

B. Chirurg No 2 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)	
Anzahl der bisher durchgeführten Operationen	
Operationsverfahren	VBG	Ja / Nein
	Magenband	Ja / Nein
	Magenbypass	Ja / Nein
	Sleeve gastrectomy	Ja / Nein
	BPD / BPD-DS	Ja / Nein
	Re-Operationen	Ja / Nein
SMOB Mitgliedschaft		Ja / Nein
Bariatrische Ausbildung:	Während der allg. Ausbildung	Ja / Nein
	Kurse / Workshops	Ja / Nein
	Selbst	Ja / Nein
	IFSO / ASMBS - Kongresse	Ja / Nein
	Studienaufenthalt in spez. Zentrum	Ja / Nein

C. Chirurg No 3 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)	
Anzahl der bisher durchgeführten Operationen	
Operationsverfahren	VBG	Ja / Nein
	Magenband	Ja / Nein
	Magenbypass	Ja / Nein
	Sleeve gastrectomy	Ja / Nein
	BPD / BPD-DS	Ja / Nein
	Re-Operationen	Ja / Nein
SMOB Mitgliedschaft		Ja / Nein
Bariatrische Ausbildung:	Während der allg. Ausbildung	Ja / Nein

Kurse / Workshops	Ja / Nein
Selbst	Ja / Nein
IFSO / ASMBS - Kongresse	Ja / Nein
Studienaufenthalt in spez. Zentrum	Ja / Nein

D. Verantwortlicher Internist/Endokrinologe :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

E. Internist/Endokrinologe No 2 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

F. Internist/Endokrinologe No 3 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

G. Verantwortlicher Psychiater/Psychologe :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

H. Psychiater/Psychologe No 2 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

I. Psychiater/Psychologe No 3 :

E-mail :

Bariatrische Erfahrung seit (Jahre)

.....

SMOB Mitgliedschaft

Ja / Nein

J. Verantwortliche Fachperson Ernährungsberatung No 1

E-mail :

K. Fachperson Ernährungsberatung No 2

E-mail :

L. Fachperson Ernährungsberatung No 3

E-mail :

M. Fachperson Ernährungsberatung No 4

E-mail :

3. Informationen zur präoperativen Evaluation der bariatrischen Kandidaten

A. Präoperative Evaluation

Beschreiben Sie auf folgender Tabelle das an Ihrem Zentrum gebräuchliche Abklärungsprotokoll. Präzisieren Sie bitte welche Schritte obligatorisch sind und damit jeden Kandidaten betreffen und welche Abklärungen fakultativ oder optional erfolgen (Siehe SMOB-Guidelines 7.3.1). Im Falle fakultativer Abklärungen geben Sie bitte an, welche Gründe Sie dazu bewegen, die Indikation dazu zu stellen.

Obligatorische Untersuchungen (gemäss SMOB-Guidelines)	Ja	Nein
Untersuchungen wie für jeden anderen, grossen abdominalen Eingriff (Anamnese, klinische Untersuchung, Labor, andere indizierte Tests (Röntgen, EKG, ...))		
Untersuchungen zum Gesundheitszustand allgemein und zum nutritionellen Zustand (Co-Morbiditäten)		
Ernährungsberatung : Ernährungsgewohnheiten, Nahrungsmittelwahl , Essverhalten, Informationen zur postoperativen Notwendigkeit der Ernährungsumstellung		
Psychiatrische/psycho-soziale Evaluation		
Gastro-enterologische Evaluation : obere Panendoskopie, Suche und Therapie von Helicobacter pylori		
Präoperative Therapie-Optimierung allgemeiner Erkrankungen oder nutritioneller Defizite		
Anderes :		

Fakultative Zusatzuntersuchungen (gemäss SMOB)	Indikation

Jeder Kandidat wird im multidisziplinären Team besprochen

Ja / Nein

Nur spezielle Fälle werden gemeinsam diskutiert

Ja / Nein

Die Kandidaten werden gar nicht im Team besprochen

Ja / Nein

B. Operationsvorbereitung

Bieten Sie Ihren Patienten, ausserhalb der bariatrischen Evaluation im Hinblick auf einen möglichen Eingriff, spezielle Vorbereitungsmöglichkeiten für den operativen Eingriff an ?

Ja / Nein

Falls ja, worin bestehen diese Vorbereitungen ?

Geben Sie Ihren Kandidaten im Rahmen der Vorbereitungen erklärende Dokumente ab ?

Ja / Nein

Offerieren Sie Kandidaten, die an einer Ess-Störung leiden, die das Operationsresultat gefährden könnte, eine präoperative Massnahme ?

Ja / Nein

Falls ja, welcher Art ?

Pharmakotherapie	Ja / Nein
Verhaltenstherapie	Ja / Nein
Psychotherapie im Einzelsetting	Ja / Nein
Im Gruppen-Setting	Ja / Nein

Verlangen Sie von Ihren Kandidaten eine Unterschrift zur Operation (informed consent) ?

Ja / Nein

Verlangen Sie von Ihren Kandidaten eine schriftliche Bereitschaftserklärung für die postoperativen Nachkontrolluntersuchungen ?

