

f&w

Nr. 1
Januar Februar 2011
28. Jahrgang

führen und wirtschaften
im Krankenhaus

SONDERDRUCK



Chirurgen verkleinern immer mehr Mägen

Restriktive Genehmigungspolitik der Kassen scheint aufzuweichen:
Krankenhäuser gründen Adipositas-Zentren

H 5162 ISSN 0175-4548

Offizielles Organ des
Bundesverbandes
Deutscher Privatkliniken e.V.
in Berlin

Bibliomed • Medizinische Verlagsgesellschaft mbH • Postfach 1150 • 34201 Melsungen • www.bibliomed.de

Chirurgen verkleinern immer mehr Mägen

Restriktive Genehmigungspolitik der Kassen
scheint aufzuweichen: Krankenhäuser
gründen Adipositas-Zentren

Thomas Grether

Menschen, die sich ob ihrer Dickleibigkeit kaum mehr bewegen können, leiden an zahlreichen Folgeerkrankungen, die das Gesundheitssystem Milliarden kosten. Eine liberale Kostenübernahme durch die Kassen sparte viel Geld. Eine neue medizinische Richtlinie der bedeutendsten Fachgesellschaften wird voraussichtlich den Durchbruch bringen, hoffen viele: Die bariatrische Chirurgie könnte eine Standardoperation werden.

„1,80 Meter groß und 150 Kilogramm schwer – oder noch dicker –, solche Patienten sind bei uns Standard“, sagt Dr. Maximilian von Pichler. Der Oberarzt an der Universitätsklinik Marburg und Gießen, Standort Gießen, operiert Menschen mit morbidem Fettsucht. „Wer erst so schwer geworden ist, dass er einen Body-Mass-Index (BMI) von über 40 Kilogramm pro Quadratmeter hat, braucht dringend chirurgische Hilfe. Doch vor der lebensrettenden Operation muss der Patient seiner Krankenkasse beweisen, dass alle diätischen und psychotherapeutischen Maßnahmen fehlgeschlagen sind“, sagt der Chirurg an der von der Rhön-Klinikum AG privatisierten Klinik.

Doch das dauere Jahre und vergrößere nur das Leiden des Patienten, betonen die meisten Chirurgen, die Mägen verkleinern. Ein solcher Patient könne einfach nicht abnehmen. „Über 90 Prozent der Menschen mit Adipositas-Grad 3 landen trotz konservativer Behandlungsversuche immer beim Chirurgen, weil der Jo-Jo-Effekt nach den Diäten sie nur noch dicker macht“, sagt von Pichler. Die wissenschaftliche Datenlage zeige eindeutig, dass bei morbidem Adipositas die bariatrische Chirurgie die einzig sinnvolle langfristige Therapieoption sei. Die Bariatrie ist ein fachübergreifendes Spezialgebiet der Medizin, das sich mit der Behandlung, Vorbeugung, Epidemiologie und den Ursachen des Übergewichts und besonders der Adipositas beschäftigt.

„Das große Problem der extrem Adipösen sind die Begleiterkrankungen und damit die erheblich gesunkene Lebensqualität und Lebenserwartung“, sagt von Pichler. Diese Begleiterkrankungen lesen sich wie ein Kompendium der großen Volkskrankheiten und reichen von Typ-II-Diabetes über Bluthochdruck, Krebs, Asthma- und Atemstörungen, Fettstoffwechselstörungen, Herzkrankheiten durch Bewegungsmangel und astronomisch hohe Cholesterinspiegel bis zum Gelenkverschleiß. Doch die Operation sei nur ein kleiner Teil eines strukturierten Programms, das die Gießener morbidem Adipösen bieten. „Eine Magen-

operation verlangt nach lebenslanger Nachbetreuung.“ Dazu gehörten Schulungen zur richtigen Ernährung durch eine Ökotrophologin. Psychotherapie sei ein weiteres wichtiges Standbein, dazu lebenslange Substitution von bestimmten Vitaminen und Spurenelementen.

