigt.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 21. November 2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. Dezember 2005 eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie meint, dass die Implantation eines Magenbandes das einzige noch verfügbare Mittel darstelle, denn konservative Therapieversuche über einen längeren Zeitraum hätten keinerlei Erfolg gezeigt. Sie hat bezogen auf eine Zeit ab 2000 vorgetragen: Diätberatungen seien bislang nicht erfolgt. Sie habe aber eigenverantwortlich Diäten durchgeführt. Diese Diäten habe sie jedoch jeweils nur kurze Zeiträume durchgehalten. Sie habe sich vor dem im Ernährungsprotokoll genannten Zeitraum (03. bis 23. September 2003) in derselben Weise ernährt und auch danach wieder versucht, ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken. Selbsthilfegruppen habe sie bislang nicht besucht, da sie dafür keine Zeit gehabt habe. Sie fahre durchschnittlich zweimal wöchentlich Fahrrad, unternehme regelmäßig einmal wöchentlich eine Wanderung und versuche darüber hinaus, sich täglich zusammen mit ihren Kindern gemeinsam zu bewegen. Dies halte sie jedoch nicht lange durch, da sich sehr stark Wirbelsäulenbeschwerden einstellten. Von August 2005 bis Juni 2006 habe sie ein Fitnessstudio dreimal wöchentlich für eine Zeitdauer von jeweils ca. 2,5 Stunden besucht und sei im Anschluss daran, regelmäßig schwimmen gegangen. Zwischenzeitlich sei dies nicht mehr möglich, da die Benutzung der öffentlichen Verkehrsmittel zu teuer sei. Der Besuch eines Fitnessstudios sei auf Anraten ihrer behandelnden Ärzte erfolgt. Es bestehe die Gefahr, dass die Verzweiflung der Klägerin über die bisherige Erfolglosigkeit ihrer Bemühungen dazu führe, dass sich eine massive und schwerwiegende Essstörung entwickle. Sie sei wohl psychisch nicht in der Lage, eine Gewichtsreduktion in Form einer Diät durchzuführen. Sie hat den Fitness- und Saunavertrag mit dem S vom 25. Juli 2005 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Cottbus vom 25. Oktober 2005 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01. März 2004 zu verurteilen, Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer Implantation eines Magenbandes zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Der Senat hat den Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W vom 09. September 2006 nebst gesamter Behandlungsunterlagen eingeholt, die gesamten Behandlungsunterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin L und der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O sowie Auszüge aus verschiedenen Leitlinien (Adipositasleitlinie der Heine-UniversitätDüsseldorf, Stand 01. Juli 1998, Leitlinie zur Chirurgischen Therapie der extremen Adipositas der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas, Stand 21. März 2004 und Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositasgesellschaft, Version 2006) beigezogen sowie Beweis erhoben durch das schriftliche Sachverständigen Gutachten des Chirurgen und Sozialmediziners Dr. B vom 03. Januar 2007.

Nach Auffassung der Klägerin ergebe sich aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. B eindeutig, dass sie aufgrund massiver psychischer Probleme nicht in der Lage sei, die dringend notwendige Gewichtsreduktion allein durch diätetische und ernährungsberatende ambulante Maßnahmen, Bewegungstherapie und Psychotherapie zu erreichen. Zur Beurteilung des Umfangs und der Schwere der psychogenen Essstörung sei ein psychiatrisches Gutachten erforderlich. Die Tatsache, dass die Klägerin mehrfach versucht habe, die zu sich genommene Nahrung wieder zu erbrechen, zeige eindeutig, dass bei ihr eine schwere Essstörung und massive psychische Probleme vorlägen. Angesichts dessen sei die Implantation eines Magenbandes erfolgversprechend. Die Klägerin hat den Bericht der Chirurgischen Klinik des C- C Dr. K vom 08. März 2007 vorgelegt.

Der Senat hat den Sachverständigen Dr. B ergänzend gehört (Stellungnahme vom 18. Mai 2007).

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird u. a. auf Blatt 181 bis 215 und 233 bis 235 der Gerichtsakten verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten (), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist in der Hauptsache unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 14. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01. März 2004 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zur Durchführung der Implantation eines Magenbandes. Denn zum einen sind die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft und zum anderen besteht keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass damit eine dauerhafte Gewichtsreduzierung erreicht werden kann.

Nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Leistungen zur Behandlung einer Krankheit ([§§ 27](#) bis [52 SGB V](#)).

Ein Anspruch auf Krankenbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) besteht, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)).

Nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115 a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115 b SGB V](#)) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 Abs. 1 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Die genannte Vorschrift macht ein Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung deutlich, das bereits aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) folgt, wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Daraus ergibt sich, dass eine Krankenhausbehandlung gerade als vollstationäre Behandlung nur dann in Betracht kommt, wenn insbesondere eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichend ist. Liegt letztgenannter Sachverhalt vor, darf Krankenhausbehandlung allerdings gleichwohl nicht bewilligt werden, wenn diese keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür bietet, dass das Ziel der Krankenbehandlung erreicht werden kann. Ist dieses Ziel im konkreten Einzelfall nicht zu verwirklichen, ist die in Frage kommende Behandlungsmaßnahme unwirtschaftlich und darf deshalb nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht bewirkt werden.

Die Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenbandes liegen nicht vor.

