**Antrag auf Zertifizierung als Lokale Schlaganfallstation**

**nach den Kriterien der:**



|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Klinikum: |       |
| Abteilung/Klinik: |       |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Stempel: |  |
| Direktor/Chefarzt: |       |
| SU-verantwortlicher Arzt (QMB): |       |
| Funktion: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |      @      |

**Organisatorischer Zertifizierungsablauf:**

**✓Angebot zur Zertifizierung bei u.g. Adresse anfordern, bzw. bei Re-Zertifizierung automatische Zusendung 6 Monate vor Ende Zertifikatsgültigkeit.**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihrer Schlaganfallstation erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens LGA InterCert GmbH bearbeitet werden kann. Nach Auftragserteilung senden Sie bitte Ihren Antrag auf Zertifizierung einschließlich der zusätzlich einzureichenden Unterlagen in elektronischer Form per Mail, oder in 2-facher Ausfertigung als USB-Stick/CD an den Leitenden Auditor. Jede Einzeldatei darf nicht größer sein als 10 MB sein. Größere Dateien werden nicht akzeptiert und gelten als nicht fristgereicht eingereicht.**

Für weitere Informationen steht Ihnen bei der LGA InterCert GmbH Herr Martin Ossenbrink zur Verfügung:

**LGA InterCert GmbH,** Tillystraße 2, 90431 Nürnberg

Telefon: +49 (0) 170 7956896, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

**✓ Auf Grundlage des Angebotes LGA InterCert GmbH zur Durchführung der Zertifizierung schriftlich beauftragen. Beiliegendes Formblatt nutzen. Bitte auch**

 **Wunschzeitraum benennen.**

**✓ LGA InterCert GmbH benennt Leitenden Auditor.**

**✓ Leitender Auditor setzt sich zwecks Terminfindung mit der Einrichtung in Verbindung.**

**✓ Auftraggeber sendet die in diesem Antrag auf Seite 4 geforderten Unterlagen an den Leitenden Auditor.**

**✓ Unterlagenprüfung durch den Leitenden Auditor.**

**✓ Übersenden des Auditplanes und Nennung des Leitenden und med. Fachauditors durch Leitenden Auditor an die Einrichtung.**

**✓ Durchführung des Audits vor Ort.**

**✓ Berichterstellung durch den Leitenden und med. Fachauditor.**

**✓ Prüfung des Auditberichtes und des Verfahrens durch den Zertifizierungsausschuss (ZAS). Der ZAS ist berechtigt auch im Nachgang an das Audit Nichtkonformitäten**

 **auszusprechen.**

**✓ Freigabe des Auditberichtes/Zertifikates durch den Zertifizierungsausschuss.**

**✓ Übersendung des Auditberichtes und ggf. (nach Behebung aller Nichtkonformitäten) des Zertifikates durch die LGA InterCert GmbH**

 **an die Einrichtung.**

**Fristenregelung:**

**I. 6 Monate vor Zertifizierungs(wunsch)termin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Anforderung, bzw. erhalt eines entsprechenden Angebotes.**

**II. 5 Monate vor Zertifizierungstermin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Beauftragung an die LGA InterCert GmbH schicken.**

**III. 8 Wochen vor Audittermin: Unterlagen gemäß Seite 4 des Antrags an den benannten Leitenden Auditor schicken.**

**Im Falle einer Re-Zertifizierung: Sollte die Re-Zertifizierung nicht spätestens nach Ablauf von 3 Monaten nach Zertifikatslaufzeit durchgeführt worden sein, wird eine Zusatzgebühr in Höhe von 500 € für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand seitens der Arbeitsgemeinschaft und der LGA InterCert GmbH insgesamt erhoben. Darüber hinaus gilt die Stroke Unit nicht mehr als re-, sondern als erstzertifiziert.**

**Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:**

## [ ]  Bericht der Qualitätssicherung (QiG-BW) gem. Punkt 23

## [ ]  Krankenhausstatistik mit Verteilung aller Schlaganfälle (nach Aufnahmediagnosen ICD10: G45, I60-I64) auf alle Abteilungen/Kliniken

## gem. Punkt 05

## [ ]  Ärztliches Manual gemäß Punkt 26

## [ ]  Pflegemanual gem. Punkt 27

## [ ]  Erklärung über den Aufbau und die Besitzverhältnisse Ihres Unternehmens (z.B. Auszug aus dem Handelsregister)

## [ ]  Organigramm/e

##       Jahr des Datenbestandes

Allgemeiner Hinweis: Schlaganfallpatienten im Sinne dieses Antrages sind – soweit nichts anderes beschrieben - solche mit der **Aufnahme**diagnose G45.\* (ohne G45.4), I60.\*, I61.\*, I63.\* oder I64.0



