S 25 KR 302/12

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Frankfurt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	25
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 25 KR 302/12
Datum	14.04.2015

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 157/15
Datum	28.04.2016

3. Instanz

Datum	-

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Teilnahme an einem ambulanten Schulungsprogramm OptifastÂ® 52 zur Gewichtsreduktion.

Der 1963 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte KlÃ¤ger beantragte mit Schreiben vom 20. Februar 2012 bei der Beklagten die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Teilnahme an einem OptifastÂ® 52-Schulungsprogramm zur Gewichtsreduzierung. Bei dem OptifastÂ® 52-Programm wird initial eine niedrig kalorische FormuladiÃ¤t (LCD, ca. 850 kcal/d)) Ã¼ber einen Zeitraum von zwÃ¶lf Wochen eingesetzt. Diese ist Teil eines intensiven multiprofessionellen Coaching-Programms zur LebensstilÃ¤nderung Ã¼ber zwÃ¶lf Monate. Das Programm wurde fÃ¼r Personen mit einem Body Mass Index (BMI) &8805; 30 kg/mÂ² und KomorbiditÃ¤ten entwickelt. Dem Antrag beigefÃ¼gt waren Arztberichte der FachÃ¤rztin fÃ¼r Innere Medizin E. (Capio MVZ Mathilden-Hospital BÃ¼dingen) vom

6. September 2011, des Prof. Dr. F. (UniversitÃ¤tsklinikum Heidelberg, Ãrztlicher Direktor der Klinik fÃ¼r Allgemeine, Visceral- und Transplantationschirurgie) vom 7. Februar 2012 und des Prof. Dr. G. (UniversitÃ¤tsklinikum Heidelberg, Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin 1 und Klinische Chemie â Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel) vom 9. Februar 2012, wonach bei dem KlÃ¤ger unter anderem eine Adipositas permagna mit einem BMI von 44,2 kg/mÂ², ein Narbenbruch im Sinne eines Gitterbruches bei Zustand nach multiplen Operationen und Sigmateilresektion bei Sigmadivertikulitis und eine arterielle Hypertonie bestehen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 9. MÃ¤rz 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. April 2012 die beantragte KostenÃ¼bernahme ab. Zur BegrÃ¼ndung ihrer Entscheidung fÃ¼hrte sie im Wesentlichen aus, das OptifastÂ® 52-Programm genÃ¼ge nicht den Anforderungen an eine MaÃnahme der Patientenschulung gemÃ¤Ã Â§ 43 Abs. 1 Nr. 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch â Gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V). Nach der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Schulungsprogramm "Optifast 52" vom Mai 2005 [richtig: 2006] und der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Schulungsprogramm "OptifastÂ® 52" Nachbewertung â vom April 2007 der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Versorgungsstrukturen" (SEG 3) der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)-Gemeinschaft seien die erforderlichen QualitÃ¤tskriterien nicht erfÃ¼llt und eine langfristige Wirksamkeit nicht nachgewiesen. Es mangele zudem an einer klinisch-Ã¶konomischen Untersuchung der Effizienz des Programms. FÃ¼r die medizinisch indizierte Gewichtsreduktion bei Adipositas stÃ¼nden alternative BehandlungsmaÃnahmen (diÃ¤tische Therapie, Bewegungstherapie, Psychotherapie) aus dem Leistungsspektrum der Beklagten zur VerfÃ¼gung.

