

Positionspapier der DAA

in Kooperation mit der Arbeitsgruppe „Multidisziplinäres Konsensus Positionspapier WOD“

Adipositas – eine ignorierte und stigmatisierte Krankheit (Erkrankung)

Menschen mit Adipositas werden offen im Gesundheitssystem diskriminiert. Die Stigmatisierung, der Menschen und Patienten mit Adipositas ausgesetzt sind, umfasst unberechtigterweise Begriffe wie „Willensschwäche“, „Selbstverschulden“ und „Disziplinlosigkeit“. Angesichts des herrschenden Paradigmas und von den Betroffenen lebenslang erfahrener (Vor-) Urteile hat sich bei Patienten mit Adipositas die Selbststigmatisierung tief verankert. Der persönliche Wert als Mensch und als Mensch in der Gesellschaft wird nicht mehr wahrgenommen. Schuld und Scham lasten schwer auf den meisten Betroffenen. Viele isolieren sich, suchen selten Hilfe, sind in ihrer Scham gefangen und geben sich nicht selten auf.

Die überwiegende Mehrheit der Betroffenen erhält keine leitliniengerechte Therapie – obwohl es diese gibt. In medizinischen Leitlinien berücksichtigte Behandlungsmethoden werden überhaupt nicht, nur in geringem Umfang oder nur einzelfallbezogen erstattet. Während Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma oder Rheuma vielfältige Behandlungsmethoden, Experten und Anlaufstellen wie selbstverständlich zur Verfügung stehen, ist dies bei Patienten mit Adipositas nicht oder nur marginal der Fall. Menschen mit Adipositas müssen oftmals über Eigenleistungen zunächst ihre Compliance beweisen, um einen Zugang zur weiterführenden Therapie zu erhalten. Als Voraussetzung für eine regelhafte Therapiefinanzierung wird der Nachweis einer kurz- bis mittelfristigen Kosteneinsparung gefordert. Eine Forderung, die bei keiner anderen Erkrankung gestellt wird. Menschen mit Adipositas fühlen sich dadurch als Menschen zweiter Klasse.

Selbst unter Ärzten und anderen Fachgruppen existieren völlig veraltete Vorstellungen über das Wesen der Erkrankung und Therapieoptionen. Ursachen und Therapie dieser Erkrankung werden nicht an den Universitäten gelehrt und sind selbst dem Großteil der Ärzteschaft bisher nicht bekannt¹. Adipositas fehlt weitgehend in der Ausbildung der Ärzte, Psychotherapeuten, anderer Heilberufe und Akteure im Gesundheitssystem.

Es bedarf dringend unabhängige Lehrstühle und Exzellenzcluster an den Universitäten, welche mit gezielten Fragestellungen die Adipositas assoziierte Forschung, Lehre und Ausbildung vorantreiben. Das Defizit zeigt sich nicht nur in der fehlenden Ausbildung, sondern auch in der mangelnden Publikationsleistung der deutschen Universitäten im Bereich der Adipositasforschung. Auf diesem gesellschaftlich so wichtigen Feld ist diese im Vergleich mit den anderen Industriestaaten äußerst gering. Wie in der Nationalen Diabetes Strategie bereits gefordert, benötigen wir eine langfristig angelegte Strategie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zur Stärkung der Forschung in Deutschland.

Obwohl knapp ein Viertel der Bevölkerung von Adipositas betroffen ist, fehlt es in Arztpraxen und Krankenhäusern an der technischen Infrastruktur, insbesondere für Menschen mit hochgradiger Adipositas: Liegen, Spezialbetten, Instrumente, Pflegehilfen.

Der Mangel an evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Angeboten im konservativen Bereich drängt die betroffenen Patienten in den zweiten Gesundheitsmarkt, wo sie auch auf Angebote mit Schadenspotential treffen.

Hinsichtlich der Therapie der Adipositas bedeutet der derzeitige Zustand:

- Adipositas wird in der ärztlichen Versorgung als Krankheit ignoriert und der Bedarf einer strukturierten Behandlung nicht mit dem betroffenen Patienten besprochen
- Es fehlt der Zugang zu multimodaler Adipositastherapie
- Die adjuvante Arzneimitteltherapie ist als „Lifestyle“ gesetzlich ausgeschlossen
- Der Zugang zur Adipositaschirurgie ist vielerorts durch das Prinzip der Einzelfallanträge und Entscheidung durch die Krankenkassen deutlich erschwert
- Bereits operierte Patienten werden durch fehlende Langzeittherapie einem erhöhten Schadenspotential ausgesetzt

Adipositas - eine gesundheitspolitische Herausforderung

Adipositas ist eine **chronisch-fortschreitende Krankheit** mit hohem Rezidivpotentialⁱⁱ, die aufgrund der Vielzahl an Folge- und Begleiterkrankungen eine enorme Herausforderung für Patienten, Behandler und das Gesundheitssystem darstellt. Übergewicht und Adipositas sind nachweislich Auslöser von mehr als **60 Begleit- und Folgeerkrankungen** – darunter chronische Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Schlafapnoe und Krebserkrankungen.ⁱⁱⁱ Laut Daten des Robert-Koch-Instituts sind 16.000.000, also knapp jeder vierte (23,6%) der Erwachsenen in Deutschland, krankhaft adipös.^{iv} Der Anteil von Menschen mit Adipositas Grad III (BMI ≥ 40) hat sich laut Mikrozensus im Zeitraum 1999 – 2013 mehr als verdoppelt. In Deutschland haben ca. 12,3 Mio. Menschen mit Adipositas bereits eine Begleiterkrankung.^v

Adipositas verursacht bereits jährliche **direkte Kosten von über 29 Milliarden Euro**^{vi} für das Gesundheitssystem in Deutschland. Deutschland liegt mit **10,7 Prozent der Gesundheitsausgaben** weit über dem OECD-Durchschnitt und gibt zusammen mit den Niederlanden und den USA am meisten **für die Behandlung der Folgen von Übergewicht** aus.^{vii}

Adipositas entsteht durch ein komplexes Wechselspiel zwischen **adipogenen Lebens- und Umweltbedingungen** sowie der **genetischen Veranlagung** und **neuroendokrinen Prozessen**, die das Gewicht regulieren. Darüber hinaus bewirkt die Pathophysiologie der Adipositas, dass der menschliche Körper das einmal erreichte Körpergewicht immer wieder anstrebt und erklärt somit den ernstzunehmenden chronischen Charakter der Adipositas. Um einen dauerhaften Gewichtsanstieg zu verhindern, muss deshalb frühzeitig therapeutisch interveniert werden.

COVID19 und Adipositas

COVID-19 hat gezeigt, dass Menschen mit Adipositas, wie auch andere chronisch Erkrankte, zu den gefährdeten Risikogruppen gehören, welche ein höheres Risiko für schwere Verläufe und Mortalität aufweisen.^{viii} Die Mitglieder der Deutschen Adipositas Allianz begrüßen sehr, dass die ständige Impfkommision der Dringlichkeit eines Handlungsbedarfs im Bereich COVID-19 und Adipositas

Rechnung getragen hat und die deutsche Bundesregierung „Personen mit Adipositas“ (BMI 30-39 und BMI 40 und höher) in der Corona-Virus Impfverordnung vom 8.2.2021 in die zweit- bzw. dritthöchste Kategorie mit Anspruch auf eine Schutzimpfung eingeordnet hat.