USA sind Vorreiter der bariatrischen Chirurgie

Der Gießener Mediziner vertritt eine Meinung, die sich in der deutschen Ärzteschaft erst langsam durchzusetzen scheint. In den Vereinigten Staaten und weiten Teilen Europas ist die Adipositas-Chirurgie ein fester Bestandteil der Behandlungsstrategie gegen krankhafte Fettsucht. Wie Prof. Dr. Martin Strik, Chefarzt Chirurgie der Helios Kliniken Buch, gegenüber f&w berichtet, verkleinerten im vergangenen Jahr US-amerikanische Ärzte pro 100 000 Einwohner fast 100 Patienten die Mägen, Belgien und Österreich kämen auf 25. In Deutschland beenden OP-Tisch und Skalpell nur fünf Menschen pro 100 000 Einwohner ihr Martyrium. Die Chirurgie ist in den Vereinigten Staaten weit vorangeschritten. Dank der Operationen sinkt die Mortalität der durch vielerlei Begleiterkrankungen gefährdeten Patienten.

Prof. Dr. Walter Pories ist ein globaler Pionier der Adipositas-Chirurgie und arbeitet an der East Carolina University in Greenville, USA. Pories wies nach, dass sich die Kosten inklusive aller Nachbehandlungen innerhalb von zwei bis drei Jahren amortisierten. Die bariatrische Chirurgie hält er zudem für „bemerkenswert sicher“ – vorausgesetzt, sie erfolgt an einem der 364 von der US-Fachgesellschaft zertifizierten Krankenhäuser. Dort konnte die allgemeine Mortalität auf 0,14 Prozent und die 90-Tage-Mortalität auf 0,35 Prozent gesenkt werden. Das Risiko ist also trotz vermehrter Komplikationsgefahr bei Fettsüchtigen nicht höher als bei der routinemäßigen Entfernung der Gallenblase.

Hierzulande muss sich die Adipositas-Chirurgie immer noch des Eindrucks erwehren, sie ver helfe extrem Dicken, die zu willensschwach für

Diät und Sport sind, zu einer kosmetischen Korrektur. Viele verstiegen sich sogar in die Behauptung, diese Disziplin sei eine Form der Schönheitschirurgie, für die Krankenkassen nicht aufkommen müssen, sagt der Helios-Chefarzt. „Die Bedeutung der bariatrischen Chirurgie wird in Deutschland leider nicht wahrgenommen“, kritisiert Strik. „Wir schenken jedem Patienten viele Lebensjahre.“

Auch die bisherige Weigerung der Krankenkassen, die Eingriffe zu bezahlen, hat deren Entwicklung in Deutschland behindert. Nach den Leitlinien ist ein BMI über 40 eine Indikation für den Eingriff. Davon sind allein in Deutschland etwa 1,2 Millionen Menschen betroffen. Eine weitere Indikation ist ein BMI über 35 plus Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, Bluthochdruck oder Gelenkerkrankungen. Ein 1,80 Meter großer Mensch, der 98 Kilogramm wiegt, hat zum Beispiel eine Grad-1-Adipositas, weil sein BMI 30 beträgt. Eine Grad-2-Adipositas beginnt bei einem BMI von 35. Der gleiche Patient müsste dann etwa 115 Kilogramm auf die Waage bringen. Wöge er etwa 132 Kilogramm, hätte er eine Grad-3-Adipositas bei einem BMI von 40. Vier Prozent der Deutschen bewegen sich im BMI-Bereich zwischen 35 und 40, auch das bedeutet krankhaftes Übergewicht.

Bis die Kassen die Kosten für beispielsweise einen Magenbypass von 7 200 Euro übernehmen, der laut Strik zum „Goldstandard“ der bariatrischen Chirurgie gilt, mussten sie bisher einen jahrelangen bürokratischen Krieg mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) führen. Der extrem Übergewichtige muss darüber Buch führen, dass mehrere Versuche gescheitert sind, auf konventionelle Art abzunehmen. Dazu hat er mindestens ein Jahr lang akribisch jedwede Nahrungsaufnahme in einem Diät-Tagebuch zu protokollieren, eine Psychotherapie und mehrere erfolglose Diäten sowie Ernährungsberatungen nachzuweisen. Alle diese Maßnahmen müssen, als sogenannte multimodale Therapie ärztlich geleitet, zeitgleich erfolgen. Da es für den Erfolg dieser konserva-

tiven Therapien bei morbider Adipositas keine Evidenz gibt, werden diese von den Krankenkassen in der Regel nicht finanziert.