Hiergegen hat der KlÃ¤ger am 21. Mai 2012 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben. Er trÃ¤gt vor, eine kurzfristige Reduzierung seines krankheitsbedingt gestiegenen Gewichts zu benÃ¶tigen, um operiert werden zu kÃ¶nnen. Das OptifastÂ® 52-Programm sei wirksam und ermÃ¶gliche eine schnelle Gewichtsreduzierung. Er verweist auf die im Verwaltungsverfahren eingereichten, die Teilnahme an einem Programm zur Gewichtsreduktion (z. B. Optifast) befÃ¼rwortenden Ã¤rztlichen Berichte des Capio MVZ Mathilden-Hospitals BÃ¼dingen (FachÃ¤rztin fÃ¼r Innere Medizin E.) vom 6. September 2011 und der Klinik fÃ¼r Allgemeine, Visceral- und Transplantationschirurgie des UniversitÃ¤tsklinikums Heidelberg (Prof. Dr. F.) vom 7. Februar 2012. ErgÃ¤nzend hat er einen Arztbericht des Krankenhauses Sachsenhausen&406;Frankfurt am Main (Internist, Endokrinologe und Diabetologe Prof. Dr. H.) vom 5. November 2012 vorgelegt.

Der KlÃ¤ger beantragt,
den Bescheid vom 27. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. April 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten fÃ¼r die Teilnahme an einem OptifastÂ® 52-Programm zu Ã¼bernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hÃ¤lt die angefochtene Entscheidung aus den GrÃ¼nden des Widerspruchsbescheides fÃ¼r zutreffend. Vorgelegt hat die Beklagte die Sozialmedizinische Stellungnahme zum Schulungsprogramm "Optifast 52" vom Mai 2006, die Sozialmedizinische Stellungnahme zum Schulungsprogramm "OptifastÂ® 52" â Nachbewertung â vom April 2007 der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Versorgungsstrukturen" (SEG 3) der MDK-Gemeinschaft und die Konzeptbewertung des Adipositas-Schulungsprogramms "OptifastÂ® 52" vom 24. September 2012 der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Leistungsbeurteilung/Teilhabe" (SEG 1) des MDK. ErgÃ¤nzend trÃ¤gt sie vor, dass der Anspruch auf Krankenbehandlung nur dann bestehe, wenn die Behandlung an der Krankheit selbst ansetze. Soweit bei dem KlÃ¤ger Adipositas-assoziierte Begleiterkrankungen bestÃ¼nden, resultiere daraus somit kein Anspruch auf KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Teilnahme am Optifast-Programm, sondern auf Krankenbehandlung nach MaÃgabe von Â§ 27 SGB V.

Das Gericht hat im Rahmen seiner Ermittlungen einen Befundbericht des Facharztes fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. J. vom 1. Oktober 2012 eingeholt, dem weitere medizinische Unterlagen beigefÃ¼gt waren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Beteiligtenvorbringens wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung war.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulÃ¤ssig. Sie ist jedoch sachlich nicht begrÃ¼ndet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 27. Februar 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. April 2012 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Teilnahme an einem OptifastÂ® 52-Programm. Ein Anspruch auf ein OptifastÂ® 52-Programm besteht mangels eines wissenschaftlichen Nachweises ihrer Wirksamkeit weder als Ã¤rztliche Behandlung nach Â§ 27 SGB V (hierzu unter 1.) noch als ergÃ¤nzende Leistung zur Rehabilitation nach Â§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (hierzu unter 2.).

1. Nach Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Liegen diese Voraussetzungen vor, umfasst die Krankenbehandlung eine notwendige Ã¤rztliche Behandlung gemÃ¤Ã Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V. Die Leistungspflicht der Krankenkasse setzt nach Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V eine "Krankheit" voraus. Damit wird in der Rechtsprechung ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender KÃ¶rper- oder Geisteszustand umschrieben, der Ã¤rztlicher Behandlung bedarf oder ArbeitsunfÃ¤higkeit zur Folge hat. Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht jeder kÃ¶rperlichen

UnregelmÃ¤Ãigkeit zu. Erforderlich ist vielmehr, dass der Versicherte in seinen KÃ¶rperfunktionen beeintrÃ¤chtigt wird oder dass er an einer Abweichung vom Regelfall leidet, die entstellend wirkt (vgl. Bundessozialgericht (BSG) -, Urteil vom 28. Februar 2008 â B 1 KR 19/07 R â SozR 4-2500 Â§ 27 Nr. 14 = BSGE 100, 119-124 m. w. N., insbesondere zu FÃ¤llen beanspruchter Operationen zur Verkleinerung oder zur VergrÃ¶Ãerung der weiblichen Brust). Diese Begriffsdefinition umfasst die BehandlungsbedÃ¼rftigkeit des KÃ¶rperzustandes; der regelwidrige KÃ¶rperzustand allein reicht fÃ¼r die Annahme einer Krankheit nicht aus.

