



BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

Pressekonferenz der BARMER GEK

Berlin, 27. Juli 2016

Teilnehmer:

Dr. med. Christoph Straub

Vorsitzender des Vorstandes, BARMER GEK

Prof. Dr. Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung in Essen

Sunna Gieseke

Unternehmenssprecherin der BARMER GEK (Moderation)

→ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de



Berlin, 27. Juli 2016



BARMER GEK Report Krankenhaus 2016 Qualitätsdefizite in der Adipositas-Chirurgie

Immer mehr Menschen leiden in Deutschland an krankhaftem Übergewicht. Allein im Jahr 2014 mussten sich gut sieben Millionen Menschen wegen Adipositas in Praxen behandeln lassen und damit 14 Prozent mehr als noch im Jahr 2006. Von diesen haben immer mehr einen Eingriff zur Gewichtsreduktion vornehmen lassen. So hat sich die Anzahl der sogenannten bariatrischen Operationen im selben Zeitraum bei den BARMER GEK Versicherten auf 1.070 Fälle mehr als versechsfacht und bei allen Krankenkassen auf 9.225 Eingriffe mehr als verfünffacht. Das geht aus dem Report Krankenhaus 2016 der BARMER GEK hervor, den die Krankenkasse heute in Berlin vorgestellt hat. „Ein bariatrischer Eingriff sollte als Ultima Ratio zum Einsatz kommen. Wenn eine bariatrische Operation unvermeidbar ist, sollte sie nur noch in einem zertifizierten Zentrum erfolgen, da sie dort einen besonders hohen Qualitätsstandard hat und sicherer ist“, sagte der Vorstandsvorsitzende der BARMER GEK, Dr. Christoph Straub.

Sterberate bei Operationen in zertifizierten Zentren niedriger

Konkret legt der Report eine Operation in einem Zentrum nahe, das von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziert ist. Dies bedeutet, dass die Operateure nach den Vorgaben eines normierten Zertifizierungssystems der Fachgesellschaft besonders qualifiziert und die Kliniken für bariatrische Eingriffe entsprechend gut ausgerüstet sind. Bislang bieten rund 350 Krankenhäuser in Deutschland bariatrische Operationen an, doch nur 44 Kliniken sind DGAV-zertifiziert. „In einer zertifizierten Klinik sind die Komplikationen bei einem bariatrischen Eingriff geringer als in einem herkömmlichen Krankenhaus, auch das Sterberisiko ist um 15 Prozent reduziert“, so Professor Boris Augurzký, Autor des Reports und Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit am Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung in Essen.

Neben mehr Patientensicherheit sprechen auch wirtschaftliche Aspekte für den Eingriff in einem zertifizierten Zentrum. Dort sind die Operation und die Folgebehandlungen nach fünf Jahren im Schnitt um mehr als 3.800 Euro günstiger als in nicht zertifizierten Einrichtungen, und zwar um rund 6.000

→ PRESSESTELLE

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer-gek.de/presse
presse@barmer-gek.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer-gek.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer-gek.de





Euro beim Magenbypass und rund 1.700 Euro bei einem Schlauchmagen. Allerdings hat im Jahr 2014 nur die Hälfte der betroffenen BARMER GEK Versicherten ihre Schlauchmagen-OP in einem zertifizierten Zentrum vornehmen lassen. Bei einem Magenbypass waren es mehr als zwei Drittel.

Zentren und ambulante Ärzte sollen Nachsorgekonzepte entwickeln

Aber mit einer bariatrischen Operation allein ist es bei weitem nicht getan. Der Vorstandschef der BARMER GEK forderte die Kliniken auf, mit niedergelassenen Medizinerinnen wohnortnahe Nachsorgekonzepte zu entwickeln. „Nach einer Adipositas-Operation sollte immer eine engmaschige und interdisziplinäre Nachsorge erfolgen. Denn ein bariatrischer Eingriff kann schwerwiegende Folgen nach sich ziehen wie zum Beispiel einen lebensbedrohlichen Nährstoffmangel“, so Straub.

Grundsätzlich legt der Report nahe, die Patienten sehr sorgfältig auszuwählen, die für eine Operation infrage kommen. Denn der Eingriff birgt sowohl Chancen als auch Risiken. „Einerseits müssen Patienten nach einem Eingriff deutlich seltener aufgrund von Diabetes mellitus Typ 2, Schlafstörungen und Bluthochdruck stationär behandelt werden als vergleichbare Personen ohne eine Operation. Andererseits müssen Patienten nach einem bariatrischen Eingriff häufiger wegen Gallensteinen, Krankheiten des Verdauungssystems und Eingeweidebrüchen ins Krankenhaus“, sagte Augurzky. Zudem steigt die Sterberate bei operierten gegenüber nicht operierten Patienten in den ersten vier Jahren nach dem Eingriff um 7,7 Prozent.

In der Adipositas-Chirurgie drohen massive Mehrkosten

Doch auch aus finanziellen Erwägungen will eine Operation gut überlegt sein. Würden bundesweit alle Adipösen mit einem Body-Mass-Index von 40 und mehr operiert, kämen auf die gesetzliche Krankenversicherung kurzfristig rund 14,4 Milliarden Euro an Extraausgaben zu. „In der Adipositas-Chirurgie drohen massive Mehrkosten, die die Beitragszahler am Ende schultern müssten. Dies ist umso bedenklicher, weil eine bariatrische Operation für Kliniken lukrativ ist und daher die Tendenz zu immer mehr Eingriffen besteht“, warnte Augurzky.



