

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/19665 –**

Stigmatisierung und Versorgungsqualität hochgewichtiger Menschen im Gesundheitswesen

Vorbemerkung der Fragesteller

Laut des Statistischen Bundesamts waren im Jahr 2017 36,4 Prozent der Deutschen „übergewichtig“ und 16,3 Prozent „stark übergewichtig“. Der durchschnittliche Körpermassenindex (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 Be-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 12. Juni 2020 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

handlung, im Zuge derer sie sich nicht wertgeschätzt oder ernstgenommen fühlen, was u. a. als Begründung 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-Interdisziplinare-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 gewichtsassoziierten 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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Zum Thema Übergewicht und Adipositas wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/16570 „Adipositas – Prävention und Versorgung in Deutschland“ verwiesen. Im Hinblick auf eine eventuelle Stigmatisierung, Diskriminierung oder Benachteiligung von Menschen mit Adipositas in der Gesundheitsversorgung ist grundsätzlich daran zu erinnern, dass die Angehörigen der Heilberufe schon von ihrem Berufsethos her, wie es ihnen in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt wird, verpflichtet sind, jedem Patienten und jeder Patientin ohne Anse-

hen der Person die ihrem jeweiligen medizinischen Bedarf gerecht werdende Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen.

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?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Anspruch auf die gleichen, umfassenden Leistungen. Der Anspruch besteht unabhängig von gesundheitlichen Risiken und Vorerkrankungen und selbstverständlich auch unabhängig vom Körpergewicht. Bei Vorliegen krankhafter Übergewichtigkeit besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung.

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?

Die Fragen 2 bis 2b werden gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Eine Erhebung ist nicht geplant.

3. Besteht nach Ansicht der Bundesregierung Handlungsbedarf zur gezielten Verhinderung von gewichtsbezogener Diskriminierung im Gesundheitswesen?
 - a) Wenn ja, welcher?
 - b) Wenn nein, wieso nicht?

Die Fragen 3 bis 3b werden gemeinsam beantwortet.

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen. Darüber hinaus wird derzeit kein Handlungsbedarf gesehen.

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?

Die Fragen 4 bis 4b werden gemeinsam beantwortet.

Das äußere Erscheinungsbild ist bisher kein eigener, im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) geschützter Diskriminierungsgrund. Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), der Gerichtshof der Europäischen Union (EuGH) und das Bundesarbeitsgericht (BAG) vertreten inzwischen (weitgehend) einen sozio-dynamischen Behinderungsbegriff, nach dem auch Übergewicht eine Behinderung darstellen kann. Zur Adipositas gibt es beispielsweise eine Entscheidung des EuGH, vgl. Urteil vom 18. Dezember 2014, Az.

C-354/13 (Kaltoft). Sofern das Übergewicht die Schwelle einer Behinderung erreicht, besteht demnach Diskriminierungsschutz. Dieser gilt nach dem AGG nur in der Arbeitswelt und bei der Durchführung von Verträgen, also im Zivilrecht, wozu auch medizinische Dienstleistungen gehören. Diskriminierungen außerhalb, beispielsweise im Verwaltungs-, Bildungs- und Sozialbereich sind vom AGG nicht bzw. nur eingeschränkt erfasst. Im Bereich des Sozialrechts gibt es besondere Verbote, jemanden bei der Inanspruchnahme von Leistungen wegen einer Behinderung zu benachteiligen (§ 33c des Ersten Buches Sozialgesetzbuch – SGB I – bzw. § 19a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – SGB IV).

5. Wie wirkt die Bundesregierung darauf hin, dass negative Einstellungen gegenüber und Stereotypisierungen von hochgewichtigen Menschen im Gesundheitswesen abgebaut werden?

Es wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

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?

Die derzeit geltende Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ermöglicht es, dass Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten 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 im Medizinstudium vermittelt werden. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) enthält zudem mehrere Lernziele zum Thema Hochgewicht/Adipositas. Der NKLM ist derzeit noch fakultativ Bestandteil der medizinischen Ausbildung. Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ wurde jedoch vereinbart, dass der NKLM weiterentwickelt und der weiterentwickelte NKLM verbindlicher Bestandteil der ÄApprO wird. Der Arbeitsentwurf einer in Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“ geänderten ÄApprO, der am 29. November 2019 an Länder, Verbände und betroffene Ressorts versendet wurde, sieht in § 5 Absatz 4 vor, dass sich der Inhalt des Studiums nach dem NKLM richtet. Damit sollen auch die Lernziele des NKLM, die sich auf Hochgewicht/Adipositas beziehen, verbindliche Bestandteile des Medizinstudiums werden.

