

Hinweise zur Kostenübernahme eines bariatrischen Eingriffs

(Stand 2010)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat sich erstmals 2003 mit bariatrischen Eingriffen befasst. Gemäß mehrerer gleichlautender Urteile vom 19.2.2003 (z.B. B 1 KR 14/02 R) kommt die Implantation eines Magenbandes nur als Ultima Ratio (also als allerletzte Therapiemöglichkeit) in Betracht und nur bei Erfüllung einer Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung:

- BMI > 40 kg/m² (BMI > 35 kg/m² mit erheblichen Begleiterkrankungen)
- Erschöpfung aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten
- Tolerables Operationsrisiko
- Ausreichende Motivation
- Keine manifeste psychiatrische Erkrankung
- Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung

Diese Auffassung wurde nochmals im Urteil des BSG vom 16.12.2008 (B 1 KR 2/08 R) vertreten.

Aufgrund der erhöhten Fallzahlen hat der MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) am 21.12.2009 einen **Begutachtungsfaden Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) bei Erwachsenen** als Hilfestellung für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen zu Bearbeitung von Kostenübernahmeanträgen veröffentlicht. Dieser erhält wichtige Hinweise, welche Bedingungen von den Patienten erfüllt sein müssen um eine Kostenübernahme zu erhalten.

Nachstehend sind die wichtigsten Forderungen zusammengestellt, so dass man einen Überblick über die zu erfüllenden Kriterien erlangen kann:

1. Sind die Einschlusskriterien erfüllt?

1. Adipositas Grad II (BMI >35 kg/m²) mit schwerwiegenden Begleiterkrankungen oder Grad III (BMI > 40 kg/m²) liegt vor.
Schwerwiegende Erkrankungen sind z.B. manifester Diabetes mellitus, schwere arterielle Hypertonie, Schlafapnoe, Erhöhung der Triglyzeride, fortgeschrittene Veränderung des Bewegungsapparates, etc.)
2. Eine Adipositas verursachende Erkrankung, die anders zu behandeln ist, wurde ausgeschlossen.
Adipositas kann z.B. durch endokrinologische Erkrankungen wie Morbus Cushing (Kortisol Überproduktion), Hypothyreose (Mangelversorgung mit Schilddrüsenhormonen) oder durch hormonproduzierende Tumore bedingt sein. Diese Erkrankungen müssen ausgeschlossen sein.
3. Eine Kontraindikation für die Durchführung einer Adipositas-OP liegt **nicht** vor.
Diese wären z.B.:
 - Konsumierende und immundefizitäre Erkrankungen
 - Hormonproduzierende Tumore
 - Deutlich erhöhtes (lebensbedrohliches) Risikoprofil, z.B. ausgeprägte kardiopulmonale Funktionsstörungen, schwere Leber- und Nierenerkrankungen, schwere Gerinnungsstörungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, kongenitale Fehlbildungen des Magen-Darmtraktes.
 - Schwangerschaft
 - Abhängigkeit von Drogen und Alkohol
 - Schwere psychische Erkrankungen (u.a. unbehandelte Bulimia nervosa)
 - Erhebliche Intelligenzminderung und/oder Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

4. Die konservativen Maßnahmen wurden erfolglos ausgeschöpft.

Die konservativen Maßnahmen umfassen ein **multimodales Behandlungskonzept** zur nachhaltigen Verhaltensmodifikation, bestehend aus Ernährungstherapie, Bewegungstherapie und ggf. Verhaltenstherapie.

Ernährungstherapie: Dauer 6 Monate, nachzuweisen durch einen Ernährungsmediziner und/oder eine anerkannte ernährungstherapeutische Berufsgruppe/Einrichtung. Eigenständige Therapieversuche (diverse Diäten) oder kommerzielle Angebote (Weight Watchers, Formuladiäten, etc.) sind hierfür alleine nicht ausreichend.

Bewegungstherapie: Nachweis durch Mitgliedschaft/Teilnahmebescheinigung an Sportverein, Fitnessklub, Volkshochschule o.ä. möglich (Eigenverantwortung gemäß § 1 SGB V). Angabe von sportlicher Betätigung (2 Std/Woche) im Sinne von Walking/Schwimmen/etc. ist auch möglich. Bei Berufen mit körperlicher nstrennung (Landwirt, Bauarbeiter, Metzger, ...) wird die Erfüllung pauschal angenommen.

Verhaltenstherapie: Aufgrund der aktuellen Versorgungslage ist der Nachweis nur schwer möglich. Bei Ausschluss einer schweren psychischen Erkrankung und/oder Essstörung durch das im Antrag beigefügte psychiatrische Gutachten kann auf den Nachweis verzichtet werden.

Hinweis 1: Ist es innerhalb von 6 Monaten unter Anwendung eines konservativen Therapieregimes zu einer kontinuierlichen Gewichtsreduktion von mindestens 10 Prozent des Ausgangsgewichts 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.

Hinweis 2: Bei Vorliegen eines **BMI > 60 kg/m²** ist eine relevante Gewichtsbeeinflussung auch unter multimodaler (mehrerer Elemente umfassender) konservativer Therapie nicht zu erwarten. In diesen Fällen wird vorwiegend geprüft ob eine ernährungsmedizinische Betreuung als Vorbereitung auf die postoperative Phase stattgefunden hat.

