

**Begutachtungsbeispiele und Textbausteine
zum Begutachtungsfaden**

Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) bei Erwachsenen

Stand 21.12.2009



MDS
Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

1. Vorbemerkung

In diesem Dokument sind Begutachtungsbeispiele und Textbausteine der AG Begutachtungsleitfaden Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) der SEG 7 für die MDK-interne Umsetzung des Begutachtungsleitfadens Bariatrische Chirurgie (Adipositaschirurgie) vom 21.12.2009 zusammengestellt. Das Dokument kann ggf. um weitere Beispiele und Bausteine ergänzt werden, bzw. diese können dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der Fortschreibung der Sozialrechtsprechung entsprechend modifiziert werden.

2. Begutachtungsbeispiele

Alter: 44 Jahre, BMI 48 kg/m²

Komorbiditäten: art. Hypertonus.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: regelmäßige Ernährungsberatung über einen Zeitraum von einem Jahr durch den Hausarzt mit der Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“.

Bewegung: keine gezielte Bewegungstherapie, jedoch schwere körperliche Arbeit als Lagerarbeiter.

Verhaltenstherapie: fachpsychiatrische Vorstellung ohne behandlungsrelevante Befunde erfolgt.

Ausschlusskriterien: keine.

Gutachten: Sozialmedizinische **Empfehlung**. Eine erfolglose Ernährungs- und (berufliche) Bewegungstherapie sind über einen Zeitraum von 6 Monaten belegt, eine Verhaltenstherapie ist nicht zu fordern.

Alter: 38 Jahre, **BMI** 36 kg/m²

Komorbiditäten: Hypertonie, Depression, Fettstoffwechselstörung.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Im Jahr 2004 wird bei einem BMI von 49 kg/m² durch den ortsansässigen MDK eine Magenband-Operation empfohlen. Die Patientin reduzierte ihr Gewicht bis zu einem BMI von 27 kg/m². In der Folgezeit kommt es zu einer entzündlichen Komplikation des Magenbandes mit Notwendigkeit zur Explantation. Innerhalb von zwei Jahren steigt das Körpergewicht trotz regelmäßiger diätetischer Versuche von 27 kg/m² auf 36 kg/m².

Ernährung: aktuell „mediterrane Mischkost“ in Eigenverantwortung.

Bewegung: aktuell keine gezielte Bewegungstherapie.

Verhaltenstherapie: keine.

Ausschlusskriterien: keine.

Psychiatrische Evaluation: leichte reaktive Depression, keine Kontraindikation. Operation befürwortet, da erheblicher Leidensdruck durch Adipositas. Es sei durch den Gewichtsverlust eine Besserung der psychischen Situation zu erwarten.

Gutachten: Sozialmedizinische **Empfehlung**, da bereits in 2004 die Indikation für eine operative Therapie bestätigt wurde. Aktuelle psychische Evaluation erfordert keine psychiatrisch / psychologische Intervention. Eine operative Maßnahme war nachweislich erfolgreich und sollte erneut zur Anwendung kommen.

Alter: 69 Jahre, **BMI** 53 kg/m²

Komorbiditäten: insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Hypertonie mit Dreifachmedikation, KHK, Z. n. Stenting, Coxarthrose, Gonarthrose, Indikation zur Hüft-TEP in absehbarer Zeit.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: mehrfache Diäten, vor 5 Jahren Optifast 52 mit 20 kg Gewichtsverlust und Wiedernahme von 15 kg. Ernährungsberatungen im Rahmen der Diabetesschulung. Seit 8 Monaten in multimodalem Behandlungskonzept an der Universitätsklinik, Gewichtsverlust 8 kg, stagniert seit zwei Monaten bei BMI 53 kg/m².

Bewegung: zweimal wöchentlich Schwimmen bzw. Aquafitness, zweimal 30 Minuten Heimtrainer.

Verhaltensmodifikation: im Konzept der Universitätsklinik enthalten. Psychosomatische Stellungnahme der Universitätsklinik befürwortet chirurgische Maßnahme: keine psychiatrische Erkrankung, leichte depressive Episode, gute Compliance.

Ausschlusskriterien: keine.

Gutachten: Sozialmedizinische **Empfehlung** trotz fortgeschrittenem Alter; in der Risiko-/Nutzen-Abwägung sind Verbesserungen hinsichtlich des metabolischen Syndroms zu erwarten, keine Ausschlusskriterien.

