Erhebungsbogen für eine

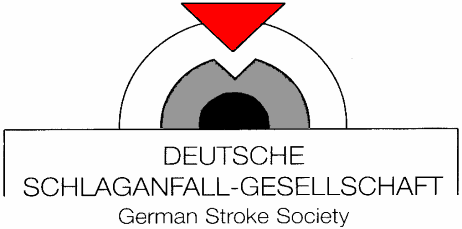


|  |  |
| --- | --- |
| Einrichtung/Klinikum: |  |
| Abteilung/Klinik: |  |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Telefon: |  |
| E-Mail: | @ |

**überregionale (ÜR)  regionale (R)  telemedizinisch vernetzte (T)**

**Anzahl zu zertifizierender Stroke Unit Betten:**

**diese Anzahl SU-Betten in Betrieb seit:**





**Organisatorischer Zertifizierungsablauf:**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihrer Stroke Unit 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)

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

✓ **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 2 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 Abweichungen) 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 2 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 Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft, der Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe und der LGA InterCert GmbH insgesamt erhoben. Darüber hinaus gilt die Stroke Unit nicht mehr als re-, sondern als erstzertifiziert.**

**Mit dem Antrag einzureichende Unterlagen:**

gemäß Kriterium 06: Krankenhausstatistik (Beispiel siehe Anhang)

gemäß Kriterien 9;13;14; 47-63 Genehmigung Teleradiologie gemäß Strahlenschutzgesetz (StrlSchG)

gemäß Kriterium 12: BQS-Berichte für Karotis-TEA und –PTA

gemäß Kriterium 19: Krankenhausstatistik

gemäß Kriterium 27: Benchmarking-Bericht (Externe Qualitätssicherung)

gemäß Kriterium 29: Ärztliches Manual

gemäß Kriterium 30: Pflegemanual

gemäß Kriterium 32: Mitgliedsnachweis in der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft eines Mitarbeiters

gemäß Kriterium 41: Schriftliches unterschriebenes Rettungsdienst-Konzept

gemäß Kriterium 46: Maßnahmendarstellung der Hinweise des letzten externen Audits

aktuelle Organigramm/e

Erklärung über den Aufbau und die Besitzverhältnisse Ihres Unternehmens (z.B. Auszug aus dem Handelsregister, Satzung, ...)

Bei Tele-Stroke-Units: Vom koordinierenden Telemedizinzentrum ausgefüllter Fragebogen (s. Anhang)

Anforderung von Daten der jeweiligen Kooperationskliniken (gesondertes Formular)

Nur bei untergeordneten Nichtkonformitäten aus dem letzten externen Zertifizierungsaudit: Nachweise über die umgesetzten Maßnahmen.

Sämtliche Eingaben des Antrages beziehen sich auf das Jahr:

Bitte beachten: Die Controlling-Daten und die Daten der externen Qualitätssicherung müssen sich auf dasselbe Jahr beziehen!

# Struktur:

**1. Allgemeine Informationen zur Einrichtung:**

a) Rechtsform der Einrichtung:

b) Träger der Einrichtung:

c) Krankenhaustyp:

d) Geschäftsführung:

e) Pflegeleitung:

f) Ärztliche Leitung:

g) Chefarzt der Antragstellenden Abteilung:

h) Ärztlicher Leiter der Stroke Unit:

i) QM-Beauftragter der Stroke Unit:

j) Stationspflegeleitung der Stroke Unit:

k) andere Funktionsträger der Einrichtung:

Kommentar:

**2. Fachliche Leitung der Stroke Unit:**

a) Neurologische Hauptabteilung/Klinik\*:

b) Innere Abteilung/Klinik:

c) andere:

|  |
| --- |
| *Hier ist die Abteilung/Klinik anzugeben, unter deren fachlicher Leitung die Stroke Unit steht. (\*laut Landeskrankenhausplan).*  *R-SU/T-SU: Die Stroke Unit muss sich in einer Abteilung/Klinik für Neurologie oder einer Inneren Abteilung/Klinik mit Schlaganfallexpertise befinden. Es muss ein neurologischer oder internistischer Facharzt für die Leitung der Stroke Unit benannt sein.*  *ÜR-SU: Die Stroke Unit muss sich in einer Neurologischen Akut-Abteilung/Klinik mit Schlaganfallexpertise befinden. Es muss ein neurologischer Facharzt für die Leitung der Stroke Unit benannt sein.* |

Kommentar:

**3. Anzahl an Betten:**

a) im Klinikum/Krankenhaus:

- Gesamtbettenzahl (ggf. mehrere Standorte zusammen):

- Betten am Standort der Stroke Unit:

- Bettenanzahl der Fachabteilung, der die Stroke Unit zugeordnet ist:

b) Stroke Unit:

- monitorisierte Betten:

|  |
| --- |
| *alle-SU: KO sofern Differenz zum Bedarf > 2 SU-Betten (sowohl zu viel als auch zu wenig). Berechnungsgrundlage: ca. 100 Pat./Bett/Jahr*  *Beispiel: wäre der Korridor 8-12 SU-Betten, Abweichung bei < 8 oder > 12 Betten)* |

Kommentar:

**4. Konzeption der Stroke Unit**

a) Ist die Stroke Unit als sog. Stand alone\* - Lösung konzipiert?  ja  nein

- wenn nein, Bettenanzahl der Einheit insgesamt:

- Stroke Unit kombiniert mit:

ITS:       Bettenzahl  Aufnahmestation:       Bettenzahl  Andere:       Bettenzahl

IMC:       Bettenzahl  Allgemeinstation:       Bettenzahl

b) Bevorzugte Verlegungsstation nach der SU-Phase:  Neurologische Allgemeinstation  Comprehensive Stroke Unit  Andere:

c) Welche Stroke Units befinden sich in der Umgebung?

Name/Ort: Entfernung: Anzahl Betten: telemed. vernetzt: regional: überregional: lok. Schlaganfalleinheit ASBW:

         km   

         km   

         km   

|  |
| --- |
| *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.*  *R-SU/T-SU: Eine Mindestanzahl von 4 Monitoring-Betten ist erforderlich.*  *ÜR-SU: Eine Mindestanzahl von 6 Monitoring-Betten ist erforderlich.*  *\*Räumlich abgegrenzter Bereich mit eigenem Pflegeteam (inkl. Leitung)* |

Kommentar:

**5. Gibt es Krankenhäuser im Einzugsgebiet ohne zertifizierte Stroke Unit, die regelhaft akute Schlaganfallpatienten behandeln?**  ja  nein

**wenn ja, Beschreibung:**

**6. Leistungszahlen zu Schlaganfallpatienten einschließlich TIA\*:**

a) Anzahl von Schlaganfallpatienten (inkl. TIA) des Erhebungsjahres: b) Angabe der Vorjahreszahlen zum Vergleich:

- Standort:       /Jahr - Standort:       /Jahr

- Abteilung:       /Jahr - Abteilung:       /Jahr

- in Stroke Unit:       /Jahr - in Stroke Unit:       /Jahr

- Anteil an TIA-Patienten in Abteilung:       % - Anteil an TIA-Patienten in Abteilung:       %

- Summe TIA und Hirninfarktpatienten in Abteilung:       - Summe TIA und Hirninfarktpatienten in Abteilung:

c) Verteilung übriger Patienten auf folgende Abteilungen am Standort:

d) Durchschnittliche Verweildauer der Schlaganfallpatienten (inkl. TIA): In der Abteilung:       Tage

Auf der Stroke Unit:       Tage

e) Anzahl (und Rate in %) der **Schlaganfall**patienten (inkl. TIA) auf der

Stroke Unit mit Verweildauer von: <24 Std.:       /       %

>24-48 Std.:       /       %

>48-72 Std.:       /       %

>72-96 Std.:       /       %

> 96 Std.:       /       %

f) Anzahl (und Rate in %) an Patienten auf der SU **ohne** Schlaganfall/TIA:       /       %

g) Beschreiben Sie den Standard zur Verweildauer-Steuerung auf der SU:

h) Anzahl aller stationär behandelten Patienten in der Abteilung:

|  |
| --- |
| *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 Entlasshauptdiagnosen ICD10: G45 (ohne G45.4), I61, I63.x,-I64****) aus allen Abteilungen, einschließlich der Stroke Unit, bei. Die Daten müssen vom Controlling generiert werden.*  *Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten/Jahr (inkl. TIA), die in Ihrer Stroke Unit behandelt werden.*  *T-SU: Mindestanzahl der auf der telemedizinisch vernetzten Stroke Unit behandelten Schlaganfallpatienten/Jahr: 200*  *R-SU: Mindestanzahl der auf der Regionalen Stroke Unit behandelten Schlaganfallpatienten/Jahr: 250*  *ÜR-SU: Mindestanzahl der auf der Überregionalen Stroke Unit behandelten Schlaganfallpatienten/Jahr: 500*  *Zu a: Zahlen für TIA und SU Behandlung beziehen sich auf in der Abteilung entlassene Patienten*  *Zu e: für das gesamte Kalenderjahr vor dem Jahr der Antragsstellung/des Audits; Zahlen für TIA und SU Behandlung beziehen sich auf in der Abteilung entlassene Patienten; Summe muss identisch sein mit Summe 6a „in Stroke Unit“*  *Zu h: gemeint ist die Monitoreinheit*  ***Sämtliche SU: Eine TIA-Rate > 40 % ,eine Rate an Patienten ohne Schlaganfall/TIA auf der SU (Mimics + IMC-Patienten) von > 40 % sowie < 80% aller Schlaganfälle der Abteilung auf der SU gelten als Abweichung.*** |

