S 4 K 174/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Prüfung des Qualitätsstandards von Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden im Krankenhaus durch Ausschuss Krankenhaus Verneinung der Leistungspflicht Adipositas-Krankheit Applikation eines Magenbandes
Leitsätze	1. Die Prüfung, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die vom Gesetz geforderten Qualitätsstandards erfüllt, obliegt nicht der Krankenkasse oder den Gerichten, sondern dem dafür nach § 137c SGB 5 eingerichteten Ausschuss Krankenhaus. 2. Mit der Begründung, eine Behandlung genüge den genannten Kriterien nicht, kann die Krankenkasse ihre Leistungspflicht nur verneinen, wenn der Ausschuss Krankenhaus eine entsprechende Feststellung getroffen hat
Normenkette	SGB V § 2 Abs 1 S 3 SGB V § 12 Abs 1 SGB V § 27 Abs 1 S 1 SGB V § 28 Abs 1 SGB V § 39 Abs 1 SGB V § 137c Abs 1 S 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 K 174/98
Datum	26.05.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 64/00
Datum	08.11.2001

3. Instanz

Datum 19.02.2003

Auf die Revision der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. November 2001 aufgehoben. Die Sache wird zur neuen Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurÃ¼ckverwiesen.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist, ob die beklagte Krankenkasse der bei ihr versicherten KlÃ¤gerin einen chirurgischen Eingriff zur Verkleinerung des Magens ermÃ¶glichen muss.

Die 43 Jahre alte KlÃ¤gerin ist hochgradig Ã¼bergewichtig. Bei einer KÃ¶rpergrÃ¶Ãe von 168 cm wiegt sie 111 kg. Der in der Medizin zur Klassifizierung des KÃ¶rpergewichts verwendete Body Mass Index (BMI = Quotient aus KÃ¶rpergewicht in Kilogramm und KÃ¶rpergrÃ¶Ãe in Metern zum Quadrat) betrÃ¤gt 39 (Normalgewicht: BMI 25). Da die extreme Adipositas bereits zu degenerativen SchÃ¤den des gesamten Bewegungsapparats gefÃ¼hrt habe und wegen weiterer zu erwartender Folgekrankheiten mit hohen gesundheitlichen Risiken verbunden sei, andererseits herkÃ¶mmliche Therapieformen wie ErnÃ¤hrungsberatung, DiÃ¤tbehandlung, Bewegungstherapie, medikamentÃ¶se Therapie und Psychotherapie keinen lÃ¤ngerfristigen Erfolg gebracht hÃ¤tten, beantragte die KlÃ¤gerin im MÃ¤rz 1998 auf Anraten ihres Arztes bei der Beklagten die Ãbernahme der Kosten fÃ¼r die operative Einbringung eines den Magen einschnÃ¼renden, verstellbaren Silikonbandes (engl: Gastric Banding) mit dem Ziel, durch eine kÃ¼nstliche Verkleinerung des Magenvolumens eine Ãnderung des Essverhaltens herbeizufÃ¼hren. Die Beklagte lehnte dies nach AnhÃ¶rung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ab (Bescheid vom 7. Mai 1998; Widerspruchsbescheid vom 10. Juli 1998).

Die Klage ist in beiden Vorinstanzen erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat darauf verwiesen, dass das extreme Ãbergewicht nicht auf eine FunktionsstÃ¶rung des Magens, sondern allein auf das krankhafte Essverhalten der Patientin zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, das vorwiegend seelische Ursachen habe. Mit der operativen Applikation eines Magenbandes werde in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verÃ¤ndert. Eine solche mittelbare Behandlung bedÃ¼rfe wegen der damit verbundenen Nachteile und Risiken stets einer speziellen Rechtfertigung, die hier nicht gegeben sei. Es kÃ¶nne nicht davon ausgegangen werden, dass die chirurgische Therapie der Adipositas heute bereits dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Denn es existierten weder definierte Behandlungsstandards in Gestalt von Richtlinien oder Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, noch gebe es ausreichende Erkenntnisse Ã¼ber den langfristigen Erfolg einer derartigen Behandlung.

