

Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht

Swiss Study Group for Morbid Obesity
(SMOB)

Gültig ab: 9.11.2010

(Rev. 13.8.2008, 8.1.2009, 18.6.2009, 24.8.2009, 7.9.2009, 25.8.2010, 5.11.2010)

Publiziert in: www.smob.ch

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Definitionen	4
3. Bariatrische Operationen	5
3.1. Wirkungsmechanismen	5
3.2. Bariatrische Operationen	5
3.3. Auswahl der Operationstechnik	6
4. Voraussetzungen für eine bariatrische Operation	7
4.1. Indikationen	7
4.2. Bedingungen	7
5. Kontraindikationen für eine bariatrische Operation	8
6. Voraussetzungen für die Zertifizierung der Adipositas-Zentren	9
6.1. Grundlagen	9
6.2. Einteilung der Adipositas-Zentren	9
6.3. Adipositas-Primär-Zentrum	10
6.4. Adipositas-Referenz-Zentrum	11
7. Patientenmanagement	12
7.1. Evaluation	12
7.2. Patienteninformation / Aufklärung	12
7.3. Präoperative Abklärungen	12
7.4. Hospitalisation	13
7.5. Nachkontrollen	13
8. Qualitätssicherung	15

1. Einleitung

Übergewicht ist eines der grössten gesundheitlichen Probleme der modernen westlichen Gesellschaft und betrifft rund 1.7 Mia Personen weltweit; man spricht von einer eigentlichen Epidemie. In der Schweiz sind 37.3% der Bevölkerung übergewichtig (1992 30.3%). Die vielen Folgekrankheiten (erhöhter Blutdruck, Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfette, Herzinfarkt, Hirninfarkt u.a.) haben eine eminente sozio-ökonomische Bedeutung, da sich die Kosten des Übergewichts in der Schweiz auf 5.7 Mia CHF jährlich belaufen. Konservative Therapiemassnahmen (Diät, Medikamente, Verhaltensmassnahmen) sind langfristig in weniger als 4% erfolgreich. Die chirurgische Therapie der Adipositas ist die einzige effektive und langfristige Behandlung bezüglich Gewichtsabnahme, Beeinflussung der Folgekrankheiten und Verbesserung der Lebensqualität. Zudem wird durch eine erfolgreiche Operation das Mortalitätsrisiko erheblich gesenkt. In einer Vielzahl von Studien konnte gezeigt werden, dass die chirurgische Therapie des Übergewichts eine wirksame, sichere, zweckmässige und wirtschaftliche Behandlung darstellt. Die "Swiss Study Group for Morbid Obesity" (SMOB) hat vom Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) am 22.1.2008 den Auftrag erhalten, die folgenden Richtlinien zur operativen Behandlung von Übergewicht zu formulieren, die als Grundlage für eine Verordnungsänderung der KLV-Richtlinien zur operativen Adipositasbehandlung vom 1.1.2000 dienen.

Grundlagen zur Erarbeitung dieser Richtlinien sind die folgenden etablierten evidenzbasierten nationalen und internationalen Richtlinien und "Clinical Guidelines":

- Bariatric surgery for morbid obesity: Health implications for patients, health professionals and third-party payers. 2004 ASBS Consensus Conference Statement. Surg Obes Relat Dis 2005, 1: 371-381
- Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II. 2006, www.asemo.ch
- Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. IFSO-EC expert panel. Obes Surg 2007, 17: 260-270
- SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. Surg Endosc 2008, 22: 2281-2300
- AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. Surg Obes Relat Dis 2008, 4: S109-S184

Vorbemerkung: Der Einfachheit sowie guten Lesbarkeit halber wird meistens nur die männliche Form verwendet. Gemeint ist in jedem Fall auch das weibliche Geschlecht.

