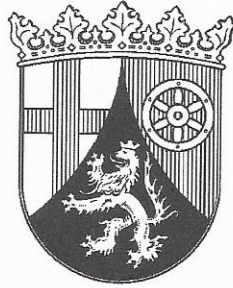


Aktenzeichen:
S 1 KR 501/21



Verkündet am:
06.10.2022

gez. Gerber,
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

SOZIALGERICHT KOBLENZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

Rechtsträgerin des
GmbH, vertreten durch den Geschäftsführer, als

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte/r: Rechtsanwalt Johannes Zimmer, Kemnader Straße
320, 44797 Bochum

gegen

Mobil Krankenkasse, vertreten durch den Vorstand, Friedenheimer Brücke 29,
80639 München

- Beklagte -

hat die 1. Kammer des Sozialgerichts Koblenz auf die mündliche Verhandlung vom
06.10.2022 durch

den Präsidenten des Sozialgerichts Didong
den ehrenamtlichen Richter Becher
den ehrenamtlichen Richter Weller

für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 7.151,45 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.12.2020 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Kosten einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt das St. Martinus-Krankenhaus in Düsseldorf. Die am 31.10.1973 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Anja Küppers (Versicherte) beantragte Anfang des Jahres 2019 bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine Magenbypassoperation. Sie legte ärztliche Bescheinigungen ihrer Gynäkologin, ihrer Hausärzte, eines Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie, der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Aachen und der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie der Universitätsklinik Aachen sowie eine Stellungnahme einer Ernährungsberaterin vor. Der Medizinische Dienst erstattete am 11.02.2019 ein sozialmedizinisches Gutachten. Hierin wurde ausgeführt, bei bisher nicht konsequent durchgeführtem konservativen Vorgehen lasse sich aus den vorliegenden Unterlagen eine bariatrische Operation als Ultima Ratio der Therapiestrategien nicht darstellen. Sozialmedizinisch könne eine Kostenübernahme für eine bariatrische Operation nicht empfohlen werden. Die Versicherte solle versuchen, die Empfehlung der Ernährungsberatung

konsequent umzusetzen, und sich einer Bewegungstherapie unter fachlicher Anleitung für mindestens sechs Monate mit individuellem Feedback unterziehen. Mit Bescheid vom 18.02.2019 lehnte die Beklagte gegenüber der Versicherten die Kostenübernahme für eine Magenbypassoperation ab. Im Widerspruchsverfahren wurde ein weiteres sozialmedizinisches Gutachten vom 22.11.2019 eingeholt. Hierin wurde ausgeführt, eine chirurgische Behandlung der Adipositas Grad II sei sozialmedizinisch nicht indiziert. Erhebliche Begleiterkrankungen, die gegebenenfalls die Indikation einer chirurgischen Behandlung der Adipositas Grad II begründen würden, ließen sich bei Auswertung der vorgelegten Unterlagen nicht erkennen. Der Widerspruch der Klägerin wurde daraufhin zurückgewiesen. Der Bescheid der Beklagten ist bestandskräftig.

Vom 20.04.2020 bis zum 23.04.2020 wurde die Versicherte stationär in der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Es erfolgte die laparoskopische Anlage eines proximalen Magenbypasses. Das Ausgangsgewicht betrug 109 kg bei einer Größe von 164 cm (BMI 40,7 kg/m²). Mit Rechnung vom 28.04.2020 stellte das Krankenhaus unter Zugrundelegung der DRG Fallpauschale K04Z „große Eingriffe bei Adipositas“ der Beklagten einen Betrag i.H.v. 7.191,45 € in Rechnung. Die Beklagte zahlte diese Rechnung zunächst und beauftragte den Medizinischen Dienst mit einer Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung. Die Fachärztin für Chirurgie Dr. Dieberg erstattete am 10.12.2020 eine gutachterliche Stellungnahme. Sie führte aus, eine medizinische Indikation für den adipositaschirurgischen Eingriff sei auch jetzt im Nachhinein nicht nachvollziehbar. Die Indikationsstellung des Krankenhausarztes beruhe auf einer Gewichtszunahme zwischen Dezember 2018 und Februar 2019, die therapierefraktiv gewesen sei. Welche Gegenmaßnahmen nicht gewirkt hätten, werde nicht dargelegt und eine entsprechende Dokumentation einer ärztlichen Einflussnahme werde nicht überlassen. Daraus folge aus gutachterlicher Sicht, dass eine Verhaltensänderung hinsichtlich Art und Weise der Ernährung bei der Versicherten gar nicht vorliege. Der Nachweis einer mindestens sechs bis zwölfmonatigen Ernährungsberatung/Verhaltenstherapie mit Daten zum Gewichtsverlauf auch bezüglich

