**Erhebungsbogen**

**Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL**

der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)  
mit Anforderungen für Hypertoniezentren der Deutschen Hochdruckliga (DHL)

Der Erhebungsbogen wurde an einigen Stellen modifiziert. Die vorgenommenen Änderungen sind für alle zukünftigen Audits verbindlich anzuwenden. Übergangsweise kann bis zum 30.06.2024 auch der bisher gültige Erhebungsbogen angewandt werden.

**Inkraftsetzung am 08.01.2023 die Zertifizierungskommissionen der DGfN für   
Nephrologische Schwerpunktkliniken DGfN und Nephrologische Schwerpunktabteilungen DGfN**

Vorsitz: Prof. Dr. med. Christiane Erley (Berlin)

Kommissionsmitglieder: Prof. Dr. med. Mark Dominik Alscher (Stuttgart)

Dr. med. Michael Daschner (Saarbrücken)

Dr. med. Manfred Grieger (Mayen)

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Uwe Heemann (München)

Dr. med. Ulrich Paul Hinkel (Erfurt)

Prof. Dr. med. Burkhard Kreft (Hildesheim)

Prof. Dr. med. Andreas Kribben (Essen)

Dipl.-Med. Heike Martin (Zwickau)

Dr. med. Fedai Özcan (Dortmund)

Dr. med. Markus Schmidt (Marl)

Präsident DGfN: Prof. Dr. med. Hermann Pavenstädt

**Präambel**

Die Zertifizierung zum Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL ist eine optionale Erweiterung für nach der DGfN zertifizierte **Nephrologische Schwerpunktkliniken DGfN (NSK)** bzw. **Nephrologische Schwerpunktabteilungen DGfN (NSA)**. Dieser Erhebungsbogen ist eine modulare Erweiterung des Erhebungsbogens für NSK bzw. NSA. Die Prüfung der Anforderungen erfolgt im Rahmen des Audits zur NSK / zur NSA.

Für die Dauer der Zertifizierung dürfen die Zentren ein gemeinsames Zertifikat der DGfN und DHL einsetzen bzw. die dafür vorgesehenen Wort-/ Bildmarken verwenden.

Sofern die Anforderungen dieses Erhebungsbogens erfüllt werden, kann ein Zertifikat zum Zentrum für Hypertonie DGfN erstellt werden. Die Anforderungen der DHL an ein Zentrum für Hypertonie wurden größtenteils ebenfalls in diesen Erhebungsbogen integriert, um eine gemeinsame Zertifizierung zu ermöglichen. Für die Erteilung der gemeinsamen Zertifizierung als Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL sind alle Anforderungen der DHL zu erfüllen, die im Antrags- und Erhebungsbogen der DHL verschriftlicht sind, sowie ggf. die Behandlungspfade auch schriftlich einzureichen.

Bei bereits zertifizierten Kliniken kann diese Zusatzzertifizierung auch zeitlich getrennt vom Audit nachgereicht werden.

**Abkürzungsverzeichnis**

DGfN: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie

NSK: Nephrologische Schwerpunktklinik DGfN

NSA: Nephrologische Schwerpunktabteilung DGfN

FKDS: Farbkodierte Dopplersonographie

DHL: Deutsche Hochdruckliga

**Strukturangaben**

|  |  |
| --- | --- |
| Zertifizierte NSK mit Reg.-Nr. |  |
| oder |  |
| Zertifizierte NSA mit Reg.-Nr. |  |
| Leitung |  |
| Freigabe durch die Leitung |  |

Unterschrift

**Behandlungseinheiten / Kooperationen**

Mit folgenden Fachdisziplinen muss eine Kooperation gewährleistet sein. Die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit muss für die Untersuchung und Behandlung von Patienten gewährleistet sein. Externe Kooperationen sind möglich. Ein Kooperationspartner sollte diagnostisch nur mit einem Hypertonie-Zentrum kooperieren. Ausgenommen davon ist die Endokrinologie, Pädiatrie und die Labormedizin. Unterstützt ein Kooperationspartner, z.B. aufgrund seiner diagnostisch/ therapeutischen Stellung, mehrere Zentren, so ist das für den Patienten kenntlich zu machen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fachgebiet | Einrichtung | Leitung (Titel, Vorname, Nachname) | Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |
| Gynäkologie |  |  |  |
| Pulmonologie  (Schlaflabor) |  |  |  |
| Neurologie |  |  |  |
| Pädiatrie |  |  |  |
| Radiologie |  |  |  |
| Labormedizin |  |  |  |
| Endokrinologie |  |  |  |
| **Interventionelle Disziplinen** („oder“-Auflistung):   * Radiologe |  |  |  |
| * Angiologe |  |  |  |
| * Kardiologe |  |  |  |
| * Gefäßchirurg |  |  |  |

