



- A Federführender Antragsteller und Zentrumspartner**
- 1. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**
 - 2. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des EMAH-Zentrums**
 - 3. Struktur des EMAH-Zentrums**
 - 4. Personelle Gegebenheiten des EMAH-Zentrums**
 - 5. Apparative und räumliche Ausstattung des EMAH-Zentrums**
 - 6. Kooperationen innerhalb des EMAH-Zentrums**
 - 7. Weitere Voraussetzungen für ein EMAH-Zentrum**
 - 8. Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres**
 - 9. Sonstige Unterlagen - Checkliste**
 - 10. Erfassung abschliessen**

Impressum/Copyright

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



A Federführender Antragsteller und Zentrumspartner

Antragsteller	
(falls abweichend) Verantw. Leiter des EMAH-Zentrums	
Antragsdatum	Antragsart
Antrag auf	<input type="radio"/> Überregionales Zentrum <input type="radio"/> Regionales Zentrum <input type="radio"/> Schwerpunktpraxis
Name Krankenhaus	
Abteilung/Klinik	
Strasse	
PLZ + Ort	
Ansprechpartner	
Mitgliedschaft Antragsteller	<input type="checkbox"/> DGK <input type="checkbox"/> DGPK <input type="checkbox"/> DGTHG
Telefon	
FAX	
E-Mail	
Homepage Antragsteller	

Fachrichtungsbezeichnung der engeren beteiligten Zentrumspartner (inkl. Adresse und ärztlicher Leitung):



1. Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

1. Name des Krankenhausträgers *
2. Art des Krankenhauses *
3. Akadem. Lehrkrankenhaus * Ja Nein
- 3a. falls "Akadem. Lehrkrankenhaus" - Name der Universität:
4. Versorgungsstufe *
5. Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):
*
6. Zahl der Fachabteilungen *
7. Zahl der Institute *
8. Zahl der Patienten des Krankenhauses
- stationär *
- ambulant *



2. Personalstruktur des EMAH-Zentrums

Zuordnung des EMAH-Zentrums

1. Personalstruktur:

			Vollzeit-Äquivalente
Arztstellen	* arbeiten für EMAH 100% - 75%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	* arbeiten für EMAH 75% - 50%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	* arbeiten für EMAH 50% - 25%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	* arbeiten für EMAH 25% - 0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MTA- und/oder Schwesternstellen	*	<input type="text"/>	
Sekretärinnen	*	<input type="text"/>	
Weitere	*	<input type="text"/>	

Bemerkungen:

MUSTER

1. Gibt es für das EMAH-Zentrum:

eine eigene Ambulanz

* Ja Nein

eigene Untersuchungsräume

* Ja Nein

ein eigenes Sekretariat

* Ja Nein

2. Das Zentrum wird von einem Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie oder einem Facharzt für Kinder-Kardiologie jeweils mit EMAH-Zusatzqualifikation und mindestens 5 Jahren Gesamterfahrung mit EMAH-Patienten geleitet.

Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie

* Ja Nein

Facharzt für Kinder-Kardiologie

* Ja Nein

Im Falle von zwei Kardiologen: Das Zentrum wird gemeinschaftlich geleitet

Ja Nein

3. Es besteht ein definierter Zugang:

... zu stationären Betten mit Regelung der ärztlichen Verantwortung des EMAH-Zentrumleiters

* Ja Nein

... zu einem Katheterlabor mit Regelung der ärztlichen Verantwortung des EMAH-Zentrumleiters bzw. eines in EMAH-Prozeduren erfahrenen interventionellen Kardiologen bzw. Kinderkardiologen

* Ja Nein

... zu Überwachungs- bzw. Intensivbetten mit geregelter Verantwortungsbefugnis durch das EMAH-Zentrum

* Ja Nein

4. Eine 7 Tage / 24h Möglichkeit zur Notfallversorgung von EMAH-Patienten ist gesichert und organisiert

* Ja Nein

Kurze Anmerkungen:

Empty box for notes.