notwendiger Interventionen, Schulungsinhalten, ärztlich gestützten Erklärungen, z.B. wenn keine Gewichtsreduktion erreicht worden sei oder warum z.B. ein Rückfall aufgetreten sei, fehle. Es sei von einer primären Fehlbelegung auszugehen. Die Beklagte verrechnete daraufhin am 15.12.2020 den Rechnungsbetrag mit anderen Forderungen der Klägerin.

Mit ihrer am 15.08.2021 eingegangenen Klage macht die Klägerin die Zahlung von 7.151,45 € nebst Zinsen geltend.

Sie trägt vor ihr Zahlungsanspruch sei vollumfänglich begründet. Neben der Adipositas hätten bei der Versicherten weitere zusätzliche gravierende Begleit- und Folgeerkrankungen vorgelegen. Diese hätten keinen Aufschub eines operativen Eingriffes erlaubt. Prozeduren wie etwa der Magenbypass oder der Schlauchmagen seien mittlerweile normale Krankenhausbehandlungen, die nach einer entsprechenden, gegebenenfalls interdisziplinären Indikationsstellung aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung zur Anwendung kämen. Die Beklagte mache es sich zu einfach, indem sie sich darauf berufe, dass die S3-Leitlinie nicht einschlägig sei und zunächst eine konservative Therapie durchzuführen sei. Die Versicherte habe zum damaligen Zeitpunkt unter einer Adipositas mit Schweregrad III gelitten. Die Wirksamkeit der Chirurgie der Adipositas sei in umfangreichen Metaanalysen nachgewiesen worden. Sie sei einer konservativen Therapie hinsichtlich Gewichtsreduktion und Remission von Folgeerkrankungen deutlich überlegen. Konservative Therapiemaßnahmen im Sinne einer multimodalen Therapie, bestehend aus Ernährungsberatung, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie, könnten zwar zu einer Gewichtsreduktion führen, allerdings nicht mit dauerhaftem Erfolg. Die bariatrische Chirurgie sei der derzeit einzige evidenzbasierte Ansatz zur dauerhaften Gewichtsreduktion. Der Weg zu einer Sachleistung führe über die Aufnahmeentscheidung der Vertragsklinik bzw. über eine vertragsärztliche Verordnung über stationäre Krankenhausbehandlung. Ein Antrag des Versicherten sei nicht erforderlich.

Sie hat mehrere Gerichtsentscheidungen vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.151,45 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.12.2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die Dokumente aus der Patientenakte bestätigten die Ergebnisse der beiden Gutachten des Medizinischen Dienstes. Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass die Indikationsstellung auf einer Gewichtszunahme im Zeitraum zwischen Dezember 2018 und Februar 2019 beruhe. Aus der Akte ergebe sich auch, dass genau in dieser Zeit die Ernährungstherapie stattgefunden haben solle. Der Dokumentation der beteiligten Beraterin sei konträr zu der Gewichtszunahme zu entnehmen, dass eine vollständige Ernährungsumstellung stattgefunden habe. Gemäß den Ausführungen des Medizinischen Dienstes hinsichtlich des Ernährungstagebuches sei dies gerade nicht der Fall. Aufgrund der daneben fehlenden Dokumentation des Gewichtsverlaufs sowie offensichtlich fehlender Lösungsstrategien bezüglich der Gewichtszunahme könne nicht von einer qualifizierten Ernährungsberatung im Sinne der Leitlinie ausgegangen werden. Auch bei der Erfüllung des Bewegungskonzepts bestünden erhebliche Zweifel, da lediglich die Teilnahme und die Mitgliedschaft bestätigt werde, nicht aber die Inhalte. Aus der orthopädischen Stellungnahme gehe nur hervor, dass die Versicherte an Rückenbeschwerden leide. Eine erhebliche Begleiterkrankung könne daraus nicht abgeleitet werden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage hat in der Sache Erfolg. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der Kosten für die Krankenhausbehandlung der Versicherten nebst Zinsen.