Bestehender Leistungsanspruch von Menschen mit Adipositas wird nicht erfüllt

Das **Bundessozialgericht** hat bereits 2003 festgestellt, dass es sich bei einer behandlungswürdigen Adipositas um eine **Krankheit im krankensicherungsrechtlichen Sinne** handelt^{ix} und daher unabhängig der Ursache eine Leistungspflicht der GKV besteht. Als medizinische Expertenorganisation des GKV-Spitzenverbands definierte der **MDS** die Bestandteile einer **leitlinienkonformen Therapie der Adipositas^x**, die jedoch derzeit nur von PKV-Versicherten oder **als Selbstzahlerleistungen** erhältlich sind. Damit steht der **sozialrechtliche Leistungsanspruch der Versicherten im Widerspruch zur aktuellen Versorgungsrealität**.

Umso wichtiger war die Feststellung durch den deutschen **Bundestag** am 03. Juli 2020, dass die Adipositas eine chronische Erkrankung ist und ein bedeutendes Versorgungsdefizit im Sinne einer **Unter- und Fehlversorgung** besteht.

DMP Adipositas löst fehlendes Leistungsangebot und Stigmatisierung nicht auf

Die Deutsche Adipositas Allianz begrüßt den geplanten Auftrag des Gesetzgebers zur Schaffung von DMP Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich. Jedoch weisen die Mitglieder der DAA darauf hin, dass die alleinige Schaffung von DMP Richtlinien das bestehende Versorgungsdefizit nicht lösen. Allein die Neustrukturierung der wenigen vorhandenen Leistungen wird die Lebenssituation und Gesundheit von Menschen mit Adipositas nicht verbessern. Stattdessen müssen zunächst die Kernelemente einer leitlinienkonformen Therapie in den gesetzlichen Leistungskatalog aufgenommen werden, damit diese sich auch im DMP wiederfinden können. Im Detail fordert die DAA dazu auf:

- Sachgerechte Abbildung der ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Diese umfassen die strukturierte Anamnese der Adipositas, Erstellung eines multimodalen Therapieplans, Beratung des Patienten, Kontrolluntersuchungen, Therapieplananpassungen.
- Aufnahme der Indikation Adipositas für die Ernährungstherapie in den Heilmittelkatalog als Bestandteil der multimodalen Therapie sowohl vor als auch nach einem adipositaschirurgischen Eingriff.
- Aufnahme der adjuvanten Arzneimitteltherapie der Adipositas in das DMP Adipositas durch Schaffung einer gesetzlichen Ausnahmeregelung des §34 SGB V.
- Zugang zu ergänzenden psychotherapeutischen Leistungen.
- Barrierefreier, leitliniengerechter Zugang zu Adipositaschirurgie durch Unterbindung der nicht gesetzeskonformen Einzelfallentscheidungspraxis und konsekutiven Prüfung durch den Medizinischen Dienst.

- Sicherstellung der postoperativen Langzeitbetreuung nach einer Adipositas-chirurgischen Operation im ambulanten medizinischen Setting.

Ergänzend zur Behebung der aufgezeigten Versorgungsdefizite in der Behandlung der Adipositas ist es erforderlich, nationale Forschungsstrukturen auf dem Weg zu bringen. Deutschland sollte auch in diesem gesellschaftlich und medizinisch relevanten Bereich den Anspruch haben, international führend in den Bereichen Grundlagen-, klinische und Versorgungsforschung und deren Translation in die Patientenversorgung führend zu sein.

Vor diesem Hintergrund fordert die Deutsche Adipositas Allianz die Bundesregierung sowie die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV auf, die Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas zu beenden und zügig die Voraussetzung für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung von Menschen mit Adipositas zu schaffen und die Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen zur Prävention und Therapie sowie der Ausbildung zu fördern.

-
- ⁱ Caterson ID et al. (2019): Gaps to bridge: misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes, Obesity and Metabolism*; 21(8): 1914–1924.
- ⁱⁱ Bray GA [2017] Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017 Jul;18(7):715-723
- ⁱⁱⁱ Hauner, H [2013] Therapie von Adipositas. Positionspapier des Kompetenznetzes Adipositas, *Adipositas* 2013; 7: 148–149
- ^{iv} Mensink GB, et. al [2013] Übergewicht und Adipositas in Deutschland - Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), *Bundesgesundheitsbl* 2013 · 56:786–794
- ^v Fallzahlberechnungen auf Grundlage DEGS I (Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 786-794), EOSS-Anteile BMI Klasse (Padwal RS, Pajewski NM, Allison DB, Sharma AM. Using the Edmonton obesity staging system to predict mortality in a population-representative cohort of people with overweight and obesity. *CMAJ.* 2011;183(14):E1059–E1066. doi:10.1503/cmaj.110387) und Bevölkerungsstand 31.12.2017 (Destatis)
- ^{vi} Effertz, T., Engel, S, Verheyen, F., Linder, R (2016): The costs and consequences of obesity in Germany: a new approach from a prevalence and life-cycle perspective. *Eur J Health Econ.* 2016 Dec;17(9):1141-1158
- ^{vii} 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>.
- ^{viii} Hendren NS, de Lemos JA, Ayers C et al. Association of Body Mass Index and Age With Morbidity and Mortality in Patients Hospitalized With COVID-19: Results From the American Heart Association COVID-19 Cardiovascular Disease Registry. *Circulation*. Published: November 17, 2020
- ^{ix} Bundessozialgericht B 1 KR 1/02 R, 2003
- ^x Medizinischer Dienst des GKV Spitzenverbandes (MDS) [2017] Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen – Prüfung der sozialmedizinischen Voraussetzungen <https://www.mds-ev.de/aktuell/aktuelle-meldungen/2017-10-18.html>

Deutsche Adipositas Allianz (DAA)

Engagierte Organisationen aus vielen Bereichen der Gesellschaft haben sich in der DAA zusammengetan, auch um das herrschende Bild vom „Dicksein“ und von „Dicken“ in Deutschland zu verändern – also einem Narrativ, das z. B. Kranke kränker macht und körperliches wie seelisches Leiden in einem riesigen Ausmaß verlängert oder auslöst und die Wirtschaft schwer (sic!) belastet.

Gleichzeitig sollen Versorgung und Forschung systematisch verbessert werden sowie politische Aktivitäten gebündelt und strategisch gemeinsam vertreten werden.

Die Beteiligten kommen u. a. aus Medizin, Politik, Medien, Krankenkassen- und Rentenversicherung und vielen anderen Organisationen im Gesundheitswesen. Als **Deutsche Adipositas Allianz (DAA)** haben sie sich zusammengeschlossen und eine übergreifende Initiative gestartet. Mit Verbänden, Parteien und Unternehmen wurde Kontakt aufgenommen mit dem Ziel, ein Netzwerk zu schaffen, um die Vision der DAA gemeinsam zu verwirklichen. In der Zukunft soll beispielsweise mit Medien, Kulturschaffenden, Sportverbänden und anderen gesellschaftlichen Gruppen kooperiert werden. Visionäres Ziel ist auch, statt vieler Einzelaktivitäten und Initiativen ein koordiniertes Vorgehen „aus einem Guss“ zu ermöglichen im Sinne einer nationalen Strategie.

Der Antrieb, die Vision und ihre Umsetzung gemeinsam anzugehen, sind sowohl subjektive persönliche Begegnungen mit Betroffenen und ihrem oft aufrüttelnden Schicksal, aber auch eine gesamtgesellschaftliche Betrachtungsweise, die umfassende und weit verbreitete Probleme aufdeckt.

Absender

Deutsche Adipositas Allianz (DAA)

Zusätzlich haben sich Vertreter aus den folgenden mandatierten Fachgesellschaften engagiert:

Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Adipositas therapie und metabolische Chirurgie (CCADIP)

Deutsche Adipositas Gesellschaft (DAG)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Viszeral Chirurgie (DGAV)

und weitere

Pressekontakt

Deutsche Adipositas Allianz

Andreas Herdt

andreas.herdt@acsdev.de

0172-7339440

c/o AcSD e.V.

Kolpingstraße 28

65451 Kelsterbach