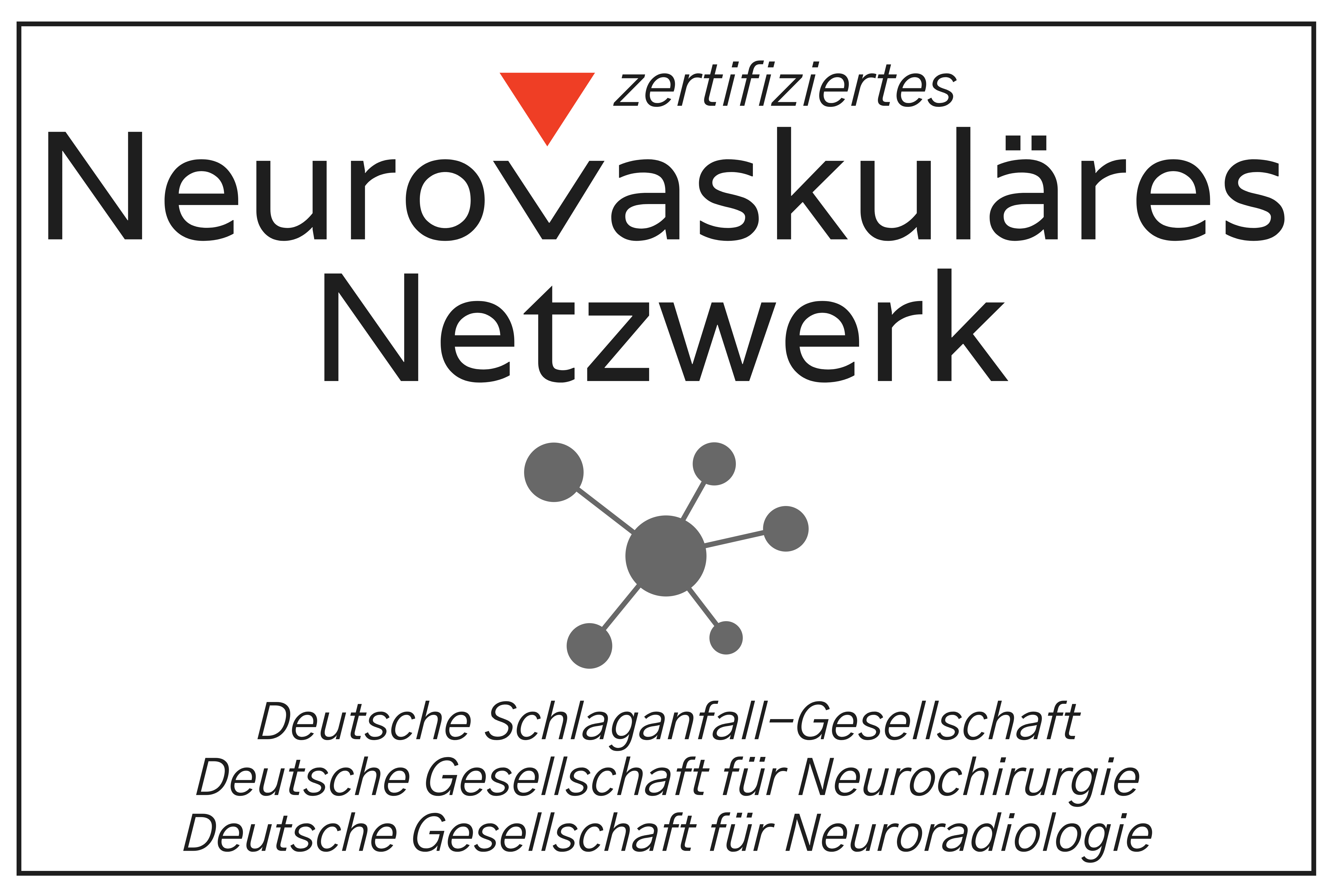
**Erhebungsbogen für ein**

****

Koordinierendes Zentrum:

Abteilungen:

Anschrift:

Sprecher im koordinierendem Zentrum:

Abteilung:

Funktion:

Telefon:

E-Mail:      @

**Mit dem Erhebungsbogen bereits einzureichende Unterlagen:**

**01.  Manual zu den interdisziplinären Versorgungsstrukturen und Versorgungsstandards im Neurovaskulären Netzwerk (siehe 1.2)**

**02.  schriftliche Kooperationsvereinbarung (siehe 1.1; 1.2; 4.1)**

**03.  Krankenhausstatistik mit Verteilung aller Schlaganfälle (nach Entlassungsdiagnosen ICD-10: G45 (ohne G45.4), I61,I63.x, I64), ICB ist I60.\*, SAB I61.\* aus**

**allen Abteilungen, einschließlich der Stroke Unit, bei. Die Daten müssen vom Controlling generiert werden (siehe 2.1)**

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

**05.  Organigramm/e**

**06.  Protokolle MM-Konferenzen**

**07.  Zertifikate DEGIR/DGNR/Module E-F**

**08.  DEGUM Zertifikat(e)**

**09.  Zertifikat Intensivmedizin und Weiterbildungsbefugnis Intensivmedizin**

**10.  letzter Auditbericht ÜR-SU und letzter Bericht des Qualitätsregisters**

**11.  Zusatzformular 4.1 bis 4.5 für jede kooperierende Klinik**

**Organisatorischer Zertifizierungsablauf:**

✓**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.**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Erhebungsbogen zur Zertifizierung erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens LGA InterCert GmbH bearbeitet werden kann. Nach Auftragserteilung senden Sie bitte Ihren Erhebungsbogen zur 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) 170 795 6896, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

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

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

✓ **Auftraggeber sendet die in diesem Erhebungsbogen 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 des Erhebungsbogens 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 das Neurovaskuläre Netzwerk nicht mehr als re-, sondern als erstzertifiziert.**

# 1. Struktur:

**1.1 Versorgungsgebiet/Einzugsgebiet des NVN:**

a) Einwohner:

b) In welcher Region liegt Ihr NVN?

c) Wie viele kooperierende Akutklinikstandorte beinhaltet das NVN?

d) Rehabilitationskliniken (enge Kooperationspartner):

e) Tele Stroke Units/Netze:

|  |
| --- |
| *zu c: Mindestzahl 3 kooperierende Kliniken mit zertifizierter Stroke Unit* |

**1.2 Kommunikation im NVN:**

a) Konstituierende Sitzung des Neurovaskulären Netzwerkes durchgeführt am:

b) Regelmäßige Treffen des Gesamt NVN (Struktur- und Qualitätskonferenz

einmal/Jahr; Fallkonferenz einmal/Jahr, Protokolle liegen zur Einsicht bereit):

c) Gemeinsame Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen des koordinierenden

Zentrums finden mit NVN Partnern einmal/Quartal statt:  ja  nein

d) Geschäftsordnung des NVN liegt vor:  ja  nein

e) Schriftliche Kooperationsvereinbarungen liegen vor:  ja  nein

f) Manual bzw. SOPs zu den interdisziplinären Versorgungsstrukturen und

Versorgungsstandards im Neurovaskulären Netzwerk vorhanden:  ja  nein

g) Aufgabenbeschreibung des Netzwerkkoordinators liegt vor:  ja  nein

|  |
| --- |
| *zu a-f: KO-Kriterien*  *zu e:* *z.B. Kooperations- und Zuweisungsstrategie, Definition des in Betracht kommenden Krankheitsbildes, Teleradiologie realisieren, Feedback-Modus etc.* |

## 1.3 Leistungsprofil des koordinierenden Zentrums:

a) akute rekanalisierende Therapie:

- systemische Thrombolyse (OPS 8-020.8):

- mechanische Thrombektomie (OPS OPS 8-836.80):

b) Anzahl der NCH Operationen im vergangenen Jahr:

- Kopf (**OPS 5-01, 5-02**, 5-040.0, 5-041.0, *5-05 (nur 5-050.0, 5-051.0, 5-052.0,*

*5-053.0, 5-054.0, 5-055.0, 5-056.0, 5-057.0*) (alle Operationen am NS):

- Wirbelsäule (OPS 5-03,  5-830 bis 5.839, 5.83b):

c) Dekompressionshemikraniektomie:

- vaskulär (OPS 5-012.0 und I63):

- traumatisch (G93.6, S06.1,S06.5, S06.6):

d) Anzahl nicht traumatischer ICB:

- konservativ (ICD I62) :

- operativ (ICD I62 und 5-013):

e) Aneurysmabehandlung:

- akut – Clipping (ICD I60, I67.10 mit OPS 5-025, 5-026, 5-027, 5-037):

- elektiv – Clipping (OPS 5-025, 5-026, 5-027, 5-037 – ohne I60):

- akut Coiling (ICD I60 mit OPS 8-836.m0, 8-84b, 8-83c.8, 8-836.90, 8-83c.6):

- elektiv Coiling (OPS 8-836.m0, 8-84b, 8-83c.8, 8-836.90, 8-83c.60 ohne ICD I60):

f) Gefäßmalformationen (OPS 5-025):

- AVM/Durafistel – operative Versorgung (I67.11., Q28, G96.1, I77.0, Q27.3):

g) Karotis-Stenosen (nicht akut):

- TEA symptomatisch (OPS 5-381.01, 5-381.02, 5-395.02):

- TEA asymptomatisch (nach BQS Register Diff in a/symptomat.):

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

- CAS symptomatisch (OPS 8-840.0m, , 8-836.0k, 8-844.00):

- CAS asymptomatisch (nach QS Register Diff in a/symptomat.)

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

h) Andere Gefäßstenosen (interventionelle Therapie):

- A. subclavia:

- A. vertebralis:

- Angioplastie / Stenting intrakraniell (nicht akut):

i) Sonstige:

- Vaskulitis:

j) Prozess-Zeiten (aus BQS Daten):

- DNT:

- door-to-groin Zeiten:

k) Anzahl der abgelehnten Patienten:

|  |
| --- |
| *Anzahl der vom koordinierenden Zentrum behandelten Patienten pro Jahr (Zahlen des Controllings)*  *zu a, e: Mindestkriterien*  *zur peri-interventionellen Schlaganfallrate Vorlage der BQS-Daten des Vorjahres*  *Die Angaben zu den OPS hinter den einzelnen Leistungen sollen die Abfrage seitens des Controlling vereinfachen und standardisieren.* |

## 1.4 Gemeinsame Konferenzen:

a) Neurochirurgisch/neuroradiologisch/neurologisch:  ja nein

b) Gefäß-Konferenz:  ja nein

(Gefäßchirurgie, Neuroradiologie, Neurologie)

|  |
| --- |
| *zu a-b: Mindestkriterien, mindestens 1x/Woche* |

## 1.5 Studienteilnahme (Neurologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie):

a) Teilnahme an Qualitätsregistern:

b) Teilnahme an klinischen Studien (Auflistung der Studien):

c) Anzahl der rekrutierten Patienten (in den einzelnen Studien):

d) Studienbeauftragter Arzt:

e) Studienassistenz (Qualifikation, Aufgabenbeschreibung):

|  |
| --- |
| *zu a-b: Mindestkriterien* |

Kommentar:

# 2. Koordinierendes Zentrum im Neurovaskulären Netzwerk

## 2.1 Neurologische Abteilung:

a) Zertifikat als überregionale Stroke Unit liegt vor:  ja nein

- gültig bis:

b) DEGUM Zertifikat:  ja nein

c) Anzahl der Stroke Unit Betten (≥12 Betten oder >1000 Schlaganfallpatienten/Jahr\*):

d) Schlaganfallpatienten einschließlich TIA / Jahr\*\*:

e) Allgemeinstation (Bettenzahl):

f) Comprehensive Stroke Unit (Bettenzahl):

g) Intermediate Care Station (Bettenzahl):

h) Neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation (Bettenzahl):

i) Neuro-Geriatrie (Bettenzahl):

j) andere:

k) Modus der neurologischen Präsenz in der Notaufnahme:

|  |
| --- |
| *zu a-c: Mindestkriterien*  *zu c: \*Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten/Jahr (inkl. TIA; ICD-10: G45 (ohne G45.4), I61, I63.x, I64), ICB ist I60.\*, SAB I61.\*), die auf der SU behandelt werden und (getrennt) Anzahl aller Schlaganfallpatienten/Jahr (inklusive TIA) der Abteilung.*  *zu d: \*\*Bitte fügen Sie dem Erhebungsbogen eine Krankenhausstatistik mit Verteilung aller Schlaganfälle (nach Entlassungsdiagnosen ICD-10: G45 (ohne G45.4), I61, I63.x, I64), ICB ist I60.\*, SAB I61.\* aus allen Abteilungen, einschließlich der Stroke Unit, bei. Die Daten müssen vom Controlling generiert werden.*  *zu k: Neurologische Präsenz bis 22 Uhr erforderlich* |

## 2.1.1 Pflegerische Mitarbeiter:

a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

## 2.1.2 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Leiter:

b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:

c) Anzahl Oberärzte:

d) Anzahl Fachärzte:

e) Anzahl Assistenzärzte:

f) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Neurologie:

|  |
| --- |
| *zu f: volle Weiterbildungsermächtigung* |

## 2.2 Neurologische Intensivmedizin:

a) Anzahl der neurologischen Betten:

b) Beatmungsbetten:

c) Nichtbeatmungsbetten:

d) Eigenständige Neurologische Intensivstation:  ja nein

e) gemeinsame neurologisch-neurochirurgische ITS:  ja nein

f) gemeinsame neurologisch-kardiologische ITS:  ja nein

g) integriert in internistische ITS:  ja nein

h) integriert in anästhesiologische ITS:  ja nein

i) Gesamtzahl der neurologischen ITS-Patienten / Jahr:

j) Anzahl der neurovaskulären Patienten:

|  |
| --- |
| *zu i: > 200/Jahr (Neurologische Hauptdiagnose)* |

## 2.2.1 Pflegerische Mitarbeiter:

a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

b) Anzahl Fachweitergebildete Pflegekräfte:       Intensiv FWB

      AN FWB

## 2.2.2 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter auf der neurologischen ITS:

b) 2-Schichtdienst:

c) weniger als 2-Schichtdienst:

d) 3-Schichtdienst:

e) sonstige Anzahl Mitarbeiter:

f) Anzahl der Mitarbeiter in Ausbildung für das Zertifikat Intensivmedizin:

g) Mindestens 1 NL FA/OA soll das Zertifikat Intensivmedizin vorweisen:  ja nein

h) Mindestens 1 NL FA/OA soll die Weiterbildungsbefugnis Intensivmedizin

vorweisen:  ja nein

i) Es muss ein Weiterbildungskonzept für Assistenzärzte und Fachärzte vorliegen:  ja nein

|  |
| --- |
| *zu h: Mindestkriterium* |

## 2.2.3 Labor:

a) Klinisch-chemisches Notfalllabor im Haus/am Standort:  ja nein

b) Durchschnittliche Latenzzeit in Minuten bis zur Vorlage der

laborchemischen Mindestparameter bei Lyse-Patienten:       min.

c) differenzierte Gerinnungsanalyse wie Dabigatranspiegel und

Faktor Xa-Spiegel rund um die Uhr verfügbar:  ja nein

d) durchschnittliche Latenzzeit in Minuten bis zur Vorlage von

DOAK-Spiegel bei Lyse-Patienten:       min.

