



Chefarzt: Prof. Dr. med. Thomas Hüttl
Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe

Co-Chefarzt: Dr. med. Otto Dietl
Chirurg, Viszeralchirurg, Proktologe

Ltd. Oberarzt: Dr. med. Peter Stauch
Chirurg, Viszeralchirurg

Frau Dr. med. Simone Herkenhoff
Allgemein- und Ernährungsmedizinerin

Frau Hildegard Wood
Diätassistentin

Tel: 089 / 92794-1602 (Sekretariat)

Tel: 089 / 92794-1609 (Frau Wood)

E-Mail: chirurgie@chkmb.de

14.11.2016

Kongress-Pressekonferenz zur aktuellen Adipositas-Versorgungssituation in Deutschland
31. Jahrestagung der DAG in Kooperation mit dem 9. Frankfurter Meeting, 17.11.2016
Kap-Europa - Raum Kristall, Frankfurter Messe, Osloer Str.5, 60327 München

Statement

Adipositas-Anerkennungspraxis in Deutschland

Prof. Dr. med. Thomas P. Hüttl

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie an der Chirurgischen Klinik München-Bogenhausen GmbH (München)

Die Adipositas gilt als größte Herausforderung der Gesundheitssysteme des 21. Jahrhunderts. Viele europäische Nachbarstaaten, an denen sich unsere Gesundheitspolitiker und Krankenkassen als Vorbild für mehr Effizienz orientieren, haben bereits die Herausforderung angenommen und bieten der stark wachsenden Zahl adipöser Menschen stadiengerechte Therapieoptionen an.

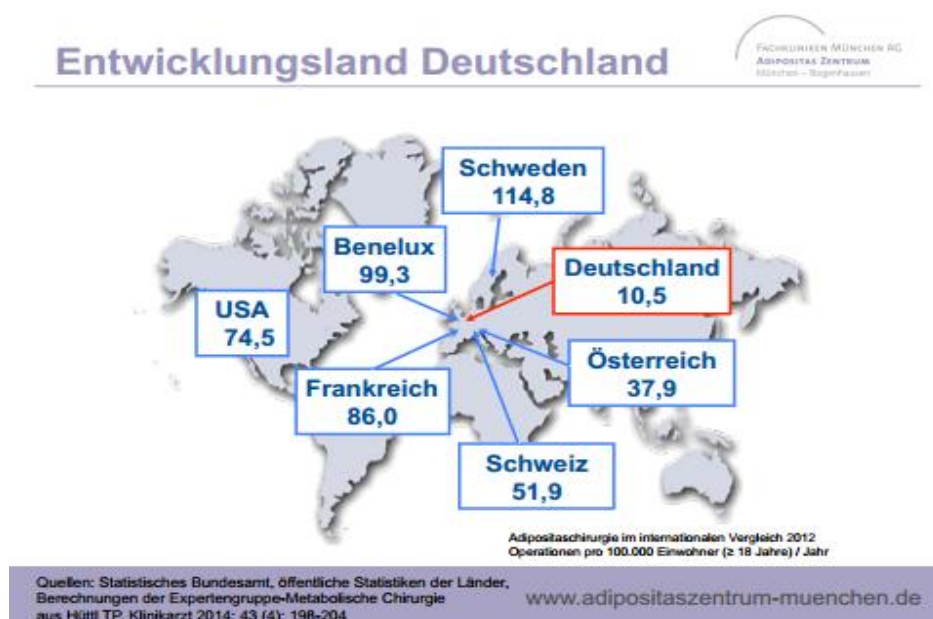
Leider ist das als weltweit beste Gesundheitssystem im Bereich der Adipositas ein Entwicklungsland. Dieses belegte der in der letzten Woche veröffentlichte Versorgungsreport Adipositas der DAK-Gesundheit, der sicherlich stellvertretend für alle Krankenkassen steht. Im Jahr 2015 erhielten lediglich 1% der adipösen DAK-Versicherten Kostenerstattung für eine Ernährungstherapie und nur 0,025% eine multimodale Therapie. Nach den neuesten Daten des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2015 bei 1,4 Mio. Menschen mit BMI ≥ 40 bundesweit 10.227 adipositaschirurgische Operationen durchgeführt. Prof. Hans Dieter Nolting, Studienleiter und Geschäftsführer des Berliner IGES Instituts erklärte: "Menschen mit Adipositas werden kaum im Rahmen der GKV-Regelversorgung behandelt." Nach Urteilen des Bundessozialgerichts aus dem Jahre 2003 gehört jedoch die Adipositastherapie leistungsrechtlich zum Leistungskatalog der GKV.