Der Krankenhausbehandlung steht allerdings nicht, wie die Beklagte meint, entgegen, dass derzeit eine ärztliche Verordnung nicht vorliegt. Eine Selbsteinweisung durch Krankenhausärzte ist - abgesehen von unaufschiebbaren Notfällen - vom Gesetz nicht vorgesehen (vgl. Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, 45. Ergänzungslieferung, SGB V, Höfler, § 39 Rdnr. 40). Vielmehr geht das Gesetz davon aus, dass die Krankenhausbehandlung durch den Vertragsarzt verordnet wird ([§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7, Abs. 4, § 39 Abs. 2 SGB V](#)). Die ärztliche Verordnung kann jedoch noch nachgeholt werden. [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) macht eine solche ärztliche Verordnung nicht ausdrücklich zur Voraussetzung für eine Krankenhausbehandlung, zumindest wird in dieser Vorschrift nicht angeordnet, dass eine ärztliche Verordnung vor der Beantragung einer Krankenhausbehandlung bereits vorliegen müsste. Außerdem entscheidet die Krankenkasse über andere Leistungen, die nicht ärztliche oder zahnärztliche Behandlung sind ([§ 15 Abs. 1 SGB V](#)), grundsätzlich selbst, denn [§ 15 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt, dass für die Inanspruchnahme anderer Leistungen die Krankenkasse den Versicherten Berechtigungsscheine ausstellt, soweit es zweckmäßig ist (vgl. Kasseler Kommentar, a.a.O., § 15 Rdnr. 13). Die Krankenkasse ist damit berechtigt, ggf. unter Einschaltung des MDK, Krankenhausbehandlung ohne vorherige ärztliche Verordnung durch die Ausstellung eines entsprechenden Berechtigungsscheines zu bewilligen. Soweit daher die Krankenkasse im Falle einer Ablehnung von Krankenhausbehandlung dies nicht auf das Fehlen einer ärztlichen Verordnung stützt, kann sie dies in einem sich anschließenden Verfahren dem geltend gemachten Anspruch auf Krankenhausbehandlung nicht entgegenhalten.

Entgegen der Ansicht der Beklagten kommt es auch nicht darauf an, ob es sich bei der begehrten Implantation eines Magenbandes ggf. um eine neue Behandlungsmethode handelt, für die bisher noch keine kontrollierten wissenschaftlichen Untersuchungen vorliegen, die insbesondere eine Überlegenheit dieser Methode gegenüber den herkömmlichen Behandlungen belegen (so die MDK-Stellungnahme des Arztes Dr. H vom 08. April 2003).

Ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und damit dem Versorgungsstand insbesondere des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) entspricht, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben (vgl. auch [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)), obliegt (wie grundsätzlich auch für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im vertragsärztlichen Bereich, vgl. BSG, Urteil vom 19. Februar 2002 - [B 1 KR 16/00 R](#), abgedruckt in [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#)) weder den Krankenkassen noch den Gerichten, sondern dem dafür nach [§ 137 c SGB V](#) eingerichteten Gemeinsamen Bundesausschuss (vor dem 01. Januar 2004 der Ausschuss Krankenhaus) (BSG, Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#), abgedruckt in [SozR 4-2500 § 137 c Nr. 1 = BSGE 90, 289](#)).

Nach [§ 137 c Abs. 1 SGB V](#) gilt: Der Gemeinsame Bundesausschuss nach [§ 91 SGB V](#) überprüft auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie. Nach [§ 137 c Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) darf die ausgeschlossene Methode ab dem Tag des In-Kraft-Tretens einer Richtlinie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wobei die Durchführung klinischer Studien unberührt bleibt.

Im Unterschied zur Rechtslage in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verzichtet das Gesetz bei Krankenhausleistungen damit auf einen Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit der Folge, dass im Krankenhausbereich neuartige Verfahren vor ihrem Einsatz keiner Überprüfung und Bewertung unterliegen und daher solange zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden können, solange der Gemeinsame Bundesausschuss sie nicht ausgeschlossen hat. Die Gefahr, dass zweifelhafte oder unwirksame Maßnahmen zum Einsatz kommen, ist im Krankenhaus schon wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Vergütungsstrukturen geringer als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte. Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuen Behandlung hat die Krankenkasse die Möglichkeit, über ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu veranlassen und ggf. auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen (BSG, Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#)).

Die Implantation eines Magenbandes (Gastric-banding) gehört nicht zu denjenigen Behandlungsmethoden, die als Krankenhausbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht erbracht werden dürfen (vgl. § 4 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus - Richtlinie Methoden Krankenhausbehandlung - Beschluss vom 21. März 2006, Bundesanzeiger Nr. 111 (S. 4466) vom 17. Juni 2006).

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme mag bei der Klägerin zwar eine behandlungsbedürftige und behandlungsfähige Erkrankung bestehen. Die begehrte Behandlungsmaßnahme ist jedoch nach dem aufgezeigten Stufenverhältnis der verschiedenen Maßnahmen der Krankenbehandlung in Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zum einen nicht notwendig, denn eine ambulante Krankenbehandlung ist ausreichend. Zum anderen besteht keine hinreichende Wahrscheinlichkeit dafür, dass mit dieser Behandlungsmethode das Ziel der Krankenbehandlung, eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) erreicht werden kann. Nach dem Sachverständigen Dr. B bestehen eine Übergewichtigkeit, ein Bluthochdruckleiden, eine diabetische Stoffwechselleage und eine Neigung zu Lumbalgien.

