

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU

– Drucksache 20/4826 –

Entwicklung der Adipositaschirurgie in Deutschland

Vorbemerkung der Fragesteller

Adipositas wird definiert als eine über das Normalmaß hinausgehende Vermehrung des Körperfetts. Berechnungsgrundlage ist der Körpermassenindex, der sogenannte Body Mass Index (BMI). In der Regel spricht man von Adipositas bei einem BMI über 30 und von extremem Übergewicht bei einem BMI über 40. Nach den Daten der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2019 ist in Deutschland jeder zweite männliche Bürger übergewichtig und etwa jeder fünfte fettleibig. Bei Frauen sind die Zahlen etwas niedriger. Auch bei Kindern und Jugendlichen diagnostizieren Ärztinnen und Ärzte immer häufiger Übergewicht und Adipositas (<https://www.tk.de/techniker/gesundheits-und-medizin/behandlungen-und-medizin/stoffwechselerkrankungen/was-ist-fettleibigkeit-adipositas-2017418?tkcm=ab>, https://www.zeit.de/news/2022-07/12/mehr-kinder-und-jugendliche-im-norden-mit-uebergewicht?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F). Die Situation hat sich während der Corona-Pandemie weiter verschärft: Die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) zitiert Daten, wonach jedes sechste Kind in Deutschland seit Beginn der Corona-Pandemie dicker geworden ist, fast die Hälfte bewegt sich weniger als zuvor, etwa ein Viertel isst mehr Süßwaren.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in ihrem „Sachstandsbericht Adipositas 2022“ aufgezeigt, dass Übergewicht und Adipositas in ganz Europa mittlerweile epidemische Ausmaße angenommen haben und noch weiter steigen. Gleichzeitig liegt keiner der 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region gegenwärtig auf Kurs, um die globale Zielvorgabe der WHO für nicht-übertragbare Krankheiten zu verwirklichen, den Anstieg der Adipositasraten bis 2025 aufzuhalten (<https://www.der-privatarzt.de/artikel/news-sachstandsbericht-who-zu-adipositas-in-europa-dustere-aussichten>). Nach dem neuesten WHO-Bericht der „Initiative zur Überwachung von Adipositas im Kindesalter (COSI)“ lebten 29 Prozent der Kinder in der Altersgruppe von sieben bis neun Jahren in den untersuchten Ländern mit Übergewicht bzw. mit Adipositas. Die Prävalenz war unter Jungs (31 Prozent) höher als unter Mädchen (28 Prozent) (<https://www.bips-institut.de/aktuelles/presse/einzelansicht/adipositas-bei-kindern-neuer-who-bericht-mit-bremer-beteiligung-praesentiert-aktuelle-laenderdaten-und-zeigt-trends-auf.html>).

Heute hat Adipositas den Status einer Volkskrankheit erreicht. Die gesundheitlichen Folgen – unter anderem ein stark erhöhtes Risiko für Diabetes, Herz-Kreislauf-Krankheiten oder bestimmte Krebsarten – sind schwerwiegend und

belasten sowohl die Erkrankten als auch das Gesundheitssystem immer stärker. Der Gesetzgeber hat daher im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) den Gemeinsamen Bundesausschuss verpflichtet, bis zum 31. Juli 2023 ein Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas zu beschließen. Damit soll eine leitliniengerechte, interdisziplinär abgestimmte Behandlung sichergestellt werden (https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?sartbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl121s2754.pdf#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl121s2754.pdf%27%5D__1656670285171).

Gleichzeitig beobachten die Fragesteller eine deutliche Zunahme chirurgischer Eingriffe zur Gewichtsabnahme und damit zur chirurgischen Bekämpfung einer Volkskrankheit. Bei der Adipositaschirurgie handelt es sich in der Regel um sogenannte bariatrische Eingriffe: Patientinnen und Patienten erhalten irreversible Magenverkleinerungen und Veränderungen am Dünndarm. Ein bariatrischer Eingriff hat zur Folge, dass Patientinnen und Patienten ein Leben lang nur eingeschränkt Nahrung zu sich nehmen können. Im Jahr 2014 berichtete das Ärzteblatt von jährlich knapp 10 000 solcher Eingriffe in Deutschland, im Jahr 2022 bereits von rund 20 000 Operationen.

