Fragebogen Re-Zertifizierung Gefässzentrum USGG

Stand 1.4.2025

Name/Anmeldende Institution:	
Name	
Adresse	
Tel. Nr.	
E-Mail Adresse	

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen vollständig elektronisch und retournieren ihn per E-Mail (inkl. Beilagen) an:
christina.jeanneret@hin.ch

Bei Fragen wenden Sie sich an die obige Mailadresse

Kontakt- Person	
Name / Vorname	
Strasse mit Nummer	
PLZ /Ort	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	
	Achtung! Bei längeren Texteingaben mit Return-Taste im Textfeld Zeilenumbruch manuell einfügen um Tabellenformatierung nicht zu verändern!

Koordinator/in Gefässzentrum	***Falls identisch mit anmeldender Person leer lassen***
Name / Vorname	
Strasse mit Nummer	
PLZ /Ort	
Telefonnummer	
E-Mailadresse	

		Bemerkungen
Leiter/in Gefässchirurgie		
Name		
Vorname		
Titel		
Diplomjahr Gefässchirurgie		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*
Telefonnummer		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*
E-Mailadresse		
Weitere Fachärzte Gefässchirurgie oder Ärzte in Ausbildung, die am Gefässzentrum arbeiten	☐Ja ☐ Nein	
Ist der Leiter hauptamtlich am Spital angestellt?	☐ Ja ☐ Nein	
In welcher Funktion?	☐ Chefarzt ☐ Leitender Arzt	
Ist der Leiter Konsiliar- oder Belegarzt?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Konsiliar- oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons.-/ Belegarzt wieder ausfüllen		

		Bemerkungen
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für das Gefässzentrum tätig?	%	
Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		
Arbeitet der Leiter Gefässchirurgie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		
Zusätzliche Fragen für Konsiliar- und Belegärzte		Bei allen Leitern (Kons. Az, LA und OA) des Zentrums, die bei der Erst-Zertifizierung noch nicht dabei waren, Diplome beilegen
In welchem Umfang arbeitet der Leiter Gefässchirurgie direkt am Standort?	%	
Ist die Praxis des Leiters Gefässchirurgie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	
Leiter/in Angiologie		
Name		
Vorname		
Titel		
Diplomjahr Angiologie		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*
Telefonnummer		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*

		Bemerkungen
E-Mailadresse		
Weitere Fachärzte Angiologie oder Ärzte in Ausbildung, die am Gefässzentrum arbeiten?	☐ Ja ☐ Nein	
Ist der Leiter hauptamtlich am Spital angestellt?	☐ Ja ☐ Nein	
In welcher Funktion?	☐ Chefarzt ☐ Leitender Arzt	
Ist der Leiter Konsiliar-oder Belegarzt?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Konsiliar- oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons.-/ Belegarzt wieder ausfüllen		
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für das Gefässzentrum tätig?	%	
Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		
Arbeitet der Leiter Angiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		

		Bemerkungen
Zusätzliche Fragen für Konsiliar-/ Belegärzte		
In welchem Umfang arbeitet der Leiter Angiologie direkt am Standort?	%	
Ist die Praxis des Leiters Angiologie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	
Arbeitet der Leiter Angiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		
Leiter/in Vaskuläre Radiologie		
Name		
Vorname		
Titel		
Diplomjahr Radiologie		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*
Telefonnummer		*leer lassen wenn gleiche Person wie bei Erst-Zertifizierung*
E-Mailadresse		
Weitere Fachärzte mit Erfahrung in interventioneller vaskulärer Radiologie oder Ärzte in Ausbildung, die am Gefässzentrum arbeiten	☐ Ja ☐ Nein	
Ist der Leiter hauptamtlich am Spital angestellt?	☐ Ja ☐ Nein	

		Bemerkungen
In welcher Funktion?	☐ Chefarzt ☐ Leitender Arzt	
Ist der Leiter Konsiliar-oder Belegarzt?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Konsiliar- oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons.-/ Belegarzt wieder ausfüllen		
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für interventionelle vaskuläre Radiologie tätig?	%	
Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		
Arbeitet der Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		

Zusätzliche Fragen für Konsiliar- und Belegärzte		
In welchem Umfang arbeitet der Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie direkt am Standort?	%	
Über welche Erfahrung/Diplome in interventioneller vaskulärer Radiologie verfügt der Leiter?		