7. Plant die Bundesregierung eine Finanzierung von Modellprojekten für Fort- und Weiterbildungen mit dem Ziel der Sensibilisierung des Umganges von Fachpersonal in Gesundheitsberufen mit hochgewichtigen Patientinnen und Patienten?

Die Durchführung und das Recht der Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen fallen in die Zuständigkeit der Länder. Modellprojekte mit dem Ziel der Sensibilisierung des Umganges von Angehörigen der Gesundheitsberufe mit hochgewichtigen Patientinnen und Patienten müssten daher auf Landesebene initiiert werden.

8. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen für hochgewichtige Menschen oft nicht barrierefrei ist?

Die Bundesregierung hat zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zwei nationale Aktionspläne beschlossen. In den Aktionsplänen ist ein Programm „barrierefreie Arztpraxen“ vorgesehen. Derzeit prüft die Bundesregierung, wie ein solches Programm umgesetzt werden könnte.

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?

Die Fragen 9 bis 9b werden gemeinsam beantwortet.

Soweit es sich im Bereich der stationären Versorgung bei den auf die Behandlung adipöser Patientinnen und Patienten ausgelegten medizinischen Gegenständen und Apparaten um Anlage- oder Gebrauchsgüter eines Krankenhauses handelt, fällt es in die Verantwortung der Länder, deren Beschaffung im Rahmen der Investitionsförderung zu fördern. Soweit es sich bei den betroffenen Gegenständen und Apparaten um Verbrauchsgüter handelt, werden deren Anschaffungskosten von den Kostenträgern im Rahmen der Finanzierung der Betriebskosten eines Krankenhauses getragen. Gleiches gilt für die Kosten der Wiederbeschaffung, wenn es sich um Gebrauchsgüter handelt.

10. Ist der BMI nach Ansicht der Bundesregierung als einziger Wert zur Feststellung von risikobehaftetem Übergewicht geeignet?

Der Body Mass Index (BMI) ist der gebräuchlichste Parameter zur Quantifizierung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen gleichermaßen. Er wird als Verhältnis von Körpergewicht zum Quadrat der Körpergröße (kg/m^2) berechnet, ist somit relativ einfach zu erfassen und als Vergleichsmaß zu verwenden. Der BMI korreliert mit der Körperfettmasse und stellt – auch wenn er keine Differenzierung der Körperzusammensetzung in Fett- und Muskelmasse ermöglicht – ein indirektes Maß für die Körperfettmasse dar. Da die exakte Bestimmung des Körperfettanteils sehr aufwendig ist, hat sich der BMI als einer der am häufigsten verwendeten Indikatoren zur Beschreibung von Übergewicht und Adipositas auf Bevölkerungsebene bewährt. Risikobehaftetes Übergewicht bzw. eine Adipositas liegt bei Erwachsenen ab einem BMI von mehr als $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ vor.

Im wissenschaftlichen Kontext und im klinischen Alltag werden darüber hinaus auch weitere Parameter, wie z. B. der Taillenumfang herangezogen, da bei einem erhöhten Taillenumfang (mehr als 102 cm bei Männern und mehr als 88 cm bei Frauen) das Risiko für kardiometabolische Erkrankungen (wie z. B. Diabetes mellitus) erhöht ist.

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?

Die Fragen 11 bis 11c werden gemeinsam beantwortet.

Die Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften zur Therapie der Adipositas geben als zusätzliche Kriterien zur Erkennung von Adipositas neben dem BMI auch den Taillenumfang sowie Adipositas-assoziierte Erkrankungen an. Das „Edmonton Obesity Staging System“ (EOSS) beurteilt den Gesundheitszustand aufgrund von Adipositas-assoziierten Erkrankungen. Es enthält vier Stadien, bei denen unterschiedliche Schweregrad dieser Erkrankungen, funktionelle Störungen sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität zur Beurteilung herangezogen werden. Höhere Stadien des EOSS stehen bei übergewichtigen und adipösen Patienten in Zusammenhang mit einem gesteigerten Risiko für kardiovaskuläre Mortalität und Gesamtmortalität. Das EOSS wird seitens der wissenschaftlichen Expertinnen und Experten als ein mögliches ergänzendes Instrument zur Prüfung der Indikation für einen bariatrischen, d. h. chirurgischen Eingriff zur Gewichtsreduktion bei Patienten mit Adipositas diskutiert. Der Bundesregierung liegen keine Daten vor, ob und in welchem Umfang EOSS im klinischen Alltag verwendet wird.