2. Definitionen

- Übergewicht/Adipositas¹
Übergewicht: Body-Mass-Index (BMI) 25.0-29.9 kg/m²; Adipositas Grad I (mässige Adipositas): BMI 30.0-34.9 kg/m²; Adipositas Grad II (schwere Adipositas): BMI 35.0-39.9 kg/m²; Adipositas Grad III (morbide Adipositas): BMI ≥ 40 kg/m²
- Bauchumfang¹
Erhöhtes Risiko für metabolisches Syndrom: Frauen >88 cm, Männer >102 cm
- Adäquate konservative Therapie^{1,2,3}
 1. Ernährungsberatung durch diplomierte Ernährungsberater/innen oder Ärztinnen/Ärzte und/oder
 2. verhaltenstherapeutische Programme inkl. Psychotherapie und/oder
 3. kalorienreduzierte Programme (Diät) und/oder
 4. bewegungstherapeutische Programme inkl. Physiotherapie und/oder
 5. medikamentöse Therapien
 6. Eine adäquate Therapie kann auch unabhängig von krankenkassenpflichtigen Leistungen/Produkten sowie ohne Unterstützung durch den Hausarzt oder einen Spezialisten durchgeführt werden (z.B. Selbstzahler).
- Zweijährig²
Ein zweijähriges Gewichtsreduktionsprogramm gilt dann als erfüllt, wenn es additiv während einer minimalen Gesamtdauer von 24 Monaten durchgeführt wurde. Diese zwei Jahre Therapiedauer können aus verschiedenen adäquaten konservativen Therapieprogrammen zusammengesetzt werden und müssen nicht ununterbrochen durchgeführt werden. Als kürzeste Therapiedauer gilt ein Monat.
- Erfolglos^{1,2}
Ein additiv während einer minimalen Gesamtdauer von zwei Jahren durchgeführtes Gewichtsreduktionsprogramm gilt dann als erfolglos, wenn in dieser Zeit kein BMI von unter 40 kg/m² oder unter 35 kg/m² (bei Co-Morbidität) erreicht und auch gehalten werden kann.

¹Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, www.asemo.ch

²Glättli A: Operative Adipositasbehandlung – Neue Fassung der Krankenpflegeleistungsverordnung (KLV). SAeZ 2005, 86: 1450-1451

³Diese Definition hat eine begrenzte Gültigkeit bis zur definitiven Festlegung durch die "Schweizerische Einigungskonferenz über Prävention und Therapie der Adipositas in allen Lebensaltern" unter der Schirmherrschaft des Forum Obesity Schweiz (FOS).

3. Bariatrische Operationen

3.1. Wirkungsmechanismen

1. Restriktion
(Eingriffe, welche die Nahrungsaufnahme limitieren)
 - Vertikale Gastroplastik (vertical banded gastroplasty, VBG)
 - Magenband (adjustable gastric banding, AGB)
 - Schlauchmagen (gastric sleeve resection)
 - Proximaler Roux-Y Magen-Bypass (gastric bypass, GBP; alimentärer Schenkel ≤ 150 cm)

2. Malabsorption
(Eingriffe, welche die Absorption von Nahrungsbestandteilen limitieren)
 - 2.1. Malabsorption für Mikronährstoffe
 - Proximaler Roux-Y Magen-Bypass (gastric bypass, GBP; alimentärer Schenkel ≤ 150 cm)
 - 2.2. Malabsorption für Makronährstoffe
 - Bilio-pankreatische Diversion (bilio-pancreatic diversion, BPD)
 - Bilio-pankreatische Diversion mit Duodenal Switch (BPD-DS)
 - Distaler Roux-Y Magen-Bypass (common channel ≤ 100 cm)

3. Entero-humoral
(Eingriffe, die langfristig via gastro-intestinale Peptide den entero-humoralen Kreislauf beeinflussen)
 - Schlauchmagen (gastric sleeve resection)
 - Proximaler Roux-Y Magen-Bypass (gastric bypass, GBP; alimentärer Schenkel ≤ 150 cm)
 - Bilio-pankreatische Diversion (bilio-pancreatic diversion, BPD)
 - Bilio-pankreatische Diversion mit Duodenal Switch (BPD-DS)
 - Distaler Roux-Y Magen-Bypass (common channel ≤ 100 cm)

3.2. Bariatrische Operationen

1. Standard-Eingriffe
 - Vertikale Gastroplastik (vertical banded gastroplasty, VBG)
 - Magenband (adjustable gastric banding, AGB)
 - Proximaler Roux-Y Magen-Bypass (gastric bypass, GBP; alimentärer Schenkel ≤ 150 cm)

