



Kriterien zum Erwerb des Zertifikats „Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“

In dem Gebiet für Chirurgie wird für den Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie das **ZERTIFIKAT „Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“** eingeführt, das nach Erfüllung der Voraussetzungen und einem abschließenden Fachgespräch unter Beteiligung des Fachausschusses von der DGTHG erworben werden kann.

Das Zertifikat „Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“ verlangt eine spezielle zusätzliche Weiterbildung und Qualifikation. Sie kann vom Umfang her nur teilweise während der Facharztweiterbildung für Herzchirurgie erworben werden.

Das Zertifikat dient der Erwerberin/dem Erwerber als Nachweis, dass sie/er die Voraussetzungen erfüllt, katheterbasierte Behandlungen von Herzklappen bei Patienten im Erwachsenenalter leitliniengerecht, entsprechend den aktuell geltenden medizinischen Standards und nach den Empfehlungen der Fachgesellschaft durchzuführen. Darunter fallen kathetergestützte Implantationen von Herzklappenprothesen in allen Herzklappenpositionen und herzklappenerhaltende rekonstruktive Behandlungen über retrograde und antegrade Zugänge.

Voraussetzung

- Facharzt für Herzchirurgie.
- Das Zertifikat kann nach 24-monatiger Weiterbildungszeit auf dem Gebiet der katheterbasierten Behandlung von Herzklappen erworben werden. Davon können 12 Monate aus der Facharztweiterbildung anerkannt werden.

Curriculum Fachkenntnisse

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in:

- Klinische Einschätzung und Beurteilung von Patienten mit Herzklappenerkrankungen
- Beurteilung des Operationsrisikos und bildgebender sowie funktioneller Diagnostik zur Feststellung der Indikation und Anwendbarkeit einer kathetergestützten Klappenintervention für einen Patienten
- Grenzen der chirurgischen und der katheterbasierten Therapie von Herzklappenerkrankungen
- Vermittlung des „Interdisziplinarität- und Heart-Team-Konzepts“ bei Indikationsstellung, Prozedurendurchführung und stationärer Patientenbehandlung
- Kompetenz des interdisziplinären Herzteams im Falle von schwerwiegenden Komplikationen (notfallmäßiger Anschluss an die Herz-Lungen-Maschine, Koronarstenting, Perikardpunktion, Notfallsternotomie, peripheres Gefäßstenting, Gefäßrekonstruktion)
- Durchführung, Befundung und Dokumentation relevanter bildgebender Verfahren (TTE, TEE, CT) zur Planung katheterbasierter Eingriffe an den Herzklappen



**Kriterien zum Erwerb des Zertifikats
„Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“**

Leistungskatalog

- Nachweis von 100 selbständig geführten Dokumentationsbögen (s. Beispiel-Anlage) für geplante, katheterbasierte Prozeduren an den Herzklappen
- Nachweis zur Durchführung oder Assistenz von 100 katheterbasierten Implantationen von Vorrichtungen zur Rekonstruktion oder zum Ersatz von Herzklappen, davon mindestens 50 als verantwortlicher Operateur
Nachweis zur Durchführung oder Assistenz von 1/3 der geforderten katheterbasierten Eingriffe an den Herzklappen im Kalenderjahr vor Beantragung des Zertifikats
- Nachweis von mindestens 3 Monaten Weiterbildung im Herzkatheter- oder Echokardiographielabor oder Darstellung einer äquivalenten Weiterbildung/Berufserfahrung
- Nachweis von mindestens 6 Monaten Weiterbildung im Herz-OP und auf einer herzchirurgischen Intensivstation oder Darstellung einer äquivalenten Weiterbildung/Berufserfahrung

Gültigkeit

Das Zertifikat „Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“ hat eine Gültigkeit von 5 Jahren.



**Kriterien zum Erwerb des Zertifikats
„Katheterbasierte Therapie von Herzklappen“**

Katheterbasierte Herzklappentherapie - TAVI-Evaluation

Patientendaten		Risikobewertung	
Name:		Log. Euroscore:	
Vorname:		Euroscore II (%):	
Geburtsdatum:		German AV-Score	
Geschlecht:		STS-Score (%):	
Größe (m):		ASA 1-5:	
Gewicht (kg):			
Klinische Angaben			
NYHA 1-4	Kard. Dekomp:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Synkope: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
AP CCS 1-4			Sonstiges:
Komorbidität			
Hypertonus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	KHK:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Diabetes mellitis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Z.n. PCI/Stent:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hyperlidämie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Z.n. CABG:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Demenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Z.n. Myokardinfarkt:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chron. Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zeitpunkt:	_____
SM-Träger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Z.n. Thromboembolie:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Kardiale Vor-Op:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		ACI-Stenose:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		ACI-Stent/ OP:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Z.n. Apoplex:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		pAVK/BAA:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		Tumor:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
EKG			
<input type="checkbox"/> SR	<input type="checkbox"/> VHF	<input type="checkbox"/> PM	AV-Block:.....° <input type="checkbox"/> RSB <input type="checkbox"/> LSB
Transthorakale/ Transösophageale Echokardiographie (Datum)			
Annulus:	AI Grad 0-4:	EF (%):	
AÖF TTE:	MI Grad 0-4:	Pmean/max:	
AÖF Planimetrie:	TI Grad 0-4:	RVSD:	
CT (Datum)			
Annulus (mm):	Femoralgefäße:	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Perimeter (mm)
Koronarabstände (mm): LCA RCA	Stenosen:	Calcium Score Annulus	
Subclavia links (mm):	Kinking:	Ascendens:	
Koronarangiographie (Datum)			
Koronarstatus	PCI am:	RCA	LAD
		RCX	
Indikation TAVI		Kommentar	
Interdisziplinäre Herzklappenkonferenz am:		_____	
<input type="checkbox"/> Porzellanaorta	<input type="checkbox"/> Alter	_____	
<input type="checkbox"/> Hochrisiko	<input type="checkbox"/> Frailty	_____	
<input type="checkbox"/> Malignom	<input type="checkbox"/> Pat. Wunsch	_____	
<input type="checkbox"/> Limit. Erkrän.	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____	
Konsentiertes Procedere		Unterschrift/ Datum	