In der Medizin selber ist umstritten, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt. Die Adipositas ist gemÃ¤Ã der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization â WHO) eine chronische Krankheit mit eingeschrÃ¤nkter LebensqualitÃ¤t und hohem MorbiditÃ¤ts- und MortalitÃ¤tsrisiko, die eine langfristige Betreuung erfordert. Eine Adipositas liegt nach der WHO-Definition ab einem BMI von 30 kg/mÂ² vor. In der evidenzbasierten, interdisziplinÃ¤ren Leitlinie der QualitÃ¤t S 3 zur "PrÃ¤vention und Therapie der Adipositas" Version April 2014 der Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V., Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft fÃ¼r ErnÃ¤hrung e. V., Deutsche Gesellschaft fÃ¼r ErnÃ¤hrungsmedizin e. V. (Adipositas-Leitlinie vom April 2014, http://www.awmf.org/uploads/tx szleitlinien/050-001l S3 Adipositas PrÃ¤vention Therapie 2014-11.pdf, recherchiert am 23. MÃ¤rz 2015) wird die Adipositas als chronische Krankheit mit eingeschrÃ¤nkter LebensqualitÃ¤t und hohem MorbiditÃ¤ts- und MortalitÃ¤tsrisiko mit erforderlicher langfristiger Betreuung beschrieben. Einigkeit besteht aber darÃ¼ber, dass bei starkem Ãbergewicht (im Allgemeinen ab einem BMI)=30) eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil andernfalls ein erhÃ¶htes Risiko fÃ¼r das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen, wie Stoffwechselkrankheiten, Herz- und Kreislauferkrankungen, Atemwegserkrankungen, gastrointestinalen Erkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und bÃ¶sartigen Neubildungen, besteht (vgl. Despres et al, Treatment of obesity, in: British Medical Journal 2001, 716; Wechsler et al, Therapie der Adipositas, in: DÃ 1996, A-2214 mit weiterfÃ¼hrender Diskussion in: DÃ 1997, A-600 ff). Ob dabei das krankhaft erhÃ¶hte KÃ¶rpergewicht ein Risikofaktor fÃ¼r das Erleiden anderer schwerwiegender Erkrankungen oder "lediglich" ein Promotor oder Risikofaktor fÃ¼r die Entstehung weiterer Risikofaktoren ist (so Martin, DÃ 1997, A-601), ist fÃ¼r die rechtliche Bewertung ohne Belang. Eine Therapieindikation besteht erst recht, wenn im konkreten Fall bereits Folgeerkrankungen aufgetreten sind, wie dies die behandelnden Ãrzte bei dem KlÃ¤ger festgestellt haben. Erfordert die Adipositas eine Ã¤rztliche Behandlung, so belegt das zugleich die Regelwidrigkeit des bestehenden Zustandes und damit das Vorliegen einer Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne (vgl. BSG, Urteil vom 19. Februar 2003 â B 1 KR 1/02 R â SozR 4-2500 Â§ 137c Nr. 1 = BSGE 90, 289-295, RdNr. 11).

