

# MMK “Abnehmen mit System“ - Einheit 2

## Themen:

1. Das StuDoQ-Register – der erste Fragebogen
2. Der Weg des Patienten
3. Voraussetzungen anhand der S3-Leitlinie
4. Die Rolle der Selbsthilfe in der Adipositas-Therapie
5. FAQ

## 1. Das StuDoQ-Register – der erste Fragebogen

Das StuDoQ-Register dient in erster Linie der Qualitätssicherung, wir möchten Ihre Behandlung durch umfangreicheres Wissen immer weiter verbessern.

Wir möchten die Forschung mit unseren Daten unterstützen.

Alle Eure Daten werden dort anonym hinterlegt!

Die Teilnahme am Register ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Bitte gebt uns Euer Einverständnis um die Adipositas-Chirurgie voranzubringen.

Ihr habt Fragebögen von mir erhalten ....



## Patienteninformation zum Datenschutz und Einwilligungserklärung für die Teilnahme an StuDoQ-Registern



### Grundlegende Patienteninformationen:

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e.V. (DGAV) mit Sitz in Berlin betreibt seit Jahren das Studien-, Dokumentations- und Qualitätszentrum (StuDoQ) zur Förderung medizinischer Qualität und Forschung. In diesem Rahmen werden für mehrere Erkrankungen, die insbesondere mittels Operationen behandelt werden können, so **auch für Ihre Erkrankung**, sogenannte StuDoQ-Register bereitgestellt. In diesen Registern (Datenbanken) werden Daten in Verbindung mit der Behandlung der teilnehmenden Patienten ausschließlich zu medizinischen Zwecken elektronisch erfasst und ausgewertet. Die besonders gesicherten Computer (Server), auf denen die Daten in den StuDoQ-Registern verarbeitet werden, befinden sich in deutschen Rechenzentren.

Ihr behandelndes Krankenhaus beteiligt sich an den StuDoQ-Registern der DGAV dadurch, dass es Patienten mit relevanten Erkrankungen um ihre Einwilligung bittet und gegebenenfalls diese Daten in das jeweilige Register einträgt. Dies erfolgt in **pseudonymisierter Form**, d.h. Ihr Name wird vor Eintragung Ihrer Daten ins Register durch eine Kennnummer ersetzt. Die Zuordnung des Pseudonyms zu Ihnen als Person, insbesondere in der sogenannten Patientenliste, verbleibt dabei ausschließlich in Ihrem behandelnden Krankenhaus. Lediglich in Ihrem Krankenhaus können die Daten aus dem StuDoQ-Register unmittelbar Ihrer Person zugeordnet werden.

Manche Krankenhäuser können Ihnen diese Zuordnung für bestimmte Register auch in Form eines StuDoQ-Patientenausweises zur Verfügung stellen. Wenn Sie diesen **Patientenausweis** im Rahmen der Nachbehandlung einem anderen am Register teilnehmenden Krankenhaus vorlegen, kann dieses gegebenenfalls im Register zu Ihrem Pseudonym gespeicherte Daten abrufen und Ihrer Person zuordnen. So kann Ihre weitere Behandlung optimiert werden. Auch kann das nachbehandelnde Krankenhaus dann neu erhobene Behandlungsdaten wieder unter dem gleichen Pseudonym in das Register einstellen und so Doppelseintragungen (zwei Datensätze zu einer Person) vermeiden. Sie willigen im Rahmen Ihrer nachfolgenden Erklärung darin ein, dass das nachbehandelnde Krankenhaus, wenn Sie diesem den Patientenausweis vorlegen, Ihre Daten wie eben beschrieben verarbeitet. Bitte bewahren Sie Ihren Patientenausweis sorgfältig auf und schützen ihn vor dem Zugriff unberechtigter Dritter.

Im Fall Ihrer Einwilligung können nicht nur Daten aus der akuten Behandlung, sondern auch der längerfristigen **Nachsorge** im Krankenhaus in das Register eingetragen und auf unbestimmte Zeit dort verarbeitet werden. Zur Erhebung zusätzlicher Daten, insbesondere über den weiteren Verlauf Ihrer Erkrankung bzw. Heilung, kann es auch unabhängig von der Nachsorge im Krankenhaus sinnvoll sein, zu einem späteren Zeitpunkt erneut Kontakt mit Ihnen aufzunehmen, um

- ergänzenden Informationen von Ihnen selbst (z.B. zum Schmerzempfinden) zu erfragen,
- Sie für Folgeuntersuchungen zu gewinnen,
- Sie um Ihre Einwilligung dahingehend zu bitten, dass das Krankenhaus Ihre Daten bei anderen nachbehandelnden Stellen erheben darf, und/oder
- Sie für einen Abgleich mit anderen Quellen, z.B. Krebsregistern, zu gewinnen.