Die Beklagte hatte ursprünglich den gesamten von der Klägerin geltend gemachten Betrag in Höhe von 7.151,45 € gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen gegen die Beklagte aufgerechnet. Eine für die Aufrechnung erforderliche Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen kann, liegt jedoch nicht vor. Der Beklagten steht als Grundlage für ihre Gegenforderung kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (BSG, Urteil vom 28.11.2013, B 1 KR 33/12 R; Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte (der Höhe nach) zu Recht. Der Klägerin steht für die Behandlung der Versicherten die geltend gemachte Vergütung zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruches der Klägerin für die Behandlung der Versicherten ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) und der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2020 sowie im Hinblick auf den Sitz des Krankenhauses in Nordrhein-Westfalen der Vertrag nach § 112 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungsvertrag). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Der

Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie speziell von Krankenhausbehandlung, insbesondere deren Erforderlichkeit, vorliegen. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung wird gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben nach § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Gemäß § 7 Abs. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHEntgG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem Vergütungssystem auf der Basis von DRG orientiert. Gemäß § 17b Abs. 6 Satz 1 KHEntgG wurde dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 01.01.2004 eingeführt. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt werden die

Diagnosen nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt. Operationen und sonstige Prozeduren sind nach dem vom DIMDI herausgegebenen „Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V (OPS 301)“ zu verschlüsseln. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung haben die Vertragspartner auf Bundesebene Kodierrichtlinien geschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Kodierrichtlinien des jeweiligen Jahres und der ICD und OPS in der Version dieses Jahres. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Weiterhin enthält der Fallpauschalenkatalog zahlreiche Zusatzentgelte, die neben der ermittelten Fallpauschale geltend gemacht werden können.

Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine erforderliche und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Nach § 12 Abs. 1 S. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 S. 2, § 2 Abs. 1 S. 1 SGB V). Nach der Gesetzeskonzeption des SGB V gilt das Wirtschaftlichkeitsprinzip uneingeschränkt auch im Leistungserbringerrecht, wozu die Pflicht des Krankenhauses gehört, bei der Behandlungsplanung auch die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und die Behandlungsplanung daran auszurichten (BSG, Urteil vom 27.10.2020, B 1 KR 9/20 R).

Dem Zahlungsanspruch der Klägerin steht zunächst nicht entgegen, dass die Beklagte gegenüber der Versicherten mit bestandskräftig gewordenen Widerspruchsbescheid die Kostenübernahme für eine bariatrische Operation abgelehnt hat.

Nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet; Satz 3 der Vorschrift verpflichtet die Krankenkassen, mit den zugelassenen Krankenhäusern Pflegesatzverhandlungen zu führen und setzt damit die Vergütungspflicht als selbstverständlich voraus. Der Sicherstellungsvertrag regelt ua Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflichten der Krankenkassen. Der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung ergibt sich dagegen aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus ist zu trennen vom Behandlungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie vom Versicherungsverhältnis, kraft dessen der Versicherte die Krankenhausbehandlung als Naturalleistung verlangen kann. Für das Abrechnungsverhältnis gilt: die Zahlungsverpflichtung der KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten.

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Das bedeutet vor allem, dass beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Die im Versicherungsverhältnis getroffene Feststellung, die Voraussetzungen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hätten ganz oder zumindest zeitweise nicht vorgelegen, schlägt nicht auf das Abrechnungsverhältnis unmittelbar durch. Der

Auffassung, nach dem Eintritt der Bestandskraft eines entsprechenden Verwaltungsaktes bestehe ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ebenfalls nicht mehr besteht kann nicht gefolgt werden. Dieser Auffassung steht bereits entgegen, dass das Krankenhaus am Subordinationsverhältnis zwischen Krankenkasse und Versichertem, in dem das Fehlen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch Verwaltungsakt festgestellt worden ist, nicht beteiligt ist, sondern mit der Krankenkasse im Gleichordnungsverhältnis steht und seine Zahlungsansprüche aus vertraglichen Grundlagen ableitet. Hieraus folgt, dass es durch die hoheitlich getroffene Entscheidung der Krankenkasse, auch wenn sie ihm bekannt gegeben wird, nicht gebunden sein kann (BSG, Urteil vom 17.05.2000, B 3 KR 33/99 R).