12. Wie wird nach Kenntnis der Bundesregierung in der Diagnostik von Hochgewichtigen zwischen Lipödemen und Adipositas unterschieden?

Im Rahmen seines Methodenbewertungsverfahrens der Liposuktion beim Lipödem hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auch mit der Frage der Diagnostik des Lipödems befasst (siehe auch unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3960/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/3963/>, <https://www.g-ba.de/beschluesse/3013/>). In seinen Tragenden Gründen hat der G-BA das Lipödem beschrieben als eine „chronische, progredient verlaufende Erkrankung, die durch eine Fettverteilungsstörung mit deutlicher Disproportion zwischen Körperstamm und Extremitäten gekennzeichnet ist. Diese entsteht aufgrund einer umschriebenen symmetrisch lokalisierten Unterhautfettgewebsvermehrung der unteren oder der oberen Extremitäten oder auch beider. Zusätzlich bestehen Ödeme, die durch Orthostase verstärkt werden, sowie eine Hämatomneigung nach Bagateltraumen. Charakteristisch ist außerdem ein gesteigertes Spannungsgefühl mit Berührungs- und Druckschmerzhaftigkeit; meist bestehen Spontanschmerzen“. In der S1-Leitlinie Lipödem (Stand: Oktober 2015, AWMF Registernummer 037-012) der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie sind weitere diagnostische Kriterien (Differentialdiagnostik) beschrieben, die auch zu Abgrenzung zu einer Adipositas dienen. In einem aktuellen Artikel im Deutschen Ärzteblatt vom 1. Juni 2020 „Lipödem – Pathogenese, Diagnostik und Behandlungsoptionen“ sind u. a. Empfehlungen zur Diagnostik des Lipödems und klinische Kriterien hierfür aktuell zusammengefasst. Danach erfolgt die Diagnosestellung klinisch unter Berücksichtigung der Leitsymptome Schmerzen, Spannungsgefühl und verstärkter Hämatomneigung in den betroffenen Arealen.

13. Was sind nach Kenntnis der Bundesregierung die maßgeblichen Faktoren, die zu einer Adipositas führen?

Die Ursachen von Adipositas sind vielfältig und lassen sich nicht auf einzelne Faktoren reduzieren. Vielmehr ist Adipositas das Resultat eines komplexen Zusammenspiels zahlreicher Einflussfaktoren. Hierzu gehören biologische, verhaltensbezogene, psychosoziale und verhältnisbezogene Faktoren. Der zentrale

biologische Risikofaktor ist die genetische Prädisposition. Bewegungsmangel, auch in Kombination mit übermäßiger Mediennutzung, und eine unausgewogene Ernährung sind die zentralen verhaltensbezogenen Faktoren, die zu einer Adipositas führen können. Psychosoziale Faktoren, wie chronischer Stress, können sich ungünstig auf das individuelle Gesundheitsverhalten auswirken und somit indirekt die Entwicklung einer Adipositas fördern. Verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren werden durch die Verhältnisse in den Lebenswelten und die familiären, sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst. So können z. B. das überall und jederzeit verfügbare Angebot an Lebensmitteln und Speisen, eine unausgewogene Verpflegung in Kitas, Schulen und Kantinen sowie fehlende Bewegungsmöglichkeiten in Wohnquartieren die Entwicklung einer Adipositas begünstigen.

14. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über soziale Faktoren, die hohes Gewicht begünstigen?

In Deutschland sind Personen aus niedrigen sozialen Statusgruppen deutlich häufiger von Adipositas betroffen als Personen aus höheren sozialen Statusgruppen. Niedrige Bildungsstände gehen häufiger mit einer unzureichenden Gesundheitskompetenz einher und können sich auf diesem Wege ungünstig auf adipositasrelevante Verhaltensweisen auswirken. Zudem ist eine sozial benachteiligte Lage häufig mit psychosozialen Risikofaktoren (z. B. Stress) assoziiert, die adipositasfördernde Verhaltensweisen begünstigen können.