# Krankenhausstruktur

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Betten im Klinikum/Krankenhaus gesamt | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| 1. **Im Klinikum/Krankenhaus gesamt:**
 |       Betten |  |
| Wenn dem Klinikum/Krankenhaus mehrere Standorte angehören, Anzahl der Betten am Standort: |       Betten |

|  |  |
| --- | --- |
| Standort der Schlaganfallstation*Hier ist die Abteilung/Klinik anzugeben, unter deren fachlicher Leitung die Schlaganfallstation steht.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| 1. **Neurologische Abteilung/Klinik:**
 | [ ]  |  |
| Innere Abteilung/Klinik: | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| Anzahl Betten in der Schlaganfallstation*Als SU-Betten gelten nur solche mit multimodalem Monitoring der gängigen Vitalparameter, die in einem räumlichen Zusammenhang stehen und im Bettenplan des Hauses als SU-Betten ausgewiesen sind. Diese Betten müssen über ein zentrales Monitoring überwacht werden können. Eine Mindestanzahl von 4 Monitoring-Betten ist erforderlich. ITC = Intensive Care, IMC = Intermediate Care**Sollgröße = Anzahl Schlaganfallpatienten in der Abteilung pro Jahr / 100* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| 1. **Anzahl monitorisierte Betten:**
 |       Betten |  |
| 1. **Wo sind die Betten räumlich angesiedelt?(s. dazu auch Frage 21)**
 | [ ]  Stand alone oder [ ]  integriert in:[ ] ITC [ ] IMC [ ] Allgemeinstation      sonstige |
| 1. **Wenn nicht Stand alone: Anzahl der Betten des nicht zur Schlaganfallstation gehörenden Bereiches:**
 |       Betten |  |
| 1. **Beschreiben Sie das Aufnahme Procedere von Schlaganfallpatienten:**

*Z.B. wie ist der Notaufnahmebereich eingebunden? Wer führt die Erstuntersuchung durch?* |       |  |
| 1. **Welche zertifizierten Schlaganfalleinheiten befinden sich in der Umgebung?**
 | Stadt/Name Entfernung:            km            km            km |  |
| 1. **Anzahl der Stunden mit Abmeldung von der Schlaganfall-Notfallversorgung** (*Auswertung z.B. über die Leitstelle*)
 |       Stunden |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wie groß ist das originäre Versorgungsgebiet/Einzugsgebiet Ihres Krankenhauses? *Bitte geben Sie die offizielle Bezeichnung des definierten Versorgungsgebietes an.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| 1. **In welcher Region liegt Ihr Krankenhaus?**
 |       |  |
| Einwohner: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Schlaganfallpatienten einschließlich TIA /Jahr*Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten\*/Jahr (inkl. TIA), die in Ihrem Klinikum/Krankenhaus behandelt werden, Bitte fügen Sie dem Antrag eine Krankenhausstatistik mit Verteilung aller Schlaganfälle (nach Aufnahmediagnosen ICD10: G45, I60-I64) auf alle Abteilungen/Kliniken, einschließlich der Schlaganfallstation, bei. Diese Zahlen sind vom Krankenhaus-Controlling zu ermitteln, bzw. zu bestätigen.* *Mindestzahl 250 auf der Schlaganfallstation**Der Anteil von „Patienten mit nicht bestätigter Schlaganfalldiagnose“ richtet sich nach der Entlassdiagnose* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Im Klinikum/Krankenhaus: |       /Jahr |  |
| in der betreuenden Abteilung/Klinik (laut Kriterium 02): |       /Jahr |
| In der Schlaganfallstation: *Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten/Jahr (inkl. TIA), die in Ihrer Schlaganfallstation behandelt werden (Mindestanzahl 250 Patienten/Jahr); < 80% aller Schlaganfälle der Abteilung auf der SU gilt als Nicht-Konformität* |       /Jahr |
| Durchschnittliche Verweildauer auf der Schlaganfallstation? |       Tage |
| Durchschnittliche Gesamtverweildauer in Ihrem Klinikum/Krankenhaus? |       Tage |
| Anzahl der Patienten auf der SU mit VWD von > 24-72 Std.: |       Patienten |
| Anzahl der Patienten auf der SU mit VWD von >72 Std.: |       Patienten |
| Wie hoch ist der Anteil an Patienten mit TIA? *Eine TIA-Rate > 40% gilt als Nicht-Konformität* |       % |
| Wie hoch ist der Anteil der Patienten mit nicht bestätigter Schlaganfall-Diagnose? *Eine Rate an Patienten ohne Schlaganfall / TIA auf der SU (Mimics + IMC-Patienten) von > 40% gilt als Nicht-Konformität* |       % |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt A: |       |

