

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/9995 –

Versorgung von Menschen mit Adipositas

Vorbemerkung der Fragesteller

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 fort schreibt. 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). 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. IQ-

WiG-Berichte – Nummer 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.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 16. November 2023 einen Beschluss über die Anforderungen an ein strukturiertes Behandlungsprogramm nach § 137 f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Behandlung von Adipositas (DMP Adipositas) gefasst. Dieser Beschluss ist auf der Internetseite des G-BA – bisher noch ohne tragende Gründe – veröffentlicht (siehe unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/6299/> mit Stand vom 18. Januar 2024). Er wurde dem Bundesministerium für Gesundheit bisher noch nicht zur rechtsaufsichtlichen Prüfung nach § 94 SGB V vorgelegt. Im Rahmen der Beantwortung dieser Kleinen Anfrage hat der G-BA zu den seinen Beschluss betreffenden Fragen Stellung genommen. Die rechtsaufsichtliche Prüfung des Beschlusses durch das BMG wird nach Vorlage des Beschlusses und der beschlussbegleitenden Unterlagen nach § 94 SGB V erfolgen.

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?

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) war der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt worden, für die Behandlung von Adipositas Richtlinien zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (sog. Disease Management Programme, DMP) zu erlassen (§ 137 f Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch). Diesem Auftrag ist der G-BA mit seinem Beschluss über die 34. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) vom 16. November 2023 nachgekommen (siehe <https://www.g-ba.de/beschluesse/6299/>). Ziel des neuen strukturierten Behandlungsprogrammes ist es, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern. Das Bundesministerium für Gesundheit wird – nach Vorlage des Beschlusses durch den G-BA – den Beschluss im Rahmen der Rechtsaufsicht gemäß § 94 SGB V prüfen.

Darüber hinaus wird hinsichtlich weiterer von der Bundesregierung zu Adipositas ergriffener Maßnahmen auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 22 der Kleinen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Entwicklung der Adipositaschirurgie in Deutschland“ auf Bundestagsdrucksache 20/5105 verwiesen.

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)?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Zahlen vor. Die Gründe sind zum einen, dass die Durchführung des Schwerbehindertenrechts – soweit es um die Feststellung der Schwerbehinderteneigenschaft und von Nachteilsausgleichen sowie um die Ausstellung von Ausweisen geht – allein durch die Länder er-

folgt. Zum anderen ist für die Begutachtung durch die Länder nach dem Schwerbehindertenrecht und dem sozialen Entschädigungsrecht allein die vom Bundesminister für Arbeit und Soziales mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) verbindlich. Die Versorgungsmedizinischen Grundsätze (Anlage zu § 2 VersMedV) enthalten die maßgeblichen und verbindlichen Vorgaben für die feststellende Behörde und die versorgungsärztlich tätigen Gutachterinnen und Gutachter. Dort wird in Teil B 15.3 „Fettstoffwechselerkrankungen“ ausgeführt, dass Adipositas alleine keinen Grad der Schädigungsfolgen/Grad der Behinderung (GdS/GdB) bedingt. Nur Folge- und Begleitschäden (insbesondere am kardiopulmonalen System oder am Stütz- und Bewegungsapparat) können die Annahme eines GdS/GdB begründen. Gleiches gilt für die besonderen funktionellen Auswirkungen einer Adipositas permagna/Adipositas Grad 3.

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)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Zahlen vor.

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?

Der vom G-BA am 16. November 2023 getroffene Beschluss zum DMP Adipositas für Erwachsene wird nach dessen Vorlage durch den G-BA durch das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Rechtsaufsicht gemäß § 94 SGB V geprüft werden.

Nach Aussagen des G-BA trägt der Beschluss der in der Gesetzesbegründung insbesondere herausgehobenen Forderung, dass von Adipositas Betroffene dauerhaft, strukturiert, qualitätsgesichert, multimodal und transsektoral versorgt werden können, insofern Rechnung, als er krankheitsspezifisch die von § 137 f Absatz 2 SGB V vorgegebenen Anforderungen an die Ausgestaltung entsprechender Behandlungsprogramme festlegt. Neben der Definition und Beschreibung von Voraussetzungen für die Einschreibung und Durchführung des Programms zählen hierzu vor allem auch Anforderungen an eine evidenzbasierte, am aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Stand orientierte Behandlung sowie Schulungen der Leistungserbringer und Versicherten. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien zielt das DMP Adipositas darauf, die vorhandenen Gesundheits- und Unterstützungsangebote für Patientinnen und Patienten mit krankhaftem Übergewicht zu verbessern und breit zugänglich zu machen.

