

**Begutachtungsfaden**

**Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) bei Erwachsenen**

**21.12.2009**

Der Begutachtungsleitfaden wurde durch die Sozialmedizinische Expertengruppe SEG 7 „Methoden- und Produktbewertung“ mit Unterstützung durch die SEG 4 „Vergütung und Abrechnung“ und das Kompetenz-Centrum Psychiatrie / Psychotherapie (KCPP) erstellt.

### **Beschlussfassung:**

Der Begutachtungsleitfaden wurde am 24./25. November 2009 von der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte verabschiedet und am 21. Dezember 2009 vom Beirat für MDK-Koordinierungsfragen und vom MDS-Vorstand zur Anwendung empfohlen.

### **Herausgeber:**

Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V. (MDS)  
Lützowstraße 53  
D-45141 Essen  
Telefon: 0201 8327-0  
Telefax: 0201 8327-100  
E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)  
Internet: <http://www.mds-ev.org>

## Vorwort

Weltweit wird über eine Zunahme adipöser Menschen ( $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) und stark adipöser Menschen ( $\text{BMI} > 40 \text{ kg/m}^2$ ) berichtet. Regierungen, Fachgesellschaften und andere Organisationen suchen Strategien, dieser Entwicklung, die mit einer gesundheitsökonomisch relevanten Zunahme adipositas-assoziiierter Folgeerkrankungen einhergeht, entgegenzutreten. Die Europäische Union hat 2007 ein Strategiepapier für Europa zu den Themen Ernährung, Übergewicht, Adipositas vorgestellt.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) begutachtet u. a. die Indikation für bariatrische Eingriffe sowie für plastisch-rekonstruktive Eingriffe nach Adipositaschirurgie unter Berücksichtigung medizinischer Erfordernisse im Einzelfall. Dem Medizinischen Dienst werden ca. 10.000 Anträge / Jahr zur Begutachtung vorgelegt.

Die Leistungspflicht der GKV bei adipositaschirurgischen Eingriffen unterliegt rechtlichen Grundlagen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in seiner Rechtsprechung zur Adipositaschirurgie hervorgehoben, dass eine Kostenübernahme für eine chirurgische Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur als „Ultima Ratio“ in Frage kommt, d. h. wenn alle anderen Möglichkeiten der Gewichtsreduktion ausgeschöpft sind und der Eingriff dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse in internationalen evidenzbasierten Leitlinien entspricht.

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung wurde dieser Begutachtungsfaden erstellt. Die wesentlichen Ausführungen dazu finden sich in Abschnitt 2.3.

Der Leitfaden soll auch eine Hilfestellung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter<sup>1</sup> der Krankenkassen darstellen und die Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK unterstützen.

Der Begutachtungsfaden wurde im Auftrag der Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der Medizinischen Dienste unter Federführung der SEG 7 unter Beteiligung der SEG 4 und des KCPP entwickelt. Den beteiligten Gutachterinnen und Gutachtern gebührt für die Erstellung des Begutachtungsfadens besonderer Dank.

Prof. Dr. Jürgen Windeler  
Leitender Arzt und stellv. Geschäftsführer  
MDS

Dr. Gert von Mittelstaedt  
Sprecher der Leitenden Ärztinnen und Ärzte  
der MDK-Gemeinschaft

---

<sup>1</sup> Im weiteren Text werden zur besseren Lesbarkeit die Bezeichnungen Patient, Versicherter, Gutachter, Arzt, Chirurg, Operateur, Psychotherapeut usw. verwendet. Die Bezeichnungen betreffen in gleichem Maß Patientinnen, Versicherte, Gutachterinnen, Ärztinnen etc.

---

## Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Einleitung: Auftrag und Zweck dieses Leitfadens</b>	<b>6</b>
1.1	Verzeichnis der Abkürzungen	9
<b>2.</b>	<b>Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfallprüfung</b>	<b>10</b>
2.1	Rechtliche Grundlagen	10
2.1.1	Gesetzliche Grundlagen	10
2.1.2	Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	12
2.1.3	Rechtsprechung	12
2.2	Wichtige sozialmedizinische Grundlagen zum Begutachtungsanlass Adipositas	16
2.2.1	Definition	16
2.2.2	Epidemiologie	16
2.2.3	Folgeerkrankungen / Klinik der Adipositas	16
2.2.4	Konservative Therapie der Adipositas	17
2.2.5	Adipositaschirurgie / Bariatrische Operationen	20
2.3	Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung	22
2.3.1	Arbeits- und Bewertungsschritte der Einzelfallbegutachtung*	23
2.4	Ergänzende Hinweise zu speziellen Aspekten der Begutachtung	37
2.4.1	Abhängigkeit von Drogen und Alkohol	37
2.4.2	Psychische Störungen	37
2.4.3	Schwere psychische Störungen	37
2.4.4	Binge Eating	38
2.4.5	Sweet Eater	39
2.4.6	Personen mit niedrigem Intelligenzniveau, mentale kognitive Retardierung, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	39
2.4.7	Adipositaschirurgische Eingriffe zur Behandlung eines Diabetes mellitus 2 bzw. eines metabolischen Syndroms	40
2.4.8	Organisch bedingte Adipositas	41
2.4.9	Ältere / betagte Personen ab 65 Jahren	42
2.4.10	Revisionseingriffe	42
2.4.11	Wirtschaftlichkeitsgebot und Folgekosten	43
2.4.12	Adipositaschirurgie als Schädigung eines gesunden Organs	43
2.4.13	Ultima Ratio	43

---

2.4.14	Begutachtung nach der BSG-Rechtsprechung zum Seltenheitsfall oder zur notstandsähnlichen Situation	43
2.4.15	Hinweise zur Versorgungssituation / zu Versorgungsabläufen	44
<b>3.</b>	<b>Organisation der Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK</b>	<b>45</b>
3.1	Fallauswahl bei der Krankenkasse	45
3.2	Sozialmedizinische Fallberatung	45
<b>4.</b>	<b>Gutachten</b>	<b>46</b>
4.1	Gutachten nach Aktenlage	46
4.2	Gutachten durch persönliche Befunderhebung	46
<b>5.</b>	<b>Vorgehen bei Widersprüchen</b>	<b>47</b>
<b>6.</b>	<b>Ergebnismitteilung</b>	<b>48</b>
<b>7.</b>	<b>Anlage und Verweise</b>	<b>49</b>
7.1	Literaturverzeichnis	49
7.2	Vorschläge für Briefe / Anfragen an Behandler und Versicherte und weitere Materialien	52
7.2.1	Anfrage an Versicherte	53
7.2.2	Anfrage an Leistungserbringer / Behandelnde Ärztinnen / Ärzte	59
7.2.3	Anfrage an psychiatrisch/psychotherapeutische Leistungserbringer	61
7.2.4	Strukturanfrage	64
7.3	Schlüsselnummern für die Adipositas nach der Systematik der ICD-10-GM 2009	66
7.4	Checkliste Fallauswahl und Vorbereitung der SFB	66
7.5	Prüfalgorithmen	67

## 1. Einleitung: Auftrag und Zweck dieses Leitfadens

Die Konferenz der Leitenden Ärztinnen und Ärzte fasste bei ihrem Treffen am 26./27. November 2008<sup>2</sup> in Erfurt den Beschluss, die SEG 7 (Methoden- und Produktbewertung) mit der Erstellung eines Begutachtungsleitfadens „Bariatrische Chirurgie“ zu beauftragen, da die Notwendigkeit bestehe, für die Einzelfallbegutachtung einheitlichere Vorgehensweisen zu entwickeln.

Hierzu wurde eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet unter Einbindung der SEG 4 (Vergütung und Abrechnung) und des Kompetenzzentrums Psychiatrie und Psychotherapie.

### Gegenstand des Begutachtungsleitfadens ist

- das Vorabvotum des MDK vor einem geplanten adipositaschirurgischen Eingriff im Einzelfall, incl. möglicherweise notwendiger Revisionsoperationen.
- die Einzelfallprüfung nach erfolgtem bariatrischem Eingriff (z. B. bei selbstbeschaffter Leistung).

### Gegenstand dieses Leitfadens ist nicht

- die fallübergreifende Methodenbewertung (Grundsatzbegutachtung).
- die Begutachtung von Kostenübernahmeanträgen für Adipositasprogramme.
- die Indikationsprüfung für operative Eingriffe nach drastischer Gewichtsreduktion (Abdominale Fettschürzen, Extremitäten-/Bruststraffung und andere plastisch-chirurgische Eingriffe).
- die Prüfung der Kostenübernahme von Arzneimitteln, Nahrungsergänzungsmitteln u. a. nach OP.
- die Begutachtung der bariatrischen Chirurgie bei Kindern und Jugendlichen.

Wesentliche Grundlage dieses Begutachtungsleitfadens ist das MDK-Grundsatzgutachten der SEG 7 aus dem Januar 2007[46].

Dem Begutachtungsleitfaden liegt außerdem zugrunde: „Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas“. Abschlussbericht. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, (IQWiG) 03.04.2009[27].

Identifiziert wurden darin folgende 10 Leitlinien:

1. Prävention und Therapie der Adipositas, 2007, Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)[24].
2. Interdisciplinary European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity 2007, Bariatric Scientific Collaborative Group (BSCG)[20].
3. Obesity surgery. Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), 2005[42].

---

<sup>2</sup> Niederschrift zur Sitzung nach Kooperationsvertrag, TOP 4.2.

4. Obesity guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, 2006, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)[39].
5. Prevention and management of obesity (mature adolescent and adults), 2006, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)[28].
6. Clinical practice guidelines for the management of overweight and obesity in adults, 2003, National Health & Medical Research Council (NHMRC)[37].
7. Screening for obesity in adults, 2004, U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)[52].
8. Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery, 2005[31].
9. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children, 2007[34].
10. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity, 2006, Department of Veterans Affairs (VA), Department of Defense (DoD), USA. (The Management of Overweight and Obesity Working Group)[50].

Eine weitere nationale evidenzbasierte Leitlinie von 4 Fachgesellschaften, die S3-Leitlinie Chirurgie der Adipositas, ist derzeit noch in Überarbeitung, der Bearbeitungsstand Anfang Oktober 2009 war der Arbeitsgruppe bekannt und wurde berücksichtigt [11], Vorversion: Chirurgische Therapie der extremen Adipositas, 2006. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas und Deutsche Adipositas-Gesellschaft[25].<sup>3</sup>

Berücksichtigt wurden außerdem nach systematischer Recherche folgende neuere Leitlinien:

- American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery (2008) Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient[36].
- Prevention and Management of Obesity (Mature Adolescents and Adults) Fourth Edition, 2009 ([http://www.icsi.org/obesity/obesity\\_3398.html](http://www.icsi.org/obesity/obesity_3398.html))[29].

Herangezogen wurden darüber hinaus:

- HTA-Report des DIMDI aus 2008[9].
- NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. 1991, als Grundlage vieler jüngerer Leitlinien[40].<sup>4</sup>

Eine aktuelle Recherche zur Rechtsprechung zur Adipositaschirurgie in den Datenbanken des Bundessozialgerichts und in juris ergab ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.12.2008, Az: B 1 KR 2/08 R zur Kostenerstattung bei bereits durchgeführter Magenband-OP.

---

<sup>3</sup> erarbeitet 2002/2003, veröffentlicht 2004, Aktualisierung 2006. Als deutschsprachige Leitlinie jüngsten Veröffentlichungsdatums berücksichtigt

<sup>4</sup> NIH 1991 wurde mit einbezogen, da diese Leitlinie von vielen Autoren / Leitlinien zitiert wird und in wesentlichen Aspekten, wie z. B. den BMI-Indikationsgrenzen als weiter aktuell betrachtet wird

Die wenigen auf randomisierten klinischen Studien (RCT) basierten Empfehlungen (laut Nomenklatur des IQWiG „RCT-basierte Empfehlungen“) wurden durch allgemein anerkannte und sozialmedizinisch sinnvolle weitere Entscheidungshilfen aus der Gruppe der „nicht durch RCT basierten“ Aussagen der Leitlinien zur Feststellung einer Ultima Ratio-Situation (s. dazu Abschnitt 2.1) ergänzt. Soweit Evidenz eines hohen Levels vorliegt, wird dies bei der jeweiligen Empfehlung dargelegt.



## 1.1 Verzeichnis der Abkürzungen

AGB	Adjustable Gastric Banding
ADA	American diabetes association
ASMBS	American Society for Metabolic and Bariatric Surgery
BPD	Biliopankreatische Diversion
BPD-DS	Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-switch
BSCG	Bariatric Scientific Collaborative Group
BSG	Bundessozialgericht
CA – ADIP	Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie
CMAJ	Canadian Medical Association Journal
DAG	Deutsche Adipositasgesellschaft
DDG	Deutsche Diabetes-Gesellschaft
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
DGAV	Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DoD	Department of Defense
DRG	Diagnostic Related Groups
EAES	Evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES)
EASD	European Association for the study of diabetes
EASO	European Association for the Study of Obesity
ECOG	European Childhood Obesity Group
EWL	Excess weight lost
GBP	Gastric Bypass
GoR	Grade of Recommendation
HTA	Health Technology Assessment
IFSO-EC	International Federation for the Surgery of Obesity – European Chapter
InfoMeD	Sozialmedizinische Datenbank des MDS/MDK
KCPP	Kompetenzzentrum Psychiatrie/Psychotherapie
LAGB	Laparoscopic Gastric Banding - Magenband
IOTF	International Obesity Task Force
IQWiG	Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen
ISCI	Institute for Clinical Systems Improvement
LoE	Level of Evidence
n.a.	Nicht angegeben
NHMRC	National Health & Medical Research Council
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOTES	Natural orifice transluminal endoscopic surgery
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
Redo- Eingriff/Operation	Revisionseingriffe
Rn	Randnummer bei Urteilen
RYGB	Roux-en-Y Gastric Bypass
USPSTF	U. S. Preventive Services Task Force
VA	Department of Veterans Affairs
VBG	Vertikale bandverstärkte Gastroplastik

## **2. Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Einzelfallprüfung**

### **2.1 Rechtliche Grundlagen**

#### **2.1.1 Gesetzliche Grundlagen**

Maßgeblich für die Begutachtung bzw. Prüfung des Leistungsanspruches eines Versicherten sind die § 27 SGB V in Verbindung mit §§ 2, 12, 39 und 107 SGB V.

#### **§ 27 SGB V Krankenbehandlung**

Nach § 27 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit

- zu erkennen
- zu heilen
- ihre Verschlimmerung zu verhüten oder
- Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Die Krankenbehandlung umfasst die ärztliche Behandlung, einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung.

#### **§ 39 SGB V Krankenhausbehandlung**

Nach § 39 (1) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

#### **§ 73 SGB V Vertragsärztliche Behandlung**

Nach § 73 Abs. 4 SGB V darf Krankenhausbehandlung nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht. Die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung sind in den geeigneten Fällen auch die beiden nächst erreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben.

### **§§ 2, 12 und 70 SGB V Leistungen, Wirtschaftlichkeitsgebot, Qualität, Humanität**

Nach § 2 Absatz 1 SGB V stellen die Krankenkassen dem Versicherten die im 3. Kapitel SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. (...). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Krankenkasse, Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, dass die Leistung wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden.

Nach § 12 SGB V müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

§ 70 SGB V bestimmt, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

Die Maßgaben der §§ 2, 12 und 70 gelten auch für die Behandlung im Krankenhaus.

### **§ 137c SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus**

Nach § 137c überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausträger Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, daraufhin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode nicht den Kriterien nach Satz 1 entspricht, erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Richtlinie.

Wird eine Beanstandung des BMG nach § 94 Abs. 1 Satz 2 nicht innerhalb der von ihm gesetzten Frist behoben, kann das BMG die Richtlinie erlassen. Ab dem Tag des Inkrafttretens einer Richtlinie darf die ausgeschlossene Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden; die Durchführung klinischer Studien bleibt unberührt.

### **Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen**

Die Vergütung der Leistungen des Krankenhauses erfolgt nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) bzw. – bei Krankenhäusern bzw. oder Krankenhausabteilungen, die nicht nach § 17 b Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz KHG in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind (psychiatrische Krankenhäuser/ (selbständige psychiatrische Abteilungen, Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin) – nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV).

## **Prüfung des Leistungsanspruchs, Anforderung von Unterlagen**

Für die Prüfung des Leistungsanspruches sind sowohl bei der gutachterlichen Stellungnahme im Rahmen eines Vorabvotum bei einem geplanten operativen Eingriff als auch bei der Prüfung nach erfolgter Operation, sei es zur Prüfung auf Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen (§ 13 Abs. 3 SGB V) oder zur Prüfung von Art und Umfang der erbrachten Leistung, aussagefähige und nachvollziehbare Unterlagen erforderlich. Ohne diese Unterlagen ist die sachgerechte Prüfung des Leistungs- oder Kostenerstattungsanspruches des Versicherten im Einzelfall nicht möglich.

## **Grundlage der Begutachtung durch den MDK**

Grundlage der Begutachtung ist § 275 Abs. 1 SGB V. Hiernach sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es die Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeit zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. § 275 Abs. 1 SGB V ermöglicht sowohl die gutachterliche Stellungnahme im Sinne des Vorabvotum als auch die gutachtliche Stellungnahme nach durchgeführter Leistung.

### **2.1.2 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Ein Beratungsantrag oder eine Richtlinie des G-BA nach § 137c zu den Methoden der Adipositaschirurgie liegt bisher nicht vor. Zum ambulant einsetzbaren Magenballon liegt kein Antrag nach § 135 SGB V vor.

### **2.1.3 Rechtsprechung**

#### **Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung**

Beschluss des Großen Senates vom 25.09.2007

1. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich nach medizinischen Erfordernissen. Reicht nach den Krankheitsbefunden eine ambulante Therapie aus, so hat die Krankenkasse die Kosten eines Krankenhausaufenthalts auch dann nicht zu tragen, wenn der Versicherte aus anderen, nicht mit der Behandlung zusammenhängenden Gründen eine spezielle Unterbringung oder Betreuung benötigt und wegen des Fehlens einer geeigneten Einrichtung vorübergehend im Krankenhaus verbleiben muss.
2. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine „Einschätzungsprärogative“ kommt dem Krankenhausarzt nicht zu.

Im BSG-Urteil vom 16.12.2008 (AZ: B 1 KR 11/08 R) hat das BSG den Beschluss des Großen Senates vom 25.09.2007 bekräftigt und die Entscheidung des LSG ebenfalls gestützt, wonach der Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1, § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V auch davon abhängt, dass die Krankenhausbehandlung allein aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Bei der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung allein nach medizinischen Erfordernissen genüge es nicht schon allgemein, dass eine ambulante Behandlungsmethode zwar den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht, aber ohne Rechtsverstoß (noch) nicht in den Leistungskatalog vertragsärztlicher zu Lasten der Krankenkassen erbringbarer Leistungen aufgenommen worden ist. In jedem

Fall bedarf es neben der generellen auch und gerade der individuellen Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Einzelfall (siehe Rn 17).

### **Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Prüfverfahren bei Methoden im Krankenhaus**

Mit den Gesichtspunkten des Qualitätsgebots in § 2 SGB V und der Anwendung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts bei der Zulassung von Krankenhäusern befasste sich das Bundessozialgericht im Urteil vom 28.07.2008 (Az: B 1 KR 5/08 R).

Das Bundessozialgericht stellt klar, dass es dabei keinen durchgreifenden Bedenken begegnet, Beurteilungen des GBA aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des § 135 Abs. 1 SGB V auch für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der stationären Behandlung heranzuziehen, wenn diese Beurteilungen gebietsübergreifende Aussagen beinhalten. Sie sind mithin zu berücksichtigen, wenn sie sachliche Geltung nicht nur für die Behandlung in ambulanter, sondern auch in stationärer Form beanspruchen, etwa weil das aufbereitete wissenschaftliche Material generelle Bewertungen enthält (Rn 50). Die Regelung des § 137c SGB V darf nicht im Sinne einer generellen Erlaubnis aller beliebigen Methoden für das Krankenhaus mit Verbotsvorbehalt ausgelegt werden. Die Regelung des § 137c SGB V setzt die Geltung des Qualitätsgebots aus § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch im stationären Bereich nicht außer Kraft. Gegenteiliges bedeutete, die Einheit der Rechtsordnung zu gefährden. Eine Krankenhausbehandlung, die nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt (...), muss nicht von den Krankenkassen bezahlt werden (Rn 52).