4. Personelle Gegebenheiten des EMAH-Zentrums

1. Es ist zusätzlich zum Zentrumsleiter ein Erwachsenen- oder Kinderkardiologe mit der Zusatzqualifikation „EMAH“-Kardiologie im Zentrum vorhanden Ja Nein

2. Es ist ein Imaging-Spezialist mit Erfahrung in bildgebender Diagnostik (MRT, CT, Nuklearkardiologie usw) mit Erfahrung bei EMAH vorhanden * Ja Nein

3. Es ist ein Vertreter für den Imaging-Spezialisten vorhanden Ja Nein

4. Es steht ein interventioneller Kardiologe oder Kinderkardiologe mit einschlägiger Erfahrung mit EMAH zur Verfügung * Ja Nein

5. Es steht ein interventioneller Elektrophysiologe mit spezieller Erfahrung bei angeborenen Herzfehlern zur Verfügung Ja Nein

5a. Wenn nein, besteht eine Anbindung an ein auswärtiges elektrophysiologisches Zentrum? Ja Nein

Wenn Ja, bitte näher bezeichnen (Anschrift, Verantwortlicher):

6. Es steht ein Operateur (alternativ: Kardiologe) mit Kenntnissen und Erfahrungen mit der Implantation von elektrischen Geräten zur Verfügung?

Schrittmacher * Ja Nein

ICD * Ja Nein

Eventrekorder * Ja Nein

7. Es ist ein Facharzt für Herzchirurgie mit dem Zertifikat Chirurgie angeborene Herzfehler vorhanden * Ja Nein

8. Es ist ein gleichwertiger Vertreter (Facharzt für Herzchirurgie ohne Zertifikat, aber mit weitgehenden Erfahrungen) für den Chirurgen vorhanden Ja Nein

9. Es ist ein Anästhesist mit Erfahrung im Bereich angeborener Herzfehler vorhanden * Ja Nein

10. Es ist ein gleichwertiger Vertreter für den Anästhesisten vorhanden Ja Nein

11. Es ist eine Fachkraft für die psychosoziale Beratung von EMAH Patienten vorhanden * Ja Nein

12. Wie viele Kardiologen / Kinderkardiologen haben in diesem Zentrum die Zusatz-Qualifikation EMAH erlangt? (Bitte Anzahl angeben, keine=0) *



4. Personelle Gegebenheiten des EMAH-Zentrums

Kurze Bemerkungen:

MUSTER

1. Es stehen Einrichtungen für Langzeitmonitoring zur Verfügung:

Event-Recorder

* Ja Nein

24-h Langzeit-EKG

* Ja Nein

>24-h Langzeit-EKG

* Ja Nein

Langzeit-Blutdruck-Monitoring

* Ja Nein

2. Es steht ein Echokardiographiergerät (einschließlich multiplaner transoesophagealer Sonde) zur Verfügung

* Ja Nein

3. Es steht eine Spiroergometrie zur Verfügung

* Ja Nein

4. Es steht ein Cardio-CT zur Verfügung

* Ja Nein

5. Es steht ein Cardio-MRT zur Verfügung

* Ja Nein

6. Es stehen nuklearmedizinische Untersuchungsmethoden zur Verfügung

Ja Nein

7. Es steht ein Herzkatheterlabor mit biplaner Anlage für Diagnostik und interventionelle Behandlung zur Verfügung

* Ja Nein

8. Es steht ein Elektrophysiologielabor mit Durchleuchtung und Mappingsystem zur Lokalisationsdiagnostik und Ablationssystem zur Verfügung

* Ja Nein

Wenn Ja, bitte auswählen

biplan
 monoplan

9. Es steht ein OP für Schrittmacher-/ICD Implantation zur Verfügung

* Ja Nein

10. Es steht eine Schrittmacher-/ICD Ambulanz für Nachbetreuung zur Verfügung

* Ja Nein



5. Apparative und räumliche Ausstattung des EMAH-Zentrums

Bemerkungen:

MUSTER

6. Kooperationen innerhalb des EMAH-Zentrums

1. Es ist eine Kardiologische Abteilung und eine Intensivstation mit strukturierter Zusammenarbeit vorhanden * Ja Nein
2. Es ist eine Kinderkardiologische Abteilung mit strukturierter Zusammenarbeit vorhanden * Ja Nein
3. Es ist eine Herzchirurgische Abteilung mit strukturierter Zusammenarbeit vorhanden * Ja Nein
4. Es ist eine Elektrophysiologie mit strukturierter Zusammenarbeit vorhanden * Ja Nein
5. Es ist eine Herz-Transplantationseinheit vorhanden * Ja Nein
6. Es ist eine Herz-Lungentransplantationseinheit vorhanden * Ja Nein
7. Es ist eine Radiologie (konvent. Röntgen, Cardio-MRT und Cardio-CT) vorhanden * Ja Nein
- 7a. Modalitäten Radiologie * konvent. Röntgen
 Cardio-MRT
 Cardio-CT
8. Es ist eine Nuklearmedizin (SPECT, PET) vorhanden * Ja Nein

9. Es sind folgende kooperierende (klinikeigene) Abteilungen bzw. (externe) Anbindungen an solche Abteilungen vorhanden:

- Allgemeinchirurgie * eigene externe keine
- Angiologie (nicht-invasiv) * eigene externe keine
- Angiologie (invasiv) * eigene externe keine
- Gastroenterologie * eigene externe keine
- Endokrinologie * eigene externe keine
- Gynäkologie und Geburtshilfe * eigene externe keine
- Hämatologie * eigene externe keine
- HNO * eigene externe keine
- Humangenetik * eigene externe keine
- Mikrobiologie/Infektiologie * eigene externe keine
- Neurologie * eigene externe keine
- Neonatologie * eigene externe keine
- Nephrologie * eigene externe keine
- Ophthalmologie * eigene externe keine
- Orthopädie * eigene externe keine
- Pathologie * eigene externe keine
- Pneumologie * eigene externe keine
- Psychiatrie * eigene externe keine
- Psychosomatik * eigene externe keine
- Zahn-/Mund-/Kieferklinik * eigene externe keine
- Rehabilitationsmedizin * eigene externe keine
- Arbeits-/Sport-/Sozialmedizin * eigene externe keine

Externe Kooperationen bitte bei Audit vorlegen (s. Anlagensammlung)!



6. Kooperationen innerhalb des EMAH-Zentrums

Bemerkungen:

MUSTER



7. Weitere Voraussetzungen für ein EMAH-Zentrum

1. Es finden regelmäßige interdisziplinäre Patientenbesprechungen statt * Ja Nein
2. Es werden interne Fortbildungsveranstaltungen zum Bereich EMAH angeboten (Bitte Anzahl angeben - keine=0) *
3. Es werden externe Fortbildungsveranstaltungen zum Bereich EMAH angeboten (Bitte Anzahl angeben - keine=0) *
4. Es besteht eine Kooperation mit verschiedenen Patientenorganisationen (z.B. Herzkind e.V., JEMAH e.V., BVHK e.V., usw.) * Ja Nein
5. Es besteht ein Dokumentationssystem * Ja Nein
6. Teilnahme an nationaler Qualitätssicherung * Ja Nein
7. Das Zentrum führt Studien durch * Ja Nein
8. Das Zentrum nimmt an nationalen und internationalen Studien im Bereich EMAH teil (Bitte Anzahl angeben - keine=0) *
9. Das Zentrum nimmt an Aktivitäten des Kompetenznetzes Angeborene Herzfehler e.V. teil * Ja Nein
10. Das Zentrum ist Mitglied im Kompetenznetz Angeborene Herzfehler e.V. Ja Nein
11. Das Zentrum nimmt an der Qualitätssicherung Kinderkardiologie/-herzchirurgie teil Ja Nein
12. ... wie viele Patienten wurden im letzten Jahr gemeldet?