Eine stetige Zunahme bariatrischer Eingriffe und eine stetige Zunahme der Volkskrankheit Adipositas suggerieren eine unklare, ambivalente Gesamtsituation bezogen auf die Bewertung der Adipositaschirurgie: Auf der einen Seite können bestimmte Erfolge der chirurgischen Eingriffe gemessen werden: So führen die Verfahren der Adipositaschirurgie zu einem Verlust von 27 bis 69 Prozent des überschüssigen Körpergewichtes nach mehr als zehn Jahren. Bei Diabetes Typ 2 liegt die Remissionsrate nach mehr als zehn Jahren zwischen 25 und 62 Prozent.

Auf der anderen Seite birgt die Adipositaschirurgie veritable Risiken sowie lebenslange Einschränkungen für die Patientinnen und Patienten. Infolge der Operation können unter anderem Vitaminmangel, chirurgische Komplikationen, gastroösophagealer Reflux und Dumping-Syndrome auftreten. Studien weisen zudem auf eine signifikant erhöhte Suizidrate nach adipositaschirurgischen Eingriffen hin (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/222994/Adipositaschirurgie>).

Auf dieser Grundlage existieren veritable Bedenken, was das Verhältnis zwischen Vor- und Nachsorge betrifft und die Gewichtung von präventiven versus operativen Maßnahmen der Adipositasbekämpfung. Jonas Raakow (Oberarzt am Interdisziplinären Adipositaszentrum an der Berliner Charité) sieht das größte Problem darin, dass bei den Patientinnen und Patienten keine vernünftige, routinierte Nachsorge erfolgt, weil die Krankenkassen das nicht bezahlen (<https://www.rnd.de/gesundheit/magen-op-nach-dem-abnehmen-beginnt-der-kampf-gegen-die-kilos-UDWXVUEYJUZY2AMQSF2YKU3MI.html>). Außerdem findet die ernährungstherapeutische Intervention als Alternative zur Adipositaschirurgie zu wenig Gewichtung. Diese Bedenken basieren unter anderem auf den Erkenntnissen, dass eine chirurgische Intervention nicht zu Veränderungen des Ess- und Ernährungsverhaltens führt. Die Adipositaschirurgie kann die seelischen Ursachen von Fettleibigkeit bzw. gestörtem Ess- und Ernährungsverhalten nicht beseitigen. Die oft vorhandene psychisch bedingte Kompensation durch Essen ist nach einem bariatrischen Eingriff nicht mehr möglich, sodass andere negative Kompensationen gesucht werden müssen. Das Leiden der Patientinnen und Patienten setzt sich fort.

Das Robert-Koch-Institut (RKI) hat bereits im Jahr 2018 eine Studie „Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Blick“ herausgegeben. Die Studie empfiehlt als eine zentrale Maßnahme: „Gesundheitsfördernde Projekte und Programme in Kindertagesstätten können zur Prävention kindlicher Adipositas beitragen und sollten vor allem gesundheitsförderliche Verhältnisse anstreben. Hierzu gehören z. B. eine ausgewogene Verpflegung und eine bewegungsfreundliche Gestaltung der Kindertagesstätte. Die gesetzlichen Krankenkassen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.“

1. Wie viele Menschen leiden in Deutschland nach Kenntnis der Bundesregierung insgesamt aktuell unter Adipositas (BMI größer 30) und wie viele unter extremem Übergewicht (BMI größer 40)?
 - a) Wie viele Kinder (Beginn des vierten bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr) leiden in Deutschland aktuell unter Adipositas?
 - b) Wie viele Jugendliche (Beginn des 13. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) leiden in Deutschland aktuell unter Adipositas?

Die Fragen 1 bis 1b werden gemeinsam beantwortet.

Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine Adipositas dann vor, wenn der Body-Mass-Index (BMI) das 97. Perzentil der individuellen Alters- und Geschlechtsgruppe überschreitet, also 97 Prozent der gleichaltrigen Mädchen oder Jungen einen geringeren oder gleichhohen BMI haben. Im Zeitraum vom Jahr 2014 bis zum Jahr 2017 hatten etwa 6 Prozent der Mädchen und Jungen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine so definierte Adipositas. Dabei stieg die Adipositasprävalenz mit dem Alter an, von etwa 2 Prozent bei den 3- bis 6-Jährigen auf etwa 6 Prozent bei den 7- bis 10-Jährigen, etwa 7 Prozent bei den 11- bis 13-Jährigen und etwa 9 Prozent bei den 14- bis 17-Jährigen.

- c) Wie viele Erwachsene leiden in Deutschland aktuell unter Adipositas?

Nach Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) aus der aktuellen Studie „GEDA 2019/2020 EHIS“ liegt die Prävalenz einer Adipositas (BMI über 30 kg/m²) für Männer und Frauen (18 Jahre und älter) in Deutschland bei 19 Prozent. Demnach sind derzeit knapp 13 Millionen Erwachsene über 18 Jahre von einer Adipositas betroffen. Diese Daten beruhen auf Selbstangaben der Teilnehmenden zu Körpergewicht und Körpergröße, wodurch der berechnete BMI und damit die Schätzung zur Prävalenz von Adipositas methodisch bedingt möglicherweise unterschätzt werden. Letzte Untersuchungsdaten des RKI mit Messung von Körpergröße und -gewicht liegen für den Zeitraum vom Jahr 2008 bis zum Jahr 2011 vor. Damals betrug die Adipositasprävalenz für Erwachsene im Alter von 18 bis 79 Jahren rund 24 Prozent.

- d) Bei wie vielen Menschen, die unter Adipositas oder unter extremem Übergewicht leiden, liegt zugleich eine anerkannte Behinderung, bei wie vielen eine Schwerbehinderung nach § 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) vor?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor. Der Anteil der Menschen mit Adipositas bzw. extremem Übergewicht und einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung nach § 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) ist in der amtlichen Statistik (Schwerbehindertenstatistik und Mikrozensus) nicht ausgewiesen.

2. Welche wissenschaftlichen Studien und Erhebungen zu den Folgen der Corona-Pandemie insbesondere im Hinblick auf Bewegung, Ernährung und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen laufen nach Kenntnis der Bundesregierung, um die in der Vorbemerkung der Fragesteller beschriebene Entwicklung zu beobachten?

Ist die Bundesregierung bereit, neue wissenschaftliche Studien in Auftrag zu geben?

Im Rahmen der Studie „Kindergesundheit in Deutschland aktuell“ (KIDA), die am Robert Koch-Institut (RKI) durchgeführt wird, werden seit Februar 2022 kontinuierliche Befragungen durchgeführt. Eltern von Kindern im Alter von

3 bis 15 Jahren und Jugendliche im Alter von 16 und 17 Jahren werden telefonisch befragt. Befragungsinhalte sind u. a. die allgemeine körperliche Aktivität der Kinder und die Teilnahme an Bewegungs- bzw. Sport-AGs in der Schule, im Sportverein oder anderen Sportkursen, der Verzehr ausgewählter Lebensmittel des Kindes sowie die Mittagsverpflegungsangebote in der Schule. Darüber hinaus wird nach aktueller Körpergröße und -gewicht des Kindes gefragt.

Seit April 2020 fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) das Vorhaben „Netzwerk Universitätsmedizin“ (NUM). Ziel des Projektes ist, die Kompetenzen der deutschen Universitätsmedizin zu bündeln, um das Pandemiemanagement zu unterstützen und dringliche Fragen im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung zu bearbeiten. Im Rahmen des NUM 2.0-Projekts COVERCHILD (www.coverchild.de) wird die Evidenz für indirekte Auswirkungen der Pandemie auf die somatische und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, unter anderem auch Komorbiditäten wie Adipositas, überprüft. Dafür werden verfügbare Daten systematisch erhoben und ein Überblick über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Evidenz erstellt.

3. Wie oft führt die Diagnose morbide Adipositas nach Kenntnis der Bundesregierung zu einem medizinischen Eingriff (bitte nach Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

4. Wie häufig wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bariatrische Eingriffe bzw. Operationen in den Jahren 2019, 2020 und 2021 in Deutschland durchgeführt?