2. Komplexe Standard-Eingriffe
 - Bilio-pankreatische Diversion (bilio-pancreatic diversion, BPD)
 - Bilio-pankreatische Diversion mit Duodenal Switch (BPD-DS)
 - Schlauchmagen (gastric sleeve resection)
 - Zweizeitiges Vorgehen (Ersteingriff Schlauchmagen, Zweiteingriff Duodenal Switch oder proximaler Magen-Bypass)
 - Distaler Roux-Y Magen-Bypass (common channel ≤ 100 cm)

3. Revisionseingriffe

3.3. Auswahl der Operationstechnik

Da es zum jetzigen Zeitpunkt noch zu wenige evidenz-basierte Daten zur Allokation eines bestimmten Patienten zu einer bestimmten Operationsart gibt, liegt die Indikationsstellung ausschliesslich beim operierenden Chirurgen, nach Rücksprache mit seinem interdisziplinären Adipositas-Team. Faktoren, die diesen Entscheid beeinflussen können, sind: BMI, Alter, Geschlecht, Körperfett-Verteilung, Vorliegen von Diabetes mellitus oder Dyslipidämie, Binge eating disorder, Hiatushernie, gastro-ösophageale Refluxkrankheit, tiefer IQ, Erwartungen/Präferenzen des Patienten.

Die komplexen Standard-Eingriffe sowie die Revisionseingriffe sollen nur in Adipositas-Referenz-Zentren durchgeführt werden. Wenn immer technisch möglich, sollte die laparoskopische der offenen Technik vorgezogen werden.

4. Voraussetzungen für eine bariatrische Operation

4.1. Indikationen^{1,2,3,4}

- Bei einem Body-Mass-Index (BMI) von $\geq 35 \text{ kg/m}^2$.
- Eine zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion war erfolglos (zur Definition von "zweijährig", "adäquat" und "erfolglos" siehe Punkt 2. Definitionen). Bei einem BMI von $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ ist eine Dauer von 12 Monaten ausreichend.

4.2. Bedingungen

- Durchführung der Operation in einem zertifizierten Adipositas-Zentrum, das über ein interdisziplinäres Team mit der notwendigen Erfahrung verfügt (bariatrisch tätiger Chirurg, Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie, Psychiater/Psychosomatiker, Ernährungsberaterin) und ein standardisiertes Evaluationsverfahren und Patientenmanagement inkl. Qualitätssicherung anwendet.
- Die chirurgische Therapie ist nicht als Erstlinien-Therapie anzusehen.
- Bei Kindern und Jugendlichen ist die Indikation zur Operation mit Zurückhaltung zu stellen und zwingend ein Pädiater bzw. Adoleszentenmediziner beizuziehen. Sie sollen nur in Adipositas-Referenz-Zentren operiert werden.
- Bei Patienten, die mehr als 65 Jahre alt sind, sind Operationsrisiken und Rest-Lebenserwartung aufgrund der Co-Morbiditäten abzuwägen. Sie sollen nur in Adipositas-Referenz-Zentren operiert werden.
- Verpflichtung des Patienten/der Patientin zu einer regelmässigen Nachkontrolle von mindestens 5 Jahren (schriftliche Einwilligungserklärung).

¹Consensus sur le traitement de l'obésité en Suisse II, 2006, www.asemo.ch

²Interdisciplinary European guidelines for surgery for severe (morbid) obesity. IFSO-EC expert panel. *Obes Surg* 2007, 17: 260-270

³SAGES guidelines committee: SAGES guideline for clinical application of laparoscopic bariatric surgery. *Surg Endosc* 2008, 22: 2281-2300

⁴AACE/TOS/ASMBS medical guidelines for clinical practice for the perioperative nutritional, metabolic and nonsurgical support of the bariatric surgery patient. *Surg Obes Relat Dis* 2008, 4: S109-S184

5. Kontraindikationen für eine bariatrische Operation

- fehlende zweijährige adäquate Therapie zur Gewichtsreduktion (resp. weniger als ein Jahr dauernd bei einem BMI von $\geq 50 \text{ kg/m}^2$)
- ausgeprägte Niereninsuffizienz (Kreatinin $\geq 300 \text{ } \mu\text{mol/l}$) ohne Nierenersatztherapie
- Koronare Herzkrankheit (instabile Angina pectoris; Status nach kürzlichem Herzinfarkt, d.h. weniger als 3 Monate), Ausschluss nur nach kardiologischer und/oder anästhesiologischer Beurteilung
- Leberzirrhose Child B/C
- Morbus Crohn, allfälliger Einschluss nach Rücksprache mit behandelndem Gastroenterologen
- Status nach Lungenembolie innerhalb 6 Monaten nach Ereignis
- Krebspatienten (nicht kontrolliert oder in Remission innerhalb von 2 Jahren nach Diagnose/Therapie), allfälliger Einschluss nach onkologischem Konsilium
- ernsthaftes, nicht auf das Übergewicht zurückzuführendes, behandlungsbedürftiges psychisches Leiden, das in den letzten zwei Jahren zu rezidivierenden Dekompensationen geführt hat
- chronischer Substanzabusus
- mangelnde Compliance (versäumte Termine, Unfähigkeit zu kooperieren, Mangel an Urteilsfähigkeit, Krankheitskonzepte ausserhalb allgemein nachvollziehbarer Inhalte)
- von Facharzt bestätigter Mangel an Einsichtigkeit in die Auflagen und Bedingungen für post-operative Therapien (Nachkontrollen, Substitution)

6. Voraussetzungen für die Zertifizierung der Adipositas-Zentren

Gemäss der "Verordnung über Leistungen in der obligatorischen Grundversicherung" (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) verfügt das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI), dass Indikation und Durchführung der bariatrisch chirurgischen Interventionen ab dem 1.1.2011 in qualifizierten Adipositas-Zentren gemäss den Richtlinien der SMOB zu erfolgen haben.

6.1. Grundlagen

- Da es in der bariatrischen Chirurgie keine allgemein gültigen Behandlungsalgorithmen gibt, können die vorliegenden Richtlinien den verantwortlichen Zentren lediglich als Hilfestellung dienen für die Ausarbeitung eines einheitlichen Therapieplans (vgl. Kap. 7, Richtlinien zum Patientenmanagement).
- Qualifizierte Zentren müssen über ein interdisziplinäres Team verfügen, das nicht nur die Durchführung der bariatrischen Eingriffe beinhaltet, sondern auch die entsprechenden Vorabklärungen zur Indikationsstellung zum operativen Eingriff und die langfristigen Nachkontrollen der Patienten (metabole Parameter, Mangelernährung, psychologische Betreuung, radiologische Diagnostik).
- Zusammensetzung des interdisziplinären Teams: bariatrisch tätiger Chirurg, Facharzt für Innere Medizin/Endokrinologie, Psychiater/Psychosomatiker, Ernährungsberaterin. Assoziierte Spezialisten: Anästhesist, Gastroenterologe, plastischer Chirurg, Radiologe, Physiotherapeutin, Sozialarbeiterin.
- Personal für alle Aspekte der Therapie von bariatrisch chirurgischen Patienten muss während des ganzen Kalenderjahres verfügbar sein.
- Verfügbarkeit eines 24-Std.-Notfalldienstes.
- Verpflichtung zur Einhaltung eines einheitlichen Therapieplans (Patientenmanagement).
- Verpflichtung zur prospektiven Falldokumentation mithilfe des AQC-Datensatzes durch die leistungserbringenden Zentren.
- Dokumentierte Nachkontroll-Rate durch Mitglieder des interdisziplinären Teams von $\geq 75\%$ über 5 Jahre.

6.2. Einteilung der Adipositas-Zentren

- Es werden zwei verschiedene Arten von Adipositas-Zentren mit unterschiedlichem Anforderungsprofil unterschieden (Adipositas-Primär-Zentren und Adipositas-Referenz-Zentren).

- Anträge für die Bezeichnung von bisher tätigen Zentren sowie von neuen Zentren, die mit der bariatrischen Chirurgie beginnen, als Adipositas-Primär-Zentrum oder Adipositas-Referenz-Zentrum, sind an den Vorstand der SMOB zu richten.
- Eine Überprüfung der Anträge und der entsprechenden Kriterien zur Einteilung der Adipositas-Zentren geht zu Lasten der einzelnen Zentren und wird im Auftrag des BAG durch den Vorstand der SMOB durchgeführt.
- Eine Liste der von der SMOB bezeichneten Adipositas-Zentren zur operativen Adipositasbehandlung, die sämtliche Voraussetzungen erfüllen, wird vom BAG via Web-link veröffentlicht (Register Bariatrische Chirurgie). Diese Liste gilt ab dem 1.1.2011 und wird regelmässig aktualisiert.
- Bis zur definitiven Bezeichnung der aktuell zugelassenen Zentren gilt eine Übergangsfrist von zwei Jahren ab Einführung dieser Regelung.