**Erstellung / Aktualisierung**

Der elektronisch erstellte Erhebungsbogen dient als Grundlage für die Zertifizierung. Die hier gemachten Angaben wurden hinsichtlich Korrektheit und Vollständigkeit überprüft.

|  |  |
| --- | --- |
| Die erhobenen Daten beziehen sich auf das komplette Kalenderjahr  (*Bitte verwenden Sie die Daten aus dem gleichen Kalenderjahr wie im EB NSK/NSA)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Erstellung-/Aktualisierungsdatum des Erhebungsbogens |  |

Bei Audits, deren Durchführung bis zum 30.06. geplant ist, können die Daten des letzten oder des vorvorherigen Jahres verwendet werden. Bei Audits, deren Durchführung nach dem 30.06. geplant ist, müssen die Zahlen des letzten Kalenderjahres eingereicht werden.

# Anforderungen zur Zertifizierung einer zertifizierten Nephrologischen Schwerpunktklinik DGfN oder einer zertifizierten Nephrologischen Schwerpunktabteilung DGfN zum „Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL“

| **Kap.** | **Anforderungen und Erhebungen** | **Beschreibungen der Einrichtung** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Die Einrichtung muss anerkannt bzw. zertifiziert sein als Nephrologische Schwerpunktklinik DGfN (NSK) oder als Nephrologische Schwerpunktabteilung DGfN (NSA) nach den Fachlichen Anforderungen der DGfN. Eine Zertifikatserteilung zum Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL ist auch im Rahmen der Erstzertifizierung bzw. Anerkennung zur NSK / zur NSA möglich. Die Zertifikatserteilung zur NSK / zur NSA ist jedoch Voraussetzung für die Zertifikatserteilung zum Zentrum für Hypertonie DGfN/DHL. | *z.B.: Die Klinik ist am xx.xx.xxxx als Nephrologische Schwerpunktklinik DGfN zertifiziert worden. Die von ClarCert vergebene Reg.-Nr. lautet NSK-XXX.* | | |
| 2.1 | Fachärztin oder -arzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Nephrologie  und Fachkrankenpflege.  **Mindestanforderung:**  Mind. 2 Nephrologinnen bzw. Nephrologen mit jährlich mindestens 6 Fortbildungspunkten auf dem Gebiet der Hypertonie und 1 nephrologisch oder hypertensiologisch geschulte Fachkrankenpflegerin/ -pfleger. | Namentliche Benennung des qualifizierten Personals: | | |
| 2.2 | In der Einrichtung müssen mind. zwei Hypertensiologen/-innen DHL praktizieren bzw. beschäftigt sein. Ein/Eine Hypertonieassistent/-in DHL ist wünschenswert. | Namentliche Benennung des qualifizierten Personals: | | |
| 3 | Anzahl der stationären Fälle mit schwer einstellbarer Hypertonie und/oder hypertensiver Krise und/oder sekundäre Hypertonie im Erfassungsjahr in der NSK/NSA.  **Mindestanforderung:**  100 Fälle (Hauptdiagnosen + Nebendiagnosen) mit schwer einstellbarer Hypertonie und/oder hypertensiver Krise und/oder sekundäre Hypertonie pro Jahr in der NSK/NSA. | Auflistung der Fälle (getrennt nach betreut durch NSK/ konsiliarisch im Haus) schwer einstellbarer Hypertonie nach ICD-Kodes | | |
| **ICD-Kode** | **Anzahl der Fälle (NSK)** | **Anzahl der Fälle (Ges.)** |
| **Essentielle Hypertonie** | | |
| I10.01 |  |  |
| I11.01 |  |  |
| I12.01 |  |  |
| I13.x1 |  |  |
| H35.0 |  |  |
| I67.4 |  |  |
| **Sekundäre Hypertonie** | | |
| Renovaskuläre Hypertonie | | |
| I15.0- |  |  |
| Renoparenchymatöse Hypertonie | | |
| I15.1- |  |  |
| Phäochromozytom | | |
| D35.0 |  |  |
| C74.1 |  |  |
| Conn-Syndrom | | |
| E26.0 |  |  |
| E26.1 |  |  |
| Cushing-Syndrom | | |
| E24.1 |  |  |
| E24.2 |  |  |
| E24.3 |  |  |
| Iatrogene Hypertonie | | |
| I15.8 |  |  |
| **Schwangerschaftshypertonie** | | |
| O13.- |  |  |
| O14.- |  |  |
| 4 | Folgende diagnostische Verfahren müssen (ggf. in Kooperation) leitliniengerecht (sofern von der DGfN herausgegeben) durchgeführt werden: | | | |
| 4.1 | Anamnese und Basisdiagnostik inklusive EKG, Belastungs-EKG, Langzeit‑Blutdruckmessung (Anzahl)  Ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners. | Anzahl EKG: | | |
| Anzahl Belastungs-EKG: | | |
| Anzahl Langzeitblutdruckmessungen: | | |
| 4.2 | Allgemeine Röntgendiagnostik | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.3 | Ultraschallverfahren  *Anmerkung: bewusst keine Zahlen abgefragt, da bereits bei der NSK und NSA-Zertifizierung!* | | | |
