

---

## S 1 KR 168/21 KH

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Aachen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 168/21 KH
Datum	16.03.2022

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

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

Die Klage wird abgewiesen.

Der Klägerin werden die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens auferlegt.

Der Streitwert wird 7.352,11 € festgesetzt.

Ä

#### Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung und insofern das Vorliegen einer primären Fehlbelegung mangels Indikation der durchgeführten bariatrischen Operation streitig.

Ä Die Klägerin betreibt ein zur medizinischen Versorgung von Mitgliedern gesetzlicher Krankenkassen zugelassenes Krankenhaus, in dem die am 00.00.0000 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte S (im Folgenden: Versicherte) vom 10.11.2019 bis 14.11.2019 vollstationär behandelt wurde.

---

Ä Planmäßig erfolgte die Aufnahme der Versicherten auf vertragsärztliche Verordnung zur bariatrischen Operation bei Adipositas III mit einem Body Mass Index (BMI) von 55 kg/m<sup>2</sup>. Ä Der intra- und postoperative Verlauf der am 11.11.2019 durchgeführten laparoskopischen Magenbypassoperation stellte sich regelrecht da. Bei reizlosen Wundverhältnissen und flüssiger Kost wurde die Versicherte am 14.11.2019 entlassen.

Ä Die Beklagte beglich zunächst die von der Klägerin am 06.01.2020 unter Zugrundelegung der DRG K04Z (große Eingriffe bei Adipositas) in Rechnung gestellten Behandlungskosten in Höhe von 7.352,11 €, beauftragte aber nachgehend am 10.02.2020 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) mit der Prüfung einer (primären) Fehlbelegung. Dieser kam unter dem 11.02.2020 (wie schon im Rahmen von Vorprüfungen auf Antrag der Versicherten im Jahr 2013 und auf Antrag der Klägerin im Jahr 2019 zu dem Ergebnis, dass die Durchführung der chirurgischen Behandlung der morbid Adipositas keine Not tat, mit anderen Worten nicht indiziert gewesen sei. Denn die Versicherte mache Fehler in den Nahrungsvolumina, bei der Energiedichte der Nahrung und im Kalorienverbrauch und habe deshalb in den Monaten vor der Aufnahme weiter Gewicht zugenommen. Somit sei auch der Erfolg einer bariatrischen Maßnahme erheblich gefährdet, da die dauerhafte Gewichtsreduktion nicht allein durch die chirurgische Maßnahme zu erzielen sei. Wegen der weiteren Einzelheiten der gutachterlichen Stellungnahme zu stationären Leistungen wird auf Bl. 20 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen.

Ä Da zwischen den Beteiligten kein Einvernehmen herzustellen war, verrechnete die Beklagte am 18.05.2021 die Behandlungskosten mit den Forderungen aus zwei unstrittigen Behandlungsfällen.

Die Klägerin hat daraufhin am 31.05.2021 vor dem Sozialgericht Aachen Klage erhoben, mit der sie weiterhin die Auffassung vertritt, die medizinische Indikation sei nach allen Regeln der ärztlichen Kunst gestellt und die Versicherte sodann leitliniengerecht behandelt worden. Denn der bariatrische Eingriff sei im Sinne der Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und der sozialgerichtlichen Rechtsprechung *ultima ratio* gewesen. Oberhalb eines BMI von 50 Punkten sei die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg. Es habe eine primäre Operationsindikation im Sinne der (im Weiteren zitierten) S3-Leitlinie *Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen* und der aktuellen S3-Leitlinie *Prävention und Therapie der Adipositas* bestanden. Unter Vorlage des *Gemeinsamen Statement(s) der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Adipositas Therapie und Metabolisches Chirurgie (CAADIP) und der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (BAG) zum aktuellen Achtung Leitfadens Adipositas-Chirurgie des Medizinischer Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS seit 01.01.2022 der Medizinische Dienst Bund) vom 06.10.2017* trägt die Klägerin vor, die Beklagte und der MDK leugneten die Existenz der primären (an einen Body Mass Index von über 50 Punkten anknüpfenden) Operationsindikation. Damit verlasse der MDK und der MDS *den Pfad evidenzbasierter Medizin*. Ihre Auffassung, wonach auch Patienten mit einem Gewicht von 50 Punkten unter einer konservativen Therapie signifikant und nachhaltig abnehmen könnten, vermische

---

âWunschdenken mit Kaffeesatzlesereiâ. Es existiere weltweit keine einzige Studie, welche den Erfolg nicht-chirurgischer Adipositastherapien in dieser Patientengruppe belege, wÃ¤hrend der Erfolg chirurgischer Interventionen evidenzbasiert nachgewiesen worden sei.

