

# Kommt dem Magenballon eine rechtliche Sonderstellung zu?

Die 2010 veröffentlichte S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- & Viszeralchirurgie (in Zusammenarbeit mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin & Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin) gibt einen Überblick über die etablierten bariatrischen Verfahren<sup>1</sup>.

Die Leitlinie unterscheidet dabei zwischen Magenband, Schlauchmagen, Roux-En-Y-Bypass und bilio-pankreatischer Diversion auf der einen und dem Magenballon auf der anderen

Seite. Während die Methoden der erstgenannten Gruppe als „effektive operative Verfahren zur Therapie der Adipositas“ bezeichnet werden<sup>1</sup>, steht der Magenballon etwas abseits. Es heißt: „Auch der Einsatz eines Magenballons kann im Einzelfall zur kurzfristigen Gewichtsreduktion erwogen werden.“<sup>1</sup>

Im Folgenden soll untersucht werden, ob diese Unterscheidung, die konsequent die unterschiedlichen Evidenzstärken bzw. Empfehlungsgrade wiedergibt, bei der rechtlichen Bewertung ebenfalls vorgenommen werden muss.

## Unterschiede in der medizinischen Praxis

Der Magenballon kommt als rein restriktives Verfahren nur temporär zum Einsatz, nach spätestens sechs Monaten wird er wieder entfernt<sup>2</sup>. Magenband, Schlauchmagen, Roux-En-Y-Bypass und bilio-pankreatische Diversion wirken hingegen dauerhaft, d.h. ein Leben lang.

Desweiteren sind Patienten und Patientinnen mit einem Body-Mass-Index (BMI) über 40 in der betroffenen Population eher die Ausnahme als die Regel<sup>3</sup>. Geht es um die Kostenübernahme oder Kostenerstattung für eine Magenballonimplantation, so betreuen wir hauptsächlich Mandanten und Mandantinnen mit einem BMI zwischen 30 und 40.

Schließlich wird der Magenballon in der Regel ambulant, also nicht im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes implantiert. Dies gilt für Magenband, Schlauchmagen, Roux-En-Y-Bypass und bilio-pankreatische Diversion nicht.

## Juristische Bewertung

Die aufgezeigten Unterschiede wirken sich zum Teil deutlich auf die rechtliche Bewertung und damit auf die Ansprüche der (gesetzlich oder privat) versicherten Patienten und Patientinnen aus.

## 1. Temporäres Verfahren

Der Umstand, dass ein Ballon nicht lebenslang im Körper verbleibt, spielt bei der rechtlichen Bewertung keine Rolle.

## 2. Adipositas Grad II: BMI <40

Um den – strengen – Anforderungen der eingangs genannten S3-Leitlinie<sup>4</sup> und den – noch strengeren – Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung<sup>5</sup> zu genügen, müssen unterhalb eines BMI von 40 Adipositas-assoziierte Begleit- und/oder Folgeerkrankungen vorliegen. Ist dies nicht der Fall, so bleibt schon aus diesem Grunde die Abrechnung einer bariatrischen OP zu Lasten der (gesetzlichen oder privaten) Krankenversicherung verwehrt.

## 3. Adipositas Grad I: BMI <35

Unterhalb eines BMI von 35 sind bariatrische Verfahren, einschließlich der Magenballonimplantation, z. Zt. überhaupt nicht vorgesehen (Ausnahme: Wissenschaftliche Studien). Die Position eines Patienten, der von seiner (gesetzlichen oder privaten) Krankenkasse eine Kostenübernahme oder -erstattung begehrt, ist also eher ungünstig.

Zwar wird die Ausweitung der Anwendung bariatrischer Verfahren auf Patienten mit Adipositas Grad I – insbesondere zur Behandlung (insulinpflichtiger) Diabetiker – in jüngster Zeit verstärkt gefordert<sup>6</sup>, eine Etablierung in der Praxis ist jedoch noch Zukunftsmusik.

Die Universität Heidelberg hat eine erste Studie auf den Weg gebracht, in welcher bei 150 insulinpflichtigen normal- bzw. Übergewichtigen Diabetestypen die Wirksamkeit der konservativen Behandlung mit der Wirksamkeit zweier chirurgischer Verfahren verglichen werden soll.

## 4. Ambulante Behandlung

Im stationären Bereich gilt in Bezug auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine – weitreichende – Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt, §137c SGB V<sup>7</sup>. Im ambulanten Bereich hingegen gilt ein – strenges – Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, §135 SGB V.

