

Fragebogen für die Kandidatur Akkreditierung zum Gefässzentrum USGG



Union of Vascular Societies of Switzerland
Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten
Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires
Unione delle Società Svizzere di malattie vascolari
Unión de las Sociedades Suizas de enfermedades vasculares
USGG / USSMV www.uvs.ch

01.04.2025

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

Bitte beantworten Sie diesen Fragebogen vollständig und elektronisch und retournieren Sie ihn per E-Mail mit den geforderten Papieren (PDF Files) an christina.jeanneret@hin.ch

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

Beteiligte Fachärzte

		Bemerkung
Leiter/in Gefässchirurgie		
Name		
Vorname		
Diplomjahr Gefässchirurgie		Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei
Telefonnummer		
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	
<i>Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons-Belegarzt wieder ausfüllen</i>		
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn Nein, Tages-und Wochenarbeitsplan beilegen
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für das Gefässzentrum tätig?	%	
Wenn Nein, für welche anderen Gebiete/Aufgaben ist der Leiter zuständig?		
Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		

Welche zusätzlichen Fachärzte oder KollegInnen in Weiterbildung für Gefäßschirurgie arbeiten im Gefäßzentrum?	Hier einfügen Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, Facharzttitel/in Weiterbildung	
Arbeitet der Leiter Gefäßschirurgie 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 Gefäßschirurgie direkt am Standort?	%	Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter 100 %
Ist die Praxis des Leiters Gefäßschirurgie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein, wo ist sie, wie weit weg in km und min per Auto?		
Von wann bis wann ist der Leiter Gefäßschirurgie in der Regel im Gefäßzentrum anwesend?	Tageszeit von bis	
Welche weiteren Fachkollegen sind in welchem Umfang direkt im Gefäßzentrum tätig?	Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort der Praxis	Diplome beilegen Organisation der Präsenzabdeckung (0800-1800) beschreiben
Arbeitet der Leiter Gefäßschirurgie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		

		Bemerkung
Leiter/in Angiologie		
Name		
Vorname		
Diplomjahr Angiologie		Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei
Telefonnummer		
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	
<i>Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons-Belegarzt wieder ausfüllen</i>		
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn Nein, Tages-und Wochenarbeitsplan beilegen
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für das Gefässzentrum tätig?	%	
Wenn Nein, für welche anderen Gebiete/Aufgaben ist der Leiter zuständig?		
Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		

Welche zusätzlichen Fachärzte oder KollegInnen in Weiterbildung für Angiologie arbeiten im Gefäßzentrum?	Hier Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, Facharzttitel/in Weiterbildung einsetzen	
Arbeitet der Leiter Angiologie 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 Angiologie direkt am Standort?	%	Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter 100 %
Ist die Praxis des Leiters Angiologie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein, wo ist sie, wie weit weg in km und min per Auto?		
Von wann bis wann ist der Leiter Angiologie in der Regel im Gefäßzentrum anwesend?	Tageszeit von bis	
Welche weiteren Fachkollegen sind in welchem Umfang direkt im Gefäßzentrum tätig?	Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort der Praxis	Diplome beilegen Organisation der Präsenzabdeckung (0800-1800) beschreiben
Arbeitet der Leiter Angiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		

In welchem Umfang?		
		Bemerkung
Leiter/in Radiologie		
Name		
Vorname		
Diplomjahr Radiologie		Bitte legen Sie eine Kopie des Diploms bei
Telefonnummer		
E-Mailadresse		
Über welche Erfahrung/Diplome in interventioneller vaskulärer Radiologie verfügt der Leiter?		Bitte legen Sie Kopien der Ausweise bei
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	
In welcher Funktion?	☐ Chefarzt ☐ Leitender Arzt	
Ist der Leiter Konsiliar-oder Belegarzt?	☐ Ja ☐ Nein	
<i>Wenn Konsiliar-oder Belegarzt bitte nächste Fragen überspringen und erst bei Spezifizierung Kons-Belegarzt wieder ausfüllen</i>		
Ist der Leiter nur für Belange des Gefässzentrums tätig?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Nein: In welchem Umfang ist der Leiter für interventionelle vaskuläre Radiologie tätig?	%	