Hat die Bundesregierung Kenntnisse bzw. Daten über bariatrische Eingriffe bei Kindern?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

5. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für einen bariatrischen Eingriff?

Wie hoch sind die Kosten für bariatrische Eingriffe für das Gesundheitssystem in Deutschland insgesamt?

Die den Krankenhäusern individuell entstehenden Kosten für einen stationär durchgeführten bariatrischen Eingriff sind der Bundesregierung nicht bekannt.

Sofern auf die von den Kostenträgern von Krankenhausabrechnungen zu tragenden Kosten abgestellt wird, ist auf Folgendes hinzuweisen:

Die Kodierung eines stationären Aufenthaltes einer Patientin bzw. eines Patienten in einem Krankenhaus erfolgt auf der Grundlage der vorliegenden und festgestellten Diagnosen (ICD-10) sowie entsprechend der durchgeführten Maßnahmen und Operationen (OPS) und weiterer Faktoren. Ergebnis der Kodierung ist eine DRG-Fallpauschale, die der Abrechnung des stationären Falles zugrunde gelegt wird und den Erlös für das Krankenhaus darstellt. Auf Basis einer empirischen Kalkulation wird jährlich der Fallpauschalen-Katalog von den Vertragsparteien auf Bundesebene (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Verband der Privaten Krankenversicherung) vereinbart oder durch Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Ge-

sundheit festgelegt. Die Kalkulation dieses Kataloges basiert auf den tatsächlichen Kosten- und Leistungsdaten der Krankenhäuser.

Für die Abrechnung von Adipositas-Eingriffen enthält der DRG-Fallpauschalenkatalog insbesondere die folgenden drei DRG-Fallpauschalen:

- K04Z – Große Eingriffe bei Adipositas,
- K07A – Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm und
- K07B – Andere Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm.

Bei der K04Z rechnet das Krankenhaus rund 6 359 Euro, bei der K07A rund 5 677 Euro und bei der K07B rund 4 220 Euro gegenüber dem Kostenträger ab. Nicht berücksichtigt sind hierbei insbesondere in Abhängigkeit von der Verweildauer des einzelnen Aufenthalts entstehende Zu- oder Abschläge sowie zusätzlich berechenbare Zusatzentgelte. Zusätzlich zu berücksichtigen ist zudem die pflegerische Versorgung. Für die pflegerische Versorgung werden jeweils tagesbezogene Pflegeentgelte abgerechnet, deren Höhe von der Länge des Aufenthaltes der Patientin bzw. des Patienten und den krankenhausesindividuellen Kosten abhängig ist.

Unter Berücksichtigung der Vielzahl an Einflussfaktoren kann das Erlösvolumen der Krankenhäuser für bariatrische Eingriffe bzw. die den Kostenträgern von Krankenhausabrechnungen für bariatrische Eingriffe entstehenden Kosten nicht abschließend beziffert werden.

6. Unter welchen Bedingungen werden nach Kenntnis der Bundesregierung bariatrische Eingriffe vollständig von der Krankenkasse bezahlt?

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht ein Anspruch auf stationäre Versorgung mit chirurgischen Maßnahmen zur Adipositasbehandlung, wenn die medizinischen und rechtlichen Voraussetzungen im Einzelfall hierfür vorliegen. Der Anspruch richtet sich nach den hierzu in der Rechtsprechung auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben entwickelten Grundsätzen (vergleiche hierzu das aktuelle Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 22. Juni 2022, Aktenzeichen B 1 KR 19/21 R). Die Leistungsentscheidung zur Kostenübernahme eines bariatrischen Eingriffes trifft im Einzelfall die zuständige Krankenkasse. Sie kann dabei ggf. den Medizinischen Dienst mit einer sozialmedizinischen Begutachtung beauftragen. Eine solche Begutachtung erfolgt auf der Grundlage des Begutachtungsleitfadens „Adipositas-Chirurgie (Bariatrische Chirurgie und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen“. Eine Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse im Vorfeld der Krankenhausbehandlung ist dabei keine zwingende Voraussetzung. Die sachliche Prüfung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nach § 39 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ausdrücklich dem Krankenhaus und seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zugewiesen, die aber der nachgelagerten Kontrolle durch die Krankenkasse sowie ggf. der gerichtlichen Überprüfung unterliegt (siehe das oben genannte Urteil des BSG in Randnummer 12).