Die in der Vorbemerkung der Fragesteller vertretene Auffassung, in dem DMP Adipositas für Erwachsene würden konkrete Leistungen einer qualifizierten multimodalen und interprofessionellen konservativen Therapie fehlen, trifft nach Auffassung des G-BA nicht zu. Das DMP Adipositas vereine ausdrücklich verschiedene Verfahren zur Behandlung und enthält edukative wie somatische Therapieanteile. Das DMP Adipositas beschreibe u. a. ausführlich die Versorgung durch koordinierende Ärztinnen und Ärzte, die Überweisung an qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte, die Einweisung in ein Krankenhaus und die Veranlassung von Rehabilitationsmaßnahmen. Neben der Standarddiagnostik werde die indikationsspezifische Erstanamnese ausführlich geregelt. Das DMP mache Vorgaben zur Therapieplanung, zu therapeutischen Basismaßnah-

men und zu evidenzbasierten Therapiemaßnahmen (insbesondere Ernährung, Bewegung, Verhaltensmodifikation, chirurgische Therapie), zu Komorbiditäten sowie regelmäßig durchzuführenden Verlaufsuntersuchungen. Insbesondere werde die multimodale Schulung als eine zentrale Maßnahme geregelt, für die entsprechend internationaler Leitlinienempfehlungen als Mindestanforderung ein Modul zu Bewegung und ein Modul zu Ernährung sowie die Fokussierung auf Verhaltensänderungen festgelegt werde, welche integriert und aufeinander abgestimmt seien und interdisziplinär durch mindestens zwei entsprechend qualifizierte Professionen angeleitet werden müssten.

Es sei nach Auffassung des G-BA unzutreffend, dass in dem DMP jene Leistungen unerwähnt blieben, die notwendige Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Liposuktion oder auch der Adipositaschirurgie seien. Zunächst sei festzustellen, dass der operative Eingriff Liposuktion keine dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende therapeutische Option für die Behandlung allein von Adipositas sei. Es sei daher folgerichtig, dass das DMP Adipositas keine Festlegungen zur Liposuktion beinhalte (siehe hierzu Antwort der Bundesregierung zu Frage 9). Zur Adipositaschirurgie sei im DMP Adipositas unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, B 1 KR 19/21 R) geregelt, dass ein chirurgischer Eingriff auch ohne Ausschöpfung konservativer Therapiemöglichkeiten erwogen werden solle, wenn unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand der Patientin oder des Patienten insgesamt zu erwarten sei. Das DMP Adipositas gebe auch keine Leistungen vor, die zwingend notwendige Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Adipositaschirurgie seien.

Hinsichtlich der Aussage, in dem DMP Adipositas fehle es an Vorgaben zur postoperativen Langzeitbetreuung nach Adipositaschirurgie, ist nach Aussagen des G-BA darauf hinzuweisen, dass die Regelung einer Langzeitbetreuung nach chirurgischer Therapie im DMP Adipositas im G-BA diskutiert, aber mehrheitlich abgelehnt worden sei. Nach Aussage des G-BA fokussierten die Regelungen im DMP sich auf jene, die potentiell für alle Versicherten relevant seien, während die Nachsorge bei Operationen potentiell nur einen sehr geringen Anteil dieser Versicherten betreffe und daher hierfür keine differenzierten Regelungen getroffen worden seien. Im Übrigen sei nach Aussagen des G-BA die Nachsorge bariatrischer Operationen, auf die Versicherte einen Leistungsanspruch haben, auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich. Im Kapitel 1.7 Verlaufsuntersuchungen des DMP Adipositas seien Standardinhalte geregelt, die auch für die Nachsorge nach bariatrischen Operationen relevant seien, und auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung seien ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Nachsorgemaßnahmen möglich.

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?

Nach Auffassung des G-BA hinterlasse das DMP Adipositas keine Versorgungslücke. Es beschreibe die multimodale Schulung als eine zentrale Maßnahme und fokussiere damit auf das gerade auch für einen dauerhaften Behandlungserfolg essentielle Selbstmanagement betroffener Patientinnen und Patienten wie deren anhaltende Selbstbefähigung zum Umgang mit der chronischen Erkrankung.