Mit der Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin eine Verletzung der Â§Â§ 27 und 39 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Bei ihr liege eine Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Ihr Magen habe sich normwidrig vergrÃ¶Ã□ert, sodass die Annahme des LSG, es ginge um einen Eingriff in ein gesundes Organ nicht zutreffe.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. November 2001 und des Sozialgerichts Koblenz vom 26. Mai 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 7. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. Juli 1998 zur Ã□bernahme der Kosten fÃ¼r die Implantation eines Magenbandes zu verurteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

II

Die Revision der KlÃ¤gerin ist im Sinne der ZurÃ¼ckverweisung begrÃ¼ndet. Das angefochtene Urteil verletzt materielles Bundesrecht. Es stellt sich auch nicht aus anderen GrÃ¼nden als richtig dar und muss deshalb aufgehoben werden. Ob der KlÃ¤gerin die beanspruchte Leistung zusteht, vermag der Senat wegen fehlender Tatsachenfeststellungen nicht selbst zu entscheiden.

Allgemeine Rechtsgrundlage fÃ¼r die mit der Klage beanspruchte Sachleistung ist Â§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V. Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Das Berufungsgericht hat in dem massiven Ã□bergewicht der KlÃ¤gerin zu Recht eine Krankheit im Sinne dieser Vorschrift gesehen. Die Rechtsprechung versteht darunter einen regelwidrigen KÃ¶rper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit Ã¤rztlicher Heilbehandlung oder â□□ zugleich oder allein â□□ ArbeitsunfÃ¤higkeit zur Folge hat. Als regelwidrig wird ein Zustand angesehen, der von der Norm, also vom Leitbild des gesunden Menschen, abweicht (siehe dazu mwN: Senatsurteil vom 10. Februar 1993 BSGE 72, 96, 98 = SozR 32200 Â§ 182 Nr 14 S 64).

In der Medizin selber ist umstritten, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt. Einigkeit besteht aber darÃ¼ber, dass bei starkem Ã□bergewicht (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 DesprÃ©s 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 schwer

wiegender 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 der KlÃ¤gerin 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.

Die Leistungspflicht der Krankenversicherung fÃ¼r eine chirurgische Therapie dieser Krankheit kann nicht mit der ErwÃ¤gung verneint werden, dass fÃ¼r das Ãbergewicht das krankhafte Essverhalten der Patientin und nicht eine FunktionsstÃ¶rung des Magens verantwortlich ist. Es trifft zwar zu, dass die operative Verkleinerung des Magens keine kausale Behandlung darstellt, sondern die VerhaltensstÃ¶rung der KlÃ¤gerin durch eine zwangsweise Begrenzung der Nahrungsmenge lediglich indirekt beeinflussen soll (vgl Husemann, Die chirurgische Therapie der extremen Adipositas, in: DÃ 1997, A-2132). Eine solche mittelbare Therapie wird jedoch vom Leistungsanspruch grundsÃ¤tzlich mit umfasst, wenn sie ansonsten die in Â§ 2 Abs 1 Satz 3 und Â§ 12 Abs 1 SGB V aufgestellten Anforderungen erfÃ¼llt, also ausreichend, zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich ist sowie dem allgemein anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. FÃ¼r chirurgische Eingriffe hat der Senat diesen Grundsatz allerdings eingeschrÃ¤nkt: Wird durch eine solche Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verÃ¤ndert, wie das bei der Applikation eines Magenbandes 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 fÃ¼r die Krankenversicherung gegeneinander abzuwÃ¤gen sind (BSGE 85, 56, 60 = SozR 32500 Â§ 28 Nr 4 S 18). Angesichts der unsicheren Prognose lÃ¤sst sich eine LeistungsgewÃ¤hrung durch die Krankenkasse regelmÃ¤Ãig nicht rechtfertigen, wenn der operative Eingriff zur Behandlung einer psychischen StÃ¶rung dienen soll (BSGE 72, 96 = SozR 32200 Â§ 182 Nr 14; BSGE 82, 158, 163 f = SozR 32500 Â§ 39 Nr 5 S 29 f). Darum geht es hier indessen nicht, denn die behandlungsbedÃ¼rftige Adipositas hat zwar mÃ¶glicherweise seelische Ursachen, ist aber selbst keine psychische Krankheit.

Entgegen der Auffassung des LSG kann der KlÃ¤gerin auch nicht entgegengehalten werden, die chirurgische Therapie der Adipositas sei generell keine Leistung der Krankenversicherung, weil sie (noch) nicht ausreichend erprobt sei und es weder definierte Behandlungsstandards noch ausreichende Erkenntnisse Ã¼ber den langfristigen Erfolg einer derartigen Behandlung gebe. Freilich mÃ¼ssen auch Behandlungen im Krankenhaus den in Â§ 2 Abs 1 Satz 3, Â§ 12 Abs 1 und Â§ 28 Abs 1 SGB V fÃ¼r die gesamte Krankenversicherung festgelegten QualitÃ¤tskriterien genÃ¼gen (BSGE 81, 182, 187 = SozR 32500 Â§ 109 Nr 5 S 187; BSG SozR 3-2500 Â§ 92 Nr 12 S 71). Die PrÃ¼fung und Entscheidung darÃ¼ber, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmÃ¤Ãig einzuschÃ¤tzen ist und damit dem geforderten

Versorgungsstandard entspricht, obliegt aber nicht der Krankenkasse oder den Gerichten, sondern dem dafÃ¼r nach Â§ 137c SGB V eingerichteten Ausschuss Krankenhaus. Dieses mit Vertretern der Ã□rzteschaft, der KrankenhÃ¤user und der Krankenkassen sachkundig besetzte Gremium soll â□□ Ã¤hnlich wie im Bereich der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung der Bundesausschuss der Ã□rzte und Krankenkassen â□□ bei Bedarf die Frage der ZugehÃ¶rigkeit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung fÃ¼r Leistungsanbieter, KostentrÃ¤ger und Versicherte verbindlich klÃ¤ren.

Die Rechtslage hat sich in diesem Punkt durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKVRefG 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) entscheidend geÃ¤ndert. Vorher waren in den Â§Â§ 137 bis 137b SGB V zwar MaÃ□nahmen zur QualitÃ¤tssicherung in der stationÃ¤ren Versorgung vorgesehen, die sich auf die QualitÃ¤t der Behandlung, der VersorgungsablÃ¤ufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken hatten. Es gab aber â□□ anders als fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen â□□ keine Regelung, die eine fÃ¼r KrankenhÃ¤user, Kassen und Versicherte verbindliche Entscheidung Ã¼ber den diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie die ZweckmÃ¤Ã□igkeit und Wirtschaftlichkeit einer im Krankenhaus praktizierten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode und damit Ã¼ber deren ZugehÃ¶rigkeit zum Leistungsspektrum der Krankenversicherung ermÃ¶glichte. Im Streitfall hatten deshalb die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit Ã¼ber die Wirksamkeit und ZweckmÃ¤Ã□igkeit der jeweiligen Behandlungsweise zu befinden, indem sie ermittelten, ob hierÃ¼ber in den Ã¤rztlichen Fachkreisen ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens bestand (Senatsurteil vom 19. Februar 2002 B 1 KR 16/00 R SozR 32500 Â§ 92 Nr 12 S 71 f â□□ Colon-Hydro-Therapie; Urteil des 3. Senats des BSG vom 19. November 1997 â□□ 3 RK 6/96 â□□ BSGE 81, 182, 187 = SozR 32500 Â§ 109 Nr 5 S 187 â□□ Hyperthermiebehandlung).

Der seit 1. Januar 2000 geltende Â§ 137c SGB V bestimmt nunmehr, dass der von der BundesÃ¤rztekammer, den BundesverbÃ¤nden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft, den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft gebildete Ausschuss Krankenhaus, dem als "neutrales" Mitglied kraft Gesetzes der unparteiische Vorsitzende des Bundesausschusses der Ã□rzte und Krankenkassen angehÃ¶rt, auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der KrankenhaustrÃ¤ger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin Ã¼berprÃ¼ft, ob sie fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ã□ige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Ã□berprÃ¼fung, dass die Methode den genannten Kriterien nicht entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden.

ErklÃ¤rte Absicht des Gesetzgebers war es, mit dieser Regelung auch fÃ¼r den

Krankenhausbereich ein Verfahren zur verbindlichen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die an der Leistungserbringung beteiligten Ã□rzte, KrankenhÃ¤user und Krankenkassen zu etablieren. Vergleichbar dem Bundesausschuss der Ã□rzte und Krankenkassen sollte ein Gremium geschaffen werden, das Art und QualitÃ¤t der in der Krankenhausbehandlung erbrachten Leistungen nach den MaÃ□stÃ¤ben und Kriterien evidenz-basierter Medizin daraufhin prÃ¼ft, ob sie fÃ¼r eine ausreichende, zweckmÃ¤Ã□ige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter BerÃ¼cksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind (BTDrucks 14/1245 S 90). Die PrÃ¼fung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch den Ausschuss Krankenhaus soll die QualitÃ¤t der medizinischen Versorgung sichern und verhindern, dass fragwÃ¼rdige Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Stellt der Ausschuss fest, dass Wirksamkeit und Nutzen einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nicht hinreichend belegt sind und die Methode deshalb nicht, noch nicht oder nicht mehr dem aktuellen medizinischen Standard entspricht, hat das nach Â§ 137c Abs 1 Satz 2 SGB V zur Folge, dass ihre Anwendung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen ist. Dem Votum des Ausschusses Krankenhaus kommt danach in gleicher Weise wie dem Ergebnis der Ã□berprÃ¼fung durch den Bundesausschuss der Ã□rzte und Krankenkassen nach Â§ 135 Abs 1 Satz 2 SGB V normative Wirkung zu, ohne dass an dieser Stelle zu untersuchen ist, welche RechtsqualitÃ¤t die EntschlieÃ□ungen des Ausschusses haben und wie die vom Gesetzgeber gewÃ¤hlte Konstruktion verfassungsrechtlich zu bewerten ist.

Im Unterschied zur Rechtslage in der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung verzichtet das Gesetz bei Krankenhausleistungen allerdings auf einen Erlaubnisvorbehalt fÃ¼r neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit der Konsequenz, dass im klinischen Bereich neuartige Verfahren vor einem Einsatz in der Krankenversicherung nicht automatisch einer Ã□berprÃ¼fung und Bewertung im Hinblick auf die ErfÃ¼llung der geforderten Versorgungsstandards unterzogen werden. Das Ã¤ndert aber nichts daran, dass nach dem gesetzgeberischen Konzept die Frage des medizinischen Nutzens und der wissenschaftlichen Akzeptanz von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auch im Krankenhausbereich durch einen sachverstÃ¤ndigen Ausschuss abschlieÃ□end und verbindlich geklÃ¤rt und nicht von Fall zu Fall einer Entscheidung durch die Krankenkasse oder das Gericht Ã¼berlassen werden soll. Die Regelung in Â§ 137c SGB V orientiert sich am Vorbild des Â§ 135 Abs 1 SGB V. Nach der BegrÃ¼ndung zum Fraktionsentwurf des GKVRefG 2000 sollte das aus der ambulanten Versorgung bekannte Verfahren der Ã□berprÃ¼fung und Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in abgewandelter Form auf den stationÃ¤ren Bereich Ã¼bertragen werden, um so auch die QualitÃ¤t der Leistungserbringung im Krankenhaus zu sichern (BTDrucks 14/1245 S 90). Mit der Angleichung der Entscheidungsstrukturen korrespondiert die Verpflichtung der Beteiligten zur Koordination der Entscheidungsinhalte durch die in Â§ 135 Abs 1 Satz 4 und Â§ 137c Abs 1 Satz 3 SGB V vorgeschriebene Abstimmung der ArbeitsplÃ¤ne und Bewertungsergebnisse zwischen dem Ausschuss Krankenhaus und dem Bundesausschuss der Ã□rzte und Krankenkassen sowie die MÃ¶glichkeit sektorenÃ¼bergreifender Empfehlungen durch den

Koordinierungsausschuss nach Â§ 137e Abs 4 SGB V.

Dass Â§ 137c SGB V ebenso wie Â§ 135 Abs 1 iVm Â§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V eine abschlieÃende ZustÃ¤ndigkeit fÃ¼r die Bewertung der QualitÃ¤t von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden begrÃ¼nden will, folgt letztlich aus der im Kern Ã¼bereinstimmenden Zielsetzung beider Vorschriften. Die GrÃ¼nde fÃ¼r die Schaffung des Ausschusses Krankenhaus sind dieselben, die fÃ¼r die Ãbertragung der Richtlinienbefugnisse auf den Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen im Bereich der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung angefÃ¼hrt worden sind: Ãber die ZugehÃ¶rigkeit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung kann nicht in jedem Einzelfall neu, womÃ¶glich mit unterschiedlichen Ergebnissen, entschieden werden. Es bedarf vielmehr einer einheitlichen Festlegung, die den Leistungsumfang fÃ¼r die Betroffenen (Leistungsanbieter, KostentrÃ¤ger, Versicherte) verbindlich regelt. Die EntscheidungszustÃ¤ndigkeit soll bei einem sachverstÃ¤ndigen Gremium aus dem Bereich der Betroffenenselbstverwaltung bzw aus dem Kreis der am Leistungsgeschehen unmittelbar beteiligten Leistungserbringer und KostentrÃ¤ger liegen, damit einerseits die nÃ¶tige FlexibilitÃ¤t gewÃ¤hrleistet und zeitnahe, sachgerechte Entscheidungen ermÃ¶glicht und zum anderen Details der medizinischen Versorgung unmittelbar auf Expertenebene geregelt werden.

Das Fehlen eines Erlaubnisvorbehalts in Â§ 137c SGB V hat zur Folge, dass im Krankenhaus grundsÃ¤tzlich auch neuartige Verfahren keiner vorherigen Zulassung bedÃ¼rfen, sondern zu Lasten der Krankenversicherung angewendet werden kÃ¶nnen, solange der Ausschuss Krankenhaus sie nicht ausgeschlossen hat. Die Gefahr, dass deshalb zweifelhafte oder unwirksame MaÃnahmen zum Einsatz kommen, ist im Krankenhaus schon wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen VergÃ¼tungsstrukturen geringer als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ãrzte. Neue, noch nicht ausreichend gesicherte Diagnose- und Behandlungsmethoden kÃ¶nnen im Krankenhaus im Rahmen klinischer Studien erprobt werden, die in Â§ 137c Abs 1 Satz 2 SGB V vom Anwendungsbereich der Vorschrift ausdrÃ¼cklich ausgenommen sind. Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuen Behandlung hat die Krankenkasse â wie im Ãbrigen bei allen etablierten Methoden, die weder im ambulanten noch im stationÃ¤ren Bereich einer automatischen Ãberprüfung unterliegen â die MÃ¶glichkeit, Ã¼ber ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus zu veranlassen und gegebenenfalls auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen.

Wenn eine chirurgische Behandlung der extremen Adipositas nach alledem auch nicht von vornherein als Kassenleistung ausscheidet, so ist doch im Einzelfall zu prÃ¼fen, ob bei dem jeweiligen Patienten die Indikation fÃ¼r eine solche Therapie gegeben ist. Im Fall der KlÃ¤gerin sind dazu weitere Ermittlungen erforderlich, die das LSG â von seinem Standpunkt zu Recht â bisher nicht durchgefÃ¼hrt hat.

Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist zunÃ¤chst zu prÃ¼fen, ob eine vollstationÃ¤re chirurgische Behandlung unter BerÃ¼cksichtigung der Behandlungsalternativen (diÃ¤tetische

Therapie, Bewegungstherapie, medikamentÃ¶se Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist (Â§ 12 Abs 1, Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Sodann muss untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen fÃ¼r eine chirurgische Intervention gegeben sind. Nach den vorliegenden Leitlinien der Fachgesellschaften (Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Stand: November 1998; Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland des Instituts fÃ¼r GesundheitsÃ¶konomie und Klinische Epidemiologie der UniversitÃ¤t KÃ¶ln, Autoren: Lauterbach et al, Stand: Juli 1998; Consensus Statement der Nationalen GesundheitsbehÃ¶rden der USA vom MÃ¤rz 1991) und den einschlÃ¤gigen LiteraturbeitrÃ¤gen (Wechsler et al, Therapie der Adipositas, DÃ 1996, A-2214; Husemann, Die chirurgische Therapie der extremen Adipositas, DÃ 1997, A-2132; Kunath et al, Erfolg und Misserfolg beim laparoskopischen "Gastric Banding", Der Chirurg 1998, 180) kommt die Implantation eines Magenbandes nur als Ultima Ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen fÃ¼r eine erfolgreiche Behandlung erfÃ¼llen (BMI 40 oder 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen; ErschÃ¶pfung konservativer BehandlungsmÃ¶glichkeiten; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; MÃ¶glichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung ua). Das LSG wird â ggf mit sachverstÃ¤ndiger Hilfe â zu ermitteln haben, ob diese Voraussetzungen bei der KlÃ¤gerin gegeben sind und ob der Eingriff nach dem Ergebnis der fÃ¼r mittelbare Behandlungen geforderten speziellen GÃ¼terabwÃ¤gung gerechtfertigt ist.

In der abschlieÃenden Entscheidung ist auch Ã¼ber die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden.

Erstellt am: 21.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024