Die KlÃ¤gerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.352,11 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit 31.05.2021 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Unter Vorlage einer weiteren Stellungnahme des MDK vom 19.10.2021, wegen derer Einzelheiten auf Bl. 47 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen wird, bleibt Beklagte dabei, dass im streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungsfall keine Indikation zur DurchfÃ¼hrung der bariatrischen Operation bestanden habe. Ein fachÃ¤rztlich-diabetologisches Attest oder ein interdisziplinÃ¤rer Beschluss zur DurchfÃ¼hrung der Operation sei den Unterlagen nicht zu entnehmen. Auch schwerwiegende KomorbiditÃ¤ten, ImmobilitÃ¤t oder ein mit Insulin nicht einstellbarer Diabetes mellitus lÃ¤gen dem MDK zufolge nicht vor. Die â nach Grundsatzurteilen des Bundessozialgerichts (BSG) erforderliche â AusschÃ¶pfung sÃ¤mtlicher konservativer Behandlungsmethoden vor einem (bariatrischen) operativen Eingriff in ein gesundes Organ dÃ¼rfe nicht vorschnell angenommen werden. Zu diesen Methoden gehÃ¶rten insbesondere Formen von Ã¤rztlich angeleiteter und begleiteter ErnÃ¤hrungs-, Bewegungs- und Psychotherapie. ErgÃ¤ben sich dabei etwa aufgrund der konkreten Krankheitsgeschichte Zweifel an der nachhaltigen FÃ¤higkeit eines Patienten, Ã¤rztliche Vorgaben fÃ¼r das eigene ErnÃ¤hrungsverhalten hinreichend zu beachten, obwohl ihm dies mÃ¶glich und zumutbar wÃ¤re, begrÃ¼nde dies ggf. zugleich Zweifel an der Motivation des Patienten zur Einhaltung solcher Vorgaben auch nach DurchfÃ¼hrung eines operativen Eingriffs.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Ã¼brigen wird in Inhalt der Gerichtakte und der von der KlÃ¤gerin beigezogenen Patientenakte Bezug genommen. Ihre Inhalte waren Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung.

Ã

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [Â§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) zulÃ¤ssig. Bei einer auf Zahlung der VergÃ¼tung wegen der Behandlung eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (stÃ¤ndige Rechtsprechung, u.v.a. BSG, Urteile vom 17.06.2000 â [B 3 KR 33/99 R](#), vom 23.07.2002 â [B 3 KR 64/01 R](#) und vom 14.10.2014 â [B 1 KR 27/13 R](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

---

Die Klage ist indes unbegründet.

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung der Versicherten. Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf (vollständige) Vergütung der stationären Behandlungen zwei anderer, bei der Beklagten versicherter Patienten, aus denen die Klägerin diesen Anspruch auf die in Rechnung gestellten Forderungen hatte.

Die (Rest-) Forderung der Klägerin aus diesen Behandlungen ist in Höhe der Klageforderung unbegründet, da die Beklagte dagegen mit ihrer vermeintlichen Rückforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten mit Erfolg aufrechnen konnte. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der für die stationäre Behandlung der Versicherten in Rechnung gestellten stationären Behandlung. Es liegt nach Auffassung des Gerichts insbesondere ein Fall primärer Fehlbelegung vor.

Rechtsgrundlage des geltenden gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4](#) fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten (ständige Rechtsprechung, u.v.a. BSG, Urteile vom 13.12.2001 – [B 3 KR 11/01 R](#) – vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#) und vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#)). Daher ist es ohne rechtlichen Belang, dass die Beklagte sich bereits auf der Grundlage zweier Stellungnahmen des MDK vor Aufnahme der Versicherten gegen die Kostenübernahme ausgesprochen hatte. Selbst, wenn die Krankenkasse im Versicherungsverhältnis eine Genehmigung des durchgeführten adipothaschirurgischen Eingriffs bestandskräftig wegen aus ihrer Sicht fehlender Notwendigkeit abgelehnt hätte, hätte dies auf den Vergütungsanspruch des Krankenhauses keinen Einfluss, solange die Behandlung im Ergebnis medizinisch notwendig war (vgl. BSG Urteil vom 11.04.2002 – [B 3 KR 24/01 R](#)). Dementsprechend und folgerichtig hat die Beklagte nachgehend unter dem 13.12.2019 ausweislich ihrer Verwaltungsvorgänge (Bl. 23 der Gerichtsakte) die Klägerin darauf hingewiesen, dass sie die Kosten der medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) unter Vorbehalt der Prüfung durch den MDK nach [§ 275 SGB V](#), sofern ein gültiges Versicherungsverhältnis während der Dauer der Behandlung besteht, übernimmt.

Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung von Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der

---

## Krankenhausbehandlung (KÄV).Ä Ä

Es bestand indes kein Anspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend kein entsprechender Zahlungsanspruch der KIÄgerin, weil die Krankenhausbehandlung der Versicherten, wie sie die KIÄgerin in der Zeit vom 10.11.2019 bis 14.11.2019 durchgeführt hat, nicht indiziert war.Ä Ä

Versicherte haben nach [Ä§ 27 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÄten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zum Zeitpunkt der Aufnahme zur stationÄren Behandlung bestand bei der Versicherten ein erhebliches Äbergewicht im Sinne einer Adipositas Grad III mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 55. In der Medizin besteht Einigkeit darÄber, dass bei starkem Äbergewicht (im Allgemeinen bereits ab einem BMI grÄer als 30) eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich ist, weil anderenfalls ein erhÄhtes Risiko fÄr das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen besteht (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 19.02.2003 â B 1 KR 1/02 R). Diese Auffassung teilt der Gesetzgeber offensichtlich wie sich der Beauftragung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit der Ausgestaltung eines neuen strukturierten Behandlungsprogramm zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten mit krankhaftem Äbergewicht gemÄ Ä§ 137f Abs. 1 Satz 3 SGB V in der Fassung des Gesetzes zu Weiterentwicklung der Gesundheitsvorsorgung vom 11.06.2021 ergibt, so dass an dem Krankheitswert eines Äbergewichts in diesem AusmaÄ kein Zweifel besteht.Ä

Die Leistungspflicht der Krankenversicherung fÄr eine chirurgische Therapie der Adipositas kann daher nicht mit der ErwÄgung verneint werden, dass fÄr das Äbergewicht das krankhafte Essverhalten der Patientin und nicht eine FunktionsstÄrung des Magens verantwortlich ist. Es trifft zwar zu, dass die operative Verkleinerung des Magens keine kausale Behandlung darstellt, sondern die VerhaltensstÄrung der KIÄgerin durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflussen soll. Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsÄtzlich mit umfasst, wenn sie ansonsten die in [Ä§ 2 Abs. 1 Satz 3](#) und [Ä§ 12 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Anforderungen erfÄllt sind, sie also ausreichend, zweckmÄÄig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht (BSG a.a.O.).Ä

Da das Behandlungsziel auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist zunÄchst zu prÄfen, ob eine vollstationÄre chirurgische Behandlung unter BerÄcksichtigung der Behandlungsalternativen (diÄtische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentÄse Therapie, Psychotherapie) im Sinn einer (wegen der mittelbaren Behandlung durch Eingriff in ein gesundes Organ erforderlichen)Ä ultima ratio notwendig und wirtschaftlich ist. Dies ist im Fall bariatrischer Operationen grundsÄtzlich zu bejahen, wenn nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen fÄr eine chirurgische Intervention gegeben sind.Ä

---

Nach der insofern einschlägigen Leitlinie der Fachgesellschaften „Prävention und Therapie der Adipositas“ in der zum Zeitpunkt der Behandlung bereits geltenden Version 2.0 von April 2018 (AWMF-Register Nr. 050-001), die mit der Klassifizierung S3 die höchste Qualitätsstufe der Entwicklungsmethodik aufweist, besteht zwischen Fachleuten nach Ziff. 5.42 und 5.43 Konsens darüber, dass bei Patienten mit extremer Adipositas ein chirurgischer Eingriff erwogen (Empfehlung 5.42) werden soll bzw. nach einem Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. sollte. Eine solche „extreme Adipositas“ liegt gemäß Empfehlung 5.44 vor bei

• Adipositas Grad III (BMI = 40 kg/m<sup>2</sup>) oder

- Adipositas Grad II (BMI = 35 und

Komorbiditäten (z. B. T2DM) oder

- Adipositas Grad I (BMI >30 und