

Antrag zur Zertifizierung als HFU-Zentrum (HFUZ)

1. Federführender Antragsteller
2. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses
3. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des HFU-Zentrums
4. Struktur des HFU-Zentrums
5. Personelle Gegebenheiten des HFU-Zentrums
6. Apparative und räumliche Ausstattung des HFU-Zentrums
7. Kooperationen innerhalb des HFU-Zentrums
8. Kooperationen mit weiteren Kliniken
9. Weitere Voraussetzungen für ein HFU-Zentrum
10. Leistungszahlen des vorangegangenen Jahres
11. Unterlagen für das Audit

Bitte füllen sie alle Felder aus - Felder ohne „*“ sind wünschenswert, aber nicht entscheidend für eine Zertifizierung!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten Gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

| 1. | Federführender Antragsteller | |
|----|---|--|
| a) | Antragsteller Kardiologie | |
| b) | Antragsteller Herzchirurgie | |
| c) | (falls abweichend) Verantw. Leiter des HFU-Zentrums | |
| d) | Antragsdatum | |
| e) | Institution | |
| f) | Abt./Klinik | |
| g) | Straße | |
| h) | PLZ + Ort | |
| i) | Ansprechpartner | |
| j) | Mitgliedschaft Antragsteller | <input type="checkbox"/> DGK <input type="checkbox"/> BNK <input type="checkbox"/> DGTHG |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| k) | Telefon | |
| l) | Fax | |
| m) | E-Mail | |
| n) | Homepage Antragsteller | |
| 2. | Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses | |
| a) | Name des Krankenhausträgers | |
| b) | Art des Krankenhauses | |
| c) | Akadem. Lehrkrankenhaus | Ja / Nein |
| d) | falls "Akadem. Lehrkrankenhaus" - Name der Universität: | |
| e) | Versorgungsstufe | |
| f) | Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres): | |
| g) | Zahl der Fachabteilungen | |
| h) | Zahl der Institute | |
| i) | Zahl der Patienten des Krankenhauses pro Kalenderjahr 1. stationär 2. ambulant | |
| j) | Zahl der Patienten des Krankenhauses pro Kalenderjahr 1. Kardiologie 2. Herzchirurgie | |
| 3. | Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des HFU-Zentrums | |
| | Personalstruktur Kardiologie: | |
| a) | Arztstellen | |
| b) | davon Oberärzte | |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| c) | davon Assistenzärzte | |
| d) | MTA- und/oder Schwesternstellen | |
| e) | Anzahl der Kardiologen mit der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz in der HFU | |
| f) | Weitere Personen (z.B. QM, Assistenz) | |
| g) | Personalstruktur Herzchirurgie: | |
| h) | Arztstellen | |
| i) | davon Oberärzte | |
| j) | davon Assistenzärzte | |
| k) | MTA- und/oder Schwesternstellen | |
| l) | Weitere Personen (z.B. QM, Assistenz) | |
| 4. | Struktur des HFU-Zentrums | |
| a) | Eine eigene HF-Ambulanz ist vorhanden* | Ja / Nein |
| | <p>Alternativ:</p> <p>Kooperation mit mindestens einer HFU-Schwerpunktpraxis oder einer kardiologischen Praxis</p> <p>Anschrift und Ansprechpartner:</p> | Ja / Nein |
| b) | Es besteht mindestens Anbindung an ein externes Überregionales HFU-Zentrum oder ein vergleichbares Zentrum mit der Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (LVAD/RVAD/BiVAD) bzw. zur Herztransplantation* | Ja / Nein |
| c) | Es gibt eine HFU-Hotline (24/7)* | Ja / Nein |
| d) | Mindestens 4 Liegeplätze in einem von der Intensivstation abgegrenzten Bereich* | Ja / Nein |