Entgegen der Ansicht der Beklagten handelt es sich bei der Adipositas des KlÃ¤gers um eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne. Denn die Adipositas des KlÃ¤gers ist krankhaft und behandlungsbedÃ¼rftig. Nach dem Arztbericht des Krankenhauses Sachsenhausen&406;Frankfurt am Main (Internist, Endokrinologe

und Diabetologe Prof. Dr. H.) vom 17. April 2012 betrug im MÃ¤rz 2012 der BMI des KlÃ¤gers 45,5 kg/mÂ² (131 kg bei einer KÃ¶pergrÃ¶Ãe vom 173 cm). Dies entspricht der Gewichtsklassifikation Adipositas Grad III. Nach der evidenzbasierten, interdisziplinÃ¤ren Leitlinie der QualitÃ¤t S 3 zur "PrÃ¤vention und Therapie der Adipositas" Version April 2014 der Deutsche Adipositas-Gesellschaft e. V., Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft fÃ¼r ErnÃ¤hrung e. V., Deutsche Gesellschaft fÃ¼r ErnÃ¤hrungsmedizin e. V. (Adipositas-Leitlinie vom April 2014, http://www.awmf.org/uploads/tx szleitlinien/050-001l S3 Adipositas PrÃ¤vention Therapie 2014-11.pdf, recherchiert am 23. MÃ¤rz 2015) besteht damit fÃ¼r den KlÃ¤ger ein sehr hohes Risiko fÃ¼r Folgeerkrankungen des Ãbergewichts (Seite 15 Punkt 2.1) und folglich eine Indikation fÃ¼r eine Behandlung (Seite 37 Punkt 5.1). Nach dem Befundbericht des Facharztes fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. J. vom 1. Oktober 2012 liegen bei dem KlÃ¤ger neben der Adipositas Grad III als Begleiterkrankungen eine arterielle Hypertonie (135-160/100-115 mmHg), ein Diabetes mellitus Typ II, ein Metabolisches Syndrom und HerzrhythmusstÃ¶rungen vor.

Die Behandlung von krankhaftem Ãbergewicht dient der langfristigen Senkung des KÃ¶rpergewichts verbunden mit einer Verbesserung Adipositas-assoziierter Risikofaktoren, Reduzierung von Adipositas-assoziierten Krankheiten, Verminderung des Risikos fÃ¼r vorzeitige Sterblichkeit, ArbeitsunfÃ¤higkeit und vorzeitiger Berentung sowie Steigerung der LebensqualitÃ¤t (Adipositas-Leitlinie Seite 38 Punkt 5.2). Dies erfordert eine mehrschichtige und lÃ¤ngere Behandlung, die nach der Adipositas-Leitlinie eine Kombination aus Basis-, ErnÃ¤hrungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie sowohl in der Phase der Gewichtsreduktion als auch wÃ¤hrend der langfristigen Gewichtsstabilisierung umfassen sollte sowie gegebenenfalls einer medikamentÃ¶sen Therapie (Seite 42 ff. Punkt 5.4).

Das Klagebegehren auf KostenÃ¼bernahme scheitert jedoch daran, dass es sich bei dem OptifastÂ® 52-Programm nicht um eine geeignete und in ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich nachgewiesene Methode zur Behandlung einer krankhaften Adipositas handelt. Es entspricht nicht den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Â§Â§ 11, 27, 2 und 12 SGB V und ist damit nicht Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenkasse.

Die von dem KlÃ¤ger begehrte Behandlung, die Teilnahme am OptifastÂ® 52-Programm verfolgt nicht den Zweck der Krankenbehandlung. Das OptifastÂ® 52-Programm versteht sich als interdisziplinÃ¤res Adipositas-Therapieprogramm. Als Zielkriterien sind danach eine drastische Gewichtsabnahme, eine dauerhafte Gewichtsstabilisierung sowie eine Verbesserung der LebensqualitÃ¤t definiert. Dies soll durch Ãnderung des ErnÃ¤hrungsverhaltens und Bewegungsverhaltens erreicht werden. DurchgefÃ¼hrt wird das Programm ambulant unter "professioneller Aufsicht" von einem Team aus "kompetenten Ãrzten, ErnÃ¤hrungsfachkrÃ¤ften, Krankenschwestern, Krankenpflegern, Bewegungstherapeuten sowie Verhaltenstherapeuten" (https://www.optifast.de/home/OptifastZentren/Hessen/Frankfurt1/default.htm?showEntry=%7b613BEEC3-7EA0-462A-99C5-1154A22F2F06%7d).