# Komplementäre Disziplinen

|  |  |
| --- | --- |
| Neurologische Kompetenz*Neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise ist durchgehend, unmittelbar und in ausreichender Menge erforderlich. Jeder akute Schlaganfallpatient muss umgehend von einem Neurologen untersucht werden. Diese Untersuchung kann auch telemedizinisch erfolgen (siehe Pkt. 12). Mindestens einmal täglich muss die Präsenz eines Neurologen auf der Stroke Unit vertraglich gesichert sein. Alle Schlaganfallpatienten müssen mindestens einmal vor Ort zur Festlegung des weiteren Behandlungsplanes neurologisch beurteilt werden.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Neurologische Hauptabteilung? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn 6a „nein“:Neurologische Kompetenz in anderer Form vorhanden?In der RegelarbeitszeitAußerhalb der Regelarbeitszeit | [ ]  ja [ ]  nein           |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Internistisch - kardiologische Kompetenz*Internistische Kompetenz mit kardiologischer Expertise ist durch im Haus tätige Internisten, durch einen Konsiliardienst oder Rufbereitschaft sicherzustellen, so dass lückenlos (an jedem Tag des Jahres, 24 Stunden pro Tag) eine kardiologische Betreuung gegeben ist.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Internistisch/kardiologische Hauptabteilung? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn 7a „nein“Internistisch - kardiologische Kompetenz in anderer Form vorhanden?In der RegelarbeitszeitAußerhalb der Regelarbeitszeit | [ ]  ja [ ]  nein           |

|  |  |
| --- | --- |
| Radiologische Abteilung*Radiologische Abteilung muss über 24 Stunden im Haus / am Standort verfügbar sein. Eine teleradiolo­gische Befundung außerhalb der Regeldienstzeit ist grundsätzlich akzeptabel. Für spezielle neuroradiolo­gische Fragestellungen kann eine Stellungnahme über einen neurologisch / neuroradiologischen Tele­konsildienst eingeholt werden.* *Kooperationsnachweise mit interventionell tätigen Neuroradiologen sind zum Audit vorzulegen. (Es muss eine schriftliche Kooperationsvereinbarung vorliegen, aus dem die Zusammenarbeit bzgl. Neurointer­ventionen beim Hirninfarkt hervorgeht. Dabei ist das nächstgelegene, geeignete Interventionszentrum zu wählen.)**Die MTRA sollte in einem Bereitschaftsdienstmodell arbeiten* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Radiologische Abteilung mit neuroradiologischer Kompetenz im Hause? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn 8a „nein“Neuroradiologische Kompetenz in anderer Form vorhanden?In der RegelarbeitszeitAußerhalb der Regelarbeitszeit | [ ]  ja [ ]  nein           |

|  |  |
| --- | --- |
| Neurochirurgische Versorgung*Zugang zur Neurochirurgie (mindestens schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einer neurochirurgischen Klinik) ist Voraussetzung.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Im Hause? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Kooperation mit benachbarter Neurochirurgie?*Vertrag oder schriftliche Vereinbarung bzw. netzwerkinterne Regelung bei Tele-Stroke-Units ist beim Audit vorzuweisen. (Klares Verlegungsmanagement unter definiertem Einbezug neurochirurgischer Abteilungen/Kliniken muss im Netzwerkkonzept festgelegt sein).*  | [ ]  ja [ ]  nein |
| Name des Kooperationspartners: |       |
| Gibt es einen schriftlichen Kooperationsvertrag? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Entfernung in Autominuten: |       Min. |
| Entfernung in km: |       km |

|  |  |
| --- | --- |
| Intensivmedizinische Versorgung*Intensivstation mit Möglichkeit zur künstlichen Beatmung und Intensivtherapie über 24 Stunden muss im Hause vorhanden sein. Alternativ muss ein plausibles Ersatzkonzept vorgelegt werden* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Im Hause? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Anzahl der Intensivbetten:  |       Betten |
| Neurologisch: |       Betten |
| Internistisch: |       Betten |
| Anästhesiologisch: |       Betten |