Studienergebnisse bestätigen, dass sich Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status häufiger als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien ungesund ernähren, seltener Sport treiben beziehungsweise sich bewegen und häufiger übergewichtig oder adipös sind.

Bei den Erwachsenen macht der Vergleich von Daten aus den Jahren 1990 bis 2011 deutlich, dass die Bildungsunterschiede in der Verbreitung von Adipositas bei 25- bis 69-jährigen Männern relativ stabil geblieben sind, während sich bei den Frauen die Bildungsunterschiede tendenziell ausgeweitet haben.

15. Liegen der Bundesregierung eigene Erkenntnisse zu einem möglichen Zusammenhang zwischen der Feinstaubbelastung und der Hochgewichtigkeit vor?
- Wie bewertet die Bundesregierung die bestehende Studienlage hierzu?
 - Plant die Bundesregierung eigene Untersuchungen zur Erforschung eines möglichen Zusammenhangs?

Die Fragen 15 bis 15b werden gemeinsam beantwortet.

Umwelteinflüsse wie z. B. die Feinstaubbelastung werden in der wissenschaftlichen Debatte als einer unter vielen Faktoren, die zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas mit beitragen können, diskutiert. Es ist Aufgabe der entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften und wissenschaftlichen Expertinnen und Experten, die bestehende Studienlage zu bewerten und den Forschungsbedarf zu definieren. Die Förderung von Vorhaben explizit zu dem Zusammenhang zwischen Feinstaubbelastung und Hochgewichtigkeit ist seitens der Bundesregierung derzeit nicht geplant.

16. Inwiefern wird der Faktor des sozioökonomischen Status in Adipositas-Präventionsprojekte der Bundesregierung miteinbezogen?

Da sozioökonomische Faktoren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten und die Gewichtsentwicklung haben, zielen die Maßnahmen der Bundesregierung zu Gesundheitsförderung und Prävention darauf, Menschen aller sozialen Schichten zu erreichen. Auf die weiteren Ausführungen in der Antwort zu Frage 18 wird verwiesen.

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?

Die Fragen 17 bis 17b werden gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Informationen vor. Erhebungen hierzu sind nicht geplant.

18. Worauf führt die Bundesregierung die niedrige langfristige Erfolgsquote konservativer Gewichtsreduktionen zurück, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?

Adipositas ist ein komplexes Problem, deren Ursachen vielfältig und nicht auf einzelne Risikofaktoren zurückzuführen sind, sondern ein Zusammenspiel aus biologischen, verhaltensbezogenen, psychosozialen und verhältnisbezogenen Faktoren. Aus diesem Grund müssen die Ansätze zur Gewichtsreduktion ebenfalls komplex sein und die individuellen Einflussfaktoren berücksichtigen. Die Gestaltung des individuellen Lebensstils (z. B. mehr Bewegung und abwechslungsreiche, energiearme Ernährung) ist zwar möglich, bei gegebenen Umweltbedingungen wie begrenzten Bewegungsräumen oder ungünstigem Speiseangebot (siehe Antwort zu Frage 13) jedoch langfristig nur begrenzt umsetzbar, da sich adipositasfördernde Lebensbedingungen („adipogene Umwelt“) auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten des Individuums auswirken und die Gewichtszunahme begünstigen können. Deshalb sollten verhaltensbezogene Maßnahmen zur Gewichtsreduktion möglichst durch verhältnispräventive Ansätze in den Orten der alltäglichen Lebensgestaltung ergänzt und als Aufgabe aller verantwortlichen Akteure verstanden werden.

Vor dem Hintergrund der weiterhin hohen Prävalenzen von Übergewicht und Adipositas ist sich die Bundesregierung dessen bewusst, dass Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen, die zur Reduktion der Übergewichts- und Adipositasprävalenzen in der Bevölkerung beitragen, nicht nachlassen dürfen. Zur Adressierung des Problems sind gebündelte verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen notwendig.