Wenn Sie im Rahmen Ihrer Einwilligung einer **erneuten Kontaktaufnahme** durch das Krankenhaus nach Abschluss Ihrer Behandlung dort zustimmen, können Sie zudem über neue Erkenntnisse zu Ihrer Erkrankung informiert wer-

den, welche mit Hilfe des Registers gewonnen wurden. Ein Anspruch Ihrerseits auf eine solche Information besteht jedoch aufgrund des Umfangs und der Komplexität der Register nicht.

Umgekehrt sind auch Sie nicht verpflichtet, an der Erhebung zusätzlicher Daten im Einzelfall mitzuwirken, selbst wenn Sie grundsätzlich in die spätere Kontaktaufnahme eingewilligt haben. Die Kontaktaufnahme erfolgt durch Ihr behandelndes Krankenhaus. Falls Sie eine erneute Kontaktaufnahme für Zwecke der StuDoQ-Register generell nicht wünschen, kreuzen Sie bitte das entsprechende Nein-Kästchen in der Einwilligungserklärung an.

Die DGAV kann **Auswertungen** dieser pseudonymisierten Daten zu ausschließlich medizinischen Zwecken selbst durchführen oder deren Durchführung durch vertrauenswürdige Dritte, insbesondere Einrichtungen der medizinischen Forschung oder Qualitätssicherung, genehmigen. Sämtliche Stellen, welche Zugang zu den Patientendaten erhalten, müssen ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau wie Ihr Krankenhaus und die DGAV gewährleisten.

Bei den genannten Auswertungen können die Daten im StuDoQ-Register auch mit **Daten aus anderen Quellen** (z.B. den gesetzlich vorgesehenen Krebsregistern) abgeglichen werden, wenn dies lediglich in pseudonymisierter Form erfolgt, d.h. keine der Quellen unmittelbar personenbezogene Patientendaten (wie Ihren Namen) offenlegt. Zudem wird die Verknüpfung besonders gesichert gespeichert. Dadurch wird es sehr unwahrscheinlich, dass Sie als Patient unzulässigerweise identifiziert werden.

Falls der Abgleich von StuDoQ mit diesen anderen Quellen über eine Verknüpfung mit Ihren unmittelbar personenbezogenen Daten (wie Ihren Namen) erfolgen soll, ist hierfür – möglicherweise von wenigen, eng gefassten Ausnahmen des deutschen Datenschutzrechts abgesehen – eine gesonderte Einwilligung Ihrerseits erforderlich. Ohne eine solche zusätzliche Rechtsgrundlage werden wir keine entsprechende Verknüpfung vornehmen.

Hieraus können Sie und zukünftige Patienten einen **medizinischen Nutzen** ziehen:

**Individuelle Qualitätssicherung:** Mit den Daten einer Vielzahl von Patienten sind statistische Berechnungen über eventuell im Zusammenhang mit einer Operation auftretende Komplikationen auch in Abhängigkeit von bestimmten Risikofaktoren möglich. Ein entsprechender Risikorechner kann Ihrem behandelnden Krankenhaus unter Umständen helfen, das richtige Verfahren für Sie auszuwählen.

**Generelle Qualitätssicherung:** Das Krankenhaus kann auch Auswertungen zu eigenen am Register teilnehmenden Patienten zu den genannten medizinischen Zwecken anstellen. Zum Vergleich erhält es von der DGAV eine Übersicht (in der Regel einen jährlichen Qualitätsbericht) mit statistischen Werten (z.B. der Häufigkeit bestimmter Komplikationen) aus der Gesamtzahl der teilnehmenden Patienten, die auch in anderen Krankenhäusern entsprechend behandelt wurden. So kann das Krankenhaus insbesondere die Qualität der eigenen Behandlung beurteilen und bei Bedarf Verbesserungen vornehmen. Zeigen die gesammelten Daten über einen längeren Zeitraum in einem teilnehmenden Krankenhaus eine vom Durchschnitt erheblich abweichende Qualität, können zudem Vertrauensleute der DGAV Einsicht in die dortigen Akten teilnehmender Patienten nehmen, um mit der betreffenden (chirurgischen) Fachabteilung die Ergebnisse zukünftig zu verbessern.

**Medizinische Forschung:** Außerdem können die gesammelten Daten Auskunft darüber geben, ob und gegebenenfalls wie Behandlungsverfahren grundsätzlich geändert bzw. neue, bessere Verfahren eingeführt werden müssten.

DGAV und Ihr behandelndes Krankenhaus (nachfolgend gemeinsam auch „wir“ oder „uns“ genannt) arbeiten bei der Führung der StuDoQ-Register eng zusammen. Bei Erfassung und Auswertung Ihrer Daten legen wir besonderen Wert auf die Beachtung der in Deutschland geltenden strengen Anforderungen des **Datenschutzes**.

Wir möchten vor diesem Hintergrund auch Sie bitten, sich zu beteiligen, indem Sie uns Ihre Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Patientendaten in Verbindung mit den StuDoQ-Registern wie hier beschrieben erteilen.

Ihre Einwilligung ist **freiwillig** und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Eine Verpflichtung zur Bereitstellung Ihrer Daten für StuDoQ-Register besteht nicht. Sie können die Einwilligung ohne Nachteile im

Hinblick auf Ihre medizinische Behandlung oder das Verhältnis zu Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt verweigern oder widerrufen.

**Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:**

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: ....., .....

**Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:**

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen im hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: ....., .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: ....., .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Bleibt frei



**Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:**

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

**Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:**

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen in hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Bleibt frei



Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.                       Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.                       Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen in hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Bleibt frei



Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen in hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Entscheiden Sie sich ...





Bleibt frei



Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.  Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen in hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Bitte ausfüllen



Entscheiden Sie sich ...



... ein zweites mal





Bleibt frei



Ihre aufklärende Ärztin / Ihr aufklärender Arzt:

Zur Aufklärung stand Ihnen folgende Ärztin / folgender Arzt zur Verfügung:

Vorname: ..... Nachname: .....

Datum, Unterschrift der Ärztin/des Arztes: .....

Ihre Einwilligungserklärung als betroffener Patient:

Vorname: ..... Nachname: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): ...../...../.....

Ich habe die vorhergehenden grundlegenden Patienteninformationen gelesen. Mir wurden überdies die nachfolgenden ausführlichen Patienteninformationen zum Datenschutz rechtzeitig ausgehändigt, so dass ich Gelegenheit hatte, diese zur Kenntnis zu nehmen.

Zudem war es mir möglich, meiner Ärztin / meinem Arzt Fragen zu stellen. Eventuell offene Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich weiß, dass ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

1. Ich willige in die Verarbeitung meiner personen- und gesundheitsbezogenen Daten im Rahmen der StuDoQ-Register für Zwecke der medizinischen Qualitätssicherung und medizinisch-wissenschaftlichen Forschung wie in den Patienteninformationen beschrieben ein. Diese Verarbeitung erfolgt durch die DGAV und das mich behandelnde Krankenhaus. Im Register werden meine Daten nur in pseudonymisierter Form verarbeitet, d.h. mein Name wird durch eine Kennnummer ersetzt. Eine Verbindung der Daten zu meiner Person wird nur innerhalb des behandelnden Krankenhauses hergestellt. Andere Stellen (z.B. Forschungsinstitute) und Personen (z.B. Vertrauensleute) erhalten nur unter den in den Patienteninformationen beschriebenen strengen Voraussetzungen Zugang zu diesen Daten; sie müssen insbesondere ein vergleichbar hohes Datenschutzniveau gewährleisten.

Ja, ich willige in diesen Punkt 1 ein.       Nein, ich willige in diesen Punkt 1 nicht ein.

2. Ich willige darin ein, dass ich evtl. zu einem späteren Zeitpunkt erneut von meinem behandelnden Krankenhaus für die oben beschriebenen Zwecke kontaktiert werde, z.B. zur Gewinnung weiterer Informationen insbesondere zur Nachbehandlung.

Ja, ich willige in diesen Punkt 2 ein.       Nein, ich willige in diesen Punkt 2 nicht ein.

Wenn und soweit ich eine Einwilligung erteile, entbinde ich meine behandelnden Ärzte und deren Hilfspersonen in hier und in den Patienteninformationen beschriebenen Umfang von Ihrer Schweigepflicht.

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Ich habe eine Kopie der Patienteninformation samt dieser Einwilligung in ausgefüllter und mit Ausnahme meiner folgenden Unterschrift unterzeichneter Form erhalten:

Datum, Unterschrift Patientin/Patient: .....

Das doppelt von Ihnen unterschriebene Original verbleibt in den Akten des Krankenhauses.

Bitte ausfüllen



Entscheiden Sie sich ...



... ein zweites mal



2-mal unterschreiben





### Angaben zum Kontakt

Vorname

Nachname

Telefonnummer

E-Mailadresse

Ihr Name, Telefonnummer und E-Mailadresse dient ausschließlich Ihrem behandelnden Krankenhaus zur Kontaktaufnahme. Diese Angaben werden nicht im Register "StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen" erfasst.

## Allgemeine Fragen

Größe (in cm)       Aktuelles Gewicht  kg

Geschlecht:  weiblich  männlich

Übergewichtig besteht seit Lebensjahr:

Was war ihr höchstes Gewicht bisher?  kg      in welchem Jahr?

Leben Sie in einer Partnerschaft?  Nein  Ja

Anzahl der leiblichen Kinder:

Unerfüllter Kinderwunsch  Nein  Ja

Bitte geben Sie Ihren höchsten Schulabschluss an:  ohne Abschluss  Hochschulreife  
 Hauptschule / Volksschule  anderer  
 Realschule / Mittlere Reife

Haben Sie eine Berufsausbildung? Welche?  keine  Fach-/Meister-/Technikerschule/Lehre  
 noch in Ausbildung  anderer  
 Hochschule

Sind sie derzeit erwerbstätig?  nicht erwerbstätig  Hausfrau/Hausmann  
 Vollzeit (> 35 h/Woche)  arbeitsunfähig  
 Teilzeit (15 - 35 h/Woche)  berentet  
 Teilzeit (< 15 h/Woche)  anderer

Gibt es andere Familienmitglieder mit Übergewicht oder Adipositas?  
Mutter:  Nein  Ja  Unbekannt  
Vater:  Nein  Ja  Unbekannt  
Kind(er):  Nein  Ja  Keine Kinder  Unbekannt  
Geschwister:  Nein  Ja  Keine Geschwister  Unbekannt

Ihre Beweglichkeit außer Haus (Mobilität)  frei  nur mit Hilfsmitteln  sehr eingeschränkt (immobil)



## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Haben Sie folgende Erkrankungen (bitte ankreuzen)?