6.3. Adipositas-Primär-Zentrum

- Erfüllung sämtlicher unter Punkt 6.1. erwähnten Kriterien.
- Zugelassene Eingriffe: Nur Standard-Eingriffe wie unter Punkt 3.2.1.: Vertikale Gastroplastik (vertical banded gastroplasty, VBG), Magenband (adjustable gastric banding, AGB), proximaler Roux-Y Magen-Bypass (gastric bypass, GBP; alimentärer Schenkel ≤ 150 cm)
- Eingriffe bei einem BMI von < 50 kg/m²
- keine Eingriffe bei Kindern/Adoleszenten (< 18 Jahre)
- keine Eingriffe bei Patienten > 65 Jahre
- keine Revisionseingriffe
- Der Leiter des Adipositasprogramms muss über mindestens 2 Jahre Erfahrung in der bariatrischen Chirurgie verfügen.
- Die Anzahl an kumulativ durchgeführten bariatrisch-chirurgischen Eingriffen beträgt für den Leiter des Programms mindestens 50.
- Mindestfallzahl pro Jahr: 25 Eingriffe
[In der Übergangsfrist vom 1.1.2011 bis am 31.12.2012 genügen 12 Eingriffe (1 Chirurg)]
- Eine Zusammenarbeit mit einem Adipositas-Referenz-Zentrum zur Durchführung weiterer Eingriffe ist im Rahmen einer Netzwerk-Strategie wünschenswert.

6.4. Adipositas-Referenz-Zentrum

- Erfüllung sämtlicher unter Punkt 6.1. erwähnten Kriterien.
- Zugelassene Eingriffe: Alle unter Punkt 3.2. aufgeführten Eingriffe
- Durchführung von Risiko-Eingriffen (BMI von $\geq 50 \text{ kg/m}^2$)
- Durchführung von speziellen Eingriffen (Revisionseingriffe)
- Eingriffe bei Kindern/Adoleszenten (< 18 Jahre)
- Eingriffe bei Patienten > 65 Jahre
- Der Leiter des Adipositasprogramms muss über mindestens 5 Jahre Erfahrung in der bariatrischen Chirurgie verfügen.
- Die Anzahl an kumulativ durchgeführten bariatrisch-chirurgischen Eingriffen beträgt für den Leiter des Programms mindestens 200.
- Mindestfallzahl pro Jahr: 50 Eingriffe
[In der Übergangsfrist vom 1.1.2011 bis am 31.12.2012 genügen 20 Eingriffe (1 Chirurg), resp. 30 Eingriffe (2 Chirurgen)]
- Eine Zusammenarbeit mit einem oder mehreren Adipositas-Primär-Zentren ist im Rahmen einer Netzwerk-Strategie wünschenswert.

7. Patientenmanagement

7.1. Evaluation

- Die Indikation zur operativen Therapie wird nach einem standardisierten interdisziplinären Assessment gestellt (präoperative Abklärungen, Indikationen/Kontraindikationen). Das Kern-Team beinhaltet die entsprechenden Spezialisten wie unter Punkt 4.2. beschrieben.

7.2. Patienteninformation/Aufklärung

- Abgabe einer schriftlichen Dokumentation an den Patienten betreffend Art des Eingriffs, mögliche Komplikationen, die Veränderungen im postoperativen Essverhalten und die Organisation der Nachkontrollen
- schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten (written informed consent) im Wissen um Vor- und Nachteile sowie Risiken und Langzeitverlauf des operativen Eingriffs
- Einhalten einer mindestens 3-monatigen Bedenkfrist von der ersten Konsultation bis zum Eingriff
- Verpflichtung des Patienten/der Patientin zu einer regelmässigen Nachkontrolle von mindestens 5 Jahren (schriftliche Einwilligungserklärung)

