

Event

Pressekonferenz des IGES Instituts „Vorstellung des Weißbuches Adipositas – Versorgungssituation in Deutschland“

Berlin

20.6.2016

Mit:

- Hans-Holger Bleß, IGES
- Prof. Matthias Blüher, Uni Leipzig, Präsident Deutsche Adipositas Gesellschaft
- Dietrich Monstadt, MdB CDU

Moderation: Sandra Jessel, IGES Pressereferentin

Zur Begrüßung sprach Sandra Jessel einige einführende Worte zu dem von ihr sogenannten „hochmedialen Thema mit großer Relevanz für das deutsche Gesundheitswesen“.

Hans-Holger Bleß stellte die wichtigsten Ergebnisse des Weißbuches (Vorkommen, Folgen, Prävention und Intervention) vor. Zur Bestimmung nehme man den BMI zur Hilfe – ab 30 spreche man von Adipositas. Man habe noch kein einheitliches Konzept der Ursachen, Adipositas sei wohl multikausal. Männer seien häufiger betroffen als Frauen, Adipositas altersabhängig, steigend mit zunehmendem Alter und niedrigerem sozio-ökonomischen Status. Die Prävalenz habe sich langsam stabilisiert, die höheren Schweregrade nähmen aber deutlich zu. Damit gingen steigende Krankheitsrisiken wie Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall und Krebs und ein doppelt hohes Sterberisiko für Männer wie Frauen einher. Die Kosten würden auf zwischen 850 Mio. € bis 30 Mrd. € (mit Komorbiditäten) veranschlagt, mit allen Folgen auf 33 Mrd. €. Deutschland habe Verhaltens- und Verhältnisprävention mit etlichen Lücken. Die Inanspruchnahme sei geprägt durch höhere Bildungsschichten. Diejenigen, die man erreichen wolle, nähmen an solchen Programmen nicht teil. Die Evaluation sei schlecht, man wisse nicht, was wirke. In der Verhältnisprävention habe man wenig, lediglich punktuelle Absätze. Durch unzureichende Prävention entstehe die Notwendigkeit einer Therapie. Eine Therapieoption sei ein konservativer-multimodaler Block. Deren Erfolg sei begrenzt, vor allem langfristig. Es seien keine Unterschiede in den Komorbiditäten zur Vergleichsgruppe ohne Therapie festzustellen. Chirurgische Eingriffe, die andere Therapieoption, hätten langfristig dagegen beachtliche Effekte. Auch für die Mortalität sehe man die Vorteile der chirurgischen Eingriffe. Was die Gesundheitsökonomie angehe, führe die chirurgische Therapie nach 20 Jahren zu ähnlichen Kosten wie die konservative. Auf Qualys umgerechnet, liege der Nutzen keiner Therapie und der konservativen gleich auf. Adipositas werde immer noch nicht als Krankheit anerkannt, auch nicht in der hausärztlichen Versorgung, denn die Behandlung sei zeitaufwändig und komplex. Die spezialisierte Versorgung sei nicht gut ausgebaut – 74 qualifizierte Schwerpunktpraxen in Deutschland. Dies sei kein flächendeckendes Angebot. Ein Problem liege in der Langzeitversorgung. An Adipositas Erkrankte

benötigten eine lebenslange Betreuung. Eine S3 leitliniengerechte Versorgung werde nicht durch eine Kostenübernahme der GKV abgedeckt – wenn, dann nur über eine Reha, denn vieles werde als Lifestyle angesehen. Müssten Genehmigungsverfahren durchlaufen werden, finde man auch keine Nachsorge, die durch die Krankenkassen abgedeckt sei. Hier bestehe Handlungsbedarf und Lösungsansätze müssten gefunden werden. Man müsse auch in der hausärztlichen Versorgung Anreize setzen, eine leitliniengerechte Therapie gehöre in den Leistungskatalog der GKV, und man müsse auch ein Langzeitkonzept erstellen. In der Integrierten Versorgung sehe man Ansätze für eine leitliniengerechte Versorgung. Die Krankheitslast sei hoch, es sei keine Entspannung in Sicht. Es ständen evidenzbasierte Therapien zur Verfügung, aber man habe Defizite und die Krankenkassen müssten für eine leitliniengerechte Versorgung zahlen. Man benötige die Versorgung als Regelleistung – hier müsse sich etwas ändern.

Ihre Hauptbotschaft sei, so Matthias Blüher, dass man Adipositas als Krankheit sehen müsse. Zahlreiche Fachgesellschaften in der Welt und der UN würden Adipositas längst schon als Krankheit sehen. Sie sei behandelbar, aber nicht heilbar. Alle Voraussetzungen für eine Krankheit lägen vor. Prävention sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, aber sie müssten dem Einzelnen helfen. Das Halten eines gesunden Gewichts sei das größte Problem. Sie würden die Reaktionen des Körpers noch nicht kennen, so dass Ursachen nicht erforscht seien. An Adipositas Erkrankte hätten ein deutlich geringeres Sterbealter. Es bestehe ein Rückwärtstrend, was das Lebensalter durch Adipositas bedingt angehe. Alle Kriterien für eine Krankheit lägen vor. Über 70% seien durch eine genetische Veranlagung bedingt – dies wisse man aus Zwillingsforschung. Unser Körpergewicht sei extrem gut reguliert, der Körper halte es auf einem Maximalstand, wir seien vor Abnehmen extrem gut geschützt. Die Portionsgrößen hätten sich im Vergleich zu früher verfünffacht. Der Mensch neige zudem dazu, Energie zu sparen. Unterschiedliche Säulen führten zum Übergewicht – kulturelle Gegebenheiten, man schliesse soziale und andere Lücken mit Essen, einige Menschen zögen mehr aus der Nahrung als andere. Man beginne erst jetzt, die Mechanismen zu verstehen – wie die Hormone des ZNS. Man bewege sich zu wenig, dies sei auch durch die Umwelt bedingt. Der Körper verteidige das einmal gefundene Körpergewicht – auch durch Veränderungen des Grundumsatzes. Mit etwas mehr bewegen und weniger essen sei es nicht getan, die meisten erreichten nach 2 Jahren wieder ihr Ausgangsgewicht. Die Fitness steige zuerst stark an und falle dann wieder ab. Heute beständen die besten Möglichkeiten durch eine chirurgische Therapie. Sie wollten vor allem die Folgen von Adipositas verhindern oder abmildern. Mit 5 kg Gewichtsreduktion sinke das Diabetesrisiko um 58%. Adipositas müsse immer mittherapiert werden.