§ 137c SGB V bewirkt vor diesem Hintergrund lediglich, dass - anders als für den Bereich der vertragsärztlichen Leistungen - nicht in einem generalisierten, zentralisierten formellen Prüfverfahren vor Einführung neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus deren Eignung, Erforderlichkeit und Wirtschaftlichkeit formalisiert überprüft wird, sondern die Prüfung der eingesetzten Methoden im zugelassenen Krankenhaus grundsätzlich präventiv durch das Krankenhaus selbst und retrospektiv lediglich im Einzelfall anlässlich von Beanstandungen ex post erfolgt. Umso wichtiger ist es dann aber, bereits auf der Ebene der Zulassung als Vertragskrankenhaus darauf zu achten, dass das Krankenhaus nach seiner Konzeption den Anforderungen des Qualitätsgebots gemäß § 2 Abs.1 Satz 3 SGB V genügt. Der erkennende Senat gibt seinen hiervon abweichenden früheren Standpunkt auf, dass die Prüfung, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode die vom Gesetz geforderten Qualitätsstandards erfüllt, ausschließlich dem G-BA obliege (Rn 53).

Der 6. Senat des BSG formulierte 2009 weitere Grundsätze: Der G-BA darf seine Entscheidung über die Eignung und Wirksamkeit einer Behandlungsmethode im Krankenhaus versorgungsbereichsübergreifend nach denselben Kriterien treffen, wie sie auch für die ambulante vertragsärztliche Versorgung maßgeblich sind. Die unterschiedlichen Vorgaben in § 135 SGB V (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten Versorgung) und § 137c SGB V (Zulässigkeit des Einsatzes neuer Verfahren im Krankenhaus bis zu einem ausdrücklichen Ausschluss durch Richtlinien des GBA) sind insoweit für den Beurteilungsmaßstab ohne Bedeutung (Bundessozialgericht - B 6 A 1/08 R - Terminbericht 6. Senat vom 06.05.2009).

## Urteile des Bundessozialgerichts zu Gastric Banding

(Urteile vom 19.02.2003, B 1 KR 37/01 R; B 1 KR 1/02 R; B 1 KR 2/02 R; B 1 KR 14/02 R; B 1 KR 25/02 R und Urteil vom 16.12.2008, Az: B 1 KR 2/08 R)

Die folgenden Urteile des Bundessozialgerichts sind im Kontext der Adipositaschirurgie relevant, weil sie Aussagen des BSG zu den Fragen Krankheitswert der Adipositas, Leistungspflicht der GVK, Indikationen und Kontraindikationen der Adipositaschirurgie, enthalten.

Das BSG hat in den im Wesentlichen gleichlautenden Urteilen vom 19.02.2003 die Urteile der Vorinstanzen aufgehoben, die Sache zurückverwiesen mit der Vorgabe Tatsachenfeststellungen nachzuholen und folgende Feststellungen getroffen:

- Eine behandlungsbedürftige Adipositas ist eine Krankheit im Sinne von § 27 SGB V. Hierbei ist es ohne Belang, ob die Adipositas selbst ein Risikofaktor für das Auftreten schwerwiegender Erkrankungen ist, oder ob sie „lediglich“ das Auftreten weiterer Risikofaktoren für schwerwiegende Erkrankungen begünstigt.
- Die Ursache der Adipositas (hier: krankhaftes Essverhalten) ist für die Leistungspflicht der GKV (resp. für die sozialmedizinische Begutachtung) unerheblich.
- Die chirurgische Behandlung der extremen Adipositas ist zwar keine kausale Behandlung, sie kommt aber als Ultima Ratio prinzipiell in Betracht und scheidet nicht von vornherein als Kassenleistung aus, da eine „mittelbare Therapie“ wie die Operation grundsätzlich vom Leistungsanspruch umfasst wird, wenn ansonsten die Anforderungen von § 2 Abs. 1 Satz 3 und § 12 Abs. 1 SGB V (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich) erfüllt sind.
- Da adipositaschirurgische Maßnahmen in ein funktionell intaktes Organ eingreifen und dieses regelwidrig verändern, bedarf ein solcher Eingriff einer besonderen Rechtfertigung. Gegeneinander abzuwägen sind
  - die Schwere der Erkrankung,
  - die Dringlichkeit der Intervention,
  - die Risiken des Eingriffes,
  - der zu erwartende Nutzen und
  - mögliche Folgekosten.
- Für „mittelbare“ operative Eingriffe ist eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse regelmäßig (nur dann) nicht zu rechtfertigen, wenn die Operation (primär) zur Behandlung einer psychischen Störung dienen soll; die Adipositas per se ist aber keine psychische Störung.

Zusammenfassend hat das BSG festgestellt, dass eine chirurgische Behandlung der extremen Adipositas zwar nicht von vornherein als Kassenleistung ausscheidet, dass aber doch im Einzelfall zu prüfen ist, „ob bei dem jeweiligen Patienten die Indikation für eine solche Therapie gegeben ist (...).

- Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist zunächst zu prüfen, ob eine vollstationäre chirurgische Behandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich ist (...). Sodann muss untersucht werden, ob nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine chirurgische Intervention ge-



geben sind. In diesem Zusammenhang hatte das BSG explizit Bezug genommen auf die Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften, ein Statement der US-amerikanischen Gesundheitsbehörden und einschlägige Übersichtsarbeiten, wonach adipositaschirurgische Maßnahmen (hier: Implantation eines Magenbandes) nur als „Ultima Ratio“ und nur bei Patienten in Betracht kommen, „die eine Reihe von Bedingungen für eine entsprechende Behandlung erfüllen (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> oder  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit erheblichen Begleiterkrankungen; Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung u. a.) (...)“

- Schließlich ist zu ermitteln, „ob der Eingriff nach dem Ergebnis der für mittelbare Behandlungen geforderten speziellen Güterabwägung gerechtfertigt ist“ (Schwere der Erkrankung? Dringlichkeit der Intervention? Risiken des Eingriffes? Zu erwartender Nutzen? Mögliche Folgekosten?).

Weiter nimmt das BSG 2003 ausführlich zur Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Thema Adipositaschirurgie Stellung: „Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuen Behandlungsmethode hat die Krankenkasse – wie im Übrigen bei allen etablierten Methoden, die weder im ambulanten noch im stationären Bereich einer automatischen Überprüfung unterliegen, über ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus zu veranlassen und gegebenenfalls auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen.“

Im Urteil vom 06.12.2008 (Az: B 1 KR 02/08 R) bestätigt das Bundessozialgericht, wonach der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen unterliegt. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (Rn 20).

Im konkreten Einzelfall ging es um die Frage der Kostenerstattung für eine Magenband-Operation. Hierzu stellte das Gericht fest, dass weder ein Ausnahmefall vorlag, bei dem es einer Empfehlung des G-BA bedarf, noch ein Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme erwogen werden könnte. Auch fehlt es an dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist (Rn 21). Auch nach Einschätzung des Gerichts kommt die Implantation eines Magenbandes als Ultima Ratio nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> oder BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit erheblichen Begleiterkrankungen, Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten, tolerables Operationsrisiko, ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung, Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung) (Rn 23).<sup>5</sup>

Auch eine selbstbeschaffte Leistung ist nur notwendig, wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs. 1 SGB V beachtet worden ist (Rn 30).

---

<sup>5</sup> Identische Kriterien wie 2003

## 2.2 Wichtige sozialmedizinische Grundlagen zum Begutachtungsanlass Adipositas

### 2.2.1 Definition

Der Body Mass Index (BMI) gibt das Verhältnis von Gewicht zu Größe an. Er korreliert signifikant mit der Gesamtfettmasse des Körpers und wird zur Einteilung von Übergewicht und Adipositas sowie zur Kontrolle der Gewichtsentwicklung eingesetzt. Berechnet wird der BMI als Gewicht (kg) geteilt durch Größe im Quadrat ( $m^2$ ).

Weltweit wird folgende Einteilung akzeptiert [43]:

	Adipositas-Grad	BMI ( $kg/m^2$ )
Untergewicht		< 18,5
Normalgewicht		18,5 – 24,9
Übergewicht		25,0 – 29,9
Adipositas	I	30,0 – 34,9
schwere Adipositas	II	35,0 – 39,9
krankhafte Adipositas	III	40,0 – 49,9
extreme Adipositas	IV	> 50,0

Der ICD 10-GM 2009 (Stand Juni 2009) nimmt eine modifizierte Einteilung auf BMI-Basis vor (siehe Abschnitt 7.3):

Die Empfehlung, den BMI heranzuziehen, basiert auf randomisierten kontrollierten Studien (RCT) (nach IQWiG 2009)[27].

Neben dem Ausmaß des Übergewichts, das über den BMI erfasst wird, bestimmt das Fettverteilungsmuster das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko. Die viszerale Fettmasse korreliert besonders eng mit kardiovaskulären Risikofaktoren und Komplikationen. Ein einfaches Maß zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots ist die Messung des Taillenumfangs. In epidemiologischen Studien hat sich der Taillenumfang als aussagekräftigstes und praktikabelstes anthropometrisches Maß zur Bestimmung des Fettgehaltes vor und während einer Gewichtsreduktion erwiesen[38]. Für die Stellungnahme zu adipositaschirurgischen Interventionen ist der Taillenumfang allerdings in der Regel nicht relevant.

### 2.2.2 Epidemiologie

Die Ergebnisse des Mikrozensus 1999 und des Bundesgesundheits surveys 1998 zeigen eine stetige Zunahme des Anteils der adipösen Menschen in der Gesamtbevölkerung Deutschlands[8];[17]. Diese Entwicklung setzt sich in den Ergebnissen des Mikrozensus 2005 fort[47].

Nach dem Ergebnis des letzten Mikrozensus war im Jahr 2005 jeder zweite Erwachsene übergewichtig (50 %), 1999 und 2003 waren es 48 % bzw. 49 %. Starkes Übergewicht hatten 14 % der Bevölkerung (1999 12 %, 2003 13 %)[47].

### 2.2.3 Folgeerkrankungen / Klinik der Adipositas

Die zunehmende Prävalenz der Adipositas geht mit einer steigenden Zahl von Patienten einher, die an Komplikationen der Adipositas leiden. Wesentliche Komplikationen werden verbreitet als eine



Kombination von Gesundheitsstörungen unter dem Begriff „Metabolisches Syndrom“ zusammen gefasst[18];[22]. Die European Association for the Study of Diabetes (EASD) und die American Diabetes Association (ADA) sprechen hingegen von einem Cluster kardiovaskulärer Risikofaktoren und lehnen den Gebrauch des Krankheitsbegriffes „metabolisches Syndrom“ ab[30].

Eine Erhöhung der Rate von Komorbiditäten und Komplikationen der Adipositas wurde u. a. in variabler Gewichtung und Relevanz für folgende Erkrankungen gefunden:

- Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels:  
Insulinresistenz, gestörte Glukosetoleranz, Diabetes mellitus Typ 2, Gestationsdiabetes
- Andere (metabolische) Störungen: Dyslipidämie, Hyperurikämie
- Arterielle Hypertonie
- Kardiovaskuläre Erkrankungen: Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Herzinsuffizienz
- Pulmonale Komplikationen: Hypoventilations- und Schlafapnoe-Syndrom, restriktive Verteilungsstörungen
- Gastrointestinale Erkrankungen: Cholelithiasis, nichtalkoholische Fettleberhepatitis, Refluxerkrankung
- Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates:  
Wirbelsäulensyndrom, vorzeitiger Verschleiß großer Gelenke
- Venöse Erkrankungen: Ulcera crurum, tiefe Venenthrombosen, Lungenembolien
- Hernien: Leisten-, Bauchwand-, Nabel-, Narbenhernie
- Krebserkrankungen verschiedener Organe:  
Frauen: Endometrium, Zervix, Ovarien, postmenopausaler Brustkrebs, Kolon  
Männer: Kolon, Prostata, Gallenblase, Pankreas
- Hormonelle Störungen, insbesondere bei Frauen:  
Störungen von Menstruationszyklus und Fertilität (polyzystisches Ovarsyndrom). Störung / Komplikation bei Schwangerschaft und Geburt durch Gestationsdiabetes, Hypertonie; höhere Raten an Geburtseinleitung und Kaiserschnitt
- Erhöhtes Operations- und Narkoserisiko
- Psychosoziale Aspekte von Übergewicht und Adipositas: Soziale Stigmatisierung, milde bis schwere Depression[38];[44];[23];[43];[36]

#### **2.2.4 Konservative Therapie der Adipositas**

Zur Behandlung werden primär konservative Methoden wie Ärztliche Beratung, Diätetik, Bewegungs-/Trainingstherapie, Verhaltenstherapie und Lebensstilmodifikation, sowie Arzneimittel oft in Kombination, bzw. in strukturierten Programmen eingesetzt.

Entsprechende Änderungen bei der Ernährung, der Bewegung, der persönlichen Einstellung, dem Verhalten, sowie evtl. medikamentöse Unterstützung setzen dauerhafte Aufrechterhaltungsstrategien voraus und müssen supportiv den jeweiligen Bereichen zugeordnet werden. Untersuchungen belegen, dass bei vielen Menschen diese vier Säulen nicht langfristig erfolgreich sind. Eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Patienten haben vielfache Diätversuche, Ernährungsberatungen, Verhaltenstherapien und medikamentöse Therapien hinter sich und sind dennoch weiterhin oder erneut stark übergewichtig.

In Studien wurden die Ergebnisse der Adipositaschirurgie zwar mit den Ergebnissen einzelner Bausteine der Adipositaschirurgie und deren Kombination verglichen, nicht jedoch mit dem langfristigen Einsatz eines optimierten konservativen multimodalen Konzepts.

### **Ernährung**

Zur Ernährungstherapie empfehlen mehrere Leitlinien zur langfristigen Gewichtsreduktion fettreduzierte und / oder mäßig energiereduzierte Diätformen. Niedrig kalorische Diäten ermöglichen danach eine rasche Gewichtsabnahme, sind jedoch für die langfristige Ernährung nicht geeignet. Leitlinien benennen den Mahlzeitenersatz durch Formulaprodukte als Maßnahme zur Gewichtsreduktion und zur positiven Beeinflussung von adipositasassoziierten Begleiterkrankungen<sup>6</sup>. Sehr niedrig kalorische Diätformen werden in mehreren Leitlinien nur zur kurzfristigen Gewichtsreduktion empfohlen. Auch unter dem Gesichtspunkt der adipositasassoziierten Begleiterkrankungen finden sich in einzelnen Leitlinien folgende durch RCT gestützte Hinweise: Ein ausgewogener Diätplan soll erstellt werden, bereits existierende Diätrichtlinien sind zu beachten. Patienten sollen auch bei ausbleibendem Gewichtsverlust zu einer Weiterführung ihrer Diät ermutigt werden, da diese dennoch mit positiven Effekten verbunden sein kann (z. B. wird für Diäten die Verbesserung der Blutfettwerte und des Blutdrucks genannt, außerdem Verbesserung des Nüchternblutzuckers bei insulinresistenten Personen). Das Energiedefizit ist der entscheidende Faktor für Gewichtsreduktion. Keine bestimmte Diät ist anderen Diäten überlegen, ein größerer Gewichtsverlust zu Beginn einer Therapie (etwa durch eine niedrig kalorische Diät) ohne Änderungen des Lebensstils kann die langfristige Erhaltung des Gewichtes verbessern. Verschiedene Leitlinien beinhalten Empfehlungen zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Patienten in die Ernährungsumstellung[27]. Eine eingehende Auswertung und Bewertung der Studien enthält das Grundsatzgutachten Adipositaschirurgie, siehe InfoMed[46].

### **Bewegung**

Zur Bewegungstherapie wird in Leitlinien die Steigerung der körperlichen Aktivität sowohl zur Gewichtsreduktion als auch zur Gewichtsstabilisierung empfohlen. Einzelne Leitlinien betonen, dass durch die Steigerung der Alltagsaktivität ein positiver Effekt auf Komorbiditäten erzielt werden kann. Die Angaben zur Dauer und Frequenz der körperlichen Aktivität zur Gewichtsreduktion variieren. Nach einzelnen Leitlinien ist durch alleinige Steigerung der körperlichen Aktivität eine Gewichtsabnahme von 2 - 2,6 kg zu erzielen. Als zusätzliche Effekte körperlicher Aktivität auf die Begleiterkrankungen führen einzelne Leitlinien die Prävention und das Management von kardiovaskulären Erkrankungen und des Typ-2-Diabetes, die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren, die Besserung bestehender degenerativer Gelenkveränderungen, Verringerung der Medikamenteneinnahme und eine Verbesserung der Lebensqualität auf. Nicht eindeutig ist der Stand der medizinischen Erkenntnisse nach den Leitlinien bezüglich der Verbesserung der kardiovaskulären Fitness und der Verbesserung von Blutfett- und Blutdruckwerten[27]. Eine eingehende Auswertung und Bewertung der Studien enthält das Grundsatzgutachten Adipositaschirurgie, siehe InfoMed[46].

### **Pharmakotherapie**

Zur Pharmakotherapie wird in mehreren Leitlinien dargelegt, dass eine adjuvante Therapie mit Sibutramin bzw. Orlistat bei Patienten mit einem BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> oder einem BMI  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup> und bestehenden Komorbiditäten als Teil eines umfassenden Therapiekonzeptes erwogen werden

---

<sup>6</sup> Evtl. zusätzliche Kosten für Diäten oder Formuladiäten betreffen Lebensmittel, diese fallen nach § 27 SGB V nicht in die Leistungspflicht der GKV

kann[27]. Eine eingehende Auswertung und Bewertung der Studien enthält das Grundsatzgutachten Adipositaschirurgie, siehe InfoMed[46].<sup>7</sup>

### **Verhaltensmodifikation/-therapien:**

In der Mehrzahl der Leitlinien und den Fachveröffentlichungen (z. B. IQWiG-Bericht [22]) zur konservativen Adipositasbehandlung findet sich ein auffallend heterogenes Verständnis zur Begrifflichkeit der verhaltenstherapeutischen Intervention und ihrer methodischen Anwendung. So finden sich unterschiedliche Synonyme wie „*Verhaltensmodifikation*“, „*verhaltensmodifizierende Strategien*“, „*Verhaltensänderung*“, „*Verhaltensmodifikation*“, „*verhaltenstherapeutische Ansätze / Interventionen / Maßnahmen*“, „*Verhaltenstraining*“, etc.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll und notwendig, die unterschiedlichen, zum Teil auch synonym gebrauchten Begriffe, trennschärfer und präziser zu formulieren.

Wenn in den Richtlinien und Fachveröffentlichungen der Begriff „*Verhaltenstherapie*“ verwendet wird, ist dies nicht gleichzusetzen mit einer Verhaltenstherapie gemäß den Psychotherapie-Richtlinien. Für alle im Rahmen der Adipositasbehandlung vorkommenden verhaltenstherapeutisch orientierten Interventionen und Methoden wird in dieser Begutachtungsanleitung der Begriff der *Verhaltensmodifikation* verwendet. Darunter ist die methodische Vorgehensweise für unterschiedliche Problemstellungen zu verstehen, mit dem Ziel, eine Veränderung von abweichendem bzw. unerwünschtem Verhalten zu bewirken. Zu den unterschiedlichen Behandlungstechniken zählen u. a. operantes Konditionieren, Belohnungsstrategien, Stressmanagement, soziales Kompetenztraining, Rückfallprophylaxe etc.

