

## L 15 KR 11/02

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
15  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 72 KR 2332/00  
Datum  
07.12.2001  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 15 KR 11/02  
Datum  
24.03.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Dezember 2001 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten im Sachleistungswege die Gewährung einer Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenballons; hierdurch soll das Übergewicht des Klägers beseitigt werden.

Der im Jahre 1965 geborene Kläger leidet an einem starken Übergewicht (Adipositas per magna). Vor Beginn der hier streitbefangenen Behandlung wies sein Körpergewicht den Wert von 123 kg auf bei einer Körpergröße von 176,5 cm. Als Folgen dieses Übergewichts leidet der Kläger an einer arteriellen Hypertonie, an Kreuz-Rückenschmerzen und Belastungsschmerzen in beiden Kniegelenken. Über mehrere Jahre unternommene Versuche, die Gewichtsreduktion durch eine Diät vorzunehmen, waren nicht erfolgreich.

Am 12. Februar 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger nach vorangegangener Verordnung seines behandelnden Internisten J die stationäre Durchführung einer so genannten Gastric-Banding-Operation, d.h. einer Operation, bei der ein Teil des Magens durch Anlegen eines Bandes abgeschnürt wird. Am 14. September 1999 wurde der Kläger zur Durchführung dieser Operation stationär in das St. M-K B aufgenommen. Bei der am folgenden Tage durchgeführten Operation kam es jedoch zu Komplikationen. Nach der Intubation zeigte der Kläger eine deutliche Verschlechterung des Gasaustausches mit Ausbildung einer respiratorischen Insuffizienz, wobei auch unter druckkontrollierter Beatmung nur eine Sauerstoffsättigung von 80 mmHg zu erreichen war. Aus diesem Grunde brachen die behandelnden Ärzte die Operation ab und ließen den intubierten und beatmeten Kläger auf die Intensivstation verlegen, wo drei Stunden später die Extubation erfolgen konnte. Nachdem sich der Kläger unter intensiver krankengymnastischer Anleitung und Atemtherapie erholt hatte, wurde ihm am 27. September 1999 ein Magenballon implantiert. Am 30. September 1999 wurde er entlassen. Am 14. Dezember 1999 erfolgte die Entfernung des Magenballons, wiederum in dem vorbezeichneten Krankenhaus. Ausweislich des Krankenhaus-Entlassungsberichts vom 30. September 1999 bestand das Ziel der Implantation des Magenballons darin, eine erhebliche Gewichtsreduktion mit einer dadurch verbesserten pulmonalen Situation zu erreichen, damit im Anschluss an das auf ein Vierteljahr begrenzte Verfahren des intragastralen Ballons das laparoskopische Gastric-Banding durchgeführt werden könne. Notwendig sei im Hinblick auf eine erneute Narkose ein Atemtraining, außerdem müsse der Kläger seinen Nikotinabusus einschränken.

Am 20. März 2000 verordnete der den Kläger nunmehr behandelnde Internist G erneut eine Krankenhausbehandlung für den Kläger. Hierbei gab er an, zur Behandlung der Adipositas per magna solle eine zweite Ballonimplantation durchgeführt werden. Auf ergänzende Anfrage seitens der Beklagten antwortete der Internist G am 18. April 2000, der Kläger habe während der Zeit der Implantation des Magenballons 22 kg an Körpergewicht abgenommen, im weiteren Verlauf habe der Kläger nach seinen eigenen Angaben weitere 2 kg abgenommen. Wegen einer erheblichen depressiven Verstimmung sei eine ambulante diätetische Therapie erschwert. Aus ärztlicher Sicht sei eine erneute Behandlung mit einem Magenballon zu befürworten. Die Beklagte holte daraufhin ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin (MDK) vom 2. Mai 2000 ein. Darin wurde eine weitere Implantation eines Magenballons nicht befürwortet. Mit Bescheid vom 17. Mai 2000 lehnte daraufhin die Beklagte den Antrag auf Gewährung einer Krankenhausbehandlung mit der Begründung ab, die den Kläger nicht oder zumindest wesentlich weniger gefährdenden Behandlungsmethoden der Adipositas seien ebenso erfolgversprechend und daher voll auszuschöpfen. Eine Krankenhausbehandlung sei nicht erforderlich. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. August 2000 mit der Begründung zurück, der Eingriff der Einbringung eines Magenballons in den gesunden (funktionstüchtigen) Magen sei ein nicht unumstrittener Akt. Der Vorrang gebühre daher der herkömmlichen Behandlung der Adipositas.

Die hiergegen am 29. August 2000 zum Sozialgericht Berlin erhobene Klage hat das Sozialgericht Berlin durch Urteil vom 7. Dezember 2001 abgewiesen: Versicherte hätten keinen Anspruch darauf, zu Lasten der Krankenkassen sich an einem gesunden Körper oder einem gesunden Körperteil einem ärztlichen Eingriff zu unterziehen, der nur deshalb notwendig erscheine, weil bei dem Versicherten eine psychische Störung oder eine Verhaltensstörung vorlägen, die mit anderen Mitteln, etwa einer Verhaltenstherapie, behandelt werden könnten. Dies folge sowohl aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) als auch aus dem Subsidiaritätsprinzip des § 39 SGB V, wonach Krankenhausbehandlungen nur dann bezahlt werden dürften, wenn eine Behandlung außerhalb eines Krankenhauses nicht ausreichend sei.