Das OptifastÂ® 52-Programm des Optifast-Zentrums Frankfurt I am Krankenhaus Sachsenhausen besteht aus: â□¢ der Fastenphase: 12-wÃ¶chiges modifiziertes Fasten unter Einnahme der Nahrung OptifastÂ®-800 mit wÃ¶chentlicher Vorstellung beim Arzt und dem Besuch von Gruppensitzungen; â□¢ der Umstellphase: 6-wÃ¶chige Umstellung von der ErnÃ¤hrung mit der OptifastÂ®-800 Nahrung auf normale Kost mit verminderten Vorstellungen beim Arzt sowie wÃ¶chentlichen Gruppensitzungen und Bewegungstherapie; â□¢ der Stabilisierungs- und Intensivierungsphase: innerhalb von 33 Wochen soll das erreichte Gewicht stabilisiert werden mit fortgesetzten wÃ¶chentlichen Besuchen von Gruppensitzungen und verminderter medizinischer Betreuung und Bewegungstherapie.

Eine Vorbereitungsphase mit Ã¤rztlicher und psychologischer Eingangsuntersuchung ist nicht vorgesehen. Das OptifastÂ® 52-Programm hat auch weder die Behandlung von Begleiterkrankungen oder Risikofaktoren von Ã□bergewicht zum Ziel, noch werden diese tatsÃ¤chlich behandelt. Zweck des OptifastÂ®52 -Programms ist alleine die Beseitigung der ernÃ¤hrungsbedingten Ã□bergewichtigkeit. Das Optifast-Zentrum Ã¼bernimmt nÃ¤mlich keine Haftung dafÃ¼r, dass dieser gewÃ¼nschte Erfolg eintritt. Nicht wesentlich ist, dass durch die durch das OptifastÂ® 52-Programm bezweckte Gewichtsabnahme mittelbar eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes eintritt. Eine solche Ã□nderung ist als gesundheitsbewusste LebensfÃ¼hrung der Eigenverantwortung des Versicherten zuzuordnen (Â§ 1 Satz 2 SGB V).

Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt den sich aus Â§ 2 Abs. 1 und Â§ 12 Abs. 1 SGB V ergebenden EinschrÃ¤nkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die notwendig, ausreichend, zweckmÃ¤Ã□ig und wirtschaftlich sind und deren QualitÃ¤t und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann leistungspflichtig, wenn die streitige Therapie nach eigener EinschÃ¤tzung des Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ã□rzte die Therapie befÃ¼rwortet haben. Die Feststellung, dass eine ambulante vertragsÃ¤rztliche Behandlung dem geforderten Versorgungsstandard entspricht, obliegt nach dem Gesetz nicht dem behandelnden Arzt oder der einzelnen Krankenkasse und von dem Sonderfall eines "Systemversagens" abgesehen auch nicht den Gerichten, sondern dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA). Dies ergibt sich aus Â§ 135 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsÃ¤rztliche Versorgung â□□ MVV-RL). Danach dÃ¼rfen neue Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der GBA in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen unter anderem Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit auch im Vergleich zu bereits zulasten der Krankenkassen erbrachten Methoden nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung (Â§ 135 Abs. 1 Nr. 1 SGB V) sowie Ã¼ber die notwendige Qualifikation der Ã□rzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an MaÃ□nahmen der QualitÃ¤tssicherung, um