Diabetes Typ 1  Nein  Ja      Seit (Jahr):

Diabetes Typ 2  Nein  Ja      Seit (Jahr):

Bluthochdruck  Nein  Ja

Schlafapnoe (Atemaussetzer beim Schlafen)  Nein  Ja       CPAP-Behandlung / -Maske

Fettstoffwechselstörung  Nein  Ja

Harnsäureerhöhung / Gicht  Nein  Ja

Polycystisches Ovarialsyndrom (PCO-Syndrom)  Nein  Ja

Gelenkerkrankungen/schmerzen  Nein  Ja  
Welche:

Leiden Sie unter Depressionen?  Nein  Ja

Leiden Sie unter Harninkontinenz?  Nein  Ja

Leiden Sie unter Sodbrennen?  Nein  Ja

Hatten oder Haben Sie eine Krebserkrankung?  Nein  Ja

Für Frauen: Leiden Sie unter Zyklusstörungen?  Nein  Ja

Haben Sie bereits Ihre Menopause (Wechseljahre)  Nein  Ja      Seit wann:

## Medikamente

Medikament	morgens	mittags	abends
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



## Operationen

Falls Sie schon einmal operiert worden sind, so geben Sie dies bitte an.  
Da Operationen mit **Schlüssellochtechnik** (kleinen Schnitten-minimal-invasiv) durchgeführt werden können oder auch **offen** (d.h. mit großem Schnitt), geben Sie uns dies bitte an:

Gallenblasenentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Blinddarmentfernung  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Adipositas-Operation in der Vorgeschichte  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_ im Jahr: \_\_\_\_\_

Operationen am Magen  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen am Darm  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an der Bauchwand (Brüche, plastische Operationen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

andere Operationen am Bauch  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen an Gebärmutter oder Eierstöcken (bei Frauen)  Nein  Ja, offene OP oder  Ja, mit Schlüssellochtechnik

Welche: \_\_\_\_\_

Sonstige Operationen:



## Fragen zu Ihrem Ernährungsverhalten

Bitte beantworten Sie die Fragen offen und ehrlich.

Essen Sie täglich Süßigkeiten?  Nein  Ja

Essen Sie nachts?  Nein  Ja

Haben Sie Essanfälle?  Nein  Ja

Bitte machen Sie Angaben zur Zahl Ihrer täglichen Mahlzeiten:

Haupt-Mahlzeiten pro Tag

Neben-Mahlzeiten pro Tag

Konsum zuckerhaltiger Getränke (Liter/Tag)

Bitte geben Sie die letzten 3 Diätversuche an.

Abnehmversuch 1

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 2

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Abnehmversuch 3

- Keine
- Stationäre/Reha
- andere (ärztlich begleitet)
- Optifast
- Weight Watchers
- Multimodales Therapiekonzept
- andere (nicht ärztlich begleitet)

Jahr:

Dauer in Monaten:

Gewichtsverlust in kg:

- Keinen
- bis 10 kg
- 11 - 20 kg
- 21 - 30 kg
- mehr als 30 kg
- unbekannt

Machen Sie Sport oder gehen Sie einer körperlichen Aktivität nach?  Nein

- weniger als 1 Stunde pro Woche
- 1 bis 2 Stunde pro Woche
- mehr als 2 Stunden pro Woche

Welche: \_\_\_\_\_

Raucher  Nichtraucher  ehemaliger Raucher  wie lange geraucht \_\_\_\_\_ Jahre

Zigaretten/Tag \_\_\_\_\_ Seit wann Nichtraucher \_\_\_\_\_



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen  
Fragebogen zum Sodbrennen / Reflux (RSI)

Seite 1/1

Erstvorstellung (27)

	kein Problem			Sehr starkes Problem		
1. Heiserkeit oder andere Probleme mit Ihrer Stimme:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
2. Häufiges Räuspern:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
3. Starker Halsschleim oder Sekretgefühl hinter der Nase:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
4. Schluckprobleme mit festen oder flüssigen Essbestandteilen oder Tabletten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
5. Husten nach dem Essen oder nach dem Hinlegen:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
6. Atemprobleme oder Hüsteln:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
7. Starker quälender Husten:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
8. Fremdkörpergefühl im Hals oder Globusgefühl:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
9. Brennen in der Herzgegend, Brustschmerz, Magenverstimmung oder Säurerückfluss:	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

RSI - Wert (Total)



StuDoQ|MBE - Metabolische und bariatrische Erkrankungen  
**Fragebogen zur Ernährungsgewohnheit**

Seite 1/1

Erstvorstellung (23)

Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage).  
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Vielen Dank!

