

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 02.07.2020 abschließend beraten und beschlossen:

1. Die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen,
2. das Petitionsverfahren im Einzelfall abzuschließen.

### Begründung

Mit der Petition wird gefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung adipöser Patienten zu schaffen und deren Finanzierung bundesweit einheitlich sicherzustellen.

Zur Begründung wird u. a. ausgeführt, 16 Mio. Erwachsene seien in Deutschland von der chronischen Krankheit Adipositas betroffen. Jedoch sei die ambulante medizinische Versorgung dieser Patienten trotz existierender nationaler und internationaler Leitlinien nicht flächendeckend umgesetzt.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die von ihm einreichten Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 2.126 Mitzeichnungen sowie 80 Diskussionsbeiträge ein. Weiterhin gingen 7122 unterstützende Unterschriften auf dem Postweg ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Sachzusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage von Stellungnahmen der Bundesregierung sowie eines Berichterstattegesprächs wie folgt dar:

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf eine Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V). Der konkrete Leistungsanspruch der gesetzlich Versicherten - z. B. auf bestimmte Untersuchungen oder Behandlungen - wird nicht im Einzelnen durch gesetzliche Vorschriften des SGB V geregelt, sondern von der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen näher konkretisiert.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen sowie drei unparteiischen Mitgliedern. Organisationen auf Bundesebene, die die Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, haben in den Beratungen der Gremien des G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit von Leistungen. Im Falle von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen diese in der vertragsärztlichen Versorgung nur angewandt werden, wenn der G-BA nach seiner Prüfung beschlossen hat, eine Methode in die Versorgung aufzunehmen. Unter neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind solche Methoden zu verstehen, die bisher von der Ärztin oder dem Arzt nicht im vertragsärztlichen Vergütungssystem abgerechnet werden können, weil sie nicht in den jeweiligen Verzeichnissen der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen enthalten sind.

Aus der Petition geht nicht hervor, welche Leistungen bei der medizinischen Versorgung adipöser Patientinnen und Patienten zwar "per se im ambulanten Leistungskatalog enthalten seien, aber nicht angewandt bzw. verordnet werden dürften". Im Zusammenhang mit der erhöhten Krankheitslast ist bei adipösen Patientinnen und Patienten unter anderem von erheblichen direkten Kosten auszugehen, die insbesondere für die medizinische Versorgung von adipösen Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs anfallen. Allgemein ist darauf hinzuweisen, dass die Versicherten bei ihrer Krankenkasse erfahren können, welche medizinischen Leistungen im individuellen Fall von der GKV übernommen werden.

Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V, die mit dem Präventionsgesetz weiter gestärkt wurden, sind auf die Verhinderung und Vermeidung von Krankheitsrisiken ausgerichtet. Sie kommen in der Regel dann zum Tragen, wenn Krankheiten noch nicht vorliegen. Im Leitfaden Prävention des GKV Spitzenverbandes sind die Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung des § 20 SGB V festgelegt. Darin werden in der verhaltensbezogenen individuellen Prävention im Präventionsprinzip "Vermeidung und Reduktion von Übergewicht" Kriterien für Präventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene definiert, die Versicherte von den Krankenkassen bezuschusst bekommen können. Für chronisch kranke Versicherte gibt es darüber hinaus das Angebot von Patientenschulungen nach § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Solche Schulungsmaßnahmen können Patientinnen und Patienten zum Selbstmanagement befähigen und Beeinträchtigungen, aber auch Folgeerkrankungen vermeiden helfen. Angehörige und ständige Betreuungspersonen können in eine Patientenschulung einbezogen werden.

Die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und der GKV-Spitzenverband haben zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen gemeinsame Empfehlungen abgegeben. Die Empfehlungen enthalten allgemeine Definitionen und Anforderungen an qualifizierte Patientenschulungsmaßnahmen u. a. zum Schulungskonzept, zu Teilnehmerzahl und Dauer sowie zum Nachweis der Wirksamkeit der Schulungsmaßnahmen. Zur Behandlung von Adipositas existieren spezielle Empfehlungen zu Patientenschulungen für adipöse Erwachsene und für adipöse Kinder und Jugendliche. Die Herausgabe von besonderen Empfehlungen für Patientenschulungen bei Adipositas verdeutlicht die hohe Bedeutung, die solchen Maßnahmen im Rahmen der GKV beigemessen wird.