		Bemerkungen
Ist die Praxis des Leiters interventionelle vaskuläre Radiologie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	
Arbeitet der Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		

Fragen zur Entwicklung seit der 1. Zertifizierung				
1.)	Was hat sich seit der 1. Zertifizierung hauptsächlich verändert? ***Achtung! Bei längeren Texteingaben mit Return-Taste im Textfeld Zeilenumbruch manuell einfügen um Tabellenformatierung nicht zu verändern!***	Personell: Infrastruktur: Organisatorisch: Anderes:		Weitere Anmerkungen zur bisherigen Arbeit im Gefässzentrum:

Fragen zum Betrieb				Bemerkungen	Beilagen
2.)	Ist der Leitfaden für den Betriebsablauf aktuell?	☐ Ja ☐ Nein			beilegen
3.)	Haben Sie ein interdisziplinäres Gefässkolloquium?	☐ Ja ☐ Nein			
	In welchem Rhythmus findet es statt?	☐ wöchentlich ☐ alle 2 Wochen ☐ monatlich ☐ andere, wenn ja wie oft?			
	Wer nimmt teil?	☐ Angiologe/in ☐ Radiologe/in ☐ Gefässchirurge/in ☐ Andere			
	Wird ein Protokoll erstellt?	☐ Ja ☐ Nein			
	Wo sind die Protokolle einsehbar?				2 Protokolle beilegen Pat. Namen abdecken
4.)	Haben Sie einen 24-Stunden–Service für angiologisch-vaskuläre Diagnostik und Therapie?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 2 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
	Welche Fachbereiche leisten diesen Service?	☐ Angiologie ☐ Radiologie ☐ Gefässchirurgie ☐ Andere			

5.)	Haben Sie einen 24-Stundenservice für periphere Angiographien und PTA?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 2 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
				Bemerkungen	**Beilagen**
6.)	Haben Sie einen 24-Stundenservice für Gefässchirurgie?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 2 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
7.)	Ist die nicht-invasive Abklärung vor jeglicher Intervention sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein			
8.)	Haben Sie Richtlinien für Behandlungspfade?	☐ Ja ☐ Nein			
	Wo sind diese einsehbar?	☐Intranet „☐Blaubuch“ Anderswo:			

Weitere Fragen zum Betrieb				**Bemerkungen**
9.)	Führen Sie eine Wundsprechstunde inkl. diabetischen Fuss?	☐ Ja ☐ Nein		

Fragen zur Diagnostik / Therapie				
10.)	Verfügt ihr Haus über ein Institut für Radiologie?	☐ Ja ☐ Nein		
				Bemerkungen
	Bietet Ihr Haus Folgendes an? - konventionelle Angiographien	☐ Ja ☐ Nein		
	- CT-Angiografien	☐ Ja ☐ Nein		
	- MR-Angiografien	☐ Ja ☐ Nein		
11.)	Verfügt Ihr Hause über: - Dopplerdruckmessgeräte?	☐ Ja ☐ Nein		
	- CW-Dopplergeräte?	☐ Ja ☐ Nein		
	- Farbduplexsonographie?	☐ Ja ☐ Nein		
	- Laufbandergometrie?	☐ Ja ☐ Nein		
	- Transcutane PO2-Messung?	☐ Ja ☐ Nein		

Fragen zur Qualitätssicherung				
12.)	Verfügt Ihr Hause über eine: - Interne Qual.-sicherung?	☐ Ja ☐ Nein		
	- Vaskuläres CIRS?	☐ Ja ☐ Nein		
	Führt Ihr Haus eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz im vaskulären Sektor durch?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn Ja	Wann?		

