

Operative Adipositasbehandlung – neue Fassung der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV)

A. Glättli*

In der Krankenpflegeleistungsverordnung Anhang 1 ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen bei morbidem Adipositas eine Operation zur Gewichtsreduktion und Verminderung der adipositasassoziierten Komorbidität als Pflichtleistung der Krankenkassen gilt. Die Swiss Study Group for Morbid Obesity (SMOB) steht seit ihrer Gründung im Dezember 1996 dem Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) und heute dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) als fachkompetenter Gesprächspartner zur Verfügung, um die eidgenössische Leistungskommission (ELK) in ihren Empfehlungen bezüglich Leistungspflicht auf dem Gebiet der operativen Adipositasbehandlung zu beraten.

Die seit 1983 bestehende Fassung KLV Anhang 1 zur operativen Adipositasbehandlung ist im Rahmen dieser Zusammenarbeit redigiert und seit 1. Januar 2000 neu in Kraft gesetzt worden. Als Grundlage diente damals insbesondere der «Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz» aus dem Jahre 1999 [1], an dem der damalige Präsident und das Gründungsmitglied der SMOB, PD Dr. Fritz Horber, massgeblich mitgearbeitet hatte. In den meisten Punkten entsprach die neue KLV den international anerkannten Kriterien [2, 3], bis auf die Body-Mass-Index-Grenze, die in der Schweiz generell auf BMI 40 kg/m² festgelegt wurde. In der übrigen Welt liegt die Grenze zur operativen Behandlung der morbidem Adipositas bei BMI 40 oder bei BMI 35, wenn gleichzeitig eine adipositasassoziierte Komorbidität vorliegt.

Aus bis heute unklaren Gründen wurde am 1. Januar 2004 das Wort «zusammenhängend» in lit. d des KLV Anhangs 1.1 (Tab. 1) eingeschleust, was folgendes bedeutete: Die Kosten für eine Operation zur Behandlung der morbidem Adipositas wurden in der Grundversicherung nur noch dann übernommen, wenn «eine zweijährige *zusammenhängende* adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion erfolglos war». Jedem Laien und erst recht jedem Adipositasachverständigen war hier klar, dass eine zweijährige *zusammenhängende* Diät nicht durchführbar ist. Zudem konnte diese Änderung der Leistungsverordnung dazu führen, dass während der folgen-

den zwei Jahre keine Operationen zur Behandlung der morbidem Adipositas mehr durchgeführt werden konnten. Aufgrund dieser Bestimmung wurde in der Tat vielen Patienten eine medizinisch indizierte Operation vorenthalten.

Entsprechend wurde von verschiedenster Seite interveniert. Die Schweizerische Adipositas-Stiftung (SAPS) unter der Leitung von Herrn von Grünigen protestierte schriftlich beim BSV. Die SMOB stellte offiziell den Antrag an das BAG, das Wort «zusammenhängend» aus lit. d zu streichen. Zudem schlug die SMOB brauchbare Definitionen vor, wie die Ausdrücke «adäquat» und «erfolglos» interpretiert werden können (s. u.). Von der Berner Patientenselbsthilfegruppe (Frau Emma Wüthrich) wurde eine Unterschriftensammlung lanciert, um dem Anliegen noch mehr Gewicht zu verleihen. Verschiedene Pressecommuniqués, Zeitungsartikel und ein Beitrag in einem Privatfernsehen unterstützten unser Anliegen.

Während unserer wiederholten Interventionen war unschwer zu erkennen, dass die Interessen der SMOB, welche die Anliegen der betroffenen Patienten und der mit der Adipositas vertrauten Fachspezialisten vertritt, und der ELK, welche die Kostenkontrolle im Gesundheitswesen als erste Priorität ansieht, nicht deckungsgleich sind. Neueste Studien konnten zeigen, dass bei der Behandlung der morbidem Adipositas die Chirurgie der konservativen Therapie weit überlegen ist [4]. Um so mehr erachten wir es als einen Erfolg, dass wir gemeinsam eine vor allem für die betroffenen Patienten befriedigende Lösung erreichen konnten.

Die SMOB möchte zusammen mit den beteiligten Exponenten ihrer Befriedigung darüber Ausdruck verleihen, dass in der neuen Fassung der KLV Anhang 1.1 lit. d ab 1. Januar 2005 ihr Antrag auf Streichung des Wortes «zusammenhängend» berücksichtigt worden ist. Damit wird vermieden, dass die morbid adipösen Patienten womöglich noch mehr diskriminiert werden.

