

Formular "HFU-Klinik Zertifizierung" – Fragenkatalog

1 Federführender Antragsteller

a) Antragsteller

b) (falls abweichend) Verantw. Leiter der HFU-Klinik

c) Antragsdatum

d) Name Krankenhaus

e) Abteilung/Klinik

f) Straße

g) PLZ + Ort

h) Ansprechpartner

i) Mitgliedschaft Antragsteller:

<input type="checkbox"/>	DGK
<input type="checkbox"/>	BNK
<input type="checkbox"/>	DGTHG

j) Telefon

k) FAX

l) E-Mail

m) Homepage

MUSTER

2 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

a) Name des Krankenhausträgers

b) Art des Krankenhauses

- Universitätsklinik
- Kommunales Krankenhaus
- Frei gemeinnütziges Krankenhaus
- Private Trägerschaft
- Schwerpunktversorgung

c) Akadem. Lehrkrankenhaus

- Ja
- Nein

falls "Akadem. Lehrkrankenhaus" -
Name der Universität

d) Versorgungsstufe

- Maximalversorgung
- Regelversorgung
- Zentralversorgung
- Herzzentrum

e) Anzahl der Betten im gesamten
Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
(Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

f) Zahl der Fachabteilungen

g) Zahl der Institute

h) Zahl der Patienten des Krankenhauses im letzten Kalenderjahr

1. stationär

2. ambulant

i) Zahl der Patienten der Kardiologie im letzten Kalenderjahr

1. stationär

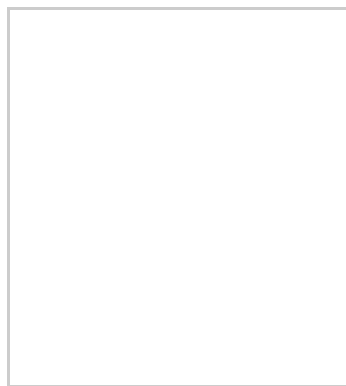
2. ambulant

j) Zahl der Patienten in der antragstellenden Fachabteilung (Kardiologie,
Herzchirurgie) im letzten Kalenderjahr

1. stationär

2. ambulant

Bemerkungen zum Kapitel:

An empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes or comments.

MUSTER

3 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten der HFU-Schwerpunktklinik

Personalstruktur Kardiologie:

a) Arztstellen

1. davon Oberärzte

2. davon Fachärzte

3. davon Assistenzärzte

b) MTA- und/oder Schwesternstellen

c) Anzahl der Kardiologen mit der
Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz in
der HFU

d) Weitere Personen (z.B. QM, Assistenz)

Bemerkungen zum Kapitel:

MUSTER

4 Struktur der HFU-Schwerpunktklinik

a) Kooperation mit einem Überregionalen HFU-Zentrum* Ja Nein

Anschrift und Ansprechpartner

b) Eine eigene HF-Ambulanz ist vorhanden* Ja Nein

Alternativ: Kooperation mit mindestens einer HFU-Schwerpunktpraxis oder einer kardiologischen Praxis Ja Nein

Anschrift und Ansprechpartner:

Bemerkungen zum Kapitel:

5 Personelle Gegebenheiten der HFU-Schwerpunktklinik

a) Das Zentrum wird von einem Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz geleitet*

Ja
 Nein

Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz
Name:

Alternativ: Das Zentrum wird von einem Facharzt für Herzchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet

Ja
 Nein

Facharzt für Herzchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
Name:

(Bei Leitung der HFU durch einen Facharzt für Herzchirurgie muss ein Kardiologe mit der Zusatzqualifikation vorgehalten werden)
Eine interdisziplinäre Leitung ist ebenfalls möglich

Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz
Name:

b) Mindestens 2 zertifizierte spezialisierte Herzinsuffizienzassistentinnen/-assistenten (32 h DGK-Curriculum19) oder spezialisierte Herzinsuffizienzschwestern/-pfleger*

Ja
 Nein

1. Name

2. Name

Bemerkungen zum Kapitel:

An empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes or comments.

MUSTER

6 Apparative und räumliche Ausstattung des HFU-Schwerpunktklinik

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

b) Diagnostikeinrichtungen in der Einheit

1. Langzeit-EKG*

- Ja
 Nein

2. Langzeit-Blutdruckgerät*

- Ja
 Nein

3. Belastungs EKG*

- 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. Interventionen an den
Koronararterien (z.B. Hochrisiko-
PTCA, Stent-Implantation) sind auf
einer 7 Tage- / 24 Stunden-Basis
durchführbar*

- Ja
 Nein

d) Möglichkeit zur Abfrage und
Programmierbarkeit gängiger
implantierbarer Schrittmacher-,
Defibrillator- und
Resynchronisationssysteme (24
Stunden / 7 Tage)*

- Ja
 Nein

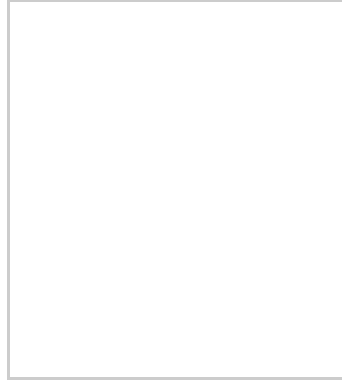
e) Es steht ein externer
Herzschrittmacher mit ständiger
Zugriffsmöglichkeit zur Verfügung
(eigenes Gerät)*

- Ja
 Nein

f) Verfügbarkeit eines Reanimations-
und Schockraums*

- Ja
 Nein

Bemerkungen zum Kapitel:



MUSTER

7 Kooperationen innerhalb des HFU-Schwerpunktklinik

a) Es ist eine Kardiologische Abteilung vorhanden* Ja
 Nein

b) Eine Intensivstation und/oder Intermediate Care Einheit mit Möglichkeit zur invasiven/nicht-invasiven Beatmung bzw. medikamentösen Kreislaufunterstützung ist vorhanden* Ja
 Nein

c) Intensivstation und/oder Intermediate Care Einheit

1. Leitung der Intensivstation und/oder Intermediate Care Einheit bzw. Verantwortlichkeit für die kardiologischen Patienten:

FA Kardiologie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und der persönlichen Anerkennung der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz Ja
 Nein

und / oder

FA Herzchirurgie und Zusatzbezeichnung Intensivmedizin*

Anmerkung: Der Leiter der Intensivstation muss nicht zwingend selbst die Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz besitzen

Bei Leitung durch einen Facharzt für Herzchirurgie muss ein Kardiologe mit der Zusatzqualifikation vorgehalten werden

2. Es sind mindestens 4 Liegeplätze für die intensivmedizinische Therapie von Patienten schwerer akuter Dekompensation oder mit fortgeschrittener bzw. terminaler Herzinsuffizienz vorhanden* Ja
 Nein

Invasives hämodynamisches Monitoring und nicht-invasive Beatmungsverfahren müssen an jedem Bettplatz eingesetzt werden können, ebenso wie Nierenersatz- oder Unterstützungsverfahren (wie Hämodialyse, Hämofiltration oder Ultrafiltration)

3. Hämodynamisches Monitoring pro Liegeplatz* Ja
 Nein

4. Invasive/Nichtinvasive Beatmungsgeräte* Ja
 Nein

5. Es besteht die 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

d) Notfalldienst, Notaufnahme, Intensiv-Station

1. Enge Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimationseinheit (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

Bemerkungen zum Kapitel:



MUSTER

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*

- eigene
- externe
- keine

2. Gastroenterologie*

- eigene
- externe
- keine

3. Nephrologie*

- eigene
- externe
- keine

4. Pneumologie (Pulmologie)*

- eigene
- externe
- keine

5. Psychiatrie-
/Psychologie/Psychosomatik*

- eigene
- externe
- keine

6. Neurologie*

- eigene
- externe
- keine

7. Radiologie*

- eigene
- externe
- keine

Bemerkungen zum Kapitel:



9 Weitere Voraussetzungen für eine HFU-Schwerpunktklinik

- a) Strukturiertes Entlassmanagement* Ja
 Nein

Dies kann durch eine eigene ambulante Struktur oder durch Kooperationen mit einer HFU-Schwerpunktpraxis bzw. einer kardiologischen Praxis erfolgen

Bei Kooperation, Anschrift und Ansprechpartner:

- b) Standard Operating Procedures (SOPS) für Diagnostik und Behandlungspfade* Ja
 Nein

1. Akute Herzinsuffizienz* Ja
 Nein

2. Chronische Herzinsuffizienz* Ja
 Nein

3. Entlassmanagement (strukturelle bzw. organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der lückenlosen poststationären Versorgung müssen beinhaltet sein)* 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

Bemerkungen zum Kapitel:

An empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes or comments.

MUSTER

▼ 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

1. TTE

2. TEE

d) Zahl der invasiven Prozeduren

1. Diagnostische Herzkatheter

2. Koronarinterventionen (PCI)

Bemerkungen zum Kapitel:

3. CRT/Bivent.-Implantationen

4. ICD-Implantationen

Bemerkungen zum Kapitel:

MUSTER

▼ 11 Unterlagen für das Audit

a) Urkunden/Zeugnisse folgende Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen, ggf. auch europäische Facharzturkunden*

1. Innere Medizin

2. Kardiologie

3. Intensivmedizin

4. Zertifikat Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

5. Zertifikat spezialisierte HI-Assistenz oder spezialisierte Herzinsuffizienzschwestern/-pfleger (mindestens 2 müssen vorgehalten werden)

b) Schriftlich. Kooperationsvereinbarung mit einem Überregionalen HFU-Zentrum*

c) Schriftlich. Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer HFU-Schwerpunktpraxis oder einer kardiologischen Praxis*

d) Nur bei externen Kooperation verpflichtend:

Schriftl. Kooperationsvereinbarungen

1. Nephrologie

2. Gastroenterologie

3. Pulmologie

4. Radiologie

5. Abdominal-Chirurgie

6. Neurologie

7. Psychiatrie/Psychosomatik/Psychologie

e) Auszug aus KH-Plan

(Versorgungsstufe, Bettenanzahl, Größe des Versorgungsgebiets

*

f) 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)

Alternativ: Stellungnahme zur Kooperation / Verzahnung

*

g) Bitte laden Sie die Dienstpläne der letzten 3 Monate (2. Woche im Monat) zu folgenden Kriterien hoch*

1. Es besteht die ständige Verfügbarkeit eines Kardiologen in Rufbereitschaft (24/7)

2. Ein Arzt ist ständig (24/7) vor Ort

h) Standard Operating Procedures (SOPs) für Diagnostik und Behandlungspfade

1. Akute Herzinsuffizienz*

2. Chronische Herzinsuffizienz*

3. Entlassmanagement (strukturelle bzw. organisatorische Maßnahmen zur Gewährleistung der lückenlosen poststationären Versorgung müssen beinhaltet sein)*

Bemerkungen zum Kapitel:
