

Formular "CPU (nach Addendum)" – Fragenkatalog

▼ A Federführender Antragsteller und Zentrumspartner

Antragsteller*

(falls abweichend) Verantw. Leiter der CPU

Antragsdatum*

Name Krankenhaus*

Abteilung/Klinik*

Strasse*

PLZ + Ort*

Ansprechpartner*

Mitgliedschaft Hauptantragsteller DGK*

☐ Ja
☐ Nein

Telefon*

Fax

E-Mail*

Homepage Antragssteller

Fachrichtungsbezeichnung der stationären Zentrumspartner aus den Bereichen Herzchirurgie, Intensivtherapie und Radiologie (inkl. Adresse und ärztlicher Leitung):

Hinweis: Bitte geben Sie hier nur die Namen der entsprechenden Kooperationspartner an. Die Kooperationsvereinbarungen laden Sie bitte im Kapitel "Unterlagen für das Audit" hoch.*

Bemerkungen:

▼ 1 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Name des Krankenhausträgers*

Art des Krankenhauses*

Akadem. Lehrkrankenhaus*

- ☐ Ja
☐ Nein

falls "Akadem. Lehrkrankenhaus" - Name der Universität

Versorgungsstufe*

- ☐ Maximalversorgung
☐ Regelversorgung
☐ Zentralversorgung
☐ Herzzentrum

Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109
SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres):*

Kardiologische Fachabteilung*

- ☐ Ja
☐ Nein

▼ 2 Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten der CPU

Integration in Regionalplan / Infarktnetzwerk *

- ☐ Ja
☐ Nein

2.1 Anzahl der Betten

Anzahl Betten Kardiologie *

Anzahl Betten Intensivstation *

Anzahl Betten IMC-Station *

Anzahl Betten CPU*

2.2 Transferzeiten (in Minuten)

Von CPU zu allgemeine Notaufnahme *

Von CPU zu Intensivstation *

Von CPU zu Herzkatheterlabor *

2.3 Größe des Versorgungsgebietes

Einwohner *

▼ 3 Räumliche Voraussetzungen der CPU

Es besteht ein definierter CPU-Bereich (entweder als eigene Einheit oder innerhalb einer Notaufnahme)

Hinweis:

Der Bereich der CPU muss exakt definiert und als CPU ausgewiesen sein. Eine entsprechende Beschilderung muss vorhanden sein.*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es liegen mindestens 4 Überwachungsplätze bzw. zusätzlich 1/50.000 Patienten im Versorgungsgebiet vor *

- ☐ Ja
☐ Nein

Die CPU ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar*

- ☐ Ja
☐ Nein

Die Einrichtung verfügt über ein Herzkatheterlabor*

- ☐ Ja
☐ Nein

Das Herzkatheterlabor ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar (Abmeldung nur aus apparativ-technischen Gründen)*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es liegt ein Ausfallkonzept für das Herzkatheterlabor vor (Abmeldung nur aus apparativ-technischen Gründen)*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es ist ein Schockraum in der Einrichtung vorhanden*

- ☐ Ja
☐ Nein

Enge Verzahnung mit Reanimations-/ und Notfallkonzept*

- ☐ Ja
☐ Nein

≥4 interventionelle Kardiologen mit ausgewiesener Erfahrung und regelmäßigem, dokumentiertem Einsatz im Herzkatheterlabor inklusive Notfallversorgung *

- ☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen:

--

▼ 4 Apparative Voraussetzungen der CPU

Ein EKG-Gerät mit Registrierung von 12 Ableitungen ist ständig verfügbar *

☐ Ja
☐ Nein

Nichtinvasive Blutdruckmessung pro Liegeplatz ist verfügbar*

☐ Ja
☐ Nein

Transthorakale Echokardiographie kann vor Ort an 365 Tagen / 24 Stunden, mit einer Alarmierungszeit von < 30 Minuten durchgeführt werden*

