

Formular "HFU-Zentrum Zertifizierung" – Fragenkatalog

▼ 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 Antragssteller

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 des Krankenhauses im letzten Kalenderjahr

1. Kardiologie

2. Herzchirurgie

3 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des HFU-Zentrums

Personalstruktur Kardiologie:

a) Arztstellen

1. davon Oberärzte

2. 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)

Personalstruktur Herzchirurgie:

e) Arztstellen

1. davon Oberärzte

2. davon Assistenzärzte

f) MTA- und/oder Schwesternstellen

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

MUSTER

4 Struktur des HFU-Zentrums

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

Alternativ:

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

Anschrift und Ansprechpartner:

- 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

Anschrift und Ansprechpartner:

- 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) 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

Facharzt für Kardiologie mit der Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz
Name:

Eine interdisziplinäre Leitung ist ebenfalls möglich

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

Ja
 Nein

1. Name:

2. Name:

c) Ggf. Herztransplantations- und/oder Ventricular Assist Device Koordinator (nur bei Vorhalten eines eigenen entsprechenden Programms)

Ja
 Nein

1. Name:

MUSTER

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*

- Ja
 Nein

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)

b) Diagnostikeinrichtungen in der Einheit

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

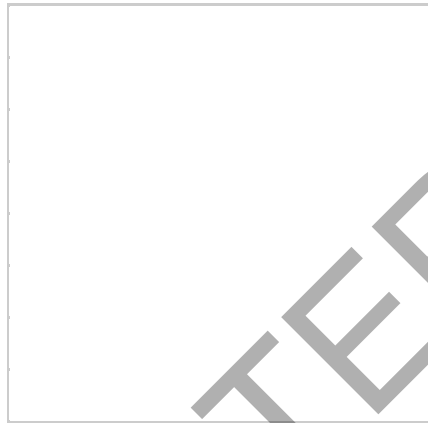
b) Es ist eine Herzchirurgische Abteilung
vorhanden* Ja
 Nein

Anmerkung: In einem überregionalen HFU-Zentrum muss eine institutionalisierte
Herzchirurgie am Haus vorhanden sein (am Standort)

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 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

*

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

Anmerkung: Der Leiter der Intensivstation und/oder Intermediate Care Einheit
muss nicht zwingend selbst die Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz besitzen.

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 Ja
pro Liegeplatz* Nein

4. Invasive/Nichtinvasive Ja
Beatmungsgeräte* Nein

5. Ständige Verfügbarkeit eines Ja
eigenen Notfallwagens inkl. Nein
Defibrillator*

6. Möglichkeit zur Hämodialyse Ja
(24/7)* 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. 24/7 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
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

▼ 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)

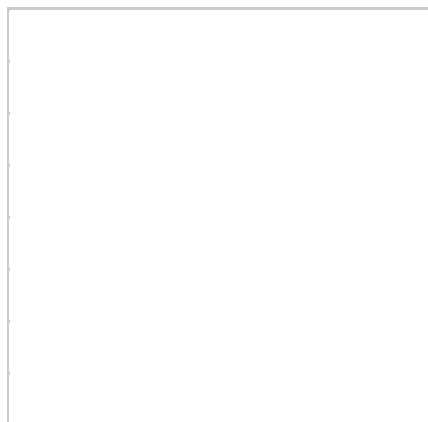
1. Abdominalchirurgie*	<input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine
2. Gastroenterologie*	<input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> externe <input type="checkbox"/> keine
3. Nephrologie*	<input type="checkbox"/> eigene <input type="checkbox"/> 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* Ja
 Nein

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

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* 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

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

3. Spiroergometrien

d) Zahl der invasiven Prozeduren

1. Diagnostischen Herzkatheter

2. Koronarinterventionen (PCI)

3. TAVI

4. Mitraclip

5. ECLS

6. VAD

7. CRT/Bivent

8. ICD

9. Biopsien

e) Zahl der elektrophysiologischen invasiven Untersuchungen

1. Diagnostische EPU

2. Ablationen

f) Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe bei HFU-Patienten

1. ACVB

2. Klappenersatz

3. Klappenrekonstruktion

4. HTX

MUSTER

▼ 11 Unterlagen für das Audit

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

1. Innere Medizin

2. Kardiologie

3. Intensivmedizin

4. Herzchirurgie

5. Zertifikat Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz

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

b) Schriftliche Kooperationsvereinbarung mit mindestens einer HFU-Schwerpunktpraxis oder einer kardiologischen Praxis

Bei externer Kooperation:

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

*

c) Schriftl. Kooperationsvereinbarungen (nur bei externen Kooperationen verpflichtend)

1. Abdominalchirurgie

2. Gastroenterologie

3. Nephrologie

4. Pneumologie (Pulmologie)

5. Psychiatrie-/Psychologie/Psychosomatik

6. Neurologie

7. Radiologie

8. Allgemein- und Gefäßchirurgie

9. Hämatologie

10. Palliativmedizin

11. Endokrinologie

12. überregionales EMAH-Zentrum

d) Auszug aus KH-Plan

(Versorgungsstufe, Bettenanzahl, Größe des Versorgungsgebiets)

*

e) 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

f) Nachweis einer engen Verzahnung zwischen dem lokalen Notfall- und Rettungssystem und der Intensiv- und Reanimationseinheit (24 Stunden /7 Tage), Internistische Konsilmöglichkeit (24 Stunden /7 Tage)

Alternativ: Stellungnahme zur Kooperation / Verzahnung

*

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

1. Akute Herzinsuffizienz*

2. Chronische Herzinsuffizienz*

3. Entlassmanagement*

4. Herztransplantation*

5. Ventricular Assist Device*