|  |
| --- |
| *zu a: Mindestkriterium* |

## 2.2.4 Gefäßambulanz/Gerinnungsambulanz:

a) Ambulanz vorhanden:  ja nein

b) KV-Ermächtigung:  ja nein

c) prä-/poststationär:  ja nein

d) MVZ:  ja nein

e) sonstige:

## 2.2.5 Organisierte Nachsorgestruktur (Rehakonzept, Strukturen der ambulanten Nachsorge, etc):

a) Darstellung der Nachsorgestruktur:

Kommentar zu 2.1 und 2.2.:

## 2.3 Neurochirurgische Klinik/Abteilung:

a) am gleichen Standort:  ja nein

b) Anzahl der Betten:

-Allgemeinstation:

-Intermediate Care Station:

-andere:

c) Modus der neurochirurgischen Präsenz in der Notaufnahme:

d) Anwesenheit neurochirurgischer Kompetenz und Facharztstandard

24h/7 am Standort:  ja nein

e) DGNC-Zertifikat "Vaskuläre Neurochirurgie" ad personam liegt vor oder

Voraussetzung für DGNC-Zertifikat "Vask. Neurochirurgie" erfüllt die Klinik:  ja nein

beantragt

f) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Neurochirurgie:

(volle Weiterbildungsermächtigung)

g) Neurovaskuläre Spezialsprechstunde:  ja nein

|  |
| --- |
| *zu d, e: Mindestkriterium* |

## 2.3.1 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Leiter:

b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:

c) Anzahl Oberärzte:

d) Anzahl Fachärzte:

e) Anzahl Assistenzärzte:

## 2.3.2 Pflegerische Mitarbeiter:

a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

b) Regelungen zu Fort- und Weiterbildungen:  ja nein

c) Regelungen zu OP-Management im Hinblick auf Organisation, Planung,

Patientensicherheit, Hygiene, etc. vorhanden:  ja nein

## 2.4 Neurochirurgische Intensivmedizin:

a) Anzahl der neurochirurgischen Betten:

b) Beatmungsbetten:

c) Nichtbeatmungsbetten:

d) eigenständige neurochirurgische Intensivstation:  ja nein

e) gemeinsame neurochirurgisch / neurologische ITS:  ja nein

f) gemeinsame neurochirurgisch / anästhesiologische ITS:  ja nein

g) gemeinsame chirurgische ITS:  ja nein

h) integriert in operative / anästhesiologische ITS:  ja nein

i) sonstige

j) Gesamtzahl der neurochirurgischen ITS-Patienten / Jahr:

k) Anzahl der neurovaskulären Patienten:

## 2.4.1 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter auf der neurochirurgischen Intensivstation:

b) 2-Schichtdienst:  ja nein

c) weniger als 2-Schichtdienst:  ja nein

d) 3-Schichtdienst:  ja nein

e) sonstige Anzahl Mitarbeiter:

f) Anzahl der Mitarbeiter in Ausbildung für das Zertifikat Intensivmedizin:

g) Mindestens 1 NCH FA/OA soll das Zertifikat Intensivmedizin vorweisen:  ja nein

h) Mindestens 1 NCH FA/OA soll die WB-befugnis Intensivmedizin vorweisen:  ja nein

## 2.4.2 Pflegerische Mitarbeiter:

a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

      VK/Bett

b) Anzahl Fachweitergebildete Pflegekräfte:       Intensiv FWB

      AN FWB

Kommentar zu 2.3 und 2.4.:

## 2.5 Neuroradiologische Abteilung:

a) Leiter:

b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:

c) Anzahl Oberärzte:

d) Anzahl Fachärzte mit Schwerpunkt Neuroradiologie:

e) Anzahl Assistenzärzte:

f) Neuroradiologischer Rufdienst 24/7:  ja nein

g) Radiologischer Anwesenheitsdienst 24/7:  ja nein

h) Neuroradiologischer Anwesenheitsdienst 24/7:  ja nein

i) DeGIR/ DGNR-Zertifikat ad personam durch einen zertifizierten  ja nein

interventionellen Neuroradiologen:

j) DeGIR/DGNR-Zertifikat als Ausbildungsstätte liegt vor  ja nein

(bzw. Voraussetzung gegeben):

k) Anzahl der Anzahl Mitarbeiter, die Eingriffe nach Modul E und F durchführen:

l) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Neuroradiologie:

m) MTRA Anzahl VK:

n) Notfall MRT 24/7:  ja nein

o) Anzahl der Katheter-Tische:

p) Anzahl MRT-Geräte:       1,5 T

      3,0 T

q) Anzahl CT-Geräte:

r) Anzahl MRT-Untersuchungen:

s) Anzahl CT-Untersuchungen:

|  |
| --- |
| *zu f, g, h. i, k: Mindestkriterium*  *zu k: (2 mit Modul E und 2 mit F)*  *zu k: ≥ 3 Neurointerventionalisten*  *zu l: volle Weiterbildungsermächtigung* |

## 2.5.1 Beschreibung der initialen Bildgebung bei akuten Schlaganfall-Patienten:

a) nur CT:

b) CT-A:  Standard

:       selektiv

c) CT-Perfusion:  Standard

:       selektiv

d) Schlaganfall-MRT:  Standard

:       selektiv

e) Darlegung des Konzepts:

Kommentar zu 2.5:

# 3. Komplementäre Abteilungen:

## 3.1 Gefäßchirurgie:

a) eigene Gefäßchirurgische Sektion/Abteilung/Klinik im Hause:  ja nein

b) Zertifiziertes Gefäßzentrum:

c) Anzahl Betten:

d) Regelhafte Untersuchung vor TEA durch Neurologen:

- Präoperativ:  ja nein

- Postoperativ:  ja nein

e) Post-interventionelles Versorgungskonzept nach TEA :

|  |
| --- |
| *zu a, d: Mindestkriterium* |

## 3.1.1 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Leiter:

b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:

c) Anzahl Oberärzte:

d) Anzahl Fachärzte:

e) Anzahl Assistenzärzte:

f) Anzahl der Mitarbeiter, die Interventionen (OP/Stenting) durchführen:

|  |
| --- |
| *zu f: mind. ≥ 2* |

## 3.2 Kardiologische Abteilung/Klinik:

## 3.2.1 Ärztliche Mitarbeiter:

a) Leiter:

b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:

c) Anzahl Oberärzte:

d) Anzahl Fachärzte:

e) Anzahl Assistenzärzte:

## 3.2.2 Prozesszahlen des vergangenen Jahres:

a) Anzahl transthorakale Echokardiographie:

b) Anzahl transösophageale Echokardiographie:

c) Anzahl PFO-Verschlüsse:

d) Anzahl Pulmonalvenenablationen:

e) Anzahl Herzohrverschlüsse:

f) Anzahl transfemoraler Aortenklappenersatz (TAVI):

g) Zertifizierte Chest Pain Unit:  ja nein

Kommentar zu 3.:

**Anhang 1:**

**Anzahl der dem koordinierenden Zentrum des NVN zugewiesenen Patienten für das Jahr**      **, aufgeschlüsselt nach Diagnose/Prozedur:**

1. Klinik für Neurologie

2. Klinik für

3. Klinik für

4. Klinik für

5. Klinik für

Bei Bedarf auf weiterem Blatt ergänzen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinik** | **Rekanalisation** | **Hemikraniektomie** | **ICB** | **SAB** | **AVM/Fistel** | **Karotis-Stenosen** | **abgelehnte Patienten** | **Gesamt** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **gesamt** |  |  |  |  |  |  |  |  |

Hiermit wird die Richtigkeit der o.g. Daten bestätigt:

­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(CA Klinik für Neurologie) (CA Klinik für Neurochirurgie) (CA Institut für diagn./interventionelle Neuroradiologie)