Adipositaschirurgische Eingriffe stellen einerseits die einzige Regelleistung der GKV zur Behandlung der Adipositas dar, da sie im DRG-Katalog abgebildet sind. Andererseits erfolgt durch eine Vorabprüfung aller Eingriffe durch den MDK eine Diskriminierung der Behandlungsmethode und Stigmatisierung der Patienten, obwohl valide Langzeitdaten und mittelfristige Vergleichsstudien höchster Evidenzklasse den Nutzen belegen. Beispielsweise erhöht sich die Lebenserwartung einer 45-jährigen Typ 2 – Diabetikerin mit BMI von 45 kg/m² statistisch um 7 Jahre. Die BARMER GEK zeigte in ihrem Krankenhausreport 2016 auf, dass adipositaschirurgische Operationen mit hohen Folgekosten verbunden seien und daher kein signifikanter ökonomischer Vorteil der Operationen bestehe. Folgekosten sind für die BARMER GEK u.a. Hüftoperationen bei Gonarthrose, die vorher

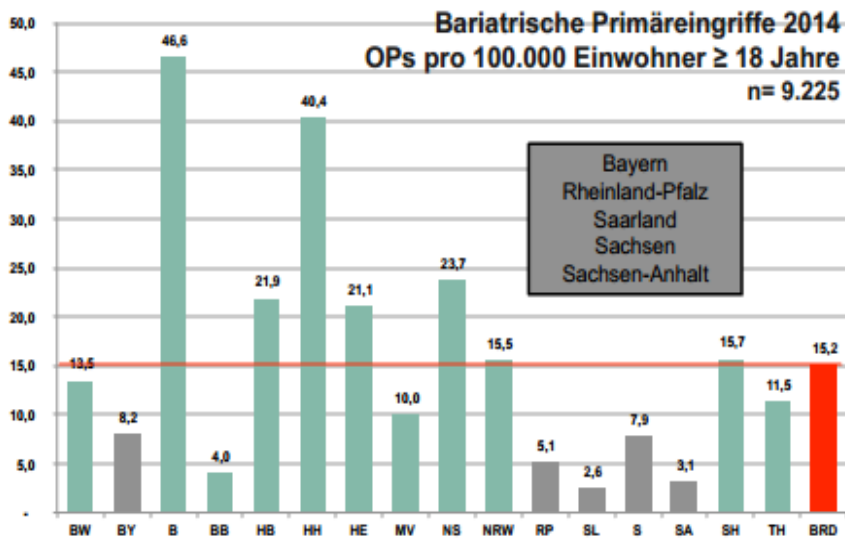
aufgrund des Gewichts nicht möglich waren, oder Entbindungen, weil die Frauen nach der Operation wieder fertil werden. Das stellt echten Patientennutzen und keine Komplikation dar.

Insbesondere gesetzlich Versicherte müssen in Deutschland häufig inakzeptable Hürden überwinden, um einen Leistungsanspruch bei ihrer Krankenkasse zu erwirken. Dieser umfasst jedoch nur den stationären chirurgischen Eingriff, nicht die evidenzbasierte und leitliniengerechte langfristige ambulante Follow-up Therapie. Keine Krankenkasse würde einem Versicherten nach Implantation einer Knie- oder Hüftendoprothese die Anschlussheilbehandlung oder Physiotherapie verweigern. Bei der Adipositaschirurgie ist das Realität.

Unsere europäischen Nachbarländer stellen längst eine stadiengerechte Adipositas sicher, die auch die Adipositaschirurgie umfasst. In Ländern wie Österreich, der Schweiz, Frankreich oder Schweden erhalten die betroffenen Patienten um einen Faktor von 3 bis 11 x so häufig Zugang zu einer chirurgischen Therapieoption, die dort in ein langfristiges Therapiekonzept integriert ist. (Abb.1).



Neben dieser nationalen Fehl- und Unterversorgung bestehen zudem nicht mehr hinnehmbare inhumane Versorgungsunterschiede von Bundesland zu Bundesland. Die Krankenkassen sind nach SGB V § 70 zu einer „gleichmäßigen“ und „humanen“ Krankenversorgung verpflichtet. Die Zahlen des statistischen Bundesamtes belegen, dass es vom Wohnort abhängt, ob ein Patient einen einfachen oder schwierigen Zugang zur adipositaschirurgischen Therapie hat. So sind speziell Versicherte aus dem Saarland, aus Sachsen-Anhalt, Sachsen, Rheinland-Pfalz und Bayern benachteiligt (Abb.2).



Statistisches Bundesamt 2015, www.destatis.de
 Darstellung der Expertengruppe Metabolische Chirurgie www.adipositaszentrum-muenchen.de

Selbst Patienten mit extrem hohem BMI und bereits eingetretener Immobilität werden entgegen der Leitlinie multimodale Konzepte abverlangt, die speziell für diese Patienten weder sinnvoll noch verfügbar sind. Diesen Patienten bleibt häufig nur der Weg zu den Sozialgerichten. Hierbei ist festzustellen, dass bindende Urteile höherer Instanzen aktiv unter Ausnutzung von Lücken im Sozialrecht verhindert werden.

Weitere Informationen:

Joint Session 2: Hürden zur interventionelle Behandlung – brauchen wir das multimodale Konzept?
 Donnerstag, 17. November 2016, 14:00-16:00 (Saal Meridian I)