Wenn Nein, für welche anderen Gebiete/Aufgaben ist der Leiter zuständig?		
--	--	--

Durch wen wird der Leiter bei Abwesenheit vertreten?		
Welche zusätzlichen Fachärzte oder KollegInnen in Weiterbildung für Radiologie mit Befähigung zu interventioneller vaskulärer arbeiten im Gefäßzentrum?	Hier Nr., Name, Vorname, Geb. Jahr, Facharzttitel/in Weiterbildung einsetzen	
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?	%	Tages-und Wochenplan beilegen wenn unter 100 %
Über welche Erfahrung/Diplome in interventioneller vaskulärer Radiologie verfügt der Leiter?		Bitte legen Sie Kopien der Ausweise bei
Ist die Praxis des Leiters interventionelle vaskuläre Radiologie direkt im Spital?	☐ Ja ☐ Nein	

Wenn Nein, wo ist sie, wie weit weg in km und min per Auto?		
---	--	--

Von wann bis wann ist der Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie in der Regel im Gefäßzentrum anwesend?	Tageszeit von bis	
Welche weiteren Fachkollegen mit Erfahrung in interventioneller vaskulärer Radiologie sind in welchem Umfang direkt im Gefäßzentrum tätig?	Name, Vorname, Geburtsdatum, Ort der Praxis	Diplome beilegen Organisation der Präsenzabdeckung (0800-1800) beschreiben
Arbeitet der Leiter interventionelle vaskuläre Radiologie noch an einem anderen Standort?	☐ Ja ☐ Nein	
Wenn Ja, wo?		
In welchem Umfang?		

Fragen zur Organisation			Beilagen	Bemerkungen
1.)	Wer ist Koordinator des Gefäßzentrums?	Arzt: Fachgebiet:		
2.)	Ist die Gleichberechtigung aller Partner sichergestellt?	☐ ja ☐ nein		
	Wenn ja, wie?	☐ Im Organigramm abgebildet ☐ Durchlässigkeit bezüglich Interventionen		

		☐ Entscheide am Gefässkolloquium nur bei Einstimmigkeit		

Fragen zum Betrieb		Beilagen	Bemerkungen	
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		
	Welche Fälle werden besprochen?			
	Wird ein Protokoll erstellt?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wer erstellt das Protokoll?			
	Wer ist im Verteiler?	☐ Angiologe/in ☐ Radiologe/in ☐ Gefässchirurge/in ☐ Andere		
	Wo sind die Protokolle einsehbar?			5 Protokolle beilegen Pat. Namen abdecken

4.)	Haben Sie einen 24-Stunden –Service für vaskuläre Diagnostik und Therapie?	☐ Ja ☐ Nein			
	Welche Fachbereiche leisten diesen Service?	☐ Angiologie ☐ Radiologie ☐ Gefäßchirurgie ☐ Andere			
	Haben Sie einen 24-Stundenservice für periphere Angiographien und PTA?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
	Haben Sie einen 24-Stundenservice für Gefäßchirurgie?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
	Haben Sie einen 24-Stundenservice für nicht-invasive vaskuläre Diagnostik?	☐ Ja ☐ Nein			Dienstpläne von 5 Monaten beilegen, Alter max. 1 Jahr
	In welcher Zeit hat der Kathetertherapeut im Spital zu sein?	☐ innert 1 Stunde ☐ innert 2 Stunden ☐ innert 6 Stunden ☐ Andere			
	In welcher Zeit hat der nicht-invasive Diagnostiker im Spital zu sein?	☐ innert 1 Stunde ☐ innert 2 Stunden ☐ innert 6 Stunden ☐ Andere			
	In welcher Zeit hat der Gefäßchirurg im Spital zu sein?	☐ innert 1 Stunde ☐ innert 2 Stunden ☐ innert 6 Stunden ☐ Andere			

