

## **Kleine Anfrage**

### **der Fraktion der CDU/CSU**

#### **Versorgung von Menschen mit Adipositas**

Adipositas ist eine chronisch-fortschreitende Krankheit, die aufgrund der Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen eine enorme Herausforderung für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte und das Gesundheitssystem darstellt. Etwa 11 Prozent der Todesfälle in Deutschland sind auf Adipositas zurückzuführen (Institute for Health Metrics and Evaluation [IHME]. GBD Compare. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015. Available from <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>). In der Regel spricht man von Adipositas bei einem Body-Mass-Index (BMI) über 30 und von extremer Adipositas bei einem BMI über 40 (Schienkiewitz, A., Mensink, G. B. M., Kuhnert, R. et al. (2017): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2017 2(2), DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-025, Robert Koch-Institut, Berlin). Laut dem Robert Koch-Institut (RKI) liegt bei 19 Prozent aller Übergewichtigen in Deutschland eine Adipositas vor (ebd.). Auch 6 Prozent aller Kinder und Jugendlichen sind davon betroffen (Poethko-Müller, C., Kuntz, B., Lampert, T. et al.: KiGGS Welle 2 – Erste Ergebnisse aus Querschnitt- und Kohortenanalysen. *Journal of Health Monitoring*, 2018 3(1), DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-004, Robert Koch-Institut, Berlin). Dabei zeigt die Forschung, dass eine im Kindesalter erworbene Adipositas sich häufig ins Erwachsenenalter fortschreibt. Die Krankheit führt schon bei Kindern und Jugendlichen zu erhöhten Blutdruckwerten, einer Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates (Hanssen, H., Moholdt, T., Bahls, M. et al.: Lifestyle interventions to change trajectories of obesity-related cardiovascular risk from childhood onset to manifestation in adulthood: a joint scientific statement of the task force for childhood health of the European Association of Preventive Cardiology and the European Childhood Obesity Group. *Eur J Prev Cardiol.*, 2023 Oct 10; 30(14): 1462 – 1472, DOI 10.1093/eur-jpc/zwad152. PMID: 37491406). Schon heute verursacht Adipositas jährliche direkte Kosten von über 29 Mrd. Euro für das deutsche Gesundheitssystem. Im Vergleich liegt Deutschland zudem bei den Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt weit über dem OECD-Durchschnitt (OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung), was u. a. durch die hohen Behandlungskosten chronischer Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas und Herz-Kreislauf-Erkrankungen begründet ist, die oft vergemeinschaftet sind, sowie an den vergleichsweise geringen Vorsorgemaßnahmen (OECD [2019], *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>).

Vor diesem Hintergrund fordert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Maßnahmen zur Verhältnisprävention und einen besseren Zugang zu Therapieangeboten (WHO Regional Office for Europe [2022]. Media release: New WHO

report: Europe can reverse its obesity „epidemic“; <https://www.who.int/europe/news/item/03-05-2022-new-who-report--europe-can-re-verse-its-obesity--epidemic>). In Deutschland erhalten Adipositas-Patientinnen und Adipositas-Patienten nur dann eine leitliniengerechte Behandlung, wenn sie teilweise selbst dafür aufkommen. Konservative multimodale Behandlungen wie Ernährungs- und Bewegungstherapie werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet. Gleichzeitig wird die multimodale Therapie häufig zur Voraussetzung für den Zugang zur bariatrischen Operation gemacht, die evidenzbasiert die wirkungsvollste Therapie gegen starke Adipositas darstellt.

Auf Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und SPD und mit Zustimmung der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat der Deutsche Bundestag 2020 die Nationale Diabetes-Strategie verabschiedet (Bundestagsdrucksache 19/20619). Dabei bildet die Verbesserung der Versorgung von an Adipositas erkrankten Menschen einen wichtigen Bestandteil, weil Adipositas ein Hauptrisikofaktor für eine Diabetes-Typ-2-Erkrankung darstellt. Der OECD zufolge verursacht Adipositas 70 Prozent der Diabetes-Behandlungskosten (OECD, 2019). Konkret hat der Deutsche Bundestag in dem Antrag das Ziel einer individuellen, multimodalen und interdisziplinären Versorgung von Menschen mit Adipositas-Grad 1 bis 3 in der vertragsärztlichen Versorgung zulasten der Krankenkassen sowie die Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Krankenbehandlung benannt (Bundestagsdrucksache 19/20619). Auf dieser Basis hat der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag erteilt, ein Disease-Management-Programm (DMP) Adipositas zu erarbeiten, das den betroffenen Patientinnen und Patienten regelhaft eine strukturierte, qualitätsgesicherte, multimodale und transsektorale Versorgung ermöglichen soll (Bundestagsdrucksache 19/26822).