7. Weitere Voraussetzungen für ein EMAH-Zentrum

Bemerkungen:

MUSTER

1. Zahl der ambulanten EMAH-Patientenkontakte des vergangenen Kalenderjahres

Bitte nur die ersten 100 Patientenkontakte aus den letzten zwölf Monaten auswerten !

- ?
 1a. Anzahl Kategorie-1 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Congenital Heart Disease of Great Complexity) *
- ?
 1b. Anzahl Kategorie-2 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Congenital Heart Disease of Moderate Severity) *
- ?
 1c. Anzahl Kategorie-3 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Simple Congenital Heart Disease) *
- Gesamtzahl der betreuten Patienten *

2. Zahl der stationären Behandlungen von EMAH-Patienten (bitte Diagnosegruppen angeben):

- Die Gliederung erfolgt nach den 3 Kategorien des Anhangs (Warnes et al., JACC 2001) -

- ?
 2a. Anzahl Kategorie-1 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Congenital Heart Disease of Great Complexity) *
- ?
 2b. Anzahl Kategorie-2 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Congenital Heart Disease of Moderate Severity) *
- ?
 2c. Anzahl Kategorie-3 Patienten der letzten zwölf Monate
 (Types of Adult Patients With Simple Congenital Heart Disease) *

- 3. Zahl der Echokardiographien bei EMAH-Patienten *
- 4. Zahl der diagnostischen Herzkatheter bei EMAH-Patienten *
- 5. Zahl der Katheterinterventionen bei EMAH-Patienten *
- 6. Zahl der elektrophysiologischen invasiven Diagnostik und Interventionen / Ablationen
 - Alter < 18 Jahre *
 - Alter ≥ 18 Jahre *

Bitte bei der Angabe der ambulanten Patientenkontakte nicht die Anzahl der Patienten, sondern die Anzahl der Kontakte eingeben!

Bitte nicht nur die Zahl der Patienten pro Kalenderjahr angeben, sondern den einzelnen dort genannten Diagnosen zahlenmäßig zuordnen (als Anlage).

Bitte als Anlage eine Liste der einzelnen Katheterinterventionen bei EMAHs (≥18 Jahre) beifügen.

Bitte als Anlage eine Liste mit Zahl und Art der EPU's und Ablationen bei angeborenen Herzfehlern beifügen (aufgeteilt nach Alter <18 Jahre und ≥18 Jahre).

BITTE BEI DER AUFLISTUNG DER DIAGNOSEN DEN DATENSCHUTZ BEACHTEN !!



8. Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres

- 7.1. Zahl der Herzchirurgischen Primär-Eingriffe bei EMAH-Patienten *
- 7.2. Zahl der Herzchirurgischen Re-Eingriffe bei EMAH-Patienten *
- 7.3. Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe insgesamt
- 8.1. Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe bei angeborenen Herzfehlern mit HLM (jedes Lebensalter) *
- 8.2. Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe bei angeborenen Herzfehlern ohne HLM (jedes Lebensalter) *
- 8.3. Zahl der Herzchirurgischen Eingriffe bei angeborenen Herzfehlern insgesamt (jedes Lebensalter)

Bitte als Anlage zu den Herzchirurgischen Eingriffen auch die Nennung einer detaillierten Liste der durchgeführten Operationen beifügen.



8. Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres

Bemerkungen:

MUSTER

Sonstige Unterlagen, die für das Audit vorbereitet werden müssen

Hinweis für eine ERSTZERTIFIZIERUNG:

Bitte bereiten Sie die Unterlagen so vor, dass diese spätestens **vier** Wochen vor dem Audittermin als PDF an die DGK (zur Weiterleitung an die Gutachter) gesendet werden.