Alter: 18 Jahre, **BMI** 45 kg/m²

Komorbiditäten: Hypertonie, Gelenk- und Rückenschmerzen, Genu valga, reaktive Depression (beim Psychotherapeuten in Mitbehandlung); arbeitslos seit Abschluss der Ausbildung; seit Kindheit adipös, familiäre Disposition, Mutter Diabetes, Vater an Herzinfarkt verstorben, lebt in ländlichem Gebiet.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: als Kind und Jugendliche zwei längerfristige stationäre Behandlungen, vielfache Diäten, Ernährungsberatung über Krankenkasse, regelmäßige Betreuung durch Hausarzt mit Führung Ernährungstagebuch, Versuche mit Orlistat und Rimonabant, Gewichtsreduktionen von bis zu 15 kg, die nicht gehalten wurden.

Bewegung: täglich Radfahren, dreimal wöchentlich Fitnessstudio, Programm zur Gewichtsreduktion.

Verhaltensmodifikation: durch Hausarzt.

Ausschlusskriterien: psychologische Stellungnahme durch behandelnden Psychotherapeuten: mittelgradige depressive Episode, keine Suchtproblematik, keine Psychose, hoher Leidensdruck, chirurgische Maßnahme wird befürwortet, prä- und postoperative psychotherapeutische Behandlung ist gewährleistet.

Gutachten: Sozialmedizinische **Empfehlung**, konservative Versuche ausgeschöpft, keine Ausschlusskriterien, psychotherapeutische Behandlung gesichert.

Alter: 49 Jahre, **BMI** 47 kg/m²

Komorbiditäten: Hypertonie, Rücken- und Gelenkschmerzen, behandlungsbedürftiges Schlafapnoe-Syndrom, Borderline-Störung.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: zwei stationäre Rehabilitationsmaßnahmen vor 10 und 4 Jahren, dabei Ernährungsberatung und Bewegungstherapie, Diätversuche nicht bekannt.

Bewegung: Bewegungstherapie während der Rehabilitationsmaßnahmen, jetzt Treppensteigen, gelegentliches Spaziergehen.

Verhaltensmodifikation: s.o.

Ausschlusskriterien: (psychiatrische Stellungnahme) seit drei Jahren wegen schwerer depressiver Episoden und Borderline-Störung in psychiatrischer Behandlung, Psychopharmaka mit Nebenwirkung der Gewichtszunahme, Psychotherapie vor einem Jahr abgebrochen, im letzten Jahr zweimal wegen Suizidversuch in stationärer Behandlung.

Gutachten: **keine Empfehlung** für bariatrische Operation, da bisher kein längerfristiges multimodales Behandlungskonzept; Vorliegen von Kontraindikationen von Seiten der Psyche (instabile Borderline-Störung, Psychotherapie abgebrochen, zwei Suizidversuche im letzten Jahr)

Empfehlung: Psychotherapie/psychiatrische Behandlung zur Stabilisierung der psychischen Situation, multimodales Behandlungskonzept bezüglich der Adipositas.

Alter: 30 Jahre, **BMI** 38 kg/m²

Komorbiditäten: gering erhöhtes HbA1c ohne manifesten Diabetes mellitus, Belastungsdyspnoe.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: 2007 Weight Watchers 6 Monate, 5 kg abgenommen, telefonische Ernährungsberatung im gleichen Jahr.

Bewegung: Tägliches Spaziergehen mit dem Hund, ab und zu schwimmen.

Verhaltensmodifikation: nicht bekannt.

Psychologische Stellungnahme: rezidivierende depressive Episoden, keine Suchterkrankung, keine Psychose.

Keine Stellungnahme vom Chirurgen zur geplanten Methode.

Ausschlusskriterien: keine.

Gutachten: **Keine Empfehlung** zur bariatrischen Operation.

Begründung:

1. Keine manifesten Begleiterkrankungen, wie z. B. metabolisches Syndrom (Belastungsdyspnoe ist als Symptom zu werten, nicht als manifeste Erkrankung).

2. Bisher kein 6-monatiges multimodales Behandlungskonzept unter professioneller Betreuung durch Ernährungsmediziner oder Öcotrophologen, somit konservative Möglichkeiten nicht ausgeschöpft.

Alter: 41 Jahre, **BMI** 51 kg/m²

Komorbiditäten: Diabetes mellitus, Hypertonie, Hyperlipidämie, Arthrosen der unteren Extremitäten, WS-Syndrom, Hiatushernie, Topamax-Medikation (Epilepsie, Migräne), Asthma bronchiale, reaktive Depression, bipolare affektive Psychose, histrionische Persönlichkeitsstörung, Harninkontinenz.

Bisherige Gewichtsreduktionsversuche:

Ernährung: seit 1999 Brigitte-Diät, Kohl-Diät, „Iss-die-Hälfte“, 2005 Ernährungsberatung in der Tagesklinik einer Universitätsklinik.

Bewegung: Spazieren gehen 2-4 mal wöchentlich.

Verhaltensmodifikation: nicht bekannt, aber psychiatrische Behandlung, siehe obige Diagnosen; war in zwei Jahren neunmal in stationärer psychiatrischer Behandlung.

