

L 5 KR 37/02

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
-

Datum
12.12.2001
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 37/02
Datum
15.08.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 12.12.2001 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten für eine Gewichtsreduktionsmaßnahme zu erstatten hat.

Die am 1948 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Das Körpergewicht der Klägerin betrug Ende 1998 bei einer Körpergröße von ca 1,65 Meter ca 98 - 100 Kilogramm. Zu einem von ihr nicht näher angegebenen Zeitpunkt sprach der Ehemann der Klägerin nach ihren Angaben bei der Beklagten vor. Dort wurde ihm nach Behauptung der Klägerin mitgeteilt, eine Kurmaßnahme zur Gewichtsreduzierung könne nicht bewilligt werden, die erforderlichen Maßnahmen könnten am Wohnort durchgeführt werden.

Am 2.11.1998 schlossen die Klägerin und die Firma B (Firma B) einen Vertrag. Hiernach garantierte die Firma B, dass sie das Gewicht der Klägerin, wie im Informationsgespräch besprochen, reduzieren werde, wenn sich die Klägerin an die B-Ernährungspläne und die Anweisungen der B-Mitarbeiter halte. Ferner wurde garantiert, dass die während des Dauerschlankprogramms notwendigen Behandlungen nur von speziell geschultem medizinischen Fachpersonal (Ärzte, Krankenschwestern und Arzthelferinnen) durchgeführt würden. Weiterhin sicherte die Firma B zu, dass der Klägerin keinerlei Kosten entstünden, sofern sich bei der Voruntersuchung durch die B-Ärztin herausstelle, dass die Klägerin zur erfolgreichen Durchführung des Programmes nicht geeignet sei. Es wurde ein Gesamtpreis in Höhe von 2.002,50 DM vereinbart, der in drei monatlichen Raten zu zahlen war. Beginn der Maßnahme war der 2.11.1998. Das Programm der Firma B kombiniert nach einem Schreiben dieser Firma vom 1.2.1999 drei Komponenten der Gewichtsreduzierung, nämlich eine Ernährungsumstellung, eine Betreuung sowie die tägliche Verabreichung eines Wirkstoffes. Das Programm gliederte sich in eine Reduktionsphase, eine Stabilisierungsphase und eine Haltungsphase. Für jede Phase erhielten die Kunden im Rahmen der Ernährungsumstellung einen speziellen Ernährungsplan. Diese Pläne würden sich dadurch auszeichnen, dass sie in der Handhabung einfach seien und auf natürlichen Lebensmitteln basierten. Im Rahmen der Betreuung kämen alle Kunden einmal pro Tag, mindestens jedoch dreimal pro Woche, zur Behandlung. Bei diesen Behandlungen werde von dem medizinischen Personal die Gewichts- sowie Umfangsreduzierung dokumentiert sowie die körperliche Befindlichkeit abgeklärt, weiterhin würden Erfahrungen mit der Gewichtsreduzierung reflektiert und aufkommende Fragen sowie Probleme besprochen. Ergänzend werde in der täglichen Betreuung das B-Compositum verabreicht. Hierbei handele es sich um einen rein pflanzlichen, homöopathischen Wirkstoff, welcher subkutan injiziert werde. Dieser Wirkstoff rege die Stoffwechselfähigkeit an, helfe Heißhungergefühle zu unterdrücken und unterstütze den Fettabbau. Das Ziel des Programmes sei es, Menschen in die Lage zu versetzen, ihr Gewicht eigenverantwortlich steuern zu können. Vor Beginn des Programmes werde grundsätzlich von der Ärztin eine ausführliche Erstuntersuchung mit Anamnese vorgenommen. Kranke Menschen oder Kunden, bei welchen das Programm keine Erfolgsaussichten habe, würden nicht zum Programm zugelassen. Die medizinische Erstuntersuchung mit kleinem Labor werde mit 200,- DM in Rechnung gestellt, die tägliche Ernährungsberatung einschließlich Blutdruckmessung und Injektion werde mit 42,- DM berechnet.

Aufgrund des Ende November, Anfang Dezember 1998 gestellten Antrages der Klägerin, die Kosten für die Gewichtsreduzierung mit dem B-Programm zu erstatten, schaltete die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dr. K kam am 12.2.1999 zu dem Ergebnis, das Datenmaterial sei zu dürftig, um eine Beurteilung abgeben zu können. Dr. H vom MDK kam in einer ausführlichen sozialmedizinischen Stellungnahme vom 7.6.1999 nach Auswertung von Unterlagen der Firma B, einem Telefongespräch mit einem Mitarbeiter der Firma B sowie einer Besichtigung des B-Instituts in M zu dem Ergebnis, dass eine Kostenbeteiligung nicht empfohlen werden könne. Es handele sich bei den von der Firma B angebotenen Programmen um Programme zur Gewichtsreduktion bzw Gewichtsnormalisierung. Die Angaben zu den Kosten des Programmes seien nicht ganz einheitlich, je nach Größenordnung der

erforderlichen bzw der erwünschten Gewichtsabnahme und damit der Dauer des Programmes entstünden jedoch Gesamtkosten von mehreren tausend DM. Aus der Sicht des MDK solle eine Kostenbeteiligung oder gar eine komplette Übernahme der Kosten für eines der Programme in der Regel nicht erfolgen. Eine Kostenbeteiligung könne nur in den Einzelfällen erwogen werden im Sinne einer ergänzenden Leistung zur Rehabilitation, wenn bei einem Body-mass-Index von über 35 bereits gravierende adipositas-assoziierte Erkrankungen wie Bluthochdruck und Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen aufgetreten seien. Leichte degenerative Skelettveränderungen oder sonstige nicht mittelbar oder gar unmittelbar lebensbedrohende Erkrankungen, besonders wenn diese nicht wesentlich über das alterstypische Maß hinausgingen, sollten hingegen nicht als Begründung für eine Kostenbeteiligung akzeptiert werden. Bei der Klägerin sei zwar ein Body-mass-Index von mehr als 35 gegeben, die zweite Bedingung, nämlich eine gravierende adipositas-assoziierte Erkrankung, sei hingegen nicht erfüllt. Wie aus den Unterlagen und den Angaben des Hausarztes zu entnehmen sei, sei es bei der Klägerin trotz des erheblichen Übergewichtes zu keiner Entwicklung einer das Leben mittelbar oder gar unmittelbar bedrohenden Erkrankung gekommen. Lediglich die Entwicklung der bestehenden degenerativen Skelettveränderungen sei vermutlich durch das Übergewicht gefördert worden.

Mit Bescheid vom 13.7.1999 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenerstattung daraufhin ab, der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 17.12.1999 zurückgewiesen.

Die hiergegen erhobene Klage hat das Sozialgericht Speyer (SG) mit Urteil vom 12.12.2001 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, der Klägerin stehe kein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) zu. Es handele sich jedenfalls um eine nicht notwendige Leistung iS des [§ 27 Abs 1 SGB V](#). Zunächst habe die Klägerin den sogenannten Beschaffungsweg nicht eingehalten. Dies allein rechtfertige bereits die Ablehnung des Kostenerstattungsanspruches. Zudem lägen die Voraussetzungen des [§ 27 Abs 1 SGB V](#) nicht vor. Vorliegend handele es sich zwar um eine Krankheit. Die Klägerin habe unter degenerativen Veränderungen, Schmerzen und Bandscheibenvorfällen gelitten, welche durch das erhebliche Übergewicht verursacht worden seien bzw seien die Beschwerden dadurch verschlimmert worden. Aufgrund dieser Folgeerkrankungen sei das Übergewicht als Krankheit zu werten. Das Dauerschlankprogramm sei jedoch nicht notwendig. Es stelle eine neue Behandlungsmethode iS des [§ 135 SGB V](#) dar, hierzu habe der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bislang keine Empfehlung abgegeben. Dieses präventive Verbot mit Erlaubnisvorbehalt verbiete ausdrücklich eine Leistungsgewährung durch die Krankenkassen. Das Dauerschlankprogramm der Firma B sei nach deren eigenen Angaben als ganzheitliches Behandlungskonzept unter ärztlicher Leitung anzusehen. Selbst wenn der MDK die ersten beiden Säulen dieses Konzeptes, nämlich die Diät und die Nachbetreuung, als dem derzeitigen Stand der Ernährungswissenschaft entsprechend bewerte, könne das Konzept insgesamt nicht als schulmedizinisch anerkannt angesehen werden, denn die Wirksamkeit und die Bedeutung des Homöopatikums zur Unterstützung dieser Methode sei nicht bekannt. Es handele sich um eine ärztliche Behandlungsmethode, weil sie von einem Arzt, welcher in jedem Institut der Firma B angestellt sei, kontrolliert und überwacht werde. Die Ärzte untersuchten die Patienten während der Behandlung und betreuten diese. Sie übernahmen damit die Verantwortung für die Behandlung und für die Methode insgesamt.