Im Rahmen eines komplexen Behandlungskonzeptes der Adipositas können diese Techniken bzw. Methoden zum planvollen Erreichen des Interventionszieles auch von speziell ausgebildeten Ernährungstherapeuten (möglichst unter ärztlicher / psychotherapeutischer Kontrolle) angewendet werden.

Eine Verhaltensmodifikation beinhaltet auch die kritische Auseinandersetzung des Patienten mit dem eigenen Verhalten und den Krankheitsursachen sowie den Aufbau neuer Einstellungs- und Verhaltensmuster.

In mehreren Leitlinien [27] wird eine Verhaltensmodifikation als Bestandteil einer kombinierten Therapie empfohlen. Gruppenbasierte Maßnahmen können danach effektiver sein als individuelle Maßnahmen. Verhaltenstherapie wird meist als Bestandteil komplexer Interventionen (Verhaltenstherapie und Ernährungstherapie und / oder erhöhte körperliche Aktivität) empfohlen. Evidenzstatements einer Leitlinie legen explizit dar, dass Programme, die verhaltenstherapeutische Interventionen mit anderen Strategien der Gewichtsreduktion (z. B. Diät, körperliche Aktivität) kombinieren, einer Beratung oder Selbsthilfe in Kombination mit denselben Strategien oder singulären Maßnahmen zur Gewichtsreduktion überlegen sind. Eine eingehende Auswertung und Bewertung der Studien enthält das Grundsatzgutachten Adipositaschirurgie, siehe Infomed[46].

---

<sup>7</sup> Arzneimittel zur Gewichtsreduktion sind nach dem Willen des Gesetzgebers nicht Bestandteil des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern dem Eigenverantwortungsbereich der Versicherten zugeordnet.

Gemäß § 34 (Ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) Abs. 1 Sätze 7 bis 8 SGB V sind u. a. Arzneimittel, die zur Abmagerung oder zur Zügelung des Appetits oder zur Regulierung des Körpergewichts dienen, von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen (G2-Gutachten 2007, SGB V, Arzneimittelrichtlinie des G-BA).

### 2.2.5 Adipositaschirurgie / Bariatrische Operationen

Die chirurgische Therapie der extremen Adipositas unterscheidet restriktive, malabsorptive und kombinierte Verfahren. Die restriktiven Behandlungsmaßnahmen führen über eine Verkleinerung des Magenvolumens und eine verlangsamte Magenpassage zu einer verminderten Nahrungs- und Energiezufuhr. Die Nahrungsmittelportionen werden reduziert. Ein Sättigungsgefühl tritt frühzeitiger ein. Bei den malabsorptiven und maldigestiven Operationsmethoden besteht eine verminderte Energieaufnahme. Hierbei wird durch die Schaffung eines Kurz- bzw. Blinddarmsyndroms die resorptive Darmsurface im Bereich des Jejunums und Ileums reduziert. Das Ausmaß der Dünndarmausschaltung orientiert sich an der Vermeidung bzw. Einschränkung von medizinisch relevanten Mangelzuständen. Die dritte Verfahrensgruppe kombiniert in unterschiedlicher Gewichtung restriktive und malresorptive Komponenten zur Optimierung der Gewichtsreduktion und Verminderung der postoperativen Mangelzustände.

Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Methoden sind das verstellbare Magenband, der Magenbypass in proximaler und distaler Technik, die biliopankreatische Diversion und der Duodenal Switch. Die vertikale Gastroplastik wird nur noch selten eingesetzt.

Die Schlauchmagenbildung (insbes. bei einzeitigem Vorgehen), der Magenballon, der Magenschrittmacher und weitere Methoden sind entsprechend der aktuell verfügbaren Datenlage als nicht ausreichend evaluiert zu bezeichnen und entsprechen somit auch nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (s. auch Schritt 3 in Abschnitt 2.3.1).

Für alle anerkannten Verfahren stellt sich in der postoperativen Phase eine signifikante Gewichtsreduktion und Verminderung der Komorbiditäten dar. Die allgemeine Komplikationsrate liegt zwischen 10,7 % und 27,4 %. Nach einem durchschnittlichen Follow-up von 7,1 und 10,9 Jahren ergibt sich für operativ behandelte Patienten eine signifikante Reduktion der Sterblichkeitsrate.

Die Formulierung eines Goldstandards innerhalb der Adipositaschirurgie bzw. die Zuordnung spezifischer Patientenmerkmale zu einer bestimmten Operationstechnik ist nach Durchsicht der verfügbaren wissenschaftlichen Datenbasis nicht möglich.

Nach fehlgeschlagener leitliniengerechter konservativer Therapie und Ausschluss relevanter Kontraindikationen ist für die operativen Behandlungsformen unter Berücksichtigung einer signifikanten Gewichtsreduktion und Verminderung der Komorbiditäten sowie der Sterblichkeitsrate eine positive Risiken / Nutzen-Abwägung festzustellen.

Eine eingehende Auswertung und Bewertung der Studien enthält das Grundsatzgutachten Adipositaschirurgie[46]. Seitdem wurden Langzeitergebnisse der Adipositaschirurgie von Sjöström aus der Swedish Obese Study (SOS-Studie) und von Adams veröffentlicht[45];[1].

Die SOS-Studie [45], eine prospektive, kontrollierte Studie mit 4.047 übergewichtigen Patienten (operativ behandelte Gruppe n=2010, konservativ behandelte Kontrollgruppe n=2.037) ergab eine durchschnittliche Gewichtsveränderung der Kontrollgruppe von weniger als +/-2 % während der Beobachtungszeit von bis zu 15 Jahren und eine maximale Gewichtsreduktion nach 1 bis 2 Jahren bei Magenbypass von 32 %, bei Vertikaler Gastroplastik von 25 % und bei Gastric banding von 20%. Nach 10 Jahren lag der Gewichtsverlust stabilisiert bei 25 %, 16 % und 14 % gegenüber dem Aus-

gangsgewicht. Es wurden 129 Todesfälle in der Kontrollgruppe, 101 in der OP-Gruppe beobachtet. Häufigste Todesursachen waren Myokardinfarkt (25 bzw. 13 Pat.) und Tumore (47 bzw. 29 Pat.).

Adams et al. [1] beobachteten in einer retrospektiven Kohortenstudie im Zeitraum 1984 bis 2002 9.949 Patienten nach einer Magenbypass-OP. Sie fanden nach einem durchschnittlichen Follow-up von 7.1 Jahren eine Reduzierung der adjustierten Langzeitmortalität aus allen Ursachen in der OP-Gruppe um 40 % gegenüber der Kontrollgruppe, die Todesfälle pro 10.000 Personenjahre betragen 37.6 vs. 57.1. Die spezifische Mortalität in der OP-Gruppe wurde um 56 % für KHK (2.6 vs. 5.9 pro 10.000 Personenjahre, 92 % für Diabetes (0.4 vs. 3.4), und 60 % für Tumore (5.5 vs. 13.3) reduziert. Todesfallraten durch Unfälle und Suizid waren 58 % höher in der OP-Gruppe (11.1 vs. 6.4).

Die Leitlinienrecherche und -bewertung des IQWiG [27] ergab, dass RCT-basierte Empfehlungen zur Indikationsstellung der operativen Therapie in 4 Leitlinien enthalten sind. Empfohlen wird dort, ein operatives Verfahren als Therapieoption bei Patienten mit Adipositas Grad III (BMI  $\geq 40$ ) bzw. bei Patienten mit Adipositas Grad II (BMI  $\geq 35$ ) mit adipositasassoziierten Komorbiditäten in Erwägung zu ziehen, wenn eine Verbesserung der Begleiterkrankungen durch den aufgrund der Operation induzierten Gewichtsverlust erwartet wird. Dies betrifft vor allem die dem metabolischen Syndrom zugeordneten Erkrankungen. Eine Leitlinie nennt Studien, die darauf hinweisen, dass bei Patienten ab Adipositas Grad II bariatrische chirurgische Interventionen zu einer Senkung des Blutdrucks (bei Hypertonie), einer Verbesserung der glykämischen Kontrolle (bei diabetesgefährdeten bzw. diabetischen Patienten) sowie Senkung der Triglyzeride (bei Dyslipidämie) führen können. Zudem wird eine Verbesserung der Lebensqualität berichtet.

Auf niedrigerer Evidenz wird in 5 Leitlinien gefordert, dass vor der Indikationsstellung die konservativen Maßnahmen ausgeschöpft wurden und der Patient trotz einer mindestens 6 Monate dauernden Behandlung sein Gewicht nicht nachhaltig reduzieren konnte. Die Schlafapnoe wird in einer Leitlinie als weitere Begleiterkrankung genannt, bei deren Vorhandensein eine operative Therapie erwogen werden kann. Als Kontraindikationen werden psychiatrische Störungen sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch genannt. Essstörungen, vor allem das Binge-Eating-Syndrom, sind laut einer Leitlinie dagegen nicht als Kontraindikation zu betrachten. Sollte einer Leitlinie zufolge bei Patienten mit Essstörungen eine Psychotherapie aussichtsreich erscheinen, sollte diese zunächst der operativen Therapie vorgezogen werden. Mehrfache Operationen im Bauchraum und / oder komplizierte Narbenhernien in der Anamnese stellen weitere (relative) Kontraindikationen dar.

In vier Leitlinien wird RCT-basiert der Vergleich verschiedener Operationsverfahren im Hinblick auf Nutzen und Risiken mit Evidenz aus randomisierten Studien belegt. In 2 Leitlinien wird der Magenbypass (RYGB) im Vergleich zum anpassbaren Magenband (AGB) und der vertikalen Gastroplastik (VBG) als effektiveres Verfahren zur Gewichtsreduktion beschrieben. In einer weiteren Leitlinie wird ebenfalls der Magenbypass (RYGB) als effektivstes Verfahren zur Gewichtsreduktion eingeschätzt. Darüber hinaus wird in dieser Leitlinie die vertikale Gastroplastik als ein dem anpassbaren Magenband überlegenes Verfahren zur Gewichtsreduktion bezeichnet. Einer Leitlinie zufolge nimmt die Effektivität der berücksichtigten Verfahren in der folgenden Reihenfolge zu, gleichzeitig steigen aber auch die chirurgischen und langfristigen metabolischen Risiken: anpassbares Magenband (AGB), vertikale Gastroplastik (VBG), Magenbypass (GBP), Biliopankreatische Diversion mit Duodenalswitch (BPD-DS), Biliopankreatische Diversion (BPD). Eine Leitlinie weist jedoch darauf hin, dass es für die Wahl des Verfahrens im Einzelfall keine eindeutige Evidenz gibt, und empfiehlt deshalb, die

Wahl des Verfahrens von Faktoren wie BMI, Alter, Geschlecht, Fettverteilung und Komorbiditäten und von den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Patienten abhängig zu machen<sup>8</sup>.

Eine Leitlinie verweist zudem auf randomisierte Studien, die zeigen, dass die laparoskopisch durchgeführte VBG im Vergleich zum laparoskopischen anpassbaren Magenband (LAGB) möglicherweise bessere Ergebnisse bezüglich der Gewichtsreduktion und der perioperativen Komplikationsrate aufweist. Eine Leitlinie nennt außerdem höhere Reoperationsraten bei dem AGB und der VBG. Auf niedrigerer Evidenz stellt eine Leitlinie fest, dass neuere chirurgische Verfahren wie der gastrische Schrittmacher oder der intragastrische Ballon weiterer Auswertung bedürfen.

Zur Frage des operativen Zugangs (offen versus laparoskopisch) werden in 2 Leitlinien keine eindeutigen Empfehlungen, sondern Aussagen zur Evidenzlage aufgeführt. Diese verweisen auf randomisierte Studien, welche die Verfahren AGB, VBG und RYGB in laparoskopischer und offener Form miteinander vergleichen. In diesen Studien finden sich Hinweise darauf, dass bei laparoskopischer Vorgehensweise im Vergleich zur offenen Form die Komplikationsrate (z. B. Rate von Narbenhernien) geringer und die postoperative Genesung kürzer ist, während vergleichbare Ergebnisse im Gewichtsverlust erzielt wurden.

### **2.3 Kriterien und Maßstäbe zur Begutachtung**

Im folgenden Abschnitt werden die gesetzlichen und sozialrechtlichen Vorgaben für die Begutachtungspraxis operationalisiert.

Basis der Begutachtung ist der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse des § 2 SGB V. Abgebildet wird dies insbesondere in den (in der Nomenklatur des IQWiG „durch RCT-basierten“) Aussagen evidenzbasierter nationaler und internationaler Leitlinien<sup>9</sup>.

Voraussetzung einer sozialmedizinischen Beurteilung ist eine ausreichende Informationslage für den zu prüfenden Einzelfall. Hierzu finden sich Ausführungen bei Schritt 1. Der Fallvorbereitung durch die Krankenkasse kann eine Checkliste dienen (Abschnitt 7.5.), siehe dazu auch Abschnitt 3.1.

**Der folgende Algorithmus definiert nur Mindestvoraussetzungen: Die Begutachtung setzt nur die Prüfung dieser Mindestvoraussetzungen voraus.**

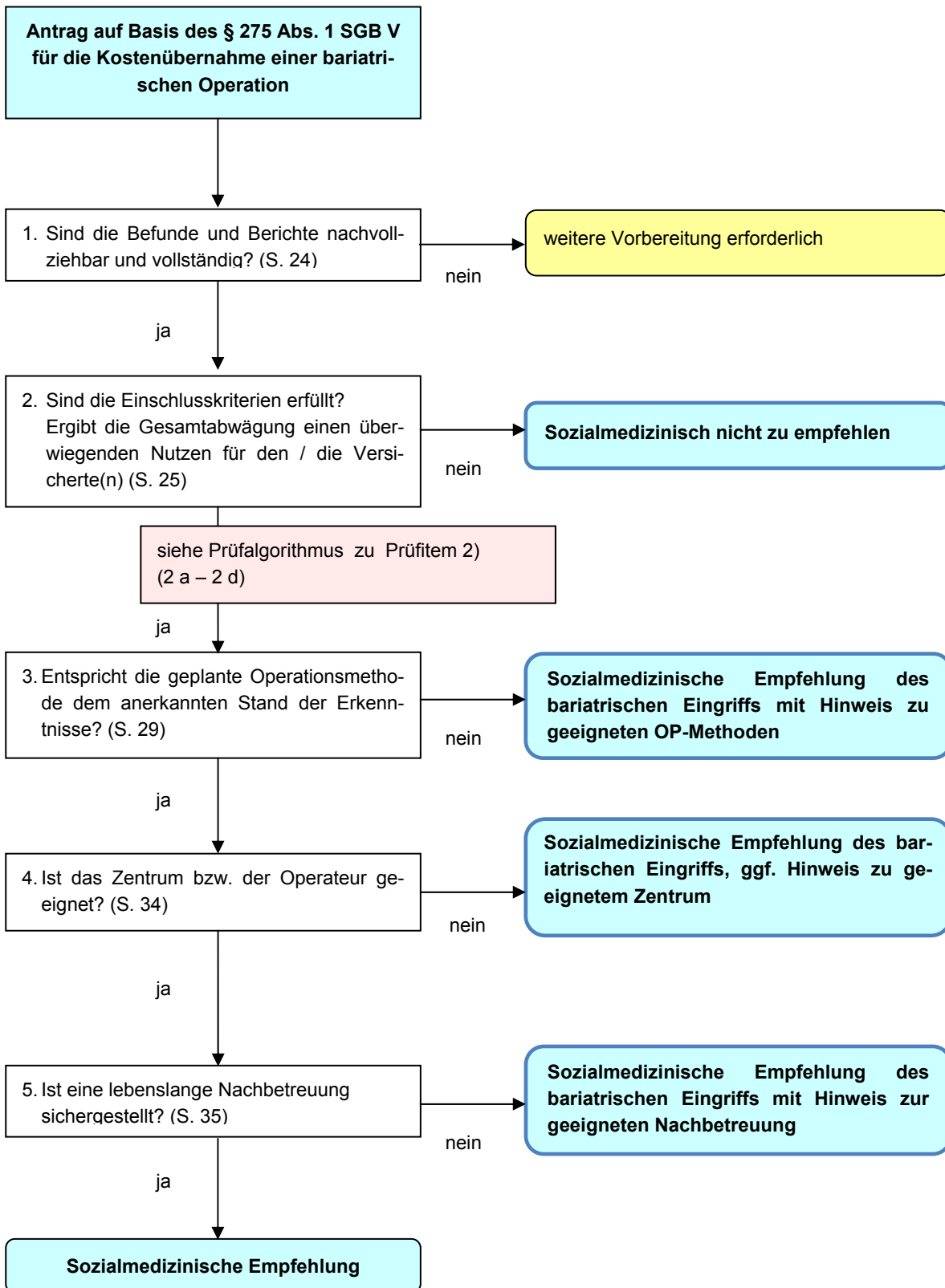
---

<sup>8</sup> Auf Basis niedrigerer Evidenz weisen 4 Leitlinien darauf hin, dass derzeit nicht genügend belastbare Daten vorliegen, um dem einzelnen Patienten eindeutig ein bestimmtes Verfahren zu empfehlen. Die Entscheidung, welches operative Verfahren im Einzelfall geeignet ist, sollte von verschiedenen Faktoren abhängig gemacht werden (u. a. BMI, individuelles Risiko, Essgewohnheiten, Komorbiditäten, Patientenwunsch, Erfahrung des Operateurs).

<sup>9</sup> Vgl. u. a. §§ 2, 70, 92, 137c SGB V, BSG-Urteil vom 13.12.2005, B 1 KR 21/04 R („Dr. Kozijavkin III“), RandNr. 29 bb; BSG-Urteil vom 19.02.2002 zur stationär erbrachten Colon-Hydro-Therapie (B 1 KR 16/00 R), Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (2006). Siehe auch SEG 4 und 7 "Methoden im Krankenhaus", Mai 2009 (InfoMed). Auch die BSG-Rechtsprechung zu Gastric banding knüpft an nationale und internationale Leitlinien an.



### 2.3.1 Arbeits- und Bewertungsschritte der Einzelfallbegutachtung\*



\*zu verwenden bei Prüfung des Leistungsanspruchs bei Vorabvotum und bei Prüfung nach erfolgter Operation. Zu Revisionsoperationen siehe Abschnitt 2.4.10

## Legenden zu den Bearbeitungsschritten der Einzelfallbegutachtung

### Legende zu Schritt 1:

Sind die Befunde und Stellungnahmen nachvollziehbar und vollständig?

### Obligate Unterlagen<sup>10</sup>


- Patientenanfrage
- Arztanfrage des antragstellenden Arztes
- Psychiatrische / psychotherapeutische Stellungnahme<sup>11</sup> auf Basis der MDK-Anfrage durch Psychiater, Psychologischer Psychotherapeut, Arzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Liegen für den zu prüfenden Einzelfall nicht die o.g. obligaten Unterlagen vor, so sollte im Rahmen der Amtsermittlungspflicht versucht werden, durch gezielte Anforderung weitere Unterlagen zu beschaffen. Liegen keine aussagefähigen Unterlagen vor und können diese nicht beschafft werden, so ist eine substantiierte Einzelfallbegutachtung nicht möglich. Dies sollte ggf. als Ergebnis der beauftragenden Krankenkasse so mitgeteilt werden, z. B. „Sachverhalt / Notwendigkeit der Leistung kann wegen fehlender / unzureichender Unterlagen nicht beurteilt / bestätigt werden“. Eine Erstbegutachtung mit ablehnendem Votum im Hinblick auf eine möglichst bessere Informationslage im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens widerspricht dem gutachterlichen Selbstverständnis und sollte vermieden werden.