Kommentar:

# Komplementäre Disziplinen

**7. Neurologische Kompetenz am Standort:**

a) eigenständige Hauptabteilung?  ja  nein

- wenn nein: Nennung und Beschreibung der Struktur:

b) Neurologische Kompetenz rund um die Uhr über Telemedizin?  ja  nein

|  |
| --- |
| *R-SU: Neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise in der Regeldienstzeit und Rufbereitschaft außerhalb der Regeldienstzeit ist erforderlich, d.h. mindestens 2 neurologische Fachärzte müssen in der Klinik, in der sich die Stroke Unit befindet, ganztägig angestellt sein und bei Akutpatienten 24/7 zeitnahe hinzugezogen werden.*  *T-SU: Neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise ist in der Regeldienstzeit über Präsenz- oder Rufbereitschaftsdienste erforderlich. Mindestens einmal pro Werktag 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. Außerhalb der Regeldienstzeit muss ein fachärztlich neurologischer Konsiliardienst jederzeit über die Telemedizin verfügbar sein.* |

Kommentar:

**8. Kardiologische Kompetenz am Standort:**

a) eigenständige kardiologische Abteilung?  ja  nein

b) Innere Abteilung mit kardiologischer Expertise?  ja  nein

wenn nein: Nennung und Beschreibung der Struktur:

c) Anzahl der Mitarbeiter mit kardiologischer Zusatzbezeichnung:

d) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Kardiologie:

e) Möglichkeit zur notfallmäßigen Koronarintervention vor Ort?  ja  nein

f) Gibt es eine zertifizierte Chest Pain Unit?  ja  nein

g) Gibt es einen kardiologischen Konsildienst für die Stroke Unit?  ja  nein

h) Kardiologische Versorgung außerhalb des Regeldienstes gewährleistet?  ja  nein

|  |
| --- |
| *R-SU/T-SU: Internistische Kompetenz mit kardiologischer Expertise in der Regeldienstzeit und außerhalb der Regeldienstzeit mittels Rufdienst kontinuierlich verfügbar.*  *ÜR-SU: Vorhandensein einer Internistischen Abteilung mit kardiologischer Expertise; eine internistische Praxis/Honorarärzte allein sind nicht ausreichend.* |

Kommentar:

**9. Radiologische bzw. Neuroradiologische Kompetenz am Standort:**

a) eigenständige radiologische Abteilung?  ja  nein

- Dauer der Weiterbildungsbefugnis Allgemeine Radiologie:       Jahre

- Anzahl der Fachärzte für Radiologie:

- Anzahl der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie:

- Kontinuierliche ärztliche Präsenz außerhalb des Regeldienstes?  ja  nein

- wenn nein, nähere Beschreibung:

- Kontinuierliche MTRA- Präsenz außerhalb des Regeldienstes?  ja  nein

- wenn nein, nähere Beschreibung:

b) eigenständige neuroradiologische Abteilung?  ja  nein

- Dauer der Weiterbildungsbefugnis Neuroradiologie:      Jahre

- Anzahl der Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie:

- Ärztliche Präsenz außerhalb des Regeldienstes?  ja  nein

- wenn nein, nähere Beschreibung:

- eigenständige neuroradiol. MTRA- Präsenz außerhalb des Regeldienstes?  ja  nein

- Gibt es eine 24/7 MTRA-Interventionsbereitschaft?  ja  nein

c) Radiologisch-neuroradiologische Kompetenz in anderer Form vorhanden?  ja  nein

- wenn ja, nähere Beschreibung:

d) Radiologisch-neuroradiologische Konferenzen auf werktäglicher Basis?  ja  nein

- wenn nein, nähere Beschreibung:

e) Radiologisch-neuroradiologische Prozesse:

- Endovaskuläre Rekanalisation akuter Hirnarterienverschlüsse?  ja  nein

- Gibt es eine kontinuierliche (24/7) ärztliche Interventionsbereitschaft?  ja  nein

- Wenn nein beschreiben:

- Welche Abteilung führt die Interventionen am Standort durch?  Radiologie  Neuroradiologie  andere

- Anzahl der neurovaskulären Interventionalisten:

- Anzahl der neurovaskulären Interventionalisten mit Zertifikaten

gemäß Modul E/F der DeGIR:      /

f) Kooperation mit externer Abteilung?  ja  nein

- Name des Kooperationspartners:

- Entfernung in Autominuten:       min.

- Entfernung in km:       km

- Beschreibung des Verlegungsprocederes:

- Gibt es eine schriftliche Kooperationsvereinbarung?  ja  nein

- Gibt es die Möglichkeit der bildgebenden Mitbeurteilung?  ja  nein

|  |
| --- |
| *R-SU, T-SU: Radiologische Abteilung oder assoziierte radiologische Praxis am Haus mit neuroradiologischer Kompetenz muss über 24 Stunden im Haus/am Standort verfügbar sein. Eine teleradiologische Befundung außerhalb der Regeldienstzeit ist grundsätzlich akzeptabel. Es muss eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit einem interventionell tätigen Zentrum vorliegen, aus der die Zusammenarbeit bzgl. Neurointerventionen beim Hirninfarkt hervorgeht. Dabei ist das* ***nächstgelegene, geeignete Interventionszentrum*** *zu wählen. Kontinuierliche MTRA- Präsenz außerhalb des Regeldienstes obligat.*  *ÜR-SU: Eine Radiologische Abteilung mit neuroradiologischer und neurointerventioneller Kompetenz bzw. eine eigenständige Neuroradiologische Abteilung muss am Standort verfügbar sein. Der radiologisch-neuroradiologisch zuständige Arzt gehört zum selben Krankenhaus und besitzt die Zusatzbezeichnung für Neuroradiologie. Die Auflagen zur Strahlenschutzverordnung und Strahlenschutzgesetz müssen erfüllt sein, insbesondere muss ein Arzt mit Fachkunde im Strahlenschutz vor Ort anwesend sein. Die Indikationsprüfung und Befundung kann ggf. teleradiologisch erfolgen, jedoch muss eine ärztliche Anwesenheit jederzeit innerhalb von 30 Minuten gewährleistet sein. Für akute Schlaganfallpatienten muss ein Behandlungsstandard etabliert sein, der sicherstellt, dass eine signifikante Gefäßpathologie mit einem angiographischen Verfahren (CTA, MRA, DSA) unmittelbar diagnostiziert und im Bedarfsfall, mit der gebotenen Expertise, vor Ort endovaskulär behandelt werden kann. Dabei ist diese Expertise kontinuierlich (24/7) am Standort vorzuhalten. Die 24/7-Abdeckung lässt sich in der Regel nur durch mindestens 3 Interventionalisten (dringend empfohlen: Zertifikat Modul E gemäß DeGIR) erreichen, von denen zwei am Haus festangestellt sein sollten. Lücken in der Interventionsbereitschaft sind nur in seltenen Ausnahmefällen (z.B. unerwartete Krankheit, Kündigung eines Mitarbeiters) erlaubt. Kontinuierliche MTRA- Präsenz außerhalb des Regeldienstes obligat.*  *ÜR-SU, R-SU und T-SU: Die Fachkunde im Strahlenschutz muss lückenlos gewährleistet sein.* *Radiologisch-neuroradiologische Konferenzen auf werktäglicher Basis obligat.* |

Kommentar:

**10. Neurochirurgische Kompetenz am Standort?**  ja  nein

a) eigenständige Abteilung?  ja  nein

- Dauer der Weiterbildungsbefugnis:

- Abteilungsstruktur (CA/OÄ/Ass.):    /    /

- Anzahl der Fachärzte für Neurochirurgie:

- Eigenständige ärztliche Präsenz außerhalb des Regeldienstes:

b) Kooperation mit externer Neurochirurgie?  ja  nein

- Name des Kooperationspartners:

- Entfernung in Autominuten:       min.

- Entfernung in km:       km

- Üblicher Verlegungsmodus:

- Gibt es eine schriftliche Kooperationsvereinbarung?  ja  nein

- Gibt es die Möglichkeit der bildgebenden Mitbeurteilung?  ja  nein

c) Neurochirurgische Prozesse:

- Anzahl an Dekompressionen bei raumfordernden Hirninfarkten insgesamt:

- Wie viele wurden von der hiesigen SU-Fachabteilung veranlasst:

- Beschreiben Sie die Rolle der Abteilung in der Versorgung von ICB-Patienten:

- Beschreiben Sie die Rolle der Abteilung in der Versorgung von SAB-Patienten:

|  |
| --- |
| *Es sollte ein Vertreter des Kooperationspartners, ggf. von extern, vor Ort zum Audit anwesend sein.*  *ÜR-SU und R-SU: Vorhandensein einer neurochirurgischen Abteilung/Klinik im Hause oder in kürzester Entfernung mit schriftlicher Kooperationsvereinbarung erforderlich.*  *T-SU: Klares Verlegungsmanagement unter definiertem Einbezug neurochirurgischer Abteilungen/Kliniken muss im Netzwerkkonzept festgelegt sein. Vertrag oder schriftliche Vereinbarung bzw. netzwerkinterne Regelung bei Tele-Stroke-Units ist beim Audit vorzuweisen.* |

Kommentar:

**11. Intensivstation am Standort?**  ja  nein

a) geführt durch welche Fachabteilung?

b) interdisziplinär?  ja  nein

c) Anzahl der Betten dieser ITS-Einheit:

d) Anzahl der Beatmungsplätze dieser ITS-Einheit:

e) Betreuungsmodus für Schlaganfallpatienten der ITS:

f) Anzahl der neurologischen Weiterbildungsassistenten vollschichtig auf der ITS:

g) Anzahl von Schlaganfallpatienten (I61, I63.x und G45\*), die im letzten Jahr

am Standort intensivmedizinisch behandelt wurden:

h) Anzahl Pflegekräfte (VK) pro ITS-Bett:       VK/Bett

|  |
| --- |
| *Intensivstation mit Nutzung zur künstlichen Beatmung und Intensivtherapie über 24 Stunden muss im Hause vorhanden sein.* |

Kommentar:

**12. Gefäßchirurgische Kompetenz am Standort?**  ja  nein

a) Eigene gefäßchirurgische Abteilung im Haus?  ja  nein

b) Kooperation mit externer Gefäßchirurgie?  ja  nein

- Name des Kooperationspartners:

- Gibt es einen eigenen Kooperationsvertrag?  ja  nein

- Kooperationspartner an zertifiziertem Gefäßzentrum?  ja  nein

c) Karotisendarterektomien:

- Anzahl Ärzte, die Karotis-Operationen durchführen:

d) Gefäßchirurgische Prozesse:

- Anzahl von Karotisoperationen insgesamt beim Kooperationspartner:

- davon Anzahl asymptomatischer Stenosen:

- wie viele wurden von der hiesigen SU-Fachabteilung zugewiesen:

- durchschnittliche Latenz von Indikationsstellung bis zur OP:

e) BQS-Bericht zur Karotis-OP lag vor?  ja  nein

- kombinierte Rate an periinterventionellem Schlaganfall-Tod:

- bei symptomatischen Stenosen:       /       %

- bei asymptomatischen Stenosen:       /       %

- mit kontralateraler Stenose:       /       %

- ohne kontralateraler Stenose:       /       %

f) Karotis-Stenting zur Sekundärprävention:

- Wer führt den Prozess durch:

- Anzahl von Karotis-Stenting insgesamt:

- davon Anzahl asymptomatischer Stenosen:

- wie viele wurden von der hiesigen SU-Fachabteilung zugewiesen:

- durchschnittliche Latenz von Indikationsstellung bis zur Intervention:       Tage

g) BQS-Bericht zum Karotis-Stenting lag vor?  ja  nein

- kombinierte Rate an periinterventionellem Schlaganfall-Tod:

- bei symptomatischen Stenosen:       /       %

- bei asymptomatischen Stenosen:       /       %

h) Standard zur Festlegung des Revaskularisationsverfahrens (OP vs. endovaskulär):

- Gibt es regelmäßige Gefäßkonferenzen?  ja  nein

- Wie oft finden diese statt?

- wenn ja, nähere Beschreibung:

i) Präoperativer Diagnostikstandard:

- Peri- und postoperatives Management (klinisch, sonographisch) adäquat:

- nach Karotis-OP?  Ja  Nein

- nach Karotis-Stenting?  Ja  Nein

|  |
| --- |
| *Zugang zur Gefäßchirurgie, ggf. in Form einer Kooperationsvereinbarung mit einer gefäßchirurgischen Abteilung/Klinik, ist erforderlich.*  *Es sollte ein Vertreter des Kooperationspartners -, ggf. von extern - vor Ort zum Audit anwesend sein. Ebenso möglich ist die Zuschaltung per Videokonferenz.*  *\* Beantwortung der Punkte c) bis e) unabhängig vom Vorhandensein gefäßchirurgischer Kompetenz am Haus* |

Kommentar:

# Diagnostik

**13. CT im Hause/am Standort 24 Stunden verfügbar?**  ja  nein

a) Anzahl Geräte am Standort:

b) Anteil an CT-Untersuchungen gemäß Controlling\*:       %

c) Akute Bildgebung < 30 Min. / < 60 Min. gemäß Qualitätsregister:       % /       %

d) CT-Angiographie am Standort 24 Stunden verfügbar?  ja  nein

- gibt es einen Standard, wann initial eine CTA erfolgt?  ja  nein

- Anteil an CTA-Untersuchungen in der Initialphase\*\*:       %

e) CT-Perfusion am Standort 24 Stunden verfügbar?  ja  nein

- gibt es einen Standard, wann initial eine CTP erfolgt?  ja  nein

- Anteil an CTP-Untersuchungen in Initialphase (ggf. Schätzung):       %

f) Beschreibung des Vorgehens bei CT-Ausfall:

|  |
| --- |
| *24 Stunden-Verfügbarkeit der CT-Diagnostik ist erforderlich.*  *\* OPS 3-200 bei Pat. mit Schlaganfall inkl. TIA, ggf. Ermittlung einer Stichprobe.*  *\*\*Anteil der CTA-Untersuchungen ist durch Controllingzahlen (OPS 3-220 plus 3-221) oder eine interne Statistik (z.B. bei assoziierter Praxis) zu ermitteln.*  *R-SU und ÜR-SU:*  *zu d: CT-A muss 24/7 angeboten werden. Eine CTA-Rate bei Hirninfarkt (in der Initialphase) von mindestens 30 % ist erforderlich.*  *ÜR-SU: zu e: KO, falls nicht möglich oder praktisch nicht eingesetzt. Für die Berechnung der CTP-Rate eignet sich der Anteil der Patienten mit OPS 3-993 und Hirninfarkt (I63) in Relation zu allen Patienten mit Hirninfarkt (I63).*  *R-SU: zu e: untergeordnete Nichtkonformität falls nicht möglich oder praktisch nicht eingesetzt* |

Kommentar:

**14. MRT im Hause/am Standort 24 Stunden verfügbar?**  ja  nein

a) Wenn nein, wie viele Stunden verfügbar:

- am Standort:       Std.

- externer Standort:       Std.

- Anzahl Geräte am Standort:

b) Sofern MRT nicht am Standort lokalisiert:  entfällt

- Entfernung des MRT von Stroke Unit:       km

- Übliche Transportzeit zum MRT:

- Transportmodus zum MRT:

c) \*Anteil an Schlaganfall-Patienten mit MRT-Untersuchung insgesamt:       %

- MRT als Erstbildgebung in Initialphase (Schätzung):       %

d) Ist MR-Angiographie fester Bestandteil des Schlaganfall-MRT?  ja  nein

e) Anteil an MRT-basierter Mismatch-Untersuchung in Initialphase (Schätzung):       %

- Beschreibung Standard der Mismatch-Bildgebung:

|  |
| --- |
| *\* gemäß Controlling OPS 3-800*  *R-SU oder T-SU: Zumindest eine der genannten Angiographietechniken (CTA oder MRA) muss in hoher Qualität über 24 Stunden im Haus/am Standort verfügbar sein.*  *ÜR-SU: Die 24-Stunden-Verfügbarkeit eines MRT am Standort ist erforderlich. Zerebrale Katheter-Angiographie (DSA) und CT-Angiographie oder MR-Angiographie müssen in hoher Qualität über 24 Stunden im Haus/am Standort verfügbar sein. Die digitale Subtraktions-Angiographie (DSA) muss über 24 Stunden im Haus/am Standort für therapeutische Zwecke (insbesondere für endovaskuläre Rekanalisationsverfahren) zur Verfügung stehen und im Bedarfsfall vor Ort eingesetzt werden.* |

Kommentar:

**15. Zerebrale Katheter-Angiographie (DSA) im Hause/am Standort 24 Stunden verfügbar?**  ja  nein

a) Wenn nein, wie viele Stunden verfügbar?

- im Haus:

- außer Haus:

b) DSA-Verfügbarkeit im Bedarfsfall:

- wochentags tagsüber?  ja  nein

- nachts und am WE?  ja  nein

Kommentar:

**16. Farbduplexsonographische Untersuchung 24 Stunden verfügbar?**  ja  nein

a) Anzahl Geräte am Standort:

b) Anzahl der an Schlaganfallpatienten (TIA und Hirninfarkt)

- veranlassten Untersuchungen\*: - Extrakraniell:

- Transkraniell:

c) Wie viele Mitarbeiter sind im Besitz des DEGUM-/DGKN-Zertifikates

für „Spezielle neurologische Ultraschalldiagnostik“?

d) Beschreibung Untersuchungsmodus im Regeldienst:

e) Werden neurosonographische Untersuchungen regelhaft am

Wochenende durchgeführt?  ja  nein

- Prozessbeschreibung (wann, durch wen, bei welchen Patienten):

|  |
| --- |
| *\*alle-SU: Es muss bei mindestens 80% der in der Abteilung behandelten Patienten mit TIA und Hirninfarkt eine Ultraschalluntersuchung der extra- und intrakraniellen Arterien erfolgen. Bei* *extrakraniellen Untersuchungen werden nur duplexsonographische Untersuchungen akzeptiert*. *Durchführung in der eigenen Abteilung ist obligat.*  *Zu d: Ein neurosonograpischer Dienst muss eingerichtet sein, der täglich auch an Wochenend- und Feiertagen zum Einsatz kommt und ausgewählte Patienten (nach einer Arbeitsanweisung, die im Ärztemanual festgelegt sein sollte) untersucht. Die Regelung wird an Stichproben überprüft.* |

Kommentar:

**17. Detektion von Vorhofflimmern (VHF):**

a) Verfügbarkeit Langzeit EKG?  ja  nein

- Latenz zwischen Anmeldung bis Durchführung LZ-EKG:       Werktage

b) Anzahl an Langzeit-EKG-Untersuchungen pro Jahr:

- wie wurden Zahlen ermittelt?  Controlling  eigene systematische Statistik  andere

c) erfolgen auf täglicher Basis Rhythmusvisiten der Überwachungsdaten?  ja  nein

d) erfolgt eine schriftliche Befunddokumentation der Rhythmusvisiten?  ja  nein

e) Wird eine spezielle Software zur VHF-Detektion während des SU-Monitorings

eingesetzt?  ja  nein

f) Gibt es ein Konzept zur erweiterten Rhythmusdiagnostik zum Nachweis von

Vorhofflimmern, sofern in der Routinediagnostik kein VHF nachweisbar ist?  ja  nein

- wenn ja, Prozessbeschreibung:

g) Werden Implantierbare Loop-Rekorder (ILR) eingesetzt?  ja  nein

- Anzahl der eingesetzten ILR im Vorjahr:

|  |
| --- |
| *Die Vorgehensweise bei der Rhythmusvisite sollte standardisiert sein (Durchsicht der Monitoralarme, Analyse von Trenddiagrammen etc.). Die Mitarbeiter sollten hierin geschult sein. Empfehlungen hierzu finden sich u.a. in dem Positionspaper der AG Herz und Hirn der DKG und DSG zur Detektion von Vorhofflimmern nach ischämischem Schlaganfall (Häusler et al., Aktuelle Neurologie 2018;45:93-106).* |

Kommentar:

**18. EKG :**

a) Werden auf der Stroke Unit 12-Kanal-EKGs abgeleitet?  ja  nein

b) Werden EKGs von Ärzten der Stroke Unit befundet?  ja  nein

c) Gibt es eine spezielle Schulung zur EKG-Befundung auf der Stroke Unit?  ja  nein

**19. Echokardiographie im Haus/am Standort:**

a) transthorakale Echokardiographie (TTE):

- 24 Stunden verfügbar?  ja  nein

- Anzahl der an Schlaganfallpatienten (Hirninfarkt/TIA) veranlassten TTE-Untersuchungen:       /Jahr

- Latenz Anmeldung bis Durchführung (Werktage):

b) transösophageale Echokardiographie (TEE):

- 24 Stunden verfügbar?  ja  nein

- Latenz Anmeldung bis Durchführung (Werktage):

- Anzahl der an Schlaganfallpatienten (Hirninfarkt/TIA) veranlassten TEE-Untersuchungen:       /Jahr

- TEE-Rate der Abteilung bei Schlaganfallpatienten (Hirninfarkt/TIA):       %

Kommentar:

|  |
| --- |
| *a): Kriterien 15-19: 24 Stunden-Verfügbarkeit erforderlich (Die Geräte/Verfahren stehen bereit und sind jederzeit einsetzbar (24/7 = 24h am Tage, 7 Tag in der Woche).*  *b): ÜR-SU: TEE innerhalb 24 Stunden verfügbar; d.h. diese Methode ist innerhalb des vorgeschriebenen Zeitfensters einsetzbar.*  *c): TEE-Mindestquote: 15% aller (Nenner: durch die Fachabteilung, der die Stroke Unit zugeordnet ist behandelten Schlaganfallpatienten [G45\* ohne G45.4, I63\*]; Zähler: Anzahl an TEE-Untersuchungen [OPS Ziffer 3-052]. Es sind hierzu offizielle Controlling-Zahlen vorzulegen.* |

**20. Klinisch-chemisches Notfall-Labor im Haus/am Standort 24 Stunden verfügbar?**   ja  nein

a) wenn nein Beschreibung:

b) Durchschnittliche Latenzzeit (in Min.) bis zur Vorlage der laborchemischen

Mindestparameter bei Lyse-Kandidaten:       min.

c) POC-Messung des INR-Wertes in Notaufnahme möglich?  ja  nein

d) Beschreibung des Diagnostik-Standards bei Lysekandidaten mit Einnahme

von DOAKs:

e) Ist ein DOAK-Antidot im Hause verfügbar?  ja  nein

f) Schriftlicher Standard zum Prozedere bei DOAK-Einnahme?  Ja  Nein

Kommentar:

|  |
| --- |
| *24 Stunden-Verfügbarkeit erforderlich. Mindesterfordernis an Laborparametern: Blutbild einschließlich Thrombozyten, Blutzucker, Elektrolyte, Blutungszeit, PTT, INR (wenn Marcumar-Vorbehandlung). Diese Werte müssen innerhalb 40 min. nach Blutabnahme verfügbar sein.* |

**21. Monitoring:**

a) EKG?  ja  nein

b) Kontinuierliche Blutdruckmessung?  ja  nein

c) Pulsoxymetrie?  ja  nein

d) Atmungskontrolle?  ja  nein

e) Herzfrequenz?  ja  nein

f) Temperatur?  ja  nein

g) EEG?  ja  nein

h) Evozierte Potenziale?  ja  nein

Kommentar:

|  |
| --- |
| *Kontinuierliche Messung, auf dem Monitor darstellbar und in einer zentralen Überwachungseinheit zu verfolgen, ist erforderlich. Der Monitor muss mit einer Alarm-Dokumentation ausgestattet sein.*  *ÜR-SU: Möglichkeit zum Monitoring des EEGs und der evozierten Potenziale ist erwünscht.* |

# Personelle Ausstattung

**22. Ärzte:**

a) Personalschlüssel der Abteilung/Klinik (CA / OÄ / Ass.):       /       /

b) davon Fachärzte für Neurologie:

c) Anzahl der Ärzte (ohne Oberarzt/Chefarzt), die der Stroke Unit wochentags zugeordnet sind:

- im regulären Tagdienst:

- im Spätdienst:

- im Nachtdienst:

- am Wochenende:

d) Wie viele Betten müssen die der SU zugeordneten Ärzte zusätzlich versorgen?

- im regulären Tagdienst oder Schichtdienst:

- im Spätdienst:

- im Nachtdienst:

- am Wochenende:

e) Welche anderen Aufgaben müssen die der SU zugeordneten Ärzte zusätzlich wahrnehmen?

- im Tagdienst:

- im Spätdienst:

- im Nachtdienst:

- am Wochenende:

f) Beschreibung des ärztlichen Anwesenheitsdienstes außerhalb der Regelarbeitszeit:

- werktags nach der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit tagsüber:

- Wochenende/Feiertage:

g) Finden neurologisch-fachärztliche Visiten am Wochenende/Feiertagen statt?  ja  nein

- Tgl. mindestens 1 Visite durch FA wochentags?  Ja  Nein

- Tgl. mindestens 1 Visite durch FA am WE/Feiertag?  Ja  Nein

h) Ist ein Schichtdienst etabliert?  ja  nein

- wenn ja: - 2-Schicht-Betrieb (mindestens 12 h Präsenz gemäß OPS-Kriterien)?  ja  nein

- 3-Schicht-Betrieb?  ja  nein

Kommentar:

|  |
| --- |
| *R-SU, ÜR-SU: Die Abteilungen müssen sicherstellen und überzeugend darlegen, dass die Schlaganfall-Patienten jederzeit adäquat versorgt werden können. Als Obergrenze gelten für die ärztliche Versorgung im Regeldienst für einen Arzt 12 Monitorbetten auf der Stroke Unit; sofern auch Nicht-Monitorbetten (NMB) mitbetreut werden, werden 2 NMB wie ein Monitorbett gewertet. Von montags bis freitags wird tagsüber eine mindestens 12-stündige Präsenz auf der Stroke Unit gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt ganz bevorzugt um diese Patienten kümmert; hierbei kann er sich nur von der Spezialeinheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder V.a. Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Dienstarzt die Stroke Unit mit betreut, sofern sich die übrigen Aufgaben in räumlicher Nähe befinden und er ggf. Unterstützung durch den fachärztlichen Rufdienst erhält. Auf diese Weise steht er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Stroke Unit zur Verfügung. Ab 12 Monitorplätzen auf der Stroke Unit und/oder großen Abteilungen mit einer Anzahl von > 60 stationären Patienten ist ein mindestens 6-stündiger ärztlicher Wochenenddienst auf der Stroke Unit zusätzlich zum fachärztlichen Hintergrund- bzw. Visitendienst erforderlich, um eine adäquate Versorgung der Schlaganfall-Patienten jederzeit zu gewährleisten. Außerhalb der Regeldienstzeit ist die 24-Stunden-Verfügbarkeit (Rufbereitschaft) eines in der Schlaganfall-Behandlung kompetenten Neurologen (FA) und eines Internisten erforderlich.*  *T-SU: 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. Außerhalb der Regeldienstzeit ist die 24-Stunden-Verfügbarkeit eines neurologischen Telekonsildienstes (s. Punkt 51) und Internisten erforderlich.*  *Gesamtanzahl Ärzte der Abteilung/Klinik. Chefarzt/Oberärzte/Assistenzärzte, z.B. 1/3/10.*  *Wie viele dieser Ärzte sind Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Innere Medizin?* |

**23. Pflegekräfte:**

a) Anzahl der Examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die der SU zugeordnet sind:       VK

b) Schichtbesetzung in der Stroke Unit:

- Montag bis Freitag gemäß Dienstplan (F/S/N):       /       /

- Wochenende/Feiertage gemäß Dienstplan (F/S/N):       /       /

c) Ist das Pflegeteam speziell in der Versorgung von SU-Patienten fortgebildet?  ja  nein

d) Anzahl der Examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit Zusatzqualifikation

(Weiterbildung) in der speziellen DSG-SU-Pflege:       Pflegekräfte

e) DSG-SU-Pflege – Name/Ort der Ausbildungsstätte?

Kommentar:

**Nur auszufüllen, wenn die Stroke Unit nicht als eigenständige (Stand alone) Einheit/Station, sondern mit anderen Betten zusammen in einem Bereich organisiert ist und die pflegerische**

**Versorgung durch ein Pflegeteam erfolgt.**

f) Wie verteilen sich die Betten der Gesamteinheit?