|  |  |
| --- | --- |
| Gefäßchirurgie*Zugang zur Gefäßchirurgie (mindestens Kooperationsvereinbarung – bitte bereithalten – mit einer gefäßchirurgischen Abteilung/Klinik) ist erforderlich. Die Komplikationsrate der Gefäßchirurgie sollte (auch im Kooperationsfall) bekannt sein* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Eigene gefäßchirurgische Abteilung/Klinik im Hause? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Chirurgische Abteilung/Klinik mit gefäßchirurgischer Kompetenz im Hause? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Kooperation mit gefäßchirurgischer Abteilung?Name des Kooperationspartners | [ ]  ja [ ]  nein      |
| Periinterventionelle Schlaganfallrate im vergangenen Jahr für OP und Stenting gemäß QiG-BW-Datensatz: |       % |  |
| **Wenn a) oder b) mit „ja“ beantwortet wurden:**  |
| Wie viele Carotis-chirurgische Eingriffe wurden von Ihrer Abteilung/Klinik im letzten Jahr veranlasst? |       |  |
| Wie viele Carotis-Stents wurden von Ihrer Abteilung/Klinik veranlasst? |       |
| Werden alle Patienten vor und nach einer Carotis-Intervention neurologisch vorgestellt? | [ ]  ja [ ] nein |
| Anzahl von Revaskularisationen asymptomatischer Gefäß-Stenosen im vergangenen Jahr: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Telemedizinische Anbindung:*Vernetzung mit einem Schlaganfallschwerpunkt (regionale Stroke Unit) oder einem Schlaganfallzentrum (überregionale Stroke Unit) ist erforderlich. Regelmäßige gemeinsame Fortbildungen und Hospitationen sind nachzuweisen. Ein schriftliches Konzept, welche Patienten im Teleneurologienetzwerk vorgestellt werden, sowie ein Verlegungskonzept sind vorzulegen.**Die Entfernung zur nächstgelegenen, als Beratungszentrum fungierenden, überregionalen Stroke Unit sollte maximal 120 Kilometer betragen, in begründeten Fällen kann hiervon abgewichen werden.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Telemedizinische Vernetzung mit einem Schlaganfall­schwerpunkt oder –zentrum | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn 12a „ja“Name des Kooperationspartners: |       |
| Entfernung zum Kooperationspartner: |       km |
| Anzahl gemeinsamer Fortbildungen im letzten Jahr: |       |  |
| Anzahl von Hospitationen im letzten Jahr: |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt B: |       |

# Apparative Ausstattung

|  |  |
| --- | --- |
| CT / CTA*CT inklusive CT-Angiografie oder MRT mit MRA müssen im Hause 24h verfügbar sein (CT-A/MR-A Rate bei TIA/Hirninfarkt von mindestens 30% ist erforderlich, dies schließt elektive Untersuchungen mit ein)* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| CT über 24 h an jedem Tag des Jahres im Hause verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn ‚nein‘, wie viele Stunden pro Tag verfügbar? |       Std. im Haus      Std. außer Haus |
| CT-Angiografie 24/7 im Hause verfügbar?**Organisationsform außerhalb der Regelarbeitszeit?** | [ ]  ja [ ]  nein      |
| Quote CT-Angiographie in Bezug auf alle stationären Patienten mit Schlaganfall oder TIA pro Jahr: |       % |
| CT-Perfusion im Hause verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| MRT / MRA*CT oder MRT müssen im Hause 24h verfügbar sein* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| MRT über 24 h an jedem Tag des Jahres im Hause verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn ‚nein‘, wie viele Stunden pro Tag verfügbar? |       Std. im Haus      Std. außer Haus |
| MR-Angiographie (nativ oder kontrastmittelgestützt) im Hause verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Quote MR-Angiographie in Bezug auf alle stationären Patienten mit Schlaganfall oder TIA pro Jahr |       % |
| Wie viele Prozent der Schlaganfall- und TIA-Patienten erhielten im letzten Jahr ein MRT? |       % |