5.)	Haben Sie definierte Patientenpfade?	☐ Ja ☐ Nein			Vorlage vorhanden, ev. ausfüllen oder eigene beilegen
	Was wird abgebildet?				
	Ist die nicht-invasive Abklärung vor jeglicher Intervention sichergestellt?	☐ Ja ☐ Nein			5 Beispiele von Abklärungsgängen, durchgeführter Therapie und Nachkontrolle beilegen
6.)	Haben Sie Richtlinien für Behandlungspfade?	☐ Ja ☐ Nein			
	Welche?	☐ Abklärung PAVK ☐ Abklärung Venenthrombose ☐ Abklärung Varikose ☐ Abklärung Aneurysma ☐ präoperative Risikoabklärung ☐ antiaggregatorische Therapie, Antikoagulation ☐ TIA ☐ nicht-invasiver Abklärungsgang ☐ Dialyse-Shunt ☐ Andere	Bitte je einen Ausdruck beilegen		Min. 6 Pfade beilegen
	Wo sind diese einsehbar?	☐ Intranet ☐ „Blaubuch“ Anderswo:			

Weitere Fragen zum Betrieb			Beilagen	Bemerkungen
7.)	Führen Sie eine Wundsprechstunde inkl. diabetischen Fuss?	☐ Ja ☐ Nein		Kurzbeschrieb/Organigramm beilegen oder Pflichtenheft
	Welche Personen versehen diesen Dienst?	☐ Arzt ☐ Pflegefachperson mit Wundausbildung ☐ Pflegefachperson ☐ MPA Andere:		2-3 Prozessdokumente beilegen
	Hat/haben diese Person/en ein Pflichtenheft?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, bitte legen Sie dieses bei.	
8.)	Führt Ihre Institution Präventionsarbeit für kardiovaskuläre Krankheiten durch?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, welche?		Bitte beilegen: - Beleg für Referate - Publikationen - andere Veranstaltungen und Aktivitäten zum Thema Prävention	
9.)	Ist Ihre Institution akkreditiert für Rehabilitation PAVK?	☐ Ja ☐ Nein	Bestätigung	
	Seit wann?	Jahr:		
10.)	Hat Ihre Institution eine Intensivstation oder eine Intermediate Care-Abteilung?	☐ Ja, Intensivstation ☐ Ja, Intermediate-care Abt. ☐ Nein	Anerkennung FMH beilegen	

	Wer leitet die Intensivstation resp. die intermediate care-Abteilung?	Arzt: Fachgebiet:	Diplom beilegen	

Fragen zur Diagnostik / Therapie			Beilagen	Bemerkungen
11.)	Verfügt ihr Haus über ein Institut für Radiologie?	☐ Ja ☐ Nein		
	Weiterbildungskategorie	☐ A ☐ B ☐ C		
	Bietet Ihr Haus Folgendes an?			
	- konventionelle Angiographien	☐ Ja ☐ Nein		
	- CT-Angiografien	☐ Ja ☐ Nein		
	- MR-Angiografien	☐ Ja ☐ Nein		
12.)	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				Beilagen	Bemerkungen
13.)	Verfügt Ihr Hause über eine: - Interne Qualitätssicherung?	☐ Ja	☐ Nein	Bitte spezifizieren und dokumentieren sie diese	
	- Vaskuläres CIRS?	☐ Ja	☐ Nein		
	Führt Ihr Haus eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz im vaskulären Sektor durch?	☐ Ja	☐ Nein		
	Wenn Ja	Wann?			
	Wenn Ja	Wie ist sie dokumentiert?			