eine sachgerechte Anwendung der Methoden zu sichern (Â§ 135 Abs. 1 Nr. 2 SGB V), abgegeben hat. Dadurch wird nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 5. Juli 1995 â□□ 1 RK 6/95; Urteile vom 16 September 1997 â□□ 1 RK 28/95 â□□ SozR 3 â□□ 2500 Â§ 135 Nr. 4, 1 RK 17/95, 1 RK 30/95, 1 RK 32/95, 1 RK 14/96; Urteil vom 28. MÃ¤rz 2000 â□□ B 1 KR 11/98 R â□□ SozR 3 â□□ 2500 Â§ 135 Nr. 14 = BSGE 56, 54 â□□ 66; Urteil vom 19. Februar 2002 â□□ B 1 KR 16/00R â□□ SozR 3 â□□ 2500 Â§ 92 Nr. 12; Urteil vom 19. Februar 2003 â□□ B 1 KR 18/01 R â□□ SozR 4 â□□ 2500 Â§ 135 Nr. 1; Urteil vom 4. April 2006 â□□ B 1 KR 7/05 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 31 Nr. 4 â□□ Tomudex; Urteil vom 7. November 2006 â□□ B 1 KR 24/06 R â□□ SozR 4 â□□ 2500 Â§ 27 Nr. 12 â□□ Laserinduzierte Interstitielle Thermotherapie) der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen verbindlich festgelegt.

Unter Zugrundelegung dieser, auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden (Bundesverfassungsgericht)BVerfG(, Beschluss vom 6. Dezember 2005 â□□ 1 BvR 347/98 â□□ BVerfGE 115, 25 ff = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr. 5 = NZS 2006, 84 = NJW 2006, 891 = MedR 2006, 164 â□□ immunbiologische Therapie) Rahmenbedingungen ergibt sich fÃ¼r das OptifastÂ® 52-Programm Folgendes:

Bei dem OptifastÂ® 52-Programm handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode im Sinne vom Â§ 92 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Â§ 135 SGB V. Dabei ist das Merkmal "neu" ein krankenversicherungsrechtlich auszufÃ¼llender Rechtsbegriff. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 26. September 2006 â□□ B 1 KR 3/06 R â□□ SozR 4-2500 Â§ 27 Nr. 10; Urteil vom 16. Dezember 2008 â□□ B 1 KR 11/08 R â□□ SozR 4 â□□ 2500 Â§ 13 Nr. 19 m. w. N.) ist eine Ã¤rztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethode "neu", wenn sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfÃ¤hige Leistung im Einheitlichen BewertungsmaÃ□stab fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□) enthalten ist. Dies ist hier der Fall. Das OptifastÂ® 52-Programm ist nicht als Ã¤rztliche Leistung mit einer GebÃ¼hrenziffer in den EBM-Ã□ aufgenommen und daher von den zugelassenen VertragsÃ¤rzten nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abrechenbar.

Nach der Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005, 1 BvR 347/98 â□□ BVerfGE 115, 25, 46 f = SozR 4-2500 Â§ 27 Nr. 5 RdNr. 28) ist es dem Gesetzgeber von Verfassungswegen nicht verwehrt, zur Sicherung der QualitÃ¤t der Leistungserbringung, im Interesse einer Gleichbehandlung der Versicherten und zum Zweck der Ausrichtung der Leistungen am Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ein Verfahren vorzusehen, in dem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverstÃ¤ndig geprÃ¼ft werden, um die Anwendung dieser Methoden zu Lasten der GKV auf eine fachlich-medizinisch zuverlÃ¤ssige Grundlage zu stellen.

Das hier streitgegenstÃ¤ndliche OptifastÂ® 52-Programm ist eine "neue" Behandlungsmethode, fÃ¼r die es an der erforderlichen positiven Empfehlung des GBA fehlt. Der GBA hat bislang keine positive Empfehlung fÃ¼r die Behandlung

mittels OptifastÂ® 52-Programm abgegeben, sodass der KlÃ¤ger auch keinen Anspruch gegenÃ¼ber der Beklagten hat, ihm diese Leistung zur VerfÃ¼gung zu stellen. Mangels Empfehlung seitens des GBA in der einschlÃ¤gigen MVV-RL darf die von dem KlÃ¤ger begehrte Behandlung mit dem OptifastÂ® 52-Programm von der Beklagten als Sachleistung nicht gewÃ¤hrt werden.

