

8. Juli 2020

An

Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche und Fraktion

Ralph Brinkhaus, Alexander Dobrindt und Fraktion

Dr. Rolf Mützenich und Fraktion

Jens Spahn, Bundesminister für Gesundheit

Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Patientenbeauftragte der Bundesregierung

### **Stellungnahme der BAG Selbsthilfe Adipositas zu den Drucksachen 19/ 19665, 1923 und 20619**

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

mit Interesse haben wir die kleine Anfrage 19/19665 verfolgt, die eine ganze Reihe von Aspekten angesprochen hat, mit denen wir uns in der täglichen Arbeit der Adipositas-Selbsthilfe konfrontiert sehen. Entsprechend gespannt waren wir auf die Antwort der Bundesregierung.

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung sich in wichtigen Punkten auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft befindet und anerkennt, dass die Ursachen der Adipositas vielfältig sind und sich diese nicht auf einzelne Faktoren reduzieren lassen. Sie sind ein Zusammenspiel aus biologischen, psychosozialen, verhaltens- und verhältnisbezogenen Faktoren. Auch die Konsequenz, dass die Ansätze zur Gewichtsreduktion entsprechend ebenfalls komplexe Maßnahmenbündel sein müssen, können wir nur unterstreichen. Damit sollten die einfachen Formeln, die sich nur auf Essen oder Bewegung beziehen, endgültig der Vergangenheit angehören.

Leider bleiben die Antworten in mehreren Bereichen deutlich hinter unserer Erwartung zurück – wir greifen hier exemplarisch zwei Themenblöcke heraus:

#### **Diskriminierung und Stigmatisierung**

Diskriminierung ist für Menschen mit Adipositas alltäglich und allgegenwärtig. Jeder mit starkem Übergewicht weiß das. Jeder, der einen Betroffenen kennt, kann das von ihm aus erster Hand erfahren.

Erschreckenderweise trifft man auch dort auf Vorurteile und stigmatisierende Einstellungen gegenüber Menschen mit Adipositas, wo die Betroffenen Hilfe suchen: im Gesundheitswesen. Wir behaupten nicht, dass das Phänomen die Mehrheit der Behandler und Pflegekräfte betrifft, jedoch kann fast jeder Patient von solchen Erlebnissen berichten.

Es fängt bei abfälligen Bemerkungen über den Erkrankten an, der Feststellung, dass bestimmte Symptome ja „bei dem Gewicht kein Wunder“ seien und endet damit, dass Patienten nicht ernst genommen werden. Beschwerden werden fälschlicherweise und ohne eingehende Untersuchung mit dem Gewicht begründet, anstatt die eigentliche Ursache zu diagnostizieren. Unzureichende Ausstattung, wie zum Beispiel zu kleine Behandlungstühle und zu kleine Blutdruckmanschetten, sind dann nur noch weitere Randnotizen.

Leider führt dies dazu, dass notwendige Behandlungen unterbleiben, verursacht durch unzureichende Diagnostik oder weil die Patienten nach negativen Erfahrungen den Praxen fernbleiben.

So stellt sich die Realität in deutschen Behandlungszimmern dar und da reicht es einfach nicht aus, zu sagen, dass die Angehörigen der Heilberufe schon von Ihrem Berufsethos her verpflichtet sind, jedem Patienten die ihrem medizinischen Bedarf gerecht werdende Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen.

Es reicht auch nicht anzuführen, dass das AGG Menschen mit starkem Übergewicht dann schützt, wenn die Schwelle zur Behinderung überschritten ist, denn der Teil der Menschen mit Adipositas, der glücklicherweise noch keinen Grad der Behinderung aufweist, ist genauso schützenswert.

***Aus diesem Grund fordern wir, das Körpergewicht oder – allgemeiner und vermutlich auch besser – „das äußere Erscheinungsbild, das Körpergewicht und Krankheiten“ als geschützte Diskriminierungsgründe in das AGG aufzunehmen.***

### **Therapien/Versorgungssituation**

Aus den Antworten zu den Versorgungsangeboten zur Gewichtsreduktion gehen klar und strukturiert die Ansätze und Möglichkeiten nach §20 SGB V sowie §43 SGB V hervor.

All diese Maßnahmen sind wichtig und sollten unseres Erachtens auch weiter intensiviert werden, jedoch sind Präventionsprogramme und Patientenschulungen keine Therapie.

Obwohl die Adipositas zu den 20 häufigsten Diagnosen bei vielen Fachärzten zählt, ist eine leitlinienkonforme Primärtherapie nicht existent. Patienten erhalten lediglich eine symptomorientierte Therapie der Folgeerkrankungen, nicht aber der ursächlichen Erkrankung.