Aus dem BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

- **Krankenhausaufenthalte:** In den vergangenen Jahren haben Klinikaufenthalte kontinuierlich zugenommen und sich aktuell auf hohem Niveau konsolidiert. Mussten im Jahr 2006 noch 203,8 von 1.000 Versicherten ins Krankenhaus, waren es 218,3 Fälle im Jahr 2015. Das ist ein Anstieg um 7,1 Prozent. Zwischen den Jahren 2014 und 2015 trat eine Konsolidierung ein: Die Fallzahl reduzierte sich leicht von 218,6 auf 218,3 Fälle je 1.000 Versicherte. Insgesamt wiesen Frauen mit 229,5 Behandlungsfällen mehr vollstationäre Aufenthalte auf als Männer mit durchschnittlich 215,7 Fällen (Report S.8).
- **Kosten:** Frauen verursachen im Krankenhaus weniger Ausgaben als Männer. Im Jahr 2015 kostete der vollstationäre Aufenthalt je weiblicher Versicherter im Schnitt 882 Euro und je männlichem Versicherten 917 Euro. Bei den Ausgaben je Fall lag der Unterschied zwischen den Geschlechtern bei 412 Euro. Der Krankenhausaufenthalt einer Patientin kostete im Schnitt 3.842 Euro und der eines Patienten 4.254 Euro (Report S.27 und 28).
- **Verweildauer:** Die Patientinnen und Patienten bleiben immer kürzer im Krankenhaus. So sank die Verweildauer von 8,7 Behandlungstagen im Jahr 2006 auf 7,67 Tage im Jahr 2015. Dieser volle Tag weniger bedeutet einen Rückgang um 11,9 Prozent (Report S.8).
- **Regionale Unterschiede:** Während in Baden-Württemberg im Jahr 2015 nur 188,3 von 1.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es in Nordrhein-Westfalen 240,5 und in Thüringen sogar 241,1. Große Unterschiede gab es auch bei den Kosten je Versicherten. Sie schwankten zwischen 780 Euro in Baden-Württemberg und 960 Euro in Thüringen (Report S.28, 29 und 30).
- **Diagnosen:** Mit 43,9 Fällen je 10.000 Versicherten führte die Diagnose Herzinsuffizienz die Liste der häufigsten Hauptdiagnosen im Jahr 2015 an. Sie machte knapp zwei Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus. An zweiter Stelle folgte mit 37,9 Fällen je 10.000 Versicherten die Diagnose Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Danach kam auf Position drei die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 37,1 Behandlungsfällen je 10.000 Versicherten (Report S. 38).



Glossar: Was ist eigentlich ...?

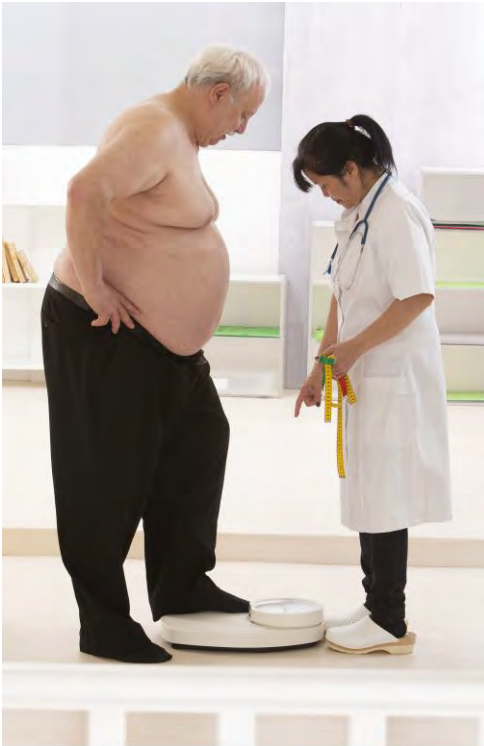
- ... **eine bariatrische Operation:** Darunter versteht man einen operativ-chirurgischen Eingriff am Magen-Darm-Trakt zur Reduktion des krankhaften Übergewichts. Dieser führt am Ende zu einem deutlichen Gewichtsverlust. Die bariatrische Operation wird erst durchgeführt, wenn alle konservativen Maßnahmen wie eine Umstellung der Ernährung, mehr Bewegung oder auch die Einnahme von Medikamenten keinen Abnehmerfolg brachten. Der Eingriff kommt für Patienten ab einem Body-Mass-Index von mindestens 40 in Frage beziehungsweise ab einem BMI von 35, sofern schwerwiegende Begleiterkrankungen vorliegen.
- ... **ein Schlauchmagen:** Hier werden etwa 80 bis 90 Prozent des Magens entfernt, sodass nur ein schlauchartiger Rest erhalten bleibt. Die Patienten empfinden dadurch beim Essen deutlich schneller ein Sättigungsgefühl. Im Jahr 2014 waren 45 Prozent der bariatrischen Eingriffe Schlauchmägen.
- ... **ein Magenbypass:** Bei dieser Operation wird ein Stück des Magens abgetrennt und direkt mit einer Dünndarmschlinge verbunden. Durch den verkleinerten Magen können die Patienten nur noch weniger Nahrung aufnehmen. Zum anderen passiert der Speisebrei eine geringere Strecke im Dünndarm, wodurch die Enzyme weniger Nahrungsbestandteile verdauen können. Im Jahr 2014 waren 46 Prozent der bariatrischen Eingriffe Magenbypässe.
- ... **ein Magenband:** Bei diesem Eingriff wird ein Band um den oberen Teil des Magens gelegt, das enger oder weiter gestellt werden kann. Durch das Band wird der Magen praktisch in zwei Teile getrennt. Die Magenband-Operation gilt heute als nicht mehr zeitgemäß und kommt in Deutschland kaum noch zum Einsatz.
- ... **ein Body-Mass-Index:** Der BMI beschreibt eine Maßzahl, die das Gewicht einer Person in Relation zu ihrer Größe bewertet.

Kategorie	BMI in kg/m ² *
Normalgewicht	18,5 - < 25
Präadipositas	25 - < 30
Adipositas (Grad I)	30 - 34,9
Schwere Adipositas (Grad II)	35 - 39,9
Krankhafte Adipositas (Grad III)	ab 40

* Auszug aus der Gewichtsklassifikation von Erwachsenen durch die WHO



Service für Redaktionen



Redaktionen können dieses Motiv kostenfrei im Rahmen ihrer Berichterstattung nutzen. Bitte verwenden Sie dabei als Quellenhinweis „dpa picture alliance“. Als Bildtext schlagen wir vor: Vor einer bariatrischen Operation sollte der Arzt genau prüfen, ob der Patient tatsächlich für den Eingriff in Frage kommt.



Statement

von Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Reports Krankenhaus der BARMER GEK
am 27. Juli 2016 in Berlin

Für schwer adipöse Menschen kann der eigene Körper zu einer immensen Last werden. Ob Treppen steigen, Auto fahren, einkaufen oder auch nur einige Schritte gehen, vermeintlich einfachste Dinge sind nur unter größten Anstrengungen möglich. Der Mexikaner Manuel Uribe, einst mit fast 600 Kilogramm schwerster Mensch der Welt, war sogar jahrelang an sein Bett gefesselt, weil die Beine die Last nicht mehr trugen. Nun war Uribe sicherlich ein ganz extremer, einzigartiger Fall. Doch auch Menschen, die nur die Hälfte wiegen, leiden unter den vielfältigen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen ihres massiven Gewichts. Fakt ist, dass sich allein in Deutschland sieben Millionen Menschen wegen krankhaften Übergewichts im Jahr 2014 in einer Praxis ambulant behandeln ließen. Immer häufiger legen sich die Betroffenen nach vielen gescheiterten Abnehmversuchen unters Messer. Das belegt unser Report Krankenhaus 2016. Demnach hat sich die Anzahl der bariatrischen Operationen allein bei den BARMER GEK Versicherten seit dem Jahr 2006 von 167 auf 1.070 Fälle mehr als versechsfacht. Die gesetzliche Krankenversicherung verzeichnete insgesamt 9.225 Fälle und damit gut fünfmal so viel wie im Jahr 2006. Das sind derzeit noch geringe Fallzahlen, der Trend ist jedoch bedenklich. Insbesondere fragen wir uns, ob wir es hier mit einer Ausweitung der Indikationen bei einem grenzwertigen Übergewicht zu tun haben, ob also wirklich immer die Patienten operiert werden, bei denen dies auch nötig ist. Denn eine Operation darf immer nur die Ultima Ratio sein.