- Stroke Unit-Betten:

- ITS-Betten:

- IMC-Betten (monitorisiert):

- Allgemein-Betten:

- Sonstige Betten (Anzahl und Bezeichnung):

g) Wie ist das Pflegeteam der Gesamteinheit zusammengesetzt (in VK)?

- Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte:       VK

- Pflegehilfskräfte:       VK

- andere:       VK

h) Wie viele Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte sind davon ausschließlich

auf der SU eingesetzt (sog. SU-Kernteam):       Pflegekräfte

i) Prozentualer Anteil der Zeit, in der die PPUGV in den letzten 3 Monaten erfüllt war:       %

Kommentar:

|  |
| --- |
| *zu a) Nachweise (Dienstplan, Stellenplan, Pflegedokumentation) sind beim Audit vorzulegen.*  *zu c) Regelmäßige interne und externe Fortbildungen zum Thema Schlaganfall sind erforderlich.*  *zu d) R und ÜR-SU: Es ist erforderlich, dass mindestens zwei Pflegekräfte das Zertifikat des Stroke-Unit-Pflegekurses der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft besitzen bzw. verbindlich angemeldet sind. Weiterhin ist ein Zuwachs an fachweitergebildeten Pflegekräften von mind. 1Mitarbeiter /pa, obligat. Ziel: mind. 5, bzw. 0,5 VK/Bett fachweitergebildete Pflegekräfte.*  *ÜR-SU, R-SU: Mindestvoraussetzung für die Stroke Unit: 1,75 VK Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte/Monitoringbett.*  *T-SU: Mindestvorussetzung Tele-Stroke Unit: 1,5 VK Examinierte Gesundheits-und Krankenpflegkräfte/Monitorbett* |
| *Eine Adjustierung der VK-Quote für sehr große Stroke Units (> 8) ist gerechtfertigt:*  *Degressive Quote:*   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***Monitorbett*** | ***VK-Quote pro SU-Bett ÜR SU***  ***und R SU*** | ***Monitorbett*** | ***Degressive VK-Quote pro SU-Bett alle SU*** | ***Monitorbett*** | ***Degressive VK-Quote pro SU-Bett alle SU*** | | ***1-8*** | ***1,75*** | ***9-12*** | ***1,5*** | ***Ab 13*** | ***1,25*** | |
| *Wichtiger Hinweis für Stroke Units, die nicht als eigenständige (Stand alone) Einheit/Station, sondern mit anderen Betten zusammen in einem Bereich organisiert sind und bei denen die pflegerische Versorgung durch ein Pflegeteam erfolgt:*  *SU-Kernteambildung: Mindestens die Hälfte der Examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte des für die Stroke Unit erforderlichen Stellenanteils muss kontinuierlich auf der Stroke Unit eingesetzt werden und diese Personen müssen speziell in der Versorgung von Schlaganfallpatienten fortgebildet sein.*  *Der Nachweis dieser Zuständigkeit kann sowohl aufgrund des Dienstplans als auch aufgrund der Pflegedokumentation erbracht werden.*  *Für die Versorgung der Patienten, die nicht der Stroke Unit zugeordnet sind, ist folgende VK-Quote zu erfüllen:*  *ITS: 2,2 VK/Bett; IMC: 1,3 VK/Bett (Bett 1-8), 1,0 VK/Bett (ab Bett 9); Allgemeinstation: 0,30 VK/Bett; Aufnahmestation: 0,75 VK/Bett; Comprehensive Stroke Unit (cSU): 0,4 VK/Enhanced Care-Bett; Frührehabilitation der Phase B mit Beatmung: 2,2 VK/Bett; Frührehabilitation der Phase B ohne Beatmung: 1,3 VK/Bett.*  *Es muss eine adäquate Schichtbesetzung der Stroke Unit nachgewiesen werden. Anhang 2 dient als Richtlinie.*  *Bei ITS und IMC dürfen nur examinierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte angerechnet werden. Die Anrechnung von examinierten Altenpflegekräften sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräften kann bis max. 10 % des Gesamtstellenplanes erfolgen, sofern ein mindestens dreimonatiger und zusätzlicher Einarbeitungszeitraum auf einer Stroke Unit nachgewiesen werden kann. Bei Allgemeinstationen und cSU dürfen 10 % des Stellenplans mit Pflegehilfskräften oder Stations-/Versorgungsassistenten besetzt sein. Bei einem Anteil > 10% wird jede Pflegehilfskraft mit max. hälftigem Stellenanteil berechnet.*  *Zu i: Ziel: PpUGV in >50% der Tage pro Monat erfüllt* |

**24. Stroke Unit – Team:**

**1. Personelle Strukturen für die Versorgung von Schlaganfallpatienten:**

a) Physiotherapie:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden:       auf der Stroke Unit

- für behandlungsbedürftige Schlaganfallpatienten außerhalb des monitorisierten Bereiches:

- regelhafter Einsatz am Samstag?  ja  nein

- regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag?  ja  nein

b) Ergotherapie:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden:       auf der Stroke Unit

- für behandlungsbedürftige Schlaganfallpatienten außerhalb des monitorisierten Bereiches:

- regelhafter Einsatz am Samstag?  ja  nein

- regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag?  ja  nein

c) Logopädie:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden:       auf der Stroke Unit

- für behandlungsbedürftige Schlaganfallpatienten außerhalb des monitorisierten Bereiches:

- regelhafter Einsatz am Samstag?  ja  nein

- regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag?  ja  nein

- Flexible endoskopische Evaluation des Schluckaktes (FEES) etabliert?  ja  nein

- wenn ja; wer führt FEES durch?

- Anzahl FEES Untersuchungen/Jahr:

- FEES-Zertifikat der DSG/DGN im Team vorhanden?  ja  nein

- Wenn ja, welche Berufsgruppe?  Neurologie  Logopädie  andere

d) Sozialdienst:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

e) Neuropsychologen:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

f) andere involvierte Berufsgruppe:

- durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

g) Befunde und Behandlung der Therapeuten werden dokumentiert und an die weiterbehandelnde

Institution übermittelt?  ja  nein

|  |
| --- |
| *Sämtliche SU: Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits (Siehe dazu auch OPS 8-981 www.dimdi.de; sowie die OPS 8-981-Empfehlungen* [*www.dsg-info.de*](http://www.dsg-info.de)*). Als grobe Orientierung für die Allokation therapeutischer Ressourcen sollte kalkuliert werden: pro 4 monitorisierte SU-Betten je 1,5- 2 Zeitstunden Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie; etwa die selbe Gesamtzeit sollte für jede Berufsgruppe für die Weiterbehandlung der nicht-monitorisierten Schlaganfallpatienten eingeplant werden.*  *Sicherstellung, dass die Behandlung durch Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie am Wochenende, bei bestehendem Behandlungsbedarf regelhaft erfolgt. An WE/FT können sich Physio- und Ergotherapie gegenseitig vertreten, auch wenn dies ausdrücklich nicht empfohlen wird. Eine Vertretung für Logopädie durch andere Disziplinen ist nicht zulässig. (Dienstpläne sind beim Audit vorzulegen). Die Personalbemessung der Therapeuten muss darüber hinaus ausreichend sein, um eine Behandlung nach der SU-Phase bis zur Entlassung/Verlegung aufrecht zu erhalten.* |

**2. Besprechungen und Fortbildungen im SU-Team:**

a) Regelmäßige Besprechungen im SU-Team finden statt?  ja  nein

- wenn ja, Angabe der Häufigkeit:

b) Regelmäßige Fortbildungen für das SU-Team finden statt?  ja  nein

- wenn ja, Angabe der Häufigkeit:

|  |
| --- |
| *Es sollte einmal tgl. eine fokussierte Besprechung im SU-Team unter Einbeziehung aller Disziplinen (Pflege, Ko-Therapeuten, Ärzte) stattfinden. Zusätzlich sollten in größeren zeitlichen Intervallen organisatorische Teamsitzungen etabliert werden.* |

**25. Finden Fortbildungen statt für:**

a) Mitarbeiter der Notaufnahme?  ja  nein

b) Mitarbeiter der Intensivstation?  ja  nein

**26. Gibt es Einarbeitungskonzepte für**

a) Ärzte?  ja  nein

b) Pflege?  ja  nein

c) Therapeuten?  ja  nein

|  |
| --- |
| *Das Stroke Unit-Team besteht mindestens aus Ärzten, Pflegepersonal, Physiotherapeut/Ergotherapeut, Logopäde/Schlucktherapeut und Sozialarbeiter/Case-Manager.*  *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.* |

Kommentar:

# Interne Organisation

**27. Qualitätsdokumentation:**

**1. Werden Qualitätsdaten im Rahmen eines strukturierten Registers erfasst?**  ja  nein

a) Nennung des Registers:

b) Art der Dokumentation:  elektronisch  in Papierform

c) Gibt es eine medizinische Dokumentationsassistenz?  ja  nein

- wenn nein, Prozessbeschreibung:

d) Wer führt die End- bzw. Plausibilitätskontrolle der Datenqualität durch?

e) Findet eine regelmäßige, dokumentierte Ergebniskommunikation im SU-Team statt?  ja  nein

f) Gibt es einen strukturierten Dialog im Register?  ja  nein

**2. Ergebnisse der Qualitätsdaten:**

a) Anzahl im Register dokumentierter Fälle:

b) \* Dokumentationsquote der Fachabteilung (Mindestanforderung: > 90 % der in der FA behandelten

Schlaganfallpatienten [ohne SAB]):       %

c) Anzahl Fälle mit minimalem Datensatz (MDS):

d) Dokumentationsquote MDS:       %

e) Abgleich mit Zahlen aus dem Medizincontrolling erfolgt?  ja  nein

f) Angabe der Qualitätsindikatoren außerhalb des Zielbereiches bzw. – bei fehlender Definition eines Zielbereiches - mit signifikanter Abweichung vom Register-Durchschnitt:

|  |
| --- |
| *Die Beteiligung an einer externen Qualitätssicherung ist erforderlich (d.h. Erfassung aller Patienten mit Hauptdiagnose Schlaganfall-ICD 10 Nr. I61, I63.x und G45 (ohne G45.4) in der Abteilung/Klinik, die die Stroke Unit betreibt in einer standardisierten Datenbank mit Benchmarking). Die Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) wird vorausgesetzt.*  *Der Benchmarking-Ausdruck des letzten Halbjahres ist dem Antrag beizufügen.*  ***\* Mindestanforderung der Dokumentation*** *>**90****% Erfassungsquote****.* ***Berechnungsgrundlage ist die Anzahl der in der Abteilung behandelten Schlaganfälle (ohne I60, I62 und G45.4). Als dokumentiert gelten Fälle mit komplettem Datensatz plus Fälle mit minimalem Datensatz (MDS.) Anteil MDS an den dokumentierten Fällen darf 15% nicht übersteigen.***  ***1.e obligat.***  *Es wird die Etablierung einer nicht-ärztlichen Dokumentationsassistenz empfohlen. Als Orientierung gilt: pro 500 dokumentierte Fälle 0,5 VK.*  *T-SU: Die externe Qualitätssicherung muss durch projektinterne Benchmarkings, SOPs, Audits und regelmäßige Fortbildungen (mindestens 1x pro Jahr) ergänzt werden.* |

**28. Rekanalisationsmanagement**

a) Anzahl an Patienten mit iv-Thrombolyse (inkl. Patienten mit zusätzlicher mechanischer Thrombektomie):       / Jahr

b) Anzahl an Patienten mit endovaskulärer Therapie (inkl. Patienten mit iv-Thrombolyse):       / Jahr

- davon: Anzahl an Patienten mit rein endovaskulärer Therapie:       / Jahr

c) Anzahl an Patienten, die zur endovaskulären Therapie in ein übergeordnetes Zentrum verlegt wurden:       / Jahr

- davon: Anzahl an Patienten mit iv-Thrombolyse vor Ort:       / Jahr

d) Anzahl an Patienten mit Rekanalisationstherapie gesamt (iv-Th., endovaskuläre Th. oder

kombinierte Therapie):       / Jahr

e) Anteil an Patienten mit Rekanalisationstherapie im Verhältnis zu sämtlichen Pat. mit Hirnfarkt (iv-Th.,

endovaskuläre Th. Oder kombinierte Therapie):       %

f) Lysetherapien mit Tür-Lyse-Zeit (TLZ) < 30 Min.:       %

g) Lysetherapien mit TLZ < 60 Min.:

h) Gibt es ein kommuniziertes Abteilungsziel bzgl. der TLZ?  ja  nein

- wenn ja, Angabe: TLZ von <:       min.

i) Werden konkrete TLZ in separater Liste erfasst?  ja  nein

- wenn ja, Angabe der medianen TLZ der Abteilung:

j) Wo wird die Thrombolysetherapie begonnen?  CT  Notaufnahme  Stroke Unit  anderer Ort:

k) Nur TE-Zentren: mediane Tür-zu-Leistenpunktions-Zeit:       min

l) Nur zuverlegende Kliniken: Angabe der medianen CT-Tür-Zeit der Abteilung:

m) Wird eine Lyse-Checkliste verwendet?  ja  nein

n) Gibt es SOP zum Umgang mit Off-Label-Situationen, bzw. ist dies Teil der SOP zur Lysetherapie?  ja  nein

o) Beschreibung des Bridging-Modus bei kombinierter Therapie (iv und endovaskulär):

Kommentar:

|  |
| --- |
| *Zu a: Mindestanforderung der Thrombolysehäufigkeit: T-SU: mindestens 5% der ischämischen Schlaganfälle/Jahr; R-SU: 25 Lysen/Jahr; ÜR-SU: 40 Lysen/Jahr*  *Zu c/d: Tür-Lyse-Zeit (TLZ): Es sollte ein konkretes Ziel der TLZ benannt sein und > 70% der Lysen eine TLZ von < 60 Min. aufweisen.*  *ÜR-SU: Mindestens 35 MTE/ Jahr; mindestens 50/ Jahr (Controllingzahlen: 8-836.80) und 75/Jahr Pat. mit rekanalisierender Therapie insg.*  *Zu k: untergeordnete Nichtkonformität bei Median >90 min (Empf.: <= 75 min.)*  *Zu l: untergeordnete Nichtkonformität bei Median >75 min (Empf.: <= 60 min.) Gemeint ist hierbei die Tür in der eigenen, d.h. der zuverlegenden Einrichtung. Die Transportzeit ist hierbei also nicht inkludiert.* |

**29. Ist ein ärztliches Manual für die SU vorhanden?**  ja  nein

01. Stationsbeschreibung 15. Standard arterielle und venöse Zugänge

02. Standard zu den spezifischen Aufgaben im Schichtsystem 16. Standard Sekundärprophylaxe des Reinsultes

03. Standard Neuaufnahme eines Schlaganfallpatienten 17. Standard Maßnahmenkatalog bei klinischer Verschlechterung

04. Standard Aufnahmediagnostik 18. Standard Entlassung und Verlegung

05. Standard Weiterführende Diagnostik 19. Standard Arztbrief zum Zeitpunkt der Entlassung/Verlegung

06. Standard Rekanalisierungsmanagement 20. Standard Entlassgespräch/Patientenschulung

07. Standard Antikoagulation 21. SOP zu speziellen Krankheitsbildern und Situationen:

08. Standard Blutdruckmanagement - Intrazerebrale Blutung

09. Standard Blutzuckerüberwachung und Intervention - Subarachnoidalblutung

10. Standard Temperaturüberwachung und Intervention - Sinus- und Hirnvenenthrombose

11. Standard Flüssigkeitsgabe - Raumfordernder Hirninfarkt

12. Standard O2-Gabe - Delirmanagement

13. Standard Ernährungskonzept (unter Berücksichtigung der Schluckfunktion) - Palliativkonzept

14. Standard Mobilisationskonzept

|  |
| --- |
| *Ein Ärztliches Manual mit o.g. Punkten muss vorhanden sein. Der Verweis auf hausübergreifende Standards (SOP’s) ist grundsätzlich zulässig. Das Manual sollte im Intranet verfügbar sein. Beim Standard 06. Rekanalisierungsmanagement sollte auch das Procedere bei MTE-Kandidaten dargelegt werden, die in ein übergeordnetes Zentrum verlegt werden müssen, sowie das Vorgehen bei Patienten mit einer DOAK-Vorbehandlung.*  *T-SU: Das ärztliche Manual kann Teil von netzwerkinternen und berufsgruppenübergreifenden SOPs sein, muss jedoch dann hausintern verbindlich umgesetzt sein.* |

Kommentar:

**30. Ist ein Pflegemanual in der SU vorhanden?**  ja  nein

|  |  |
| --- | --- |
| 01. Stationsbeschreibung und Rahmenbedingungen | 11. Standard Kurvenführung und Legenden |
| 02. Standard Lyse | 12. Standard Teambesprechungen |
| 03.Standards zu den spezifischen Aufgaben im Schichtsystem | 13. Standard Basale Stimulation |
| 04. Standard Patientenüberwachung, (vor allem nicht-invasives Monitoring) | 14. Standard Lagerung (z.B. nach Bobath) |
| 05. Standard Krankenbeobachtung | 15. Standard Erfassung von Schluckstörungen/Dysphagie (Methodik  und Indikation der fiberendoskopischen Untersuchung des Schluckaktes) |
| 06. Standard Bilanzierung | 16. Standard Ernährungsmanagement |
| 07. Standard Infusionssysteme  08. Standard hirndruckprotektive Maßnahmen | 17. Standard Delegation ärztlicher Tätigkeiten  18. Prophylaxe Standards (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Thrombose, Dekubitus, Sturz) |
| 09. Standard Schmerzmanagement |  |
| 10. Standard Patientenübergabe |  |

|  |
| --- |
| *Ein Pflegemanual mit o.g. Punkten muss vorhanden sein. Der Verweis auf Hausübergreifende Standards (SOP’s) ist grundsätzlich zulässig. Das Manual sollte im Intranet verfügbar sein.*  *T-SU: Das Pflegemanual kann Teil von netzwerkinternen und berufsgruppenübergreifenden SOPs sein, muss jedoch dann hausintern verbindlich umgesetzt sein.* |

Kommentar:

**31. Welche Schlaganfallskalen werden in der SU benutzt?**

a) NIH-Stroke Skala:  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

b) Modified Rankin Scale (mRS):  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

c) Barthel Index:  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

d) CHA2DS2Vasc:  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

e) Glasgow Coma Scale:  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

f) Skala nach Hunt und Hess:  ja  nein durch: Ärzte  Pflege

g) andere:       durch: Ärzte  Pflege

h) Anzahl der Ärzte mit NIH-SS-Zertifikat:

|  |
| --- |
| *ÜR und R- SU: Es sollte mindestens 1 ärztlicher Mitarbeiter im Besitz eines gültigen Zertifikates für die NIH-Stroke Scale sein.* |

Kommentar:

**32. Gibt es ein Betroffenen- und Angehörigen-Konzept?**

a) Werden Informationsbroschüren ausgelegt?  ja  nein

b) Wurden eigene Informationsbroschüren erstellt?  ja  nein

c) Wird individuelles Schulungsmaterial zur der Sekundärprävention verwendet?  ja  nein

d) Erfolgt die Betreuung einer Selbsthilfegruppe?  ja  nein

e) Erfolgen regelmäßige Informationsveranstaltungen für Laien?  ja  nein

f) Regionalbeauftragter der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe innerhalb der Abteilung:

g) Anzahl der Mitarbeiter die Mitglied der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft sind:

|  |
| --- |
| *mind. 1 Mitarbeiter der Einrichtung muss Mitglied in der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft sein* |

Kommentar:

**33. Gibt es ein Patienteneigentums-Management?**  ja  nein

a) Umgang mit Patienteneigentum? (Bitte beschreiben!)

b) Umgang mit mitgebrachten Dokumenten (Bitte beschreiben!)

