

Kleine Anfrage

**der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Stigmatisierung und Versorgungsqualität hochgewichtiger Menschen im Gesundheitswesen

Laut des Statistischen Bundesamts waren im Jahr 2017 36,4 Prozent der Deutschen „übergewichtig“ und 16,3 Prozent „stark übergewichtig“. Der durchschnittliche Körpermasseindex (Body Mass Index, BMI) der deutschen Bevölkerung steigt seit 1999 kontinuierlich an (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) klassifiziert Adipositas seit 2000 als chronische Krankheit (vgl. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation, 2000, S. 6). Ob jedoch der BMI als maßgeblicher Indikator für risikobehaftetes Gewicht und Adipositas geeignet ist, ist wissenschaftlich umstritten (vgl. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/46562/Ist-Adipositas-eine-Krankheit-BMI-zu-ungenau>).

In § 1 des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) von 2006 ist verankert, dass in der Bundesrepublik Deutschland niemand aufgrund diverser Merkmale (u. a. Geschlecht und Behinderung) benachteiligt werden darf. In § 2 Absatz 1 AGG wird festgelegt, dass Diskriminierung in Gesundheitsdiensten unzulässig ist. Hochgewichtige Menschen sind jedoch nach Ansicht der Fragesteller in der deutschen Gesellschaft und in Gesundheitsdiensten Diskriminierung und Stigmatisierung ausgesetzt. In einer im Jahr 2016 im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes herausgegebenen Studie zu Diskriminierungserfahrungen in Deutschland wurden äußerliche Merkmale häufig als Diskriminierungsgrund genannt, ein großer Anteil davon entfiel auf Diskriminierung aufgrund des Gewichts (vgl. Beigang et al., 2017: Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Hg. von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos, S. 196). Mangelhafte Barrierefreiheit und fehlende auf die Behandlung von hochgewichtigen Patientinnen und Patienten ausgelegte medizinische Gegenstände und Apparate tragen zur Stigmatisierung bei (ebd., S. 196, S. 235). Gezielte technische Unterstützung könnte hochgewichtige Patientinnen und Patienten sowie Pflegekräfte entlasten. Nachweislich werden für Patientinnen und Patienten mit Adipositas kürzere Behandlungszeiten aufgewandt (vgl. <http://www.adipositasstigma.de/stigmatisierung/gesundheitswesen.php>). Zudem bemängeln Betroffene die Qualität der medizinischen Behandlung, im Zuge derer sie sich nicht wertgeschätzt oder ernstgenommen fühlen, was u. a. als Begrün-

dung genannt wird, Arztbesuche zu verschieben oder sie vollständig abzusagen (vgl. ebd.).

Hochgewichtigen Menschen wird oft mit Schuldzuweisungen und Abwertung begegnet (vgl. Puhl, Heuer 2010: Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health). Es gibt jedoch diverse Gründe für ein hohes Gewicht, zu denen durchweg weder ein Werturteil noch eine Schuldzuweisung angemessen ist. Eine wertschätzende Therapie, die in den individuellen Lebenswelten der Betroffenen ansetzt und Faktoren wie Essverhalten oder Bewegungsmangel einbezieht, kann Betroffenen hingegen helfen. Nachweislich kann Adipositas u. a. auch durch genetische Faktoren und psychische Faktoren wie Depressivität ausgelöst werden (vgl. Dtsch Arztebl 2004; 101: A 2468–2474; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43308/Ist-Adipositas-eine-Krankheit-Interdisziplinäre-Perspektiven>). Auch ein niedriger sozialer Status kann sich negativ auf das Gewicht auswirken, zudem stehen Umweltfaktoren, wie zum Beispiel eine hohe Feinstaubbelastung, in dem Verdacht, hohes Gewicht zu begünstigen (vgl. https://www.ernaehrungs-umschau.de/fileadmin/Ernaehrungs-Umschau/pdfs/pdf_2006/06_06/EU06_212_217.pdf; Robert Koch-Institut (Hrsg.), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) 2008: Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. RKI, Berlin, S. 42–43; <https://www.welt.de/gesundheit/article152468961/Macht-die-Luft-in-der-Grossstadt-tatsaechlich-dick.html>).

Zwar berichten Betroffene davon, dass ihr Gewicht häufig pathologisiert wird und ihnen als einzige Therapiemaßnahme die Gewichtsreduktion empfohlen wird, selbst wenn kein Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Beschwerden und dem Gewicht besteht (vgl. <https://www.medtronic.com/de-de/c/adipositas/interview-mit-melanie-bahlke.html>). Ist allerdings zur Minimierung von gewichts-assoziierten Risikofaktoren eine Gewichtsreduktionstherapie aus medizinischer Sicht notwendig, gibt es je nach Region erhebliche Versorgungslücken für Betroffene. Das liegt u. a. darin begründet, dass Adipositas im deutschen Gesundheitswesen nicht als Krankheit anerkannt ist, woraus sich Konsequenzen bei der Kostenübernahme von Gewichtsreduktionstherapien für hochgewichtige Menschen ergeben (vgl. https://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-0011_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf; S. 16). Denjenigen Betroffenen, die statt einer in ihrem Fall wenig erfolgversprechenden konventionellen Therapie wegen tatsächlicher gewichtsbezogener Beschwerden einen begründeten Bedarf nach einem chirurgischen Eingriff haben, wird der Zugang besonders schwer gemacht. Für die Finanzierung eines chirurgischen Eingriffs von den gesetzlichen Krankenkassen müssen die Antragstellenden zuvor eine konservative Therapie durchlaufen haben, welche deutschlandweit nicht flächendeckend verfügbar ist und auch nicht prinzipiell von den Krankenkassen anerkannt und bezahlt wird (vgl. <http://aerztezeitung.de/Medizin/Bei-extremem-Uebergewicht-gibt-es-viel-zu-wenig-Hilfe-234104.html>; <https://www.aerzteblatt.de/archiv/196804/Therapie-der-Fettleibigkeit-Nur-Huerden-statt-Hilfe-fuer-Adipoese>; <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91799/Adipoese-im-Antragsdschungel>). Auch eine fachkundige Nachsorge, die den langfristigen Erfolg einer notwendigen Behandlung wahrscheinlicher macht, wird oft nicht gewährleistet.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Ist der Bundesregierung die Problematik der Diskriminierung von hochgewichtigen Menschen im Gesundheitswesen bekannt, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung aus den ihr vorliegenden Kenntnissen?

2. Liegen der Bundesregierung Informationen vor, wie viele hochgewichtige Menschen in Deutschland jährlich unter negativen medizinischen und psychischen Begleiterscheinungen durch Stigmatisierung und Diskriminierung leiden?
 - a). Falls ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
 - b) Falls nein, plant die Bundesregierung eine entsprechende Erhebung?
3. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung Handlungsbedarf zur gezielten Verhinderung von gewichtsbezogener Diskriminierung im Gesundheitswesen?
 - a) Wenn ja, welcher?
 - b) Wenn nein, wieso nicht?
4. Plant die Bundesregierung eine Ergänzung von § 1 Absatz 2 AGG, um eine „Benachteiligung wegen des Körpergewichts“ auszuschließen?
 - a) Falls ja, welchen Zeitplan verfolgt die Bundesregierung dabei?
 - b) Falls nein, warum nicht?
5. Wie wirkt die Bundesregierung darauf hin, dass negative Einstellungen gegenüber und Stereotypisierungen von hochgewichtigen Menschen im Gesundheitswesen abgebaut werden?
6. Plant die Bundesregierung durch eine Änderung der ärztlichen Approbationsordnung, Kenntnisse, Fertigkeiten und Kompetenzen von Medizinstudierenden zu den Einflussfaktoren für Hochgewicht und für einen sensiblen Umgang mit Betroffenen in Bezug auf Ätiologie, Pathogenese, klinische Präsentation, Diagnose, Behandlung und Erforschung von Erkrankungen als Inhalt der ärztlichen Prüfung zu berücksichtigen?
7. Plant die Bundesregierung eine Finanzierung von Modellprojekten für Fort- und Weiterbildungen mit dem Ziel der Sensibilisierung des Umgangs von Fachpersonal in Gesundheitsberufen mit hochgewichtigen Patientinnen und Patienten?
8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen für hochgewichtige Menschen oft nicht barrierefrei ist?
9. Wirkt die Bundesregierung darauf hin, dass der Einsatz von auf die Behandlung von adipösen Patientinnen und Patienten ausgelegten medizinischen Gegenständen und Apparaten gefördert wird?
 - a) Falls ja, inwieweit?
 - b) Falls nein, warum nicht?
10. Ist der BMI nach Ansicht der Bundesregierung als einziger Wert zur Feststellung von risikobehaftetem Übergewicht geeignet?
11. Wie bewertet die Bundesregierung das sogenannte Edmonton Obesity Staging System (EOSS), welches alternativ zur Erkennung gewichtsassoziierter Faktoren hochgewichtiger Patientinnen und Patienten herangezogen werden kann?
 - a) Hat die Bundesregierung Kenntnis darüber, ob EOSS im Gesundheitswesen bereits zur Erkennung gewichtsassoziierter Risikoverfahren hochgewichtiger Patientinnen und Patienten verwendet wird?
 - b) Wenn ja, wie bewertet die Bundesregierung dieses System?
 - c) Wenn nein, wie bewertet die Bundesregierung das?

12. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung in der Diagnostik von Hochgewichtigen zwischen Lipödemen und Adipositas unterschieden?
13. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die maßgeblichen Faktoren, die zu einer Adipositas führen?
14. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über soziale Faktoren, die hohes Gewicht begünstigen?
15. Liegen der Bundesregierung eigene Erkenntnisse zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der Feinstaubbelastung und der Hochgewichtigkeit vor?
 - a) Wie bewertet die Bundesregierung die bestehende Studienlage hierzu?
 - b) Plant die Bundesregierung eigene Untersuchungen zur Erforschung eines möglichen Zusammenhangs?
16. Inwiefern wird der Faktor des sozioökonomischen Status in Adipositas-Präventionsprojekte der Bundesregierung miteinbezogen?
17. Liegen der Bundesregierung Informationen vor, wonach hochgewichtige Menschen später (1.) Hilfe aufsuchen, (2.) diagnostiziert werden und (3.) eine Therapie aufnehmen als die Allgemeinbevölkerung (bitte einzeln angeben)?
 - a) Falls ja, auf welche Gründe führt die Bundesregierung dies zurück, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
 - b) Falls nein, plant die Bundesregierung, entsprechende Informationen zu erlangen und darauf aufbauend zu handeln?
18. Worauf führt die Bundesregierung die niedrige langfristige Erfolgsquote konservativer Gewichtsreduktionen zurück, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
19. Wie viele ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote zur Gewichtsreduktion gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland (bitte nach Bundesländern und Art des Versorgungsangebotes inklusive für welche Altersgruppen aufschlüsseln)?
20. Sind nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichend Versorgungsangebote zur Gewichtsreduktion vorhanden, und wie lange sind die Wartezeiten (bitte nach ambulant, teilstationär und stationär sowie für welche Altersgruppen aufschlüsseln)?
21. Wie viele Angebote für ein multimodales konservatives Programm zur Gewichtsreduktion – das laut dem MDS-Leitfaden (MDS = Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) zur Begutachtung von Anträgen auf einen adipositaschirurgischen Eingriff aus den Komponenten Ernährungs-, Bewegungs- und Psychotherapie besteht und absolviert worden sein muss, bevor die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Kosten für einen chirurgischen Eingriff übernimmt – gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in Deutschland, an welchen Standorten gibt es solche Programme, und für wie viele dieser Programme werden die Kosten durch die GKV übernommen?
22. An welchen Standorten in Deutschland werden nach Kenntnis der Bundesregierung das multimodale Doc-Weight-Programm und ggf. andere Programme, deren Kosten übernommen werden, für hochgradig adipöse Patienten im ambulanten Bereich angeboten, und welche Krankenkassen übernehmen die Kosten dafür?

23. Wie beurteilt die Bundesregierung den Zustand, dass eine konservative Therapie zur Gewichtsreduktion nicht in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen ist?
24. In welcher Höhe finanziert die GKV nach Ansicht der Bundesregierung eine Ernährungsberatung?
25. In welcher Höhe finanziert die GKV nach Ansicht der Bundesregierung einen chirurgischen Eingriff zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion?
26. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der Zugang zu chirurgischen Eingriffen zur Behandlung von Übergewicht und zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion oftmals defizitär ist?
 - a) Falls ja, worauf führt die Bundesregierung dies zurück, und wie wirkt sie dem entgegen?
 - b) Falls nein, warum nicht?
27. Welche Voraussetzungen muss nach Kenntnis der Bundesregierung die adipösen Patientinnen und Patienten erfüllen, damit ein chirurgischer Eingriff zur Behandlung von Übergewicht durch die GKV finanziert wird?
28. Welche Kosten für die Nachsorge nach einer bariatrischen Operation (beispielsweise Laboruntersuchungen nach einer Operation, um eine Mangelversorgung diagnostizieren zu können oder Nahrungssupplemente, die die Patientinnen und Patienten nach bestimmten bariatrischen Operationen zwingend benötigten) übernimmt die GKV?
29. Welche Defizite erkennt die Bundesregierung bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung von hochgewichtigen Menschen in Deutschland, und gibt es hierbei nach Kenntnis der Bundesregierung regionale Unterschiede (wenn ja, welche)?

Wie wirkt die Bundesregierung diesen Defiziten gezielt entgegen?
30. Wie verteilt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die regionale Verfügbarkeit von Behandlungszentren zur konservativen, multimodalen Therapie für Menschen mit Adipositas (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?
31. Was unternimmt die Bundesregierung, um den Zugang für hochgewichtige Menschen zu geeigneten Therapie- und Versorgungsangeboten zu vereinfachen und sicherzustellen?
32. Wie bewertet die Bundesregierung die bestehenden Leitlinien zur evidenzbasierten Prävention und zur Behandlung von Adipositas?
 - a) Sieht die Bundesregierung einen Ergänzungs- und Weiterentwicklungsbedarf?
 - b) Falls ja, wie will sie eine Weiterentwicklung unterstützen?

Berlin, den 26. Mai 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