Am Tag des Audits sollte die Möglichkeit zur Projektion der PDF-Dateien gegeben sein, anhand derer die Unterlagen den Gutachtern vorgestellt werden. Die Unterlagen müssen identisch mit der Präsentation Vor-Ort sein.

Zum Audittermin müssen alle betroffenen Klinikdirektoren anwesend sein!

Hinweis für eine RE-ZERTIFIZIERUNG:

Im Falle einer Re-Zertifizierung wird erst nach Überprüfung aller Unterlagen entschieden, ob ein Audit stattfindet. Bitte reichen Sie bei einer Re-Zertifizierung die sonstigen Unterlagen zeitnah mit dem Abschluß der Dateneingabe ein.

zu Kapitel 3. Struktur des EMAH-Zentrums:

1. Kurze schriftliche Darstellung ggf. mit Kopie des Raumplans des Zentrums (Ambulanz, Untersuchungsräume, Sekretariat)
 - 3.1. Kurze schriftliche Definition des Zugangs zu den stationären Betten mit Regelung der ärztlichen Verantwortung des EMAH-Zentrumsleiters
 - 3.2. Kurze schriftliche Definition des Zugangs zu einem Katheterlabor mit Regelung der ärztlichen Verantwortung des EMAH-Zentrumsleiters bzw. eines in EMAH-Prozeduren erfahrenen interventionellen Kardiologen bzw. Kinderkardiologen
 - 3.3. Kurze schriftliche Definition des Zugangs zu Überwachungs- bzw. Intensivbetten mit geregelter Mitbetreuung durch das EMAH-Zentrum
4. Kurze schriftliche Darstellung der Sicherung und Organisation der 7 Tage/24 h Möglichkeit zur adäquaten Notfallversorgung von EMAH-Patienten

Bitte stellen Sie jeden Punkt auf max. ½ DinA4 Seite dar!

zu Kapitel 6. Kooperationen innerhalb des EMAH-Zentrums:

1. Bitte erstellen Sie eine kurze, zusammenfassende Darstellung der Struktur der Zusammenarbeit und Abläufe (max ½ DinA4-Seite)

zu Kapitel 7. Weitere Voraussetzungen für ein EMAH-Zentrum:

- Bitte legen Sie Terminlisten zu den interdisz. Patientenbesprechungen vor
- Bitte die Inhalte der internen und externen Fortbildungsveranstaltungen angeben, sowie die Punkte entsprechend dem Zertifikat der Ärztekammer
- Beschreibung der Kooperation mit Patientenorganisationen
- Erläuterung des Dokumentationssystem
- Schriftliche Bestätigung, dass eine externe Qualitätssicherung durchgeführt wird
- Darstellung der externen Qualitätssicherung
- Studienprogramm
- Beschreibung der Aktivitäten im Kompetenznetz Angeborene Herzfehler e.V.

zu Kapitel 8. Leistungszahlen des vorangegangenen Kalenderjahres:

- Die Fälle (ambulant, stationär, Herzkatheter, Interventionen, Elektrophysiologie, Operationen - getrennt nach Primär- und Re-Eingriffen sowie nach EMAH- und kinder-kardiolog. Patienten und nach Warnes-Klassifikation !! - sollten mit folgenden Angaben dargestellt werden:
 - Alter oder Geburtsdatum (Monat/Jahr)
 - Komplette Diagnose (keine ICD-Nummer) in Klartext
 - Art der Diagnostik oder Therapie
 - Therapie-Ergebnis bei Interventionen/Operationen
- Bitte nicht nur die Zahl der Patienten pro Kalenderjahr angeben, sondern den einzelnen dort genannten Diagnosen zahlenmäßig zuordnen (als Anlage).
- Bitte als Anlage eine Liste der einzelnen Katheterinterventionen bei EMAHs (≥ 18 Jahre) beifügen.
- Bitte als Anlage eine Liste mit Zahl und Art der EPU's und Ablationen bei angeborenen Herzfehlern beifügen (aufgeteilt nach Alter < 18 Jahre und ≥ 18 Jahre).
- Interventionen sind klar zu beschreiben:
Dilatationen, Stent-, Schirm-, Klappen-Implantationen mit Angabe der Lokalisation

BEI ALLEN AUFLISTUNGEN SIND DIE GRUNDSÄTZE DES DATENSCHUTZES ZU BEACHTEN !!