Bezüglich der seitens der Bundesregierung umgesetzten Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention von Übergewicht wird auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 14 bis 16 der Kleinen Anfrage der Fraktion der FDP auf Bundestagsdrucksache 19/16570 vom 3. Februar 2020 – „Adipositas – Prävention und Versorgung in Deutschland“ verwiesen.

Darüber hinaus soll die im Dezember 2018 vom Bundeskabinett verabschiedete Nationale Reduktions- und Innovationsstrategie für Zucker, Fette und Salz in Fertigprodukten (NRI) einen Beitrag zur Minderung von Übergewicht und Adipositas sowie von ernährungsmitbedingten Krankheiten leisten. Die Lebensmittelwirtschaft verpflichtet sich dabei, in einem mehrjährigen Prozess ab 2019 die Gehalte an Zucker, Fetten, Salz und Kalorien in Fertigprodukten zu reduzieren. Ziel der NRI ist es, mit einem ganzheitlichen Konzept eine gesundheitsförderliche Ernährung zu unterstützen – der Fokus liegt dabei ganz besonders auf Kindern und Jugendlichen.

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)?

Konkrete Daten zur Anzahl der ambulanten Versorgungsangebote liegen der Bundesregierung nicht vor. Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verfügt die vertragsärztliche Versorgung über ein breites Spektrum an Leistungen auch zur Versorgung von übergewichtigen Patienten aller Altersgruppen, die durch Ärzte, Psychotherapeuten und durch Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Hierzu gehören konservative Maßnahmen (u. a. ärztliche Beratung, Präventionsprogramme z. B. der Krankenkassen sowie erweiterte Angebote als Satzungsleistungen, Hinweise der KBV zur Ernährungsberatung aus dem Jahr 2020 (<https://www.kbv.de/html/ernaehrung.php>), Schulungen z. B. im DMP Diabetes) sowie einschlägige operative Eingriffe im Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Nach Angaben der KBV zählt Adipositas in vielen Facharztgruppen zu den 20 häufigsten Diagnosen, zum Beispiel bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, hausärztlichen Internistinnen und hausärztlichen Internisten, Anästhesistinnen und Anästhesisten, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Innere Medizin.

Für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit teilstationären und stationären Versorgungsangeboten zur Gewichtsreduktion sind die Länder verantwortlich. Teil dieses Sicherstellungsauftrags ist auch eine angemessene Weiterentwicklung der Versorgungsangebote unter Berücksichtigung sich ändernder Versorgungsbedarfe. Zur Anzahl und Verteilung teilstationärer und stationärer Versorgungsangebote zur Gewichtsreduktion liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

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)?

Konkrete Daten zur Wartezeitensituation bei Versorgungsangeboten zur Gewichtsreduktion liegen der Bundesregierung nicht vor. Nach Mitteilung der KBV lassen Anfragen bei den Terminservicestellen allerdings derzeit nicht erkennen, dass gehäuft Wartezeitenprobleme in der ambulanten Versorgung auftreten. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 19 verwiesen.

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?

Wegen des Sachzusammenhangs werden die Fragen 21 und 22 gemeinsam beantwortet.

Multimodale konservative Programme zur Gewichtsreduktion werden innerhalb des Leistungsumfangs der GKV den Patientenschulungsmaßnahmen zugeordnet. Patientenschulungsmaßnahmen sind ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V.

Patientenschulungsmaßnahmen können von den Krankenkassen für chronisch Kranke erbracht werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist und die Krankenkasse zuletzt Krankenbehandlung geleistet hat oder leistet. Voraussetzung ist, dass es sich um wirksame und effiziente Schulungsmaßnahmen handelt, d. h., dass geeignete Nachweise über die Wirksamkeit und Effizienz vorliegen müssen. Angehörige und ständige Betreuungspersonen können in die Patientenschulungsmaßnahmen einbezogen werden, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Der GKV-Spitzenverband hat gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene vier Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen auf der Grundlage von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V herausgegeben. Eine dieser Empfehlungen bezieht sich auf Patientenschulungen für adipöse Kinder und Jugendliche, eine weitere auf Patientenschulungen für adipöse Erwachsene. Die letztgenannte Empfehlung wurde im Januar 2020 aktualisiert (Gemeinsame Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene auf der Grundlage von § 43 Absatz 1 Nummer 2 SGB V vom 27. Januar 2020).