Doch die Abwehr-Mauer der Kassen hierzulande scheint seit wenigen Monaten zu bröckeln. „Weil die Kassen sehen, dass wir jeden Fall genau evaluieren, sind sie zugänglicher geworden“, berichtet Strik. Das beobachtet auch von Pichler vom Uniklinikum in Gießen. „Wir sind die Experten für extrem Übergewichtige hier in der Region und haben ein interdisziplinäres Behandlungszentrum, das über alle Fachrichtungen und Berufsgruppen hinweg arbeitet“, erklärt er. Das Zentrum bietet, genauso wie die anderen Adipositas-Zentren in Deutschland, eine lebenslange Nachbetreuung an. „Das kommt bei den Kassen gut an; wir haben unsere OP-Fallzahlen deswegen enorm steigern können.“ Bereits 2008 kam ein HTA-Bericht (Health Technology Assessment) des Dimdi zu dem Ergebnis, das die bariatrische Chirurgie evidenzbasiert und kosteneffektiv ist.

Auch vier renommierte ärztliche Fachgesellschaften haben im Sommer vergangenen Jahres schwere Geschüt-

ze gegen die Kassen aufgeföhren, um der Adipositas-Chirurgie aus ihrem Aschenputtel-Image zu verhelfen. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie, die Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und die Gesellschaft für Ernährungsmedizin haben eine S3-Leitlinie für die chirurgische Behandlung mortalen Übergewichts entwickelt. Medizinische Leitlinien enthalten wissenschaftliche Empfehlungen; die meisten sind S1-Leitlinien und werden von Leistungserbringern wie Leistungsträgern wichtig genommen. S3-Richtlinien entstehen nur, wenn viele medizinisch anerkannte Kapazitäten die neueste wissenschaftliche Literatur auswerten. Wenn sie zu einem positiven Urteil für eine bestimmte Behandlung kommen, dann dürfen das auch die Kassen nicht mehr ignorieren. So ist es auch mit der „S3-Leitlinie: Chirurgie der Adipositas“.

Deutschland strebt internationales Niveau an

Die S3-Richtlinie kommt zum Ergebnis, Magenoperationen seien für extrem Fettsüchtige die einzige Möglichkeit, Gewicht dauerhaft zu reduzieren. Prof. Dr. Norbert Runkel, Chefarzt der Allgemein-, Visceral- und Kinderchirurgie am Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen-Schwenningen und Vorsitzender der Leitlinienkommission, will die deutsche Adipositas-Chirurgie auf internationales Niveau heben, feste Qualitätsstandards einföhren und die Zahl der hierzulande Operierten stark erhöhen. Selbst extrem adipöse Jugendliche sollten möglichst früh operiert werden, damit die Folgeerkrankungen keine bleibenden Schäden verursachen. Auch Frauen, die wegen ihrer Leibesfülle keine Kinder bekommen konnten, sollte der Magen verkleinert werden, heißt es in der Leitlinie. Neu ist

ebenfalls, dass nicht erst operiert werden sollte, wenn herkömmliche Therapien versagen, wie es bisher Bedingung war. Eine Adipositas-Operation sei schon bei „Ausweglosigkeit“ indiziert – also bei einem BMI von 40 oder mehr.

Besonders beeindruckend ist laut der Leitlinie, dass sich einmalige Diabetiker schon wenige Wochen nach der Operation weder Insulin spritzen noch andere Medikamente einnehmen müssen. Die Zuckerkrankheit scheint chirurgisch beherrschbar. Die Komplikationen der Eingriffe am Magen-Darm-Trakt sind inzwischen so gering, dass nicht nur Fettsüchtige, sondern auch Normalgewichtige oder gar schlanke Diabetiker davon profitieren können, meint der Heidelberger Allgemeinchirurg Prof. Dr. Jörg Rüdiger Siewert. Er ist davon überzeugt: Die S3-Leitlinie werde die gängige Praxis verändern. Denn sie dokumentiere das Wissen um die Vorteile der Adipositas-Chirurgie, die nicht von der Hand zu weisen seien.