### Nicht obligate Unterlagen:

- Leistungsauszug der Krankenkasse
- Bei durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen: Rehaberichte
- Bei Pflegebedürftigkeit: zuletzt erstelltes Pflegegutachten
- Strukturanfrage an Leistungserbringer / Klinik, soweit nicht eine Zertifizierung vorliegt
- Weitere ärztliche Stellungnahmen zu Begleiterkrankungen bei BMI 35-40 kg/m<sup>2</sup> - Bescheinigung(en) zur Teilnahme an Programmen, Selbsthilfegruppen
- Ernährungsprotokoll/ -tagebuch (grundlegende Aspekte zur Ernährung werden durch die Anfrage 7.2.1 dokumentiert)
- Klinische Befundberichte zu endokrinologischen Grunderkrankungen

Vorgelegte Befunde bzw. Befundberichte sind grundsätzlich nicht in Frage zu stellen, Ausnahme: Implausibilitäten.

 Soweit die angeforderten obligaten Befunde und Stellungnahmen nicht nachvollziehbar oder nicht vollständig sind, ist eine weitere Vorbereitung erforderlich<sup>12</sup>(vgl. auch Abschnitt 3).

<sup>10</sup> Anfragen dazu: siehe Abschnitt 7

<sup>11</sup> Standardanforderung aus Leitlinien

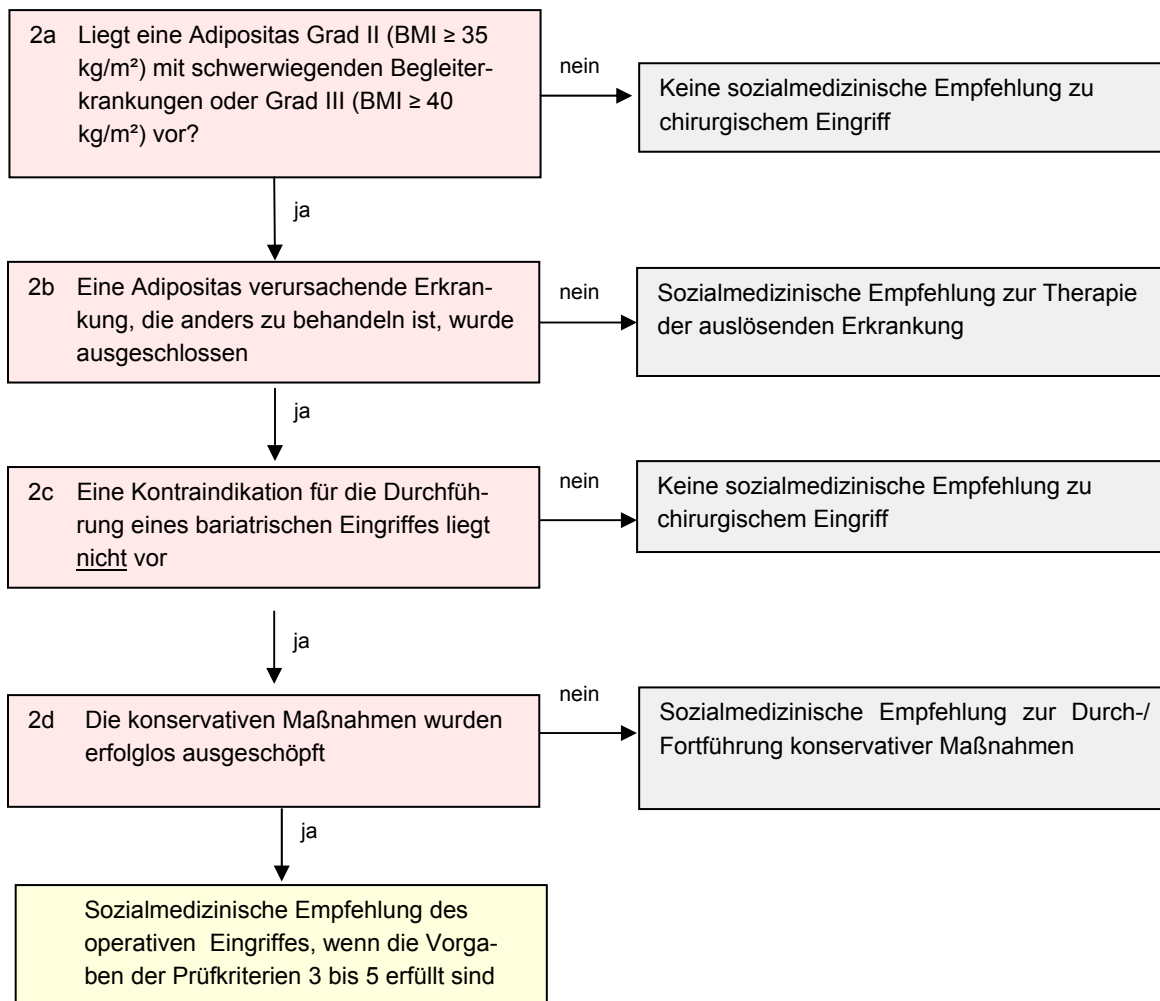
<sup>12</sup> Die logistische Bearbeitung richtet sich nach regionalen Besonderheiten / Vereinbarungen.



**Prüfalgorithmus zu Schritt 2:**

Sind die Einschlusskriterien erfüllt? Ergibt die Gesamtabwägung einen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte(n)?

Schritt 2 ist in einem eigenen Prüfalgorithmus ausgeführt:



**Legende zu Schritt 2a :**

Liegt eine Adipositas Grad II (BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>) mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder Grad III (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>) vor?

- Liegt ein **BMI  $\leq 35$  kg/m<sup>2</sup>** vor, wird der / die Versicherte auf konservative Maßnahmen verwiesen, da bariatrische Operationen bei Vorliegen einer Adipositas Grad I nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.
- **BMI > 35-40 kg/m<sup>2</sup> mit erheblichen Begleiterkrankungen**

Liegt eine Adipositas Grad II vor, d. h. liegt der BMI zwischen 35 kg/m<sup>2</sup> und < 40 kg/m<sup>2</sup>, so ist für die Prüfung der Indikation bzw. des Leistungsanspruchs im Einzelfall besonderes Augenmerk zu richten auf erhebliche (schwerwiegende) Begleiterkrankungen, die durch eine Gewichtsreduktion relevant zu beeinflussen sind (siehe hierzu Ultima Ratio-Situation in Abschnitt 2.1.3)[27];[30];[44].

Folgende beispielhaft aufgeführte Begleiterkrankungen erfüllen diese Voraussetzungen:

- manifester Diabetes mellitus (RCT basiert belegt)
  - schwere arterielle Hypertonie (RCT basiert belegt)
  - Schlafapnoesyndrom (RCT basiert belegt)
  - Erhöhung der Triglyzeride (RCT basiert belegt) bei Dyslipidämie [44], soweit weitere relevante Begleiterkrankungen vorliegen
  - fortgeschrittene Veränderung des Bewegungsapparates
- und weitere, hiermit vergleichbare Begleiterkrankungen unter Berücksichtigung einer individuellen Risiko-Nutzenabwägung.

- **BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>**

Eine bariatrische Operation zur Behandlung der Adipositas kommt in Betracht bei Vorliegen einer Adipositas Grad III (BMI  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>)[27]. Bei Patienten mit einem BMI von  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> ist die Frage des Vorliegens von Begleiterkrankungen, der BSG Rechtsprechung folgend, für die sozialmedizinische Bewertung nicht relevant. Drohende Schädigungen durch Begleiterkrankungen können bei Abwägung aller Aspekte des Einzelfalles, insbesondere bei älteren Patienten, eine Rolle spielen.

Ausnahme: Bei Vorliegen eines BMI  $\geq 60$  kg/m<sup>2</sup> ist nach der aktuell verfügbaren Literatur eine relevante Gewichtsbeeinflussung auch unter multimodaler Therapie nicht zu erwarten<sup>13</sup>. Es ist in dieser Konstellation nur sicherzustellen, dass keine Kontraindikation oder keine vorrangig zu behandelnden Grunderkrankungen vorliegen und dass eine ernährungsmedizinische Betreuung als Vorbereitung auf die postoperative Phase stattgefunden hat.

<sup>13</sup> Vereinzelt werden niedrigere BMI-Schwellen angegeben [35]

### Legende zu Schritt 2b:

Eine Adipositas verursachende Erkrankung, die anderes zu behandeln ist, wurde ausgeschlossen

Eine Adipositas kann z. B. durch endokrinologische Erkrankungen wie Morbus Cushing, Hypothyreose, hormonproduzierende Tumore, bedingt sein. Vor Indikationsstellung zu einem bariatrischen Eingriff ist deshalb begründet zu fordern, dass Erkrankungen, die anders zu behandeln sind, ausgeschlossen wurden. Hierzu genügt eine entsprechende Angabe im Arztbericht.

Bei einer arzneimittelinduzierten Adipositas muss geprüft werden, ob durch eine Umstellung der Arzneimitteltherapie eine richtungsweisende Beeinflussung der Adipositas möglich ist.

### Legende zu Schritt 2c:

Eine Kontraindikation für die Durchführung eines bariatrischen Eingriffes liegt nicht vor

#### Kontraindikationen sind:

- a) konsumierende und immundefizitäre Erkrankungen
- b) hormonproduzierende Tumore, z. B. Morbus Cushing<sup>14</sup>,
- c) deutlich erhöhtes (lebensbedrohliches) Risikoprofil, z. B. ausgeprägte kardiopulmonale Funktionsstörungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen, schwere Gerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, kongenitale Fehlbildung des Magen-Darm-Traktes
- d) Schwangerschaft
- e) Abhängigkeit von Drogen und Alkohol  
(Nähere Informationen unter 2.4.1 sowie Anfrage 7.2.3)
- f) Schwere psychische Erkrankungen (u.a. unbehandelte Bulimia nervosa)  
(Nähere Informationen unter 2.4.3 sowie Anfrage 7.2.3)
- g) Erhebliche Intelligenzminderung und / oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (siehe Abschnitt 2.4.6)

---

<sup>14</sup> Bei sekundärer Adipositas steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund

**Legende zu Schritt 2d:**

Die konservativen Maßnahmen wurden erfolglos ausgeschöpft

Die konservativen Maßnahmen umfassen ein multimodales Behandlungskonzept zur Lebensstil-/Verhaltensmodifikation aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und ggf. Verhaltenstherapie nach der Psychotherapierichtlinie (siehe Abschnitt 2.2.4).

**Ernährungstherapie:** Eine Ernährungstherapie über einen Zeitraum von 6 Monaten ist durch einen Ernährungsmediziner und / oder eine anerkannte ernährungstherapeutische Berufsgruppe (z. B. Diätassistenten / Oecotrophologen) bzw. die Betreuung durch eine qualifizierte Einrichtung nachzuweisen, mit Angaben zu Frequenz und stichwortartiger Beschreibung der Art der Intervention. Eine entsprechende Ernährungstherapie im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme ist ebenfalls ausreichend, wenn sie für insgesamt 6 Monate unter Leitung einer ernährungstherapeutischen Berufsgruppe ambulant fortgeführt wird. Eigenständige Therapieversuche (diverse Diäten) oder kommerzielle Angebote (vergleichbar Weight Watchers, Formuladiäten) sind hierfür alleine nicht ausreichend.

**Bewegungstherapie:** Hier ist der Nachweis besonders schwierig. Soweit über keine Bewegungstherapie oder Steigerung der Aktivität berichtet wird, ist auf die Mitgliedschaft und Teilnahme in einem Sportverein, Fitnessklub, Volkshochschule, oder vergleichbaren Strukturen (z. B. Wassergymnastik) zu verweisen (Eigenverantwortung gemäß § 1 SGB V). Gibt der Patient eine regelmäßige sportliche Betätigung an, zumindest 2 Stunden/Woche [11] im Sinne von z. B. Walking, Schwimmen oder Radfahren, ist dies grundsätzlich nicht in Zweifel zu ziehen. Bei Ausübung einer beruflichen Tätigkeit, die mit körperlicher Anstrengung verbunden ist (z. B. Landwirt, Bauarbeiter, Metzger), kann die Bewegungstherapie als erfüllt betrachtet werden[27].

**Verhaltenstherapie als Psychotherapie-Richtlinienverfahren:** Die Umsetzung verhaltensmodifizierender Maßnahmen und die fallspezifische Notwendigkeit und Durchführung einer psychotherapeutischen Verhaltenstherapie wird anhand der "psychiatrischen / psychotherapeutischen Anfrage" (7.2.3) geprüft. Im Rahmen dieser Prüfung soll die Notwendigkeit einer psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung bei Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung und/oder Essstörung (z. B. Bulimia nervosa) evaluiert werden. Wird dieser konservative Baustein fachpsychiatrisch oder fachpsychologisch in der Anfrage begründet eindeutig verneint, ist dies zu akzeptieren. Wenn der Patient laut Anfrage einer Verhaltenstherapie bedarf, so ist diese Therapie gegenüber der operativen Maßnahme vorrangig einzusetzen.

**Pharmakotherapie:** kein obligater Bestandteil der konservativen Therapie und kann somit nicht gefordert werden.

- Die Bewegungs- und Ernährungstherapie sollten ärztlich kontrolliert zeitgleich über einen Zeitraum von sechs Monaten erfolgen.
- Die heutige Versorgungssituation lässt vielerorts eine Umsetzung komplexer konservativer Behandlungsregimes, wie sie für diese Fragestellung in Anlehnung an die BSG-Rechtsprechung zu

erwarten ist, nicht zu. Aus dem Fehlen eines Versorgungsangebotes lässt sich aber nicht die Begründung für die Indikation zu einer (elektiven) bariatrisch-chirurgischen Maßnahme ableiten. In diesem Fall haben die an der Versorgung beteiligten Ärzte die Beratung und Betreuung für die adäquaten konservativen Methoden sicherzustellen.

- Erfolgreich bedeutet, dass konservative Therapiemaßnahmen zu einer Reduktion von um mindestens 10 Prozent des Körpergewichts geführt haben<sup>15</sup>.

Zur Erläuterung: Ist es innerhalb von sechs Monaten unter Anwendung eines konservativen Therapieregimes zu einer kontinuierlichen Gewichtsreduktion von mindestens 10 Prozent des Ausgangsgewichtes gekommen, so sind die konservativen Maßnahmen zunächst fortzusetzen.

Soweit nach Beendigung der Therapie das ursprüngliche Gewicht wieder erreicht oder überschritten wird, ist die Behandlung als erfolglos zu bewerten.

☞ Sind die Einschlusskriterien nicht erfüllt, bzw. ergibt die Gesamtabwägung keinen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte wird der adipositaschirurgische Eingriff sozialmedizinisch nicht empfohlen bzw. es wird darauf verwiesen, dass die Behandlung der auslösenden Erkrankung, bzw. dass die Durch-/Fortführung konservativer Methoden sozialmedizinisch empfohlen wird.

### Legende zu Schritt 3:

Entspricht die geplante Operationsmethode dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse?

Wenn aus sozialmedizinischer Sicht eine Ultima-Ratio-Situation im Sinne der Rechtsprechung und damit eine potentielle Indikation für einen adipositaschirurgischen Eingriff besteht, ist zu klären, ob die im Einzelfall beantragte Operationsmethode dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht. Das Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 SGB V ist hierbei zu beachten. Eine Bewertung des Einzelfalles ohne Kenntnis der geplanten Intervention sollte nicht erfolgen, da kein uneingeschränkter Leistungsanspruch für den Versicherten besteht. Eine differenzierte Nutzen- / Risikobewertung ist nur in Kenntnis der geplanten Methode in Zusammenhang mit den weiteren Informationen zum Einzelfall möglich.

Eine Reihe von adipositaschirurgischen Methoden erfüllen das Qualitätsgebot des § 2 SGB V. Spezifische Patientenmerkmale lassen sich nicht einer bestimmten Methode zuordnen (siehe Abschnitt 2.2.5). Die unten (siehe OPS) dargestellten Methoden entsprechen derzeit dem allgemein aner-

<sup>15</sup> Eine nicht ausreichende Gewichtsreduktion wird in der DAG-Leitlinie als eine Gewichtsabnahme von weniger als 5 % innerhalb von 3 bis 6 Monaten, in der ICSI-Leitlinie als eine Gewichtsabnahme von weniger als ca. 0,5 kg pro Woche definiert. In der VA/DoD-Leitlinie wird ein Gewichtsverlust von 0,5 bis 1 kg pro Woche bei einem Energiedefizit von 500 bis 1000 Kalorien als Erfolgskriterium für die Therapiekontrolle aufgeführt. Nach 6-monatiger Therapie wird eine Reduktion des Körpergewichtes um 10 % als möglich beschrieben (nach IQWiG Leitlinienreport 2009, Abschnitte Pharmakotherapie und Monitoring). Zahlreiche Literaturstellen belegen eine klinisch relevante Reduktion der Komorbiditäten ab einer Gewichtsabnahme von 10 % des Körpergewichtes, vgl. G2-Gutachten Adipositaschirurgie MDS 2007.

kannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. In der Einzelfallbegutachtung ist zu prüfen, ob die beantragte Methode den Methoden zuzuordnen ist, die das Qualitätsgebot erfüllen. Innerhalb des Spektrums der anerkannten Methoden wird die Entscheidung durch den Operateur im Dialog mit den Patientinnen und Patienten unter Berücksichtigung des Nutzen-/Risikoverhältnisses im Einzelfall getroffen.

**Dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Methoden sind:**

- das verstellbare Magenband,
- der Magenbypass
- die biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch
- die vertikale Gastroplastik.

**Methoden, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend, sind<sup>16</sup>:**

- Magenballon<sup>17</sup>
- Magenschrittmacher [33];[11]
- Liposuktion (Fettabsaugung) [24];[55];[24]
- Magenbypass mit Magenband
- Durch Operationsroboter gesteuerte Prozeduren
- Endoskopische (oral)-assistierte Techniken (NOTES)
- Vagusnerv-Schrittmacher und -Blockade
- EndoBarrier device von GI Dynamics [11]

Sonderfall:

- Sleeve Gastrektomie (Schlauchmagen) bei initial geplantem einzeitigem Vorgehen [21];[54];[6]

Eine Präferenz für einzelne Operationstechniken und Festschreibung eines Goldstandards ist evidenz-basiert aktuell nicht möglich.

Zum "Schlauchmagen" ist festzustellen, dass diese Methode primär bei Vorliegen eines BMI >60 im Rahmen eines zweizeitigen Behandlungskonzepts vor einem malresorptiven Eingriff eingesetzt wurde. In den letzten Jahren hat der Schlauchmagen eine rasche und unkritische weltweite Verbreitung erfahren auch bei einzeitigem Vorgehen. Methodisch hochwertige Studien weisen aktuell nur für ein Nachbeobachtungsintervall von maximal 24 Monaten eine dem Magenbypass und dem verstellbaren Magenband vergleichbare Komplikationsrate, Gewichtsreduktion und Abnahme der Begleiterkrankungen nach. Zur Bewertung der Sleeve Resection erfolgten in 2007 und 2009 Internationale Konsensustreffen (ICSSG) in New York [14] und Miami [21], u. a. unter Beteiligung der (Deutschen) Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie, CA-ADIP. In 2007 wurde die Empfehlung ausgesprochen, eine Sleeve Resection ausschließlich als vorbereitenden Eingriff im Rahmen eines mehrzeitigen

---

<sup>16</sup> S. dazu auch [36]

<sup>17</sup> vgl. auch dazu G1-Gutachten in InfoMed, und [46];[4];[5];[42];[11];[36];[29];[7];[2];[19];[26]

Verfahrens anzuwenden. Das Konsensustreffen 2009 ordnete demgegenüber die Sleeve Resection den anerkannten Therapieverfahren (z. B. Magenband, Magenbypass) zu und empfahl die Schlauchmagenbildung als einzeitige definitive Behandlungsoption für die extreme Adipositas (Evidenzlevel 4).

In der S3-Leitlinie zur Chirurgie der Adipositas der „Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie (CA-ADIP)“ aus dem Jahr 2009 wird festgehalten, dass zur Schlauchmagenbildung noch keine ausreichenden Langzeitdaten vorliegen [11]. Im Rahmen der oben erwähnten internationalen Konsensuskonferenzen sei keine endgültige Bewertung des Schlauchmagens erzielt worden.

