

Formular "EMAH-Klinik/Praxis Zertifizierung" – Fragenkatalog

A Antragsteller

Antragsteller*

Verantwortlicher EMAH-Arzt
(falls abweichend)

Antragsdatum

Antrag auf

Name Praxis/Klinik

Abteilung

Straße

PLZ

Ort

Ansprechpartner

Telefon

FAX

E-Mail

Homepage Antragsteller*

MUSTER

▼ 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

6. 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.

MUSTER

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.

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

Ja

Nein

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

6. Sind Sie Mitglied im Kompetenznetz Ja
Angeborene Herzfehler?* 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.

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.

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.

Bemerkungen:

MUSTER

4 Apparative oder technische Leistungen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

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/Kardiologie mit Erfahrung bei angeborenen Herzfehlern?

- Ja
 Nein

2. Bitte geben Sie die Leistungszahlen der echokardiographischen und MRT-Untersuchungen bei den betreuten EMAHPatienten aus dem letzten Kalenderjahr an.
(geordnet nach Warnes)

--

Kurze Anmerkungen:

--

5 Weitere Voraussetzungen der EMAH-Schwerpunktpraxis/-klinik

1. Im Falle der Beantragung einer Schwerpunktpraxis: Besteht eine spezielle, zeitlich definierte EMAH-Sprechstunde? Ja Nein

2. In Schwerpunktkliniken: gibt es einen festen EMAH-Ambulanztermin? Ja Nein

3. Sind Sie bereit, an nationalen und internationalen Registern teilzunehmen? Ja Nein

Wenn "Ja", an welchen (*):

4. Sind Sie bereit, an geeigneten multizentrischen Studien teilzunehmen? Ja Nein

Wenn "Ja", an welchen (*):

5. Nehmen Sie an Maßnahmen der Qualitätssicherung teil? Ja Nein

Wenn "Ja", an welchen (*):

Kurze Bemerkungen:

MUSTER

6 Sonstige Unterlagen - Checkliste

Unterlagen zum Audit

Vorbereitungen, die für das Audit getroffen werden müssen:

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

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)

MUSTER