|  |  |
| --- | --- |
| Doppler / Duplexsonographie der hirnversorgenden Gefäße*Doppler- oder Duplexsonographie müssen verfügbar sein.*  | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| extrakraniell 24 Stunden verfügbar | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Anzahl der Untersuchungen im letzten Jahr in der Abteilung/ Klinik: |       /Jahr |
| transkraniell verfügbar | [ ]  ja [ ]  nein |
| Anzahl der Untersuchungen im letzten Jahr in der Abteilung/ Klinik: |       /Jahr |
| Anzahl der Mitarbeiter mit DEGUM-/DGKN Zertifikat Neurologische Ultraschalldiagnostik oder DEGUM Zertifikat Vaskulärer Ultraschall |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Detektion von Vorhofflimmern (VHF) | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
|  Verfügbarkeit Langzeit EKG | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  Erfolgen tägliche Rhythmusvisiten? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  Wird eine spezielle Software zur VHF-Detektion eingesetzt? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  Gibt es ein Konzept zur erweiterten Rhythmusdiagnostik? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
|  Anzahl an Langzeit-EKG-Untersuchungen / automatischer Rhythmusauswertungen bei Schlaganfallpatienten |       /Jahr |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Echokardiographie im Haus/am Standort*Verfügbarkeit von TTE und TEE ist erforderlich* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Transthorakal 24 Stunden verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Anzahl der von Ihrer Abteilung/Klinik veranlassten TTE-Untersuchungen bei Schlaganfallpatienten im Berichtsjahr: |       /Jahr |
| Transoesophageal 24 Stunden verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Anzahl von TEE-Untersuchungen bei Patienten mit ischämischem Schlaganfall im Berichtsjahr:*Hinweis: Vorzulegen sind offizielle Zahlen des Controllings zu TEE-Untersuchungen [OPS-Code 3-052] bei Patienten mit ischämischem Schlaganfallpatienten [ICD-10 Code I63.\* oder G45.\* ohne G45.4]. Eine Quote <15% ist eine Nicht-Konformität* |       /Jahr      /% |

|  |  |
| --- | --- |
| Klinisch-chemisches Notfall-Labor*24-Stunden-Verfügbarkeit erforderlich. Mindesterfordernis an Laborparameter: Blutbild einschließlich Thrombozyten, Blutzucker, Elektrolyte, Blutungszeit, PTT, INR (wenn Marcumar-Vorbehandlung). Diese Werte müssen innerhalb 40 min. nach Blutabnahme verfügbar sein.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| im Haus/am Standort 24h verfügbar? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| POC-Messung des INR-Wertes in Notaufnahme möglich? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Beschreibung des Diagnostik-Standards bei Lysekandidaten mit Einnahme von NOAKs |       |
| Bemerkung: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Monitoring*Kontinuierliche Messung, auf dem Monitor darstellbar und in einer zentralen Überwachungseinheit zu verfolgen, ist erforderlich. Der Monitor muss mit einer Alarm-Dokumentation ausgestattet sein.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| EKG: | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Kontinuierliche Blutdruckmessung: | [ ]  ja [ ]  nein |
| Pulsoxymetrie: | [ ]  ja [ ]  nein |
| Atmungskontrolle: | [ ]  ja [ ]  nein |
| Herzfrequenz: | [ ]  ja [ ]  nein |
| Temperatur *(muss nicht per Monitor überwacht werden)*: | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt C: |       |

# Personelle Ausstattung:

|  |  |
| --- | --- |
| Ärzte*Mindestvoraussetzung ist die dauernde Zuständigkeit eines Arztes mit Schlaganfall-Expertise für die SU-Betten in der Regeldienstzeit (Zusatzaufgaben dürfen maximal 20% der Gesamtarbeitszeit in Anspruch nehmen) und die Einbindung einer Fachärztin/eines Facharztes für Neurologie im Team. Außerhalb der Regeldienstzeit ist die 24-Stunden-Verfügbarkeit (Rufbereitschaft) eines in der Schlaganfall-Behandlung kompetenten Neurologen oder neurologischen Telekonsildienstes und eines Internisten erforderlich.*  | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Schlüssel der Abteilung/Klinik: |       /       /        |  |
| Anzahl der Fachärzte für Neurologie: |       |
| Anzahl der Fachärzte für Innere Medizin: |       |
| Anzahl der Ärzte, die der Schlaganfalleinheit zugeordnet sind: |
| im regulären Tagdienst: |       Ärzte |  |
| im Schichtdienst: |       Ärzte |
| im Bereitschaftsdienst: |       Ärzte |
| Wie viele Betten müssen die der Schlaganfalleinheit zugeordneten Ärzte zusätzlich versorgen? |
| im regulären Tagdienst oder Schichtdienst: |       |  |
| im Bereitschaftsdienst: |       |
| Welche anderen Aufgaben müssen die der Schlaganfalleinheit zugeordneten Ärzte zusätzlich wahrnehmen? |       |
| Schichtdienst:wenn ja:2-Schicht-Betrieb (mindestens 12 h Präsenz), oder3-Schicht-Betrieb | [ ]  ja [ ] nein[ ]  ja [ ] nein[ ]  ja [ ] nein |
| Benennen Sie bitte den fachärztlichen Leiter der Schlaganfalleinheit: | Name, Vorname, Titel |