| | | |
|-----------|---|--|
| 5. | Personelle Gegebenheiten des HFU-Zentrums | |
| a) | <p>Das Zentrum wird von einem Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz geleitet*</p> <p>Alternativ: Das Zentrum wird von einem Facharzt für Herzchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet</p> <p>(Bei Leitung der HFU durch einen Facharzt für Herzchirurgie muss ein Kardiologe mit der Zusatzqualifikation vorgehalten werden)</p> <p>Eine interdisziplinäre Leitung ist ebenfalls möglich</p> | <p>Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz</p> <p>Name:</p> <p>Alternativ:</p> <p>Facharzt für Herzchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin</p> <p>Name:</p> <p>Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz</p> <p>Name:</p> |
| b) | Mindestens 2 zertifizierte spezialisierte Herzinsuffizienzassistentinnen/-assistenten (32 h DGK-Curriculum19) oder spezialisierte Herzinsuffizienzschwestern/-pfleger* | <p>Ja / Nein</p> <p>1. Name:</p> <p>2. Name:</p> |
| c) | Ggf. Herztransplantations- und/oder Ventricular Assist Device Koordinator (nur bei Vorhalten eines eigenen entsprechenden Programms) | <p>Ja / Nein</p> <p>Name:</p> |
| 6. | Apparative und Räumliche Ausstattung des HFU-Zentrums | |
| a) | Diagnostikeinrichtungen mit 24 Stunden /7 Tage Zugriffsmöglichkeit | |
| 1) | EKG* | Ja / Nein |
| 2) | Transthorakale und transösophageale Echokardiographie* | Ja / Nein |
| 3) | Röntgen* | Ja / Nein |
| 4) | Computertomographie* | Ja / Nein |

| | | |
|----|--|-----------|
| 5) | Die Möglichkeit zur Anwendung spezieller mechanischer Kreislaufunterstützungssysteme ist gegeben* (Hierbei handelt es sich z.B. um interventionell einsetzbare, passagere Systeme wie intraaortale Ballongegenpulsation (IABP), intrakardiale Herzunterstützungssysteme und/oder perkutane extrakorporale Kreislaufunterstützungssysteme (Extracorporeal Life Support = ECLS bzw. Extrakorporale Membranoxygenierung = ECMO)) | Ja / Nein |
| b) | Diagnostikeinrichtungen in der Einheit | Ja / Nein |
| 1) | Langzeit-EKG* | Ja / Nein |
| 2) | Langzeit-Blutdruckgerät* | Ja / Nein |
| 3) | Belastungs EKG* | Ja / Nein |
| 4) | Spiroergometrie* | Ja / Nein |
| 5) | Schlaf-Apnoe-Screening* | Ja / Nein |
| 6) | Lungenfunktionsprüfung* | Ja / Nein |
| 7) | Kardiale MRT* | Ja / Nein |
| c) | Herzkatheterlabor | |
| 1) | Innerhalb der Einrichtung mit 24 Stunden / 7 Tage Verfügbarkeit (Chest-Pain-Unit oder eine vergleichbar eingerichtete interdisziplinäre Notaufnahmeeinheit)* | Ja / Nein |
| 2) | Möglichkeit zur Implantation eines CRT/ICD* | Ja / Nein |
| 3) | Erfahrung mit strukturellen Herzerkrankungen sind vorhanden* | Ja / Nein |
| 4) | Durchführung von Transkatheter Klappeninterventionen (TAVI/ kathetergestützte AV-Klappen Intervention)* | Ja / Nein |
| 5) | Erfahrung in Implantationen von temporären perkutanen mechanischen Kreislaufunterstützungssystemen (Mikroaxialpumpe, IABP, ggf. ECLS/ECMO) sind vorhanden* | Ja / Nein |
| 6) | Es besteht die Möglichkeit zur Myokardbiopsie* | Ja / Nein |
| d) | Es besteht die Möglichkeit zur Ablation komplexen VT* | Ja / Nein |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| e) | Es besteht die Möglichkeit zur Abfrage und Programmierbarkeit gängiger implantierbarer Schrittmacher-, Defibrillator- und Resynchronisationssysteme (24 Stunden /7Tage)* | Ja / Nein |
| f) | Es steht ein externer Herzschrittmacher mit ständiger Zugriffsmöglichkeit zur Verfügung (eigenes Gerät)* | Ja / Nein |
| 7. | Kooperationen innerhalb des HFU-Zentrums | |
| a) | Es ist eine Kardiologische Abteilung vorhanden* | Ja / Nein |
| b) | Es ist eine Herzchirurgische Abteilung vorhanden* Anmerkung: In einem überregionalen HFU-Zentrum muss eine institutionalisierte Herzchirurgie am Haus vorhanden sein (am Standort) | Ja / Nein |
| 1) | Es besteht die Möglichkeit zur VAD-Implantation* | Ja / Nein |
| | Alternativ: Kooperationspartner Anschrift und Ansprechpartner: | |
| 2) | Es besteht die Möglichkeit zur Herztransplantation* | Ja / Nein |
| | Alternativ: Kooperationspartner Anschrift und Ansprechpartner: | |
| c) | Intensivstation | |