- Disease of Great Complexity
- Conduits, valved or nonvalved
- Cyanotic congenital heart (all forms)
- Double-outlet ventricle
- Eisenmenger syndrome
- Fontan procedure
- Mitral atresia
- Single ventricle (also called double inlet or outlet, common or primitive)
- Pulmonary atresia (all forms)
- Pulmonary vascular obstructive diseases
- Transposition of the great arteries
- Tricuspid atresia
- Truncus arteriosus/hemitruncus
- Other abnormalities of atrioventricular or ventriculoarterial connection not included above (i.e., crisscross heart, isomerism, heterotaxy syndromes, ventricular inversion)

- Aorto-left ventricular fistulae
- Anomalous pulmonary venous drainage, partial or total
- Atrioventricular canal defects (partial or complete)
- Coarctation of the aorta
- Ebstein's anomaly
- Infundibular right ventricular outflow obstruction of significance
- Ostium primum atrial septal defect
- Patent ductus arteriosus (not closed)
- Pulmonary valve regurgitation (moderate to severe)
- Pulmonic valve stenosis (moderate to severe)
- Sinus of Valsalva fistula/aneurysm
- Sinus venosus atrial septal defect
- Subvalvar or supra-valvar aortic stenosis (except HOCM)
- Tetralogy of Fallot
- Ventricular septal defect with:
 - Absent valve or valves
 - Aortic regurgitation
 - Coarctation of the aorta
 - Mitral disease
 - Right ventricular outflow tract obstruction
 - Straddling tricuspid/mitral valve
 - Subaortic stenosis

Native disease

- Isolated congenital aortic valve disease
- Isolated congenital mitral valve disease (e.g., except parachute valve, cleft leaflet)
- Isolated patent foramen ovale or small atrial septal defect
- Isolated small ventricular septal defect (no associated lesions)
- Mild pulmonic stenosis

Repaired conditions

- Previously ligated or occluded ductus arteriosus
- Repaired secundum or sinus venosus atrial septal defect without residua
- Repaired ventricular septal defect without residua



10. Erfassung abschliessen

Nach Abschluss der Dateneingaben bestätigen Sie Ihre Eingaben bitte mit der Taste „**Erfassung abschliessen**“ - danach werden Sie aus dem System ausgeloggt und Ihr Benutzerstatus wird auf „Lesen“ umgestellt - **ÄNDERUNGEN an dem Antrag sind dann NICHT mehr möglich**, Sie können jedoch jederzeit Ihren Antrag einsehen.

Ihre Daten werden geprüft und eine PDF-Datei für die Auditoren zusammengestellt, von der Sie eine Kopie per E-Mail erhalten.

Falls Sie noch Daten eingeben oder korrigieren wollen, klicken Sie bitte auf „Zurück zur Eingabe“!

SOLLTEN SIE INNERHALB 2-3 TAGEN KEINE BESTÄTIGUNG IHRER DATENERFASSUNG ERHALTEN
WENDEN SIE SICH BITTE AN DEN TECHNISCHEN SUPPORT: mail@fileteam.de

Zurück zur Eingabe

Erfassung abschliessen



**Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
- Herz- und Kreislaufforschung e.V.
Grafenberger Allee 100
40237 Düsseldorf**

**Tel.: 0211/600 692 0
FAX: 0211/600 692 10**

Mail: zertifizierung@dgk.org



Softwareentwicklung:

FileTeam GmbH, Soinstr. 2, 83098 Brannenburg, mail@fileteam.de

© 2017 Deutsche Gesellschaft für Kardiologie und FileTeam GmbH

Zurück