

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

Sie wünschen eine Operation aufgrund Ihres starken Übergewichts. Häufig schaltet Ihre Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu Ihrem Antrag auf Kostenübernahme für einen adipositaschirurgischen Eingriff (z.B. Magenband, Magenbypass, Schlauchmagen).

Die Notwendigkeit dieser Operation wird in Deutschland nicht als selbstverständlich angesehen, da das Ziel der Gewichtsreduktion auf den ersten Blick auch durch nicht operative Maßnahme erreicht werden kann.

Das Bundessozialgericht hat in seiner Rechtsprechung zur Adipositaschirurgie hervorgerufen, dass eine Kostenübernahme für eine chirurgische Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur als „Ultima ratio“ in Frage kommt, d.h. wenn alle anderen Möglichkeiten der Gewichtsreduktion ausgeschöpft sind.

Internationale Leitlinien empfehlen stark übergewichtigen Menschen vor allem eine Kombination aus kalorienreduzierter Ernährung, regelmäßiger Bewegung und Maßnahmen zur Änderung des Verhaltens, um Gewicht abzunehmen.

Auch müssen die möglichen Risiken einer Operation gegen den Nutzen der Gewichtsreduktion abgewogen werden. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare Operationsrisiko, sondern auch ihre langfristige Bereitschaft, ihre Lebensführung umzustellen und in regelmäßiger ärztlicher Nachsorge zu bleiben.

Bei der Prüfung des Antrages legt der Medizinische Dienst die Kriterien von nationalen und internationalen Leitlinien der Fachgesellschaften, die sich mit der Behandlung der Adipositas befassen, zugrunde.

Für die Bearbeitung des Antrages wird in der Regel ein Motivationsschreiben, eine Kopie der relevanten Befunde, insbesondere unseres Berichtes, ggf. eine Stellungnahme Ihres Hausarztes, Diabetologen, Psychiaters oder Psychologen und insbesondere der nachfolgend aufgeführte Fragebogen benötigt. Dieser entspricht den Vorgaben des Begutachtungslaufadens des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. vom 21.12.2009 (Seite 54 bis 58).

Sie finden den entsprechenden Vordruck unter
www.adipositas-zentrum-muenchen.eu/allgemeines/kostenuebernahme

Ihr Team des Adipositas-Zentrum München-Bogenhausen

Anlage 1 zum Antrag auf Kostenübernahme für einen Adipositaschirurgischen Eingriff
 (in Anlehnung an den Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes
 Bund der Krankenkassen e.V. vom 21.12.2009 (Seite 54 bis 58))

Welche Operation ist bei Ihnen geplant?

Wurden Sie über die geplante Operation Ja Nein
 aufgeklärt?

A. Allgemein:

Ihre Körpergröße beträgt: cm

Ihr derzeitiges Körpergewicht: kg

Ihr bisher höchstes Körpergewicht betrug: kg

Übergewicht seit dem Lebensjahr

Wunschgewicht: kg

Das Gewicht vor 3 Jahren betrug: kg

Berufliche Tätigkeit:

Familiäre Situation:

Behinderungen / Pflegestufe:

B. Welche Diäten wurden wann durchgeführt:

1. Diät / Programm	von - bis	Gewichtsverlust	erneute Zunahme

2. Waren Sie wegen des Übergewichtes bereits in stationärer Behandlung (Krankenhaus, Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung)?

Wo?	Wann?	Wie lange?	Gewichtsverlust

3. Haben Sie an einer Ernährungsberatung bei einem/einer geprüften Ernährungsberater/in oder einem Arzt/einer Ärztin mit Zusatzausbildung in Ernährungsmedizin teilgenommen (Wann? Wie lange?)?

4. Welche Bewegungstherapien haben Sie bisher durchgeführt?

Beschreiben Sie bitte Ihre derzeitige körperliche Aktivität (Art, Dauer, wie oft?)

5. Haben Sie an einer Verhaltenstherapie teilgenommen?

Bei wem (Arzt / Ärztin, Psychotherapeut(in)), wann, wie lange?

Wurden Sie im Rahmen einer professionellen Ernährungsberatung über Verhaltensmaßnahmen begleitend zur Gewichtsreduktion und zur Aufrechterhaltung des Erfolges geschult?
Bei wem?

6. Haben Sie versucht, durch Medikamente ihr Gewicht zu reduzieren?
Wenn ja, welche?

C. Angaben zum Essverhalten

1. Welche Lebensmittel bevorzugen Sie (z.B. deftige Kost, Süßes, Fast Food)?

2. Welche Getränke (Mengenangabe) nehmen Sie am liebsten zu sich?

3. Leiden Sie unter Heißhungeranfällen, Essattacken, die Sie nicht kontrollieren können?
Auch nachts?

4. Lösen Sie manchmal absichtlich Erbrechen aus?

D. Angaben zu Vorerkrankungen

Wurden Sie bisher wegen Adipositas oder Begleiterkrankungen bei folgenden Facharztgebieten behandelt?

	Innere Medizin / Allgemeinmedizin:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
wegen	Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Diabetes	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Fettstoffwechselstörung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Schilddrüsenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Herzerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Lungenerkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Adipositas	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	andere	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Erläuterung:

	Orthopädie:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Nervenheilkunde/Psychiatrie/Psychologie:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
mit welcher Therapie:	Psychotherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Verhaltenstherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
	Medikamente	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

E. In welcher Einrichtung soll die Operation durchgeführt werden?

F. Wer übernimmt die Nachsorge und Betreuung nach der Operation?

G. Für welchen Zeitraum ist eine Weiterbehandlung nach der Operation geplant?

H. Welcher Arzt / welche Ärztin behandelt Sie aktuell bezüglich Ihres Übergewichtes?

Ich bin mit einer Befundanforderung bei den genannten Einrichtungen und Behandlern/Behandlerinnen einverstanden.

Datum

Unterschrift