☐ Ja
☐ Nein

Transösophageale Echokardiographie kann an 365 Tage / 24 Stunden, mit einer Alarmierungszeit < 30 Minuten durchgeführt werden*

☐ Ja
☐ Nein

Rhythmusmonitoring ist pro Liegeplatz verfügbar*

☐ Ja
☐ Nein

Ein vollausgestatteter Notfallwagen inkl. Defibrillator ist ständig verfügbar*

☐ Ja
☐ Nein

Ein Transportmonitor ist ständig verfügbar (z.B. von der Intensivstation) *

☐ Ja
☐ Nein

Ein Transportbeatmungsgerät ist ständig verfügbar (z.B. von der Intensivstation) *

☐ Ja
☐ Nein

Nachfolgende Parameter sind über ein 24-Stunden-Notfalllabor mit einer Turn-around-Time von 45-60 Minuten ständig verfügbar: Kleines Blutbild, Troponin T oder Troponin I quantitativ, Elektrolyte, Kreatinin, CRP, Glukose, Gerinnungsstatus, D-Dimere*

☐ Ja
☐ Nein

Falls nein: Ein POCT-Gerät ist für folgende Parameter ständig verfügbar: Troponin T oder Troponin I quantitativ

☐ Ja
☐ Nein

Eine Blutgasanalyse ist mit einer Turn-around-time von < 15 Minuten ständig verfügbar*

☐ Ja
☐ Nein

Es besteht eine ständige Zugriffsmöglichkeit auf einen externen Herzschrittmacher (z.B. von der Intensivstation)*

☐ Ja
☐ Nein

Belastungstest (Ergometrie, Stress-Echo, Stress-Szintigraphie, Stress-MR, CT) können innerhalb von 3 Werktagen durchgeführt werden *

☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen:

--

▼ 5 Diagnostische Maßnahmen der CPU

Es wird kardiale Labordiagnostik durchgeführt (Troponin T oder Troponin I): ESC 0/1h, ESC 0/2 h, falls validierter hsTn Assay vorhanden; ESC 0/3 h, falls hsTn Assay vorhanden; 0/6 - 9 Stunden falls kein hsTn Assay vorhanden

Hinweis: Grundsätzlich wird weiterhin der ESC-0/1h- oder ESC-0/2h-Algorithmus empfohlen. Sofern nicht möglich, kann alternativ der ESC-0/3h-Algorithmus verwendet werden. Im Fall, dass durch eine zweite Bestimmung von hsTn kein „rule-out“ oder „rule-in“ möglich ist („Observationszone“) sollte eine zusätzliche Bestimmung von hsTn zum Zeitpunkt 3h nach der initialen Bestimmung des hsTn erfolgen*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es wird eine Bestimmung von Elektrolyten, Kreatinin, Blutbild, CRP, Gerinnungsstatus bei Aufnahme und D-Dimeren bei Indikation durchgeführt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Ein 12-Kanal-EKG wird innerhalb von < 10 Minuten angefertigt und ausgewertet (V3r, V4r bei inferiorem MI; V7 bis V9 Erstregistrierung)*

- ☐ Ja
☐ Nein

EKGs werden zu den Zeitpunkten 0 -3 - 6 Stunden sowie zusätzlich nach Schmerzereignis durchgeführt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Ein transthorakales Echokardiogramm wird bei allen Patienten ACS oder anderer klinischer Indikation an 365 Tagen / 24 Stunden durchgeführt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Belastungstests nach Ausschluss ACS werden bei allen Patienten (vorzugsweise in Kooperation mit Partnern im niedergelassenen Bereich) zeitnah durchgeführt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Eine Sonographie ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar*

- ☐ Ja
☐ Nein

GRACE-Score ist kalkulierbar*

- ☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen:

--

Es bestehen Algorithmen für:

ST-Hebungsinfarkt (angekündigt) *

☐ Ja
☐ Nein

ST-Hebungsinfarkt (unangekündigt)*

☐ Ja
☐ Nein

Nicht-ST-Hebungsinfarkt *

☐ Ja
☐ Nein

Instabile Angina pectoris*

☐ Ja
☐ Nein

Hypertensive Entgleisung*

☐ Ja
☐ Nein

Akutes Aortensyndrom*

☐ Ja
☐ Nein

Kardiogener Schock*

☐ Ja
☐ Nein

Reanimation*

☐ Ja
☐ Nein

ICD-Entladung*

☐ Ja
☐ Nein

SM-Fehlfunktion *

☐ Ja
☐ Nein

Vorhofflimmern*

☐ Ja
☐ Nein

Strukturierte Triage (z.B. ESI Score)*

☐ Ja
☐ Nein

Chronisches Koronarsyndrom*

☐ Ja
☐ Nein

Kardialer Thoraxschmerz*

☐ Ja
☐ Nein

Akute Lungenembolie

Hinweis:

Eine verpflichtende Risikostratifizierung mittels eines etablierten Scores z.B. Pulmonary Embolism Severity Score (PESI) oder simplified Pulmonary Embolism Severity Score (sPESI) sowie die Notwendigkeit eine interventionelle Therapie als Option bei der Behandlung der Lungenembolie muss dargestellt werden. Die Darstellung der Behandlungsoptionen erfordert in Abhängigkeit der lokalen Voraussetzungen die Integration möglicher Kooperationspartner wie z.B. eines interdisziplinären PERT Teams*

- ☐ Ja
☐ Nein

Jeder ST-Streckenhebungsinfarkt wird innerhalb von min. first medical contact (FMC) bis wire crossing-time bzw. entsprechend aktuell gültiger Leitlinie therapiert*

- ☐ Ja
☐ Nein

Jeder NSTEMI/IAP mit höchstem Risiko wird umgehend, mit hohem Risiko (GRACE>140) innerhalb von 24 Stunden, mit geringem Risiko innerhalb von 72 Stunden bzw. entsprechend aktuell gültiger Leitlinie therapiert*

- ☐ Ja
☐ Nein

Der Leiter der CPU ist mit der Triage in der zentralen Notaufnahme einverstanden*

- ☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen:

Hinweis: Bitte beachten Sie bei der Ausgestaltung der SOPs die Kriterien, die im Positionspapier und im CPU Addendum beschrieben sind

▼ 7 Kooperationsanforderungen und - partner der CPU

Der Transfer in eine Allgemeininternistische Notaufnahme ist an 365 Tagen / 24 Stunden möglich*

☐ Ja
☐ Nein

Die Transferzeit beträgt < 5 Minuten *

☐ Ja
☐ Nein

Die Einrichtung ist in den Regionalplan für den Rettungsdienst für das ACS aufgenommen*

☐ Ja
☐ Nein

Bei präklinischer STEMI-Diagnose Direktanfahrt in Herzkatheterlabor *

☐ Ja
☐ Nein

Eine Intensivstation ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar*

☐ Ja
☐ Nein

Die Transferzeit zur Intensivstation beträgt < 15 Minuten*

☐ Ja
☐ Nein

Die Transferzeit in das Herzkatheterlabor beträgt < 15 Minuten*

☐ Ja
☐ Nein

Ein Röntgen-Thorax kann an 365 Tagen / 24 Stunden durchgeführt werden*

☐ Ja
☐ Nein

Ein CT kann an 365 Tagen / 24 Stunden durchgeführt werden*

☐ Ja
☐ Nein

Es bestehen Kooperationen mit:

Einer Gefäßchirurgie*

☐ Ja
☐ Nein

Einer Herzchirurgie*

☐ Ja
☐ Nein

Niedergelassenen Kardiologen*

☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen und kurze Beschreibung evtl. Kooperationen:

▼ 8 Ausbildungsvoraussetzungen des Personals der CPU

Es besteht eine Arztpräsenz an 365 Tagen / 24 Stunden*

- ☐ Ja
☐ Nein

Die zuständigen Ärzte haben mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung, ausreichende Intensivfahrung und ausreichende Echokardiographieerfahrung*

