

Rechtsprechung

SGB V: Chirurgische Adipositas therapie

— SGB V §§ 2 Abs. 1 S. 3, 12 Abs. 1, 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2, 27 Abs. 1 S. 1, 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 S. 2

1. Die chirurgische Adipositas therapie kommt grundsätzlich nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (vgl. zu diesen Voraussetzungen etwa BSG vom 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R = SozR 4-2500 § 13 Nr. 20).

2. In eng begrenzten Einzelfällen kann unter Berücksichtigung der überarbeiteten Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie „Chirurgie der Adipositas“, welche aufgrund ihrer fachlichen Wertigkeit eine für die Beurteilung des Gerichts sachgerechte Entscheidungshilfe darstellt, ausnahmsweise auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden (hier bejaht).

3. Zur Geltendmachung im Wege des Kostenerstattungsverfahrens.

SG Fulda, Urt. v. 18.11.2014 – S 3 KR 582/11

Tatbestand: [1] Die Klägerin begehrt mit ihrer Klage die Kostenübernahme für einen im Mai 2011 durchgeführten adipositaschirurgischen Eingriff in Höhe von insgesamt 7.739,20 EUR.

[2] Die 1975 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte, Klägerin litt seit vielen Jahren unter massivem Übergewicht. Mit Schreiben vom 21.1.2010 stellte die Klägerin durch den behandelnden Viszeralchirurgen Dr. C. bei der Beklagten einen Antrag auf Kostenübernahme für einen adipositaschirurgischen Eingriff. Nach dessen Ausführungen habe das Gewicht der Klägerin mit 20 Jahren ca. 90 Kilogramm, mit 25 Jahren ca. 95 Kilogramm und mit 30 Jahren ca. 110 Kilogramm betragen. Das höchste Gewicht vor der bezeichneten Operation habe 118 Kilogramm betragen, was einem Body Mass Index (BMI) von ca. 42 kg/qm entsprochen habe.

[3] Die Klägerin unternahm in den vergangenen Jahren verschiedene, zeitweise erfolgreiche, Versuche, ihr Gewicht zu reduzieren. Die konservative Adipositas therapie habe bereits nach der Pubertät begonnen. Die Klägerin habe in dieser Zeit bereits öfters durch „FDH“ und auch durch Appetitzügler sowie vermehrte sportliche Betätigung versucht, abzunehmen. 2002 habe sie über ein Jahr bei den Weight Watchers mitgearbeitet. 2005 habe sie ein Jahr im Fitnessstudio Herz- und Kreislauftraining durchgeführt. Im

Jahr 2008 seien erneut vier Monate bei den Weight Watchers gefolgt. Im gleichen Jahr führte sie zudem eine Mutter-Kind-Kur über drei Wochen durch. Sie habe damals ausführliche Beratung erhalten und sich, soweit möglich, sportlich betätigt. Zwischen den genannten Maßnahmen habe die Klägerin immer wieder selbsttätiges „FDH“ oder zum Beispiel „Brigitte-Diäten“ versucht. Zum Zeitpunkt der Antragstellung habe sie zwei- bis dreimal wöchentlich eine Stunde Nordic Walking durchgeführt, sei einmal wöchentlich eine Stunde Fahrrad gefahren, habe einmal wöchentlich eine Stunde mit Inlinern sowie dreimal wöchentlich über eine Stunde im Fitness-Studio trainiert. Trotz zwischenzeitlicher Erfolge und trotz des Leidensdruckes aufgrund verschiedener Begleiterkrankungen habe das Gewicht durch sämtliche Maßnahmen nicht dauerhaft reduziert werden können.

[4] Den genannten Antrag vom 21.1.2010 lehnte die Beklagte nach Auswertung der ärztlichen Einschätzungen und einer Begutachtung nach körperlicher Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) vom 1.3.2010, in welcher die Empfehlung der Ablehnung des gestellten Antrages formuliert wurde, durch Bescheid vom 3.3.2010 ab. Dagegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 8.3.2010 Widerspruch ein, welchen der behandelnde Viszeralchirurg Dr. C. durch Schreiben vom 20.4.2010 begründete.

[5] In der Folge wies die Beklagte den Widerspruch nach erneuter Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens des MDK vom 16.6.2010 nach Aktenlage (vgl. wegen der Einzelheiten Blatt 22 bis 24 der Verwaltungsakte) durch Widerspruchsbescheid vom 23.3.2011 zurück. Wegen der Begründung im Einzelnen wird Bezug genommen auf Blatt 26 bis 28 der Verwaltungsakte.

[6] Dagegen hat die Klägerin mit Schreiben vom 1.4.2011, bei Gericht eingegangen am gleichen Tag, Klage zum Sozialgericht Fulda erhoben. Die Klägerin hat mit Schreiben vom 20.9.2011 mitgeteilt, dass die Operation am 6.5.2011 durchgeführt worden ist. In der Folge hat sie mit Schreiben vom 27.9.2011 die Schlussrechnung des ZZ-Krankenhauses in Y. vom 8.6.2011 über einen Gesamtbetrag in Höhe von 7.739,20 EUR zur Akte gereicht.

[7] Zur Begründung der Klage trägt die Klägerin insbesondere vor, dass es ihr aufgrund des extremen Ausgangsgewichtes ohne operative Maßnahmen nicht mehr möglich gewesen sei, einen signifikanten Erfolg hinsichtlich ihres Gewichtes zu erreichen. Dies sei für Patienten in dieser Gewichtsklasse wissenschaftlich belegt. Eine Operationsindikation ergebe sich auch unter Berücksichtigung der aktuellen S3-Leitlinie der Deutschen Adipositas-Gesellschaft „Chirurgie der Adipositas“ vom April 2010.

[8] Die Klägerin beantragt,

[9] die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 3.3.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23.3.2011 zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für den am 7.5.2011 durchgeführten adipositaschirurgischen Eingriff in

Höhe von insgesamt 7.739,20 EUR zuzüglich vier Prozent Zinsen ab dem Datum des Eingriffes zu erstatten.

[10] Die Beklagte beantragt,

[11] die Klage abzuweisen.

[12] Sie verteidigt den angegriffenen Bescheid. Die Rechtmäßigkeit des Bescheides ergebe sich auch unter Berücksichtigung der weiteren Ausführungen des MDK, welche sich die Beklagte zu eigen mache. Insbesondere sei eine Verhaltensstörung bei der Klägerin bisher nicht ausgeschlossen. Auch habe die Klägerin eine nach den Leitlinien der Fachgesellschaften geforderte mindestens sechsmonatige multimodale Therapie mit Verhaltenstherapie, ernährungsmedizinischer Beratung und Bewegungstherapie nicht wahrgenommen. Insbesondere seien die verschiedenen seitens der Klägerin durchgeführten Maßnahmen zur Gewichtsreduzierung nicht mit einer solchen strukturierten, multimodalen, wenigstens sechsmonatigen, konservativen Adipositas-Therapie unter ärztlicher Anleitung gemäß der S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ gleichzusetzen. Vielfältige Erfolge seien bei einem BMI, den die Klägerin vor der Operation gehabt habe, schon häufig erreicht worden und seien auch bei der Klägerin durchaus möglich gewesen. Die Voraussetzungen im Sinne einer ultima ratio seien bei der Klägerin im konkreten Einzelfall zum Zeitpunkt der Operation noch nicht zu erkennen gewesen.

[13] Im laufenden Klageverfahren hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten bei dem behandelnden Facharzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. H. (Schreiben vom 23.4.2012), dem behandelnden Allgemeinmediziner Herrn A. (Schreiben vom 10.5.2012), dem behandelnden Facharzt für Chirurgie/Viszeralchirurgie Dr. C. (Schreiben vom 11.5.2012) sowie den behandelnden Fachärzten für Orthopädie Dr. PP./Dr. G. (Schreiben vom 24.2.2014).

[14] Des Weiteren hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. Der Sachverständige Dr. B., Arzt für Innere Medizin – Gastroenterologie, beschreibt in seinem Gutachten vom 30.4.2013 rückblickend bezüglich des Zeitpunktes der durchgeführten Operation die folgenden Diagnosen:

[15] – Adipositas Grad III, am Operationstag mit einem BMI von 41,3 kg/qm Körperoberfläche (118 kg bei 169 cm Körpergröße),

[16] – arterieller Hypertonus, zwischenzeitlich medikamentös behandelt,

[17] – allergisches Asthma bronchiale,

[18] – belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk sowie rezidivierende Rückenschmerzen, zwischenzeitlich medikamentös behandelt,

[19] – axiale Hiatushernie,

[20] – Zustand nach Refluxösophagitis,

[21] – Pankreaslipomatose.

[22] Er geht davon aus, dass die Adipositas als wesentlicher Mitverursacher eines arteriellen Hypertonus sowie der Ge-

lenk- und Wirbelsäulenbeschwerden angeschuldigt werden könne. Ein gefordertes multimodales Behandlungskonzept mit Bewegungstherapie, Änderung des Ernährungsverhaltens und eine Verhaltenstherapie seien von der Klägerin über viele Jahre versucht worden. Die Möglichkeit, die Ernährung so anzupassen und umzustellen, dass bei einem BMI von über 40 kg/qm Körperoberfläche zehn bis 30 Prozent Verlust des Ausgangsgewichtes erreicht werden könnten, sei erschöpft. Aufgrund der Gelenk- und Wirbelsäulenbeschwerden sei der Bewegungsumfang der Klägerin doch sehr eingeschränkt gewesen, auch wenn sie über Jahre hinweg zahlreiche Versuche unternommen habe, über eine vermehrte Verbrennung durch gezielte Übungen im Fitness-Studio Gewicht abzunehmen.

[23] Nach Einschätzung des Sachverständigen hätten keine Kontraindikationen hinsichtlich der operativen Maßnahme vorgelegen. Insbesondere habe nach Einschätzung des behandelnden Psychiaters auch keine manifeste psychiatrische Erkrankung bestanden.

[24] In der Folge hat sich die Beklagte auf Basis eines erneuten sozialmedizinischen Gutachtens des MDK nach Aktenlage vom 17.1.2014 kritisch mit dem Sachverständigengutachten des Dr. B. auseinandergesetzt.

[25] Daraufhin hat das Gericht eine ergänzende Stellungnahme bei dem Sachverständigen Dr. B. eingeholt. In der Stellungnahme vom 20.5.2014 bestätigt dieser – insbesondere im Hinblick auf die Ausschöpfung konservativer Maßnahmen – seine bisherige Einschätzung.

[26] Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 18.11.2014 hat die Klägerin durch ihrem Prozessbevollmächtigten unter anderem noch mitteilen lassen, dass sie bereits vor der Behandlung gegenüber der Klinik habe in Vorleistung treten müssen, bevor dann im Juni 2011 die übersandte Schlussrechnung erstellt worden sei.

[27] Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere wegen des Inhalts der medizinischen Unterlagen und des weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird verwiesen auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten (1 Hefter), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Gründe: [28] Die zulässige Klage ist begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten für den von ihr beantragten adipositaschirurgischen Eingriff in dem geltend gemachten Umfang.

[29] Nach Durchführung der Operation während der Laufzeit des Klageverfahrens hat die Klägerin in zulässiger Weise gemäß § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG ihren Antrag auf Sachleistung in einen solchen auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten umgestellt. Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V hat der Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung, wenn die Krankenkasse rechtswidrig eine Leistung abgelehnt hat. Der Anspruch setzt voraus, dass die Krankenkasse verpflichtet gewesen ist, die selbstbeschaffte Leistung als Sach- oder

Dienstleistung zu erbringen. Vorliegend ist von einer rechtswidrigen Leistungsablehnung auszugehen und die Beklagte ist auch verpflichtet gewesen, die selbstbeschaffte Leistung als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen.

[30] Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Selbst bei starkem Übergewicht kann zunächst dahinstehen, ob bereits der Adipositas als solcher Krankheitswert zukommt. Jedenfalls besteht bei einem solchen Übergewicht (im Allgemeinen ab einem BMI größer als 30) ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Begleit- und Folgeerkrankungen, das eine Behandlung mit dem Ziel der Gewichtsreduktion erforderlich macht (BSG, Urt. v. 19.2.2003 – B 1 KR 1/02 R; LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 13.10.2011 – L 5 KR 12/11). Eine mittelbare Krankenbehandlung durch chirurgische Operation eines funktionell intakten Organs zur Behandlung einer anderweitigen krankhaften Funktionsstörung bedarf jedoch einer speziellen Rechtfertigung (vgl. dazu BSG, a.a.O.; Hessisches LSG, Urt. v. 20.6.2013 – L 8 KR 91/10; LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Die von der Klägerin begehrte Operation stellt eine solche mittelbare Krankenbehandlung dar. Denn Ursache für das Übergewicht der Klägerin ist deren krankhaftes Essverhalten. Der chirurgische Eingriff am funktionell intakten Magen soll lediglich mittelbar dieses krankhafte Essverhalten beeinflussen. Eine solche mittelbare Krankenbehandlung ist nur dann ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich i.S.d. §§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1 SGB V, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung, Dringlichkeit der Intervention sowie nach Abwägung der Risiken und des zu erwartenden Nutzens der Therapie sowie etwaiger Folgekosten für die Krankenversicherung gerechtfertigt ist (BSG, a.a.O.; LSG Rheinland-Pfalz, a.a.O.). Nach diesen Maßstäben kommt eine chirurgische Behandlung der extremen Adipositas zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung nur in Betracht, wenn nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für einen chirurgischen Eingriff in ein gesundes Körperorgan gegeben sind. Die chirurgische Adipositas-therapie kommt grundsätzlich nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen. Dies sind regelmäßig insbesondere:

[31] – ein BMI ≥ 40 oder ≥ 35 mit erheblichen Begleiterkrankungen,

[32] – die Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten,

[33] – ein tolerables Operationsrisiko,

[34] – eine ausreichende Motivation,

[35] – keine manifeste psychiatrische Erkrankung sowie

[36] – die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung (so BSG a.a.O.; BSG, Urt. v. 16.12.2008 – B 1 KR 2/08 R; Hessisches LSG a.a.O.; LSG Rheinland-Pfalz a.a.O.).

[37] Nach der überarbeiteten Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Therapie „Chirurgie der Adipositas“, welche aufgrund ihrer fachlichen Wertigkeit eine für die Beurteilung des Gerichts sachgerechte Entscheidungshilfe darstellt (vgl. dazu Hessisches LSG a.a.O.), ist eine Operation am Magen grundsätzlich nur indiziert, wenn alle konservativen Behandlungsmöglichkeiten erschöpft sind (Stand April 2010, Abschnitt 3.2). Das ist der Fall, wenn durch eine multimodale konservative Therapie innerhalb von mindestens sechs Monaten das Therapieziel nicht erreicht und gehalten wurde. Die Möglichkeiten zur Ernährungstherapie sind erst dann erschöpft, wenn mittels einer energiereduzierten Mischkost und einer weiteren ernährungsmedizinischen Maßnahme (z.B. Formula-Diät, weitere Form einer energiereduzierten Mischkost) das Therapieziel nicht erreicht wurde. Zusätzlich ist, soweit keine Barrieren bestehen, mindestens zwei Stunden wöchentlich eine Ausdauer- und/oder Kraftausdauerart sowie eine ambulante oder stationäre Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie) durchzuführen. Die überarbeiteten Leitlinien sehen nunmehr zudem ausdrücklich eine ausnahmsweise primäre Operationsindikation vor (Abschnitt 3.3, Unterpunkt 4.). Lassen Art und/oder Schwere der Krankheit bzw. psychosoziale Gegebenheiten bei Erwachsenen annehmen, dass eine chirurgische Therapie nicht aufgeschoben werden kann oder die konservative Therapie ohne Aussicht auf Erfolg ist, kann in Ausnahmefällen auch primär eine chirurgische Therapie durchgeführt werden.

[38] Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze, denen sich die Kammer in ihrer Entscheidung anschließt, ist vorliegend in Übereinstimmung mit den Ausführungen des Sachverständigen Dr. B. vom 30.4.2013 in Verbindung mit dessen ergänzender Stellungnahme vom 20.5.2014 davon auszugehen, dass unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Sachverhalts vorliegend als Ausnahmefall die Durchführung der begehrten Magenoperation als primäre chirurgische Therapie im oben dargestellten Sinne gerechtfertigt ist. Soweit die Beklagte vorbringt, es sei keine ausreichend konsequente konservative Behandlung nach einem multimodalen Behandlungskonzept über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten durchgeführt worden, hat der Sachverständige Dr. B. nach Auffassung der Kammer ausreichend deutlich klar gemacht, dass (weitere) konservative Maßnahmen, auch solche durch eine strukturierte Betreuung in einem Adipositaszentrum, bei der Klägerin nicht erfolgversprechend gewesen sind und dadurch aufgrund der bereits zum Zeitpunkt des Eingriffs bestehenden Operationsindikation die notwendige Operation lediglich nach hinten verschoben worden wäre. Bei Personen mit dem Körpergewicht der Klägerin bestehen nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen lediglich äußerst geringe dauerhafte Erfolgsaussichten für konservative Maßnahmen. Dies gilt im Falle der Klägerin auch unter zusätzlicher Berücksichtigung

des Umstandes, dass der Sachverständige unter Bezugnahme auf die Ausführungen des Orthopäden Dr. G. zutreffend davon ausgeht, dass eine den o.g. Kriterien entsprechende Bewegungstherapie mit vermehrter Verbrennung als Bestandteil einer multimodalen Therapie nicht (mehr) möglich erschien. Zudem wird die Einschätzung des Sachverständigen auch durch die Leidensgeschichte der Klägerin in der Vergangenheit bestätigt, an deren zutreffender Darstellung das Gericht keinerlei Zweifel hegt. Denn obwohl sie in der Vergangenheit gezeigt hat, dass es ihr durchaus immer wieder möglich gewesen ist, ihr Gewicht (mehr oder weniger deutlich) zu reduzieren, so ist aus Sicht der Kammer in ausreichender Weise dokumentiert, dass sämtliche geschilderten konservativen Abnehmversuche (anfänglich durch „FDH“ und Appetitzügler, mehrfache Teilnahme bei den Weight Watchers, eine dreiwöchige Mutter-Kind-Kur mit ausführlicher Ernährungsberatung, „Brigitte-Diäten“ etc., immer wieder verbunden mit vermehrter sportlicher Betätigung, etwa Herz- und Kreislauftraining im Fitness-Studio, Nordic Walking, Fahrrad fahren sowie Inlineskaten) gerade keinen dauerhaften Erfolg zeitigten und auch zukünftig nicht hätten erwarten lassen.

[39] Bezüglich der weiteren aufgezeigten Voraussetzungen bestehen seitens des Gerichts keine Bedenken, dass diese ebenfalls erfüllt waren und weiterhin sind. Insbesondere bestand nach den Feststellungen des Sachverständigen ein tolerables Operationsrisiko, der behandelnde Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Dr. H., hat in seinem ärztlichen Attest vom 5.4.2011 keine Kontraindikationen für die Maßnahme gesehen. Zudem geht das Gericht davon aus, dass der Wille zur eigenständigen Antragstellung, zur Durchführung multipler, dokumentierter Diätversuche und letztlich auch der Wille zur Durchführung eines Widerspruchs- bzw. Klageverfahrens als geeignete Surrogatparameter für die positive Bewertung der Motivationslage zu sehen sind. Anhaltspunkte dafür, dass eine ausreichende medizinische Nachbetreuung nicht gewährleistet sein könnte, bestehen nicht.

[40] Die Beklagte hat hier die Kosten in voller Höhe zu tragen (vgl. zu den Grundsätzen der Kostenübernahmeverpflichtung von Krankenkassen bei selbst beschafften Leistungen in vergleichbaren Konstellationen Hessisches LSG a.a.O.). Bedenken hinsichtlich der Aufstellung des letztlich durch Rechnung des ZZ-Krankenhauses in Y. vom 8.6.2011 geltend gemachten Betrages in Höhe von insgesamt 7.739,20 EUR bestehen nicht, nachdem die Klägerin bezüglich der Behandlungskosten nach eigener Auskunft bereits pauschal vor dem Beginn der Behandlung in Vorleistung hatte treten müssen. Entsprechende Bedenken bezüglich des geltend gemachten Betrages sind zudem auch nicht geltend gemacht worden.

[41] Die Nebenentscheidung ergibt sich aus § 44 SGB I. Der Beginn der Verzinsung folgt aus dem gestellten Klageantrag in Verbindung mit der erfolgten pauschalen Vorleistung seitens der Klägerin bereits vor Behandlungsbeginn.

[42] Die Kostenentscheidung ergibt sich aus § 193 SGG und folgt dem Ergebnis der Hauptsache.

— Anmerkung

Es handelt sich hier um eine typische Fallgestaltung aus dem Bereich der bariatrischen Chirurgie. Völlig unverständlich war für die Klägerin der Umstand, dass sich der MDK über sämtliche der Krankenkasse vorgelegten Indikationsstellungen, Atteste, Befundberichte und Stellungnahmen der behandelnden Fachärzte hinweggesetzt hat. Das kommt regelmäßig vor: Der Unterzeichner hat etliche Fälle betreut, in welchen selbst ein Dutzend fachärztlicher Indikationsstellungen nicht zu einem positiven Votum des MDK geführt hatten und die Krankenkasse verklagt werden musste. So oder so ähnlich gelagerte Sachverhalte münden fast immer in eine Niederlage der beklagten Krankenkasse, klageabweisende Urteile sind sehr selten.