| | | |
|-----|--|-----------|
| 1) | <p>Leitung der Intensivstation bzw. Verantwortlichkeit für die kardiologischen Patienten*:</p> <p>FA Kardiologie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz</p> <p>und / oder</p> <p>FA Herzchirurgie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (Bei Leitung durch einen Facharzt für Herzchirurgie muss ein Kardiologe mit der Zusatzqualifikation vorgehalten werden)</p> | Ja / Nein |
| 2) | <p>Es sind mindestens 4 Liegeplätze für die intensivmedizinische Therapie von Patienten mit schwerer akuter Dekompensation oder mit fortgeschrittener bzw. terminaler Herzinsuffizienz vorhanden*</p> <p>(Invasives hämodynamisches Monitoring und nicht-invasive Beatmungsverfahren müssen an jedem Bettplatz eingesetzt werden können, ebenso wie Nierenersatz- oder Unterstützungsverfahren (wie Hämodialyse, Hämofiltration oder Ultrafiltration))</p> | Ja / Nein |
| 3) | Hämodynamisches Monitoring pro Liegeplatz* | Ja / Nein |
| 4) | Invasive/Nichtinvasive Beatmungsgeräte* | Ja / Nein |
| 5) | ständige Verfügbarkeit eines eigenen Notfallwagens inkl. Defibrillator* | Ja / Nein |
| 6) | Möglichkeit zur Hämodialyse (24/7)* | Ja / Nein |
| 7) | Ein Arzt ist ständig (24/7) vor Ort* | Ja / Nein |
| 8) | Ein Facharzt für Kardiologie ist ständig (24/7) rufbereit* | Ja / Nein |
| 9) | Herzkatheter Rufbereitschaft 24/7* | Ja / Nein |
| 10) | Es besteht ein Pflege-Patientenschlüssel von 1:4* | Ja / Nein |
| 11) | Die Möglichkeit zur Physiotherapie (mind. 30 min/Patient/Tag) ist gegeben* | Ja / Nein |
| 12) | Ein Blutgasanalysegerät (inkl. Laktat) ist vorhanden* | Ja / Nein |

| | | |
|-----------|--|---|
| 13) | Nähe zur Notaufnahme-Einheit mit ständiger Verfügbarkeit von definierten Kapazitäten. Eigene Räumlichkeiten (Überwachung, Warten, Behandlung, Besprechung) ist gegeben* | Ja / Nein |
| 14) | 24 Stunden /7 Tage Verfügbarkeit eines Herzteams (Herzchirurg und Kardiologe)* | Ja / Nein |
| d) | Notfalldienst, Notaufnahme, Intensiv-Station | |
| 1) | Enge Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimations-einheit (24 Stunden /7 Tage), Internistische Konsilmöglichkeit (24 Stunden /7 Tage)* | Ja / Nein |
| 2) | Internistische Konsilmöglichkeit (24 Stunden /7 Tage)* | Ja / Nein |
| e) | Transport-Beatmungsmöglichkeiten und Transportmonitore sind für die Verbringung in andere Einrichtungen bzw. zu speziellen diagnostischen Maßnahmen vorhanden* | Ja / Nein |
| f) | 24 Stunden-Notfalllabor, Turn-around-time 45-60 min, für Herzinsuffizienzversorgung erforderliche Point-of-Care Tests sind vorhanden* | Ja / Nein |
| 8. | Kooperationen mit weiteren Kliniken | |
| a) | Es sind folgende kooperierende (klinikeigene) Abteilungen bzw. (externe) Anbindungen an solche Abteilungen vorhanden: (jeweils zum Ankreuzen eigene, externe, keine) | |
| 1) | Abdominalchirurgie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 2) | Gastroenterologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 3) | Nephrologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 4) | Pneumologie (Pulmologie)* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 5) | Psychiatrie-/Psychologie/Psychosomatik* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 6) | Neurologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 7) | Radiologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 8) | Allgemein- und Gefäßchirurgie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 9) | Hämatologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |

| | | |
|------------|--|---|
| 10) | Palliativmedizin* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 11) | Endokrinologie* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 12) | überregionales EMAH-Zentrum* | <input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine |
| 9. | Weitere Voraussetzungen für ein HFU-Zentrum | |
| a) | Strukturiertes Entlassmanagement*: (Dies kann durch eine eigene ambulante Struktur oder durch Kooperationen mit einer HFU-Schwerpunktpraxis bzw. einer kardiologischen Praxis erfolgen) | Ja / Nein Anschrift und Ansprechpartner: |
| b) | Standard Operating Procedures (SOPS) für Diagnostik und Behandlungspfade | |
| 1) | Akute Herzinsuffizienz* | Ja / Nein |
| 2) | Chronische Herzinsuffizienz* | Ja / Nein |
| 3) | Entlassmanagement* | Ja / Nein |
| 4) | Herztransplantation* | Ja / Nein |
| 5) | Ventricular Assist Device* | Ja / Nein |
| c) | Zusätzlich zu erfüllende Punkte bei Vorliegen einer HF-Ambulanz | |
| 1) | Möglichkeiten zur Durchführung eines Schlafapnoe Screenings und zur Prüfung der Lungenfunktion sind vorhanden | Ja / Nein |
| 2) | die Durchführung einer Spiroergometrie ist möglich, bzw. der Zugang zu einer dazu ausgestatteten Diagnostikeinheit ist gegeben | Ja / Nein |
| 3) | Möglichkeiten zur Abfrage und Re-Programmierung der verfügbaren ICD- und bi-ventrikulären Schrittmachersysteme werden vorgehalten | Ja / Nein |
| 10. | Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres | |
| a) | Zahl der ambulanten HF-Patientenkontakte des vergangenen Kalenderjahres | |
| b) | Zahl der stationären Behandlungen von HF-Patienten | |

| | | |
|------------|--|--|
| c) | Zahl der nicht-invasiven Prozeduren a. TTE b. TEE c. Spiroergometrien | |
| d) | Zahl der invasiven Prozeduren a. Diagnostische Herzkatheter b. Koronarinterventionen (PCI) c. TAVI d. Mitralclip e. ECLS f. VAD c. CRT/Bivent d. ICD e. Biopsien | |
| e) | Zahl der elektrophysiologischen invasiven Untersuchungen a. Diagnostische EPU b. Ablationen | |
| f) | Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe a. ACVB b. Klappenersatz c. Klappenrekonstruktion d. HTX | |
| 11. | Unterlagen für das Audit | |
| | Folgende Unterlagen/Zeugnisse/Urkunden bitte für das Audit bereithalten und im Vorfeld hochladen: | |
| a) | Urkunden/Zeugnisse folgende Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen, ggf. auch europäische Facharzturkunden*: <ul style="list-style-type: none"> • Innere Medizin • Kardiologie • Intensivmedizin • Herzchirurgie • Zertifikat Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz • Zertifikat spezialisierte HI-Assistenz oder spezialisierte Herzinsuffizienzschwestern/-pfleger (mindestens 2 müssen vorgehalten werden) | |

| | | |
|----|---|--|
| b) | <p>Schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer HFU-Schwerpunktpraxis oder einer kardiologischen Praxis*</p> <p>Bei externer Kooperation:</p> <p>Schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem externen Überregionalen HFU-Zentrum oder einem vergleichbaren Zentrum mit der Möglichkeit zur Assist-Device-Implantation (LVAD/RVAD/BiVAD) bzw. zur Herztransplantation</p> | |
| c) | <p>Schriftl. Kooperationsvereinbarungen (nur bei externen Kooperationen verpflichtend):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdominalchirurgie • Gastroenterologie • Nephrologie • Pneumologie (Pulmologie) • Psychiatrie-/Psychologie/Psychosomatik • Neurologie • Radiologie • Allgemein- und Gefäßchirurgie • Hämatologie • Palliativmedizin • Endokrinologie • überregionales EMAH-Zentrum | |
| d) | <p>Auszug aus KH-Plan</p> <p>(Versorgungsstufe, Bettenanzahl, Größe des Versorgungsgebiets)</p> | |
| e) | <p>Bitte laden Sie die Dienstpläne der letzten 3 Monate (2. Woche im Monat) zu folgenden Kriterien hoch:*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es besteht die ständige Verfügbarkeit eines Kardiologen in Rufbereitschaft (24/7) • Ein Arzt ist ständig (24/7) vor Ort | |
| f) | <p>Nachweis einer engen Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimations- einheit (24 Stunden /7 Tage), Internistische Konsilmöglichkeit (24 Stunden /7 Tage)*</p> <p>Alternativ: Stellungnahme zur Kooperation / Verzahnung</p> | |

| | | |
|----|--|--|
| g) | <p>Standard Operating Procedures (SOPs) für Diagnostik und Behandlungspfade:</p> <ul style="list-style-type: none">• Akute Herzinsuffizienz*• Chronische Herzinsuffizienz*• Entlassmanagement*• Herztransplantation*• Ventricular Assist Device* | |
|----|--|--|