**Akkreditierungs-Fragebogen für bariatrische Zentren**

1. **Vollständiger Name und Adresse des Zentrums (1 Fragebogen pro Zentrum)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

**Name und Adresse des Zentrumsverantwortlichen (Kontaktperson)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

**Name und Adresse der administrativen Klinikleitung**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **e-mail** |

1. **Informationen zu den Mitgliedern des pluridisziplinären bariatrischen Teams  
   (Namen und Adressen, bariatrische Erfahrung)**
2. Verantwortlicher Chirurge :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

Gesamtzahl der durchgeführten Eingriffe ……………

Ausgeführte Techniken VBG Ja / Nein

Gastric Banding Ja / Nein

Gastric Bypass Ja / Nein

Sleeve Gastrectomy Ja / Nein

BPD / BPD-DS Ja / Nein

Reoperationen Ja / Nein

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

Bariatrische Ausbildung: Während allgemeiner Ausbildung Ja / Nein

Kurse / Workshops Ja / Nein

Selbstausbildung Ja / Nein

Kongresse IFSO / ASMBS Ja / Nein

Stage in spezialisiertem Zentrum Ja / Nein

1. Selbständiger Chirurge No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

Gesamtzahl der durchgeführten Eingriffe ……………

Ausgeführte Techniken VBG Ja / Nein

Gastric Banding Ja / Nein

Galstric Bypass Ja / Nein

Sleeve Gastrectomy Ja / Nein

BPD / BPD-DS Ja / Nein

Reoperationen Ja / Nein

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

Bariatrische Ausbildung: Während allgemeiner Ausbildung Ja / Nein

Kurse / Workshops Ja / Nein

Selbstausbildung Ja / Nein

Kongresse IFSO / ASMBS Ja / Nein

Stage in spezialisiertem Zentrum Ja / Nein

1. Selbständiger Chirurge No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

Gesamtzahl der durchgeführten Eingriffe ……………

Ausgeführte Techniken VBG Ja / Nein

Gastric Banding Ja / Nein

Galstric Bypass Ja / Nein

Sleeve Gastrectomy Ja / Nein

BPD / BPD-DS Ja / Nein

Reoperationen Ja / Nein

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

Bariatrische Ausbildung: Während allgemeiner Ausbildung Ja / Nein

Kurse / Workshops Ja / Nein

Selbstausbildung Ja / Nein

Kongresse IFSO / ASMBS Ja / Nein

Stage in spezialisiertem Zentrum Ja / Nein

1. Selbständiger Chirurge No 4 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

Gesamtzahl der durchgeführten Eingriffe ……………

Ausgeführte Techniken VBG Ja / Nein

Gastric Banding Ja / Nein

Galstric Bypass Ja / Nein

Sleeve Gastrectomy Ja / Nein

BPD / BPD-DS Ja / Nein

Reoperationen Ja / Nein

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

Bariatrische Ausbildung: Während allgemeiner Ausbildung Ja / Nein

Kurse / Workshops Ja / Nein

Selbstausbildung Ja / Nein

Kongresse IFSO / ASMBS Ja / Nein

Stage in spezialisiertem Zentrum Ja / Nein

1. Verantwortlicher Internist/Endokrinologe/Bariater :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Internist/Endokrinologe/Bariater No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Internist/Endokrinologe/Bariater No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Verantwortlicher Psychiater/Psychologe :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Psychiater/Psychologe No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Psychiater/Psychologe No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Ernährungsberaterin No 1 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Ernährungsberaterin No 2 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Ernährungsberaterin No 3 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. Ernährungsberaterin No 4 :

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
| e-mail : |

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren) ……………

SMOB-Mitglied ? Ja / Nein

1. **Informationen zur präoperativen Patienten-Evaluation**
2. Präoperative Evaluation

Beschreiben Sie anhand der untenstehenden Tabelle die präoperativen Evaluationsschritte, die an Ihrem Zentrum ausgeführt werden. Präzisieren Sie welche Untersuchungen obligat sind (d.h. für jeden Patienten) und welche fakultativ bzw. optional sind (gem. medizinische SMOB-Richtlinien 7.3). Im Falle einer fakultativen oder optionalen Untersuchung beschreiben Sie Ihre Indikationsgründe.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Evaluationen** | **Ja** | **Nein** | **Optional** |
| Routineuntersuchungen wie für alle grösseren Abdominaleingriffe (Anamnese, klinische Untersuchung, Labor, Andere (Rx, EKG, ec.)) |  |  |  |
| Detaillierte Untersuchungen zum aktuellen Gesundheits- und Ernährungszustand (Co-Morbiditäten) |  |  |  |
| Ernährungsberatung : Ernährungsgewohnheiten, Nahrungsauswahl, Essverhalten, Vorinformationen zu den Veränderungen nach dem Eingriff |  |  |  |
| Psychiatrische/psychologische Abklärung |  |  |  |
| Gastroenterologische Abklärungen : Panendoskopie, Suche nach Helicobacter |  |  |  |
| Optimierung der Therapie koexistierender Erkrankungen und des Ernährungszustandes |  |  |  |
| Anderes : |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Optionale Untersuchungen (gem. SMOB-Richtlinien)** | **Indikation** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Diskussion jedes Falles im pluridisziplinären Team Ja / Nein