Bei der Versicherten lag eine behandlungsbedürftige Krankheit vor, die den Leistungsanspruch auf Krankenbehandlung auslöste. Bei ihr waren insbesondere aber auch die besonderen Voraussetzungen der mittelbaren Behandlung ihrer Adipositas durch einen Eingriff in ein funktionelles intaktes Organ (den Magen) erfüllt. Eine solche mittelbare Behandlung bedarf einer speziellen Rechtfertigung, wobei die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie gegeneinander abzuwägen sind (BSG, Urteil vom 19.02.2003, B 1 KR 1/02 R).

Bei der Prüfung der Notwendigkeit einer solchen Operationen im Sinne einer Ultima Ratio sind die Leitlinien der betreffenden medizinischen Fachgesellschaften zu berücksichtigen. Vorliegend ist insoweit die aktuelle S3-Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolische Erkrankungen“ (Leitlinie 2018) einschlägig.

Die Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff ist gemäß der Empfehlung 4.9 (Leitlinie 2018, Seite 35 f.) gegeben:

1. Bei Patienten mit einem BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ohne Begleiterkrankungen und ohne Kontraindikationen ist nach Erschöpfung der konservativen Therapie nach umfassender Aufklärung eine adipositaschirurgische Operation indiziert.
2. Patienten mit einem BMI $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie Diabetes mellitus Typ zwei, coronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Hyperlipidämie, arterieller Hypertonus, Nephropathie, Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas – Hyperventilations-Syndrom, Pickwick-Syndrom, nicht alkoholische Fettleber (NAFLD) oder nicht alkoholische Fettleberhepatitis (NASH), Pseudotumor cerebri, gastroösophagealer Refluxerkrankung (GER Packung T), Asthma, chronische venöse Insuffizienz, Harninkontinenz, Immobilisierung die Gelenkerkrankung, Einschränkung der fertige die tät oder Poli cystische Ovarialzysten drohe sollte eine adipositaschirurgische Operation angeboten werden, wenn die konservative Therapie erschöpft ist.
3. unter bestimmten Umständen kann eine primäre Indikation zu einem adipositaschirurgischen Eingriff gestellt werden, ohne dass vorher ein konservativer Therapieversuch erfolgte. Die primäre Indikation kann gestellt werden, wenn eine der folgenden Bedingungen gegeben ist:
 - bei Patienten mit einem BMI $\geq 50 \text{ kg/m}^2$
 - bei Patienten, bei denen ein konservativer Therapieversuch durch das multidisziplinäre Team als nicht erfolgversprechend bzw. aussichtslos eingestuft wurde
 - bei Patienten mit besonderer Schwere von Begleit – und Folgeerkrankungen, die keinen Aufschub eines operativen Eingriffs erlauben.

Eine primäre Indikation im Sinne der metabolischen Chirurgie kann gestellt werden bei einem BMI $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ und koexistierenden jeglichem Diabetes mellitus Typ zwei, wenn als Behandlungsziel die Besserung der klinikähnlichen Stoffwechsellaage mehr im Vordergrund steht als die Gewichtsreduktion.

Empfehlung 4.1: Dauer und Umfang einer umfassenden Therapie: Ernährung: Über einen Zeitraum von kumulativ sechs Monaten in zwei Jahren sollen mindestens sechs Sitzungen im Sinne von Ernährungsschulungen (als Gruppen- und/oder Einzelsitzungen möglich) stattfinden. Mindestens einmal sollte ein repräsentatives Ernährungsprotokoll angelegt und ausgewertet werden. Für die Anzahl der Sitzungen gibt es keine Evidenz. Diese kann individuell in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen wie Adhärenz und Gesundheitskompetenz variieren. Bewegung: Über einen Zeitraum von kumulativ sechs Monaten in zwei Jahren soll eine sportliche Betätigung (vorzugsweise Ausdauer- oder Kraftausdauersport) von mindestens zwei Stunden Umfang pro Woche erfolgen, falls keine Barrieren bestehen (z. B. Gonarthrose oder Scham beim Schwimmen). Verhalten: Teil der Ernährungsschulungen muss die Ermunterung zu einer Verhaltensumstellung sein, insbesondere das Essverhalten und körperliche Aktivität betreffend. Obligat soll die Vorstellung bei einem Mental Health Professional zum Ausschluss bzw. zur Behandlung eventuell bestehender, klinisch relevanter psychopathologischer Auffälligkeiten erfolgen.

Empfehlung 4.10: Zur Indikationsstellung gelten die konservativen Maßnahmen als erschöpft, wenn nach mindestens 6 Monaten umfassender Lebensstilintervention in den letzten zwei Jahren eine Reduktion des Ausgangsgewichts von >15% bei einem BMI von 35-39,9 kg/m² und von >20% bei einem BMI über 40 kg/m² nicht erreicht wurde. Eine Indikation ist auch gegeben, wenn obige Gewichtsreduktion durch konservative Maßnahmen erreicht werden konnte und fortbestehende adipositasassoziierte Erkrankungen durch adipositaschirurgische oder metabolische Operationen weiter verbessert werden können (Begleiterkrankungen siehe Empfehlung 4.9, Punkt 2). Erfolgt nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion wieder eine Gewichtszunahme von >10%, gilt die konservative Therapie nach einem Jahr ebenfalls als erschöpft.

Der BMI der Versicherten lag zum Operationszeitpunkt bei 40,7 kg/m². Ebenso war bei der Versicherten die konservative Therapie erschöpft. Sie hat ausweislich der in der Patientenakte befindlichen Unterlagen sechs Monate an einer Ernährungsberatung teilgenommen, wie sich aus der Stellungnahme vom 16.01.2019 ergibt. Dass es bei der Klägerin trotz der Ernährungsberatung in diesem Zeitraum zu einer Gewichtszunahme gekommen ist, lässt zwar vermuten, dass die im Rahmen der Beratung erfolgten Kenntnisse nicht konsequent umgesetzt wurden, der Erfolg einer Ernährungsberatung ist jedoch nicht Voraussetzung für die Erschöpfung der konservativen Maßnahmen. Des Weiteren hat die Versicherte gemäß dem Arztbrief vom 21.11.2018 in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universitätsklinik Aachen eine psychosomatische Bewertung durchführen lassen, die zu dem Ergebnis führte, dass die Versicherte in ihrem weiteren Lebenslauf und in der weiteren Entwicklung ihrer Gesundheit von der geplanten bariatrischen Intervention deutlich profitieren werde. Hinweise auf psychiatrisch-psychosomatische Kontraindikationen konnten nicht eruiert werden. Ebenso ergaben sich keine Anhaltspunkte für psychische Störungen, durch die das Übergewicht bedingt sein könnte. Des Weiteren hat die Versicherte an einem sechsmonatigen Bewegungstraining teilgenommen, wie sich aus einer Bescheinigung eines Gesundheitszentrums vom 03.01.2019 ergibt. Damit waren die vor einer adipositaschirurgischen Maßnahme erforderliche konservative Therapie erschöpft. Soweit die Ärzte des Medizinischen Dienstes insoweit beanstanden, dass das Krankenhaus die Durchführung der konservativen Maßnahme nicht weiter aufgeklärt hat, ist dem entgegenzuhalten, dass das Krankenhaus hierzu keine Befugnis hat. Es ist deshalb ausreichend, wenn entsprechende Belege über die Teilnahme an den im Rahmen einer multimodalen Maßnahme durchzuführenden Einzelmaßnahmen vorgelegt werden. Das Krankenhaus kann dann davon ausgehen, dass entsprechend der Leitlinie die konservativen Maßnahmen erschöpft sind und eine Indikationsstellung für eine Operation besteht. Damit sind die in der Richtlinie genannten Voraussetzungen für eine operative Behandlung gegeben, ohne dass es darauf ankommt, ob schwerwiegendere Begleiterkrankungen vorgelegen haben.

Die Zinsforderung i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ergibt sich aus § 15 Abs. 1 des Krankenhausbehandlungsvertrages Nordrhein-Westfalen.

Nach alledem hat die Klage in der Sache Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Ernst-Ludwig-Platz 1, 55116 Mainz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Koblenz, Deinhardpassage 1, 56068 Koblenz, schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d SGG).

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über die Internetseite des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (www.lsg.rp.justiz.rlp.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann von dem Sozialgericht durch Beschluss die Revision zu dem Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Koblenz schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Bei Zustellungen im Ausland gilt anstelle der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

gez. Didong

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Ko S 550 - Rechtsmittelbelehrung bei zulässiger oder zugelassener Berufung gegen Urteil ohne zugelassene Revision (§§ 87 Abs. 1 Satz 2, 136 Abs. 1 Nr. 7, 143, 144 Abs. 1, 151, 153, 161 SGG)