Gegen dieses ihm am 25. Januar 2002 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25. Februar 2002 Berufung zum Landessozialgericht Berlin eingelegt. Er macht geltend, als Folge des Übergewichts seien bei ihm auch körperliche Erkrankungen festzustellen. Andere Behandlungsmethoden als eine operative hätten trotz mehrerer Versuche keinen Erfolg gebracht. Im Übrigen sei die begehrte Implantation eines Magenballons für ihn wenig belastend und auch nicht kostenintensiv.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Dezember 2001 sowie den Bescheid der Beklagten vom 17. Mai 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. August 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenballons zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze sowie auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Ein Anspruch auf Gewährung einer Krankenhausbehandlung zur Implantation eines Magenballons mit dem Ziel, sein krankhaftes Übergewicht zu beseitigen, steht dem Kläger nicht zu.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 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. Nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V umfaßt die Krankenbehandlung auch die Krankenhausbehandlung. Hierzu regelt § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V, dass die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen umfaßt, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. An diesen Voraussetzungen fehlt es vorliegend, denn die begehrte Krankenhausbehandlung mit dem Ziel der Implantation eines Magenballons ist nicht notwendig, weil sie bereits nicht zweckmäßig, d.h. nicht medizinisch indiziert ist.

Zwar leidet der Kläger an einer Krankheit im Rechtssinne. Hierunter ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der die Notwendigkeit ärztlicher Heilbehandlung oder - zugleich oder allein - Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Als regelwidrig wird ein Zustand angesehen, der von der Norm, d.h. vom Leitbild des gesunden Menschen, abweicht (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19. Februar 2003, B 1 KR 1/02 R, BSGE 90, 289). Auch wenn unter rein medizinischem Blickwinkel umstritten sein mag, ob bereits der Übergewichtigkeit als solcher ein Krankheitswert beizumessen ist, wird jedenfalls auch in der Medizin einheitlich angenommen, dass bei starkem Übergewicht eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil anderenfalls ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen besteht (vgl. weitere Nachweise bei BSG a.a.O.). Ob dabei das krankhaft erhöhte Übergewicht ein Risikofaktor für das Erleiden anderer schwerwiegender Erkrankungen oder "lediglich" ein Promotor oder Risikofaktor für die Entstehung weiterer Risikofaktoren ist, ist für die rechtliche Bewertung ohne Belang. Eine Therapieindikation besteht erst recht, wenn - wie im Falle des Klägers - bereits Folgeerkrankungen aufgetreten sind. Erfordert die Übergewichtigkeit eine ärztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.

Die Leistungspflicht der Beklagten für die vom Kläger begehrte operative Behandlung seiner Krankheit konnte - anders als das Sozialgericht angenommen hat - auch nicht mit der Erwägung verneint werden, dass für das Übergewicht das möglicherweise krankhafte Essverhalten des Klägers und nicht eine Funktionsstörung des - an sich gesunden - Magens verantwortlich ist. Es trifft zwar zu, dass die operative Implantation eines Magenballons keine kausale Behandlung darstellt, sondern die mögliche Verhaltensstörung des Klägers durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflussen soll. Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsätzlich mitumfasst, wenn sie ansonsten die in § 2 Abs. 1 Satz 3 und § 12 Abs. 1 SGB V aufgestellten Anforderungen erfüllt, also ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Für chirurgische Eingriffe ist dieser Grundsatz allerdings einzuschränken: Wird durch eine solche Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert, wie das bei der Implantation eines Ballons in den Magen 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 (BSG SozR 3-2500 § 28 Nr. 4). 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 indessen nicht, denn die behandlungsbedürftige Adipositas hat zwar möglicherweise seelische Ursachen, ist selbst aber keine psychische Krankheit.