Die S3-Leitlinie bevorzugt keine der vier verschiedenen Standardoperationen zur Magenverkleinerung. Sie enthält lediglich eine Empfehlung für den Zugangsweg. Operiert werden soll mit der Schlüsselochchirurgie. Die Leitlinie verweist auch darauf, dass die Entfernung des Hautüberschusses nach dem radikalen Gewichtsverlust Teil des Behandlungskonzepts der krankhaften Adipositas sein sollte.

„Das ist für die Betroffenen ein großes Problem“, sagt Susanne Heintzmann, Sprecherin des Klinikkonzerns Sana. Nahezu alle Patienten müssten erneut operiert werden – und das mehrmals. Weil nach einer radikalen Gewichtsabnahme „vielen Menschen Hautlappen bis zu den Kniekehlen hängen. Sie können einfach nicht mehr laufen. Wir klären die Adipösen vor der Operation darüber auf. Auch diese Hautlappen-Operationen gehören zu unserer ganzheitlichen Betreuung der mortal Übergewichti-



gen“, sagt die Sana-Sprecherin. Diese Rückbildungs-Operationen seien teurer als die eigentlichen Magenverkleinerungen. Durchläuft ein extrem Fettsüchtiger an einem Adipositas-Zentrum das oft jahrelange Programm, würden diese Hautstraffung-Operationen aber per Einzelfall-Entscheid von den Kassen zunehmend übernommen, berichten viele bariatrisch operierenden Chirurgen.

Nicht nur deswegen sind alle Adipositas-Chirurgen in Deutschland gespannt, welche Auswirkungen die S3-Leitlinie auf die Einzelfallprüfung durch den MDK haben wird. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teilte auf Anfrage mit, die Konsequenzen würden derzeit geprüft.

Um zum Verständnis der Einsatzgebiete und Methoden der chirurgischen Therapie bei krankhaftem Übergewicht beizutragen, haben sich in Frankfurt führende Mediziner unterschiedlicher Fachrichtungen – Diabetologen, Chirurgen, Endokrinologen und Ernährungswissenschaftler – zur „Expertengruppe Metabolische Chirurgie“ zusammengeschlossen. „Wir möchten die Akzeptanz der Adipositas-Chirurgie im vertragsärztlichen Bereich, bei Krankenkassen und bei der Gesundheitspolitik durch Aufklärungsarbeit steigern“, sagt Prof. Dr. Andreas Hamann, Endokrinologe und Diabetologe an der Diabetes-Klinik Bad Nauheim. Die Expertengruppe setzt sich für die Anerkennung der morbiden Adipositas als chronische Krankheit ein und fordert eine Entstigmatisierung der Betroffenen. Der Gruppe gehört auch Prof. Dr. Rudolf Weiner, Chirurg am Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt am Main, an. Er und sein Team verkleinern die meisten Mägen in Deutschland. Insgesamt schätzen die Mediziner, dass hierzulande derzeit 5 000 bis 6 000 Menschen derart behandelt werden. „Wir verstehen den chirurgischen Eingriff als ein Modul in einem langfristig angelegten Therapiepfad zur Behandlung der chronischen Erkrankung der morbiden Adipositas“, sagt

Weiner. „Die Krankenkassen sollten endlich die Adipositas-Chirurgie als kostengünstige Methode anerkennen.“ Dies sei schon deshalb notwendig, um einen „ökonomischen Tsunami“ im Gesundheitssystem zu verhindern, wie der Chirurg auf einer Fortbildungsveranstaltung in der Mainmetropole sagte. Die Kosten für die Folgeerkrankungen extrem Fettsüchtiger könne das Gesundheitssystem bereits in zehn Jahren nicht mehr bezahlen.