Motivation, Krankheitsverständnis: Laut Aussagen der Versicherten sei die Ursache der Adipositas rein genetisch bedingt.

Ausschlusskriterien: s.o.; psychiatrische Diagnosen und stationäre Aufenthalte in jüngster Vergangenheit wegen Suizidversuchen, laut psychiatrischem Gutachten bedarf sie zwingend einer medikamentösen Behandlung.

Gutachten: keine Empfehlung eines bariatrischen Eingriffes.

Begründung:

1. kein 6-monatiges multimodales Behandlungskonzept unter professioneller Anleitung;
2. mehrfache stationäre psychiatrische Behandlungen in den letzten zwei Jahren sprechen für eine psychische Instabilität bei psychischen Erkrankungen, die eine Kontraindikation darstellt.
3. Begründete Zweifel an der Compliance, da die Versicherte keine Einsicht in die Krankheitsgenese zeigt (siehe „genetische Begründung“).

3. Textbausteine

Sozialmedizinische Empfehlung des bariatrischen Eingriffs mit Hinweis / Auflagen zur Nachsorge

Ergebnis:

Aus sozialmedizinischer Sicht sind bei Ihrer(m) Versicherten die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff erfüllt. Die Gesamtabwägung lässt einen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte erwarten.

Zusätzliche Bemerkung zum Ergebnis:

Die Sicherstellung der lebenslangen Nachsorge ist in der Adipositaschirurgie unverzichtbar und sollte bereits in der Phase der Abwägung einer evtl. Operation geplant werden.

Die Notwendigkeit der lebenslangen Nachbetreuung des Patienten wird von einer Reihe von Leitlinien betont. Sie dient der Erkennung von Früh- und Spätkomplikationen und beugt somit unvermeidbaren Risiken für den Patienten vor.

Eine derartige Planung ist den Unterlagen Ihres(r) Versicherte(n) nicht zu entnehmen.

Daher sollte die notwendige Nachsorge zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer sichergestellt werden.

Sozialmedizinische Empfehlung des bariatrischen Eingriffs mit Hinweis / Auflagen zur Operationsmethode der Schlauchmagenbildung (Sleeve Resection)

Ergebnis:

Aus sozialmedizinischer Sicht sind bei Ihrer(m) Versicherten die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff erfüllt. Die Gesamtabwägung lässt einen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte erwarten.

Zusätzliche Bemerkung zum Ergebnis:

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 kg/m² im Rahmen eines zweizeitigen Behandlungskonzepts vor einem malresorptiven Eingriff eingesetzt wurde. In den letzten Jahren hat der Schlauchmagen eine rasche und unkritische weltweite Verbreitung auch bei einzeitigem Vorgehen erfahren. Methodisch hochwertige Studien weisen aktuell nur für ein Nachbeobachtungsintervall von maximal 24 Monaten eine mit 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 (2007) und Miami (2009), 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 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 Adipositaschirurgie (CA-ADIP)“ aus dem Jahr 2009 wird festgehalten, dass zur Schlauchmagenbil-

dung noch keine ausreichenden Langzeitdaten vorliegen. 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 zweizeitigem Vorgehen können einzelfallspezifische Gründe für diese Verfahrenswahl bestehen (z. B. Reduktion des erhöhten Operationsrisikos bei Multimorbidität und einem BMI >60 kg/m²).

Sozialmedizinische Empfehlung des bariatrischen Eingriffs mit Hinweis / Auflagen zum geeigneten Zentrum

Ergebnis:

Aus sozialmedizinischer Sicht sind bei Ihrer(m) Versicherten die Einschlusskriterien für einen adipositaschirurgischen Eingriff erfüllt. Die Gesamtabwägung lässt einen überwiegenden Nutzen für den / die Versicherte erwarten.

Zusätzliche Bemerkung zum Ergebnis:

Von zahlreichen Fachgesellschaften und in Leitlinien werden Qualitätskriterien formuliert, die in Institutionen, in denen adipositaschirurgische Eingriffe vorgenommen werden, erfüllt sein sollten.

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 zwischen Kompetenz- und Referenzzentren und definiert u. a. Mindestzahlen adipositaschirurgischer Eingriffe pro Jahr.

Eine Abfrage unter der Internet-Adresse <http://www.dgav.de/zertifizierung/zertifizierte-zentren-adipositas therapie/weitere-informationen/> hat ergeben, dass die zur operativen Therapie ausgewählte Chirurgische Klinik nicht entsprechend dem obigen Verfahren zertifiziert ist.

Aus diesem Grunde ist eine einzelfallübergreifende Prüfung der notwendigen Strukturvoraussetzungen der Klinik durch die Krankenkasse zu empfehlen.

Ein entsprechender Fragebogen wurde hierzu durch den MDS erstellt.