Kommentar:

**34. Sind Sie als Studienzentrum an klinischen Schlaganfall-Studien beteiligt?**  ja  nein

a) Studienteilnahme?  ja  nein

b) Andere wissenschaftliche Aktivitäten?  ja  nein

- Nennung:

Kommentar:

**35. Ist Abteilung/Klinikum oder einzelne Bereiche bereits nach anderem QM-System zertifiziert?**  ja  nein

a) Wenn ja, Nennung der Bereiche:

b) Wenn ja, Nennung QM-System:  KTQ  ProCumCert  DIN EN ISO andere:

Kommentar:

# Interne Organisation:

**36. Medizingeräte nach Medizinproduktgesetz inkl. Anhang und Verordnung:**

a) Ist ein strukturiertes Einweisungsmanagement für Mitarbeiter etabliert?  ja  nein

b) Ist an der Einrichtung ein Medizinproduktesicherheitsbeauftragter (§6 MPBetreibV) benannt?  ja  nein

Kommentar:

**37. Gibt es ein Medikamenten-Management?**  ja  nein

a) Verfalldatumsprüfung?  ja  nein

b) Anbruchdatum?  ja  nein

c) BTM-Regelung?  ja  nein

d) Medikamentenkühlschrank und Lebensmittel-/Hygieneregelung?  ja  nein

e) Regelmäßige Apothekenbegehungen?  ja  nein

Kommentar:

**38. Gibt es ein geregeltes Hygienemanagement?**  ja  nein

a) Sind Hygienebeauftragte in der Abteilung benannt?  ja  nein

b) Gibt es zentrale Hygieneregelungen/Handbuch?  ja  nein

c) Werden bei Stroke Unit Patienten MRSA-Screenings durchgeführt?  ja  nein

d) Regelungen zur Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen, entsprechend der

Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut? ja  nein

Kommentar:

**39. Regelmäßige Pflichtschulungen zu:**

a) Datenschutz?  ja  nein

b) Reanimation und Notfällen?  ja  nein

c) Brandschutz?  ja  nein

d) Arbeitsschutz?  ja  nein

e) Hygiene?  ja  nein

f) andere?

g) in welcher Form werden die Schulungen durchgeführt?

Kommentar:

**40. Ist in der Einrichtung ein Konzept zum Risikomanagement vorhanden?**

a) strukturierte Risikoanalyse, -bewertung und Maßnahmenplanung, Verfügbarkeit und Nutzung des KH CIRS einschl. Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen und aufgetretenen Schäden; Umsetzung der Risikokommunikation)?  ja  nein

Beschreibung:

|  |
| --- |
| *Entsprechende Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |

# Externe Organisation

**41. Rettungsdienstorganisation:**

a) Gibt es ein mit dem Rettungsdienst konsentiertes, schriftliches Konzept zur prästationären

Versorgung und Zuweisung?  ja  nein

b) Beschreibung Rettungsdienstorganisation:

- An ca. wie vielen Tagen/Jahr ist die Notaufnahme abgemeldet?

- Prozentuale Abmelderate der Notaufnahme in IVENA (ggf. anderes Versorgungsnachweisprogramm):       %

- An ca. wie vielen Tagen/Jahr ist die Stroke Unit abgemeldet?

- Prozentuale Abmelderate der Stroke Unit in IVENA (ggf. anderes Versorgungsnachweisprogramm):       %

c) Einweisungsquote gemäß Benchmark Bericht (nach Symptombeginn):

- Eintreffen in Klinik < 1 Stunde:       %

- Eintreffen in Klinik < 3 Stunden:       %

- Transport durch RTW: ca.       %

- Transport durch NAW: ca.       %

d) Anteil vorab angekündigter Patienten:

- sämtliche Patienten: ca.       %

- Thrombolysekandidaten: ca.       %

|  |
| --- |
| *R-SU und ÜR-SU: Die Rettungsdienstorganisation muss verschriftlicht werden und verbindlich sein. Das Schriftstück muss von Vertretern der Rettungsleitstelle(-n) und der Stroke Unit unterzeichnet sein. Ein Verantwortlicher des Rettungsdienstes ist zum Audit einzuladen.*  *Zu b): Eine hohe Abmelderate (>20% der Gesamtzeit) der SU ist zu vermeiden. Bei elektronischer Erfassung sollte die aussummierte Abmeldezeit eines Gesamtjahres für die Beurteilung vorgelegt werden. In Kombination mit anderen Faktoren (z.B. einer ungewöhnlich langen VWD auf der SU) kann hieraus eine Nichtkonformität resultieren.* |

- bevorzugtes Medium der Ankündigung?  Telefon  Fax  andere:

**42. Notaufnahme:**

a) Adäquater Übergabemodus in der Klinik durch Rettungsdienst?  ja  nein

b) Organisation und Struktur der Notaufnahme im Krankenhaus:

- Basisnotfallversorgung Stufe 1:

- erweiterte Notfallversorgung Stufe 2:

- umfassende Notfallversorgung Stufe 3:

c) Triagesystem?  Manchester Triage  ESI andere

d) Personelle Struktur in der Notaufnahme:

- Neurologisch-ärztliche Präsenz im Regeldienst:

- Neurologisch-ärztliche Präsenz außerhalb des Regeldienstes:

- durchschnittliche Pflegebesetzung der Notaufnahme im F/S/N:      /     /

e) Finden regelmäßige Schulungen/Fortbildungen des Rettungsdienstpersonals statt?  ja  nein

f) Strukturierte ärztliche Einarbeitung in der Notaufnahme?  ja  nein

Kommentar:

**43. Strukturiertes Verlegungsmanagement:**

a) Gibt es einen Standard für den internen Verlegungsprozess?  ja  nein

b) Gibt es einen Standard für die Entlassung/Verlegung nach extern?  ja  nein

c) Sind Skalenwerte bei Aufnahme/Entlassung enthalten?  ja  nein

d) Sind konkrete Empfehlungen zur Sekundärprävention enthalten?  ja  nein

e) Sind konkrete Empfehlungen für die weitere Rehabilitation enthalten?  ja  nein

f) Wird der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach

Krankenhausbehandlung nach §39 Abs. 1a S.9 SGB V vollständig umgesetzt?  ja  nein

Falls nein: Beschreibung:

|  |
| --- |
| *T-SU: Das Verlegungsmanagement muss Teil von netzwerkinternen SOPs sein.* |

Kommentar:

**44. Zusammenarbeit mit externen Rehabilitationseinrichtungen:**

a) Anteil der Verlegungen/Entlassungen:

- Rehabilitation Phase B - D:       %

- Geriatrische Rehabilitation:       %

- Keine Rehabilitation:       %

b) Zahlen wurden ermittelt durch? Schlaganfall-Register  Controlling  andere:

|  |
| --- |
| *Ggf. strukturierte Stichprobe durch Sozialdienst vorlegen.* |

Kommentar:

**45. Ist die auditierte Klinik ein telemedizinisches Beratungszentrum mit Anbindung anderer Einrichtungen zur Schlaganfallversorgung?**  ja  nein

a) wenn ja: welche anderen Beratungszentren nehmen teil?

b) Wenn ja, Anzahl der Tele-Einheiten:

c) Wie viele der unter b genannten Tele-Stroke Units sind nach DSG-Kriterien zertifiziert:

d) bitte beschreiben Sie, wie die Zertifizierung vom Beratungszentrum unterstützt wird:  entfällt, da sämtlich zertifiziert

Beschreibung:

|  |
| --- |
| *Diese Frage nur beantworten, wenn die Stroke Unit nicht (als Beratungszentrum oder Tele-Stroke Unit) Mitglied eines Tele-Stroke-Netzwerkes ist.* |

# Internes Qualitätsmanagement

**46. Führt die Abteilung/Klinik im Bereich der Stroke Unit regelmäßig Selbstbewertungen / interne Audits durch?**  ja  nein

a) Häufigkeit/Modus der Internen Audits?

b) Datum des letzten externen Audits durch DSG/LGA:

entfällt, da Erstzertifizierung

|  |
| --- |
| *Für zertifizierte Stroke Units ist ein internes Qualitätsmanagement verpflichtend. Eine grundlegende Zertifizierung (z.B. nach DIN EN ISO 9001 oder KTQ) ist* ***nicht*** *zwingende Voraussetzung. Es muss eine Selbstbewertung/ein internes Audit im 3-jahres Zyklus anhand des kompletten Kriterienkataloges durchgeführt werden. Maßnahmen zu den Hinweisen des letzten externen Audits müssen bis zum internen Zwischenaudit definiert und dargestellt werden. Dies ist beim nächsten externen Audit darzulegen. Zum nächsten Re-Zertifizierungsaudit muss die Maßnahmenliste entsprechend Seite 4 des Antrags mit geschickt werden.* |