Aus sozialmedizinischer Sicht ist somit folgendes zu empfehlen:

- 1) Bei geplantem einzeitigem Vorgehen sollte empfohlen werden, eine Methode einzusetzen, die dem anerkannten Stand der Erkenntnisse entspricht. Sollte dennoch an der Verfahrenswahl der Schlauchmagenbildung festgehalten werden, ist im besonderen Maße eine sorgfältige wissenschaftliche Begleitung (idealerweise in Form randomisierter prospektiver Studien) zu fordern.
- 2) Bei initial geplantem zweizeitigen Vorgehen können einzelfallspezifische Gründe für diese Verfahrenswahl bestehen (z. B. Reduktion des erhöhten Operationsrisikos bei Multimorbidität und einem BMI  $>60 \text{ kg/m}^2$ ).

### Adipositaschirurgische Methoden nach der Systematik des OPS

Nach OPS, Version 2009, sind die operativen Verfahren, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur operativen Therapie einer extremen Adipositas entsprechen, wie folgt zu kodieren:

Kapitel 5: OPERATIONEN (5-01 ... 5-99)

Operationen am Verdauungstrakt (5-42 ... 5-54)

5-43	Inzision, Exzision und Resektion am Magen
5-434	Atypische partielle Magenresektion
5-434.3	Biliopankreatische Diversion nach Scopinaro .30 Offen chirurgisch .31 Laparoskopisch .32 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-434.4	Biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch .40 Offen chirurgisch .41 Laparoskopisch .42 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-434.5	Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection] (als vorbereitender Eingriff) für eine biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch (erste Sitzung) .50 Offen chirurgisch .51 Laparoskopisch .52 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch
5-434.6	Duodenal-Switch mit Bildung eines gemeinsamen Dünndarmschenkels [Common Channel] nach Herstellung eines Schlauchmagens (zweite Sitzung) .60 Offen chirurgisch

- .61 Laparoskopisch
- .62 Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

5-44            Erweiterte Magenresektion und andere Operationen am Magen

5-445 Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]

5-445.4\*\*       Mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie durch Roux-Y-Anastomose

5-445.5\*\*       Mit Staplernaht oder Transsektion (bei Adipositas), mit Gastrojejunostomie analog Billroth II

5-448   Andere Rekonstruktion am Magen

5-448.a\*\*       Vertikale Gastroplastik nach Mason

5-448.b\*\*       Implantation oder Wechsel eines nicht anpassbaren Magenbandes

5-448.c\*\*       Implantation oder Wechsel eines anpassbaren Magenbandes

5-448.d\*\*       Neufixierung eines dislozierten Magenbandes

5-448.e\*\*       Entfernung eines Magenbandes

Nach OPS, Version 2009, sind die operativen Verfahren, die nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zur operativen Therapie einer extremen Adipositas entsprechen, wie folgt zu kodieren:

Kapitel 5: OPERATIONEN (5-01 ... 5-99)

Operationen am Verdauungstrakt (5-42 ... 5-54)

5-43            Inzision, Exzision und Resektion am Magen

5-434   Atypische partielle Magenresektion

5-434.5       Herstellung eines Schlauchmagens [Sleeve Resection] (als vorbereitender Eingriff) für eine biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch (erste Sitzung)

.50   Offen chirurgisch

.51   Laparoskopisch

.52   Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch

Kommentar:

Die isolierte Schlauchmagenbildung ohne geplante Erweiterung zur biliopankreatischen Diversion mit Duodenal-Switch wird im DRG-System sowohl als ein- wie auch als zweizeitiger Eingriff mit dem Kode 5-434.5 abgebildet.

5-449   Andere Operationen am Magen

5-449.n       Implantation eines Magenschrittmachers

.n0   Mit offen chirurgischer Implantation der Sonden

.n1   Mit laparoskopischer Implantation der Sonden

.n2   Mit Implantation der Sonden durch Umsteigen von laparoskopischen auf offen chirurgische Verfahren

5-449.p       Revision oder Entfernung von Sonden eines Magenschrittmachers

Inkl.: Neuanlage einer Sonde bei Sondendefekt oder Dislokation

.p0   Offen chirurgisch

.p1   Laparoskopisch

.p2   Umsteigen laparoskopisch - offen chirurgisch



5-449.q Revision oder Entfernung des Aggregats eines Magenschrittmachers

Operationen an Haut und Unterhaut (5-89 ... 5-92)

5-90 Operative Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut

5-91 Andere Operationen an Haut und Unterhaut

5-911 Gewebereduktion an Haut und Unterhaut

5-911.1\*\* Absaugen von Fettgewebe [Liposuction]

5-911.2\*\* Abtragen von Fettgewebe

Kapitel 8: NICHTOPERATIVE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN (8-00 ... 8-99)

Manipulationen an Verdauungstrakt und Harntrakt 8-12 ... 8-13)


8-12 Manipulationen am Verdauungstrakt

8-127 Endoskopisches Einlegen und Entfernung eines Magenballons

8-127.0 Einlegen

8-127.1 Entfernung

Weitere Verfahren, wie z. B. die Endoluminale Chirurgie unter Nutzung vorbestehender Körperöffnungen (**NOTES: Natural orifice transluminal endoscopic surgery**) werden aktuell nicht im OPS Katalog abgebildet.

 Entspricht die geplante Operationsmethode nicht dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, sollte der Krankenkasse mitgeteilt werden, dass die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff erfüllt sind und dass die Gesamtabwägung einen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte erwarten lässt. Aus sozialmedizinischer Sicht sollte bis zum sicheren Nachweis eines langfristigen therapeutischen Nutzen der geplanten Methode mittels methodisch einwandfreier Langzeitstudien auf die etablierten Standardverfahren (s. oben) als alternative Eingriffe verwiesen werden.

#### Legende zu Schritt 4:

Ist das Zentrum bzw. der Operateur geeignet?

Die Prüfung der Eignung der Einrichtung sollte einzelfallübergreifend erfolgen. Sie kann über folgende Schritte geprüft werden:

- 1) Zertifizierung
- 2) Anfrage bei der Klinik, u.a. zur Frage der Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie

1) Ein **Zertifizierungsverfahren** für chirurgische Zentren („Referenz-Zentren und Kompetenz-Zentren für Adipositas-Chirurgie und Metabolische Chirurgie in Deutschland“) wurde von der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas therapie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) erarbeitet. Es unterscheidet Kompetenz- und Referenzzentren für Revisions eingriffe. Formuliert werden u. a. Mindestzahlen neben anderen Qualitätsmerkmalen. Behandlungszentren für die konservative Therapie der Adipositas sind nicht einbezogen.

An ein Kompetenz-Zentrum für Adipositas-Chirurgie und Metabolische Chirurgie werden u. a. folgende Anforderungen gestellt:

- Mindestens ein (laparoskopisch) erfahrener Adipositas-Chirurg, der über mehr als fünf Jahre Erfahrung verfügt, verschiedene OP-Verfahren beherrscht und mindestens 100 adipositasspezifische Eingriffe ausgeführt hat. Der verantwortliche Chirurg sollte Viszeralchirurg sein. Ständige Verfügbarkeit eines viszeralchirurgisch erfahrenen Chirurgen (Notfall-Versorgung 365 Tage/24 Stunden).

Als Übergangsregelung kann eine Erstzertifizierung beantragt werden, wenn kumulativ 50 Fälle in der Qualitätssicherungsstudie eingegeben worden sind. Eine Rezertifizierung nach drei Jahren erfolgt nur, wenn vom Zeitpunkt der Erstzertifizierung an jährlich mindestens 50 Operationen mit mehr als einem Verfahren eingegeben worden sind.

Gefordert werden ein Leistungsspektrum von mehr als einem adipositas-chirurgischen Verfahren, ein Nachsorgekonzept und die Teilnahme an der Qualitätssicherung mit lückenloser Dokumentation aller durchgeführten Adipositas-Operationen einschließlich der Reoperationen (intern z. B. durch BAROS oder andere Erfassung, extern: Qualitätssicherungsstudie der CA-ADIP).

Ob das Zertifikat vorliegt, sollte vom Gutachter unter der Internet-Adresse <http://www.dgav.de/zertifizierung/zertifizierte-zentren-adipositastherapie/weitere-informationen/> geprüft werden.

2) Falls das Zertifikat nicht vorliegt, wird eine **Abfrage durch die Krankenkasse** (analog den Fragebögen der SEG 4 zu den strukturellen Voraussetzungen von Komplexbehandlungen im DRG-System<sup>18</sup>) mit der Anfrage aus Anlage 7.2.4 empfohlen.

---

<sup>18</sup> (siehe „Checklisten zur Abfrage von Strukturmerkmalen als Voraussetzung der OPS-Komplexcodes“, Version vom 05.05.09, MDS InfoMed)

Die Teilnahme an der Studie Qualitätssicherung Adipositaschirurgie Deutschland (Projektkoordinatorin C. Stroh, Gera), <http://www.dgav.de/arbeitsgemeinschaften/ca-adip/> - Abfrage 17.08.2009) sollte aus sozialmedizinischer Sicht insbesondere für nicht zertifizierte Zentren vorliegen.

☞ Erfüllen das Zentrum bzw. der Operateur nicht die oben genannten Qualitätskriterien, wird dies der Krankenkasse mitgeteilt. Da jedoch die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff im Einzelfall erfüllt sind, und die Gesamtabwägung einen überwiegenden Nutzen für den Versicherten erwarten lässt, wird der Eingriff sozialmedizinisch empfohlen.

### Legende zu Schritt 5:

Ist eine lebenslange Nachbehandlung sichergestellt?

In allen fünf Leitlinien, die Empfehlungen zum Follow-up nach der bariatrischen Operation enthalten, wird die Notwendigkeit der lebenslangen Nachbetreuung des Patienten mit der langfristigen Erfassung von Gewichtsverlauf, Laborwerten, Therapieadhärenz, Nebenwirkungen und Komplikationen, Ernährungsstatus (Monitoring des Mikronährstoffstatus) sowie der psychischen Gesundheit und Lebensqualität des Patienten hervorgehoben. Einzelne Leitlinien betonen, dass die Nachbetreuung auf multidisziplinärer Basis erfolgen und mindestens durch die Zusammenarbeit des Chirurgen und des langfristig betreuenden Hausarztes gewährleistet sein sollte. Es wird empfohlen, je nach Bedarf eine Diätfachkraft und / oder einen Psychologen oder Psychiater in die Nachbetreuung einzubeziehen. Einzelne Leitlinien empfehlen Nachsorgeuntersuchungen im ersten postoperativen Jahr mindestens alle drei Monate und ab dem zweiten postoperativen Jahr mindestens einmal jährlich durchzuführen.

Die lebenslange Nachbetreuung muss bereits in der Phase der Abwägung einer evtl. Operation geplant werden. Die Sicherstellung der lebenslangen Nachsorge ist in der Adipositaschirurgie unverzichtbar, damit

- die Patienten nicht unvermeidbaren Risiken ausgesetzt werden,
- Früh- und Spät komplikationen der Operation (Diarrhöen, Stenosen, Ulzerationen, innere Hernien usw.), sowie metabolische Langzeitkomplikationen der Malabsorption im Mineral- und Vitaminstoffwechsel, in der Proteinresorption, der Resorption von Arzneimitteln usw. rechtzeitig erkannt werden können,
- bei schweren Begleiterkrankungen ggf. deren (medikamentöse) Neueinstellung erfolgt,
- einer erneuten Gewichtszunahme frühzeitig mit konservativen Maßnahmen gegengesteuert werden kann,
- eine Beratung zu evtl. geplanter Schwangerschaft erfolgt.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Konkrete Hinweise enthalten z. B.:

CME Adipositas Modul 6 Nachsorge [http://www.cme-adipositas.de/cme-module/downloadpdf.asp?TID=7](http://www.cme-adipositas.de/cme-module/downloadpdf.asp?TID=7;);

AHRQ 2008 [3];

Mechanick 2008, Recommendation S. 56 ff [36];

Stroh 2008 [49]

☞ Ist dieses Kriterium, dass eine lebenslange Nachbehandlung sichergestellt ist, nicht erfüllt, wird der Krankenkasse mitgeteilt, dass die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff erfüllt sind und dass die Gesamtabwägung einen überwiegenden Nutzen für den Versicherten erwarten lässt. Eine lebenslange Nachbetreuung, die bereits in der Phase der Abwägung einer evtl. Operation geplant werden muss, ist jedoch den Unterlagen nicht zu entnehmen. Die notwendige Nachsorge sollte zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer sichergestellt werden.

Σ ☞ Sind die Kriterien der Schritte 1 bis 5 erfüllt, wird der geplante Eingriff in der vorgesehenen Klinik sozialmedizinisch empfohlen (vgl. Abschnitt 4).

## **2.4 Ergänzende Hinweise zu speziellen Aspekten der Begutachtung**

### **2.4.1 Abhängigkeit von Drogen und Alkohol**

Die Einnahme psychotroper Substanzen, die eine Einengung oder Minderung des Bewusstseins zur Folge haben, lassen einen Behandlungserfolg durch Adipositaschirurgie nicht erwarten, weil hierfür auf Seiten des Patienten die Voraussetzungen hinsichtlich seiner Motivationslage, seiner Motivierbarkeit oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht bzw. noch nicht gegeben sind. Vor der Aufnahme einer ambulanten Adipositasbehandlung sollte daher zunächst eine Entgiftungsbehandlung mit anschließender Entwöhnungstherapie stattfinden. Bei letzterer Maßnahme können zur gegebenen Zeit und nach aktuellem Befund entsprechende verhaltensmodifizierende Methoden zur Gewichtsreduktion während der Rehammaßnahme eingesetzt werden.

### **2.4.2 Psychische Störungen**

Adipöse Menschen können zu einer auf vielen Ebenen inhomogenen Patientengruppe gezählt werden. Im Rahmen der Behandlung lassen sich bestimmte gehäuft auftretende persönliche Charakteristika eruieren. So sind z. B. eine passive Therapieerwartung, überzogene Therapieziele, geringe Frustrationstoleranz oder ein eingeschränktes Repertoire der Problembewältigung sehr häufig anzutreffen [57]. Der Einfluss der Adipositaschirurgie auf die Lebensqualität zeigt meist eine Besserung im Hinblick auf die psychische Gesundheit und psychosoziale Parameter. Insbesondere depressive Störungen und Angststörungen zeigen sich postoperativ häufig rückläufig.

Ca. 50 % der adipösen Patienten, die sich einen operativen Eingriff wünschen, erfüllen die Kriterien einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung.

Eine deutliche Zunahme psychischer Auffälligkeiten bei steigendem BMI ist insbesondere bei affektiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen anzutreffen.

Psychologisch-psychiatrische Erkrankungen, instabile psychiatrische Zustände, aktive Substanzabhängigkeit und Essstörungen oder unbehandelte Essstörungen wurden früher in der Literatur als Kontraindikationen beschrieben, was mittlerweile in unterschiedlichem Grad relativiert wurde. So stellt die Binge-Eating-Störung heute keine generelle Kontraindikation mehr da. Grundsätzlich sollte darauf geachtet werden, dass psychiatrische Erkrankungen behandelt werden und sich die Patienten zum Zeitpunkt des operativen Eingriffs in einer stabilen Phase befinden.

Der prädiktive Wert für den Therapieerfolg bei Vorliegen psychischer Störungen wird in der Literatur unterschiedlich abgebildet. Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein präoperativer psychischer Störungen und dem Ausmaß der postoperativen Gewichtsabnahme, hier vor allem bei Vorliegen von depressiven Störungen [13];[36];[11].

### **2.4.3 Schwere psychische Störungen**

Prädiktiv ausschlaggebend ist der Schweregrad einer präoperativ bestehenden psychischen Störung. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vom emotional-instabilen Typ (Borderline Persönlichkeitsstörung) und Patienten mit anderen schweren psychischen Störungen, die bereits mehrfach in stationärer psychiatrischer Behandlung waren, weisen häufig nicht nur einen unzureichenden Ge-

wichtsverlust, sondern auch eine ungenügende Besserung des psychischen Befindens nach dem adipo-sitaschirurgischen Eingriff auf [11].

Ausgeprägte aktuell manifeste und akut behandlungsbedürftige Psychosen (Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, ausgeprägte Depressionen), schwere Persönlichkeitsstörungen, insbes. Borderline-Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Substanzabhängigkeit, die u. a. mit einer ich-dystonen- oder Körperschemastörung bzw. einer verzerrten Körperwahrnehmung einhergehen können sowie weitere Beeinträchtigungen z. B. im Bereich der Kognition (Denken, Planen und Handeln) sowie Störungen der Affektlage (Motivation, Antrieb), wirken sich im Einzelfall ungünstig auf angestrebte Ziele einer Gewichtsreduzierung aus und stellen für den Betroffenen in der Regel eine erhebliche Überforderung dar.

Gewünschte Therapieziele im Rahmen einer Gewichtsreduktion können daher in den meisten Fällen nicht realisiert werden und führen häufig bei den Betroffenen zu erheblichen Selbstwertkrisen bzw. einer Verschlechterung der psychiatrischen Grunderkrankung.

Geht aus der psychiatrischen / psychotherapeutischen Stellungnahme hervor, dass eine Psychotherapie und/oder psychiatrische Mitbehandlung empfohlen wird, so sollte dies geprüft und im Gutachten erwähnt werden. Die Durchführung einer Psychotherapie schließt den operativen Eingriff nicht grundsätzlich aus. Prioritär sollten psychotherapeutische Interventionen durchgeführt werden. Diese Auffassung wird auch durch das BSG-Urteil zu Gastric Banding vom 19.02.2003 gestützt, das hierzu u. a. ausführt:

*Für „mittelbare“ operative Eingriffe ist eine Leistungsgewährung durch die Krankenkasse regelmäßig (nur dann) nicht zu rechtfertigen, wenn die Operation (primär) zur Behandlung einer psychischen Störung dienen soll; die Adipositas per se ist aber keine psychische Störung.*

Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose sind zwei bis drei mal häufiger von Übergewicht und Adipositas betroffen als die Allgemeinbevölkerung[16].

Umgekehrt können seelische Probleme bis hin zum Vollbild einer psychischen Störung zu einer Veränderung des Ess- und Bewegungsverhaltens führen, deren Folgen eine anhaltende positive Energiebilanz mit Übergewicht und Adipositas sind.

Indizien für eine schwere unbehandelte und instabile psychische Störung sind [13]:

- Substanzabhängigkeit
- Schizophrene Störung
- Schwere depressive Störung
- Suizidalität
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Bulimia nervosa
- Mehrere stationäre psychiatrische Voraufenthalte

#### **2.4.4 Binge Eating**

Binge Eating bedeutet regelmäßiges Auftreten von Essanfällen mit dem Gefühl des Kontrollverlustes über das Essverhalten, jedoch ohne kompensatorische Maßnahmen wie z. B. Erbrechen[13].

Mit einer Binge-Eating-Störung muss man bei bis zu 25 % der Patienten vor Adipo-sitaschirurgie rechnen, wobei diese Gruppe im Vergleich zu Patienten ohne Binge Eating eine deutlich erhöhte

psychische Komorbidität aufweist. Erscheint eine Psychotherapie hinsichtlich einer Essstörung aussichtsreich, ist diese zunächst der operativen Therapie vorzuziehen[24];[11].

#### 2.4.5 Sweet Eater

„Sweet Eater“ stellen weder einen Ausschluss von einer bariatrischen Operation noch von einer bestimmten Operationsmethode dar (zitiert in [13]: Kim TH, Daud a, Ude AO et al: Early U.S. outcomes of laparoscopic gastric bypass versus laparoscopic adjustable silicone gastric banding for morbid obesity. Surg Endosc 2006;20:202-9, [11]).

