

Formular "HFU ÜR-Zentrum EZ 1.3" – 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:

 DGK BNK 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

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

Hinweis: Der Kardiologe mit der Zusatzqualifikation muss nicht selbst die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin erworben haben. Eine Teilung der Leitung mit einem zweiten Kardiologen, der die Zusatzweiterbildung besitzt, ist möglich. In dem Fall muss belegt werden, dass die Verantwortung der kardiologischen Patienten bei den beiden angegeben Kardiologen liegt (Organigramm bzw. Bescheinigung des Leiters mit Bestätigung durch den Leiter der Intensivstation).

- Ja
Nein

Bitte laden Sie eine entsprechende Datei hier hoch.

*

Facharzt für Kardiologie Name:

mit folgenden Qualifikationen

- Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
persönliche Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz der DGK
Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und persönliche Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz der I

(optional) Facharzt für Kardiologie Name:

mit folgenden Qualifikation

- Zusatzweiterbildung Intensivmedizin
persönliche Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz der DGK
Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und persönliche Zusatzqualifikation Herzinsuffizienz der I

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

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 intraortale 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
-

MUSTER

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 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. 24/7 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
-

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

8. Allgemein- und Gefäßchirurgie* eigene
 externe
 keine

9. Hämatologie* eigene
 externe
 keine

10. Palliativmedizin* eigene
 externe
 keine

11. Endokrinologie* eigene
 externe
 keine

12. überregionales EMAH-Zentrum* eigene
 externe
 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

▼ 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

MUSTER

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*