Gegen das ihr am 18.3.2002 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 4.4.2002 Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, die Erstattung der Kosten für die Schlankheitskur der Firma B sei in vollem Umfang gerechtfertigt. Nach umfangreichen Ermittlungen des MDK sei von diesem empfohlen worden, in Einzelfällen bei einem Body-mass-Index von über 35 und gravierenden Folgeerkrankungen die Kosten zu übernehmen. Bei ihr habe der Body-mass-Index über 36 gelegen. Weiterhin hätten Bandscheibenvorfälle und eine Schmerzsymptomatik bestanden, die durch Gewichtsreduzierung zu lindern gewesen seien. Unter Beachtung dieser Aspekte sei eine Kostenerstattung als gerechtfertigt anzusehen. Entgegen der Auffassung des SG handele es sich nicht um eine neue Behandlungsmethode, sondern um eine medizinisch notwendige Leistung der Krankenkasse.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 12.12.2001 und den Bescheid der Beklagten vom 13.7.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.12.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für das ab dem 2.11.1998 durchgeführte Dauerschlankprogramm der Firma B in Höhe von 1.023,86 EUR (2.002,50 DM) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Entscheidungen für rechtmäßig.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr für das Schlankheitsprogramm der Firma B entstanden sind.

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Es kann vorliegend offen bleiben, ob die Klägerin den Beschaffungsweg eingehalten hat oder ob ihr Anspruch bereits deshalb abzulehnen ist, weil sie mit dem Schlankheitsprogramm der Firma B bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten begonnen hatte, denn jedenfalls scheidet ein Kostenerstattungsanspruch deshalb aus, weil die Beklagte die Erbringung dieser Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt hat.

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ersetzt den grundsätzlichen Anspruch des Versicherten auf Sach- und Dienstleistungen gemäß [§ 2 Abs 2 S 1 SGB V](#). Der Kostenerstattungsanspruch kann demgemäß nicht weiterreichen als der Anspruch auf

Sach- und Dienstleistungen. Ein Anspruch der Klägerin auf Übernahme der Kosten für das Schlankheitsprogramm der Firma B ist jedoch bereits deshalb ausgeschlossen, weil es sich hierbei nicht um eine Krankenbehandlung iS von [§ 27 Abs 1 SGB V](#) handelt und zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistungen Leistungen der Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht zu erbringen waren.