In lit. g der KLV Anhang 1 ist das Evaluationsregister der SMOB gemeint, die seit 1. Januar 2001 schweizweit die Daten aller Operationen zur Behandlung der morbidem Adipositas sam-

* Präsident Swiss Study Group for Morbid Obesity

Korrespondenz:
Dr. med. Andreas Glättli
Schänzlistrasse 33
CH-3013 Bern

E-Mail: glaettli@bauchchirurgie.ch

Tabelle 1

Seit 1. Januar 2005 geltende Bestimmungen in Anhang 1 der KLV zur operativen Adipositasbehandlung.

Massnahmen	Leistungspflicht	Voraussetzungen	Gültig ab
Operative Adipositasbehandlung (Gastric Roux-Y Bypass, Gastric Banding, Vertical Banded Gastroplasty)	Ja	a. Nach Rücksprache mit dem Vertrauensarzt oder der Vertrauensärztin b. Der Patient oder die Patientin darf nicht älter sein als 60 Jahre. c. Der Patient oder die Patientin hat einen Body Mass Index (BMI) von mehr als 40. d. Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos. e. Vorliegen einer der folgenden Komorbiditäten: arterielle Hypertonie mit breiter Manschette gemessen; Diabetes mellitus; Schlafapnoe-Syndrom; Dyslipidämie; degenerative behindernde Veränderungen des Bewegungsapparates; Koronaropathie; Sterilität mit Hyperandrogenismus; polyzystische Ovarien bei Frauen in gebärfähigem Alter. f. Durchführung der Operation in einem Spitalzentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (Chirurgie, Psychotherapie, Ernährungsberatung, Innere Medizin). g. Einheitliches Evaluationsdesign mit Mengen- und Kostenstatistik.	1.1.2000/1.1.2004/1.1.2005

melt und in verarbeiteter und anonymer Form an das BAG weiterleitet. Seither ist es keinem Zentrum mehr erlaubt, Adipositaschirurgie durchzuführen, ohne dass die Daten für das Register zur Verfügung gestellt werden.

Um weitere Missverständnisse auszuräumen, hat die SMOB konkrete Vorschläge unterbreitet, wie lit. d im Detail zu verstehen ist:

Als *adäquate* Therapien gelten:

1. Ernährungsberatung durch Ärztinnen/Ärzte (auch Hausärzte) oder diplomierte Ernährungsberater/innen und/oder
2. verhaltenstherapeutische Programme inklusive Psychotherapie und/oder
3. kalorienreduzierte Programme und/oder
4. bewegungstherapeutische Programme und/oder
5. medikamentöse Therapie;
6. eine adäquate Therapie kann auch unabhängig von krankenkassenpflichtigen Leistungen/Produkten durchgeführt werden (z. B. Selbstzahler).

Erfolgreiche Therapie: Das Gewichtsreduktionsprogramm, welches additiv während einer minimalen Gesamtdauer von zwei Jahren durchgeführt wurde, gilt dann als erfolgreich, wenn in dieser Zeit kein minimaler Gewichtsverlust von 16% erreicht und 24 Monate nach Beginn gehalten werden kann [5]. Diese zwei Jahre Therapiedauer können aus verschiedenen adäquaten Therapieprogrammen zusammengesetzt werden. Als kürzeste Therapiedauer gilt 1 Monat.

Die Adipositas und die mit ihr assoziierten Komorbiditäten werden in nächster Zukunft, sowohl in gesundheitspolitischer wie auch in ökonomischer Hinsicht, zum Hauptproblem im schweizerischen Gesundheitswesen werden [6]. Die komplexe Problematik kann nur in einer gemeinsamen und interdisziplinären Diskussion angegangen werden. Die Swiss Study Group for Morbid Obesity stellt sich für einen offenen und konstruktiven Dialog weiterhin gerne zur Verfügung.

Literatur

- 1 Golay A, Burckhardt P, Bürgi U, de Marco D, Héraïef E, Horber F, Keller U, Laurent-Jaccard A, Nosedà G, Schutz Y, Suter PM. Consensus über die Behandlung der Adipositas in der Schweiz 1999. Schweiz Med Wochenschr 1999;129(Suppl 114):5S-36S.
- 2 NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Consensus Development Conference Panel. Ann Intern Med 1991;115(12):956-61.
- 3 Sauerland S, Angrisani L, Belachew M, Chevallier JM, Favretti F, Finan N, et al. Obesity surgery: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES). Surg Endosc 2004; 19(2):200-21.
- 4 Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. N Engl J Med 2004;351:2683-93.
- 5 Sjöström CD, Peltonen M, Wedel H, Sjöström L. Differentiated long-term effects of intentional weight loss on diabetes and hypertension. Hypertension 2000;36(1):20-5.
- 6 sda. BAG-Studie: Übergewicht verursacht 2,7 Milliarden Franken Kosten. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(40):2110.