Erst wenn alle konservativen Methoden ausgeschöpft sind, sollten die Betroffenen, umfassend beraten durch ihre Ärzte, über einen Eingriff nachdenken. Denn um es ganz deutlich zu sagen, ein bariatrischer Eingriff ist alles andere als harmlos, sondern eine schwere, nicht rückgängig zu machende Operation an einem eigentlich funktionierenden Körper. Der Eingriff birgt außerdem massive Risiken. So steigt kurzfristig das Sterberisiko nach einer solchen Operation leicht an, außerdem müssen sich Patienten häufig wegen Folgekomplikationen behandeln lassen, etwa wegen Gallensteinen.

Patientinnen und Patienten stecken jedoch viel Hoffnung in diese Behandlungsform, um endlich ein unbeschwertes Leben führen zu können. Ganz unbegründet sind diese Erwartungen nicht, denn es gibt durchaus auch gute Nachrichten. Verschiedene Studien berichten von positiven Effekten dieser Eingriffe. Auch unser Report zeigt, dass die Betroffenen seltener aufgrund von Diabetes mellitus Typ 2, Schlafstörungen und Hypertonie im Krankenhaus behandelt werden. Bei 1.000 bariatrischen Eingriffen gab es im Zeitraum von bis zu sechs Jahren nach der Operation zum Beispiel 47 Krankenhausesfälle weniger wegen Diabetes mellitus Typ 2 als bei vergleichbaren Patienten ohne einen solchen Eingriff. Zudem steigt auch die Anzahl der Geburten um 20 Fälle je 1.000 Eingriffe im Vergleich zu 1.000 schwer Adipösen, die konventionell behandelt werden. Trotzdem sollten die Patienten und Ärzte zunächst gemeinsam versuchen, alle konservativen Therapien auszuschöpfen.

Die Spanne der Behandlungsmöglichkeiten ist groß. So gibt es zum Beispiel Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien. Erst wenn diese erfolglos bleiben, obwohl sie konsequent durchgeführt wurden, sollte über eine bariatrische Operation nachgedacht werden.

Ohnehin muss genau überprüft werden, für wen eine solche OP geeignet ist. Dafür sollten interdisziplinäre Teams eingesetzt werden. Und wenn schließlich operiert wird, dann aber in einem Zentrum, das von der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zertifiziert ist. Hier sind die Qualitätsstandards besonders hoch und die Operationen vergleichsweise sicher. Durch die Spezialisierung sind die Nebenwirkungen nach bariatrischen Eingriffen deutlich geringer. Es gibt weniger Komplikationen und vor allem das Sterberisiko ist laut unserem Report um 15 Prozent reduziert. Allerdings hat im Jahr 2014 nur die Hälfte der betroffenen BARMER GEK Versicherten ihre Schlauchmagen-OP in einem zertifizierten Zentrum vornehmen lassen. Bei einem Magenbypass waren es mehr als zwei Drittel. Bislang gibt es in Deutschland 44 solcher Zentren, aber rund 350 Kliniken, die bariatrische Eingriffe vornehmen.

Aber mit einer bariatrischen Operation allein ist es bei weitem nicht getan. Wichtig ist, dass die Menschen in der Folgezeit nicht alleine gelassen werden. Sie müssen erst lernen, mit dem neuen Körper umzugehen und auch ihr Denken und ihr Handeln entsprechend anzupassen. Ein Schlauchmagen hilft wenig, wenn ein Betroffener danach zum Beispiel große Mengen von Sprühsahne isst, um eine Kalorienzahl wie früher zu sich zu nehmen. Auf der anderen Seite kann ein Magen-Bypass einen lebensbedrohlichen Nährstoffmangel nach sich ziehen, weil die Enzyme im Dünndarm kaum mehr Zeit haben, die Nährstoffe zu spalten. Daher brauchen die Betroffenen eine dezentrale und engmaschige Nachsorge mit der Unterstützung von interdisziplinären Teams, auch in den ländlichen Regionen. Die Kliniken sollten hierzu mit den niedergelassenen Ärzten vor Ort interdisziplinäre Nachsorgekonzepte entwickeln. Bei einer bariatrischen Operation und der Nachsorge bedarf es eines langen Atems. So aber besteht eine gute Chance, dass die Patientinnen und Patienten endlich wieder ein deutlich beschwerdefreieres Leben führen können und damit wieder mehr Lebensqualität gewinnen.

Statement

von Prof. Dr. Boris Augurzky
Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“,
Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI)

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des Reports Krankenhaus 2016 der BARMER GEK
am 27. Juli 2016 in Berlin

Die Häufigkeit von Adipositas hat in Deutschland in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Laut Mikrozensus erhöhte sie sich von 12,9 Prozent der Bevölkerung im Jahr 2003 auf 15,7 Prozent im Jahr 2013. Dies entspricht einem Anstieg von 22 Prozent. Sollte sich dieser Trend fortsetzen, würde der Anteil adipöser Personen über 50 Jahre bis zum Jahr 2030 um 80 Prozent ansteigen. Fettleibigkeit ist damit zu einem gesellschaftlichen Problem geworden. Zunehmend leiden auch Kinder unter der Erkrankung. Als adipös gelten Menschen mit einem Body-Maß-Index (BMI = kg/m^2) größer oder gleich 30.

Die starke Zunahme von Adipositas hat erhebliche Folgen für die Betroffenen. Adipöse Menschen weisen im Durchschnitt eine geringere Lebenszufriedenheit auf und haben eine höhere Sterblichkeit sowie mehr Begleiterkrankungen als normalgewichtige Menschen. Darüber hinaus verursachen sie bis zu 150 Prozent höhere Gesundheitsausgaben und weisen deutlich mehr krankheitsbedingte Fehltage im Beruf auf als Normalgewichtige. Im Jahr 2008 betrugen die direkten Krankheitskosten durch Adipositas und Folgeerkrankungen 8,6 Milliarden Euro. Das entspricht mehr als drei Prozent der Gesamtausgaben des deutschen Gesundheitssystems. Zusätzlich entstanden indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste von 8,2 Milliarden Euro.

