

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	XI
Zusammenfassung . . . . .	.XIII
1. Einleitung . . . . .	.1
1.1 Ausgangspunkt und Ziele des Versorgungsreportes . . . . .	.1
1.2 Thema des DAK-Versorgungsreports: Adipositas. . . . .	.2
1.3 Methodischer Ansatz: Generalized Cost-Effectiveness Analysis (GCEA) . . . . .	.4
1.4 Aufbau des „Versorgungsreports Adipositas“ . . . . .	.5
2. Krankheitsbild und Epidemiologie. . . . . .	.6
2.1 Definition und Diagnostik der Adipositas . . . . .	.6
2.2 Verständnis der Adipositas als Krankheit . . . . .	.7
2.3 Epidemiologie der Adipositas . . . . .	.7
2.4 Ursachen und Krankheitsentstehung der Adipositas	14
2.5 Stigmatisierung und Diskriminierungstendenzen.	16
2.6 Begleit- und Folgeerkrankungen	18
3. Gegenwärtige Versorgung der Adipositas	23
3.1 Multimodale Therapie	25
3.1.1 Ernährungstherapie	25
3.1.2 Bewegungstherapie	26
3.1.3 Verhaltenstherapie	27
3.1.4 Durchführung multimodaler Therapien im Rahmen von Gewichtsreduktionsprogrammen	27
3.1.5 Wirksamkeit multimodaler Therapien	29
3.1.6 Gegenwärtige Versorgungssituation: Multimodale Therapie	29
3.2 Besonderheiten der Ernährungsberatung und Ernährungstherapie	30
3.2.1 Wirksamkeit von Ernährungsberatungen und -therapien	32
3.2.2 Gegenwärtige Versorgungssituation: Ernährungs- beratung und Ernährungstherapie	33
3.3 Chirurgische Therapie.	34
3.3.1 Wirksamkeit der chirurgischen Therapie.	36
3.3.2 Postoperative Nachsorge.	36
3.3.3 Geweberekonstruktionsplastiken	37
3.3.4 Gegenwärtige Versorgungssituation: Chirurgische Therapie	37
3.3.5 Gegenwärtige postchirurgische Nachsorge und Geweberekonstruktionsplastiken	41
3.4 Experteneinschätzung der gegenwärtigen Versorgung	42

4. Methodik	44
4.1 Übergreifende methodische Konzepte	44
4.1.1 „Disability-adjusted life years“ (DALY) zur Messung der Krankheitslast.	45
4.1.2 Kosten-Effektivität der tatsächlichen sowie einer optimierten Versorgung	47
4.2 Konzept der Modellierung der gegenwärtigen und einer optimierten Adipositas-Versorgung	50
4.2.1 Analyse der gegenwärtigen Adipositas-Versorgung	50
4.2.2 Modellierung einer optimierten Adipositas-Versorgung	51
4.3 Ergänzende Analysen	57
4.3.1 Übergang vom Status quo zur optimierten Versorgung	57
4.3.2 Folgekosten der Adipositas	58
4.4 Datengrundlagen der Modellierung.	60
4.5 Markow-Modell	69
4.5.1 Überblick	69
4.5.2 Weitere Details der Modellspezifikation	73
5. Ergebnisse	81
5.1 Krankheitslast und Kosten-Effektivität der Status-quo- Versorgung	81
5.2 Krankheitslast und Kosten-Effektivität der optimierten Versorgung	86
5.3 Ergebnisse der ergänzenden Analysen zum Übergang vom Status quo in die optimierte Versorgung	91
5.3.1 Entwicklung der Zahl der Menschen mit Adipositas	92
5.3.2 Entwicklung der Therapiekosten	93
5.3.3 Entwicklung der Krankheitslast.	94
5.3.4 Entwicklung der Zahl der durch Adipositas bedingten Todesfälle	95
5.4 Ergebnisse der ergänzenden Analysen zur Veränderung der Folgekosten der Adipositas im Bereich der Krankenhaus- versorgung.	95
6. Diskussion	99
6.1 Ausgangspunkt	99
6.2 Ziele und Vorgehensweise	100
6.3 Bewertung der Ergebnisse	101
6.4 Limitationen	104
6.5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen	105
7. Anhang 1: Multiprofessionell angelegtes Versorgungskonzept	107
7.1 Einleitung	107
7.2 Ausgangspunkt und Ziele des Behandlungspfades	108
7.3 Zielgruppe und Einsteuerung der Versicherten.	109
7.4 Versorgungsebenen.	110
7.5 Zuweisungs- und diagnostische Ebene.	111
7.5.1 Beschreibung der Schwerpunktpraxen	113
7.6 Therapieentscheidung und -planung.	115
7.7 Therapieebene.	115

7.7.1 Multimodale Therapie	115
7.7.2 Einzeltherapeutische Maßnahmen	116
7.7.3 Chirurgische Therapie	118
7.8 Lebenslange Nachbetreuung	119
8. Anhang 2: Mathematisches Modell	121
8.1 Stochastischer Prozess	122
8.2 Datenquellen	123
8.3 Initialisierung.	124
8.4 Schätzung der Parameter	125
8.4.1 Mortalität	125
8.4.2 Inzidenz.	125
8.4.3 Remission.	126
8.4.4 BMI	127
8.5 Gleichungssystem transienter Zustandswahrscheinlichkeiten . .	131
Abbildungsverzeichnis	132
Tabellenverzeichnis	134
Literaturverzeichnis	136