Der Zugang zu einem multimodalen konservativen Programm zur Gewichtsreduktion ist für viele Betroffene von dem eigenen Wohnort und/oder den eigenen finanziellen Mitteln abhängig. Die Höhe der Kostenübernahme zu einer individuellen Ernährungstherapie bei einer qualifizierten Fachkraft ist abhängig von der Krankenkasse. Gerade finanzschwache Betroffene berichten häufig, dass die Ernährungstherapie für sie finanziell nicht machbar wäre.

Gruppenprogramme sind flächendeckend nicht verfügbar und werden häufig durch Anbieter des zweiten Gesundheitsmarktes angeboten. Der Zugang ist zu diesen Programmen ist nicht für alle Betroffene möglich. Entweder mangels Verfügbarkeit oder aus finanziellen Gründen. Je nach Krankenkasse sind für die Patienten monatliche Eigenbeteiligungen von 150 € bis 200 € keine Seltenheit.

Eine Verhaltenstherapie auf Grund der Erkrankung Adipositas ist für Betroffene ebenfalls nicht verfügbar. Lediglich aufgrund von Essstörungen kann Psychotherapie verordnet werden, wobei die Betroffenen hier mit monatelangen Wartezeiten zu kämpfen haben.

Regionale Versorgungsverträge mit Schwerpunktpraxen stellen einerseits einen Fortschritt dar, sind im Gesamten allerdings nicht hilfreich, da diese in der Regel regional begrenzt und nur von bestimmten Krankenkassen abgeschlossen werden.

***Viele Betroffene erhalten somit keinen Zugang zu einer Versorgung, was §2a SGB V widerspricht, der klar darlegt, dass besonderen Belangen von behinderten und chronisch kranken Menschen Rechnung zu tragen ist. Ergänzend zitieren wir aus der Antwort der Bundesregierung auf Frage 1: „Bei Vorliegen krankhafter Übergewichtigkeit besteht ein Anspruch auf Krankenbehandlung.“***

Im Weiteren verweisen wir gerne auf die Petition 76323 vom 23.01.2018, die bisher nicht abschließend beschieden wurde.

Auch in dem am 3. Juli 2020 verabschiedeten Start einer **Nationalen Diabetes-Strategie** finden sich wesentliche Aussagen zur Adipositas. Obwohl der Fokus naturgemäß auf Diabetes liegt, wird die Erkrankung Adipositas als dessen Hauptursache gleichberechtigt benannt und nicht nur als Risikofaktor, der sie zweifellos ebenfalls ist.

Es wird konstatiert, dass die an Adipositas Erkrankten Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt sind. Auch wenn der Antrag Diskriminierung im Gesundheitssystem nicht offen benennt, so findet diese doch in den Therapielücken bei Adipositas ihren Ausdruck. Hierzu möchten wir aus der Rede von MdB Alexander Krauß zitieren:

*„Menschen mit Adipositas werden unzureichend behandelt. [...] Es reicht nicht, wenn ein Patient zum Arzt geht und dieser ihm dann nur sagt, er solle mal ein bisschen weniger essen und sich ein bisschen mehr bewegen. Das ist keine ausreichende Therapie.“*

Wir hoffen, dass die angestrebten Fortschritte in der Fort- und Weiterbildung sowie die Sicherstellung einer leitliniengerechten Versorgung bei Adipositas Grad 1 bis 3 zu Lasten der Krankenkassen keine Lippenbekenntnisse bleiben, sondern zeitnah Realität werden.

***Hierzu möchten wir Ihnen die Hand reichen. Sprechen Sie mit uns!***

***Wir sind zwar nicht die Experten, was Ursachen und Therapie der Adipositas angeht, aber wir sind die Experten darin, mit Adipositas zu leben – Tag für Tag und oft ein Leben lang. Nutzen Sie diese Expertise und lassen Sie uns gemeinsam das Leben der Menschen mit Adipositas besser machen!***

Im Namen von allen Betroffenen, sowie deren Freunden und Familien



Christel Moll

Vorsitzende  
Adipositasverband  
Deutschland e.V.

Peterstr. 39  
46236 Bottrop

[www.adipositasverband.de](http://www.adipositasverband.de)

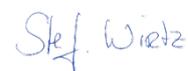


Melanie Bahlke

Vorsitzende  
Adipositaschirurgie  
Selbsthilfe Deutschland e.V.

Kolpingstr. 28  
65451 Kelsterbach

[www.acsdev.de](http://www.acsdev.de)



Stefanie Wirtz

Vorsitzende  
AdipositasHilfe  
Deutschland e.V.

Neulander Weg 1  
21423 Winsen

[www.adipositashilfe-deutschland.de](http://www.adipositashilfe-deutschland.de)