				Bemerkungen
	Wenn Ja	Wie ist sie dokumentiert?		
	Führt Ihr Haus andere interne Qualitätssicherungsmassnahmen im vaskulären Bereich durch?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn Ja, welche?	
13.)	Führt ihr Haus eine externe Qualitätssicherung durch?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, welche?	☐ Iso 9001 ☐ EFQM ☐ CMM ☐ KTO	Andere:	
	Macht Ihr Haus bei Swissvasc mit?	☐ Ja ☐ Nein		

Fragen zur Statistik			**Beilagen**	**Bemerkungen**
14.)	Führt Ihr Haus eine Statistik über: - Vaskuläre Konsultationen - Abklärungen - techn. Untersuchungen - Interventionen und gefässchirurgische Eingriffe	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein		
15.)	**Eingriffsstatistik, jeweils Anzahl ganzes letztes Vorjahr**		Gem. Spitalstatistik	
	Konsultationen Angiologie		Anzahl	
	Konsultationen Gefässchirurgie		Anzahl	
	Duplexsonographien		Anzahl	
	MRI und CT für Gefässfragestellungen		Anzahl	

	PTA peripher ganzes letztes Jahr	Anzahl	
	Varizeneingriffe minimal invasiv (Sklero, Schaum, Laser, Thermo etc)	Anzahl	
	EVAR und ähnliche endovaskuläre arterielle Eingriffe	Anzahl	
	Offene Aorten-Aneurysma-Operationen	Anzahl	
	Carotis-TEA	Anzahl	
	Bypässe	Anzahl	
	Konventionelle Varizeneingriffe total	Anzahl	
	Andere Gefässoperationen	Anzahl	
	Allenfalls spezifizieren		

	Fragen zur Durchlässigkeit		
16.)	Besteht die Möglichkeit, dass in der Weiterbildung aber auch im Alltag die nicht-invasive Diagnostik und die Katheterinterventionen von verschiedenen Fachgebieten durchgeführt werden?	☐ Ja ☐ Nein	
17.)	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den peripheren transluminalen Angioplastien?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	
	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei der nicht-invasiven Diagnostik, Dopplerdruckmessung und Oszillographie?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	

			Bemerkungen
	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den Duplexsonographien?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	
	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung der Sprechstunden?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	
18.)	Wer führt nach einer Gefässoperation die nicht-invasive Kontrolle postinterventionell durch?	Radiologie: ☐ Ja ☐ Nein Angiologie: ☐ Ja ☐ Nein Gefässchirurgie : ☐ Ja ☐ Nein	
	Wer führt die nicht-invasive Kontrolle nach einer Gefässoperation 6 – 12 Wochen nach dem Eingriff durch?	Radiologie: ☐ Ja ☐ Nein Angiologie: ☐ Ja ☐ Nein Gefässchirurgie : ☐ Ja ☐ Nein	
	Wer führt die postinterventionelle Kontrolle nach einem Katheter-Eingriff durch?	Fachgebiet, welches den Eingriff durchgeführt hat: ☐ Ja ☐ Nein In der Regel anderes Fachgebiet (4-Augenprinzip): ☐ Ja ☐ Nein	
		Andere Regelung:	
19.)	**Haben Sie andere Bemerkungen oder Anregungen zu den Gefässzentren USGG?**		

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Damit kandidieren Sie offiziell für die Re-Akkreditierung Gefässzentrum USGG. Sie verpflichten sich, vorgängig der Prüfung dieser Papiere den für die Re-Akkreditierung fälligen **Betrag von Fr. 500.- einzuzahlen**. Darin inbegriffen ist auch die Kurzvisitation. Bei Ablehnung Ihres Gesuches nach Sichtung dieser Papiere oder nach erfolgter Visitation sind sie rekursberechtigt. Über den Rekurs resp. Ihre Akkreditierung entscheidet letztinstanzlich der Vorstand der USGG. Jeglicher andere Rechtsweg ist bei diesem Re-Akkreditierungsverfahren ausgeschlossen. Sie bestätigen auch, dass Sie mit der Re-Akkreditierung verpflichtet werden, spätere relevante Änderungen in den personellen oder prozessual-infrastrukturellen Gegebenheiten des Gefässzentrums dem Board Gefässzentrum USGG innerhalb von 2 Monaten zu melden. Minimal betrifft dies den Wechsel des Leiters eines der drei Fachgebiete oder die Unterschreitung der geforderten minimalen Präsenz- oder Dienstabdeckungen. Mit der Unterschrift bestätigen Sie auch, alle diese Bedingungen zu kennen und zu akzeptieren.

Ort/ Datum | Anmeldender Partner/Stempel/Unterschrift

_____ _____

Ort/ Datum | 2.Partner/Stempel/Unterschrift

_____ _____

Ort/ Datum

3.Partner/Stempel/Unterschrift

Ort/ Datum

Spitaldirektor/Stempel/Unterschrift