Bei seiner Untersuchung hat der Sachverständige bei einer Körpergröße von 158,5 cm ein Körpergewicht von 98,1 kg, woraus sich ein BMI von 39 kg/m² errechnet (BMI = kg/m²), vorgefunden. Das Blutdruckleiden ist bei einem gemessenen Blutdruck von 135/75 mmHg rechts und 135/80 mmHg links unter Therapie normal gewesen, so dass Dr. B von einer guten Einstellung dieses Leidens ausgegangen ist. Die diabetische Stoffwechselleage ist ebenfalls medikamentös ausreichend behandelt, denn dieser Sachverständige hat den beigezogenen ärztlichen Unterlagen insoweit zutreffend keine Komplikationen entnehmen können. Im Bereich des Stütz- und Halteapparates hat er funktionelle Beeinträchtigungen ausgeschlossen. Diesbezüglich hat er lediglich eine Genu valgum-Stellung an beiden Kniegelenken und ein mäßig abgesenktes Fußgewölbe im Sinne eines Senk-, Spreizfußes beidseits erheben können.

Den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ist nichts anderes zu entnehmen. Für die von den Fachärztinnen für Allgemeinmedizin Dr. O (Bericht vom 06. Mai 2003) und L (Befundbericht vom 02. Dezember 2004) benannte Adipositas sind deren Befundaufzeichnungen bzw. dem in der Verwaltungsakte der Beklagten enthaltenden Bericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 21. Januar 2003 anlässlich eines Antrages auf eine Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme Gewichtsangaben für März 2002 von 86 kg, für Oktober 2002 von 98 kg, für Januar 2003 von 102 bzw. 104 kg, für Februar 2003 von 105 kg, für Juni 2003 von 111 kg, für September 2003 von 100,6 kg und für Januar 2004 von 102,3 kg zu entnehmen. Nach Angaben des Arztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W in dessen Befundberichten vom 23. November 2004 und 09. September 2006 einschließlich seiner Befundaufzeichnungen betrug das Körpergewicht während seiner Behandlung im April 2004 104 kg, im Oktober 2004 96,5 kg und im Juni 2006 92 kg. Der Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin L vom 02. Dezember 2004 benennt für Dezember 2003 einen Blutdruck von 130/70 mmHg, der Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W vom 09. September 2006 weist Blutdruckwerte im Zeitraum von Juni 2005 bis November 2005 zwischen 140/90 mmHg und 160/90 mmHg aus, welche letztgenannter Arzt einer Borderline-Hypertonie zuordnet. Im Befundbericht dieses Arztes vom 09. September 2006 findet sich außerdem noch die Diagnose eines rezidivierenden Lumbalsyndroms, ohne dass hierfür allerdings objektive Befunde dargestellt sind. Seine Behandlungsunterlagen enthalten insoweit lediglich den Bericht des Radiologen Dr. K vom 28. September 2006 über eine Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule, wonach eine leichte Fehllhaltung besteht. Schließlich weist der Befundbericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin L vom 02. Dezember 2004 noch ein degeneratives Halswirbelsäulensyndrom aus. Zum Zustand der Halswirbelsäule liegen wiederum lediglich radiologische Untersuchungsergebnisse vor. Nach den Berichten des Radiologen K vom 13. Oktober 2003 über eine Computertomografie und vom 28. September 2006 über eine Röntgenuntersuchung bestehen leichte degenerative Veränderungen, die insgesamt als altersgemäß beurteilt sind.

Die wesentliche Gesundheitsstörung liegt mithin in der Übergewichtigkeit. Ob es sich hierbei um eine Krankheit handelt, kann dahinstehen.

Unter Krankheit ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand zu verstehen, der entweder Behandlungsbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit oder beides zur Folge hat. Diese krankenversicherungsrechtliche Begriffsbestimmung ist von dem medizinischen Krankheitsbegriff zu unterscheiden, wonach die Krankheit eine Erkrankung mit bestimmten Symptomen und Ursachen ist. Eine Krankheit im medizinischen Sinne löst grundsätzlich noch keine Leistungsansprüche aus (vgl. Kasseler Kommentar, a.a.O., Höfler [§ 27 SGB V](#) Rdnrn. 9 und 11). Ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand setzt eine erhebliche Abweichung vom Leitbild des gesunden Menschen, der zur Ausübung normaler körperlicher und psychischer Funktionen in der Lage ist, voraus. Geringfügige Störungen ohne wesentliche funktionelle Beeinträchtigungen genügen hierfür nicht. Abweichungen von einer morphologischen Idealnorm, die noch befriedigende körperliche und psychische Funktionen zulassen, stellen daher keinen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand dar (Kasseler Kommentar, a.a.O., [§ 27 SGB V](#) Rdnr. 12). Persönliche Eigenarten, die nicht der ärztlichen Behandlung bedürfen und dem Bereich der individuellen menschlichen Unterschiede zuzurechnen sind, stellen daher keine Krankheit dar. Dies gilt insbesondere für solche Eigenarten, die schon durch eine Änderung der Lebensführung oder einfache Maßnahmen der Gesunderhaltung behoben werden können (Kasseler Kommentar, a.a.O., [§](#)

[27 SGB V](#) Rdnr. 23). Liegen mehr als nur unwesentliche funktionelle Beeinträchtigungen vor, bedingen diese eine Krankheit, wenn sie behandlungsbedürftig sind. Behandlungsbedürftigkeit bedeutet, dass sie zu ihrer Beseitigung einer ärztlichen Behandlung bedürfen. Damit bewirkt auch eine erhebliche Abweichung der Körpergestalt vom Leitbild des gesunden Menschen allein noch keine Krankheit. Lediglich wenn der Versicherte durch diese abweichende Körpergestalt in seinen Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt, liegt eine Krankheit vor (BSG, Urteile vom 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 3/03 R](#) abgedruckt in BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 3](#) = [BSGE 93, 252](#) und [B 1 KR 9/04 R](#) abgedruckt in USK 2004-11 m.w.N.).

