



### **A Antragsteller**

- 1. Personelle Gegebenheiten der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik**
- 2. Struktur der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik**
- 3. Kooperationen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik**
- 4. Apparative oder technische Leistungen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik**
- 5. Weitere Voraussetzungen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik**
- 6. Sonstige Unterlagen - Checkliste**
- 7. Erfassung abschliessen**

### **Impressum/Copyright**

Die mit "\*" gekennzeichneten Felder beziehen sich auf Informationen, die nicht erforderlich für die Zertifizierung sind. Wir möchten Sie dennoch bitten, diese zu beantworten.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text nur die grammatikalisch männliche Form verwendet, die sich stets auf beide natürliche Geschlechter bezieht.



## A Federführender Antragsteller und Zentrumspartner

Antragsteller	
Verantwortlicher EMAH-Arzt (falls abweichend)	
Antragsdatum	
Antrag auf	<input type="radio"/> EMAH-Schwerpunktpraxis <input type="radio"/> EMAH-Schwerpunktklinik
Name Praxis/Klinik	
Abteilung	
Strasse	
PLZ + Ort	
Ansprechpartner	
Telefon	
FAX	
E-Mail	
Homepage Antragsteller	*



## 1. Personelle Gegebenheiten der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

1. Name des Kardiologen mit der Zusatzqualifikation „EMAH-Kardiologe“

2. Ist dieser ein Erwachsenenkardiologe?

Ja  Nein

3. Ist dieser ein Kinderkardiologe?

Ja  Nein

4. Ausstellungsdatum der Zusatzqualifikation

5. Gibt es weitere Erwachsenenkardiologen?  
(mit und ohne Zusatzqualifikation)

\*  Ja  Nein

5. Gibt es weitere Kinderkardiologen?  
(mit und ohne Zusatzqualifikation)

\*  Ja  Nein

### Bitte beachten Sie:

Das EMAH-Zertifikat für Schwerpunktpraxen/-kliniken ist für eine Praxis/Klinik nur solange gültig, wie ein Kardiologe/Kinderkardiologe mit der Zusatzqualifikation „EMAH-Kardiologe“ vorhanden ist und verantwortlicher und entscheidungsbefugter Mitarbeiter oder Leiter ist.

Eine Veränderung in der Personalstruktur ist der Zertifizierungsstelle (Geschäftsstelle der DGK) **umgehend** mitzuteilen.



## 2. Struktur der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

1. Beschreiben Sie bitte die Struktur Ihrer Einrichtung (Schwerpunktklinik oder -praxis) z.B. seit wann diese Aktivität besteht, wo wurde die Kompetenz erworben, wer ist zuständig, wie sind die Abläufe etc.

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

MUSTER

2. Im Falle der Beantragung einer Schwerpunktklinik, ist die kardiologische Abteilung zur vollen Weiterbildung für Kardiologie zugelassen?

Ja  Nein



## 2. Struktur der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

### 3. EMAH-Schwerpunktklinik/-praxis:

Bitte geben Sie die Diagnosen der ambulanten (im Falle einer Praxis) bzw. der stationären Patienten (im Falle einer Klinik) bei den betreuten EMAH-Patienten aus dem letzten Kalenderjahr an (geordnet nach Warnes: Zahl, Diagnosen und Alter).

Bitte senden Sie die Diagnosenliste als separate Anlagen an folgende Mailanschrift: [zertifizierung@dgk.org](mailto:zertifizierung@dgk.org)

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

4. Im Falle der Beantragung einer Schwerpunktklinik: Werden neben der stationären Versorgung von EMAH-Patienten auch ambulante Patienten versorgt?

\*  Ja  Nein

5. Falls dies zutrifft, Ihre Klinik also eine Zulassung zur ambulanten Versorgung hat, geben Sie nach gleichem Muster zusätzlich die Leistungszahlen für ambulante Patienten an, ebenfalls geordnet nach der Einteilung von Warnes.

Bitte senden Sie die Diagnosenliste als separate Anlagen an folgende Mailanschrift: [zertifizierung@dgk.org](mailto:zertifizierung@dgk.org)

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !



## 2. Struktur der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

6. Sind Sie Mitglied im Kompetenznetz Angeborene Herzfehler?

\*  Ja  Nein

Bemerkungen:

MUSTER



### 3. Kooperationen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

---

1. Im Falle der Beantragung einer Schwerpunktpraxis, besteht eine Kooperation/Vernetzung mit einem regionalen Kollegen in der Kinderkardiologie bzw. Kardiologie?