Die Gründe für eine Adipositas-Erkrankung liegen dabei überwiegend in Faktoren, die von den Betroffenen selbst beeinflusst werden können: zu wenig Bewegung und eine zu energiereiche Ernährung. Konservative Ansätze umfassen daher Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien. Zusätzlich gibt es medikamentöse Behandlungen. Die radikalste Therapieform für adipöse Menschen ist ein chirurgischer Eingriff: die bariatrische Operation. Die Zahl dieser Eingriffe hat sich unter BARMER GEK Versicherten seit dem Jahr 2006 mehr als versechsfacht. Patienten erhalten bei den Operationen in der Regel einen so genannten Schlauchmagen oder einen Magen-Bypass eingesetzt, um die Energieaufnahme zu reduzieren.

Die Forschungsergebnisse des RWI in Zusammenarbeit mit AGENON legen anhand von Versichertendaten der BARMER GEK erstmals eine Kosten- und Wirksamkeitsanalyse von bariatrischen Operationen für Deutschland vor. Die Analysen zeigen, dass bariatrische Eingriffe sowohl positive als auch negative Folgen haben. So gehen häufige Begleiterkrankungen wie Diabetes Typ 2, Schlafstörungen und Hypertonie deutlich zurück. Allerdings hat ein bariatrischer Eingriff oft weitere Krankenhausaufenthalte zur Folge; es bestehen Risiken für Komplikationen und kurzfristig steigt das Mortalitätsrisiko leicht an.

Im Zeitraum von fünf Jahren nach dem Eingriff spart die Operation zudem keine Kosten: Operierte kosteten in dieser Phase rund 9.000 Euro mehr als vergleichbare nicht-operierte Patienten. Zertifizierte Adipositaszentren verursachen pro Patient um 3.800 Euro geringere Kosten durch die OP als nicht zertifizierte Einrichtungen. Die Gesundheitswirkungen für Operierte nach dem Eingriff sind darüber hinaus bei ihnen etwas besser. So nimmt das Risiko für bestimmte Begleiterkrankungen ab und das Mortalitätsrisiko ist geringer: Während

es im Durchschnitt bei 1.000 bariatrischen Operationen 40 Todesfälle gibt, hat eine Operation in einem zertifizierten Zentrum in dem Zeitraum von maximal sechs Jahren nach dem Eingriff 5,8 weniger Todesfälle zur Folge.

Damit mehr Patienten die Möglichkeit zu einer qualitativ hochwertigen Behandlung erhalten, sollten sich mehr Einrichtungen in Deutschland als Adipositaszentren zertifizieren lassen. In ländlichen Regionen sollte eine dezentrale Nachsorge und der Einsatz von Telemedizin erwogen werden, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Aufgrund der gestiegenen Relevanz von Adipositas in der Gesellschaft und der bedenklichen Trends sollten Politik und gesellschaftliche Akteure wie die Gesetzlichen Krankenkassen im Bereich Ernährung und Bewegung jedoch auch verstärkt Maßnahmen ergreifen, die einer weiteren Ausbreitung von Adipositas entgegenwirken. Denn chirurgische Eingriffe wie bariatrische Operationen sollten innerhalb der Therapiemöglichkeiten die Ultima Ratio bleiben. Die Auswahl der zu operierenden Patienten spielt dabei für den Erfolg eine besondere Rolle und muss nach transparenten und evidenzbasierten Kriterien erfolgen.

BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

Schwerpunkt Adipositas-Chirurgie

Pressekonferenz
27. Juli 2016

Agenda

Hintergrund

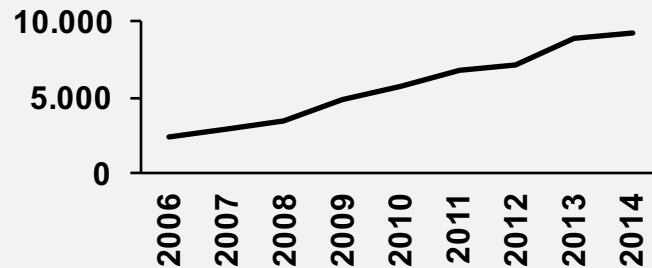
Ergebnisse

Fazit und Handlungsempfehlungen

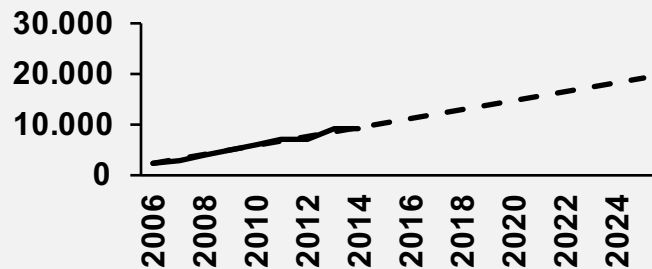
Zunahme von Adipositas (Fettleibigkeit) mit Folgen für die Betroffenen und die Volkswirtschaft

Adipositas: Body-Mass-Index über 30

Zahl der Hauptdiagnosen Adipositas



Bei Fortschreiben des Trends ...



Folgen für Betroffene

Geringere **Lebensqualität**

Deutlich reduzierte **Lebenserwartung**

Erhöhtes Risiko für adipositas-assoziierte **Begleiterkrankungen**

Folgen für Volkswirtschaft

Um rund 150 Prozent höhere **Gesundheitsausgaben** als bei Normalgewichtigen⁽¹⁾

- häufigere **Krankenhausaufenthalte**
- längere **Verweildauern**
- höhere **Kosten** je Aufenthalt

Häufigere **Fehlzeiten** am Arbeitsplatz

Produktivitätsausfälle aufgrund von Frühverrentung und Erwerbsunfähigkeit

(1) Aus Cawley und Meyerhöfer (2012)

Quelle: RWI

BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

Ursachen der Adipositas: erhöhte Kalorienaufnahme und reduzierter Kalorienverbrauch

Ursachen

Erhöhte **Kalorienaufnahme**

- **Energiereiche Ernährung:** Fast Food, Fertiggerichte, zuckerhaltige Softdrinks

Reduzierter **Kalorienverbrauch**

- **Bewegungsmangel:** abnehmende tägliche Bewegung und zunehmend mehr Tätigkeiten im Sitzen