Unmittelbar aus der Übergewichtigkeit herrührende Beeinträchtigungen in der Weise, dass durch die Körpermasse oder deren Verteilung eine wesentliche Funktionsbeeinträchtigung der Gelenke bewirkt wird, liegen nach dem o. g. Ergebnis der Beweisaufnahme nicht vor.

Das BSG hat im Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) hinsichtlich der Behandlung der Übergewichtigkeit (Adipositas) mittels chirurgischer Therapie allerdings auf Folgendes hingewiesen: In der Medizin selber ist umstritten, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt. Einigkeit besteht aber darüber, dass bei starkem Übergewicht (im Allgemeinen ab einem BMI &8804; 30) eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil anderenfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen wie Stoffwechselerkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, gastrointestinale Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und bösartige Neubildungen, besteht. Ob dabei das krankhaft erhöhte Körpergewicht ein Risikofaktor für das Erleiden anderer schwerwiegender Erkrankungen ist, ist für die rechtliche Bewertung ohne Belang. Eine Therapieindikation besteht erst recht, wenn im konkreten Fall bereits Folgeerkrankungen aufgetreten sind. Die Leistungspflicht der Krankenversicherung für eine chirurgische Therapie dieser Krankheit kann - so das BSG weiter - nicht mit der Erwägung verneint werden, dass für das Übergewicht das krankhafte Essverhalten der Patientin und nicht eine Funktionsstörung des Magens verantwortlich ist. Es trifft zwar zu, dass die operative Verkleinerung des Magens keine kausale Behandlung darstellt, sondern die Verhaltensstörung der Klägerin durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflussen sollte. Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsätzlich mit umfasst, wenn sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Wird durch eine chirurgische Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und wird dieses regelwidrig verändert, wie das bei der Applikation eines Magenbandes geschieht, bedarf die mittelbare Behandlung einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie sowie etwaige Folgekosten für die Krankenversicherung gegeneinander abzuwägen sind. Angesichts der unsicheren Prognose lässt sich eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse regelmäßig nicht rechtfertigen, wenn der operative Eingriff zur Behandlung einer psychischen Störung dienen soll. Darum geht es hier - so das BSG - in dessen nicht, denn die behandlungsbedürftige Adipositas hat zwar möglicherweise seelische Ursachen, ist aber selbst keine psychische Krankheit.

Demgegenüber hat es das BSG in der - späteren - Entscheidung vom 19. Oktober 2004 - [B 1 KR 9/04 R](#) ausdrücklich offengelassen, ob eine anatomische Veränderung der Körpergestalt mit dem Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen (dort erhebliche Mammahyperplasie mit dem Risiko von Wirbelsäulenfunktionsstörungen) als behandlungsbedürftige Krankheit zu bewerten ist und ob der chirurgische Eingriff (dort Mammareduktionsplastik) als mittelbare Behandlung einer besonderen Rechtfertigung bedarf, wie dies bei Operationen zur Behebung psychischer Leiden der Fall ist.

Dieser Rechtsfrage muss der Senat jedoch nicht weiter nachgehen. Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist auch nach dem Urteil des BSG vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) - zunächst zu prüfen, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist. Sodann muss untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion, insbesondere der vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften, aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention gegeben sind.

Werden diese Maßstäbe vorliegend herangezogen, scheidet eine Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenbandes aus.