|  |  |
| --- | --- |
| Pflegekräfte*Pro Monitorbett sind mindestens 1,5 Pflegestellen (examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte) zu besetzen. Die pflegerische Besetzung der Schlaganfalleinheit muss lückenlos sein, mindestens eine Pflegeperson muss ständig anwesend sein und darf die Station – auch z.B. für Patiententransporte nicht verlassen. Ab 13 Betten gilt der degressive Stellenschlüssel nach den Kriterien der DSG (1,25 VK-Quote)* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Anzahl der Examinierten Gesundheits- und Krankenpflege­kräfte, die der Schlaganfalleinheit zugeordnet sind: |       VK/Bett |  |
| Ist das Pflegeteam speziell in der Versorgung von Schlaganfall-Patienten fortgebildet?*Regelmäßige interne und externe Fortbildungen zum Thema Schlaganfall sind erforderlich und nachzuweisen* | [ ]  ja [ ] nein |
| Anzahl der Examinierten Gesundheits- und Krankenpflege­kräfte mit Zusatzqualifikation (Weiterbildung) in der speziellen DSG-SU-Pflege |       Pflegekräfte |
| Wie ist das Pflegeteam der Gesamteinheit zusammengesetzt (in VK)? |
| Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte:  |       VK |  |
| Pflegehilfskräfte: |       VK |
| Wie viele examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind davon ausschließlich auf der SU eingesetzt: |       Pflegekräfte |

|  |  |
| --- | --- |
| Therapeuten*Auch Teilzeitkräfte genau angeben. Sicherstellung, dass die Behandlung durch Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie am Wochenende, bei bestehendem Behandlungsbedarf, regelhaft erfolgt. An WE/FT können sich Physio- und Ergotherapeuten gegenseitig vertreten. Eine Vertretung für Logopädie durch andere Disziplinen ist nicht zulässig. Sofern dies nicht durch Fachpersonal sichergestellt ist und Übernahme außerhalb des Regeldienstes durch andere Disziplinen (z.B. Pflege) übernommen wird, muss dies mit entsprechenden Schulungsnachweisen und angemessener Personalbesetzung einhergehen. Die Personalbemessung der Therapeuten muss darüber hinaus ausreichend sein, um eine Behandlung nach der SU-Phase bis zur Entlassung/Verlegung aufrecht zu erhalten.Als grobe Orientierung für die Allokation therapeutischer Ressourcen sollte kalkuliert werden: pro 4 SU-Betten je 1,5-2 Zeitstunden Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie; etwa die selbe Gesamtheit sollte für jede Berufsgruppe für die Weiterbehandlung auf Allgemeinstation eingeplant werden.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
|  | Einsatz am Wochenende?Sa. So./Fei. |  |
| Physiotherapeuten:       VK | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein |
| Ergotherapeuten:       VK | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein |
| Logopäden:       VK | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein |
| Sozialarbeiter:       VK | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein |
| Neuropsychologen:       VK | [ ]  ja [ ]  nein [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkung zu Abschnitt D: |       |

# Interne Organisation

|  |  |
| --- | --- |
| Thrombolyse*Für Lokale Schlaganfalleinheiten ist eine Lysezahl von mindestens 25 Patienten / Jahr erforderlich. Die door-to-Lyse Zeit sollte den Anforderungen der QiG-BW entsprechen.Die Wartezeiten für Sekundärverlegungen zur Thrombektomie sind nicht bekannt, diese sollten künftig im Sinne von CT-zu-Tür-Zeit erfasst werden (Ziel ist ein Median ≤75Min)* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Anzahl der Schlaganfallpatienten, bei denen eine Thrombolyse durchgeführt wurde: |      /Jahr |  |
| In wieviel % der Fälle beträgt die Door-to-Lyse-Zeit < 60 Min.? |      % |
| Anzahl der zu einer mechanischen Rekanalisation verlegten Patienten? |      /Jahr |
| Mediane CT-Tür Zeit bei zur Thrombektomie verlegten Patienten: |      |