Als Anforderungen für ein Patientenschulungsprogramm im Bereich Adipositas definieren die Empfehlungen – neben dem o. g. Wirksamkeits- und Effizienznachweis – insbesondere:

- Ein strukturiertes Schulungskonzept
- Ein fachlich qualifiziertes multiprofessionelles Schulungsteam
- Die Dokumentation der Leistungen
- Ein internes und externes Qualitätsmanagement
- Die Durchführung der Schulungen grundsätzlich in Gruppen von 10 bis 15 Personen bei Erwachsenen bzw. in Gruppen von 6 bis 12 Personen bei Kindern und Jugendlichen
- Ein- und Ausschlusskriterien

- Das Schulungsprogramm muss multimodal sein und die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und verhaltenstherapeutische Interventionen erhalten.

Ob einzelne Programme diese Voraussetzungen erfüllen, wird grundsätzlich durch Konzept- und Standortprüfungen überprüft.

Strukturdaten darüber, welche multimodalen Gewichtsreduktionsprogramme diese Anforderungen erfüllen und an welchen Standorten sie angeboten werden, liegen der Bundesregierung nicht vor.

Patientenschulungen sind im Übrigen einer der Kernbestandteile der strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke gemäß § 137f SGB V (DMP). Beispielsweise erhalten Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 Zugang zu einer qualifizierten krankheitsspezifischen Ernährungsberatung (gegebenenfalls Reduktion von Übergewicht) im Rahmen eines strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogramms.

23. Wie beurteilt die Bundesregierung den Zustand, dass eine konservative Therapie zur Gewichtsreduktion nicht in den Regelleistungskatalog der GKV aufgenommen ist?

Hinsichtlich der Leistungen der GKV wird auf die Antwort zu den Fragen 21 und 22 verwiesen.

24. In welcher Höhe finanziert die GKV nach Ansicht der Bundesregierung eine Ernährungsberatung?

Seit dem 1. Januar 2018 gehört die Ernährungsberatung bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose (Cystische Fibrose – CF) durch Diätassistentinnen und Diätassistenten sowie qualifizierte Oecotrophologinnen und Oecotrophologen und Ernährungswissenschaftlerinnen und Ernährungswissenschaftler zur Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung werden die entstehenden Kosten mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung nach § 32 SGB V i. V. m. § 61 SGB V vollständig von den Krankenkassen übernommen.

Darüber hinaus wird Ernährungsberatung auch im Rahmen anderer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als integrierter Bestandteil erbracht.

25. In welcher Höhe finanziert die GKV nach Ansicht der Bundesregierung einen chirurgischen Eingriff zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion?

Eine Quantifizierung der Ausgaben der GKV für einen ambulant oder belegärztlich durchgeführten chirurgischen Eingriff zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion ist der Bundesregierung nicht möglich. Die Höhe der Ausgaben unterscheidet sich je nach Art und Umfang des Eingriffs. Sofern ein chirurgischer Eingriff medizinisch notwendig ist und in der vertragsärztlichen Versorgung oder im Rahmen des ambulanten Operierens durch ein Krankenhaus erbracht wird, ist auf die entsprechenden Vergütungsvereinbarungen sowie auf die regionalen Euro-Gebührenordnungen zu verweisen.

Für einen stationär durchgeführten chirurgischen Eingriff zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion entstehen Kosten von durchschnittlich 6.252 Euro. Fälle mit einer derartigen Hauptdiagnose werden in die Fallpauschale K07Z „Andere Eingriffe bei Adipositas“ eingruppiert. Dabei

wird von einer mittleren Verweildauer und dem durchschnittlichen Landesbasisfallwert ausgegangen.

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?

Die Fragen 26 bis 26b werden gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse darüber vor, dass der Zugang zu chirurgischen Eingriffen zur Behandlung von Übergewicht und zur Entfernung von Hautlappen nach extremer Gewichtsreduktion oftmals defizitär wäre.

Soweit die genannten Eingriffe im Krankenhaus durchgeführt werden, ist darauf hinzuweisen, dass die Länder für die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Krankenhausleistungen verantwortlich sind. Hierzu gehört auch die Versorgung mit Krankenhausleistungen zur chirurgischen Behandlung von Übergewicht und zur Entfernung von Hautlappen bei extremer Gewichtsreduktion. Teil dieses Sicherstellungsauftrags der Länder ist auch eine angemessene Weiterentwicklung der Versorgungsangebote im stationären Bereich unter Berücksichtigung sich ändernder Versorgungsbedarfe.