7. Kennt die Bundesregierung die Aussage von Jonas Raakow (Oberarzt am Interdisziplinären Adipositaszentrum an der Berliner Charité): „Die Operation ist nicht das Entscheidende, sondern die Veränderung der Lebensgewohnheiten nach der Operation. Die Adipositas ist eine chronische Erkrankung, die sich mit der Operation nicht bekämpfen lässt“ (<https://www.rnd.de/gesundheit/magen-op-nach-dem-abnehmen-beginnt-der-kampf-gegen-die-kilos-UDWXVUEYJUZY2AMQSF2YKU3MI.html>), und wie beurteilt sie diese?

Der Bundesregierung ist die konkrete Aussage nicht bekannt. Die Positionierung findet sich aber in der „S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie wieder. Diese empfiehlt im Rahmen einer lebenslang vorzuhaltenden Nachsorge nach adipositaschirurgischen oder metabolischen Operationen unter anderem eine Veränderung der Lebensgewohnheiten (insbesondere Ernährung und Sport) nachzuhalten.

8. Wie oft führt die Diagnose morbid Adipositas nach Kenntnis der Bundesregierung zu einer ernährungstherapeutischen Intervention?
Wie hoch sind die Kosten für eine ernährungstherapeutische Intervention?
9. Wie oft wird nach Kenntnis der Bundesregierung eine ernährungstherapeutische Intervention bei der Diagnose morbid Adipositas mit einer psychotherapeutischen Behandlung begleitet?

Die Fragen 8 und 9 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

10. Wie hoch sind nach Kenntnis der Bundesregierung die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung im Kontext einer Adipositasdiagnose?

Der Bundesregierung liegen aus der vertragsärztlichen Versorgung keine Erkenntnisse über die Kosten für eine psychotherapeutische Behandlung im Kontext einer Adipositasdiagnose vor. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach § 1 Absatz 5 der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Psychotherapie keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, wenn sie nicht dazu dient, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 1 Absatz 6 der Psychotherapie-Richtlinie sind die ärztliche Beratung über vorbeugende und diätetische Maßnahmen wie auch Erläuterungen und Empfehlungen von übenden, therapiefördernden Begleitmaßnahmen ebenfalls nicht Psychotherapie und auch nicht Bestandteil der psychosomatischen Grundversorgung.

11. An wie vielen und welchen Krankenhäusern werden nach Kenntnis der Bundesregierung bariatrische Operationen durchgeführt, und wie viele bariatrische Operationen verzeichnen diese Krankenhäuser pro Jahr?

Wie viele dieser Krankenhäuser sind nach Kenntnis der Bundesregierung zertifizierte Zentren für Adipositaschirurgie?

Eine Auswertung der dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus vorliegenden Daten der Krankenhäuser nach § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes (Quelle: <https://datenbrowser.inek.org/DRG2021>) zeigt, dass im Jahr 2021 die in der Antwort zu Frage 5 angeführten DRG-Fallpauschalen wie folgt zur Abrechnung gebracht worden sind: K04Z in 18 805 Fällen, K07A in 9 374 Fällen und K07B in 816 Fällen. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse dazu vor, in wie vielen und welchen Krankenhäusern diese Fälle behandelt worden sind.

Auf der Internetseite der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden 107 zertifizierte Zentren aufgeführt (Stand: 12. Dezember 2022: <http://www.dgav.de/zertifizierung/zertifizierte-zentren/adipositas-und-metabolische-chirurgie.html>).

12. Wie stellt sich nach Kenntnis der Bundesregierung die Komplikationsrate bei Eingriffen in zertifizierten Zentren im Vergleich zu nichtzertifizierten Krankenhäusern dar?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

13. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung sichergestellt, dass die bestehende S3-Leitlinie befolgt wird, also Patientinnen und Patienten vor dem Eingriff umfassend über die Operation aufgeklärt werden, Gegenindikationen wie beispielsweise psychische Erkrankungen ausgeschlossen werden bzw. eine begleitende Psychotherapie sowie eine geeignete Nachsorge durchgeführt wird?