2. Vorlegen von Antragsunterlagen

Zwingend notwendige Unterlagen

1. Antrag des Patienten

Dieser sollte u.a folgende Informationen enthalten

- Aktuelle Körpermaße (Größe, Gewicht)
- Seit wann übergewichtig, Bisher höchstes Körpergewicht, Gewicht vor 3 Jahren
- Hinweis, welche Diäten/Programme wann durchgeführt wurden mit Angabe von Gewichtsverlust und erneuter Zunahme
- Hinweis zu besuchten Ernährungsberatungen/Bewegungstherapien/Verhaltenstherapien
- Momentane körperliche Aktivität (Art, Dauer, wie oft)
- Angaben zu Vorbehandlungen wegen Adipositas (Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung, Herzerkrankung, Orthopädie, etc.)
- Wo und von wem soll die OP durchgeführt werden
- Wer übernimmt die Nachsorge
- Welcher Arzt (Hausarzt) führt die aktuelle Betreuung des Übergewichts

Bescheinigungen, sofern vorhanden, beifügen.

2. Gutachten des behandelnden Arztes (Adipositas-Chirurg)
Das Gutachten sollte u.a. die empfohlene OP-Methode beinhalten und auch Informationen zur geplanten Nachsorge enthalten.
3. Psychiatrische/psychotherapeutische Stellungnahme
Ziel der Stellungnahme ist, spezifische psychische Konstellationen zu identifizieren, die einen postoperativen Therapieerfolg negativ beeinflussen könnten (z.B. Binge Eating, psychische Stressoren, soziales Umfeld, etc.)

Ergänzende Unterlagen, nicht zwingend notwendig

1. Reherichte bei durchgeführten Rehamaßnahmen
2. Aktuelles Pflegegutachten bei Pflegebedürftigkeit
3. Weitere ärztliche Stellungnahmen zu Begleiterkrankungen
4. Bescheinigungen zur Teilnahme an Programmen, Selbsthilfegruppen
5. Ernährungsprotokoll/-tagebuch
6. Klinische Befunde zu endokrinologischen Grunderkrankungen

3. Entspricht die OP-Methode dem anerkannten Stand der med. Erkenntnisse?

Methoden, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen, sind:

- verstellbares Magenband
- Der Magenbypass
- Die biliopankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch (BPD +/- DS)
- Die vertikale Gastroplastik

Sweet-Eating stellt keinen Ausschluss einer bestimmten Operationsmethode dar. Dies ist wissenschaftlich überholt.

Methoden, die **nicht** dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis entsprechen, sind:

- Magenballon
- Magenschrittmacher
- Fettabsaugung
- Magenbypass mit Magenband
- Durch Operationsroboter gesteuerte Prozeduren
- Endoskopische (oral-)assistierte Techniken (NOTES)
- Vagusnerv-Schrittmacher und -Blockade
- Endobarrier device von GI Dynamics
- **Sonderfall:** Sleeve Gastrektomie (Schlauchmagen)

Aufgrund fehlender Langzeitergebnisse hinsichtlich des Schlauchmagens wird aus sozialmedizinischer Sicht folgendes empfohlen:

- bei zweischrittigem Vorgehen (z.B. zur Reduktion des erhöhten Operationsrisikos) als Vorstufe zu einem BPD oder Magenbypass kann das Verfahren indiziert sein.
- bei einschrittigem/alleinigem Vorgehen: Es sollte besser eine anerkannte Methode verwendet werden. Wird jedoch trotzdem an der Schlauchmagenbildung festgehalten, sollte eine im besonderen Maße wissenschaftliche Begleitung (idealerweise in Form einer randomisierten prospektiven Studie) erfolgen.

4. Ist das Zentrum/der Operateur geeignet?

Wird von der Krankenkasse anhand einer vorliegenden Zertifizierung der Klinik bei der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (<http://www.dgav.de/zertifizierung/adipositas-und-metabolische-chirurgie.html>) oder durch Anfrage in der Klinik geprüft.

5. Ist eine lebenslange Nachbehandlung sichergestellt?

Eine lebenslange Nachbetreuung muss bereits vor OP geplant werden, damit:

- man als Patient keinen unvermeidbaren Risiken ausgesetzt ist
- Früh- und Spätkomplikationen der Operation und metabolische Langzeitkomplikationen der Malabsorption im Mineral- und Vitaminstoffwechsel erkannt werden.
- bei schweren Begleiterkrankungen ggf. deren medikamentöse Neueinstellung erfolgt
- einer erneuten Gewichtszunahme frühzeitig mit konservativen Methoden gegengesteuert werden kann,
- eine Beratung zu einer eventuell geplanten Schwangerschaft erfolgt.

Bei Erfüllung der Kriteriengruppen 1 bis 5, wird der geplante Eingriff durch den MDK in der vorgesehenen Klinik in der Regel befürwortet. Eine Garantie kann hierfür jedoch nicht gegeben werden.