AN WIE VIELEN DER LETZTEN 28 TAGE ...	Kein Tag	1 - 5 Tage	6 - 12 Tage	13 - 15 Tage	16 - 22 Tage	23 - 27 Tage	Jeden Tag
a. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Haben Sie sich dick gefühlt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	nemals	In seltenen Fällen	In weniger als der Hälfte der Fälle	In der Hälfte der Fälle	In mehr als der Hälfte der Fälle	In den meisten Fällen	Jedes Mal
f. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d. h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	überhaupt nicht	leicht	mäßig	deutlich
g. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Ihre Ihren Körper gesehen haben (z. B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



StuDoQ|Metabolische und bariatrische Erkrankungen  
**Fragebogen zur Lebensqualität (BQL)**

Seite 1/1

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
1. Ich bin mit meinem Gewicht zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich akzeptiere mein Gewicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	schlecht	weniger gut	teils/ teils	gut	sehr gut
3. Wie beurteilen Sie Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
4. Ich beteilige mich an gemeinschaftlichen Unternehmungen (Konzerte, Ausflüge etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich bin sozial aktiv (Freunde, Bekannte).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich fühle mich oft ausgeschlossen (im Beruf, Familie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich fühle mich durch mein Gewicht unter Druck gesetzt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich fühle mich manchmal depressiv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich bin im Großen und ganzen mit meinem Leben zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	stimmt überhaupt nicht	stimmt eher nicht	teils/ teils	stimmt eher	stimmt vollkommen
10. Ich bin aufgrund meiner körperlichen Situation eingeschränkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a) im Haushalt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) im Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) im Privatleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich bin selbstsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Folgende Unterlagen lasst Ihr uns bitte wieder zukommen:

- die ausgefüllte und unterschriebene Einverständniserklärung “StuDoQ“
- Die ausgefüllte und unterschriebene Einverständniserklärung „Datennutzung“
- den ausgefüllte Anamnese-Fragebogen
- den unterschriebenen Behandlungsvertrag (ein Exemplar)

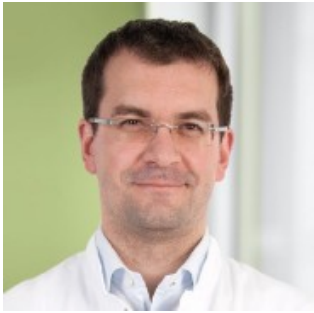
Das könnt Ihr auf 2 Arten machen:

1. auf dem Postweg
2. als Mailanhang an [ralf.sann@klinikum-lippe.de](mailto:ralf.sann@klinikum-lippe.de)

Das Merkblatt mit dem Duplikat der Einverständniserklärung verbleibt bei Euch.



# Unser Team



Dr. Michael Leitz  
Oberarzt



Dr. Swar Alhisso  
Facharzt



Dr. Jan Hoppe  
Facharzt



Ralf Sann  
Zentrums-Koordinator



Sabine Brandt  
Ernährungsberatung



Silka Göhler  
Ernährungsberatung



Brigitte Mühlenkord  
Ernährungsberatung



Anja Redecker-  
Kohlwey  
Verhaltenstraining



Nicola Risse  
Ernährungsberatung  
Verhaltenstraining



- Patienten mit einem BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> mit einer oder mehreren Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen wie
- Diabetes mellitus Typ 2
- koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, arterieller Hypertonus
- Hyperlipidämie, Nephropathie
- Obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Adipositas-Hypoventilationssyndrom
- nicht alkoholische Fettleber (NAFLD) oder nicht alkoholische Fettleberhepatitis (NASH)
- Pseudotumor Cerebri
- Gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD)
- Asthma
- chronisch venöse Insuffizienz
- Harninkontinenz
- immobilisierende Gelenkerkrankung
- Einschränkungen der Fertilität oder polyzystisches Ovarialsyndrom

oder

einfach

nur

ein

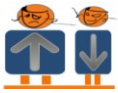
BMI

$> 40 \text{ kg/m}^2$

- Ausschluss unbehandelter psychologischer Ursachen (psychologische Stellungnahme)
- Ausschluss unbehandelter organischer Ursachen (Laborparameter)
- Tolerables Operationsrisiko
- Ausschöpfung konventioneller Möglichkeiten → multimodaler Kurs über mindestens 6 Monate
- ausreichende Motivation
- Möglichkeit einer lebenslangen Nachsorge