Genetische Ursachen

Betroffene Menschen

Erhöhte Prävalenz bei **älteren Menschen**

Erhöhte Prävalenz bei **sozial schwachen Gruppen**

- **Bildungsgrad:** Je geringer das Bildungsniveau, umso höher das Risiko für Adipositas
- **Einkommen:** Je geringer das Einkommen, umso höher das Risiko für Adipositas

Verschiedene Therapieformen zur Bekämpfung von Adipositas

1

Konservative Therapieformen

- Ernährungstherapie
- Bewegungstherapie
- Verhaltenstherapie

2

Ergänzende medikamentöse Therapie, wenn konservative Therapien nicht erfolgreich

3

Chirurgische Therapie, wenn

- konservative Therapien nicht erfolgreich und
- extreme Adipositas (BMI ab 40) oder BMI ab 35 mit Komorbiditäten

Am meisten angewandt: **Magen-Bypass** und **Schlauchmagen**

Im Report **Fokus auf chirurgische (bariatrische) Therapie**
1.070 Fälle 2014 bei BARMER GEK und 9.225 Fälle bei GKV

Umfangreiche Datenbasis der BARMER GEK genutzt

Daten: 8,4 Mio. **BARMER GEK-Versicherte** von 2006 bis 2015



Analysen zum **stationären Versorgungsgeschehen** und zu **medizinischen Kosten**



Erstmalige empirische Analyse zur bariatrischen Chirurgie für Deutschland
Analyse der Gesundheitswirkungen
Analyse der Kosten differenziert nach stationär, ambulant und Arzneimittel

Agenda

Hintergrund

Ergebnisse

Fazit und Handlungsempfehlungen

Bariatrische Chirurgie: Rückgang von Begleiterkrankungen, aber Komplikationen und höhere kurzfristige Mortalitätsrate

Gesundheit

Rückgang von Begleiterkrankungen (Diabetes Typ 2, Schlafstörungen und Hypertonie)

Aber häufigere Krankenhausaufenthalte aufgrund von Gallensteinleiden, Narbenbruch und Krankheiten des Verdauungssystems

Anstieg von **Geburten und Hüft- und Knieoperationen**

Leicht erhöhte kurzfristige Mortalitätsrate

Kosten

Zusatzkosten der OP und fünf Jahre danach im Vergleich⁽¹⁾ zu nicht-operierten Adipösen

- Magen-Bypass: + 8.000 €
- Schlauchmagen: + 10.000 €

Kostenzuwachs bedingt durch

- **stationär:** signifikanter Kostenanstieg
- **ambulant:** weitgehend stabile Kosten
- **Arzneimittel:** rückläufige Kosten

Extreme Adipositas **mit Chirurgie effektiv behandelbar:** wichtige Gesundheitsprobleme reduziert

Aber

- **Nebenwirkungen, Komplikationen** und **leicht höheres kurzfristiges Mortalitätsrisiko**
- **Kurz- und mittelfristig höhere Kosten eines Eingriffs** als bei konservativen Therapien

(1) Dazu wurde eine den operierten Patienten vergleichbare Gruppe von nicht-operierten gebildet

Quelle: RWI

Unterschiedlich hohe Zusatzkosten für verschiedene Patientengruppen – bessere Ergebnisse in zertifizierten Zentren

Zusatzkosten der OP und fünf Jahre danach im Vergleich⁽¹⁾ zu nicht-operierten Adipösen

- **Diabetespatienten:** kaum höher
- **Männer:** geringer als bei Frauen
- **Patienten über 60 Jahre:** geringer als bei Patienten unter 60 Jahren

Insgesamt 57 Prozent der Fälle 2014 in **zertifizierten Adipositaszentren**⁽²⁾

Bessere Ergebnisse in zertif. Zentren (im Vgl. zu nicht-zertifizierten Anbietern)

- **Geringeres Risiko** für bestimmte Begleiterkrankungen nach Eingriff
- **Geringeres Mortalitätsrisiko:** 5,8 weniger Todesfälle pro 1.000 Eingriffe im Zeitraum von maximal sechs Jahren nach Operation
- Durchschnittlich **um 3.800 € geringere Zusatzkosten der OP**

(1) Dazu wurde eine den operierten Patienten vergleichbare Gruppe von nicht-operierten gebildet

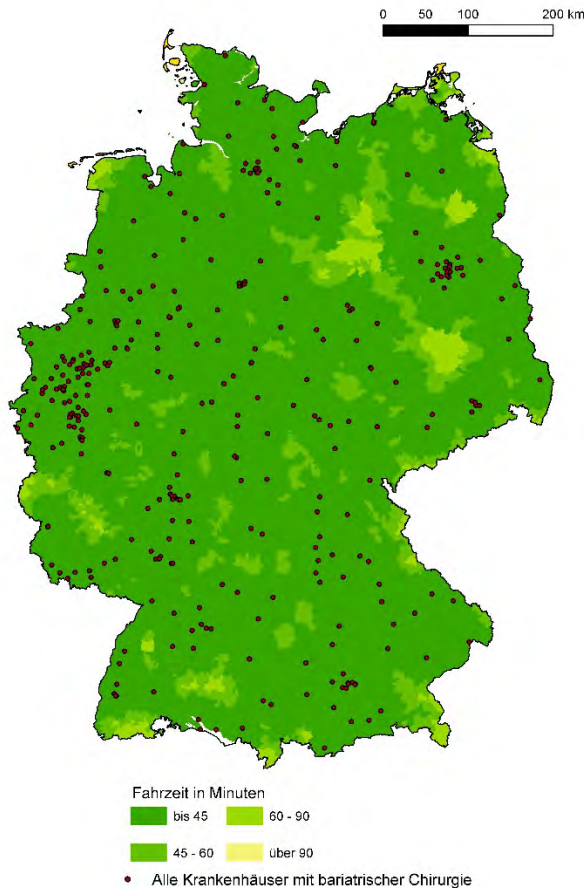
(2) Bypass: 68 Prozent, Schlauchmagen: 46 Prozent