7.3. Präoperative Abklärungen

1. Minimal

- Routine-Untersuchungen wie vor anderen "grossen" Abdominaleingriffen (Anamnese, Status, Labor, Rö-Thorax, EKG, Sonographie)
- Abklärungen zum gegenwärtigen Gesundheits- und Ernährungszustand (Co-Morbidität)
- Ernährungsberatung: Ernährungsgewohnheiten, Esstyp, Information zu Veränderungen im Essverhalten postoperativ
- Psychiatrisches/psychosomatisches Konsilium
- gastro-ösophagealer Übergang: Oesophago-Gastro-Duodenoskopie inkl. *Helicobacter pylori*
- Optimierung in der Therapie der Begleiterkrankungen zur Risikoverminderung des Eingriffs

2. Optional

- anästhesiologisches Risiko: Belastungs-EKG, Lungenfunktion, nächtliche Pulsoxymetrie

3. Fakultativ

- Echokardiographie
- Abklärung Schlafapnoe (Schlafapnoe- und Adipositas-Hypoventilations-Syndrom)
- Körper-Fettmasse (Impedanz-Analyseverfahren, DEXA), Knochendensitometrie (DEXA), Energiemessungen (indirekte Kalorimetrie, SenseWear Armband)
- komplexe Laboruntersuchungen (Leptin, Ghrelin, GLP-1, PYY, GIP, u.a.)

7.4. Hospitalisation

- Früh-Mobilisation, Physiotherapie
- Ernährungsberatung: Kostaufbau, Veränderungen im langfristigen Essverhalten
- Medikation: Thromboembolieprophylaxe, Vitaminsubstitution
- Termine für Nachsorge organisiert

7.5. Nachkontrollen

- Verpflichtung des Patienten/der Patientin zu einer regelmässigen Nachkontrolle von mindestens 5 Jahren (schriftliche Einwilligungserklärung)
- Verhindern von Mangelzuständen sowohl in der Phase der raschen Gewichtsabnahme wie in der Stabilisationsphase (Vitamine, Proteine, Calcium, Eisen, Zink)
- Adaptation der Therapie der gewichtsbedingten oder –assoziierten Co-Morbiditäten (Hypertonie, Diabetes mellitus)
- Medikamente: Multivitaminpräparat (inkl. Mineralien und Spurenelemente) langfristig bei Magenband und proximalem Magen-Bypass, lebenslang bei malabsorptiven Eingriffen
- Regelmässige (jährliche) Laborkontrollen, dazu können zählen: Hämatologie (Blutbild), Gerinnung (INR), Chemie (Elektrolyte, Leberwerte, Nierenfunktion, Albumin, Gluc, HbA1c), Fe-Status (Fe, Ferritin), Lipidstatus, Hormone (TSH, PTH), Vitaminstatus

1. Restriktive Eingriffe

- Bandfüllungen beim Magenband durch ein Mitglied des Adipositas-Teams gemäss dem individuellen Gewichtsverlust des Patienten, der Adaptation an den restriktiven Effekt sowie abhängig vom Typ des implantierten Bandes
- Magenband, vertikale Gastroplastik und Schlauchmagen: Nachkontrollen nach 1,3,6,9 und 12 Monaten, anschliessend jährlich

2. Proximaler Magen-Bypass

- Nachkontrollen nach 1,3,6,(9),12,18 und 24 Monaten, anschliessend jährlich

3. Malabsorptive Eingriffe

- Bilio-pankreatische Diversion mit/ohne Duodenal Switch und Magen-Bypass distal: Nachkontrollen nach 1,3,6,9,12,18 und 24 Monaten, anschliessend halb-jährlich

8. Qualitätssicherung

- Die Qualitätssicherung ist Aufgabe der einzelnen leistungserbringenden Zentren.
- Verpflichtung der leistungserbringenden zertifizierten Adipositas-Zentren, Abklärung, Behandlung und Nachkontrollen gemäss den Richtlinien der SMOB durchzuführen.
- Erfüllung der unter Punkt 6. erwähnten Voraussetzungen für die Zertifizierung.
- Verpflichtung zur prospektiven Erfassung der Patientendaten durch die leistungserbringenden Zentren mithilfe des Datensatzes der AQC (Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der Chirurgie).
- Verpflichtung des behandelnden Teams zu einer möglichst lückenlosen Nachkontrolle durch das Schaffen der nötigen Strukturen.
- Dokumentierte Nachkontroll-Rate durch Mitglieder des interdisziplinären Teams von $\geq 75\%$ über 5 Jahre.