Termine & Aufgaben	Abnehmen mit System			Kurs 42
Dozenten:	Ralf	Brigitte	Anja	donnerstags
<b>Bei Beginn des Kurses auch mit dem Bewegungstagebuch beginnen (mind. 2 Stunden pro Woche)</b>				<input type="checkbox"/>
Einführung --	07.01.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Ablauf/Planung --	14.01.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
BIA-Messung und Einzelgespräch mit mir, bei Bedarf		Ralf Sann	05231 72-5584	<input type="checkbox"/>
Termin für psychologische Stellungnahme jetzt anfragen		K. Ehbrecht	05261 660223 oder	<input type="checkbox"/>
(zum Ausschluss psychologischer Ursachen)		Dr. A. Bransi	05231 4566730	<input type="checkbox"/>
Ernährung 01	21.01.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Ernährung 02	28.01.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 01	04.02.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 02	18.02.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Termin beim Endokrinologen vereinbaren (Ausschluss organischer Ursachen)	Dr. Kühn-Velten: 05222 8076 570			<input type="checkbox"/>
Ernährung 03	25.02.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 03	04.03.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Chirurgie --	11.03.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Ernährung 04	25.03.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 04	15.04.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Antrag --	29.04.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Termin zum Arzt- und Antragsgespräch vereinbaren		Sekretariat:	05231 72-1151	<input type="checkbox"/>
(chirurgische Stellungnahme) & (Antragsvorbereitung)		Ralf Sann:	05231 72-5584	<input type="checkbox"/>
Ernährung 05	06.05.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Kochen --	20.05.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 05	10.06.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Spätestens 3 Wochen vor Kursende mit dem Ernährungstagebuch beginnen (2 Wochen, Ralf vorlegen)				<input type="checkbox"/>
Ernährung 06	17.06.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Verhalten 06	01.07.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>
Nachsorge/Abschluss --	08.07.2021	Online-Seminar		<input type="checkbox"/>

- |                                     |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| Ausschluss psychologischer Ursachen | → | psychologische Stellungnahme   |
| Ausschluss organischer Ursachen     | → | Laborwerte vom Hausarzt/Endokrinologe  |
| Dokumentation Begleiterkrankungen   | → | Ärztliche Befundberichte   |
| Dokumentation Ernährung             | → | Ernährungstagebuch über 2 Wochen vom Ende des Kurses   |
| Ausschöpfung konservativ            | → | Diät- und Gewichtslebenslauf 5 - 10 Jahre  |
| Persönliche Stellungnahme           | → | Kurze Beschreibung der momentanen Situation  |
| Motivation/Compliance               |   | Motivations-Schreiben (was hast Du verändert, was sind Deine Ziele, was bist Du bereit dafür zu tun ...) |



# Selbsthilfe in der Adipositas-Therapie

- Erfahrungsaustausch unter Betroffenen und Angehörigen
- Suchen und Finden gemeinsamer Lösungen und Hilfen
- Gegenseitige Information/Aufklärung
- Eine Gemeinschaft, in der man sich nicht erklären muss
- Gegenseitige Unterstützung
- Gemeinsame Aktivitäten
- Fachliche Hilfe und Unterstützung durch Vorträge, Workshops und Exkursionen



# Adipositas-Selbsthilfe-Lippe

Der 1. Schritt in eine "leichtere" Zukunft

09:45:27 - Fr. 17. Jan. 2020

ASL, eine Selbsthilfegruppe für stark Übergewichtige aus Lippe und Umgebung

## Wir über uns

Gruppenregeln  
Unser Team

## Terminkalender

BMI-Rechner  
Bewegung  
Abnehmen  
Multim. Konzept  
Adipositaschirurgie

Kontakt  
Anfahrt Detmold  
Anfahrt Lemgo  
Info-Flyer ASL

Datenschutz  
Erklärung

Impressum

070505

Besucher seit Aug 2008

Wichtiger  
Hinweis

OWL &  
Freunde



Die ASL trommelt  
Drums Alive - April 2018

Wir sind eine unabhängige Selbsthilfegruppe, gegründet von Betroffenen für Betroffene.

### Betroffen sein heißt:

Sie kämpfen seit Jahren mit starkem Übergewicht. Sie haben unzählige Diäten, Kuren und Therapien gemacht, mit mäßigem Erfolg aber immer mit JoJo-Effekt. Sie schaffen es nicht, Ihr Gewicht dauerhaft erheblich zu reduzieren. Adipositas ist keine Charakterschwäche, sondern eine Krankheit, die behandelt werden muss, entweder, wenn noch möglich, mit konservativen Methoden, oder als „Ultima Ratio“ mit der Adipositaschirurgie.

Bei uns treffen sich Menschen, die so nicht weitermachen wollen, die den Elan haben, etwas zu ändern.