Quelle: RWI / Agenon

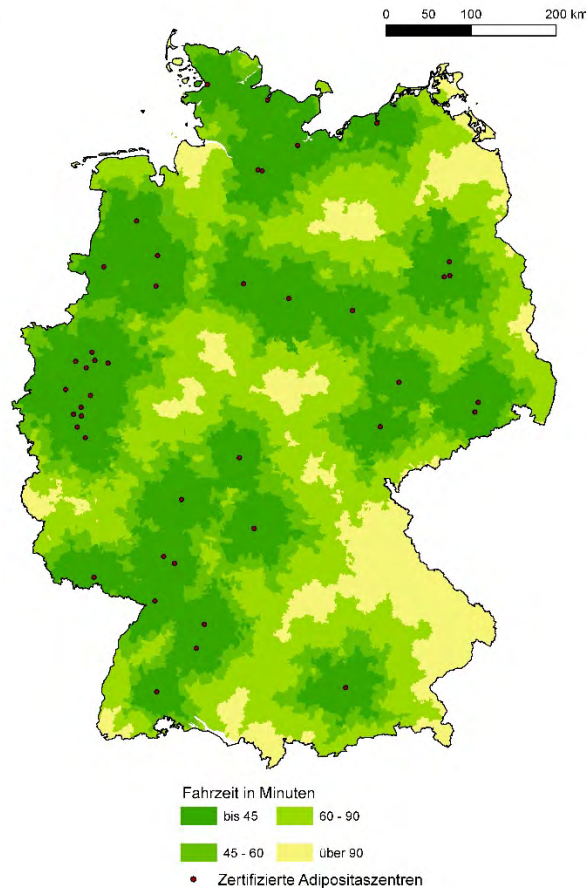
BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

94 Prozent der Bevölkerung erreicht ein zertifiziertes Zentrum innerhalb von 90 Minuten

Erreichbarkeit aller Anbieter



Erreichbarkeit der zertifizierten Zentren



Erreichbarkeit der Zentren

- Innerhalb 90 Min.: 94 Prozent
- Innerhalb 60 Min.: 75 Prozent
- Innerhalb 45 Min.: 60 Prozent der Bevölkerung

Würden alle derzeitigen bariatrischen Eingriffe in zertifizierten Zentren durchgeführt: **Entlastung der GKV um 15 Mio. € p.a.⁽¹⁾**

Perspektivisch **wachsende Entlastung** bei steigender Zahl an Eingriffen

(1) Bezogen auf Betrachtungszeitraum von fünf Jahre nach der OP

Quelle: RWI

Agenda

Hintergrund

Ergebnisse

Fazit und Handlungsempfehlungen

Fazit

Ergebnisse

Bariatrische Eingriffe mit **positiven Gesundheitseffekten**, aber auch mit **höheren Komplikations- und Morbiditätsrisiken**

Kurz- und mittelfristig **höhere Gesamtkosten** im Rahmen einer Operation

Zertifizierte Zentren mit leicht **besseren Ergebnissen** und **geringeren Kosten**

Bariatrische Operation ist **effektive Therapie zur Bekämpfung von extremer Adipositas**

Aber: Würden bundesweit alle Adipösen mit BMI über 40 operiert

→ (Einmalige) **Kosten: 14,4 Mrd. €**

Handlungsempfehlungen

1. Bariatrische Eingriffe lösen nicht gesellschaftliches Problem der Adipositas, sie sind **Ultima Ratio**, wenn alle konservativen Therapien und Präventionsmaßnahmen erfolglos blieben; Gesundheitspolitik muss **an Ursachen der Adipositas ansetzen**
2. Patienten sind **sorgfältig auszuwählen** und über **Risiken der Operation** aufzuklären
3. Wenn ein Eingriff in Frage kommt, **dann in zertifizierten Zentren**
4. Es sollten sich mehr qualifizierte Krankenhäuser **zu Zentren zertifizieren** lassen
5. Bariatrische OP ohne Nachsorgekonzepte sind risikobehaftet und abzulehnen, **wohnortnahe ambulante Nachsorgekonzepte** auszubauen

BARMER GEK Report Krankenhaus 2016

➔ Infografiken

➔ Infografik 1

Fallzahl auf hohem Niveau stabil

➔ Infografik 2

Verweildauer wird nicht mehr kürzer

➔ Infografik 3

In Thüringen kostet der KH-Aufenthalt am meisten

➔ Infografik 4

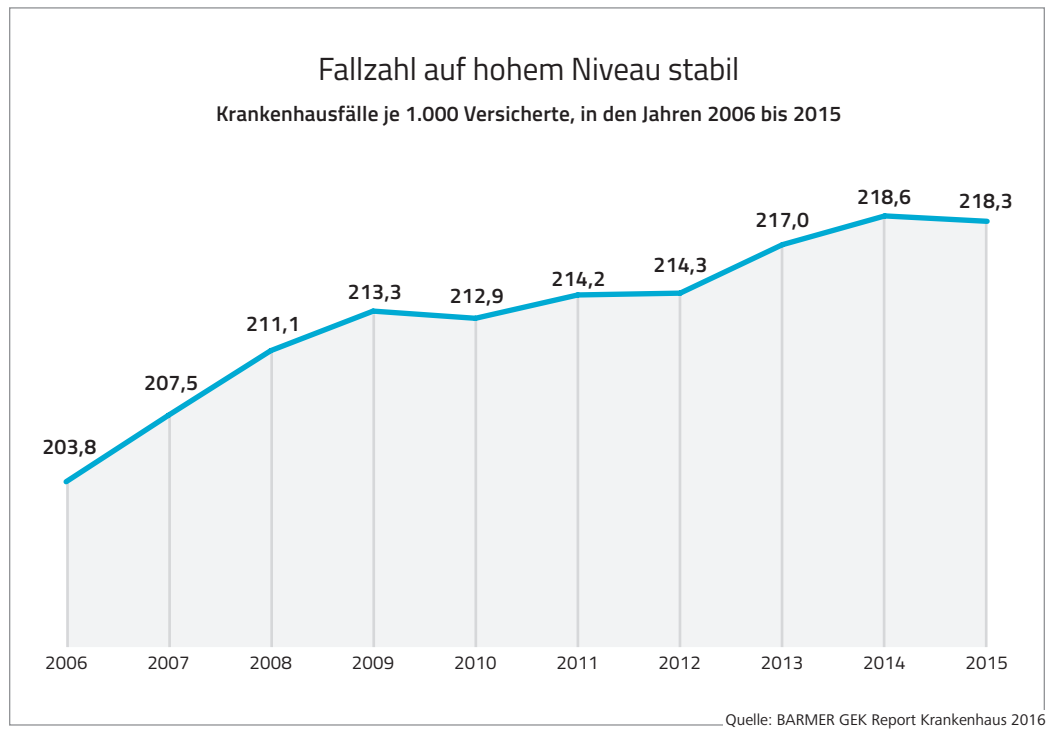
Schwaches Herz bringt Patienten am häufigsten ins Krankenhaus