Einen Anspruch auf KostenÃ¼bernahme kann der KlÃ¤ger auch nicht aus dem Gesichtspunkt eines sogenannten "Systemversagens" herleiten. Ein Anspruch auf KostenÃ¼bernahme kann ausnahmsweise dann gegeben sein, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ist die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren, dass das Verfahren vor dem GBA trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine Ãberprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt wird, kann ein KostenÃ¼bernahmeanspruch des Versicherten ausnahmsweise in Betracht kommen. Das prÃ¤ventive Verbot in Â§ 135 Abs. 1 SGB V dient allein der QualitÃ¤tssicherung; nur soweit es dieser Zweck erfordert, ist der Ausschluss ungeprÃ¼fter und nicht anerkannter Heilmethoden aus der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung gerechtfertigt. Wird dagegen die Einleitung oder die DurchfÃ¼hrung des Verfahrens willkÃ¼rlich oder aus sachfremden ErwÃ¤gungen blockiert oder verzÃ¶gert und kann deshalb eine fÃ¼r die Behandlung benÃ¶tigte neue Therapie nicht eingesetzt werden, widerspricht das dem Auftrag des Gesetzes. Eine sich daraus ergebende VersorgungslÃ¼cke muss zugunsten des Versicherten mithilfe des Â§ 13 Abs. 3 SGB V geschlossen werden (BSG, Urteil vom 28. MÃ¤rz 2000 â B 1 KR 11/98 R â SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 14). Nur im Fall einer derartigen UntÃ¤tigkeit des GBA ist fÃ¼r das Vorliegen einer VersorgungslÃ¼cke zu prÃ¼fen, ob sich "die Wirksamkeit der neuen Behandlungsmethode aufgrund wissenschaftlich gefÃ¼hrter Statistiken in einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen nachweisen lÃ¤sst und gegen die QualitÃ¤t der Methode keine durchgreifenden Bedenken bestehen" (BSG, Urteil vom 16. September 1997 â 1 RK 28/95 â SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 4 = BSGE 81, 54).

In Anwendung dieser GrundsÃ¤tze kann vorliegend von einer VersorgungslÃ¼cke hinsichtlich des OptifastÂ® 52-Programms nicht ausgegangen werden. Die fehlende Aussage zu dem OptifastÂ® 52-Programm in der MVV-RL ist nicht Folge eines Systemmangels. MaÃgebend ist insoweit die Sachlage zum Zeitpunkt der Behandlung. Zum jetzigen Zeitpunkt ist nichts dafÃ¼r ersichtlich, dass vom GBA trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r die Ãberprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen eine Entscheidung willkÃ¼rlich oder aus sachfremden ErwÃ¤gungen unterlassen oder unterblieben ist.

Ein Antragsverfahren ist ausweislich der Internetseite des GBA (www.g-ba.de) nach wie vor nicht anhÃ¤ngig (recherchiert am 23. MÃ¤rz 2015). Hinweise darauf, dass der GBA die Einleitung eines Verfahrens zum OptifastÂ® 52-Programm aus willkÃ¼rlichen oder sachfremden GrÃ¼nden blockiert oder verzÃ¶gert, liegen der Kammer nicht vor und werden auch von dem KlÃ¤ger nicht vorgetragen. Die Kammer hat auch keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass dem GBA wissenschaftliche

Studien der Evidenzklasse I (vgl. zu den MaÃstÃ¤ben BSG, Urteil vom 01. MÃ¤rz 2011 â B 1 KR 7/10 R â SozR 4-2500 Â§ 35 Nr. 5 = BSGE 107, 261-287; BSG, Urteil vom 12. August 2009 â B 3 KR 10/07 R â SozR 4-2500 Â§ 139 Nr. 4 = BSGE 104, 95-108) vorliegen, die erkennen lassen wÃ¼rden, dass es sich bei der streitbefangenen Behandlung um eine Methode handelt, die die gesetzlich fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung vorgegebenen Kriterien eines nachgewiesenen diagnostischen oder therapeutischen Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit erfÃ¼llen wÃ¼rde.

