
S 25 KR 699/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	bariatrische Operation Primärindikation Ultima Ratio
Leitsätze	Ablehnung gegenüber Versichertem Zur Beurteilung, ob eine Primärindikation für eine bariatrische Operation bei einem BMI von mehr als 50kg/m ² vorliegt, kommt es auf das Gewicht des Klägers bei Stellung der Indikation zur Operation an und nicht auf das Gewicht bei Aufnahme in das Krankenhaus zur Durchführung der Operation.
Normenkette	SGB V, § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V, § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V, § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V, § 12 Abs. 1 SGB V, § 2 Abs. 1 S. 3 KHEntgG § 7 S. 1 Nr. 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 25 KR 699/21
Datum	28.02.2024

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1.Â Â Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 7.250,28 â¬ nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 6. August 2019 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Ä

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Krankenhausbehandlung einer bei der Beklagten versicherten Person in dem Klinikum, dessen Trägerin die Klägerin ist.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patientin C. (im Folgenden: die Patientin) stellte sich am 13. Dezember 2018 in der Adipositasprechstunde des A. Klinikums A-Stadt wegen morbidier Adipositas mit Komorbidität vor.

Mit Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 22. Februar 2019 wurde der Patientin eine Schlauchmagen-OP verordnet.

Am 28. Februar 2019 beantragte die Patientin bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine bariatrische Operation. Die Beklagte holte eine gutachterliche Stellungnahme des MDK Bayern ein, in welcher dieser ausführte, dass eine Ultima Ratio Situation nicht besttigt werden könne. Die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung seien nicht erfüllt. Mit Bescheid vom 29. März 2019 lehnte die Beklagte den Antrag der Patientin ab.

Die Patientin wurde im A. Klinikum A-Stadt, dessen Trägerin die Klägerin ist, im Zeitraum vom 16. Mai 2019 bis zum 22. Mai 2019 vollstationär behandelt. Die Patientin litt im Zeitpunkt der Aufnahme in die Klinik an morbidier Adipositas mit einem Körpergewicht von 128 kg bei einer Größe von 163 cm, BMI von 48,3 kg/m². Sie litt außerdem an Diabetes mellitus Typ 2, Gestationsdiabetes in Remission, Silent Inflammation, PCO-Syndrom, Restless legs Syndrom, Faktor XII-mangel und Lupus erythematosus und Lip-/Lymphdem. Am 17. Mai 2019 wurde bei der Patientin eine laparoskopische Sleeve-Gastrektomie (Schlauchmagenbildung) durchgeführt.

Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 31. Mai 2019 einen Betrag von 7.250,28 € in Rechnung, wobei sie die DRG K04Z zugrunde legte. Am 5. August 2019 rechnete die Beklagte die zunächst vollständig gezahlten Behandlungskosten mit unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderweitigen Behandlungsfällen auf.

Die Klägerin hat am 25. November 2021 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Die Klägerin hält die Klage dem Grunde und der Höhe nach für vollumfänglich begründet. Die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung sei unwirksam, da ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Beklagten nicht gegeben sei. Für einen derartigen Erstattungsanspruch sei erforderlich, dass die Beklagte den streitgegenständlichen Betrag ohne Rechtsgrund geleistet hat, was vorliegend nicht der Fall gewesen sei. Der Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Patientin sei vollumfänglich begründet. Die Klägerin habe

gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung aus Â§ 109 Abs. 4 S. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung vom 20. Dezember 1988 (SGB V) i.V.m. Â§ 17b Abs. 1 S. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i.V.m. Â§ 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie der Fallpauschalenvereinbarung in der hier gültigen Fassung nebst Landesvertrag nach [Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. der zwischen den Beteiligten geltenden Budget- und Entgeltvereinbarung. Die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Patientin sei medizinisch notwendig gewesen. Sie habe ausgehend von den in der Leitlinie der Deutschen Adipositasgesellschaft formulierten Kriterien die Voraussetzungen für die Verschaffung des Eingriffs durch die beklagte Krankenkasse erfüllt. Die Patientin habe an einer morbidem Adipositas per magna Grad III nach WHO angesichts eines BMI von 51,2 kg/m² (HbA1C Wert 5,9), einer arteriellen Hypertonie, einem PCO-Syndrom, Arthralgien, Lumbalgien und Sodbrennen als adipositasassoziierten Erkrankungen gelitten. Bei der Ausprägung der Adipositas bei der Patientin sowie der besonderen Schwere von Begleit- und Folgeerkrankungen seien konservative Therapieversuche regelhaft nur kurzfristig wirksam. Die wissenschaftliche Evidenz für das Vorgehen liege seit Jahren vor. Die Behandlung entspreche den Vorgaben der S-3-Richtlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen“. Kontraindikationen hätten nicht vorgelegen. Entscheidend sei das Gewicht der Klägerin bei Feststellung der Indikation in das Krankenhaus zu Durchführung der Operation. Im Vorfeld eines adipositaschirurgischen Eingriffs würden Patienten zur Absenkung des Operationsrisikos mit eiweißreicher Flüssigsignahrung ernährt. Eine Gewichtsabnahme in der Zeit unmittelbar vor der Operation sei daher möglich und lasse nicht auf eine erfolgreiche Gewichtsreduktion in Eigenregie schließen.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.250,28 € nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 6. August 2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin aus dem Behandlungsfall der Patientin aufgrund wirksamer Aufrechnung nicht mehr besteht. Die Beklagte habe einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch i.H.v. 7.250,28 €, da sie diese Summe ohne Rechtsgrund an die Klägerin geleistet habe. Sie verweise auf die Ausführungen des MDK in den Gutachten vom 2. Juli 2019 und vom 24. März 2019 (Bl. 10-11, 15-20 der Akte der Beklagten). Die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung habe vorliegend nicht bestanden. Ein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses bestehe nicht, wenn es der Gesundheitszustand des Patienten ermögliche, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen.

Mit Beweisanordnung vom 25. Mai 2022 hat die Kammer ein ärztliches Gutachten

der Dr. D. eingeholt, welches diese am 13. Juni 2022 erstattet hat. In ihrem Gutachten stellt die Sachverständige zunächst die S 3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen in der Version 2.3 von Februar 2018 vor. Danach sei bei Patienten mit einem BMI ab 40 kg/m² ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen nach Erschöpfung der konservativen Therapie nach umfassender Aufklärung eine adipositaschirurgische Operation indiziert. Bei Patienten mit einem BMI ab 35 kg/m² und adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen sei eine solche Indikation nach Erschöpfung der konservativen Therapie gegeben. Unter bestimmten Umständen könne eine Primärindikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolge. Dies sei unter anderem dann der Fall, wenn bei Patienten ein BMI ab 50 kg/m² vorliege. Die Erschöpfung der konservativen Therapie sei gegeben, wenn nach mindestens sechs Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von mehr als 15 % bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und von über 20 % bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht worden sei. Grundsätzlich könne die Therapie der chronischen Adipositas konservativ und operativ erfolgen. Die konservativen Therapieansätze umfassten Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie. Bei einem BMI