➔ Infografik 5

Der adipöse Osten

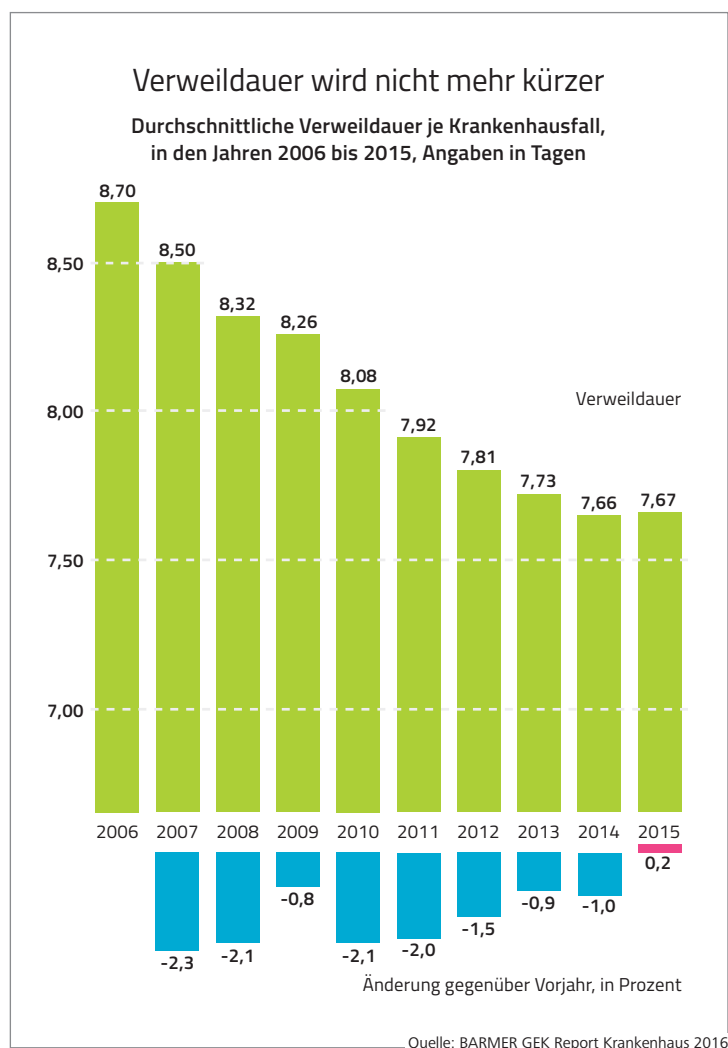
➔ Infografik 6

Rasanter Anstieg von Fettleibigkeit als Hauptbehandlungsgrund



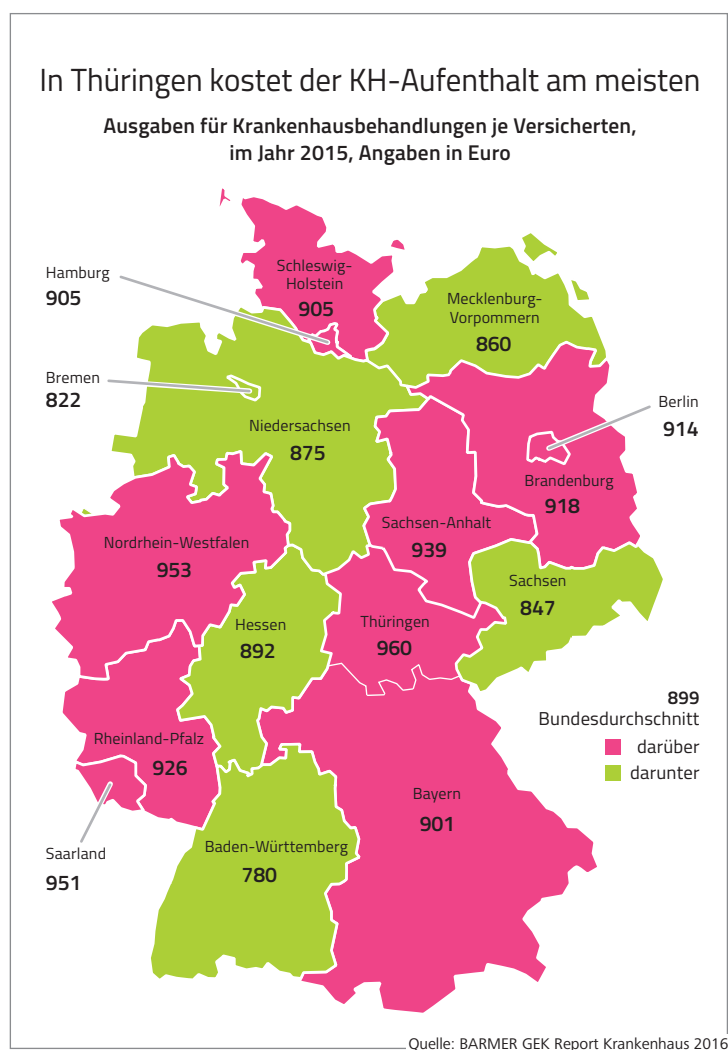
[Zurück zum Inhalt](#) ↗

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↗
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ↗) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

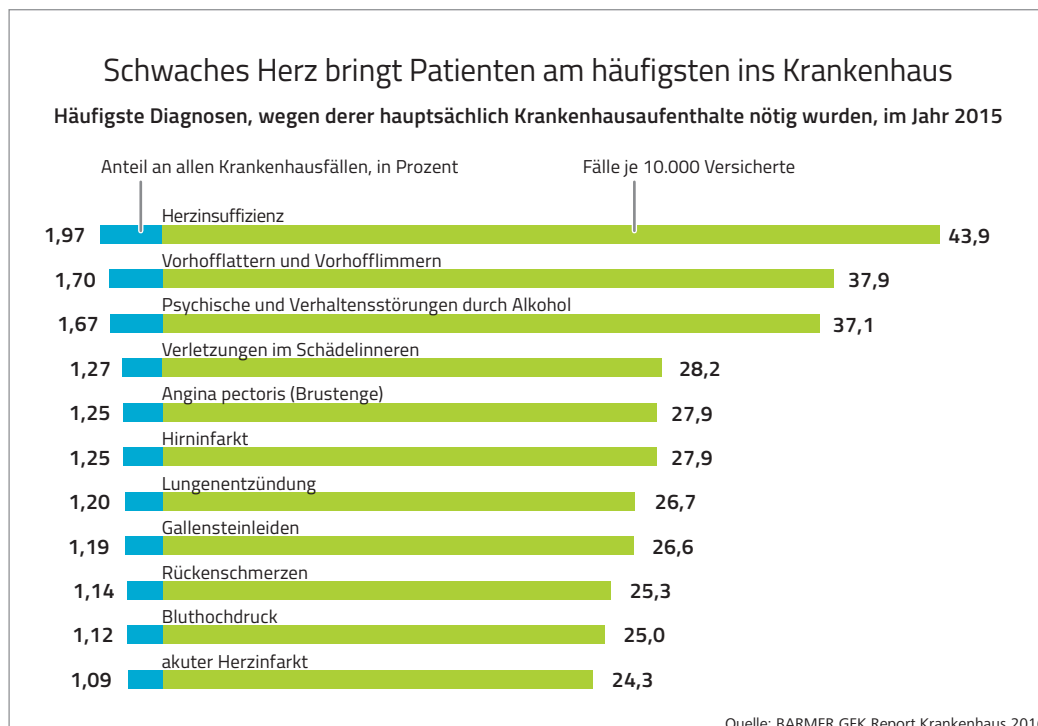


[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.
 Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.

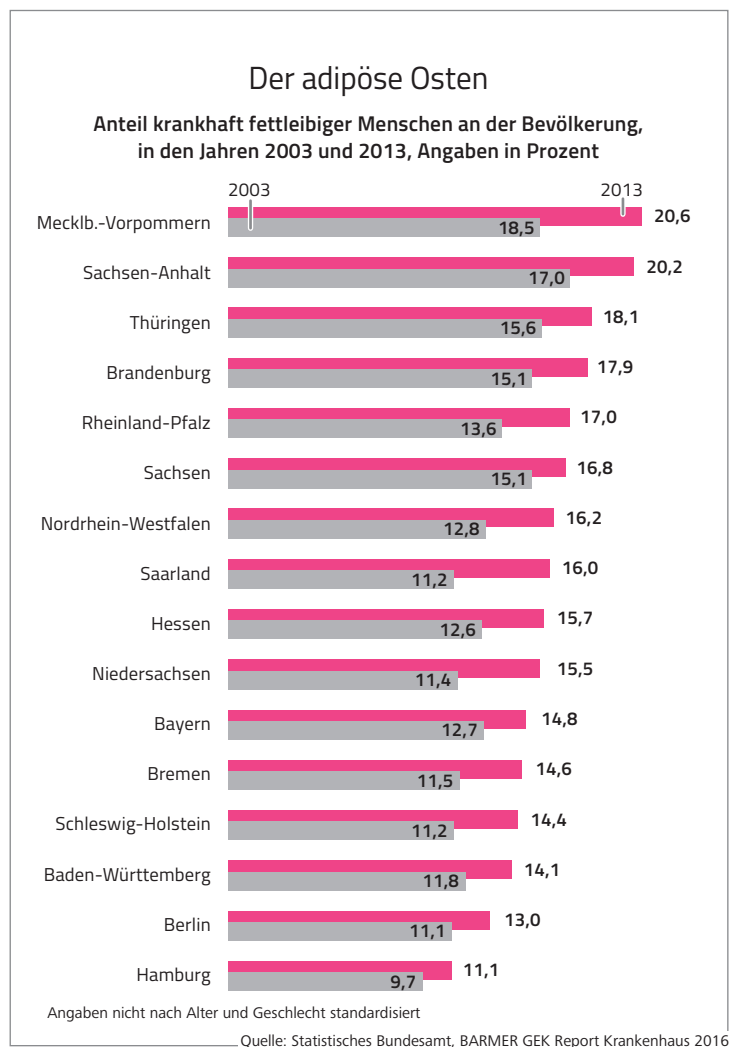


[Zurück zum Inhalt](#) ↗



[Zurück zum Inhalt](#) ↩

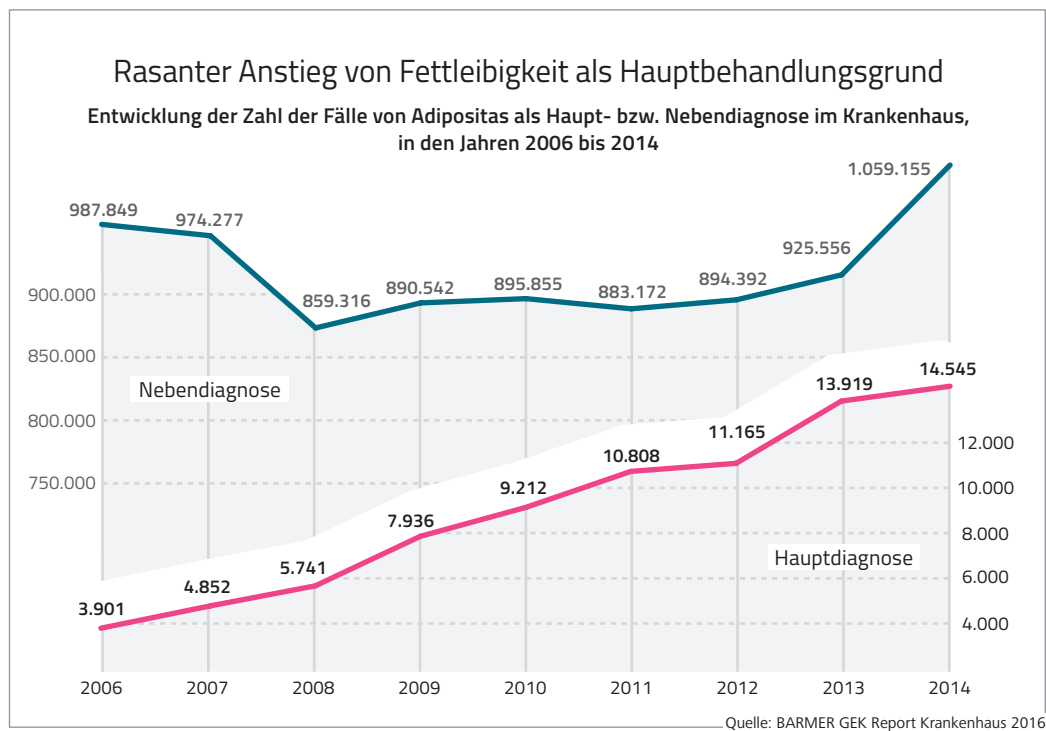
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↩
Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ↩) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#)

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken.

Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.



[Zurück zum Inhalt](#) ↗

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung. Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer-gek.de > Presse > Infothek > Bildmaterial > Infografiken. ↗
 Auf Wunsch (E-Mail an: karin.emmel@barmer-gek.de ↗) auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich. Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an: BARMER GEK, Abt. Unternehmenskommunikation, 42271 Wuppertal.