#### 2.4.6 Personen mit niedrigem Intelligenzniveau, mentale kognitive Retardierung, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Die Begutachtung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) z. B. bei demenzbedingten Fähigkeitsstörungen oder geistiger Behinderung erfordert zunächst eine Statuserhebung der verbliebenen Restressourcen. Hierzu ist eine Auskunft des behandelnden Hausarztes bzw. Internisten sinnvoll. Eine Verhaltenstherapie ist in den meisten Fällen nicht indiziert bzw. durchführbar und kann somit nicht gefordert werden. Ernährungstherapeutische Maßnahmen betreffen im Wesentlichen das soziale Umfeld des Patienten (Familie oder Betreuer) und sollten erfüllt sein. Eine gezielte Bewegungstherapie ist leidensgerecht denkbar und somit Bestandteil der individuellen konservativen Behandlung. Aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit zur Lebensstilmodifikation sind rein restriktive Eingriffe wenig zielführend. Demgegenüber stellen kombinierte Verfahren (z. B. Magenbypass) eine Therapieoption dar. Der lebenslangen postoperativen Betreuung kommt bei zu vermutender eingeschränkter Compliance eine übergeordnete Bedeutung zu und muss deshalb detailliert und verlässlich dokumentiert sein. Demenzielle Leiden führen zumeist zu einer relevanten Einschränkung der Lebenserwartung. Eine positive Leistungsempfehlung zu einer bariatrischen Operation ist deshalb unter einer Nutzen-Risiko-Analyse im Gegensatz zu Patienten mit geistiger Behinderung für demenziell Erkrankte sehr unwahrscheinlich.

Fallspezifisch sollte ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten und (falls eingerichtet) eine Stellungnahme des gesetzlichen Betreuers über die Restressourcen und soziale Betreuungssituation des Patienten vorgelegt werden.

Im Rahmen der oben beschriebenen psychiatrischen Krankheitsbilder werden in besonderen Einzelfällen gesetzliche Betreuer gemäß § 1897 BGB bestimmt, die für gerichtlich bestimmte Aufgabenkreise die Angelegenheiten des Patienten / Betreuten rechtlich besorgen und ihn in dem hierfür erforderlichen Umfang persönlich zu betreuen haben. Vorrangige Aufgabe des Betreuers ist es, als gesetzlicher Vertreter im festgelegten Umfang für den Betreuten zu handeln.

Für die chirurgische Intervention bei Adipositas ist § 1904.1 BGB von Bedeutung. Er regelt das Verfahren bei der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes bei ärztlichen Maßnahmen (Heilbehandlungen)<sup>20</sup>.

<sup>20</sup> Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (§ 1904.1 BGB).

Die Krankenkasse sollte bei dieser Fallkonstellation auf die Notwendigkeit der Einbeziehung des Betreuers hingewiesen werden, die Frage der Genehmigungspflicht ist keine sozialmedizinische Fragestellung.

#### **2.4.7 Adipositaschirurgische Eingriffe zur Behandlung eines Diabetes mellitus 2 bzw. eines metabolischen Syndroms**

Im Kontext der "metabolischen Chirurgie" wird insbesondere das chirurgische Vorgehen bei Diabetes mellitus Typ 2 propagiert.

Eine Schweregradeinteilung des Diabetes, wie sie beispielsweise über Funktionsdefizite bei der Niereninsuffizienz vorgenommen wird, ist nicht exakt definiert.

Nur über Surrogatparameter lässt sich die Schwere der Erkrankung – unscharf – abbilden.

- 1 - Betazellfunktion
- 2 - Intensität der Behandlung/Behandlungsnotwendigkeit
- 3 - Ausmaß der Folgeschäden an inneren Organen, Gefäßen, Nervensystem, Auge
- 4 - Ausmaß der diabetesbedingten Behinderungen
- 5 - Erreichbarkeit der Therapieziele, Güte der Stoffwechseleinstellung (wobei die Definition eines „schwer einstellbaren Diabetes“ unscharf ist).

Die Gesamtschau der genannten Parameter kann den Schweregrad des Diabetes annähernd abbilden.

Die Ziele der Diabetestherapie:

- 1 – Normnahe stabile Stoffwechseleinstellung
- 2 – Vermeidung von diabetogenen Schäden an Inneren Organen, Gefäßen, Nervensystem, Auge
- 3 – Vermeidung von Behinderung
- 4 – Erhalt der Lebensqualität (QOL)

sollen erreicht werden primär über konservative Maßnahmen mit Lebensstilveränderung, Schulung, Selbstmanagement, Stoffwechselkontrolle, nicht medikamentöse Therapie (Ernährung / Bewegung), medikamentöse Therapie mit verschiedenen nicht insulinotropen und insulinotropen oralen Antidiabetika, Insulin, Inkretin-Analoga.

In einer systematischen Übersicht und Metaanalyse untersuchten Buchwald et al. [10] die Ergebnisse der bariatrischen Chirurgie bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 und morbidem Adipositas. Sie bezogen die Ergebnisse von 621 Studien mit insgesamt 135.246 Patienten ein.

In Abhängigkeit von der angewandten Operationsmethode wurde in der rein diabetischen Studienpopulation das Verschwinden eines klinisch / laborchemisch nachweisbaren Typ 2 Diabetes in 82 % der Fälle innerhalb von 2 Jahren nach der Operation erreicht, in 62 % der Fälle war auch nach Ablauf von 2 Jahren kein Diabetes mehr nachweisbar. Die Autoren weisen auf das Fehlen von randomisiert-kontrollierten Studien hin, welche chirurgische und konservative Therapiemaßnahmen bei Typ 2 Diabetes vergleichen.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie von Dixon et al. [15] untersuchte den Effekt auf die Gewichtsabnahme bei 60 adipösen Typ 2 Diabetikern (Diagnosestellung weniger als 2 Jahre ) im Vergleich zwischen Magenband (LAGB) und konventioneller Diabetestherapie. Eine Remission des Typ 2



Diabetes wurde bei 73 % der operierten und bei 13 % der konventionell behandelten Patienten im Beobachtungszeitraum von 2 Jahren festgestellt.

Das Risiko, an einem Typ 2 Diabetes zu erkranken, ist eng korreliert mit dem Bestehen und dem Ausmaß einer Adipositas.

Eine signifikante Gewichtsreduktion kann sowohl das Risiko, an Typ 2 Diabetes zu erkranken, senken und auch einen bestehenden Typ 2 Diabetes in ein Stadium der klinischen/laborchemischen Symptomfreiheit zurückführen, wie die oben zitierten Studien zeigen.

Dixon et al. führen in ihrer Studie aus, dass nicht die Methode, mit welcher der Gewichtsverlust erreicht wurde, entscheidend ist, sondern der Gewichtsverlust und dessen Ausmaß selbst.

Beide Studien zeigen, dass ein signifikanter Gewichtsverlust positive Auswirkungen auf die Stoffwechsellage (HbA1c, gemittelte Blutglucosespiegel, endogene Insulinproduktion), den Bedarf an stoffwechselwirksamen Medikamenten hat. Ebenfalls günstige Effekte wurden für den Lipidspiegel und den Blutdruck nachgewiesen.

Das primäre metabolische Ziel stellt also die signifikante Gewichtsreduktion, insbesondere die Reduktion des viszeralen Fettgewebes dar, mit den nachgewiesenen positiven Effekten auf Blutzucker, Lipide, Insulinresistenz.

Die Studien zeigen hinsichtlich des Ausmaßes der erreichten Gewichtsabnahme und der metabolischen Effekte einen Vorteil der adipositaschirurgischen Maßnahmen, wobei Dixon et al. einräumen, dass in der konventionell therapierten Vergleichsgruppe nicht das gesamte Spektrum der modernen medikamentösen Diabetestherapie – insbesondere Exenatide – zur Verfügung stand[15].

Darüber hinaus beschreiben die zitierten Studien ausnahmslos Patientenkollektive mit einem BMI > 35 kg/m<sup>2</sup>, wobei die Gruppe der Patienten mit einem BMI > 40 kg/m<sup>2</sup> den Großteil der Probanden darstellte. Eine operative Therapie zur Behandlung eines Diabetes mellitus bei einem BMI < 35 kg/m<sup>2</sup> stellt einen experimentellen Ansatz dar und sollte in einem standardisierten Studiendesign erfolgen. Da die anerkannten Operationsverfahren als primäres Zielkriterium eine Reduktion des Körpergewichtes aufweisen, ist als Hauptdiagnose ein Kode aus der Gruppe E66.- zu wählen. Fallspezifisch bestehende Komorbiditäten sind unter Berücksichtigung der DRG als Nebendiagnosen aufzuführen (z. B. ein Diabetes mellitus).

#### **2.4.8 Organisch bedingte Adipositas**

z. B. Prader-Willi-Syndrom, Laurence-Moon-Biedl-Bardet-Syndrom, Klinefelter-Syndrom

Eine organisch bedingte Adipositas kann mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz einhergehen. In diesen Fallkonstellationen sind zusätzlich die Ausführungen unter 2.4.6 zu berücksichtigen.

Bei isoliert somatischer Störung ist zu prüfen, ob die zur Adipositas führende Grunderkrankung durch konservative Therapiemaßnahmen relevant zu beeinflussen ist. Erfolgsversprechende Therapieschwerpunkte sind zu belegen.

Sollten neben einer ärztlichen (medikamentösen) Behandlung der Grunderkrankung keine weiteren konservativen Therapieoptionen bestehen und wird trotz optimaler Therapie der Grunderkrankung ein BMI von  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit adipositasassoziierten Begleiterkrankungen oder ein BMI von  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup> dokumentiert, ist einer operativen Therapie zuzustimmen.

### 2.4.9 Ältere / betagte Personen ab 65 Jahren

Eine ausreichende Evidenzlage für Patienten ab 65 Jahren existiert nicht. Laut IQWiG Leitlinien-Recherche [27] werden in zwei Leitlinien Aussagen getroffen, die als „nicht auf RCT-basiert“ eingestuft werden. Die operative Therapie birgt ein höheres Mortalitätsrisiko. Eine Senkung der Mortalität ist nicht nachgewiesen [20]. Ein Nutzen ist nach einer Leitlinie vorwiegend in der Verbesserung der Lebensqualität zu sehen. Die Bestätigung der Indikation sollte auf individueller Basis nach Abwägen von Nutzen und Risiko erfolgen.

### 2.4.10 Revisionseingriffe

Die Notwendigkeit zu Revisions- bzw. Zweiteingriffen ergibt sich aus folgenden Konstellationen:

- Versagen der bariatrischen Operation

Bei einem präoperativen BMI  $> 40 \text{ kg/m}^2$  ist es nach einem bariatrischen Ersteingriff nach Ablauf eines Jahres nicht zu einer klinisch relevanten Gewichtsreduktion (10 % des Gesamtkörpergewichtes, nicht des EWL) gekommen oder es wurde nach initialer Gewichtsreduktion das Ausgangsgewicht wieder erreicht oder überschritten.

In der Patientengruppe mit einem BMI zwischen  $35 \text{ kg/m}^2$  und  $40 \text{ kg/m}^2$  konnte trotz nachgewiesener Gewichtsabnahme keine Verbesserung der Begleiterkrankungen bei weiterhin bestehendem BMI  $> 35 \text{ kg/m}^2$  nachgewiesen werden.

Eine Gewichtsreduktion von 50 % (EWL) als Erfolgskriterium einer bariatrischen Operation [53] ist nicht ausreichend wissenschaftlich belegt. Demgegenüber belegen zahlreiche Literaturstellen eine klinisch relevante Reduktion der Komorbiditäten ab einer Gewichtsabnahme von 10 % des Körpergewichtes [41];[51];[56];[32];[48];[12].

Eine Überprüfung der Nachsorge bzw. eine erneute Vorstellung beim Verhaltenstherapeuten ist bei Patienten angezeigt, die nach einem ersten operativen Eingriff eine psychopathologische Störung entwickelt haben. Die Anfrage 7.2.3 ist bei Revisionsoperationen wegen erneuter Gewichtszunahme erneut anzufordern.

- Komplikationen der bariatrischen Operation mit Verlust der gewichtsreduzierenden Funktion des Eingriffs

Schwerwiegende z. B. entzündlich/mechanische Komplikationen werden endoskopisch oder radiologisch nachgewiesen und begründen medizinisch eindeutig eine Auflösung (z. B. Magenbandentfernung) der eingriffsspezifischen gewichtsreduzierenden Funktion der durchgeführten bariatrischen Operation. Besteht zum Zeitpunkt des erneuten bariatrischen Eingriffs keine ausreichende Reduktion des Körpergewichtes und / oder der Komorbiditäten (siehe hierzu „Versagen der bariatrischen Operation“) ist, wenn medizinisch vertretbar, z. B. eine erneute Bandimplantation oder aber auch die Umwandlung in eine alternative, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Verfahrenstechnik indiziert. Liegt zum Revisionszeitpunkt ein Körpergewicht  $< 35 \text{ kg/m}^2$  vor, ist ein unmittelbarer prophylaktischer Zweiteingriff nicht zu empfehlen.

Eine erneute Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgt nicht mehr, da bereits im Vorfeld des Ersteingriffes eine fehlgeschlagene konservative Therapie festgestellt wurde.

Zur geplanten Re-Operationsmethode kann evidenzbasiert keine Aussage getroffen werden.

#### **2.4.11 Wirtschaftlichkeitsgebot und Folgekosten**

Die von Anwendern häufig vorgebrachte Argumentation, eine bariatrisch-chirurgische Maßnahme komme unter Wirtschaftlichkeitserwägungen vorrangig in Betracht, ist in Kenntnis der Schwankungsbreite und Unsicherheit zugrunde gelegter epidemiologischer und klinischer Daten nicht nachzuvollziehen. Zudem müssten bei solchen Vergleichen auch mögliche Folgeprobleme wie Komplikationen, Zweit- bzw. Revisionseingriffe, evtl. plastisch-chirurgische Eingriffe und die notwendige lebenslange Nachbehandlung Berücksichtigung finden. Sowohl die Leitlinien als auch die BSG-Rechtsprechung haben sich auf die medizinische Problemstellung konzentriert. Wirtschaftlichkeit und Folgekosten werden in den Urteilen des BSG zu Gastric banding von 2003 als Aspekte erwähnt. Für eine Operationalisierung dieser Gesichtspunkte im Hinblick auf die sozialmedizinische Bewertung eines Eingriffs liegt jedoch bisher keine Evidenz vor.

Der HTA-Bericht des DIMDI [9] stellt die aktuell verfügbare gesundheitsökonomische Literatur zusammen. Dort heißt es: Im Rahmen des hier vorliegenden HTA-Berichts kann eine Studie identifiziert werden, die explizit für den deutschen Versorgungsraum die Kosteneffektivität der bariatrischen Verfahren AGB und GBP im Vergleich zu konservativen Behandlungsstrategien untersucht. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bariatrische Chirurieverfahren dominante Strategien darstellen, d. h. sie sind effektiver und weniger kostenintensiv als konservative Verfahren. Um die hier gefundenen Ergebnisse abschließend beurteilen zu können, sind weitere Studien, die explizit für den deutschen Markt durchgeführt werden, von besonderer Wichtigkeit für die zukünftige Forschung. Aus den vorhandenen Studien können keine abschließenden ökonomischen Aussagen gewonnen werden. Es fehlt an weiteren, langfristigen, qualitativ hochwertigen Studien, die sich auf den deutschen Versorgungsraum beziehen und die Kosteneffektivität bariatrischer Verfahren im Vergleich untereinander bzw. im Vergleich zu konservativen Therapiestrategien zum Ziel haben.

#### **2.4.12 Adipositaschirurgie als Schädigung eines gesunden Organs**

Die bei der Adipositaschirurgie erfolgende „Schädigung eines gesunden Organs“ (Magen, Dünndarm) hat vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtsprechung evtl. Konsequenzen für die Aufklärungspflicht des Operateurs, nicht aber für die sozialmedizinische Beurteilung. Als richtungsweisendes Argument spielt dieser Gesichtspunkt in der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (siehe Abschnitt 2.1.3) keine Rolle.

#### **2.4.13 Ultima Ratio**

Ultima Ratio bedeutet nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass die Adipositaschirurgie nicht eine von vielen Therapieoptionen ist, unter denen bei behandlungsbedürftiger Adipositas ausgewählt werden kann. Der chirurgische Eingriff steht vielmehr am Ende der Entscheidungskaskade.

#### **2.4.14 Begutachtung nach der BSG-Rechtsprechung zum Seltenheitsfall oder zur notstandsähnlichen Situation**

Ein „Seltenheitsfall“, der sich der systematischen Erforschung entzieht, liegt bei den Indikationen der Adipositaschirurgie nicht vor. Die Kriterien der Begutachtungsanleitung Außervertragliche „Neue

Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)“, Stand 08.10.2008, (ohne Fertigarzneimittel) zur Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu notstandsähnlichen Situationen auf Basis des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 („Nikolaus-Beschluss“) sind bei Methoden der Adipositaschirurgie nicht anzuwenden, da die Begutachtungsanleitung sich nur auf ambulant eingesetzte Methoden bzw. auf Methoden im Krankenhaus, für die ein Leistungsausschluss durch Beschluss des G-BA nach § 137c SGB V vorliegt, bezieht. Eine Befassung des G-BA mit den Methoden der Adipositaschirurgie ist bisher nicht erfolgt.

Die operative Therapie der extremen Adipositas stellt bei Anwendung etablierter Verfahrenstechniken eine allgemein anerkannte Behandlungsmethode dar. Die Vergütung erfolgt derzeit nach dem Fallpauschalenkatalog mit den DRG K04A und K04B.

Im Rahmen der Einzelfallprüfung stehen in diesem Zusammenhang die Fragen der medizinischen Notwendigkeit (Indikation), Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Vordergrund.

#### **2.4.15 Hinweise zur Versorgungssituation / zu Versorgungsabläufen**

Auf psychotherapeutischem Sektor werden in speziellen Beratungszentren für Essgestörte (auch Patienten mit der Indikation Adipositas) Einzel- und Gruppentherapien, Ernährungs- und Bewegungsberatung angeboten. Die Kostenerstattung erfolgt im Rahmen der außervertraglichen Psychotherapie für verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch-fundiert ausgerichtete Psychotherapien. Erfüllen die Behandler die Voraussetzungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien kann im Einzelfall nach Prüfung durch den MDK eine Kostenzusage für eine Behandlung empfohlen werden. Darüber hinaus können die Krankenkassen die Kosten von Patientenschulungsprogrammen im Rahmen des § 43 SGB V übernehmen.

Hauner et al. fordern, dass solche Einrichtungen definierte Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme erfüllen müssen und einer kontinuierlichen Qualitätskontrolle unterliegen sollten [24].

Der Begriff „Adipositaszentrum“ wird zunehmend verwendet. Die damit bezeichneten Einrichtungen, Strukturen, Professionen, Zielgruppen und Leistungen sind sehr heterogen. Sie verbindet zunächst lediglich, dass ein Behandlungs- oder Präventionsangebot für adipöse Patienten vorliegt.

Die Leistungen können von Kursen oder einer Sprechstunde bis hin zu komplexen integrierten Angeboten reichen.

Adipositaszentren im Sinne von interdisziplinären Zentren zur Schwerpunktversorgung können präventiv, konservativ oder chirurgisch ausgerichtet sein, oder alle Säulen einer Versorgung umfassen. Die Einrichtung von Adipositaszentren wird auch in den Leitlinien der DAG und des ICSI erwähnt. Adipositaschirurgische Eingriffe sollten nur in Zentren durchgeführt werden.

### **3. Organisation der Zusammenarbeit Krankenkasse / MDK**

#### **3.1 Fallauswahl bei der Krankenkasse**

Ein Begutachtungsleitfaden enthält Empfehlungen zur Begutachtung durch den MDK. Anders als bei Begutachtungsanleitungen nach § 282 Abs.2 Satz 3 SGB V sind die Krankenkassen an der Erarbeitung nicht beteiligt. Die einzelnen medizinischen Dienste sollten den Krankenkassen die dargelegten obligaten und fakultativen Unterlagen zur Kenntnis bringen.

Die logistische Bearbeitung richtet sich nach regionalen Besonderheiten / Vereinbarungen.