Nur spezielle Fälle werden im Team diskutiert Ja / Nein

Kein Fall wird pluridisziplinär diskutiert Ja / Nein

1. Operationsvorbereitung

Bieten Sie den bariatrischen Patienten im Hinblick auf einen eventuellen bariatrischen Eingriff, ausserhalb der medizinischen Evaluation, eine spezielle Vorbereitung auf den bevorstehenden Eingriff an ?

Ja / Nein

Falls ja, worin besteht diese Vorbereitung ?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Wird den Patienten im Rahmen dieser Vorbereitung systematisch eine schriftliche Dokumentation mit Erklärungen abgegeben ?

Ja / Nein

Bieten Sie Patienten mit einer Ess-Störung im Allgemeinen präoperative Massnahmen an, falls diese Störungen das Operationsresultat negativ beeinflussen könnten ? (Falls ja, legen Sie bitte allfällig verwendete Fragebogen und andere Dokumente für die Patienten bei)

Ja / Nein

Falls ja, welcher Art ?

Pharmakotherapie Ja / Nein

Verhaltenstherapie Ja / Nein

Gruppentherapie Ja / Nein

Lassen Sie Ihre Patienten eine Einwilligungserklärung zur Operation unterzeichnen ?

Ja / Nein

Lassen Sie Ihre Patienten eine Vereinbarung für die postoperativen Nachkontrollen unterzeichnen?

Ja / Nein

1. **Chirurgische Massnahmen**
2. Welche primären Interventionstechniken bieten Sie Ihren Patienten an ?

Vertikale Gastoplastie (VBG) Ja / Nein

Gastric Banding (LAGB) Ja / Nein

Sleeve Gastrectomy (SG) Ja / Nein

Proximaler Gastric Bypass (pLRYGB) Ja / Nein

Distaler Gastric Bypass (dLRYGB) Ja / Nein

BPD nach Scopinaro Ja / Nein

BPD-DS Ja / Nein

Zweizeitige Interventionen Ja / Nein

Grössere Reinterventionen Ja / Nein

1. Welches ist in Ihrer täglichen Arbeit das am häufigsten vorgeschlagene Verfahren ?

|  |
| --- |
|  |

1. Benutzen Sie einen Entscheidungs-Algorythmus für den individuellen Patenten zur Ermittlung des geeignetsten Operationsverfahrens ?

Ja / Nein

1. **Postoperative Nachbetreuung**
2. In welcher Form nehmen die Mitglieder des multidisziplären Teams an der Nachbetreuung der Patienten teil ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Teilnahme | immer | In speziellen Fällen |
|  | Ja / Nein | Ja / Nein | Ja / Nein |
| Bariatrischer Chirurge |  |  |  |
| Internist |  |  |  |
| Ernährungsberatung |  |  |  |
| Psychiater/Psychologe |  |  |  |
| Plastischer Chirurge |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. In welchen Abständen sehen Sie Ihre Patienten postoperativ?

|  |  |
| --- | --- |
| Zeitabschnitt | Häufigkeit und Art der Kontrolle |
| 1. Semester |  |
| 2. Semester |  |
| 2. Jahr |  |
| 3. Jahr |  |
| 4. Jahr |  |
| 5. Jahr |  |
| Nach dem 5. Jahr |  |

Gibt es eine zeitliche Limite nach der Sie die systematische Nachkontrolle an einen Grundversorger delegieren ?

Ja / Nein

1. Welche Haltung nehmen Sie gegenüber Patienten ein, die nicht mehr zur vorgesehenen Nachkontrolle erscheinen?

Sie warten ab Ja / Nein

Sie kontaktieren den Patienten und vereinbaren einen neuen Termin Ja / Nein

Sie insistieren bei wiederholt ausfallenden Nachkontroll-Aufforderungen Ja / Nein

1. Angebote während der Vorbereitungen und in der Nachsorge

Bieten Sie vor der Operation und/oder postoperativ eine Aktivitätsprogramm oder Physiotherapie an?

Ja / Nein

Bieten Sie die Möglichkeit zum Anschluss an eine Selbsthilfegruppe an ?

Ja / Nein

1. **Klinikinterne Leistungsangebote**
2. Allgemeine Klinikeinrichtungen

Verfügt Ihr Zentrum über :

Intensivstation? Ja / Nein

SGI-anerkannte Intensivstation ? Ja / Nein

Ständiges Pflegeangebot ? Ja / Nein

Radiologischer Dienst während 24h/7 Ja / Nein

CT- oder MRI-Angebot 24h/7 Ja / Nein

Dienst / Notfallstation 24h/7 ? Ja / Nein

1. Allgemeine Adipositasbehandlungen

Angebote zur konservativen Adipositasbehandlung Ja / Nein

Fall ja, beinhaltend:

Individualtherapie Ja / Nein

Gruppentherapie Ja / Nein

Pharmakotherapie Ja / Nein

Physiotherapie/MTT Ja / Nein

1. **Gesamterfahrungen Ihres Zentrums**

Geben Sie an, wieviele Eingriffe im Laufe der letzten 5 Jahre an Ihrem Zentrum von allen operativ tätigen Chirurgen gesamthaft ausgeführt wurden (beziehen Sie sich dabei auf die Definitionen der Interventionstypen gemäss den medizinischen SMOB-Richtlinien):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Interventionstyp** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** | **20..** |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |
| Vertikale Gastroplastie |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |
| Proximaler Gastric Bypass |  |  |  |  |  |  |
| Distaler Gstric Bypass |  |  |  |  |  |  |
| BPD nach Scopinaro |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |
| Patientenzahl für 2-zeitiges Verfahren (auch wenn der 2. Eingriff noch nicht ausgeführt wurde) |  |  |  |  |  |  |
| Grössere bariatrische Reoperationen (Verfahrenswechsel) |  |  |  |  |  |  |

Herzlichen Dank für weitere Angaben für jeden einzelnen Chirurgen Ihres Teams:

Zentrumsverantwortlicher Chirurge : Dr …………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventionstyp | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | Gesamt |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Vertikale Gastroplastie |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Proximaler Gastric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| Distaler Gstric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD nach Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Patientenzahl für 2-zeitiges Verfahreb (auch wenn der 2. Eingriff noch nicht ausgeführt wurde) |  |  |  |  |  |  |  |
| Grössere bariatrische Reoperationen (Verfahrenswechsel) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurge No 2 : Dr ………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventionstyp | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | Gesamt |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Vertikale Gastroplastie |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Proximaler Gastric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| Distaler Gstric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD nach Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Patientenzahl für 2-zeitiges Verfahreb (auch wenn der 2. Eingriff noch nicht ausgeführt wurde) |  |  |  |  |  |  |  |
| Grössere bariatrische Reoperationen (Verfahrenswechsel) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurge No 3 : Dr…………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventionstyp | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | Gesamt |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Vertikale Gastroplastie |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Proximaler Gastric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| Distaler Gstric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD nach Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Patientenzahl für 2-zeitiges Verfahreb (auch wenn der 2. Eingriff noch nicht ausgeführt wurde) |  |  |  |  |  |  |  |
| Grössere bariatrische Reoperationen (Verfahrenswechsel) |  |  |  |  |  |  |  |

Chirurge No 4 : Dr…………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventionstyp | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | 20.. | Gesamt |
| Gastric Banding |  |  |  |  |  |  |  |
| Vertikale Gastroplastie |  |  |  |  |  |  |  |
| Sleeve Gastrectomy |  |  |  |  |  |  |  |
| Proximaler Gastric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| Distaler Gstric Bypass |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD nach Scopinaro |  |  |  |  |  |  |  |
| BPD-DS |  |  |  |  |  |  |  |
| Patientenzahl für 2-zeitiges Verfahreb (auch wenn der 2. Eingriff noch nicht ausgeführt wurde) |  |  |  |  |  |  |  |
| Grössere bariatrische Reoperationen (Verfahrenswechsel) |  |  |  |  |  |  |  |

Falls Sie an Ihrem Zentrum noch keine bariatrischen Interventionen durchgeführt haben (Beginn der bariatrischen Aktivitäten) rechnen Sie mit welcher Anzahl bariatrischer Operationen im ersten Tätigkeitsjahr?

………. Fälle / Jahr

1. **Bereitschaft zur Datenerfassung mit AQC**

Im Rahmen des Programmes zur Qualitätssicherung, setzen wir uns dafür ein, dass alle erforderlichen Daten jedes an unserem Zentrum operierten Patienten durch den AQC-Datensatz erfasst werden und diese zu Kontrollzwecken dem SMOB-Vorstand zugänglich sind.

Ja / Nein

Ort und Datum :

Verantwortlicher Chirurge Verantwortlicher Internist Verantwortlicher Administrator

(Unterschrift) (Unterschrift) (Unterschrift)