



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

2. Informationen zu den Mitgliedern des pluridisziplinären bariatrischen Teams (Namen und Adressen, bariatrische Erfahrung)

A. Verantwortlicher Chirurg :

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

B. Selbständiger Chirurg 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

C. Selbständiger Chirurg 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

D. Selbständiger Chirurg 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

E. Verantwortlicher Internist/Endokrinologe/Bariater :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

F. Internist/Endokrinologe/Bariater No 2 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

G. Internist/Endokrinologe/Bariater No 3 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

H. Verantwortlicher Psychiater/Psychologe :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

I. Psychiater/Psychologe No 2 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

J. Psychiater/Psychologe No 3 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

K. Ernährungsberaterin No 1 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

L. Ernährungsberaterin No 2 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

M. Ernährungsberaterin No 3 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

N. Ernährungsberaterin No 4 :

e-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahren)

.....

SMOB-Mitglied ?

Ja / Nein

3. Informationen zur präoperativen Patienten-Evaluation

A. 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

B. 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

4. Chirurgische Massnahmen

C. 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

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

E. Benutzen Sie einen Entscheidungs-Algorithmus für den individuellen Patienten zur Ermittlung des geeignetsten Operationsverfahrens ?

Ja / Nein

5. Postoperative Nachbetreuung

A. In welcher Form nehmen die Mitglieder des multidisziplinären Teams an der Nachbetreuung der Patienten teil ?

	Teilnahme	immer	In speziellen Fällen
	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein
Bariatrischer Chirurgie			
Internist			
Ernährungsberatung			
Psychiater/Psychologe			
Plastischer Chirurgie			

B. 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

C. 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

D. 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

6. Klinikinterne Leistungsangebote

A. 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

B. Allgemeine Adipositasbehandlungen

Angebote zur konservativen Adipositasbehandlung Ja / Nein

Fall ja, beinhaltend:

Individualtherapie	Ja / Nein
Gruppentherapie	Ja / Nein
Pharmakotherapie	Ja / Nein
Physiotherapie/MTT	Ja / Nein

7. 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 Chirurg : 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 Verfahren (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

8. 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 Chirurg
(Unterschrift)

Verantwortlicher Internist
(Unterschrift)

Verantwortlicher Administrator
(Unterschrift)