	Führt Ihr Haus andere interne Qualitätssicherungsmaßnahmen im vaskulären Bereich durch?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn Ja, welche?	
14.)	Führt ihr Haus eine externe Qualitätssicherung durch?	☐ Ja	☐ Nein		
	Wenn ja, welche?	☐ Iso 9001 ☐ CMM ☐ andere:	☐ EFQM ☐ KTO		
	Macht Ihr Haus bei Swissvasc mit?	☐ Ja	☐ Nein		
	Macht Ihr Haus bei der Gefässdatenbank SGA mit?	☐ Ja	☐ Nein		

Fragen zur Weiter-und Fortbildung			Beilagen	Bemerkungen
15.)	Ist Ihr Haus Ausbildungsstätte A oder B der SGA?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, A oder B?	☐ A ☐ B		
	Ist Ihr Haus Weiterbildungsstätte A oder B der schweiz. Gesellschaft für Gefässchirurgie?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, A oder B?	☐ A ☐ B		
	Ist Ihr Haus Weiterbildungsstätte A oder B der schweiz. Gesellschaft für Radiologie?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, A oder B?	☐ A ☐ B		
16.)	Führt Ihr Haus regelmässige aktive interdisziplinäre Fortbildungen durch?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, welche?		Bitte Fortbildungsprogramme beilegen	
17.)	Führt Ihre Institution klinische Forschung durch?	☐ Ja ☐ Nein		
	Wenn ja, welche?		Bitte listen sie Folgendes der letzten zwei Jahre auf: - Forschungsprojekte - Publikationsliste	

18.)	Führt Ihre Haus eine Statistik über : - Vaskuläre Konsultationen - Abklärungen - techn. Untersuchungen - Interventionen und gefässchirurgische Eingriffe	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein		
19.)	Détail-Statistik der Diagnostik und Therapie:	Bitte speziellen Anhang ausfüllen		

20.)	Fragen zur Durchlässigkeit:		
	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	
	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den konventionellen Angiographien?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	
	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 : %	
	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung bei den Duplexsonographien?	Radiologie: % Angiologie: % Gefässchirurgie : %	

	Wie ist die prozentuale Verteilung der Durchführung der Sprechstunden?	Radiologie: % Angiologie: % Gefäßschirurgie : %	
	Wer führt nach einer Gefäßoperation die nicht-invasive Kontrolle postinterventionell durch?	Radiologie: ☐ Ja ☐ Nein Angiologie: ☐ Ja ☐ Nein Gefäßschirurgie : ☐ Ja ☐ Nein	
	Wer führt die nicht-invasive Kontrolle nach einer Gefäßoperation 6 – 12 Wochen nach dem Eingriff durch?	Radiologie: ☐ Ja ☐ Nein Angiologie: ☐ Ja ☐ Nein Gefäßschirurgie : ☐ 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:	
	Wer führt die Kontrolle 6 – 12 Wochen nach einem Kathetereingriffe durch?	Fachgebiet, welches den Eingriff durchgeführt hat: ☐ Ja ☐ Nein	
		In der Regel anderes Fachgebiet (4-Augenprinzip): ☐ Ja ☐ Nein	
		Andere Regelung:	

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Damit kandidieren Sie offiziell für die Akkreditierung zum Gefässzentrum USGG. Die Prüfung der Papiere für Ihre Kandidatur ist kostenpflichtig und wird erst nach Eingang des vereinbarten Betrages vorgenommen. Sie verpflichten sich auch, bei einer späteren Visitation vorschüssig, den für die Visitation fälligen Betrag zu entrichten. Bei Ablehnung Ihres Gesuches nach Sichtung dieser Papiere oder nach erfolgter Visitation sind sie Rekurs berechtigt. Über den Rekurs resp. Ihre Akkreditierung entscheidet letztinstanzlich der Vorstand der USGG. Jeglicher andere Rechtsweg ist bei diesem Akkreditierungsverfahren ausgeschlossen. Sie bestätigen auch, dass Sie mit der Akkreditierung verpflichtet werden, relevante Änderungen in der personellen oder prozessual-infrastrukturellen Struktur 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