Wie bei anderen strukturierten Behandlungsprogrammen auch, strebe das DMP Adipositas grundsätzlich an, den Verlauf der chronischen Erkrankung durch ein strukturiertes, bedarfsorientiertes und leitliniengerechtes Angebot positiv zu beeinflussen und zu unterstützen und in der Folge die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen. Wesentlich sei dabei, das zu hohe Körpergewicht zu reduzieren oder zumindest eine weitere Erhöhung zu verhindern. Um einen solchen Behandlungserfolg zu erreichen und diesen möglichst dauerhaft zu sichern, erhielten die DMP-Teilnehmenden neben einem differenzierten Behandlungsplan auch Schulungsangebote sowie individuelle Empfehlungen zu Ernährung und Bewegung. Hinsichtlich weiterer Ausführungen zu Liposuktionen und bariatrischen Operationen inklusive Nachsorge wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 9 verwiesen.

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?

Die Fragen 6 und 7 werden gemeinsam beantwortet.

Der G-BA kann in einem DMP grundsätzlich nur Leistungen zur Diagnostik und Therapie empfehlen, die bereits vom Leistungsumfang der GKV zur ambulanten und stationären medizinischen Versorgung umfasst sind.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie neue Heilmittel bedürfen gemäß den §§ 135 Absatz 1 Satz 1, 138 SGB V einer vorherigen positiven Nutzenbewertung durch den G-BA, bevor sie als Leistung der GKV anerkannt werden können. Auch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln haben Versicherte gemäß § 31 Absatz 1 SGB V grundsätzlich nur Anspruch, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 SGB V oder durch Richtlinien des G-BA nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 SGB V ausgeschlossen sind.

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?

Nach Aussagen des G-BA enthalte das DMP Adipositas für Erwachsene Anforderungen an die Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft. Bei der Erarbeitung dieser Anforderungen sei die beste verfügbare Evidenz berücksichtigt worden. Insbesondere seien die vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in einer spezifischen Leitliniensynopse vom 18. August 2022 (Leitliniensynopse Adipositas – Erwachsene; Abschlussbericht; Auftrag V21-05 [online]. Köln (GER): IQWiG; 2022. (IQWiG-Berichte; Band 1408); Internetseite: https://www.iqwig.de/download/v21-05_leitliniensynopse-adipositas-erwachsene_abschlussbericht_v1-0.pdf) dargestellten evidenzbasierten Leitlinien berücksichtigt worden. Grundsätzlich können Versicherten im Rahmen von DMP nur Leistungen angeboten werden, die vom Leistungsumfang der GKV bereits umfasst sind (siehe hierzu auch die Antwort zu den Fragen 6 und 7).

Im Hinblick auf die in der IQWiG Leitliniensynopse beschriebene Ernährungstherapie/-beratung weist der G-BA darauf hin, dass er im Rahmen des Beratungsverfahrens gemäß § 138 SGB V zur ambulanten Ernährungsberatung insbesondere die Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Ernährungsberatung/-therapie bei der Indikation Adipositas vorgenommen habe (Beschluss des G-BA vom 16. März 2017, abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/2907/>). Im Ergebnis konnte der G-BA feststellen, dass der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte sich aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen ließ.

Im DMP Adipositas hat der G-BA entsprechend § 137 f Absatz 2 Satz 2 Nummer 4 SGB V vorgesehen, dass die Versicherten im DMP Adipositas Zugang zu einem strukturierten Schulungsprogramm erhalten sollen, das als multimodales Angebot neben einem Modul zu Bewegung auch ein Modul zu Ernährung beinhaltet und auf Verhaltensänderungen fokussiert. Das durch entsprechend qualifizierte Professionen anzuleitende Modul Ernährung kann als Gruppen- oder Einzelsetting im DMP Adipositas auch Ziele und Inhalte einer Ernährungsberatung/-therapie abbilden. Soweit Essstörungen die Ursache für Adipositas sind (insbesondere Binge-Eating-Störung, Night-Eating-Syndrom) oder die Adipositas mit einer psychischen Störung etwa einer Angststörung einhergeht, ist neben adipositaspezifischen Maßnahmen im Rahmen der psychotherapeutisch indizierten Behandlung etwa auch eine Verhaltenstherapie von der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst (siehe auch § 27 Psychotherapie-Richtlinie des G-BA).

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?

Die Durchführung einer ärztlich verordneten konservativen Therapie als Indikationsvoraussetzung zur Liposuktion gemäß § 4 Absatz 3 Buchstabe a) der Qualitätssicherungs-Richtlinie Liposuktion bei Lipödem im Stadium III besteht in der gemäß Heilmittel-Richtlinie verordnungsfähigen Heilmittelleistung der Manuellen Lymphdrainage bei einem Lipödem mit oder ohne Lymphödem. Hierfür wurden die Regelungen durch den G-BA mit seinem Beschluss zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie einschließlich des Heilmittelkatalogs vom 22. November 2019 angepasst.

Die Regelleistung der Bariatrie war bislang nicht Gegenstand von Beratungen des G-BA im Rahmen der Methodenbewertung.

Im Beschluss des G-BA zum DMP Adipositas ist vorgesehen, dass ein chirurgischer Eingriff entsprechend der aktuellen Leitlinienempfehlungen bei einem BMI ≥ 40 kg/m² oder bei einem BMI ≥ 35 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten, die durch eine Gewichtsabnahme positiv beeinflusst werden können, nach Ausschöpfung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten und – unter gewissen Voraussetzungen – auch ohne dass konservative Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, erwogen werden soll. Auch im Übrigen werden nach Auffassung des G-BA im DMP Adipositas keine Leistungen vorgegeben, die zwingend notwendige Voraussetzungen für die Inanspruchnahme der Adipositaschirurgie sind. Vielmehr sei unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu bariatrischen Operationen (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2022, B 1 KR 19/21 R) explizit klargestellt worden, dass ein chirurgischer Eingriff auch ohne Ausschöpfung aller konservativen Therapiemöglichkeiten erwogen werden soll, wenn unter Berücksichtigung des gesicherten Standes der medizinischen Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken ausgehend von den Behandlungszielen im konkreten Behandlungsfall

von einem chirurgischen Eingriff ein deutlich größerer Nutzen für den gesundheitlichen Zustand der Patientin oder des Patienten insgesamt zu erwarten ist.

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?

Nach Aussage des G-BA würden keine sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) als Anforderung an die Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten in dem Beschluss zum DMP Adipositas aufgeführt. Sie seien auch keine Voraussetzung für die Teilnahme an dem DMP. Hinsichtlich des Zugangs zur bariatrischen Chirurgie wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 9 verwiesen.

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?

Strukturierte Behandlungsprogramme haben das Ziel, den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker zu verbessern, sie sollen unter anderem Folgeschäden und unnötige Krankenhausaufenthalte vermeiden. Detaillierte Nachsorgepläne nach stationärem Aufenthalt sind bisher nicht Teil von DMP-Anforderungen (im Übrigen siehe auch Antwort der Bundesregierung zu Frage 4). Nach Aussage des G-BA sei eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Nachsorge nach bariatrischen Operationen, auf die der Versicherte einen Leistungsanspruch habe, im Rahmen der GKV möglich und erforderlich. Dementsprechend sehe der Beschluss über das DMP Adipositas unter Nummer 1.5.6 den Hinweis auf die Notwendigkeit einer lebenslangen Nachsorge nach chirurgischer Therapie vor. Die koordinierende Ärztin oder der koordinierende Arzt habe regelmäßig gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten zu prüfen, ob die Patientin oder der Patient weiterhin von einer Teilnahme an diesem DMP profitiere. Wie bei allen strukturierten Behandlungsprogrammen ist auch die Teilnahme an einem DMP Adipositas für die Versicherten freiwillig.

12. Wann konkret ist nach Kenntnis der Bundesregierung ein DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche im G-BA beschlussreif und umsetzbar?

Nach eigenen Aussagen strebt der G-BA einen Beschluss über ein DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche am 22. November 2024 an. Eine besondere Herausforderung stellten dabei die an die Behandlung von Kindern zu richtenden Unterschiede dar, die sich bereits daraus ergäben, dass Kinder im Wachstum einer steten Änderung des Verhältnisses von Körpergewicht zu Körpergröße unterliegen. Damit gingen unterschiedliche Anforderungen an Behandlungsstandards einher, die eine Trennung zwischen Kindern/Jugendlichen und Erwachsenen geboten erscheinen ließen. Ein besonderes Augenmerk in diesem Zusammenhang müsse somit auch dem Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter gelten, um möglichen Schnittstellenproblemen zwischen den beiden Lebensphasen zu begegnen.

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?

Die Anforderungen an ein DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche befinden sich derzeit noch in Beratung beim G-BA, so dass zum aktuellen Zeitpunkt hierzu noch keine konkreten Aussagen getroffen werden können.

Nach Aussagen des G-BA werden voraussichtlich auch im DMP Adipositas für Kinder und Jugendliche Schulungen ein zentrales Element sein, da gerade bei dieser Zielgruppe davon ausgegangen werde, dass edukativen Elementen unter Einbezug der Familie erhebliche Bedeutung zukomme und sie daher einen erfolgsversprechenden Ansatz darstellten.