### Anmerkungen & Nachweise:

- <sup>1</sup> „Verfahrenswahl“, Punkt 3.3 der Leitlinie, Seite 22f., abrufbar unter: [www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/ADIP-6-2010.pdf)
- <sup>2</sup> Siehe z.B. Weiner, „Adipositaschirurgie – Indikation und Therapieverfahren“, Uni-Med Verlag AG, 1. Auflage 2006, Seite 43; Wirth, „Adipositas“, Springer Medizin Verlag, 3. Auflage 2008, Seite 346
- <sup>3</sup> Etwas anderes gilt für Patienten mit einer „super super obesity“ (BMI >60), bei welchen ein Magenballon implantiert wird, um ein tolerables Operationsgewicht zu erzielen, um also einen (großen) bariatrischen Eingriff erst zu ermöglichen.
- <sup>4</sup> „Indikation“, Punkt 3.2 der Leitlinie, Seite 12
- <sup>5</sup> Seit über neun Jahren kontrovers diskutiert: Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 19. Februar 2003, Az. B 1 KR 1/02 R, weniger streng z.B.: Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18. August 2010, Az. L 4 KR 169/08, Verwaltungsgericht (VGH) Baden-Württemberg, Urteil vom 17. Februar 2011, Az. 2 S 2242/10
- <sup>6</sup> Zuletzt: Pressemitteilung der Expertengruppe Metabolische Chirurgie vom 31. August 2011 (<http://www.expertengruppe-mbc.de/aktuelles.html>)
- <sup>7</sup> Das SGB V ist das fünfte Buch des Deutschen Sozialgesetzbuches und regelt das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).
- <sup>8</sup> Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Verlag C.H. Beck, Band I, SGB V, § 137c, Rn. 3, 4
- <sup>9</sup> Landessozialgericht (LSG) Berlin, Urteil vom 24. März 2004, Az. L 15 KR 11/02
- <sup>10</sup> Auch wenn sich eine Behandlung zeitlich nicht über mindestens einen Tag erstreckt und diese auch nicht auf einer Intensivstation stattfand, folgt daraus im Gegenschluss nicht zwingend, dass es sich um eine ambulante Behandlung handelt, Landessozialgericht (LSG) Schleswig-Holstein, Urteil vom 24. März 2011, Az. L 5 KR 50/10

Neu ist eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode dann, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (trotz, oder gerade wegen seiner mangelnden demokratischen Legitimation, auch „Der kleine Gesetzgeber“ genannt) deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen noch nicht bewertet hat.

Konkret heißt das: Im ambulanten Bereich dürfen ausgetretene Pfade ohne ein positives Votum des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht verlassen werden. Im stationären Bereich ist dies durchaus möglich. Immer dann, wenn im Krankenhaus bariatrische Verfahren zur Anwendung kommen, wird von genau dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Der soeben aufgezeigten – rechtlich höchst relevanten – Unterscheidung liegt der gesetz-

geberische Gedanke zu Grunde, dass im Krankenhaus eine umfassende und engmaschige Kontrolle gewährleistet wird, welche ein Vertragsarzt nicht leisten kann (und auch nicht leisten muss). Zusätzlich soll das Tor für Innovationen im Krankenhaus offen gehalten werden<sup>8</sup>.

Folgerichtig verwehrt auch die Rechtsprechung der ambulanten Magenballonimplantation die Anerkennung. In einem der sehr wenigen vorliegenden Urteile hat sich das Landessozialgericht Berlin dazu wie folgt geäußert: „Die Implantation eines Magenballons darf grundsätzlich nicht von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommen werden, soweit sie als Krankenhausbehandlung erbracht wird.“<sup>9</sup>

## Fazit

Der Magenballon hat tatsächlich eine rechtliche Sonderstellung inne: Eine Abrechnung zu Lasten der (gesetzlichen oder privaten) Krankenkasse kommt vor dem Hintergrund der jetzigen Rechtslage überhaupt nur in Betracht, wenn und soweit die Implantation stationär<sup>10</sup> erfolgt und der Patient bzw. die Patientin einen BMI von mindestens 35 aufweist.

Trotz dieser nicht einfachen Situation ist es möglich, die (gesetzlichen und privaten) Krankenkassen zur (Teil-)Finanzierung einer Ballonimplantation heranzuziehen, dies etwa im Wege eines Kulanzbegehrens oder eines (außergerichtlichen oder gerichtlichen) Vergleiches.

Dipl.-Jur. Tim C. Werner, Frankfurt/M.