Nach [§ 27 Abs 1 S 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst nach S 2 dieser Vorschrift die ärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, die Krankenhausbehandlung sowie medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie Belastungserprobungen und Arbeitstherapie. Krankheit iS des SGB V ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder zugleich oder allein Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung, [§ 27 SGB V RdNr 4 mwN](#)). Das bei der Klägerin im November 1998 bestehende Übergewicht stellte keine Krankheit in diesem Sinne dar. Vielmehr handelte es sich hierbei um einen regelgemäßen Zustand, der von der Norm, nämlich vom Leitbild des gesunden Menschen, nicht abwich. Ein ernährungsbedingtes Körpergewicht, das über dem der Mehrzahl vergleichbarer Menschen liegt, stellt keine Regelwidrigkeit dar. Die Ursache eines höheren Körpergewichts kann krankheits- oder ernährungsbedingt sein. Da Anhaltspunkte für ein krankheitsbedingtes hohes Gewicht bei der Klägerin nicht gegeben sind, ist das bei ihr bestehende Körpergewicht nicht als regelwidrig anzusehen, so dass ein Krankheitszustand iS des SGB V insoweit nicht vorlag. Daher war die Beklagte auch nicht verpflichtet, der Klägerin Krankenbehandlung iS des [§ 27 Abs 1 SGB V](#) zur Gewichtsreduzierung zur Verfügung zu stellen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass im November 1998 bei der Klägerin Wirbelsäulenerkrankungen bestanden, die den Krankheitsbegriff des SGB V erfüllen. Auch wenn bezüglich dieses Krankheitsbildes Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat, stellt die Gewichtsreduzierung keine Maßnahme iS des [§ 27 Abs 1 S 2 SGB V](#) dar, insbesondere erfolgt sie nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung. Vielmehr handelt es sich bei der Gewichtsreduzierung durch Verminderung der zugeführten Kalorienmenge um eine allein vom Versicherten beeinflussbare Handlung, auf die im Rahmen des Schlankheitsprogrammes der Firma B durch ärztliche Eingriffe kein Einfluss genommen worden ist. Auch eine ärztlich kontrollierte Hilfeleistung anderer Personen ist insoweit nicht erfolgt.

Eine Krankenbehandlung liegt auch nicht deshalb vor, weil die Klägerin während der Durchführung des Schlankheitsprogrammes durch die Firma B durch einen dort tätigen Arzt untersucht wurde, wobei insbesondere Blutdruckmessungen erfolgten und Beratungsgespräche durchgeführt wurden. Da bei der Klägerin ein Bluthochdruckleiden nicht bestand, waren fast tägliche Blutdruckmessungen medizinisch nicht indiziert. Die von dem Arzt durchgeführte Beratung erfolgte nicht zur Behandlung eines Krankheitszustandes, sondern zur Motivationsförderung bei der Gewichtsreduzierung. Schließlich ist auch die Verabreichung des homöopathischen Präparates der Firma B nicht als Krankenbehandlung anzusehen. Trotz mehrmaliger Nachfrage des MDK konnte nicht festgestellt werden, dass es sich hierbei um ein zugelassenes Präparat iS des Arzneimittelgesetzes (AMG) handelt. Auf eine Versorgung mit nicht zugelassenen Arzneimitteln besteht jedoch im Rahmen des SGB V kein Anspruch. Bei dem durchgeführten Gewichtsreduzierungsprogramm der Firma B hat es sich nach alledem nicht um Krankenbehandlung iS des SGB V gehandelt.

Leistungen der Gesundheitsförderungen waren im November 1998 aufgrund des Beitragsentlastungsgesetzes vom 1.11.1996 ([BGBl I S 1631](#)) aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen. Die mit Wirkung ab 1.1.2000 durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I S 2626](#)) wieder eingeführte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für Maßnahmen der Gesundheitsförderung wirkt nicht auf den hier streitigen Zeitraum zurück. Damit fiel jedenfalls im Jahr 1998 entsprechend dem in [§ 1 S 2 SGB V](#) genannten Grundsatz, wonach Versicherte für ihre Gesundheit mitverantwortlich sind, die Gesundheitsförderung in den Verantwortungsbereich der Versicherten. Bei der von der Klägerin durchgeführten Gewichtsreduzierung hat es sich um eine Maßnahme der Gesundheitsvorsorge gehandelt, weil hierdurch neben ärztlicher Behandlung die Wirbelsäulenbeschwerden mit gelindert werden sollten. Entgegen der Auffassung der Klägerin waren Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zumindest zum damaligen Zeitpunkt nicht von den gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren.

Nach alledem hat die Berufung der Klägerin in der Sache keinen Erfolg.

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

Revisionszulassungsgründe nach [§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-12-30