Mit ergänzender Stellungnahme vom April 2019 wies die Bundesregierung auf Folgendes hin:

Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen

Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des G-BA durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen 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 (§ 72 Abs. 2 SGB V). Insofern sind auch Module einer ambulanten ärztlichen Diagnostik und Therapie einer behandlungsbedürftigen Adipositas, einschließlich der

Folge- und Begleiterkrankungen (u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes) im sogenannten einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet.

Für die konkrete inhaltliche Bestimmung der abrechnungsfähigen Leistungen im EBM und ihre Bewertung, wie zum Beispiel die Grundleistungen der haus- und fachärztlichen Versorgung, die Laborleistungen sowie die postoperativen Überwachungs- und Behandlungskomplexe, ist auf die alleinige fachliche Zuständigkeit des Bewertungsausschusses zu verweisen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt lediglich die Rechtsaufsicht über den Bewertungsausschuss. Es wird daher u.a. angeregt, dass sich der Petent mit seinem Anliegen unmittelbar an den GKV-Spitzenverband als Spitzenorganisation der Krankenkassen und ihrer Verbände auf Bundesebene wendet, der mit drei Vertretern der Kassenseite in Parität zusammen mit drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Aufgaben des Bewertungsausschusses eigenverantwortlich wahrnimmt.

#### Ernährungstherapie

Versicherte haben nach § 32 SGB V Anspruch auf Heilmittel. Die Bestimmung der Heilmittel sowie die Zuordnung der jeweiligen Maßnahme zu den entsprechenden Indikationen hat der G-BA im Heilmittelkatalog vorgenommen, der Bestandteil der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL) ist. Nach dem Heilmittelkatalog ist die Ernährungstherapie lediglich bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie bei Mukoviszidose zu verordnen. Die Verordnung von Ernährungstherapie bei Adipositas ist nicht vorgesehen.

Neue Heilmittel dürfen von den Vertragsärzten nur vorordnet werden, wenn ihr therapeutischer Nutzen durch den G-BA anerkannt wurde und er in der HeilM-RL Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Darüber hinaus müssen auch die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nachgewiesen sein. Der G-BA hat die Ernährungstherapie als Heilmittel ausschließlich zur ernährungstherapeutischen Behandlung der oben erwähnten Erkrankungen in die HeilM-RL aufgenommen, sofern diese als medizinische Maßnahme zwingend erforderlich, weil alternativlos ist, da ansonsten schwere geistige oder körperliche Beeinträchtigungen oder Tod drohen. Die Entscheidung des G-BA beruhte auf einer durchgeführten umfassenden Nutzenbewertung des G-BA für verschiedene infrage kommende Indikationen, einschließlich der Adipositas. Die im Rahmen der Nutzenbewertung berücksichtigten Studien ergaben aus Sicht des G-BA keinen Beleg eines Nutzens der alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich

patientenrelevanter Endpunkte bei den berücksichtigten Indikationen (außer bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie bei Mukoviszidose, wo der G-BA den Nutzen anerkannt hat).

Bei Adipositas ließ sich nach Bewertung des G-BA der Nutzen einer alleinigen Ernährungsberatung hinsichtlich patientenrelevanter Endpunkte aufgrund der berücksichtigten Studien nicht belegen. Nähere Informationen zum G-BA-Beschluss und den begründenden Unterlagen einschließlich der Zusammenfassenden Dokumentation sind im Internetangebot des G-BA veröffentlicht (<https://www.g-ba.de>).

Patientenschulungen, Rehasport

Als ergänzende Leistung zur Rehabilitation leisten die gesetzlichen Krankenkassen Rehabilitationssport und Funktionstraining (§ 43 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch, SGB IX). Die gesetzlichen Regelungen werden konkretisiert durch die "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining", die die Rehabilitationsträger der verschiedenen Sozialversicherungszweige unter anderem mit der Deutschen Rheuma-Liga und dem Deutschen Behindertensportverband auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation abgeschlossen haben. Danach richtet sich Rehabilitationssport an behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen.

Ziel des Rehabilitationssports ist es, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern und Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten. Die Verordnungsfähigkeit von Rehabilitationssport ist grundsätzlich nicht an bestimmte Krankheitsdiagnosen gebunden (die Anzahl der Übungseinheiten kann bei besonders schweren Erkrankungen erhöht werden). Bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen können demnach auch Menschen mit einer Adipositas am Rehabilitationssport teilnehmen.