#### **3.2 Sozialmedizinische Fallberatung**

Eine fallabschließende Begutachtung zu einem bariatrischen Eingriff sollte in der Fallberatung nicht erfolgen, da die Fragestellung zu komplex ist, das Beratungsergebnis Folgekosten bei Befürwortung auslöst und da Konflikte bei Ablehnung eine schriftliche Stellungnahme erfordern.

Im Rahmen einer fallsteuernden SFB wird das weitere gutachtliche Vorgehen festgelegt (u. a. Nachforderung weiterer Unterlagen), um ein Gutachten nach Aktenlage zu erstellen oder den Versicherern zur persönlichen Befunderhebung einzuladen.

## 4. Gutachten

Die gesetzlichen Krankenkassen haben einen Anspruch auf aussagefähige und schlüssige Gutachten. Die Entscheidung über die Erledigungsart (Gutachten nach Aktenlage / Gutachten durch persönliche Befunderhebung) liegt in der Hoheit des zuständigen MDK. Sie richtet sich nach Fragestellung, Art und Umfang der vorgelegten Unterlagen sowie der dargelegten medizinischen Befunde.

Für alle Erledigungsarten der Begutachtung sind die inhaltlichen Kriterien wie unten aufgeführt, zu beachten.

Landesspezifische Regelungen sind zu beachten.

### 4.1 Gutachten nach Aktenlage

Bei vollständig ausgefüllten Fragebögen kann ein Gutachten nach Aktenlage in der Regel eine ausreichende Bearbeitungstiefe zur fallabschließenden Beratung darstellen.

Die in den vorliegenden ärztlichen Fragebögen, Stellungnahmen bzw. Berichten dokumentierten plausiblen Befunde sowie Diagnoseangaben werden grundsätzlich nicht in Zweifel gezogen.

Im Gutachten sind zu dokumentieren:

- Begutachtungsanlass
- Vorliegende / Fehlende (dann mit Bezug auf 2.3.1) Unterlagen
- Angaben zur Vorgeschichte (kurze globale Darstellung der Anamnese bzgl. der Adipositas, bei BMI 35 bis < 40 kg/m<sup>2</sup> der Begleiterkrankungen und ggf. weiterer für die sozialmedizinische Stellungnahme relevanter Erkrankungen)
- Diagnosen
- sozialmedizinische Beurteilung mit erkennbarer Abarbeitung der relevanten Punkte des Algorithmus für das Ergebnis der Begutachtung. Bei sozialmedizinischen Befürwortungen kann der Sachverhalt kurz, aber für die Krankenkasse hinreichend nachvollziehbar, dargestellt werden. Soweit der adipositaschirurgische Eingriff sozialmedizinisch nicht empfohlen wird, sollte der zur Ablehnung führende Schritt und die dazu gehörige Anamnese eingehender dargelegt werden.
- sozialmedizinische Empfehlung (medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung erfüllt / nicht erfüllt).

### 4.2 Gutachten durch persönliche Befunderhebung

Eine körperliche Untersuchung kann bei Vorliegen unvollständiger und nicht nachvollziehbarer Befundberichte notwendig sein. Im Widerspruchsverfahren oder bei drohendem Sozialgerichtsstreit ist ggf. eine Begutachtung mit körperlicher Untersuchung angezeigt<sup>21</sup>. Hierbei kann der Patient im Rahmen einer körperlichen Untersuchung durch den Gutachter gemäß seines Auftrages ausführlich über sein Krankheitsbild und die zur Verfügung stehenden therapeutischen Maßnahmen beraten werden. Die bei der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse sind analog zu Abschnitt 4.1 zu dokumentieren.

---

<sup>21</sup> Landesspezifische Regelungen sind zu beachten

## **5. Vorgehen bei Widersprüchen**

Der Widerspruch richtet sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse. Ihr obliegt das weitere Verfahren. Sie kann den MDK zu einer erneuten sozialmedizinischen Stellungnahme auffordern.

Für eine sachgerechte Begutachtung benötigt der MDK dann die gesamte Akte einschließlich aller Vorgutachten, Unterlagen und auch des Widerspruches.

Sollte ein Widerspruch oder Einwand direkt an den MDK geschickt worden sein, leitet dieser ihn umgehend an die zuständige Krankenkasse weiter.

Im Widerspruchsverfahren kann eine körperliche Untersuchung erwogen werden (siehe Abschnitt 4.2).

Landesspezifische Regelungen sind zu beachten.



## **6. Ergebnismitteilung**

Art und Umfang sind in § 277 SGB V gesetzlich festgelegt.<sup>22</sup>

Bei der Abfassung des Gutachtens nach Aktenlage oder nach persönlicher Befunderhebung muss bedacht werden, dass keine Persönlichkeitsrechte Dritter verletzt werden (Familienanamnese, Darstellung der sozialen Unterstützung).

Bei Patienten mit schweren psychischen Störungen dürfen keine dem Patienten unbekanntem ärztlichen Diagnosen oder Bewertungen aufgeführt werden, deren unvermittelte Kenntnis z. B. aus Akten Einsicht zu einem Schaden führen kann.

---

<sup>22</sup> Landesspezifische Regelungen sind zu beachten

## 7. Anlage und Verweise

### 7.1 Literaturverzeichnis

1. Adams, T. D., Gress, R. E., Smith, S. C., Halverson, R. C., Simper, S. C., Rosamond, W. D., Lamonte, M. J., Stroup, A. M., Hunt, S. C. Long-term mortality after gastric bypass surgery. *N Engl J Med*, 2007; 357 (8): 753-761
2. Aetna. Obesity surgery (23.05.2008).2008; Clinical policy bulletin number 0157
3. Agency for Healthcare Research and Quality. Bariatric surgery in women of reproductive age: special concerns for pregnancy.2008; Evidence Report/Technology Assessment No. 169
4. Allison, C. Intra gastric balloons: a temporary treatment for obesity. *Issues Emerg Health Technol*, 2006; (79): 1-4
5. Allison, C. Magenballons: Temporäre Therapie bei Fettleibigkeit.2006; online 11.08.09: [http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta179\\_summary\\_de.pdf](http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta179_summary_de.pdf)
6. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery. Position statement on sleeve gastrectomy as a bariatric procedure.2007; online 12 08 09: [http://www.asbs.org/Newsite07/resources/sleeve\\_statement.pdf](http://www.asbs.org/Newsite07/resources/sleeve_statement.pdf)
7. Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical. BioEnterics® Intra gastric Balloon for obesity.2005; Horizon Scanning Technology Prioritising Summary
8. Bergmann, K. E., Mensink, G. B. M. Körpermaße und Übergewicht. *Gesundheitswesen*, 1999; 61 (Sonderheft 2): 115-120
9. Bockelbrink, A., Stöber, Y., Roll, S., Vauth, C., Willich, S. N., Greiner, W. Medizinische und ökonomische Beurteilung der bariatrischen Chirurgie (Adipositaschirurgie) gegenüber konservativen Strategien bei erwachsenen Patienten mit morbidem Adipositas.2008; DAHTA HTA-Bericht 73
10. Buchwald, H., Estok, R., Fahrbach, K., Banel, D., Jensen, M. D., Pories, W. J., Bantle, J. P., Sledge, I. Weight and type 2 diabetes after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Am J Med*, 2009; 122 (3): 248-256
11. Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie. Chirurgie der Adipositas. S3-Leitlinie. 2009; Entwurf Stand Oktober 2009. Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie (CA-ADIP)
12. Dattilo, A. M., Kris-Etherton, P. M. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*, 1992; 56 (2): 320-328
13. De Zwaan, M. Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie. *Dtsch Arztebl*, 2007; 104 (38): 2577-2583
14. Deitel, M., Crosby, R. D., Gagner, M. The First International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy (SG), New York City, October 25-27, 2007. *Obes Surg*, 2008; 18 (5): 487-496
15. Dixon, J. B., O'Brien, P. E., Playfair, J., Chapman, L., Schachter, L. M., Skinner, S., Proietto, J., Bailey, M., Anderson, M. Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc*, 2008; 299 (3): 316-323
16. Drieling, T., Biedermann, N. C., Scharer, L. O., Strobl, N., Langosch, J. M. Gewichtsveränderungen unter Therapie mit Psychopharmaka. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 2007; 75 (2): 65-80
17. Ehram, R., Stoffels, S., Mensink, G. B. M., Melges, T. Übergewicht und Adipositas in den USA, in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Dtsch Z Sportmed*, 2004; 55 278-285
18. Eisenlohr, H. Metabolisches Syndrom. Diagnose und Ernährungstherapie. *Internist (Berl)*, 2005; 46 57-68
19. Fernandes, M. A. P., Atallah, A. N., Soares, B. G., Humberto, S., Guimaraes, S., Matos, D., Monteiro, L., Richter, B. Intra gastric balloon for obesity. *Cochrane*, 2007; 1
20. Fried, M., Hainer, V., Basdevant, A., Buchwald, H., Deitel, M., Finer, N., Greve, J. W., Horber, F., Matus-Vliegen, E., Scopinaro, N., Steffen, R., Tsigos, C., Weiner, R., Widhalm, K. Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. *Obes Surg*, 2007; 17 (2): 260-270
21. Gagner, M., Deitel, M., Kalberer, T. L., Erickson, A. L., Crosby, R. D. The Second International Consensus Summit for Sleeve Gastrectomy, March 19-21, 2009. *Surg Obes Relat Dis*, 2009; 5 (4): 476-485

22. Grundy, S. M., Brewer, H. B. jr, Cleeman, J. I., Smith, S. C. jr, Lenfant, C. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*, 2004; 109 (3): 433-438
23. Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A., Wolfram, G. Evidenzbasierte Leitlinie. Prävention und Therapie der Adipositas.2005; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
24. Hauner, H., Buchholz, G., Hamann, A., Husemann, B., Koletzko, B., Liebermeister, H., Wabitsch, M., Westenhöfer, J., Wirth, A., Wolfram, G. Evidenzbasierte Leitlinie. Prävention und Therapie der Adipositas.2007; Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
25. Husemann, B., Bröhl, F., Herpertz, S., Weiner, R., Wolf, A. M. Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas, 2003
26. Imaz, I., Martinez-Cervell, C., Garcia-Alvarez, E. E., Sendra-Gutierrez, J. M., Gonzalez-Enriquez, J. Safety and effectiveness of the intragastric balloon for obesity. A meta-analysis. *Obes Surg*, 2008; 18 (7): 841-846
27. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Inhalte zu Adipositas für die Erstellung eines DMP-Moduls Adipositas.2009; Nr. 45, Auftrag V06-06, Version 1.0
28. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity (mature adolescents and adults).2006; third edition
29. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and management of obesity (mature adolescents and adults).2009; fourth Edition
30. Kahn, R., Buse, J., Ferrannini, E., Stern, M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*, 2005; 28 (9): 2289-2304
31. Kelly, J., Tarnoff, M., Shikora, S., Thayer, B., Jones, D. B., Forse, R. A., Hutter, M. M., Fanelli, R., Lautz, D., Buckley, F., Munshi, I., Coe, N. Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery. *Obes Res*, 2005; 13 (2): 227-233
32. Klein, S., Sheard, N. F., Pi-Sunyer, X., Daly, A., Wylie-Rosett, J., Kulkarni, K., Clark, N. G. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies: a statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *Diab Care*, 2004; 27 (8): 2067-2073
33. Kreck, C. Magenschrittmacher. NUB-Liste des InEK.2009; Sozialmedizinische Expertengruppe Methoden- und Produktbewertung (SEG 7) der MDK-Gemeinschaft
34. Lau, D. C. W., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., Ur, E. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. *Can Med Assoc J*, 2007; 176 (8 Suppl)
35. Leff, D. R., Heath, D. Surgery for obesity in adulthood. *Br Med J*, 2009; 339 740-746
36. Mechanick, J. I., Kushner, R. F., Sugerman, H. J., Gonzalez-Campoy, J. M., Collazo-Clavell, M. L., Guven, S., Spitz, A. F., Apovian, C. M., Livingston, E. H., Brolin, R., Sarwer, D. B., Anderson, W. A., Dixon, J. American Association of Clinical Endocrinologists, The Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery Medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Endocr Pract*, 2008; 14 (Suppl 1): 1-83
37. National Health and Medical Research Council. Clinical Practice Guidelines for the management of overweight and obesity in adults.2003
38. National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults. National Institute of Health (NIH), 1998; No. 98-4083
39. National Institute for Clinical Excellence. Obesity. guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children.2006; Clinical guideline 43
40. ohne Autor. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. *Ann Intern Med*, 1991; 115 (12): 956-961
41. Pi-Sunyer, F. X. A review of long-term studies evaluating the efficacy of weight loss in ameliorating disorders associated with obesity. *Clin Ther*, 1996; 18 (6): 1006-1035

42. Sauerland, S., Angrisani, L., Belachew, M., Chevallier, J. M., Favretti, F., Finer, N., Fingerhut, A., Garcia, Caballero M., Guisado Macias, J. A., Mittermair, R., Morino, M., Msika, S., Rubino, F., Tacchino, R., Weiner, R., Neugebauer, E. A. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). *Surg Endosc*, 2005; 19 (2): 200-221
43. Schneider, B. E., Mun, E. C. Surgical management of morbid obesity. *Diab Care*, 2005; 28 (2): 475-480
44. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Obesity in Scotland. Integrating prevention with weight management. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 1996; No. 8
45. Sjöström, L., Narbro, K., Sjöstrom, C. D., Karason, K., Larsson, B., Wedel, H., Lystig, T., Sullivan, M., Bouchard, C., Carlsson, B., Bengtsson, C., Dahlgren, S., Gummesson, A., Jacobson, P., Karlsson, J., Lindroos, A. K., Lonroth, H., Naslund, I., Olbers, T., Stenlof, K., Torgerson, J., Agren, G., Carlsson, L. M. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*, 2007; 357 (8): 741-752
46. Sozialmedizinische Expertengruppe Methoden- und Produktbewertung (SEG 7) der MDK-Gemeinschaft. Adipositas-Chirurgie (Bariatrische Chirurgie).2007
47. Statistisches Bundesamt. Leben in Deutschland. Haushalte, Familien und Gesundheit -- Ergebnisse des Mikrozensus 2005.2006
48. Stevens, V. J., Obarzanek, E., Cook, N. R., Lee, I. M., Appel, L. J., Smith West, D., Milas, N. C., Mattfeldt-Beman, M., Belden, L., Bragg, C., Millstone, M., Raczynski, J., Brewer, A., Singh, B., Cohen, J. Long-term weight loss and changes in blood pressure: results of the Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Ann Intern Med*, 2001; 134 (1): 1-11
49. Stroh, C., Hohmann, U., Lehnert, H., Manger, T. Das polyzystische Ovarsyndrom - eine Indikation zu bariatrischen Eingriffen? *Zentralbl Chir*, 2008; 133 (6): 608-610
50. The Management of Overweight and Obesity Working Group. VA/DoD clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity.2006; Department of Veterans Affairs, Department of Defense
51. Torgerson, J. S., Hauptmann, J., Boldrin, M. N., Sjöström, L. Xenical in the prevention of diabetes in obese subjects (Xendos) Study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diab Care*, 2004; 27 (1): 155-161
52. U.S.Preventive Services Task Force. Screening for obesity in adults: recommendations and rationale. *Am Fam Physician*, 2004; 69 (8): 1973-1976
53. Weiner, R. Redo-Chirurgie. In: Adipositaschirurgie – Indikation und Therapieverfahren. Weiner, R. and Pomhoff, I. (Hrsg. Eds.), Bremen: UNI-MED Verlag. 2006; 113
54. Weiner, R. A. Schlauchmagenbildung in der Adipositaschirurgie fest etabliert - Ergebnisse des 2. Gipfeltreffens internationaler Adipositaschirurgen. *AdipositasSpektrum*, 2009; 5 (2): 10-12
55. Wild, C. Liposuktion/Fettabsaugung. *HTA-Newsletter*, 2004; 28: 2
56. Wing, R. R., Hamman, R. F., Bray, G. A., Delahanty, L., Edelstein, S. L., Hill, J. O., Horton, E. S., Hoskin, M. A., Kriska, A., Lachin, J., Mayer-Davis, E. J., Pi-Sunyer, F. X., Regensteiner, J. G., Venditti, B., Wylie-Rosett, J. Achieving weight and activity goals among diabetes prevention program lifestyle participants. *Obes Res*, 2004; 12 (9): 1426-1434
57. Zielke, M. Adipositas: Verhaltenstherapie. In: Praxis der Psychotherapie. 2. Auflage. Senf, W. and Broda, M. (Hrsg.), Stuttgart, New York: Thieme Verlag. 2000; 505-510

## **7.2 Vorschläge für Briefe / Anfragen an Behandler und Versicherte und weitere Materialien**


Anfragen wie in 7.2.1 und 7.2.2 werden seit Jahren in einzelnen Bundesländern erfolgreich eingesetzt und sowohl durch die Patienten als auch die behandelnden Ärzte vollständig ausgefüllt. Die ärztliche Anfrage sollte idealerweise durch ein - regional in unterschiedlicher Dichte vorhandenes - interdisziplinäres Adipositaszentrum ausgefüllt werden. Alternativ kann die Anfrage an den die Adipositas längerfristig betreuenden niedergelassenen Arzt (z. B. Hausarzt) adressiert werden.

Die Anfrage 7.2.3 ermöglicht eine einheitliche und objektive Bewertung der stattgehabten Verhaltensmodifikation sowie des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs.

Die Prüfung der strukturellen Voraussetzungen der operierenden Klinik sollte unter Nutzung der Anfrage 7.2.4 primär durch die Krankenkasse erfolgen und bei der Begutachtung (nach Aktenlage oder körperlicher Untersuchung) dem Gutachter vorliegen.

Bei Begutachtung mit körperlicher Untersuchung können die Fragebögen 7.2.1 – 7.2.3 für eine standardisierte Befunderhebung genutzt werden.

**7.2.1 Anfrage an Versicherte**

 <p><b>Medizinischer Dienst</b></p> <p>Ansprechpartner / Begutachtungszentrum:</p>	<p>Krankenkasse Anschrift</p> <p>Telefon Fax Sachbearbeiter/-in</p>
<p><b>Angaben der/des Versicherten - zur Klärung der Indikation einer operativen Behandlung bei erheblichem Übergewicht -</b></p>	
<p><b>Versicherte/r:</b> Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon</p>	
<p><b>Behandelnder Ärztin/Arzt/Leistungserbringer:</b> Name, Vorname, Gebietsbezeichnung, Anschrift, Telefon, Telefax</p>	

Sehr geehrte/r Frau / Herr.....,

Ihre Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu Ihrem Antrag auf Kostenübernahme für einen adipositaschirurgischen Eingriff (z. B. Magenband, Magenbypass) beauftragt.

Die Notwendigkeit dieser Operation ist nicht als selbstverständlich anzunehmen, insbesondere, da das Ziel der Gewichtsreduktion auch durch nicht-operative Maßnahmen erreicht werden kann.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Rechtsprechung zur Adipositaschirurgie hervorgehoben, dass eine Kostenübernahme für eine chirurgische Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur als „Ultima Ratio“ in Frage kommt, d. h. wenn alle anderen Möglichkeiten der Gewichtsreduktion ausgeschöpft sind.

Internationale Leitlinien empfehlen stark übergewichtigen Menschen vor allem eine Kombination aus kalorienreduzierter Ernährung, regelmäßiger Bewegung und Maßnahmen zur Änderung des Verhaltens, um Gewicht abzunehmen.

Auch müssen die möglichen Risiken einer Operation gegen den Nutzen der Gewichtsreduktion abgewogen werden. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare Operationsrisiko, sondern auch Ihre langfristige Bereitschaft, Ihre Lebensführung umzustellen und in regelmäßiger ärztlicher Nachsorge zu bleiben.

Bei der Prüfung des Antrags legen wir die Kriterien von nationalen und internationalen Leitlinien der Fachgesellschaften zugrunde, die sich mit der Behandlung der Adipositas befassen.