Ja / Nein

4. Operative Aktivitäten

C. Welche primären Verfahrenstechniken bieten Sie Ihren Kandidaten an ?

Vertically banded Gastroplasty	Ja / Nein
Gastric Banding	Ja / Nein
Sleeve Gastrectomy	Ja / Nein
Proximaler Gastric Bypass	Ja / Nein
Distaler Gastric Bypass	Ja / Nein
BPD nach Scopinaro	Ja / Nein
BPD-DS	Ja / Nein
Zweizeitige Interventionen	Ja / Nein
Re-Do-Operationen	Ja / Nein

D. Welche Operation stellt für Sie die am häufigsten eingesetzte Verfahrenstechnik, gemäss Ihrer Erfahrung, dar ?

E. Haben Sie einen eigenen Entscheidungs-Algorithmus nach dem Sie Ihren Kandidaten ein bestimmtes Verfahren empfehlen ?

Ja / Nein

5. Postoperative Kontrollen

A. Inwieweit beteiligen sich die Mitglieder Ihres bariatrischen Teams an den Nachkontrollen ?

Mitglieder	Mitarbeit	Systematisch	Auf Verlangen
	Ja / Nein	Ja / Nein	Ja / Nein
Chirurgen			
Internist			
Ernährungsberatung			
Psychiater/Psychologe			
Plastischer Chirurg			

B. Wie häufig kontrollieren Sie Ihre Patienten postoperativ nach ?

Periode	Häufigkeit der Konsultationen
1. Semester	
2. Semester	
2. Jahr	
3. Jahr	
4. Jahr	
5. Jahr	
Nach 5. Jahr	

Gibt es für Sie eine obere Zeitlimite, nach der Sie die weiteren Kontrollen an den Hausarzt delegieren ?

Ja / Nein

C. Wie verhalten Sie sich gegenüber Patienten, die nicht zu den vorgesehenen Nachkontrollen erscheinen ?

Abwartend Ja / Nein

Kontaktaufnahme mit dem Patienten und Vereinbarung eines neuen Termins Ja / Nein

Insistieren Sie auf eine Nachkontrolle, wenn die Patienten wieder nicht kommen Ja / Nein

D. Patientenangebote vor und nach einer Operation

Bieten Sie Ihren Patienten ein Aktivitäts-, oder Physiotherapieprogramm an ?

Ja / Nein

Bieten Sie Ihren Patienten postoperativ die Unterstützung durch eine Selbsthilfegruppe an ?

Ja / Nein

6. Klinikangebote

A. Allgemeine Infrastrukturen der Klinik

Ihre Klinik verfügt über :

Intensivstation ?	Ja / Nein
Aufwach-/Intermediate Care Abteilung ?	Ja / Nein
Eine Radiologieabteilung mit 24h Dienst mit CT während 24h	Ja / Nein
Notfallstation während 24h ?	Ja / Nein

B. Allgemeine Aspekte zur Therapie der Adipositas

Gibt es Zentrumsstrukturen für die konservative Behandlung Ja / Nein

Falls ja, welche :

Individuelle Ernährungstherapie	Ja / Nein
Gruppen Ernährungstherapie	Ja / Nein
Psychologische Begleitung	Ja / Nein
Pharmakotherapie	Ja / Nein
Physiotherapie/Sporttherapie	Ja / Nein

7. Gesamterfahrungen Ihres Zentrums

Beschreiben Sie bitte, wieviele Eingriffe an Ihrem Zentrum im Verlaufe der vergangenen 5 Jahre von allen beteiligten Operateuren gesamthaft durchgeführt worden sind. (Bitte halten Sie sich dabei an die genauen Definitionen gemäss den SMOB-Guidelines):

Operationsverfahren	2006	2007	2008	2009	2010
Gastric Banding					
Vertically Banded Gastroplasty					
Sleeve Gastrectomy					
Proximaler Gastric Bypass					
Distaler Gastric Bypass					
Bilio-pancreatic Diversion nach Scopinaro					
Bilio-pancreatic Diversion mit Duodenal Switch					
Anzahl der Patienten mit zwei-zeitigem Vorgehen (intention to treat ; auch wenn die 2. Intervention noch nicht ausgeführt wurde)					
Re-Do-Operationen (Verfahrenswechsel)					

Mit welchen Fallzahlen rechnen Sie für die ersten 3 Jahre, falls sich Ihr Zentrum erst im Aufbau befindet ?

..... Fälle / 1. Jahr

..... Fälle / 2. Jahr

..... Fälle / 3. Jahr

8. Bereitschaft zur Datenerfassung im schweizerischen AQC-Register

Im Rahmen der Qualitätssicherungsprogramme setzen wir uns dafür ein, dass alle erforderlichen Daten jedes bariatrisch operierten Patienten in unserem Zentrum durch das AQC-System erfasst werden.

Ja / Nein

Ort und Datum :

Verantwortlicher bar. Chirurg
(Stempel und Unterschrift)

Verantwortlicher Internist
(Stempel und Unterschrift)