Des Weiteren fehlt nach der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Schulungsprogramm "Optifast 52" vom Mai 2006, der Sozialmedizinischen Stellungnahme zum Schulungsprogramm "OptifastÂ® 52" â Nachbewertung â vom April 2007 der sozialmedizinischen Expertengruppe "Versorgungsstrukturen" (SEG 3) der MDK-Gemeinschaft und der Konzeptbewertung des Adipositas-Schulungsprogramms "OptifastÂ® 52" vom 24. September 2012 der Sozialmedizinischen Expertengruppe "Leistungsbeurteilung/Teilhabe" (SEG 1) des MDK der wissenschaftliche Nachweis der QualitÃ¤t und Wirksamkeit des OptifastÂ® 52-Programms einschlieÃlich des Formula-Produktes OptifastÂ®-800 entsprechend dem fÃ¼r die gesetzliche Krankenversicherung in Â§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V geforderten allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. In der letztgenannten Stellungnahme heiÃt es hierzu zusammenfassend, dass unter BerÃ¼cksichtigung der Kriterien der Evidenz-basierten Medizin derzeit weder eine ausreichende Wirkung oder Wirksamkeit noch ein Nutzen des OptifastÂ® 52-Programms als belegt angesehen werden kÃ¶nne.

2. SchlieÃlich hat der KlÃ¤ger keinen Anspruch auf Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine Teilnahme an dem OptifastÂ®-52 Programm als ergÃ¤nzende Leistungen zur Rehabilitation, weil die Voraussetzungen des Â§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V im vorliegenden Fall nicht erfÃ¼llt sind.

Â§ 43 Abs. 1 Nr 2 SGB V regelt, dass die Krankenkasse neben den Leistungen, die nach Â§ 44 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 Neuntes Buches Sozialgesetzbuch â Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen â (SGB IX) sowie nach Â§Â§ 53 und 54 SGB IX als ergÃ¤nzende Leistungen zu erbringen sind, wirksame und effiziente PatientenschulungsmaÃnahmen fÃ¼r chronisch Kranke erbringen, wenn sie zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet. Die Patientenschulungen nach Â§ 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V setzen das Vorliegen einer chronischen Erkrankung voraus. Eine Erkrankung ist chronisch, wenn sie sich mit der Folge des stÃ¤ndigen Vorhandenseins oder regelmÃ¤ÃigEn Eintritts von Erscheinungsformen dauerhaft verfestigt hat. Anders als bei ergÃ¤nzenden Leistungen nach Â§ 43 Abs. 1 Nr. 1 SGB V muss die Schulung nicht der Sicherung des Erfolgs einer anderweitigen rehabilitativen Hauptleistung dienen, sondern kann als isolierte rehabilitative MaÃnahme selbststÃ¤ndig erbracht werden.

Diese besonderen Leistungsvoraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht erfÃ¼llt, weil aus den oben dargelegten GrÃ¼nden nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin weder eine ausreichende Wirkung oder Wirksamkeit noch ein Nutzen des Schulungsprogramms OptifastÂ® 52 als belegt angesehen werden

kann. Mit den Voraussetzungen "wirksame und effiziente" betont das Gesetz die in Â§Â§ 2 Abs. 1 Satz 3, Abs. 4 und 12 Abs. 1 SGB V geregelten allgemeinen GrundsÃ¤tze der gesetzlichen Krankenversicherung.

DarÃ¼ber hinaus fehlt es auch bereits an einer vertragsÃ¤rztlichen Verordnung von ergÃ¤nzenden Leistungen zur Rehabilitation gemÃ¤Ã Â§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Erstellt am: 11.12.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024