Es wird begrüßt, dass der G-BA am 16. November 2023 ein DMP für die strukturierte Versorgung von Adipositas-Patientinnen und Adipositas-Patienten beschlossen hat und dass der Adipositas-Chirurgie dabei eine hohe Bedeutung in der Behandlung zukommt. Der Beschluss weicht nach Auffassung der Fragesteller jedoch in anderen wichtigen Punkten vom gesetzlichen Auftrag ab: So fehlen konkrete Leistungen einer qualifizierten multimodalen und interprofessionellen konservativen Therapie. Jene Leistungen, die notwendige Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Liposuktion oder auch der Adipositas-Chirurgie sind, bleiben unerwähnt. Ferner fehlt die genaue Definition der erforderlichen postoperativen Langzeitbetreuung, um das Behandlungsergebnis zu sichern und ernährungsbedingte Komplikationen zu vermeiden (Beschluss des G-BA über die 34. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie [DMP-A-RL]: Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 23 [DMP Adipositas] und der Anlage 24 [Adipositas Dokumentation]; Stand: 16. November 2023; [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16\\_DMP-A-RL\\_Anlage-2-23-24-Adipositas.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-6299/2023-11-16_DMP-A-RL_Anlage-2-23-24-Adipositas.pdf)). Zu einer effektiven Nachsorge gehören nach Ansicht der Fragesteller die Stabilisierung und Optimierung des Gewichtsverlustes sowie die Vermeidung von Fehl- und Mangelernährung, weshalb regelmäßig Laboruntersuchungen durchgeführt und der Ernährungszustand kontrolliert werden müssen. Durch die fehlende Berücksichtigung der Leistungen bliebe Patientinnen und Patienten so nur die Möglichkeit der individuellen Gesundheitsleistungen, sogenannte IGeL-Leistungen, was der Gesetzgeber mit dem DMP Adipositas gerade verhindern wollte. Der Beschlussentwurf basiert auf einer Leitliniensynopse des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in der alle qualitativ hochwertigen, internationalen Leitlinien zur Therapie der Adipositas berücksichtigt und die evidenzbasierten Therapiemodule beschrieben werden (IQWiG [2022]: Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene, Abschlussbericht. Auftrag V21-05. IQWiG-Berichte – Num-

mer 1408, Stand: 18. August 2022). Trotz dessen soll die DMP-Versorgung gemäß dem vorliegenden Beschluss künftig auf Patientenschulungen und Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) als zusätzliche Leistungen beschränkt bleiben. Damit erfüllt der G-BA den gesetzlichen Auftrag nach Auffassung der Fragesteller nicht.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um die nach Auffassung der Fragesteller bestehenden Versorgungslücken in der Adipositas-Therapie gemäß dem in der Nationalen Diabetes-Strategie formulierten Auftrag zu schließen?
2. Liegen der Bundesregierung Zahlen darüber vor, bei wie vielen Bürgerinnen und Bürgern aufgrund einer Adipositas-Erkrankung eine Behinderung festgestellt wurde (vgl. u. a. Urteil der Vierten Kammer des EuGH vom 18. Dezember 2014, Randnummer 55 und 59 ff. in der Rechtssache C-354/13; bitte nach Geschlecht, Alter bei Behinderungseintritt und Schwere bzw. Grad der Behinderung aufschlüsseln)?
3. Liegen der Bundesregierung Zahlen darüber vor, wie viele Betroffene im Bundesgebiet aufgrund einer Adipositas-Erkrankung berufs- oder erwerbsunfähig sind (bitte nach Geschlecht und Alter bei Behinderungseintritt aufschlüsseln)?
4. Wie bewertet die Bundesregierung, inwieweit das DMP Adipositas im Einklang mit dem in der Gesetzesbegründung des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes festgehaltenen Auftrages zur Sicherung der Versorgung von an Adipositas erkrankten Menschen steht?
5. Wie sollen nach Auffassung der Bundesregierung die nach Auffassung der Fragesteller auch mit dem DMP Adipositas weiter bestehenden Versorgungslücken von Menschen mit Adipositas geschlossen werden?
6. Wie begründet die Bundesregierung, dass sich der Zuschnitt des DMP Adipositas auf ausschließlich vorhandene Regelleistungen, wobei Voraussetzungen und Leistungen gemäß der IQWiG-Leitliniensynopse unberücksichtigt bleiben, bezieht?
7. Kann aus Sicht der Bundesregierung der G-BA neue Leistungen in das DMP Adipositas aufnehmen, die jeweils noch keine Regelleistungen sind, und wie kann dabei die Bundesregierung unterstützen, wenn ja, warum, und wenn nein, warum nicht?
8. Besteht aus Sicht der Bundesregierung eine Verpflichtung des G-BA und seiner Trägerorganisationen, in der IQWiG-Leitliniensynopse beschriebene evidenzbasierte Leistungen und Therapien in die Regelversorgung aufzunehmen, um damit bestehende Versorgungslücken zu schließen?
9. Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass für die Inanspruchnahme von Regelleistungen (wie etwa bei der Bariatrie oder Liposuktion) Therapieansätze als Voraussetzung definiert werden, die kein Bestandteil der Regelversorgung sind?
10. Ist die Bundesregierung der Ansicht, dass die Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen auch weiterhin die Voraussetzung für den Zugang zur bariatrischen Chirurgie bleiben soll, wenn ja, warum, und wenn nein, warum nicht?

11. Wie soll nach Auffassung der Bundesregierung zukünftig die nach Auffassung der Fragesteller bestehende Versorgungslücke nach bariatrischen Operationen geschlossen werden, vor dem Hintergrund, dass laut DMP-Richtlinie eine lebenslange Nachsorge notwendig ist?
12. Wann konkret ist nach Kenntnis der Bundesregierung ein DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche im G-BA beschlussreif und umsetzbar?
13. Über welche Leistungen soll nach Auffassung der Bundesregierung ein effektives DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche verfügen, und wie lassen sich nach Einschätzung der Bundesregierung damit die nach Ansicht der Fragesteller bestehenden Versorgungslücken schließen und eine bereits im Kindesalter angelegte Multimorbidität vermeiden?

Berlin, den 8. Januar 2024

**Friedrich Merz, Alexander Dobrindt und Fraktion**