| 4.3.1 | Sonographie der Nieren mit farbcodierter Duplexsonographie (FKDS) der Nierengefäße | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.3.2 | FKDS der Carotiden | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.3.3 | FKDS der peripheren Arterien | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.3.4 | FKDS der abdominellen Gefäße | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.4 | Echokardiographie | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  Anzahl Echokardiographien:  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.5 | CT, MRT, Angiographie | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.6 | Nuklearmedizinische Diagnostik | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.7 | Labormedizin:leitliniengerechte Labordiagnostik, endokrinologische Spezialdiagnostik muss durchgeführt werden können | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.8 | Gerätebasierte Screeninguntersuchung auf schlafbezogene Atemstörungen | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.9 | Die Möglichkeit zur Durchführung Interventioneller Eingriffe zur Hochdruckbehandlung müssen vorgehalten werden.Durchführung z. B. durch Angiologe, Radiologe, Gefäßchirurg oder Kardiologe in Kooperation möglich | Anzahl:  Angabe des durchführenden Kooperationspartners: | | |
| 4.10 | Spezialdiagnostik und Labordiagnostik bei Nierenerkrankungen | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 4.11 | Herzkatheterlabor | Kann durchgeführt werden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 5 | Folgende infrastrukturelle Voraussetzungen zu Therapiemöglichkeiten müssen (ggf. in Kooperation) erfüllt werden: | | | |
| 5.1 | Internistische oder interdisziplinäre Intensivstation muss vorhanden sein | Vorhanden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 5.2 | Notaufnahmestation mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung muss vorhanden sein | Vorhanden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 5.3 | Akutneurologie mit Rund-um-die-Uhr-Versorgung ggfs. in Kooperation | Vorhanden ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 5.4 | Möglichkeiten zur nicht-medikamentösen Intervention (Diätberatung, Sportmedizin) | Vorhanden  ☐ Ja  ggf. Angabe des durchführenden Kooperationspartners:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6 | Therapie  Behandlungspfade für die folgenden Krankheitsbilder (falls vorhanden nach Leitlinien) müssen nachweislich vorhanden sein: | | | |
| 6.1 | Therapierresistente Hypertonie | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.2 | Hypertensive Entgleisung / Notfall | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.3 | Primärer Hyperaldosteronismus | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.4 | Schlafapnoesyndrom (SAS) | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.5 | Nierenarterienstenose (NAST) | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.6 | Phäochromozytom | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.7 | Hypertonieabklärung und -einstellung bei Dialysepatientinnen und -patienten | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.8 | Hypertonieabklärung und -einstellung bei akuter und chronischer Niereninsuffizienz vor Dialyse | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 6.9 | Hypertonieabklärung und -einstellung in allen Phasen der Schwangerschaft | Behandlungspfad vorhanden ☐ Ja  Kurze Beschreibung:  ☐ Nein  Begründung: | | |
| 7 | **Räumliche Voraussetzungen**  Es müssen Räumlichkeiten für stationäre bzw. ambulante Diagnostik und Behandlung sowie Hypertonieambulanz vorhanden sein. | Bitte schildern Sie die vorhandene räumliche Situation. | | |
| 8 | **Kontinuierliche Aktivitäten der Fortbildung/ Schulung**  Die Einrichtung muss kontinuierliche Aktivitäten in der Fortbildung / Schulung von Ärztinnen und Ärzten / Patientinnen und Patienten aufweisen. | Bitte schildern Sie diese Aktivitäten insbesondere auch bezüglich der Einbindung der von Ihnen angegebenen Kooperationspartner. | | |