

7.1.2.1 Anfrage an Versicherte

<p>MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG</p> <p>Ansprechpartner/ Begutachtungszentrum:</p>	<p>Krankenkasse Anschrift Telefon Fax Sachbearbeiter/-in</p>
<p>Angaben der/des Versicherten zur Klärung der Indikation einer operativen Behandlung bei schwerwiegender Adipositas</p>	
<p>Versicherte/r: Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Telefon</p>	
<p>Behandelnder Ärztin/Arzt/Leistungserbringer: Name, Vorname, Gebietsbezeichnung, Anschrift, Telefon, Telefax</p>	
<p>Sehr geehrte/r Frau/Herr....,</p> <p>Ihre Krankenkasse hat den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer gutachterlichen Stellungnahme zu Ihrem Antrag auf Kostenübernahme für einen adipositaschirurgischen Eingriff (z. B. Magenband, Magenbypass) beauftragt.</p> <p>Unabhängig der Indikationsstellung durch einen Operateur ist es nicht als selbstverständlich anzunehmen, dass es sich dabei um eine Leistung der GKV handelt.</p> <p>Das Bundessozialgericht hat in seiner Rechtsprechung zur Adipositas-Chirurgie hervorgehoben, 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.</p> <p>Auch müssen die möglichen Risiken einer Operation gegen den Nutzen der Gewichtsreduktion abgewogen werden. Dies betrifft nicht nur das unmittelbare Operationsrisiko, sondern auch Ihre</p>	

langfristige Bereitschaft, Ihre Lebensführung umzustellen und in regelmäßiger ärztlicher Nachsorge zu bleiben.

Die Begutachtung erfolgt in mehreren Prüfschritten nach dem Begutachtungsleitfaden – Adipositas-Chirurgie (Bariatrische und Metabolische Chirurgie) bei Erwachsenen vom 06.10.2017, der auch auf der Webseite des MDS <https://www.mds-ev.de/> einsehbar ist.

Auch wenn sich das Dokument an sozialmedizinische Fachexperten richtet, wird hier auch dargelegt, warum bestimmte Unterlagen erforderlich sind, damit der zuständige MDK Ihre Krankenkasse bei der Entscheidung des Antrages unterstützen kann.

Für die Bearbeitung des Antrags bitten wir Sie um Ihre Mithilfe, indem Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig ausfüllen.

Mit freundlichen Grüßen

.....
MDK-Gutachter/in

Welche Operation ist bei Ihnen geplant? _____

Wurden Sie über die geplante Operation aufgeklärt? ja nein

A. Allgemein:

Ihre Körpergröße beträgt: _____ cm

Ihr derzeitiges Körpergewicht: _____ kg

Ihr bisher höchstes Körpergewicht betrug: _____ kg

Übergewicht seit: _____ Lebensjahr

Zielgewicht: _____ kg

Das Gewicht vor 5 Jahren betrug: _____ kg

Berufliche Tätigkeit:

Familiäre Situation:

Behinderungen, Pflegegrad:

B. Welche Maßnahmen zur Gewichtsreduktion 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 anerkannten Ernährungsberatung bei einem/r geprüften Ernährungsberater/in, Diätberater/in, Ökotrophologen/in oder einem Arzt/Ärztin mit Zusatzausbildung in Ernährungsmedizin teilgenommen (Wann? Wie lange?)?

4. Welche Bewegungstherapien haben Sie bisher durchgeführt?

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

6. Haben Sie an einer Verhaltenstherapie/Psychotherapie teilgenommen?
Bei wem (Arzt/Ärztin, Psychotherapeut/in), wann, wie lange?

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

Bei wem?

8. Haben Sie andere Anstrengungen unternommen, um Ihr Gewicht zu reduzieren?

C. Angaben zum Essverhalten

1. Welche Lebensmittel (Mengenangaben) bevorzugen Sie (z. B. deftige Kost, Süßes, Fastfood)?

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	nein
wegen		
Bluthochdruck	ja	nein
Diabetes	ja	nein
Fettstoffwechselstörung	ja	nein
Schildrüsenerkrankung	ja	nein
Herzerkrankung	ja	nein
Lungenerkrankung	ja	nein
Adipositas	ja	nein
andere	ja	nein

Erläuterung:

Orthopädie:	ja	nein
Nervenheilkunde/Psychiatrie/Psychologie:	ja	nein
Mit welcher Therapie:		
Psychotherapie	ja	nein
Verhaltenstherapie	ja	nein
Medikamente	ja	nein

E. In welcher Einrichtung soll die Operation durchgeführt werden?

F. Wer übernimmt, für welchen Zeitraum die Nachsorge und Betreuung nach der Operation?

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

Ich bin mit einer Befundanforderung bei den genannten Einrichtungen und Behandlern/-innen einverstanden:

.....

.....

Datum

Unterschrift Versicherte(r)