### Herzlich willkommen sind:

- Stark, bzw. krankhaft übergewichtige Menschen, die daran etwas ändern wollen
- Angehörige und Freunde Betroffener
- Menschen, die es schon geschafft haben, egal ob mit oder ohne OP
- Alle Interessierten, die in irgendeiner Form mitarbeiten oder helfen wollen

### Es erwartet Sie:

- Erfahrungsaustausch, Infos und Tips unter Gleichgesinnten
- Hilfe im Umgang mit Institutionen, Behörden und Krankenkassen
- Organisation von Bewegungs-, Ernährungs- und Verhaltenstrainingsgruppen
- Fachvorträge von Experten, wie Ärzten, Ernährungsberatern und Therapeuten
- Ein Ort, an dem Sie sich aufhalten können, ohne sich für Ihr Gewicht rechtfertigen oder schämen zu müssen
- Schaffung einer Lobby für krankhaft adipöse Menschen durch intensive Öffentlichkeitsarbeit

Die Gruppe trifft 1-mal im Monat, donnerstags um 19:00 Uhr  
Treffpunkt Detmold ist der Wartebereich der Chirurgie vor den Aufzügen links.  
Treffpunkt Lemgo für Vorträge ist der Sitzungssaal im Sockelgeschoß des Verwaltungsgebäudes

## A S L Terminkalender

Das nächste Gruppentreffen findet am 06.02. 2020 in Detmold statt

Der ASL-Stammtisch findet in Zukunft an wechselnden Standorten statt. Aktuelle Termine erfährt Ihr bei den Gruppentreffen

**GEWICHTS**  
Diskriminierung

**NEIN DANKE!**

An 1. Stelle bin ich  
**MENSCH!**

Adipositas ist eine Krankheit!

Die ASL ist Mitglied der



AdipositasHilfe Deutschland e.V.

**ADIPOSITASZENTRUM**  
LIPPE

### Abnehmen mit System

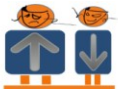
Das nächste Patienten-Seminar am 22.01.2020 ab 18 Uhr im Medicum

Der nächste Kurs "Abnehmen mit System" beginnt am 11.03.2020

Info-Seminar "Möglichkeiten der Wiederherstellung" am 25.02.2020

© Adipositas-Selbsthilfe-Lippe 2008-2020





# Selbsthilfe in der Adipositas-Therapie

Adipositas-Selbsthilfe-Lippe

<https://www.asl-lippe.de>

Kontakt: Christine Sann

[mail@asl-lippe.de](mailto:mail@asl-lippe.de)

Tel: 05232 980 7999

Die Gruppe macht momentan keine realen Treffen, trifft sich aber online.

Die nächsten Online-Treffen finden an folgenden Terminen statt:

14.01. – 21.01. – 28.01. – 04.02.                      jeweils ab 19:00

Adresse des Konferenzraums:                      **[meet.jit.si/novemberonline](https://meet.jit.si/novemberonline)**

Weitere Infos zur Gruppe finden Sie auf der Website der ASL

Frequently

Asked

Questions

## Wer darf eine psychologische Stellungnahme schreiben?

Ein MHP

Unter dem Überbegriff „Mental Health Professional“ werden zusammengefasst:

- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder
- Psychologischer Psychotherapeut

## Können Sie einen Psychologen empfehlen?

Ja, es gibt 2, mit denen wir im Rahmen der Zentrumskooperation zusammenarbeiten:

### **Frau Karin Ehbrecht**

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Paulinenstraße 20

32657 Lemgo

Tel: 0 52 61 / 66 02 23

### **Herr Dr. Ahmad Bransi**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Paulinenstraße 25

32756 Detmold

Telefon: 05231 4566730

Sollten Sie bereits in psychologischer Behandlung sein, fragen Sie zuerst Ihren Therapeuten – er/sie kennt Sie am besten.

## Was muss drinstehen, in so einer psychologischen Stellungnahme?

Es sollte drinstehen, dass Ihr akut an keiner nicht therapierten psychischen Erkrankung leidet, die eure Gewichtsprobleme auslösen, wie zum Beispiel eine BID (Binge-Eating-Disorder = Essanfälle mit Kontrollverlust), oder eine nicht therapierte Borderline-Störung

Es sollte ferner drinstehen, dass aus fachärztlicher Sicht nichts gegen eine solche OP spricht, Ihr also psychisch stabil seid und die Tragweite einer solchen OP überblicken könnt.

Es sollte drinstehen, dass evtl. alte psychologische Episoden therapiert sind.

## Was muss drinstehen, in so einer psychologischen Stellungnahme?

Bei allen Patienten soll eine Beurteilung bezüglich aktueller und früherer psychischer Störungen (v.a. affektive Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Substanzgebrauchsstörungen und Essstörungen) und bezüglich aktueller und früherer absichtlicher Selbstbeschädigung (v.a. Suizidversuche) vorgenommen werden.

Alle Patienten sollen bezüglich eines problematischen Alkoholkonsums und anderer Substanzabhängigkeiten gescreent werden.

Es soll die Motivation für den Eingriff sowie die bisherige Adhärenz mit medizinischen Maßnahmen (als möglicher Hinweis auf die Adhärenz mit der Teilnahme an der Nachsorge und der Einnahme der Supplemente zur Prophylaxe eines Mangels) abgeschätzt werden.

## Was muss drinstehen, in so einer psychologischen Stellungnahme?

Psychische Erkrankungen, Binge-Eating-Störung oder kindliche Missbrauchserfahrung stellen keine generelle Kontraindikation gegen adipositaschirurgische bzw. metabolische Operationen dar.