\*  Ja  Nein

2. EMAH-Schwerpunktklinik/-praxis: beschreiben Sie die regionale Kooperation/Vernetzung.

Mit wem arbeiten Sie zusammen (Name und Anschrift), wie läuft die Zusammenarbeit ab (vor Ort Treffen, Telefonkonferenzen, seit wann, wie oft etc.), Beschreibung der Fälle.

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

MUSTER



### 3. Kooperationen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

3. Besteht eine Kooperation mit einem zertifizierten Überregionalen EMAH-Zentrum?

Ja  Nein

**Bitte legen Sie eine Bestätigung über die Kooperation mit dem überregionalen EMAH-Zentrum, bevorzugt eine Kooperationsvereinbarung bei.**

4. Beschreiben Sie die Kooperation mit dem Überregionalen EMAH-Zentrum:

Mit wem arbeiten Sie dort zusammen (Name und Anschrift), wie läuft die Zusammenarbeit ab (vor Ort Treffen, Telefonkonferenzen, seit wann, wie oft etc.), Beschreibung der Fälle.

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

MUSTER





### 3. Kooperationen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

---

5. Besteht eine Kooperation mit einer weiteren Herzchirurgie außerhalb des zertifizierten Überregionalen EMAH-Zentrums ?

\*  Ja  Nein

6. Beschreiben Sie die Kooperation mit dieser Herzchirurgie:

Mit wem arbeiten Sie dort zusammen (Name und Anschrift), wie läuft die Zusammenarbeit ab (vor Ort Treffen, Telefonkonferenzen, seit wann, wie oft etc.), Beschreibung der Fälle.

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

MUSTER



### 3. Kooperationen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

---

Bemerkungen:

MUSTER



1. Es stehen Einrichtungen oder Apparate zur Verfügung für:

- 1.1. EKG  Ja  Nein
- 1.2. Langzeit EKG  Ja  Nein
- 1.3. Belastungs-EKG  Ja  Nein
- 1.4. Langzeit-Blutdruckmessung  Ja  Nein
- 1.5. Echo  Ja  Nein
- 1.6. TEE  Ja  Nein
- 1.7. Ergometrie  Ja  Nein
- 1.8. Event-Recorder  Ja  Nein
- 1.9. Besteht Zugang zu einem MRT in Zusammenarbeit mit Radiologen/Kardiologe mit Erfahrung bei angeborenen Herzfehlern?  Ja  Nein

Kurze Anmerkungen:

MUSTER



2. Bitte geben Sie die Leistungszahlen der echokardiographischen und MRT-Untersuchungen bei den betreuten EMAH-Patienten aus dem letzten Kalenderjahr an.

(geordnet nach Warnes)

Bitte erläutern Sie die Angaben auf max. ½ DinA4 Seite !

MUSTER





### Vorbereitungen, die für das Audit getroffen werden müssen:

- 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 sein mit den Unterlagen Vor-Ort.  
(nur bei Schwerpunktkliniken)
- Die EMAH-verantwortlichen Ärzte und ggf. deren Vertreter müssen beim Audit anwesend sein.
- Es muss die Möglichkeit zur Besichtigung der relevanten Kliniks- bzw. Praxisräume bestehen.
- Vorlage von 5 -10 Patientenunterlagen aus dem letzten Kalenderjahr
- Demonstration von Dokumentation und Qualitätssicherung

### Unterlagen, die zum Audit bereitgestellt werden müssen:

Bitte legen Sie eine Bestätigung über die Kooperation mit dem überregionalen EMAH-Zentrum bevorzugt eine Kooperationsvereinbarung vor.

#### Kooperationen

- a) der EMAH-Schwerpunktlinik:  
mit überregionalem EMAH-Zentrum (Kardiologie, Kinder-Kardiologie, Herzchirurgie) und EMAH-Schwerpunktpraxen
- b) der EMAH-Schwerpunktpraxis:  
mit EMAH-Schwerpunktlinik bzw. überregionalem EMAH-Zentrum und ggf. Kinderkardiolog. Praxis

### Weitere Voraussetzungen für eine EMAH-Schwerpunkt-klinik/-praxis:

- Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
- Für **Kliniken** zusätzlich: Internes Weiterbildungsprogramm
- Beschreibung der Kooperation mit Patientenorganisationen
- Welche Vorkehrungen wurden für die Versorgung von Notfällen getroffen?
- Darstellung des Dokumentationssystem
- Darstellung der externen Qualitätssicherung
- Beschreibung der Aktivitäten im Kompetenznetz Angeborene Herzfehler e.V. (sofern existierend)

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