Konkret heißt das: MDK-Gutachten, welche die medizinische Notwendigkeit eines bariatrischen Eingriffes verneinen, haben im weiteren Verlauf des Verfahrens regelmäßig keinen Bestand. In den allermeisten Fällen revidiert der MDK seine Meinung, entscheidet die Krankenkasse trotz des MDK-Votums zugunsten des Versicherten, hilft der Widerspruchsausschuss der Krankenkasse dem Widerspruch ab oder kassiert – wie hier – das erstinstanzlich zuständige Gericht die ablehnenden Entscheidungen der beklagten Krankenkasse (nebst MDK-Gutachten).

Relevanz für die Praxis

Das SG Fulda festigt mit dieser Entscheidung die Rechtsprechung zugunsten der bariatrischen Chirurgie. Das Bundesland Hessen bildet dabei die Speerspitze einer patientenfreundlichen Entwicklung, welche 2008 begonnen hat. In keinem anderen Bundesland gibt es eine solch gefestigte Rechtsprechung, zuletzt etwa:

- LSG Hessen, Urt. v. 22.5.2014 – L 8 KR 7/11
- LSG Hessen, Urt. v. 20.6.2013 – L 8 KR 91/10
- LSG Hessen, Urt. v. 24.5.2012 – L 8 KR 290/10
- SG Darmstadt, Urt. v. 11.2.2015 – S 10 KR 91/14
- SG Darmstadt, Urt. v. 17.11.2014 – S 8 KR 696/13
- SG Darmstadt, Urt. v. 17.11.2014 – S 8 KR 358/13
- SG Fulda, Urt. v. 23.1.2014 – S 11 KR 174/10
- SG Kassel, Urt. v. 30.10.2013 – S 12 KR 198/12
- SG Darmstadt, Urt. v. 14.11.2012 – S 10 KR 309/10
- SG Fulda, Urt. v. 8.11.2012 – S 11 KR 65/09
- SG Frankfurt am Main, Urt. v. 30.11.2010 – S 25 KR 737/07
- SG Frankfurt am Main, Urt. v. 12.10.2010 – S 25 KR 348/07

- SG Frankfurt am Main, Urt. v. 26.4.2010 – S 18 KR 634/06
- SG Darmstadt, Urt. v. 3.12.2009 – S 18 KR 418/08.

Auch deutschlandweit herrscht eine patientenfreundliche Rechtsprechung der Sozialgerichte erster und zweiter Instanz vor (Ausnahme: Bayern), zuletzt etwa:

- LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 9.1.2014 – L 5 KR 325/12
- LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 21.2.2013 – L 5 KR 194/12
- LSG Rheinland-Pfalz, Urt. v. 13.10.2011 – L 5 KR 12/11
- LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 18.8.2010 – L 4 KR 169/08
- SG Koblenz, Urt. v. 28.10.2014 – S 13 KR 286/12
- SG Düsseldorf, Urt. v. 5.6.2014 – S 8 KR 91/11
- SG Trier, Gerichtsbescheid vom 16.1.2014 – S 5 KR 149/13
- SG Speyer, Urt. v. 13.1.2014 – S 7 KR 71/12
- SG Berlin, Urt. v. 18.10.2013 – S 81 KR 476/12
- SG Chemnitz, Urt. v. 12.12.2013 – S 10 KR 456/08
- SG Hamburg, Urt. v. 30.5.2013 – S 25 KR 1129/12
- SG Düsseldorf, Urt. v. 29.1.2013 – S 11 KR 680/11
- SG Mannheim, Urt. v. 17.1.2013 – S 9 KR 491/12
- SG für das Saarland, Gerichtsbescheid vom 29.11.2012 – S 15 KR 641/12
- SG Ulm, Urt. v. 6.11.2012 – S 3 KR 3407/11
- SG Mainz, Urt. v. 26.6.2012 – S 16 KR 250/10
- SG Düsseldorf, Urt. v. 3.5.2012 – S 9 (34) KR 83/08
- SG Schleswig, Urt. v. 27.3.2012 – S 5 KR 19/11
- SG Schleswig, Urt. v. 14.9.2011 – S 10 KR 153/09
- SG Lüneburg, Urt. v. 24.2.2011 – S 16 KR 202/09
- SG Münster, Urt. v. 28.1.2010 – S 11 KR 283/06
- SG Schwerin, Urt. v. 27.1.2010 – S 8 KR 57/08
- SG Oldenburg, Urt. v. 6.11.2008 – S 62 KR 67/08.

Bis auf zwei der genannten Entscheidungen wurden alle Urteile durch den Unterzeichner erstritten.

— Mitgeteilt und kommentiert von
Dipl.-Jur. Tim C. Werner, Rechtsanwalt
und Fachanwalt für Sozialrecht, Frankfurt am Main