Nach der Leitlinie Prävention und Therapie der Adipositas der Deutschen Adipositasgesellschaft (Version 2006) liegt Übergewichtigkeit bei einem BMI &8805; 25,0 und Adipositas ab einem BMI von 30 vor. Die Adipositas wird hierbei unterschieden nach Grad I (erhöht) mit einem BMI von 30 bis 34,9, nach Grad II (hoch) mit einem BMI von 35 bis 39,9 und nach Grad III (sehr hoch) mit einem BMI &8805; 40 (Ziffer 2.1, Tabelle 2). Als Ursachen von Übergewicht und Adipositas gelten u. a. genetische Ursachen, ein moderner Lebensstil (Bewegungsmangel, Fehlernährung), chronischer Stress und Essstörungen (Ziffer 3). Übergewicht und Adipositas gelten als der wichtigste Promotor des metabolischen Syndroms, welches mit einem hohen Atheroskleroserisiko assoziiert ist. Ein metabolisches Syndrom liegt vor, wenn drei der nachfolgenden 5 Kriterien, erhöhter Taillenumfang, erhöhte Triglyzeride (nüchtern), niedriges HDL-Cholesterin (nüchtern), Bluthochdruck und erhöhte Nüchternblutglukose zutreffen (näher dazu Tabelle 4, Ziffer 4.3). Indikation für eine Behandlung übergewichtiger/adipöser Menschen ist u. a. ein BMI &8805; 30 (Ziffer 6.1). Eine erfolgreiche Therapie setzt dabei eine ausreichende Motivation und Kooperationsfähigkeit des Patienten voraus. Dies verlangt eine umfassende Information des Patienten über seine Erkrankung, deren Komplikationen und Behandlung. Um das individuelle Gesundheitsrisiko beurteilen und eine optimale Therapieplanung vornehmen zu können, sind eine sorgfältige Anamnese und bestimmte Untersuchungen vor Therapiebeginn erforderlich (Ziffer 6.3). Grundlage jedes Gewichtsmanagements sollte ein Basisprogramm sein, das die Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie (vgl. dazu näher Ziffern 6.4.2 bis 6.4.4) umfasst. Ein Programm zum Gewichtsmanagement sollte zwei Phasen beinhalten. In der ersten Phase steht die Gewichtsreduktion im Vordergrund. Die zweite Phase dient der Gewichtserhaltung und langfristigen Ernährungsumstellung mit einer ausgewogenen Mischkost (Ziffer 6.4.1). Ggf. kann eine zusätzliche Pharmakotherapie angezeigt sein (Ziffer 6.4.6). Eine chirurgische Therapie kann nach Scheitern einer konservativen Therapie bei Patienten mit Adipositas Grad III oder Adipositas Grad II mit erheblichen Komorbiditäten (z. B. Diabetes mellitus Typ II) in Betracht kommen, wobei die Nutzen-Risiko-Abwägung eindeutig positiv sein muss, der Patient ausreichend motiviert und insbesondere auch über die langfristigen Konsequenzen des Eingriffs aufgeklärt sein muss. Vor Indikationsstellung sollte wenigstens eine sechs- bis zwölfmonatige konservative Behandlung nach definierten Qualitätskriterien stattfinden. Bei Patienten mit Verdacht auf Depression, Psychose, Suchterkrankung oder Essstörung muss ein Psychiater oder Psychotherapeut hinzugezogen werden. Erscheint eine Psychotherapie hinsichtlich einer Essstörung aussichtsreich, ist diese zunächst der operativen Therapie vorzuziehen (Ziffer 6.4.7). Die Langzeitergebnisse von Gewichtsmanagementprogrammen hängen entscheidend vom langfristigen Betreuungskonzept ab. Es müssen daher u. a. folgende Gesichtspunkte beachtet werden: Da der Energieverbrauch im Rahmen einer Gewichtsreduktion zurückgeht, bewirkt die Rückkehr zum früheren Lebensstil eine Gewichtszunahme. Die Fortführung des

Therapeuten/Patienten-Kontaktes wirkt sich positiv auf die langfristige Gewichtsstabilisierung aus, da der Patient immer wieder motiviert wird, neu erlernte Ess- und Bewegungsgewohnheiten beizubehalten. Die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe wirkt sich positiv auf die Gewichtsstabilisierung aus und beugt Rückfällen vor. Regelmäßiges Gewichtsmonitoring (einmal pro Woche) und Selbstmanagement verbessern die Langzeitergebnisse (Ziffer 6.4.8).

In der Leitlinie chirurgische Therapie der extremen Adipositas der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas (Stand 21. März 2004) wird darauf hingewiesen, dass die eigentliche Ursache der Adipositas komplex und weitgehend unbekannt ist. Adipositas-chirurgische Maßnahmen sollten bei Patienten in Betracht gezogen werden, die einen BMI über 35 kg/m² mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder einen BMI > 40 kg/m² aufweisen und bei denen konservative Behandlungsmaßnahmen (also vor allem die diätetische, bewegungs- und/oder verhaltenstherapeutischen Methoden) nachweislich nicht erfolgreich waren. Vorbehalte hinsichtlich einer chirurgischen Therapie bestehen u. a. bei schweren Depressionen, Psychosen und Essstörungen (Seiten 3 bis 6). Operative Maßnahmen werden heute in rein restriktive und Kombinationsverfahren mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Malabsorptionskomponente eingeteilt. Bei rein restriktiven Eingriffen wie Gastric-banding oder Gastro-Plastik wird aus dem oberen Magenanteil unterhalb des Mageneingangs ein kleiner Pouch gebildet, der über einen engen Kanal (Stoma) in den Restmagen entleert. Durch diese Maßnahme wird bereits nach geringer Nahrungszufuhr ein Sättigungs-/Völlegefühl vermittelt. Es kann aber nur die Menge der Nahrung, nicht der Kaloriengehalt kontrolliert werden. Dies zwingt postoperativ zu einem veränderten Ess- und Trinkverhalten. Der zu erwartende Gewichtsverlust nach adipositas-chirurgischer Therapie hängt von der gewählten Operationsform ab. So ist der Langzeit-Gewichtsverlust bei den rein restriktiven Verfahren (Gastric-banding, Gastro-Plastik) niedriger als beim Gastric-Bypass. Der extrem übergewichtige Patient setzt in die chirurgischen Maßnahmen hohe Erwartungen, oft unerfüllbare Hoffnungen. Daher muss er über die Möglichkeiten und Grenzen der chirurgischen Therapie umfangreich aufgeklärt sein. Er muss die Veränderungen seiner Lebens- und Ernährungsbedingungen kennen und umsetzen können. Wichtig ist die Bereitschaft des Patienten zu langfristigen Kontrollen durch das behandelnde Team (Seiten 7 bis 10).