**Für die Bearbeitung des Antrags bitten wir Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig ausfüllen.**

Mit freundlichen Grüßen

.....  
MDK-Gutachter/in





2. Waren Sie wegen des Übergewichtes bereits in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung)?

<b>Wo?</b>	<b>Wann ?</b>	<b>Wie lange?</b>	<b>Gewichtsverlust ?</b>
------------	---------------	-------------------	--------------------------

---

---

3. Haben Sie an einer Ernährungsberatung bei einem/r geprüften Ernährungsberater/in oder einem Arzt/Ärztin mit Zusatzausbildung in Ernährungsmedizin teilgenommen (Wann?, Wie lange?)?

---

---

4. Welche Bewegungstherapien haben Sie bisher durchgeführt?

---

---

Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige körperliche Aktivität (Art, Dauer, wie oft?)

---

---

5. Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen?  
Bei wem (Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in), wann, wie lange?

---

---

Wurden Sie im Rahmen einer professionellen Ernährungsberatung über Verhaltensmaßnahmen begleitend zur Gewichtsreduktion und zur Aufrechterhaltung des Erfolges geschult?

Bei wem?

---

---

---

---

6. Haben Sie versucht, durch Medikamente Ihr Gewicht zu reduzieren. Wenn ja welche?

**C. Angaben zum Essverhalten**

1. Welche Lebensmittel bevorzugen Sie (z. B. deftige Kost, Süßes, Fast food)?

2. Welche Getränke (Mengenangabe) nehmen Sie am liebsten zu sich?

3. Leiden Sie unter Heißhungeranfällen, Essattacken, die Sie nicht kontrollieren können? Auch nachts?

4. Lösen Sie manchmal absichtlich Erbrechen aus?

**D. Angaben zu Vorerkrankungen**

Wurden Sie bisher wegen Adipositas oder Begleiterkrankungen bei folgenden Facharztgebieten behandelt:

	Innere Medizin/Allgemeinmedizin :	ja	nein
wegen	Bluthochdruck	ja	nein
	Diabetes		
	Fettstoffwechselstörung	ja	nein
	Schilddrüsenerkrankung	ja	nein
	Herzerkrankung	ja	nein
	Lungenerkrankung	ja	nein
	Adipositas	ja	nein
	andere	ja	nein

Erläuterung:

Orthopädie:	ja	nein
-------------	----	------

Nervenheilkunde/Psychiatrie/Psychologie:		ja	nein
mit welcher Therapie:	Psychotherapie	ja	nein
	Verhaltenstherapie	ja	nein
	Medikamente	ja	nein

**E. In welcher Einrichtung soll die Operation durchgeführt werden?**

**F. Wer übernimmt die Nachsorge und Betreuung nach der Operation?**

**G. Für welchen Zeitraum ist eine Weiterbehandlung nach der Operation geplant?**

**H. Welcher Ärztin/Arzt behandelt Sie aktuell bezüglich Ihres Übergewichtes?**

Ich bin mit einer Befundanforderung bei den genannten Einrichtungen und Behandlern/-innen einverstanden:

.....

Datum

.....

Unterschrift Versicherte(r)



Bitte weisen Sie oder Ihr/e Patient/in die durchgeführte Ernährungstherapie über einen Zeitraum von sechs Monaten durch einen Ernährungsmediziner/in und/oder eine anerkannte ernährungstherapeutische Berufsgruppe (z. B. Diätassistent/in oder Oecotrophologe/in) bzw. die Betreuung durch eine qualifizierte Einrichtung nach.

Wurde eine ernährungsmedizinische Schwerpunktpraxis in die Therapie einbezogen?  
Bitte beschreiben Sie stichpunktartig Art und Umfang dieser Intervention.

Soweit eine Ernährungstherapie im Rahmen einer Reha erfolgt ist, belegen Sie bitte, dass diese für insgesamt 6 Monate unter Kontrolle einer ernährungstherapeutischen Berufsgruppe ambulant fortgeführt wurde. Eigenständige Therapieversuche (diverse Diäten) oder kommerzielle Angebote (vergleichbar Weight Watchers, Formuladiäten) alleine sind nicht ausreichend.

Wie beurteilen Sie das Ernährungs- und Essverhalten Ihres/r Patienten/in?

Bestehen Verhaltensauffälligkeiten, die die Entstehung einer Adipositas begünstigen (z. B. Binge-Eating, Bulimie) ?

Wie schätzen Sie die Motivation Ihres/r Patienten/in ein?

Sind die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt?

Wurde der/die Patient/in über die Operation mit allen Risiken, langfristigen Folgen und die Notwendigkeit der lebenslangen Nachsorge aufgeklärt?

Wie ist die postoperative Betreuung des/der Patienten/in organisiert?

a. In welcher Praxis/Klinik/medizinischen Einrichtung erfolgt die lebenslange postoperative Betreuung des Patienten?

b. Besteht ein Konzept zur lebenslangen Nachbehandlung (ggf, bitte Angaben über Art und Häufigkeit der Nachuntersuchungen) ?

.....  
**Datum**

.....  
**Stempel/Unterschrift des/der behandelnden  
Arztes/Ärztin**

### 7.2.3 Anfrage an psychiatrisch/psychotherapeutische Leistungserbringer

#### Anfrage an psychiatrisch/psychotherapeutische Leistungserbringer

Wir bitten um eine Stellungnahme durch Leistungserbringer mit folgenden Gebietsbezeichnungen: Fachärzte/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, für psychotherapeutische Medizin, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten/-innen.

Die psychiatrisch/psychotherapeutische Bewertung sollte möglichst von einem mit Adipositas und Adipositaschirurgie erfahrenen Arzt oder Psychotherapeuten durchgeführt werden. Das Ziel, ist einerseits potentielle Kontraindikationen (siehe unten) festzustellen und andererseits spezifische psychische Konstellationen zu identifizieren, die den Therapieerfolg (postoperativ) negativ beeinflussen können (z. B. Binge Eating, psychische Stressoren, soziales Umfeld etc.). Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst detailliert. Vielen Dank.

*Die Unterpunkte sind als beispielhafte Aufzählung für eine frei formulierte Stellungnahme zu verstehen.*

#### Antwort zur Anfrage an den Psychiater / Psychotherapeuten vom:

**Versicherte/r:** Name, Vorname, Geburtsdatum,

#### Anamnese

##### 1. Familienanamnese:

Angaben speziell zu Essstörungen einzelner Familienmitglieder  
Andere psychische Störungen bei Familienmitgliedern  
Spezifische Belastungen (Partnerprobleme der Eltern, Trennung, Teilfamilie)  
Beurteilung von Familienstruktur, Interaktionen, Kommunikation

##### 2. Eigenanamnese:

Prämorbide Essstörungen in der Kindheit und Adoleszenz  
Prämorbidem Übergewicht / Adipositas  
Prämorbidem psychopathologische Auffälligkeiten  
Auslösende Ereignisse für die Adipositas

##### 3. Therapieanamnese:

Ambulante Therapiemaßnahmen (Zeitpunkt, Dauer, Art, Erfolg)  
Teilstationäre Therapiemaßnahmen (Zeitpunkt, Dauer, Art, Erfolg)  
Stationäre Therapiemaßnahmen (Zeitpunkt, Dauer, Art, Erfolg)

##### 4. Psychischer Befund (mit ggf. Angaben zu):

Äußere Erscheinung: Bewusstseinslage, Orientierung zur Person, zur Zeit und zum Ort, Antrieb und Psychomotorik, interpersonaler Kontakt, Sozialverhalten, Stimmung und Affektlage, Wahrnehmungen und Wahrnehmungsstörungen, Konzentration und Gedächtnis, Wahn, Denken und Denkstörungen, Intelligenz und Intelli-

genzstörungen, Ich- und Persönlichkeitsstörungen, Suizidalität, Vitalstörungen, Persönlichkeitsstruktur, Psychodynamik, Neurosenstruktur, bzw. lerngeschichtliche und funktionale Bedingungen der Störung, Glaubwürdigkeit

### 5. Spezieller psychopathologischer Befund:

Body-Mass-Index  
 Subjektive Einstellung zu Essen, Nahrung, Gewicht  
 Körperwahrnehmung  
 Krankheitseinsicht und Leidensdruck  
 Objektive und / oder subjektive Essanfälle  
 Kontrollverlust beim Essen  
 Nächtliches Essen  
 Trinkmengen, bevorzugte Getränke  
 Kompensatorische Maßnahmen (Erbrechen, Laxanzien, Diuretika)  
 „Gezügeltes“ Essverhalten (ständiger Versuch, Diät zu halten)

### 6. Motivation

Ausmaß der Motivation  
 Intrinsische (selbst) oder extrinsische (z. B. durch Angehörige) Motivationslage  
 Früherer Umgang mit medizinischen Empfehlungen  
 Vorrangige Gründe für die Operation (Gesundheit, Mobilität, Aussehen...)

### 7. Diagnose/n: (auch unter Berücksichtigung evtl. psychiatrischer Komorbiditäten)

### 8. Kontraindikationen

Liegen bei dem Patienten die folgenden Kontraindikationen für eine chirurgische Adipositasbehandlung vor?

- akute Suchtproblematik (Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit)
- ausgeprägte behandlungsbedürftige Psychosen (Schizophrenie, schizoaffektive Störungen, schwere Depressionen, schwere Persönlichkeitsstörungen)
- erhebliche Intelligenzminderung

### 9. Stress, Fähigkeit zur Problemlösung („coping“)

Psychosoziale Stressoren  
 Zu erwartende Lebensveränderungen in den 12 Monaten nach der Operation  
 Essen als alleinige Stressbewältigung („coping“)  
 Mögliche positive Aspekte der Adipositas (zum Beispiel Schutz)  
 Missbrauchserfahrung

### 10. Soziale Unterstützung

Akzeptanz und Hilfe in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis  
 Mögliche negative Konsequenzen? (zum Beispiel Attraktivität als Problem für Ehepartner)  
 „Moralische“ Unterstützung  
 Offenheit gegenüber anderen, Verheimlichen (z.B: aus Angst vor Diskriminierung oder aus Angst zu versagen)

### 11. Erwartungen des Patienten

Gewichtsreduktion als alleiniger „Problemlöser“ („quick fix“)  
 Realistische Erwartungen an das Ausmaß der Gewichtsreduktion (selten wird Normalgewicht erreicht)

### 12. Ihre gutachterliche Einschätzung

zur Motivation des Patienten und seinen Erfolgsaussichten zu einer Gewichtsreduzierung

**13. Stellungnahme und Beurteilung:**

Die gutachterliche Stellungnahme sollte folgende detaillierte Empfehlungen zur Indikation chirurgischer Maßnahmen enthalten:

- Wird ohne Einschränkungen empfohlen
- Es müssen weitere schriftliche Empfehlung von behandelnden Therapeuten und Ärzte eingeholt werden: bitte entsprechend veranlassen
- Empfehlung einer Psychotherapie oder medikamentösen Behandlung vor bzw. begleitend nach Adipositaschirurgie
- Die beantragte Maßnahme ist aus Sicht des/r Unterzeichners/in nicht indiziert bzw. kann nur nach Erfüllung der folgenden Auflagen durchgeführt werden:

.....

**Datum**

.....

**Stempel/Unterschrift des Leistungserbringers**



#### 7.2.4 Strukturanfrage

Die Prüfung der Eignung der Einrichtung sollte perspektivisch einzelfallübergreifend in einer Strukturabfrage durch die Krankenkassen erfolgen.

Für die Einzelfallprüfung kann als Zwischenlösung die folgende Anfrage herangezogen werden:

#### Anfrage zur Qualitätssicherung an Ärzte bzw. Kliniken durch die Krankenkasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

soweit Ihre Einrichtung von der DGAV zertifiziert wurde, legen Sie dies bitte vor, eine Beantwortung der Fragen entfällt in diesem Fall.

Andernfalls bitten wir Sie um die Beantwortung der Anfrage, die der Qualitätssicherung in der Adipositaschirurgie dient. Die Fragen basieren auf Leitlinien und Aussagen von Fachgesellschaften.<sup>23</sup>

1. Sind Sie von der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositaschirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziert?

ja

nein

Falls ja, entfällt die Beantwortung aller weiteren Fragen. In diesem Fall ist die Zusendung einer Kopie des Zertifikats ausreichend.

2. Welche bariatrischen Operationen werden bei Ihnen durchgeführt:

	ja	nein
Magenband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbypass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biliopankreatische Diversion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, falls ja: welche: _____		

3. Wie groß ist die Anzahl der adipositaschirurgischen Eingriffe pro Jahr in Ihrer Klinik?

<sup>23</sup> Deutsche Gesellschaft für Chirurgie der Adipositas e.V. und Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V. Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. Stand 01.12.2006, Prävention und Therapie der Adipositas (Hauner et al., 2007), Interdisciplinary European guidelines on surgery of severe obesity (Fried et al., 2007), Gastrointestinal Surgery for Severe obesity (Grundy et al., 1991), Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (Sauerland et al., 2005), Best practice recommendations for surgical care in weight loss surgery, (Kelly et al., 2005).

4. Erfolgt die Indikationsstellung in einem interdisziplinären Team? Welche Fachrichtungen gehören neben der Chirurgie zu dieser Behandlungsgruppe?

			24 h Rufbereitschaft	
	ja	nein	ja	nein
Ernährungsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endoskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie/Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere ärztliche Fachrichtungen: \_\_\_\_\_

Weitere nicht ärztliche Therapeuten:

Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere: .....

5. Besteht ein Konzept zur lebenslangen Nachbehandlung (Art und Häufigkeit der Nachuntersuchungen, ggf. welche)? Welche Fachrichtungen sind beteiligt? Wer ist für die Nachbetreuung verantwortlich?

6. Bitte belegen Sie, dass Sie an der Studie Qualitätssicherung Adipositaschirurgie Deutschland (<http://www.dgav.de/arbeitsgemeinschaften/ca-adip/>) teilnehmen.

### 7.3 Schlüsselnummern für die Adipositas nach der Systematik der ICD-10-GM 2009

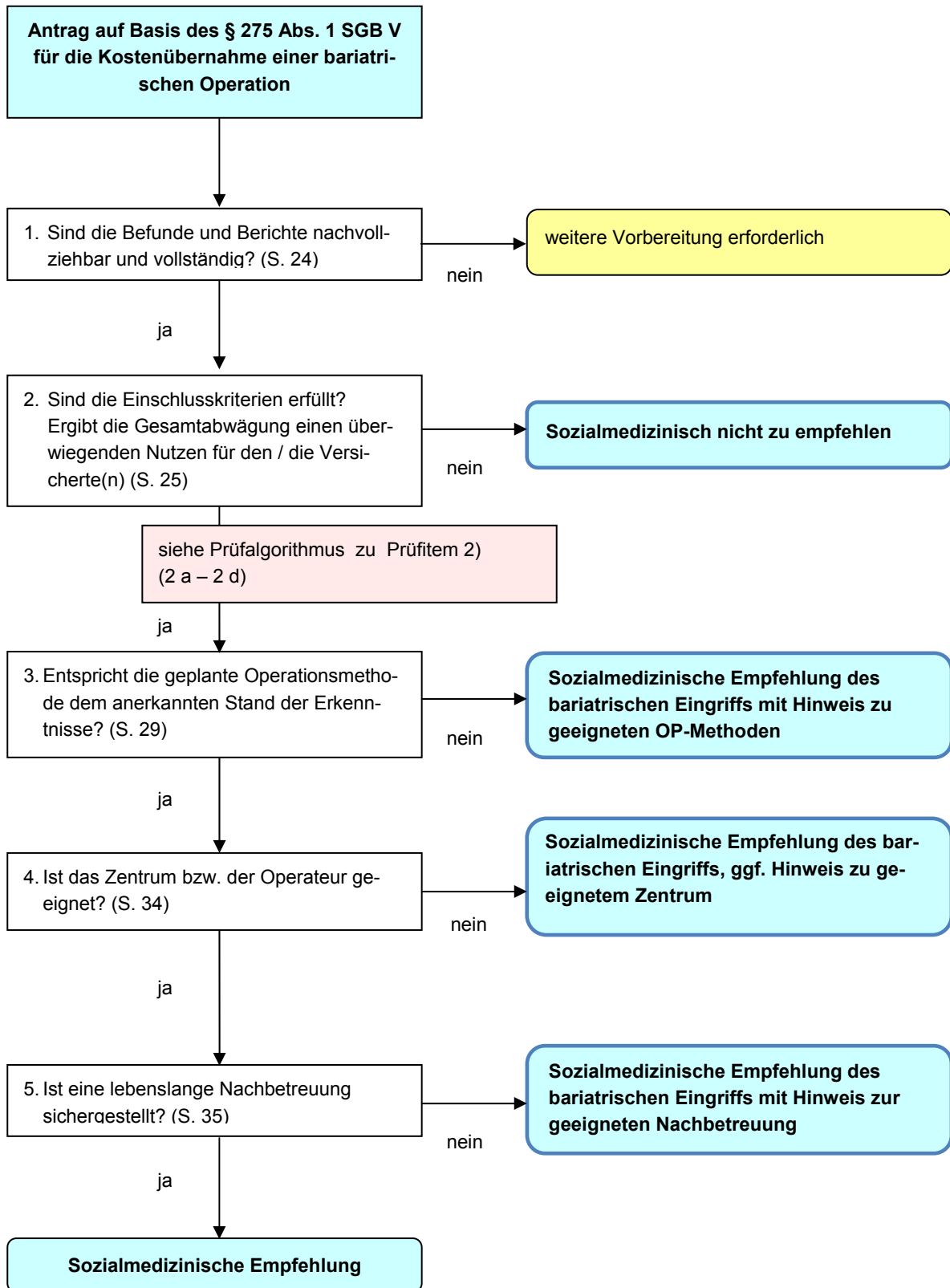
#### Adipositas und sonstige Überernährung (E65-E68)

- E66. Adipositas  
*Exkl.:* Dystrophia adiposogenitalis ( E23.6), Lipomatose o.n.A. ( E88.2), Lipomatosis dolorosa [Dercum-Krankheit] ( E88.2), Prader-Willi-Syndrom ( Q87.1)
- E66.0 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr
- E66.00 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
- E66.01 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.02 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.09 Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet
- E66.1 Arzneimittelinduzierte Adipositas
- E66.2 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation  
*Inkl.:* Pickwick-Syndrom
- E66.8 Sonstige Adipositas (DIMDI 2009, Abfrage 11.03.2009)
- E66.20 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35
- E66.21 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
- E66.22 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
- E66.29 Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] nicht näher bezeichnet

### 7.4 Checkliste Fallauswahl und Vorbereitung der SFB

Fallauswahl und Vorbereitung der SFB bei beantragtem adipositaschirurgischen Eingriff	Bitte ankreuzen	Bemerkungen
Patientenfragebogen liegt vor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	obligat zur MDK Prüfung
Arztfragebogen des antragstellenden Arztes liegt vor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	obligat zur MDK Prüfung
psychiatrische/psychotherapeutische Stellungnahme auf Basis des MDK-Fragebogens liegt vor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	obligat zur MDK Prüfung
die zur Durchführung der adipositaschirurgischen Operation vorgesehene Klinik ist zertifiziert	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
bei nicht bestehender Zertifizierung der Klinik: Selbstauskunftsbogen der Klinik zu den adipositaspezifischen Qualitätskriterien liegt vor	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	zur MDK Prüfung bei nicht zertifizierter Klinik
BMI des Versicherten < 35 kg/m <sup>2</sup>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bei einem BMI < 35 kg/m <sup>2</sup> erfolgt keine Fallvorlage beim MDK bzw. Fallabschluss in der SFB

## 7.5 Prüfalgorithmen



\*zu verwenden bei Prüfung des Leistungsanspruchs bei Vorabvotum und bei Prüfung nach erfolgter Operation. Zu Revisionsoperationen siehe Abschnitt 2.4.10