Dietrich Monstadt wurde nach den Rahmenbedingungen befragt. Die Politik komme ins Spiel, wenn die Selbstverwaltung nicht funktioniere. Adipositas werde auch von der Politik noch nicht als Krankheit erkannt. Dies müsse ein Ende haben. Die Ausgrenzung der Betroffenen sei eine der Hauptursachen, dass nichts geschehe. Man benötige mehr Aufklärung und eine leitliniengerechte Behandlung, die für jedermann zugänglich sein müsse. In den Krankenkassen sei immer noch nicht verstanden worden, dass eine Magen-OP notwendig sei und Adipositas nicht selbstverschuldet. Man müsse weg von einzelnen Projekten hin zu nationalen

Aufklärungskampagnen – das werde er auf den Weg bringen zu einer nationalen Adipositasstrategie. Nur wenn alle vernünftig zusammenarbeiteten, gelange man zu einer leitliniengerechte Versorgung. Die nachhaltige Aufklärung müsse über die BZgA laufen. Das Thema müsse in den Mittelpunkt der Gesellschaft zu rücken, es rolle wie bei Diabetes ein Tsunami auf uns zu. Man benötige in vielen unterschiedlichen Bereichen neue Strategien, einen ressortübergreifenden Ansatz, und er stellte danach viele entsprechende Beispiele von den Schulen, Kinos, Treppen bis zu Check Ups vor. Im Bund könne man nur Rahmen setzen. Auch die Selbstverwaltung müsse motiviert werden, entsprechend zu handeln. Man müsse sich in diesem Zusammenhang auch über den Morbi-RSA Gedanken machen, auch überlegen, was man tun könne, um gesunde Lebensmittel zu produzieren und für dickmachende Lebensmittel nicht auch noch Werbung zu schalten. Man stehe ganz am Anfang, nur wenn man das Problem immer wieder platziere, werde sich etwas verändern.

In der Fragerunde wurde nach der Häufigkeit von Magen-OPs, von Magen OPs als Mittel der Wahl und anderen Therapien gefragt.

Es seien 7.500 OPs pro Jahr, erläuterte Bleß, es seien kleine Zahlen, sie seien auch im europäischen Vergleich niedrig. Die Leitlinie sehe 2 Wege vor zur OP vor– eine Primärindikation und eine Sekundärindikation. Dietrich Monstadt gab einem älteren Herrn eine *kleine Nachhilfe* in Politik. Es sei viel geredet worden und wenig geschehen. Es sei schwierig, in der Politik Mehrheiten für eine Zucker- und Fettsteuer zu sammeln. Dies sei allein deshalb wichtig, um die Bevölkerung auf das Problem aufmerksam zu machen und Kosteneinsparungen zu generieren. Es sei ein Bohren dicker Bretter.

Matthias Blüher wies darauf hin, dass an dem Problem Viele viel Geld verdienen würden. Die Pharmakotherapien hätten nur über Jahre hinweg eine Wirkung. In Deutschland werde nur 1/10 so häufig operiert wie in der Schweiz, Frankreich und USA. Die Ärzte sähen Adipositas nicht als Erkrankung an. Der Arzt könne das Problem heute noch an den Patienten zurückverweisen. Wäre Adipositas als Krankheit anerkannt, würde es zum Problem des Arztes. Dann müsse er eine OP empfehlen. Aus großen Studien wisse man, 1/000 würden in der OP versterben plus die normalen OP-Risiken. Dies sei niedriger als die einer Blinddarm-OP. Viele Patienten würden sich dafür entscheiden. Dies sei keine Werbung für ein Therapiekonzept.

Summary

Die Aussagen waren eindeutig, die Faktenlage wohl ebenso. In den letzten Jahren hat man immer wieder erlebt, dass Krankheiten neu erfunden werden, auch um Therapien zu verkaufen. Vieles spricht dafür, dass Adipositas tatsächlich eine Krankheit ist und hierzu sollte der Leistungskatalog verändert werden.

Im Grunde ist die Politik gefragt, die sich aus welchen Gründen auch immer nicht dazu durchringen kann, der Lebensmittelindustrie Grenzen zu setzen. Vielleicht müssten bestimmte Lebensmittel wie Zigaretten mit einem hässlichen Bild versehen werden. Dies ist kein politisches Problem, sondern ein Problem der Politik, die doch eigentlich Schaden vom Volk fernhalten sollte.

Im Was-Feld finden Sie alle Unterlagen der Pressekonferenz.