Die Adipositasleitlinie der der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (Stand 01. Juli 1998) weist ebenfalls auf eine ausreichende Kooperationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten als unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie der Adipositas hin. Da die Adipositas als chronische Störung mit hoher Rezidivneigung anzusehen ist, kommt es darauf an, über die eigentliche Phase der Gewichtsabnahme hinaus eine langfristige Gewichtskontrolle zu erreichen. Bei der Therapie adipöser Patienten (BMI > 30) steht die moderate Gewichtsabnahme im Vordergrund. Das Erreichen des Normal- bzw. Idealgewichts ist als Behandlungsziel ungeeignet. In bestimmten Fällen genügt eine Gewichtsstabilisierung als Behandlungsziel (Ziffern 9.1 und 9.2). Es wird betont, dass sich jedes Basisprogramm zum Gewichtsmanagement zunächst aus drei Komponenten zur Lebensstiländerung, nämlich der Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie, zusammensetzt, ggf. kann zusätzlich eine medikamentöse Therapie befürwortet werden (Ziffern 9.5 und 9.6). Voraussetzungen für eine operative Therapie sind ein BMI > 40 oder > 35 mit erheblichen Komorbiditäten bzw. Risikofaktoren, Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten unter ärztlicher Aufsicht, nicht inakzeptabel hohes Operationsrisiko sowie ausreichende Motivation des Patienten (Ziffer 9.7). Das Hauptproblem jeder Adipositasstherapie ist die Stabilisierung des reduzierten Körpergewichts. Dies erfordert ein geplantes langfristiges Betreuungskonzept und eine ausreichende Motivation zur Fortführung des neu erworbenen Lebensstils einschließlich der neu erlernten Ess- und Bewegungsgewohnheiten (Ziffer 9.8).

Wenn der Sachverständige Dr. Bunter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Meinungen, wie sie in den genannten Leitlinien niedergelegt sind, zu der Beurteilung gelangt ist, eine Indikation für die Implantation eines Magenbandes besteht schon deswegen nicht, weil die danach geforderte Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmaßnahmen nicht gegeben ist, ist dies nachvollziehbar.

Die Klägerin, die erstinstanzlich noch vorgetragen hat, auch Diätberatungen seien erfolglos geblieben, räumt in der Berufung zwischenzeitlich selbst ein, bislang an solchen Diätberatungen nicht teilgenommen zu haben. Den vorliegenden ärztlichen Unterlagen ist nichts anderes zu entnehmen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportarzt Dr. W betont in seinem Befundbericht vom 09. September 2006, dass sich die Klägerin selten beim Arzt vorstellt. Soweit dies erfolgt ist, hat dieser Arzt laufend zur Gewichtsreduktion geraten. Seinen Behandlungsunterlagen ist lediglich für Dezember 2004 eine Ernährungsberatung zu entnehmen. Eine qualifizierte Ernährungsberatung insbesondere in einer spezialisierten internistischen Praxis ist jedoch geboten, worauf bereits im MDK-Gutachten des Arztes P vom 17. November 2003 in Auswertung des von der Klägerin auf Veranlassung dieses Arztes erstellten Ernährungsprotokolls für die Zeit vom 03. bis 23. September 2003 hingewiesen wurde. Daraus sind Ernährungsfehler aufgrund mangelnder Information zu erkennen, die darin bestehen, dass die Klägerin nicht nur große Mengen während der fünf bis sechs Mahlzeiten am Tag konsumierte, sondern zugleich auch regelmäßig hochkalorische Speisen und Getränke flüssiger und breiiger Konsistenz zu sich nahm.

Die Klägerin hat zwar nach ihrem Vortrag eigenverantwortlich Diäten durchgeführt, diese aber jeweils nur kurze Zeit durchgehalten. Nach dem Bericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 06. Mai 2003 kaufte sich die Klägerin mehrere Präparate zur Gewichtsreduktion (z. B. Cefamadar, Xerobese, Molkekur, BMI-Kur, Slim Fast-Kur, Apple-Cider-Kapseln, Carnitin-Kapseln), die, so diese Ärztin, selbstverständlich außer Nebenwirkungen keine positiven Wirkungen zeigten. Die Durchführung einer konsequenten und wissenschaftlich fundierten Diät, insbesondere unter ärztlicher Kontrolle, fand danach jedenfalls nicht statt. Die die Klägerin nachfolgend behandelnden Ärzte, die Fachärztin für Allgemeinmedizin L und der Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportarzt Dr. W bestätigen in ihren Befundberichten vom 02. Dezember 2004 und 09. September 2006 ebenfalls keine ärztlich kontrollierten Diäten. Sie beziehen sich darauf, dass nach den (subjektiven) Angaben der Klägerin Diäten absolviert worden seien. Der während des gerichtlichen Verfahrens insoweit gemachte Vortrag der Klägerin ist gleichfalls widersprüchlich. Im Berufungsverfahren ist vorgetragen, sie habe sich vor dem 03. September 2003 in derselben Weise wie im Ernährungsprotokoll niedergelegt ernährt. Nach dem 23. September 2006 (gemeint 2003), darauf hat sich die gerichtliche Anfrage bezogen, habe sie versucht, ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken. Demgegenüber ist im Schriftsatz vom 27. September 2004 vorgetragen worden, sie ernähre sich ebenso wie alle anderen Familienmitglieder (gemeint sind die Kinder und der Ehemann). Es leuchtet ohne weiteres ein, dass ohne Umstellung der Ess- und Ernährungsgewohnheiten eine Gewichtsreduzierung nicht zu erreichen ist.

Der Hinweis auf eine "normale" Ernährung im genannten Schriftsatz sollte wohl auch als Beleg dafür dienen, dass die Klägerin nicht an einer alimentären, sondern einer genetisch bedingten Adipositas leidet, denn ihre Familie sei trotz dieser Ernährung normalgewichtig. Gleichwohl gibt es keine Hinweise dafür, dass die bei der Klägerin bestehende Adipositas nicht ernährungsbedingt ist. Es mag zwar zutreffen, dass in der weiteren Verwandtschaft starke Übergewichtigkeit vorherrschte bzw. vorherrscht (vgl. ihre Angaben über die familiäre Belastung vom 22. September 2003, beigefügt gewesen dem Bericht der Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. O vom 03. Oktober 2003). Gegenüber dem Sachverständigen Dr. B hat die Klägerin jedenfalls angegeben, als Kind ein normales Körpergewicht gehabt zu haben; eine zunehmende

Übergewichtigkeit habe sich erst seit 1982 im Rahmen von Eheauseinandersetzungen entwickelt. Bedingt durch das Verhalten ihres ersten Ehemannes und des Fehlens anderweitiger Hilfe habe sie damit angefangen, in sich hineinzuessen. Das Essen sei für sie, das, was für andere eine Zigarette sei. Schon bei geringen Belastungen würde auch heute eine erhebliche Esssucht auftreten, die sie als nicht beherrschbar empfinde. Der Sachverständige Dr. B hat in Bezug auf diese Essstörung einen deutlichen Leidensdruck vorgefunden, der in einem anhaltenden Weinen bei Schilderung dieser Problematik deutlich geworden ist. Die Klägerin hat bei zum Zeitpunkt der Untersuchung subdepressiver Stimmungslage auch zeitweilig erhebliche depressive Verstimmungszustände angegeben. Es erscheint somit schlüssig, wenn der Sachverständige Dr. B die bei der Klägerin vorgefundene Übergewichtigkeit eindeutig auf eine psychogene Essstörung zurückgeführt hat, die durch eine mangelnde Verarbeitung von ehemaligen Konfliktsituationen zustande gekommen ist und mit deutlichen depressiven Störungen verbunden ist. Die Klägerin teilt zwischenzeitlich diese Auffassung des Sachverständigen.

Wenn Dr. B infolge dieser psychogenen Essstörung es für primär geboten gehalten hat, diese einer psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen, leuchtet dies ein. Wenn psychotherapeutische Maßnahmen, die nach Angaben der Klägerin gegenüber diesem Sachverständigen bisher noch nicht durchgeführt wurden und aus den vorliegenden ärztlichen Unterlagen auch nicht ersichtlich sind, das Essverhalten beeinflussen können und daher Anknüpfungspunkt für eine nachfolgende Gewichtsreduzierung sind, bedarf es der begehrten chirurgischen Therapie nicht. Nach den o. g. Leitlinien gehört jedenfalls auch eine Verhaltenstherapie zu den ambulanten konservativen Behandlungsmaßnahmen, die zunächst auszuschöpfen sind.

Schließlich fehlt es an einer konsequenten Bewegungstherapie. Nach dem Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W kam es zwar im Dezember 2004 zu einer Rücksprache mit der Beklagten zwecks Teilnahme am Rückenschulungsprogramm, wobei wohl die Befreiung der Zuzahlung thematisiert wurde. In diesem Befundbericht heißt es weiter: Seit Juni 2005 nimmt die Patientin ständig am Rückenschulprogramm, am Bauchtraining sowie am allgemeinen Fitnesstraining ("laut Aussage der Patientin") teil. Gegenüber dem Sachverständigen Dr. B ist diese Aussage von der Klägerin insoweit relativiert worden, dass gegenwärtig keine konsequente ständige krankengymnastische Übungstherapie im Sinne einer Rückenschule oder eines Fitnessprogramms betrieben werde.

Die von der Klägerin vorgetragene eigenständig durchgeführte sportliche Betätigung ist ungenügend, wie bereits das Sozialgericht dargelegt hat. Die im Berufungsverfahren gemachten Angaben der Klägerin bestätigen dies. Sie erfolgen lediglich sporadisch und insbesondere ohne entsprechende fachkundige Anleitung und ärztliche Kontrolle. Die Angaben der Klägerin sind zudem teilweise widersprüchlich. So hat sie bereits im Schriftsatz vom 27. September 2004 vorgetragen, ein Fitnesscenter zu besuchen. Dies ist während des Berufungsverfahrens dann dahingehend korrigiert worden, dass ein solcher Besuch erst ab August 2005 erfolgt, aber zwischenzeitlich eingestellt worden sei.

Angesichts dessen erschließt sich dem Senat nicht, aufgrund welcher Tatsachen Dr. K in seinem Bericht vom 08. März 2007 zu der Auffassung gelangt ist, konservative Therapieversuche seien gescheitert. Zutreffend bemängelt denn auch der Sachverständige Dr. B in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 18. Mai 2007, dass eine differenzierte Beurteilung der Gesamtsituation der Klägerin diesem Bericht nicht zu entnehmen ist.

Eine weitere Beweiserhebung, insbesondere zur Beurteilung des Umfangs und der Schwere der psychogenen Essstörung, ist nicht geboten. Diese vermag nichts daran zu ändern, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen nicht ausgeschöpft sind und dass mit der chirurgischen Therapie derzeit das Behandlungsziel nicht zu erreichen sein wird.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist nämlich nicht zu erkennen, dass mit dieser Behandlungsmethode eine dauerhafte Gewichtsreduzierung erzielt werden kann. In den o. g. Leitlinien wird betont, dass eine langfristige Gewichtsstabilisierung entscheidend vom Betreuungskonzept abhängt. Dies erfordert nicht nur zwingend die Veränderung des Ess- und Trinkverhaltens, sondern auch eine Intensivierung der körperlichen Aktivität sowie eine Fortführung des Therapeuten-Patienten-Kontaktes, ggf. auch die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe.

Ein entsprechendes Verhalten der Klägerin ist für die zurückliegende Zeit schon nicht festzustellen, so dass keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dies könnte sich zukünftig, insbesondere nach der Implantation eines Magenbandes, ändern. Der Kontakt der Klägerin zu den sie behandelnden Ärzten ist eher selten gewesen. Die Teilnahme an Diätberatungen, Bewegungstherapien und sonstigen Maßnahmen ist ihr zum einen aus zeitlichen, zum anderen aus finanziellen Gründen nicht möglich gewesen. Wenn es der Klägerin auch nicht an der erforderlichen Motivation fehlen sollte, so sind dies jedenfalls Gesichtspunkte, die nicht erwarten lassen, dass sich das Verhalten der Klägerin zukünftig ändern wird. Das in den o. g. Leitlinien geforderte Ausschöpfen der konservativen Behandlungsmaßnahmen stellt damit zugleich sicher, dass die nach einer chirurgischen Therapie gebotenen Behandlungsmaßnahmen und das dazu nötige Verhalten der Versicherten hinreichend gewährleistet ist.

Unabhängig davon wirft die Tatsache, dass die Klägerin nach dem Befundbericht des Facharztes für Allgemeinmedizin und Sportarztes Dr. W vom 09. September 2006 ihr Gewicht bis Juni 2006 auf 92 kg vermindern konnte, ohnehin die Frage nach der Ursache dafür auf. Es ist zwar vorgetragen, die Klägerin habe mehrfach versucht, die zu sich genommene Nahrung wieder zu erbrechen. Ein solches dauerhaftes Verhalten, das allein eine solche Gewichtsverminderung erklären könnte, ist jedoch weder dem genannten Befundbericht zu entnehmen, noch hat die Klägerin gegenüber dem Sachverständigen Dr. B entsprechendes mitgeteilt.

Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenbandes besteht mithin nicht, so dass die Berufung in der Hauptsache erfolglos bleiben muss.

Abschließend sei noch Folgendes bemerkt: Es ist für den Senat nicht recht nachvollziehbar, weswegen die begehrte Krankenhausbehandlung zur Durchführung der Gastric-banding-Operation bisher nicht erfolgt ist, obwohl nach Dr. K angeblich deren Notwendigkeit außer Frage steht. Wenn dem so wäre, erwiesen sich mögliche Befürchtungen des C-KCs, die deswegen entstehenden Kosten selbst tragen zu müssen, als unbegründet. Dass dies bisher nicht geschehen ist, lässt die Vermutung zu, dass an der Notwendigkeit der Operation eben doch auch seitens dieses Krankenhauses Zweifel bestehen. Der vorgetragene Einwand der hohen Materialkosten erscheint nicht stichhaltig. Die Verpflichtung der Beklagten, in welchem Umfang eine Krankenhausbehandlung zu vergüten ist, richtet sich nach den vertraglichen Vereinbarungen in Verbindung mit gesetzlichen Regelungen. Wenn diese nach Ansicht des C-KCs nicht kostendeckend sind, ist

es Angelegenheit der Vertragspartner dieser Vergütungsregelung, eine andere Regelung zu treffen. Den Streit um die Kosten zu Lasten der Versicherten auszutragen, indem eine nach Ansicht des Krankenhauses notwendige Behandlung wegen der Kosten nicht durchgeführt wird, erscheint ethisch nicht verantwortbar. Es ist daher schwer nachvollziehbar, dass das C C die Klägerin in ein Verwaltungs- und anschließendes Gerichtsverfahren drängt, obwohl nach deren Auffassung unzweifelhaft die Voraussetzungen für die begehrte Operation vorliegen sollen.

Die Auferlegung von Mutwillenskosten hält der Senat nicht für gerechtfertigt. Es sei hierbei dahingestellt, wie die in der Sitzungsniederschrift des Sozialgerichts vom 25. Oktober 2005 protokollierte Äußerung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin "Insofern sehe sie sich nicht in der Lage Klagerücknahme zu erklären, obwohl sie die Aktenlage gleichfalls wie das Gericht beurteilt" zu verstehen ist. Das BSG hat im Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 1/02 R](#) betont, dass - ggf. mit sachverständiger Hilfe - zu ermitteln sei, ob die Voraussetzungen für eine chirurgische Therapie gegeben sind und ob der Eingriff nach dem Ergebnis der für mittelbare Behandlungen geforderten speziellen Güterabwägung gerechtfertigt ist. Solange Sachverhaltsermittlungen möglich und geboten sind, erscheint es nicht rechtsmissbräuchlich, diese zunächst abzuwarten und den Rechtsstreit fortzusetzen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2](#) SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-08-03