|  |  |
| --- | --- |
| Zeit bis zur initialen Bildgebung*Der Nachweis von Prozessstrukturen für eine umgehende Bildgebung ist notwendig* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| CT / MRT Aufnahme und Befundung innerhalb von 30 Min. nach Aufnahme möglich? | [ ]  ja [ ]  nein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Fortbildungen*Ein Stroke Unit-Team besteht mindestens aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeut/Ergotherapeut, Logopäde/Schlucktherapeut und Sozialarbeiter.**Als Nachweis für Fortbildungen im SU-Team sollte eine Kommunikationsübersicht vorgelegt werden, aus welcher hervorgeht, dass sich die angegebenen Berufsgruppen regelmäßig zu Team-/Fallbesprechungen treffen. Beim Audit sollen der Fortbildungsplan und die Kommunikationsübersicht vorgelegt werden.* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Finden Fortbildungen für das SU-Team statt? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Gibt es ein Einarbeitungskonzept für das SU-Team? | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Ärztliches Manual*Ein ärztliches Manual muss vorhanden sein, regelmäßig überarbeitet werden und Detailangaben zu den genannten Punkten enthalten* *Für telemedizinisch versorgte Schlaganfallstationen kann das Ärztliche Manual Teil von netzwerkinternen und berufsgruppenübergreifenden SOPs sein, muss jedoch dann hausintern verbindlich umgesetzt sein.*  | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Ist ein ärztliches Manual für die Schlaganfalleinheit vorhanden? *(Das Fehlen eines Manuals gilt als Nicht-Konformität)* | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| 01. Stationsbeschreibung02. Standard zu den spezifischen Aufgaben im Schichtsystem 03. Standard Neuaufnahme eines Schlaganfallpatienten 04. Standard Aufnahmediagnostik05. Standard Weiterführende Diagnostik06. Standard Rekanalisationstherapie 07. Standard Antikoagulation08. Standard Blutdruckmanagement 09. Standard Blutzuckerüberwachung und Intervention10. Standard Temperaturüberwachung und Intervention11. Standard Flüssigkeitsgabe12. Standard O2-Gabe13. Standard Ernährungskonzept (unter Berücksichtigung der Schluckfunktion) 14. Standard Mobilisationskonzept15. Standard arterielle und venöse Zugänge  | 16. Standard Sekundärprophylaxe des Reinsultes17. Standard Monitoring nach OPS 8-981 bzw. OPS 8-98 B18. Standard Maßnahmenkatalog bei klinischer Verschlechterung19. Standard Entlassung und Verlegung20. Standard Arztbrief zum Zeitpunkt der Entlassung/Verlegung21. Standard Entlassgespräch/Patientenschulung22. SOP zu speziellen Krankheitsbildern und Situationen:- intrazerebrale Blutung- Subarachnoidalblutung - Sinus- und Hirnvenenthrombose- Raumfordernder Hirninfarkt- Delirmanagement- Palliativkonzept |

|  |  |
| --- | --- |
| Pflege-Manual*Ein Pflegemanual muss vorhanden sein, regelmäßig überarbeitet werden und Detailangaben zu den genannten Punkten enthalten.**Für telemedizinisch versorgte Schlaganfallstationen kann das Pflegemanual Teil von netzwerkinternen und berufsgruppenübergreifenden SOPs sein, muss jedoch dann hausintern verbindlich umgesetzt sein.*  | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| a) Ist ein Pflege Manual für die Schlaganfalleinheit vorhanden?*(Das Fehlen eines Manuals gilt als Nicht-Konformität)* | [ ]  ja [ ] nein |  |
| 01. Stationsbeschreibung und Rahmenbedingungen 02.Pflegeleitbild 03.Standards zu den spezifischen Aufgaben im Schichtsystem 04. Standard Patientenüberwachung, (vor allem nicht-invasives Monitoring)05. Standard Krankenbeobachtung 06. Standard Bilanzierung 07. Standard Infusionssysteme08. Standard Augen- und Nasen- und Mundpflege09. Standard hirndruckprotektive Maßnahmen10. Standard Hygienemonitoring | 11. Standard Patientenübergabe12. Standard Kurvenführung und Legenden 13. Standard Teambesprechungen 14. Standard Basale Stimulation 15. Standard Lagerung (z.B. nach Bobath)16. Standard Erfassung von Schluckstö­rungen/Dysphagie (Methodik und Indika­tion der fiberendoskopischen Untersuchung des Schluckaktes) 17. Standard enterale Ernährung18. Standard Delegation ärztlicher Tätigkeiten**19. Standard Umgang mit Lysepatienten** |