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?

Versicherte haben Anspruch auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die ärztliche Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst sowie die Krankenhausbehandlung. Nach § 39 Absatz 1 Satz 2 SGB V besteht der Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus dann, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Gemäß der mit den am 18. Dezember 2019 in Kraft getretenen Neuregelungen des Implantateregister-Errichtungsgesetzes (EIRD) umfasst die Krankenhausbehandlung nach § 39 Absatz 1 Satz 1 SGB V auch Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 SGB V getroffen hat und die das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten. Gemäß § 137c Absatz 3 SGB V dürfen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der G-BA bisher keine Entscheidung nach § 137c Absatz 1 SGB V getroffen hat, im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt und von den Versicherten beansprucht werden, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist. Dies gilt auch für die chirurgische Behandlung der Adipositas.

Im Bereich der bariatrischen Chirurgie ist zu berücksichtigen, dass chirurgische Maßnahmen einer besonderen Rechtfertigung bedürfen, da ein Eingriff in ein

prinzipiell intaktes Organ erfolgt. Die evidenzbasierte Leitlinie „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“, Stand Februar 2018 (AWMF-Registernummer 088-001) der höchsten Entwicklungsstufe S3 präzisiert die chirurgischen Aspekte der Adipositas-therapie, einschließlich der Indikationsstellung näher.

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 benötigen) übernimmt die GKV?

Eine Quantifizierung der Ausgaben der GKV für die Nachsorge nach einer bariatrischen Operation ist der Bundesregierung nicht möglich. Sofern Nachsorgeleistungen nach einer bariatrischen Operation medizinisch notwendig sind und in der vertragsärztlichen Versorgung, einschließlich der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden und ermächtigten speziellen chirurgischen Einrichtungen erbracht wird, ist auf die entsprechenden Vergütungsvereinbarungen der Selbstverwaltungspartner sowie auf die regionalen Euro-Gebührenordnungen zu verweisen. Die vertragsärztliche Versorgung ist in schriftlichen Verträgen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.

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?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu entsprechenden Defiziten vor.

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)?

Zur regionalen Verfügbarkeit von ambulanten Behandlungszentren zur konservativen, multimodalen Therapie für Menschen mit Adipositas liegen der Bundesregierung keine konkreten Daten vor.

31. Was unternimmt die Bundesregierung, um den Zugang für hochgewichtige Menschen zu geeigneten Therapie- und Versorgungsangeboten zu vereinfachen und sicherzustellen?

Mit dem Integrierten Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas-Erkrankungen hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung von 2010 bis 2020 mit 47,9 Mio. Euro den Aufbau eines Zentrums gefördert, welches sich gezielt der Erforschung der Adipositas und entsprechender Begleiterkrankungen widmet. In diesem Zentrum ist die Forschung eng mit der Behandlung und Versorgung der betroffenen Personen verbunden. Ziel ist es, die Ursachen und zugrunde liegenden Mechanismen der Adipositas und ihrer Begleiterkran-

kungen sowie die damit einhergehende Stigmatisierung besser zu verstehen, mögliche Gesundheitsrisiken früh zu erkennen und die Behandlung von Adipositas und der Begleiterkrankungen zu optimieren.

Im Übrigen wird hinsichtlich der ambulanten ärztlichen Versorgung darauf hingewiesen, dass es Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen ist, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Zudem wird auf die Antworten zu den Fragen 8 und 26 verwiesen.

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?

Die Fragen 32 bis 32b werden gemeinsam beantwortet.

Die Erarbeitung, Aktualisierung und Bewertung von ärztlichen Leitlinien ist nicht Aufgabe der Bundesregierung. Sie obliegt den medizinischen Fachgesellschaften.

Der Gesetzgeber hat ab dem Jahr 2020 die Fördermöglichkeiten des Innovationsfonds auf Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht, erweitert. Daneben wurde dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die Aufgabe übertragen, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von hochwertigen Leitlinien mit Evidenzrecherchen zu unterstützen. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. kann dem Bundesministerium für Gesundheit hierfür Themen vorschlagen.