Grundsätzlich gilt, dass bei der Anwendung von Leitlinien immer auch die Situation der einzelnen Patientin oder des Patienten und die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen sind. Leitlinien sind systematisch entwickelte Handlungsempfehlungen, die Ärztinnen und Ärzte sowie Betroffene bei der Entscheidungsfindung über die angemessene Behandlung einer Krankheit unterstützen. Sie geben den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der in der Praxis bewährten Verfahren wieder und stellen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ dar, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Die Behandlung hat nach § 630a Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit die Patientin oder der Patient und die oder der Behandelnde nicht etwas anderes vereinbart haben. In diesem Rahmen können Leitlinien zur Anwendung kommen. Die Aufklärung der Patientin oder des Patienten (vgl. § 630e BGB), der Ausschluss von Kontraindikationen sowie die Nachsorge gehören zu den vertraglichen Pflichten der behandelnden Person im Rahmen des Behandlungsvertrages.

14. Bei wie vielen Patientinnen und Patienten in Deutschland, die sich einer bariatrischen Operation unterzogen haben, wurde nach Kenntnis der Bundesregierung dadurch eine dauerhafte Reduktion des krankmachenden Körpergewichtes erzielt?

Wie viel Prozent des Körpergewichtes konnten nach Kenntnis der Bundesregierung durchschnittlich bei Frauen bzw. bei Männern langfristig reduziert werden (bitte nach Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufschlüsseln)?

Einer im Jahr 2022 im Deutschen Ärzteblatt publizierten Übersichtsarbeit mit Einbezug internationaler Studien zufolge führen adipositaschirurgische Verfahren generell zu einer Gewichtsreduktion von 27 bis 69 Prozent des Körpergewichtes nach mehr als 10 Jahren. Weitergehende, insbesondere konkret auf Deutschland bezogene, Daten liegen der Bundesregierung nicht vor.

15. Wie viele Patientinnen und Patienten in Deutschland sind nach Kenntnis der Bundesregierung von unerwünschten Langzeitfolgen bariatrischer Operationen betroffen (bitte nach Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufschlüsseln)?

Welche Langzeitfolgen können konkret benannt werden?

16. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die starken und belastenden Einschränkungen im Essverhalten nach einer Magenverkleinerung?

Die Fragen 15 und 16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

17. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wieviel Prozent der Übergewichtigen mit einem BMI zwischen 25 und 30 und zwischen 30 und 35 eine ärztlich verordnete langfristige Ernährungsberatung zur Prävention in Anspruch nehmen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

18. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie eine gezielte Ernährungsberatung über einen langfristigen Zeitraum eine Operation verhindern kann?

Wenn darüber keine Erkenntnisse vorliegen, wird die Bundesregierung hierzu eine Studie in Auftrag geben?

Diesbezügliche wissenschaftliche Erkenntnisse sind über entsprechende Literaturrecherchen erhältlich. Generell stehen für die Förderung von Studien zu diesen und anderen adipositasbezogenen Fragestellungen geeignete Förderprogramme bei zahlreichen Fördermittelgebern zur Verfügung.

19. Hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Bewertung für eine Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens vor Adipositasoperationen und wie lautet diese?

Die Bundesregierung führt keine eigenen Bewertungen von Zweitmeinungsverfahren durch. Der G-BA ist nach § 27b Absatz 2 SGB V damit beauftragt, in

seinen Richtlinien zu beschließen, für welche planbaren Eingriffe der Anspruch auf Einholung der Zweitmeinung im Einzelnen besteht. Der G-BA hat im April 2020 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragt, planbare Eingriffe zur Aufnahme in die Zweitmeinungs-Richtlinie zu empfehlen, bei denen insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist.

In seinem Rapid Report „Auswahl von Eingriffen für das Zweitmeinungsverfahren nach § 27b SGB V“ vom 25. Februar 2021 hat das IQWiG die bariatrische Chirurgie als potentiell geeigneten Eingriff zur Aufnahme in die Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) identifiziert. Die vom IQWiG aufgeführte Liste der ausgewählten elektiven Eingriffe wird vom G-BA als Grundlage für die weitere Auswahlentscheidung bei den in die Zm-RL aufzunehmenden Eingriffen verwendet, wobei die dort aufgeführte Reihenfolge variabel in Bezug auf die Eingriffspriorisierung gestaltet wird. Darüber hinaus teilt der G-BA auf Nachfrage mit, dass sofern im Rahmen der Beratungen über weitere mögliche Zweitmeinungsverfahren die Eingriffe zur bariatrischen Chirurgie als geeignet zur Aufnahme in die Zm-RL angesehen werden, – mit Blick auf die gesetzlichen Vorgaben in § 27b Absatz 2 Satz 1 SGB V zwei Eingriffe pro Jahr zur Beschlussfassung vorzusehen – mit einem entsprechenden Beschluss in der kommenden Zeit zu rechnen sei.

20. Gibt es Erkenntnisse über erhöhte Suizidraten nach einem bariatrischen Eingriff?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

21. Ist nach Kenntnis der Bundesregierung eine Anpassung der Qualitätssicherungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf Vorgaben für besonders relevante und komplexe Krankenhausleistungen für den Bereich der Adipositaschirurgie geplant?

Nach Kenntnis der Bundesregierung ist eine diesbezügliche Änderung der Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA derzeit nicht geplant.

22. Welche Maßnahmen möchte die Bundesregierung zukünftig entwickeln oder anwenden, um die Situation der von Adipositas betroffenen Menschen mit einem BMI über 30 zu verbessern und einer weiteren Ausbreitung der Fettleibigkeit entgegenzuwirken?

Um die Versorgung der von krankhaftem Übergewicht betroffenen Menschen zu verbessern, wurde der G-BA mit dem am 20. Juli 2021 in Kraft getretenen Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) bereits beauftragt, bis zum 31. Juli 2023 für die Behandlung von Adipositas Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (sogenanntes Disease Management Programme, DMP) zu erlassen (§ 137 f. Absatz 1 Satz 3 SGB V). Das DMP wird Empfehlungen sowohl zur Behandlung von Erwachsenen als auch von Kindern und Jugendlichen enthalten. Der G-BA berät auf der Grundlage der im September 2022 veröffentlichten Abschlussberichte des von ihm beauftragten IQWiG zur Recherche und Bewertung der medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung von Adipositas.

Um einer weiteren Ausbreitung der Fettleibigkeit entgegenzuwirken, werden seitens der Bundesregierung verschiedene Initiativen umgesetzt. Speziell zur

Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen stehen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Haushaltsmittel in Höhe von jährlich 2 Mio. Euro zur Verfügung. Aktueller Themenschwerpunkt ist die Einbeziehung von Familien in Maßnahmen zur Übergewichtsvorbeugung bei Kindern und Jugendlichen.

Mit der am 9. Juni 2021 von der Bundesregierung beschlossenen „Weiterentwicklung IN FORM – Schwerpunkte des Nationalen Aktionsplans zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten ab 2021“ werden bewährte Maßnahmen des Aktionsplans fortgeführt und durch neue Aktivitäten, die die aktuellen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Bedingungen aufgreifen, ergänzt. IN FORM wird seit dem Jahr 2008 gemeinsam vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und dem BMG durchgeführt und verfolgt das Ziel, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen nachhaltig zu verbessern und gesunde Lebensstile durch gesundheitsförderliche Informationen und Strukturen zu fördern.

Regelmäßige körperliche Aktivität ist ein zentraler Einflussfaktor für die Gewichtsentwicklung. Um das gesundheitliche Potenzial von Bewegung in der gesamten Bevölkerung bekannt zu machen und Menschen zu mehr körperlicher Aktivität zu motivieren, wurde im Jahr 2022 beim BMG der „Runde Tisch Bewegung und Gesundheit“ initiiert. In einem gemeinsamen Dialog mit Vertreterinnen und Vertretern aus Bund, Ländern, Kommunen, Verbänden und weiteren Interessensgruppen wird erörtert, wie Bewegung und aktiver Lebensstil bei allen Menschen sektorenübergreifend gefördert werden kann. Als Ergebnis des Runden Tisches ist ein Konsenspapier vorgesehen, in dem Vereinbarungen zur Umsetzung erfolgsversprechender Ansätze getroffen werden.

Ebenso zum Thema Bewegung werden in einem Förderschwerpunkt bis 2024 Maßnahmen zur praxisnahen Implementationsforschung in verschiedenen Lebenswelten für alle Ziel- und Altersgruppen zu Bewegungsförderung finanziert. Diese Maßnahmen werden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet; die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Ergänzend hierzu informiert die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) alle Altersgruppen zum gesundheitsbewussten Lebensstil. Das RKI erfasst und veröffentlicht Daten zum Bewegungsverhalten der Bevölkerung.

23. Hat die Bundesregierung eine Bewertung des Verhältnisses zwischen Vor- und Nachsorge in der Adipositasbekämpfung?
Welche Gewichtung macht die Bundesregierung zwischen Prävention (ernährungstherapeutische Intervention) versus Operation mit irreversiblen Ergebnissen?

Die Förderung einer gesunden Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie die Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung gehören zu den Grundpfeilern der Gesundheitspolitik. Ein gesunder und aktiver Lebensstil vermindert das Risiko für Übergewicht und Adipositas sowie zahlreichen nicht übertragbare Krankheiten. Daher spielen Gesundheitsförderung und Prävention eine ebenso wichtige Rolle wie die Sicherung der Versorgung und der Qualität der Maßnahmen für bereits übergewichtige und adipöse Menschen.

24. Welche Rolle spielt die globale Zielvorgabe der WHO in Bezug auf die Unterbindung des Anstiegs der Adipositasraten bis 2025 bei den Bemühungen der Bundesregierung zur Bekämpfung von Adipositas?
25. Wie bewertet die Bundesregierung den in der Vorbemerkung genannten WHO-Bericht?
Welche Maßnahmen ergeben sich aus Sicht der Bundesregierung im Sinne einer effektiven Überwachung und Bekämpfung von Adipositas im Kindesalter?

Die Fragen 24 und 25 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung verfolgt das Ziel, ein gesundes Gewicht bei allen Menschen zu fördern, einer weiteren Verbreitung von Adipositas entgegenzuwirken und die Prävalenz von Adipositas insgesamt zu verringern. Die Empfehlungen der WHO dienen dabei als eine wichtige Grundlage und geben Orientierung bei der Planung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Die seitens der Bundesregierung durchgeführten Maßnahmen berücksichtigen dabei die strukturellen Rahmenbedingungen in Deutschland und ergänzen die Beiträge anderer zentraler Akteure.

26. Wie bewertet die Bundesregierung die in der Vorbemerkung beschriebene RKI-Studie?
Wie wurde diese Empfehlung seit 2018 umgesetzt?
Welche Bedeutung legt die Bundesregierung in diesem Kontext auf die Bedeutung des Schulsports (z. B. verpflichtend, aber ohne Leistungsbezug), auf (ehrenamtlich organisierte) Sportangebote in Vereinen und vergleichbare Angebote?

Die Studie des RKIs „Kindliche Adipositas: Einflussfaktoren im Blick“ beschreibt die Einflussfaktoren auf die Gewichtsentwicklung. Sie macht deutlich, dass die Ursachen von Adipositas von einer Vielzahl von individuellen und Umgebungsfaktoren abhängig sind. Der Schulsport ist ein wichtiger Aspekt der körperlichen Aktivität, ist jedoch nur einer von vielen Einflussfaktoren. Neben individuellem Verhalten wie körperliche Aktivität, Energieaufnahme oder Fernsehkonsum spielen Verhältnisse wie Erreichbarkeit von Spielplätzen oder Sportanlagen, Adipositas der Eltern, Stilldauer, psychosoziale Aspekte wie elterliche Wahrnehmung des kindlichen Körpergewichts, der Bildungsstand der Eltern und viele weitere Aspekte eine Rolle. Diese Faktoren spiegeln die Komplexität der Adipositas wider und müssen bei der Planung von präventiven Maßnahmen berücksichtigt werden.