Basierend auf den Leitlinien werden zurzeit jene prä- und postoperativen Leistungen definiert, die von den Krankenkassen nicht finanziert werden und zur Sicherung der Ergebnisqualität in integrierten Versorgungsverträgen enthalten sein sollten. Weiner betonte, dass nur Zentren, in denen verschiedene Operationstechniken der Metabolischen Chirurgie beherrscht werden, eine individuell zugeschnittene Behandlung bieten könnten. Davon gebe es in Deutschland gegenwärtig nur sehr wenige.

In regelmäßigen Sitzungen definiert die „Expertengruppe Metabolische Chirurgie“ gemeinsame Projekte und erarbeitet Faktenblätter sowie praxisnahe Behandlungsleitfäden zum Themenkreis, die niedergelassenen Ärzten als Entscheidungshilfe und Unterstützung bei der Begleitbehandlung dienen sollen. Darüber hinaus bieten die Experten für Ärzte und Diätassistenten Trainings zum Themenfeld an. Die Expertengruppe ist der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) angegliedert und kooperiert mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) sowie mit der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE).

Mit einem interdisziplinären Team forscht auch der Münchener Ernährungsmediziner Dr. Florian Lipl von der Adipositas-Sprechstunde der Ludwig-Maximilians-Universität daran, welche alternativen Methoden zur Gewichtsabnahme es geben könnten. Allgemein bekannt sei: Bergsteiger in großen Höhen nahmen stark Gewicht ab. „Selbst wer sich gar nicht bewegt, bei dem purzeln die Pfunde“, sagte Lipl während eines Seminars zum Thema krankhafte Adipositas in

München. Die Adipösen hätten einen höheren Grundumsatz, also eine höhere Kalorienverbrennung in der dünnen Bergluft, ohne eigenes Zutun.

Abnehmen auch in großen Höhen?

Das nahm Lipl zum Anlass, 20 Freiwillige für eine Woche in das Schneeferner-Haus in etwa 2 800 Meter Höhe auf die Zugspitze einzuladen. Die Probanden waren alle mit einem Adipositas-Grad 1 mäßig fettsüchtig. In der Forschungshütte durften sie so viel essen, wie sie wollten, sich aber nur 800 Meter am Tag in der Ebene bewegen, ohne sich anzustrengen, berichtete Lipl. Tatsächlich hätten die Probanden ihren Appetit abgelegt und weniger gegessen, ohne mehr Hungergefühl gehabt zu haben. Im Durchschnitt hätten die Freiwilligen 1,5 Kilogramm abgenommen. Auch die Blutwerte hätten sich deutlich gebessert. Besonders bemerkenswert: Ihr Gewicht hätten sie auch nach vier Wochen nach dem Versuch halten können.

Daraufhin starteten Lipl und sein Kollege, der Ernährungsmediziner Dr. Rainald Fischer, im Sommer 2010 eine neue Studie, die derzeit noch läuft. Die Fragestellung: Genügen auch zwei Stunden Höhenluft pro Tag, Gewicht und Blutwerte von Dickleibigen zu verbessern? Dazu müssen sie seitdem für 120 Minuten täglich in eine Unterdruckkammer, die 3 500 Meter Höhe simuliert.

Die ersten, „vielversprechenden Ergebnisse“ böten nicht nur Grundlage für weitere, größere Studien, sondern dienten auch direkt den Probanden, die viel überflüssiges Fett verlören. Lipl: „Die gewonnenen Erkenntnisse können dazu beitragen, eine neue Therapieoption für an Übergewicht leidende Personen zu entwickeln.“

Unser Engagement geht weit über den Operationssaal hinaus.



- INNOVATIVES PRODUKTPORTFOLIO
- THERAPEUTISCHE EXPERTISE
- PROFESSIONELLE WEITER- UND FORTBILDUNG
- UNTERSTÜTZUNG IM ADIPOSITASZENTRUM
- PATIENTEN- UND ZUWEISERAUFKLÄRUNG
- FÖRDERUNG WISSENSCHAFTLICHER EVIDENZ



Ethicon
Endo-Surgery

BARIATRIC EDGESM