|  |  |
| --- | --- |
| Angehörigenkonzept:*Das Fehlen eines Konzept zur Information von Angehörigen gilt als Nicht-Konformität* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Gibt es ein Betroffenen- und Angehörigen-Konzept? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Gibt es eigene Broschüren (Schriftliche Informationen zur Schlaganfallstation)? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Gibt es Kooperationen mit Selbsthilfegruppen? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Werden Infoveranstaltung für Patienten/Angehörige/Bevölkerung veranstaltet? | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Patienteneigentums-Management*Das Fehlen eines Konzepts zum Patienteneigentums-Management gilt als Nicht-Konformität* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Gibt es ein Patienteneigentums-Management? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Umgang mit Patienteneigentum? (Bitte beschreiben!) |       |
| Umgang mit mitgebrachten Dokumenten (Bitte beschreiben!) |       |

|  |  |
| --- | --- |
| QM-System: | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Ist Ihre Abteilung/Klinik/Ihr Krankenhaus/Klinikum oder sind einzelne Bereiche bereits nach einem anderen QM-System zertifiziert? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| DIN EN ISO | [ ]  ja [ ]  nein |
| KTQ/ProCumCert | [ ]  ja [ ]  nein |
| Zentren (z.B. Krebszentren etc.) |       |
| andere |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt E: |       |

# Externe Organisation

|  |  |
| --- | --- |
| Externe Kooperationen*Sofern die Entfernung zu einer regionalen oder überregionalen SU < 20 km ist, ist eine Erklärung notwendig, aus der der Bedarf zur telemedizinischen Schlaganfallversorgung im potenziellen Einzugsgebiet einer zertifizierten SU hervorgeht* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Ist ein NAW-Konzept vorhanden?*Das Fehlen eines Konzeptes gilt als Nicht-Konformität* | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Wenn ja, beschreiben Sie die Regelungen hinsichtlich des Notarzteinsatzes beim akuten Schlaganfall:*Das lokale Rettungskonzept muss bekannt sein und dargelegt werden können. Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |       |
| Findet eine Kooperation mit umgebenden Akutkrankenhäusern statt? | [ ]  ja [ ] nein |
| Wenn ja, worin besteht diese Kooperation im Einzelnen? |       |
| Gibt es ein Verlegungsmanagement?*Gemeint ist hier der Verlegungsbericht (auch bei interner Verlegung), einschließlich Pflegeüberleitungsbogen und Reha-Empfehlungsbogen am Tag der Verlegung. Das Verlegungsmanagement muss Teil von netzwerkinternen SOPs sein.* | [ ]  ja [ ] nein |
| Wenn ja, bitte beschreiben Sie dieses |       |
| Findet eine Kooperation mit Reha-Einrichtungen statt? | [ ]  ja [ ] nein |
| Wenn ja, worin besteht diese Kooperation im Einzelnen? |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Externe QS*Anzugeben ist die Anzahl der nicht eingehaltenen Qualitätsindikatoren gemäß der Jahresauswertung der QiG-BW (z.B. rot in der Übersichtstabelle)* | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Anzahl der Abweichungen von den Vorgaben der QiG-BW *(mehr als 3 Abweichungen gelten als Nicht-Konformität)* |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt F: |       |

# Gesetzliche Regelungen (Zu allen gesetzlichen Regelungen sind beim Audit Nachweise vorzulegen)

|  |  |
| --- | --- |
|  Medizingeräte nach Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetz (MPDG): | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Gibt es Gerätepässe für Mitarbeiter? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Liegen umfassend relevante Einweisungsnachweise vor? | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Medikamenten-Management: | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Verfalldatumsprüfung? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Anbruchdatum? | [ ]  ja [ ]  nein |
| BTM-Regelung? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Medikamentenkühlschrank und Lebensmittel-/Hygieneregelung? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Regelmäßige Apothekenbegehungen? | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Sonstiges: | Auditnotizen*(von Auditoren auszufüllen)* |
| Werden Datenschutz-Belehrungen durchgeführt? | [ ]  ja [ ]  nein |  |
| Werden Datenschutz-Begehungen durchgeführt? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Gibt es durchgängig nachweisbare, regelmäßige Brandschutzschulungen? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Gibt es ein geregeltes Hygienemanagement? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Gibt es regelmäßige Pflichtschulungen zu: **Reanimation und Notfällen, Hygiene, Arbeitsschutz, etc.**  | [ ]  ja [ ]  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen zu Abschnitt G: |       |