Nach den gemeinsamen Empfehlungen zur Förderung und Durchführung von Patientenschulungen für behandlungsbedürftige adipöse Erwachsene der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und des GKV-Spitzenverbandes sind in den Schulungsmaßnahmen die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie zu berücksichtigen. Hierdurch ist dem geforderten multimodalen Ansatz bereits im Rahmen der geltenden Rechtslage Rechnung getragen.

Auch die S3-Leitlinie "Prävention und Therapie der Adipositas" empfiehlt als Grundlage der Adipositas-Behandlung ein Basisprogramm, bestehend aus den

Komponenten Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie mit dem Ziel, das Gewicht zu reduzieren und den Gewichtsverlust langfristig einzubehalten. Gemäß der Leitlinie sollten nur solche Gewichtsreduktionsprogramme angeboten werden, bei denen der Nutzen wissenschaftlich untersucht wurde. Auf einen Evidenznachweis zur Wirksamkeit der Schulungsprogramme kann insofern nicht grundsätzlich verzichtet werden. Die Leitlinie nennt auch Programme, bei denen solche Belege vorliegen (z.B. "Abnehmen mit Genuss" der AOK, "Weight Watchers"). Nähere Erläuterungen hierzu sind auch in der 2019 veröffentlichten Patientenleitlinie enthalten (<https://www.awmf.org>).

### Psychotherapie

Das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten hat der G-BA in seiner Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) geregelt. Danach können psychotherapeutische Leistungen von Therapeutinnen und Therapeuten im Rahmen dieser Richtlinie erbracht werden, soweit und solange eine seelische Krankheit vorliegt. In dieser Richtlinie wird seelische Krankheit verstanden als krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen. Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden.

Hat die Adipositas ihre Ursache in einer seelischen Erkrankung, wird die Adipositas von einer seelischen Erkrankung begleitet oder ist diese eine Folge der Adipositas, ist die psychotherapeutische Behandlung nach der Psychotherapie-Richtlinie möglich. Die psychotherapeutische Behandlung adipöser Menschen mit seelischer Erkrankung ist demnach bereits jetzt von der Psychotherapie-Richtlinie erfasst. Allerdings kann die Adipositas im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie nicht unabhängig von einer seelischen Erkrankung berücksichtigt werden. Ob darüber hinaus ggf. Änderungen in der Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich der Adipositas erforderlich sind, obliegt der Entscheidung des G-BA.

### Weitere Behandlungsmaßnahmen

Häufige Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas sind zum Beispiel Hypertonie, Typ 2 Diabetes, Fettstoffwechselstörungen oder koronare Herzkrankheit. Für diese Erkrankungen, die im Zusammenhang mit Adipositas stehen können, gibt es u.a. das Angebot der strukturierten Behandlungsprogramme (auch Disease Management-Programm, DMP genannt). Zwar gibt es kein spezielles Programm für die Behandlung der Adipositas, aber gleichwohl für die Behandlung von eng mit Adipositas zusammenhängenden Begleit- und Folgeerkrankungen wie z.B. Diabetes

mellitus Typ 2 oder koronare Herzkrankheit. Die bestehenden DMP enthalten Empfehlungen zur Behandlung von Begleiterkrankungen - wie Ernährungsberatung und Empfehlungen zur Reduktion von Übergewicht - dies trifft auch auf die Adipositas zu. Auch wird individuell überprüft, ob die Patientin oder der Patient von intensiveren Bemühungen bzgl. einer Gewichtskontrolle bzw. einer Steigerung der körperlichen Aktivität profitiert. Im DMP ist festgelegt, dass mögliche Interventionen darauf ausgerichtet sein müssen, die Patientin oder den Patienten zu motivieren, das erwünschte positive Bewegungsverhalten eigenverantwortlich und nachhaltig in ihren oder seinen Lebensstil zu integrieren. Darüber hinaus sind Schulungs- und Behandlungsprogramme fester und verpflichtender Bestandteil der DMP. Patientenschulungen in den DMP dienen insbesondere der Befähigung der Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur selbstverantwortlichen Umsetzung wesentlicher Therapiemaßnahmen.

Das o.g., am 19.12.2019 durchgeführte Berichterstattergespräch ergab, dass unabhängig von "leitliniengerechten Behandlungen bzw. Patientenschulungen" nach Ansicht des Petitionsausschusses ein dringender Bedarf hinsichtlich einer Adipositas betreffenden Richtlinie des G-BA besteht.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Petitionsausschuss, die Petition der Bundesregierung – dem BMG – als Material zu überweisen und das Petitionsverfahren im Einzelfall abzuschließen.