# Zusatzkriterien für Tele-Stroke-Units

**47. Führt/Führen das/die telemedizinisch beratende/n Zentrum/Zentren in der Einrichtung regelmäßig Fremdbewertungen**

**externe Audits (mit Besprechung der Qualitätsindikatoren nach ADSR) durch?**  ja  nein

**48. Wie weit ist die Entfernung zur nächsten telemedizinisch beratenden überregionalen Stroke Unit?**       km

- Name der Klinik:

- Entfernung:       km

- Anzahl Betten der Stroke Unit:       Status:

**49. Wie weit ist die Entfernung zur nächsten zertifizierten regionalen oder überregionalen Stroke Unit­?**       km

- Name der Klinik:

- Entfernung:       km

- Anzahl Betten der Stroke Unit:       Status:

|  |
| --- |
| *T-SU: Sofern Entfernung zur einer regionalen oder überregionalen Stroke Unit < 20 km, ist im Kommentarfeld unten eine Erläuterung notwendig. Aus dieser Erläuterung muss der Bedarf zur telemedizinischen Schlaganfallversorgung im potenzielle Einzugsgebiet einer zertifizierten Stroke Unit hervorgehen.*  *Eine behördliche Genehmigung zur Teleradiologie entsprechend Strahlenschutzgesetz muss vorliegen.* |

Kommentar:

**50. Welche Telekonsilindikationen werden in Ihrer Klinik verbindlich eingehalten?**

a) Patienten mit möglicher Indikation zur systemischen Lysetherapie/Thrombektomie?  ja  nein

b) Progrediente Schlaganfallsymptomatik?  ja  nein

c) Bewusstseinsstörungen mit Verdacht auf vaskuläre Genese?  ja  nein

d) Schlaganfälle mit möglicher Hirnstammbeteiligung?  ja  nein

e) Intrazerebrale Blutungen?  ja  nein

f) Schwere Schlaganfälle (z.B. National Institutes of Health Stroke Scale >10)?  ja  nein

g) Subarachnoidalblutung?  ja  nein

h) Unsicherheit bzgl. diagnostischem und therapeutischem Prozedere?  ja  nein

**51. Werden in der Tele-Stroke Unit im Rahmen des telemedizinischen Netzwerkes folgende Maßnahmen durch das Netzwerkfortbildungsteam durchgeführt?**

a) Regelmäßige Audits bzw. Lehrvisiten (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

b) Regelmäßige Fortbildungen durch die Pflege für die Pflege (mindestens 5 Tage bedside vor Ort/Jahr)?  ja  nein

- Die Instruktoren besitzen das DSG-Pflegezertifikat?  ja  nein

c) Regelmäßige Fortbildungen im logopädischen, physio- oder ergotherapeutischen Bereich (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

d) Regelmäßige zentrale Fortbildungen für Ärzte (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

Kommentar:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anhang:** Fragebogen Telemedizin-Beratungszentren(nur bei Zertifizierung von Tele-Stroke-Units) | | |
|  |  |
| Einrichtung/Klinikum: |  |
| Abteilung/Klinik: |  |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Verantwortlicher Koordinator des Netzwerkes: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail-Adresse: |  |

**52. Ist/sind das/die telemedizinisch beratende/n Zentrum/Zentren als überregionale Stroke Unit/s zertifiziert?**  ja  nein

- Wenn ja, Datum der letzten Zertifizierung:

**53. Verfügt/verfügen das/die beratende/n Zentrum/Zentren über interventionelle (Neuro-) Radiologie und Neurochirurgie?**  ja  nein

**54. Erfüllen alle Telekonsil-Ärzte des/der beratende/n Zentrums/Zentren den neurologischen Facharztstandard (mindestens 4 Jahre klinisch-neurologische Tätigkeit und mindestens ein Jahr Tätigkeit auf einer überregionalen Stroke Unit?**   ja  nein

**55. Sind die beratenden Ärzte während der Dienstzeiten von klinischen Verpflichtungen in der eigenen Abteilung/Klinik freigestellt?**  ja  nein

|  |
| --- |
| *Entsprechende Dienstpläne sind bei Zertifizierung vorzulegen.* |

**56. Anzahl der Thrombolysen im Jahr im gesamten Netzwerk (Thrombolysen in telemedizinischen Beratungszentren nicht eingeschlossen):**       /Jahr

a) Anzahl der im Netzwerk zur mTE verlegten Patienten:       /Jahr

**57. Werden im Rahmen des telemedizinischen Netzwerkes folgende Maßnahmen in jeder Telestroke-Unit durchgeführt?**

a) Regelmäßige Audit- bzw. Lehrvisiten vor Ort (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

b) Regelmäßige Fortbildungen durch die Pflege für die Pflege (mindestens 5 Tage bedside vor Ort/Jahr)?

- Die Instruktoren besitzen das DSG-Pflegezertifikat?  ja  nein

c) Regelmäßige Fortbildungen im logopädischen, physio- oder ergotherapeutischen Bereich (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

d) Regelmäßige zentrale Fortbildungen für Ärzte (mindestens 2x/Jahr)?  ja  nein

**58. Zusammensetzung des netzwerkinternen Fortbildungsteams:**

a) Anzahl der angebundenen regionalen Kliniken/Krankenhäuser:

b) Anzahl der Mitarbeiter (jeweils in VK):

- Ärzte (über die Abdeckung des Telekonsildienstes hinausgehend):       VK

- Pflege:       VK

- Logopädie:       VK

- Physio-/Ergotherapie:       VK

**59. Werden die netzwerkinternen SOP regelmäßig aktualisiert (mindestens alle 2 Jahre)?**  ja  nein

|  |
| --- |
| *Die SOP sind dem Antrag beizufügen.* |

**60. Ist der Telekonsildienst einschließlich Videountersuchung von Patienten und Bildübertragung 24 Stunden an**

**7 Tagen pro Woche verfügbar?**   ja  nein

**61. Wie lange ist die vertraglich zugesicherte maximale Response-Zeit (Zeit von Telekonsil-Anmeldung bis Telekonsil-Beginn)?**       min.

**62. Gibt es ein netzwerkübergreifendes Datenschutzkonzept?**   ja  nein

|  |
| --- |
| *Das Datenschutzkonzept muss auch die Sicherung der Datenübertragung (mindestens 256 Bit-Verschlüsselung), Datenspeicherung, Zugriffsicherung für Telemedizinanlagen und Regelungen zu Aufklärung und Einverständnis der Patienten beinhalten.* |

**63. Erfüllen die telemedizinischen Einrichtungen folgende technischen Standards?**

a) Geeigneter Telemedizin-Arbeitsplatz in eigener Räumlichkeit und den Anforderungen einer vertraulichen Beratung entsprechend?  ja  nein

b) Ist eine Authentifizierung des anfordernden und beratenden Arztes implementiert?  ja  nein

c) Bidirektionale Audio- und Videoübertragung in Echtzeit mit fernbedienbarer Kamerasteuerung in der Tele-Stroke Unit?  ja  nein

d) Sicherstellung der akustischen Übertragungsqualität durch geeignete Maßnahmen:

- z.B. Echounterdrückung, spezielle Mikrophon- und Lautsprecherausstattung?  ja  nein

e) Zugriff zu den Originaldaten (DICOM) der zerebralen Bildgebung parallel zur Videountersuchung?  ja  nein

f) Stabile telemedizinische Verbindung mit einer Mindestbandbreite von 384 kbit/sec?  ja  nein

- Die Übertragungsbandbreite darf diesen Wert zu keinem Zeitpunkt unterschreiten.

g) Regelung der Befundübertragung /-speicherung /-sicherung?  ja  nein

h) Regelmäßige dokumentierte Wartungs- und Überprüfungsmaßnahmen?  ja  nein

Kommentar:

Anhang 1: Beispiel Krankenhausstatistik gemäß Kriterium 06: Anhang 2: pflegerische Schichtbesetzung Stroke Unit:

|  |  |
| --- | --- |
| SU Betten | Schichtbesetzung/24h in VK |
| 4 | 4 |
| 5 | 5 |
| 6 | 6 |
| 7 | 7 |
| 8 | 8 |
| 9 | 9 |
| 10 | 9 |
| 11 | 10 |
| 12 | 11 |
| 13 | 11 |
| 14 | 12 |
| 15 | 12 |
| 16 | 13 |

**Auszug Krankenhausstatistik**

**Zeitraum: 01.01.2017 – 31.12.2017**

Anzahl der stationären Fälle mit den kodierten Hauptentlassungsdiagnosen G45 (ohne G45.4), I61, I63, I64

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnose  (3-stellig) | entlassende Fachabteilung | | | | | | | | Gesamt |
| Ch1 | Ch2 | Ch3 | M1 | M2 | M3 | NCH | NL |
| G45 |  |  | 9 | 3 |  | 1 | 526 |  | 539 |
| I61 |  | 1 |  | 1 |  |  | 62 | 77 | 141 |
| I63 | 6 | 1 | 19 | 7 | 3 | 2 | 28 | 941 | 1007 |
| I64 |  |  |  |  | 1 | 1 |  |  | 2 |
| Gesamtergebnis | 6 | 2 | 28 | 11 | 4 | 4 | 616 | 1018 | 1689 |

Legende:

Ch1: Chirurgische Klinik I

Ch2: Chirurgische Klinik II

Ch3: Chirurgische Klinik III

M1: Medizinische Klinik I

M2: Medizinische Klinik II

M3: Medizinische Klinik III

NCH: Neurochirurgie

NL: Neurologie