Patienten sollen nicht einem Eingriff unterzogen werden, wenn folgende Kontraindikationen bestehen:

- instabile psychopathologische Zustände,
- aktive Substanzabhängigkeit,
- eine unbehandelte Bulimia nervosa

Können die als Kontraindikationen genannten Erkrankungen und Zustände erfolgreich behandelt werden oder können psychopathologischen Zustände in einen stabilen Zustand überführt werden, sollte eine Re-Evaluation erfolgen.



## Wie läuft das mit den Laborwerten?

Benötigt werden:

Schilddrüsenwerte

T3, T4, TSH

Zuckerstoffwechsel

Hba1C, Glukosetoleranztest

Cortisol

Cortisol-Tagesprofil

(Hausarzt)

Cortisol

Dexamethason-Suppressionstest

(Endokrinologe)

Zur Not beim Hausarzt

besser bei der Endokrinologin

Dr. Kühn-Velten

Siemensstraße 40

32105 Bad Salzuflen

Tel: 0 52 22 / 80 76 - 5 70

Bitte vor Anruf Überweisung vom Hausarzt besorgen!

## Wie läuft das mit der Bewegung?

Über einen Zeitraum von kumulativ sechs Monaten in zwei Jahren soll eine sportliche Betätigung (vorzugsweise Ausdauer- oder Kraftausdauersport) von mindestens zwei Stunden Umfang pro Woche erfolgen, falls keine Barrieren bestehen (z. B. Gonarthrose oder Scham beim Schwimmen).

Ihr müsst während der gesamten Kurs-Zeit, also die vollen 6 Monate eine zusätzliche Bewegungszeit von 2 x 1 Stunde pro Woche machen und dokumentieren.

Was ist zusätzliche Bewegung?

Alles, was nicht zu den alltäglichen Verrichtungen gehört, wie Haushalt und Arbeit.

Auch die Hunderunde ist eine normale Verrichtung, darum vergessen wir den Hund und nennen das "Walken", also zügiges Gehen.

Weitere Möglichkeiten der Bewegung sind: Reha-Sport, Fitness-Studio, Sportvereine, aber auch alle ernsthaften Bemühungen in Eigenregie.

Wichtig bei alledem ist eine gute, lückenlose Dokumentation über die gesamten 6 Monate. Einen Vordruck zu Dokumentation Ihrer Bewegung habt Ihr erhalten.

Wer einen Schrittzähler hat, schreibt bitte auch die Tagesschritte auf.

## Muss ich alle meine Bewegungseinheiten und Diätversuche belegen?

Nein, das müsst Ihr nicht!

Ihr belegt, was Ihr belegen könnt, aber grundsätzlich ist Euren Ausführungen Glauben zu schenken, sagt die Leitlinie.

Das gilt sowohl für die Bewegung, als auch für den Diät- & Gewichtslebenslauf.

Woher sollen Belege für 5 oder 10 Jahre alte Maßnahmen kommen? Sowas hebt man doch nicht auf.

## Muss ich eine Selbsthilfegruppe besuchen?

**Nein**, das müsst Ihr nicht!

Wenn dem so wäre, würde gegen Grundsätze der Selbsthilfe verstoßen.

Es kann nicht angehen, dass ein Unternehmen, wie eine Krankenkasse oder eine Klinik einen Ehrenamtler, den Organisator einer SHG, zum Erbringen einer Leistung verpflichtet und das auch noch ohne ihn zu fragen.

Es ist aber leider die billigste Lösung, um notwendig Informationsarbeit nicht selbst verrichten zu müssen

## Wann mache ich welchen Termin?

<del>Koordinator Erstgespräch</del>	<del>→</del>	<del>sofort</del>
Psychologe	→	sofort
Endokrinologe	→	am Ende des 1. Kursdrittels
Arzt-Stellungnahme	→	Doppeltermin – mache ich nach Einheit “Antrag”
Koordinator-Antrag	→	
Einzeltermin Ernährung	→	vereinbart die Dozentin mit Euch
Einzeltermin Verhalten	→	vereinbart die Dozentin mit Euch
Magenspiegelung	→	bei der OP-Planung nach Kostenzusage

## Hausaufgabe:

Bitte schickt folgende Dokumente ausgefüllt an mich:

- Einverständnis Datennutzung
- Einverständnis StuDoQ
- Anamnesefragebogen StuDoQ
- Ein Exemplar des Behandlungsvertrags

Entweder per Post an

Klinikum-Lippe  
Sekretariat Prof. Hiller  
Röntgenstraße 18  
32756 Detmold

oder per Mail an

[ralf.sann@klinikum-lippe.de](mailto:ralf.sann@klinikum-lippe.de)

Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit

Das Handout zu diesem Webinar findet Ihr unter folgender  
Webadresse:

[https://www.asl-lippe.de/zentrum/Handout\\_AblaufPlanung.pdf](https://www.asl-lippe.de/zentrum/Handout_AblaufPlanung.pdf)