Dem Kläger kann auch nicht entgegengehalten werden, die chirurgische Therapie seiner Adipositas sei generell keine Leistung der Krankenversicherung, weil die Implantation eines Magenballons bisher nicht ausreichend erprobt sei und es weder definierte Behandlungsstandards noch ausreichende Erkenntnisse über den langfristigen Erfolg einer derartigen Behandlung gebe. Freilich müssen auch Behandlungen im Krankenhaus den in [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [§ 12 Abs. 1](#) und [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) für die gesamte Krankenversicherung festgelegten Qualitätskriterien genügen (BSG [SozR 3-2500 § 109 Nr. 5](#); [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#)). Die Prüfung und Entscheidung darüber, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und damit dem geforderten Versorgungsstandard entspricht, obliegt aber nicht der Krankenkasse oder den Gerichten, sondern dem dafür nach [§ 137 c SGB V](#) eingerichteten Ausschuss Krankenhaus. Dieses mit Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen sachkundig besetzte Gremium soll bei Bedarf die Frage der Zugehörigkeit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung für Leistungsanbieter, Kostenträger und Versicherte verbindlich klären. Im Unterschied zur Rechtslage in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verzichtet das Gesetz bei Krankenhausleistungen allerdings auf einen Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit der Konsequenz, dass im klinischen Bereich neuartige Verfahren vor einem Einsatz in der Krankenversicherung nicht automatisch einer Überprüfung und Bewertung im Hinblick auf die Erfüllung der geforderten Versorgungsstandards unterzogen werden. Dies führt zugleich dazu, dass im Krankenhaus grundsätzlich auch neuartige Verfahren keiner vorherigen Zulassung bedürfen, sondern zu Lasten der Krankenversicherung angewendet werden können, so lange der Ausschuss Krankenhaus sie nicht ausgeschlossen hat. Die Gefahr, dass deshalb 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 (BSG, Urteil vom 19. Februar 2003, [B 1 KR 1/02 R](#), [BSGE 90, 289](#)). Neue, noch nicht ausreichend gesicherte Diagnose- und Behandlungsmethoden können im Krankenhaus im Rahmen klinischer Studien erprobt werden, die in [§ 137 c Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vom Anwendungsbereich der Vorschrift ausdrücklich ausgenommen sind. Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuen Behandlung hat die Krankenkasse - wie im Übrigen bei allen etablierten Methoden, die weder im ambulanten noch im stationären Bereich einer automatischen Überprüfung unterliegen - die Möglichkeit, über ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus zu veranlassen und ggf. auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen.

Alle diese Erwägungen führen dazu, dass die Implantation eines Magenballons nicht grundsätzlich von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen werden darf, soweit sie als Krankenhausbehandlung erbracht wird. Gleichwohl ist aber in jedem Einzelfall zu prüfen, ob tatsächlich eine medizinische Indikation für die begehrte Behandlung gegeben ist und ob diese notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht erfüllt.

Die erneute Implantation eines Magenballons ist für den Kläger nicht medizinisch indiziert. Dies folgt vorrangig aus den in den Akten vorhandenen medizinischen Unterlagen, insbesondere aus dem Entlassungsbericht des Krankenhauses. Hieraus ist nämlich zu entnehmen, dass die im Jahre 1999 für die Dauer von knapp drei Monaten durchgeführte Implantation eines Magenballons nur als vorübergehende Maßnahme vorgesehen war, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen und den Kläger dank des verringerten Übergewichts und des hierdurch verbesserten Allgemeinzustandes zu befähigen, anschließend die Applikation eines Magenbandes durchführen zu lassen. Während der Kläger annimmt, es sei medizinisch sinnvoll, ihm in gewissen Abständen einen Magenballon zu implantieren, wird diese Einschätzung von den ihn behandelnden Krankenhausärzten nicht geteilt. Diese sind vielmehr im Gegenteil zu der Überzeugung gelangt, dass die Implantation des Magenballons als rein vorübergehende, die Anlegung eines Magenbandes vorbereitende Maßnahme anzusehen ist, deren Wiederholung sich aus diesem Grunde bereits verbietet. Schon aus der Einschätzung der behandelnden Krankenhausärzte ist vor diesem Hintergrund zu entnehmen, dass die wiederholte Implantation eines Magenballons für den Kläger kontraindiziert ist.

Dem steht auch nicht die abweichende Einschätzung des behandelnden Internisten G entgegen. Dieser hat die von der Beklagten an ihn gerichteten Anfragen im Wesentlichen nicht beantwortet. So hat die Beklagte am 22. März 2000 den behandelnden Internisten gefragt, wieviel am Körpergewicht der Kläger während der Zeit der Implantation des Magenballons abgenommen habe, wieviel er nach dem Entfernen des Magenballons abgenommen habe, ob er seinen Diätplan einhalte, wie oft die Behandlung mit dem Magenballon erfolgen solle und welche Alternativen für den Kläger bestünden. Hierzu hat der behandelnde Arzt lediglich berichtet, der Kläger habe wie aus dem Krankenhausbericht ersichtlich während der Zeit der Implantation 22 kg abgenommen und danach nach eigenen Angaben noch weitere zwei Kilogramm. Schon dieser weitere Gewichtsverlust war nicht durch eigene Untersuchungen des behandelnden Arztes belegt. Die übrigen Fragen der Beklagten blieben gänzlich unbeantwortet. Vor diesem Hintergrund kann der medizinischen Einschätzung des ambulant behandelnden Arztes kein entscheidendes Gewicht beigemessen werden, zumal er die Behandlung des Klägers erst nach der Implantation und anschließenden Entfernung des Magenballons übernommen und den vorangegangenen Behandlungsprozess nicht selbst begleitet hat. Im Übrigen fehlt bei dem behandelnden Arzt jegliche Auseinandersetzung mit der von den behandelnden Krankenhausärzten fundiert formulierten Einschätzung, dass nicht eine wiederholte Implantation eines Magenballons, sondern - allerdings erst bei weiteren vorbereitenden Maßnahmen, die der Kläger nicht vorgenommen hat - die Applikation eines Magenbandes das medizinisch begründete Mittel der Wahl ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), sie entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht ersichtlich sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2004-09-10