- ☐ Ja
☐ Nein

Ein kardiologischer Facharzt ist an 365 Tage / 24 Stunden in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es besteht eine Präsenz durch Pflegepersonal mit spezieller CPU Schulung

Empfehlungen für Inhalte:

https://cpu.dgk.org/files/2016/10/Empfehlung_interne_Schulungsinhalte_CPU-Pflegepersonal.pdf*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es finden z.B. CPU-Training Teamgespräche, Fallkonferenzen, M&M Konferenzen mindestens 2 x jährlich statt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Reanimationstraining (Advanced Life Support) bei Eintritt in den CPU Dienst, mindestens 1 x jährlich*

- ☐ Ja
☐ Nein

Die CPU wird durch einen Kardiologen geleitet*

- ☐ Ja
☐ Nein

Feedbackmechanismen für Qualität der Diagnostik und Therapie*

- ☐ Ja
☐ Nein

Es wird mind. eine jährliche Informationsveranstaltung zur Information der Bevölkerung rund um das Thema Brustschmerz und dessen Abklärung im CPU-Geschehen durchgeführt*

- ☐ Ja
☐ Nein

Bemerkungen:

Einzureichende Unterlagen:

Hinweis:

Bitte laden Sie die geforderten Dokumente nach eigenem Ermessen hoch.

Sollte während der Begutachtung durch die Gutachter noch Klärungsbedarf bestehen, werden diese sich direkt mit Ihnen abstimmen.

Ggf. müssen Unterlagen im Anschluss des Audits nachgereicht werden.

Urkunden/Zeugnisse über folgende Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen, ggf. auch europäische Facharzturkunden:*

Innere Medizin und Kardiologie

Intensiv- und Notfallmedizin

Schriftliche Kooperationsvereinbarungen:

- Herzchirurgie, Gefäßchirurgie
- Intensivtherapie
- Radiologie
- Niedergelassene Kardiologen*

Auszug aus KH-Plan

(Versorgungsstufe, Bettenanzahl, Größe des Versorgungsgebiets)*

Nachweis Integration in Regionalplan / Infarktnetzwerk bzw. Nachweis der Einbindung in bestehende Notfallstrukturen*

Nachweis eines Ausfallkonzepts für das Herzkatheterlabor (Abmeldung nur aus apparativ-technischen Gründen)*

Reanimations-/Notfallkonzept: Nachweis einer engen Verzahnung mit Reanimations-/ und Notfallkonzept des Hauses*

Facharzturkunden der 4 interventionellen Kardiologen mit ausgewiesener Erfahrung und regelmäßigem, dokumentiertem Einsatz im Herzkatheterlabor inklusive Notfallversorgung*

Dienstpläne der letzten 3 Monate (2. Woche im Monat)*

Bescheinigungen des Leiters der CPU, dass folgende Kriterien erfüllt werden:

- Die CPU ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar
- Das Herzkatheterlabor ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar
- 4 interventionelle Kardiologen mit ausgewiesener Erfahrung und regelmäßigem Einsatz im Herzkatheterlabor
- Transthorakale Echokardiographie kann vor Ort an 365 Tagen / 24 Stunden, mit einer Alarmierungszeit <30 Minuten durchgeführt werden
- Transösophageale Echokardiographie kann an 365 Tagen / 24 Stunden, mit einer Alarmierungszeit von <30 Minuten durchgeführt werden
- Nachfolgende Parameter sind über ein 24-Stunden-Notfalllabor mit einer Turn-around-Time von 45-60 Minuten ständig verfügbar: Kleines Blutbild, Troponin T oder Troponin I quantitativ, Elektrolyte, Kreatinin, CRP, Glukose, Gerinnungsstatus, D-Dimere
- Belastungstest (Ergometrie, Stress-Echo, Stress-Szintigraphie, Stress-MR, CT) können innerhalb von 3 Werktagen durchgeführt werden
- Eine Sonographie ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar
- Die Bestimmung eines etablierten Scores, z.B. des GRACE-Scores, wird für die Prognosebeurteilung in Betracht gezogen
- Der Leiter der CPU ist mit der Triage in der zentralen Notaufnahme einverstanden
- Der Transfer in eine Allgemeininternistische Notaufnahme ist an 365 Tagen / 24 Stunden
- Die Transferzeit zur CPU beträgt < 5 Minuten
- Eine Intensivstation ist an 365 Tagen / 24 Stunden verfügbar
- Die Transferzeit zur Intensivstation beträgt < 15 min
- Die Transferzeit in das Herzkatheterlabor beträgt < 15 min
- Ein Röntgen-Thorax kann an 365 Tagen / 24 Stunden durchgeführt werden
- Ein CT kann an 365 Tagen / 24 Stunden durchgeführt werden
- Es besteht eine Arztpräsenz an 365 Tagen / 24 Stunden
- Die zuständigen Ärzte haben mindestens 2 Jahre internistische/kardiologische Berufserfahrung
- Ausreichende Intensivverfahren und ausreichende Echokardiographieerfahrung
- Ein kardiologischer Facharzt ist an 365 Tagen / 24 Stunden in Rufbereitschaft, Alarmierung < 30 Minuten*

Diagnostische und therapeutische Algorithmen

- ST-Hebungsinfarkt (angekündigt)
- ST-Hebungsinfarkt (unangekündigt)
- Nicht-ST-Hebungsinfarkt
- Instabile Angina pectoris
- Stabile Angina pectoris
- Hypertensive Entgleisung
- Akute Lungenembolie
- Akutes Aortensyndrom
- Kardiogener Schock
- Reanimation
- ICD-Entladung
- SM-Fehlfunktion
- Vorhofflimmern
- Strukturierte Triage (z.B. ESI Score)
- Chronisches Koronarsyndrom*

Nachweis der letzten speziellen CPU-Schulung für das Pflegepersonal

Empfehlungen für Inhalte:

https://cpu.dgk.org/files/2016/10/Empfehlung_interne_Schulungsinhalte_CPU-Pflegepersonal.pdf

Training: Nachweis von mind. 2 der folgenden Trainingskonzepte im letzten Jahr: CPU-Training, Teamgespräche, Fallkonferenzen, M&M Konferenzen (Durchführung mindestens 2 x jährlich)*

Nachweis eines Reanimationstrainings im letzten Jahr (Advanced Life Support)*

Nachweis von Feedbackmechanismen für Qualität der Diagnostik und Therapie

Bitte laden Sie Nachweise im Bereich der Qualitätssicherung hoch, welche die Ergebnisse und die Qualität der Behandlung und Diagnostik widerspiegeln. Alternativ können Sie zu dem Punkt eine kurze Stellungnahme hochladen.

Beispiele für Feedbackmechanismen als Qualitätssicherung:

- Feedback von Notärzten, dass eine gute Versorgung sichergestellt ist
 - Feedback von Zuweisern
 - Feedback von Patienten, Zufriedenheitsbögen*
-

Nachweis der Weiterbildungsermächtigung (optional)

Nachweis von mind. einer jährlichen Informationsveranstaltung zur Information der Bevölkerung rund um das Thema Brustschmerz und dessen Abklärung im CPU-Geschehen (Differenzialdiagnostik des Thoraxschmerz inkl. Nutzen und Aufgabe einer CPU), fakultativ die Vermittlung von Frühsymptomen inklusive deren richtige Einordnung und Erstreaktion mit Laienzertifizierungsoption.

Bitte laden Sie einen Nachweis der letzten Veranstaltung hoch (z.B. Flyer)

Hinweise:

Als Vorbild einer solchen Aufklärungskampagne fungiert das Early-Heart-Attack-Care-Programm des American College of Cardiology.

Wenn eine entsprechende Informationsveranstaltung noch nicht initiiert wurde, laden Sie hier bitte eine Stellungnahme hoch, wie dieses Kriterium in diesem Jahr umgesetzt wird.

Bemerkungen:
