

|  |  |
| --- | --- |
| **Antrag auf**  **Zertifizierung**  **als**  **überregionale (ÜR)**  **regionale (R)**  **telemedizinisch vernetzte (T)**  **Anzahl zu zertifizierender Stroke Unit Betten:**  **diese Anzahl SU-Betten in Betrieb seit:**  **Stroke Unit (SU)** | |
| Einrichtung/Klinikum: |  |
| Abteilung/Klinik: |  |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Direktor/Chefarzt: |  |
| SU-verantwortlicher Arzt (QMB): |  |
| Funktion: |  |
| Telefon: |  |
| E-Mail: | @ |

**Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:**

gemäß Kriterium 06: Krankenhausstatistik (Beispiel siehe Anhang)

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

gemäß Kriterium 19: Krankenhausstatistik

gemäß Kriterium 25: Benchmarking-Bericht (Externe Qualitätssicherung)

gemäß Kriterium 26: Ärztliches Manual

gemäß Kriterium 27: Pflegemanual

gemäß Kriterium 29: Mitgliedsnachweis in der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft eines Mitarbeiters

gemäß Kriterium 38: Schriftliches unterschriebenes Rettungsdienst-Konzept

gemäß Kriterium 42: 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)

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!

**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. Die gesamte Datei darf nicht größer sein als 10 MB. 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) 911 - 655 41 37, Mobil: +49 (0) 170 7956896, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

**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.**

✓ **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.**

✓ **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. 6 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.**

# Struktur: Audit notes:

**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:

Erläuterung:

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

a) Neurologische Abteilung/Klinik:

b) Innere Abteilung/Klinik:

c) andere:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *Hier ist die Abteilung/Klinik anzugeben, unter deren fachlicher Leitung die Stroke Unit steht.*  *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.* |

**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:

- nicht monitorisierte Betten:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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)* |

**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

IMC:       Bettenzahl

Aufnahmestation:       Bettenzahl

Allgemeinstation:       Bettenzahl

Andere:       Bettenzahl

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |

b) Gibt es eine bevorzugte Verlegungsstation nach der SU-Phase:  ja  nein

wenn ja, nähere Beschreibung:

c) Welche Stroke Units befinden sich in der Umgebung?

Name: Entfernung: Anzahl Betten: telemed. vernetzt: regional: überregional:

         km   

         km   

         km   

|  |
| --- |
| *T-SU: CAVE: Beachte Krit. 45* |

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

**wenn ja, Beschreibung**

Erläuterung:

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

a) Anzahl von Schlaganfallpatienten (inkl. TIA):

Standort:       /Jahr

Abteilung:       /Jahr

Anteil an TIA-Patienten in Abteilung:       %

in Stroke Unit:       /Jahr

b) Angabe der Vorjahreszahlen zum Vergleich:

Standort:       /Jahr

Abteilung:       /Jahr

Anteil an TIA-Patienten in Abteilung:       %

in Stroke Unit:       /Jahr

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.       /       %

24-72 Std.:       /       %

>72 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) Auf welche Station werden Stroke Unit \*\*Patienten bevorzugt verlegt?

i) 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 Entlassdiagnosen 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 Regionalen 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*  *\* für das gesamte Kalenderjahr vor dem Jahr der Antragsstellung/des Audits*  *\*\*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 Abteilung:  ja  nein

wenn nein: Nennung und Beschreibung der Struktur:

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |

**8. Kardiologische Kompetenz am Standort:**

a) eigenständige kardiologische Abteilung:  ja  nein

wenn nein: Nennung und Beschreibung der Struktur:

Anzahl der Mitarbeiter mit kardiologischer Zusatzbezeichnung:

Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Kardiologie:

b) Möglichkeit zur notfallmäßigen Koronarintervention vor Ort:  ja  nein

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

d) Gibt es einen kardiologischen Konsildienst für die Stroke Unit:  ja  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |

**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 neuroradiologische 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 täglicher 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  entfällt

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

Üblicher Verlegungsmodus:

Gibt es eine schriftliche Kooperationsvereinbarung?  ja  nein

Gibt es die Möglichkeit der bildgebenden Mitbeurteilung:  ja  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.*  *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 Röntgenverordnung 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. Als Mindeststandard müssen zwei Vollzeit-Mitarbeiter die erforderliche neurointerventionelle Expertise besitzen (dringend empfohlen: Zertifikat gemäß Modul E gemäß DeGIR). Ausfallszeiten müssen nachweislich auf ein Minimum begrenzt sein und durch ein Alternativkonzept (verbindliche Vertretungsregelung) überzeugend hinterlegt werden. Kontinuierliche MTRA- Präsenz außerhalb des Regeldienstes obligat.*  *ÜR-SU, R-SU und T-SU: Die Fachkunde im Strahlenschutz muss lückenlos gewährleistet sein.* |

**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 (AvD):

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:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |

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

a) Intensivstation eigenständig von SU-Fachabteilung geführt?  ja  nein

Anzahl der Betten dieser ITS-Einheit:

Anzahl der Beatmungsplätze dieser ITS-Einheit:

Betreuungsmodus für Schlaganfallpatienten der ITS:

Anzahl der neurologischen Weiterbildungsassistenten vollschichtig auf der ITS:

b) Anzahl von Schlaganfallpatienten (I61, I63.x und G45\*), die im letzten Jahr am Standort intensivmedizinisch

behandelt wurden:

c) Anzahl Pflegekräfte (VK) pro ITS-Bett       VK/Bett

Erläuterung:

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

**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

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:       /       %

kombinierte Rate an periinterventionellem Schlaganfall-Tod 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:       /       %

kombinierte Rate an periinterventionellem Schlaganfall-Tod bei asymptomatischen Stenosen:       /       %

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

Gibt es regelmäßige Gefäßkonferenzen?  ja  nein

Wie oft finden diese statt?

wenn ja, nähere Beschreibung:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.*  *\* Beantwortung der Punkte c) bis e) unabhängig vom Vorhandensein gefäßchirurgischer Kompetenz am Haus* |

# 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\*\*:       %

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:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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: Eine CTA-Rate bei TIA/Hirninfarkt (in der Initialphase) von mindestens 20 % ist erforderlich.* |

**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:

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *\* 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.* |

**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

Erläuterung:

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

a) Anzahl Geräte am Standort:

b) Anzahl der Untersuchungen\*:

Extrakraniell:

Transkraniell:

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

„Spezielle neurologische Ultraschalldiagnostik“?

d) 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 oder Hirninfarkt eine Ultraschalluntersuchung der extra- und intrakraniellen Arterien erfolgen.* |

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

a) Verfügbarkeit Langzeit EKG?  ja  nein

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

c) erfolgt eine schriftliche Befunddokumentation der Rhythmusvisiten?  ja  nein

d) Wird eine spezielle Software zur VHF-Detektion während des SU-Monitorings eingesetzt?  ja  nein

e) Gibt es ein Konzept zur erweiterten Rhythmusdiagnostik zum Nachweis von Vorhofflimmern, sofern in

der Routinediagnostik kein VHF nachweisbar ist?  ja  nein

wenn ja, Prozessbeschreibung:

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

Anzahl der eingesetzten ILR im Vorjahr:

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

wie wurden Zahlen ermittelt?  Controlling

eigene systematische Statistik

andere

Erläuterung:

**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 veranlassten TTE-Untersuchungen:       /Jahr

b) transösophageale Echokardiographie (TEE):

24 Stunden verfügbar?  ja  nein

Anzahl der an Schlaganfallpatienten veranlassten TEE-Untersuchungen:       /Jahr

TEE-Rate der Abteilung bei Pat. mit Hirninfarkt/TIA:       %

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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) Durchschnittliche Latenzzeit (in Min.) bis zur Vorlage der laborchemischen Mindestparameter

bei Lyse-Kandidaten (gemessen durch Stichprobe):       min.

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

c) Beschreibung des Diagnostik-Standards bei Lysekandidaten mit Einnahme von DOAKs:

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.*  *Ergebnis der Stichprobe ist beim Audit vorzulegen.* |

**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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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

(nach 16.30 Uhr sowie Wochenende/Feiertage)

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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. 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 8-stündiger ärztlicher Wochenenddienst erforderlich, um eine adäquate Versorgung der Schlaganfall-Patienten jederzeit zu gewährleisten. Als Mindeststandard wird für solche Einrichtungen ein zusätzlicher ärztlicher Visitendienst oder die Etablierung eines zusätzlichen ärztlichen Tagdienstes gefordert. 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?

Erläuterung:

**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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |
|  |

**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) 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) zur verbesserten Dysphagiediagnostik 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

c) 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

d) Sozialdienst:

durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

e) Neuropsychologen:

durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

d) andere involvierte Berufsgruppe:

durchschnittlicher Einsatz in Zeitstunden: für Schlaganfallpatienten insgesamt:

|  |
| --- |
| *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. 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. Finden regelmäßige Besprechungen im SU-Team statt?**  ja  nein

a) wenn ja, konkrete Beschreibung:

|  |
| --- |
| *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.* |

**3. Finden Fortbildungen für das SU-Team statt?**  ja  nein

a) Werden Mitarbeiter der Notaufnahme mit einbezogen?  ja  nein

b) Werden Mitarbeiter der Intensivstation mit einbezogen?  ja  nein

**4. 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.* |

Erläuterung:

# Interne Organisation

**25. 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) Abgleich mit Zahlen aus dem Medizincontrolling erfolgt:  ja  nein

d) Angabe der Qualitätsindikatoren außerhalb des Zielbereiches bzw. – bei fehlender

Definition eines Zielbereiches - mit signifikanter Abweichung vom Register-Durchschnitt:

**3. Rekanalisationsmanagement**

a) Anzahl an Thrombolysetherapien, ggf. inkl. Verlegungen mit Bridging:       /Jahr

Lysequote gemäß Benchmarkbericht (Anzahl Thrombolysen inkl. Verlegungen mit Bridging) im Verhältnis zu sämtlichen Pat.

mit Hirninfarkt:       %

Anzahl kombinierte Therapien iv-endovaskulär (ggf. inkl. Verlegungen mit Bridging):

Nur TE-Zentren - Anzahl rein endovaskuläre Therapien:       %

b) Lysetherapien mit Tür-Lyse-Zeit (TLZ) < 30 Min.?       %

c) Lysetherapien mit TLZ < 60 Min.?       %

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

wenn ja, Angabe: TLZ von <       min.

e) Werden konkrete TLZ in separater Liste erfasst:  ja  nein

wenn ja, Angabe der medianen TLZ der Abteilung:

f) Wo wird die Thrombolysetherapie begonnen:  CT  Notaufnahme  Stroke Unit

anderer Ort:

g) Nur TE-Zentren - Werden endovaskuläre Prozesszeiten erfasst?  ja  nein

wenn ja, konkrete Angabe:

h) Nur zuverlegende Kliniken – Werden intrahospitale Intervalle vor Verlegung erfasst?  ja  nein

wenn ja, Angabe der medianen Tür-Tür-Zeit der Abteilung:

i) Wird eine Lyse-Checkliste verwendet:  ja  nein

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

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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)***  ***25.1.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.*  *Mindestanforderung der Thrombolysehäufigkeit: T-SU: mindestens 5% der ischämischen Schlaganfälle/Jahr; R-SU: 25 Lysen/Jahr; ÜR-SU: 40 Lysen/Jahr, Sollte: 20 mechanische Thrombektomien/Jahr*  *Tür-Lyse-Zeit (TLZ): Es sollte ein konkretes Ziel der TLZ benannt sein und > 50% der Lysen eine TLZ von < 60 Min. aufweisen.* |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |

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

|  |
| --- |
| *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.*  *T-SU: Das ärztliche Manual kann Teil von netzwerkinternen und berufsgruppenübergreifenden SOPs sein, muss jedoch dann hausintern verbindlich umgesetzt sein.* |

**27. 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 |
| 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.* |

Erläuterung:

**28. 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:

Erläuterung:

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

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

a) Werden Informationsbroschüren ausgelegt?  ja  nein

b) Wurden eigene Informationsbroschüren erstellt?  ja  nein

c) Wird 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:

Erläuterung:

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

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

a) Umgang mit Patienteneigentum? (Bitte beschreiben!)

b) Umgang mit mitgebrachten Dokumenten (Bitte beschreiben!)

Erläuterung:

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

Erläuterung:

**32. 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:

Erläuterung:

# Interne Organisation:

**33. 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 und eine

Funktionsmailadresse im Internet hinterlegt?  ja  nein

Erläuterung:

**34. 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

Erläuterung:

**35. 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?

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

Erläuterung:

**36. 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?

Erläuterung:

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

(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

Erläuterung:

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

# Externe Organisation

**38. 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?

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

c) Einweisungsquote gemäß Benchmarkbericht (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.       %

bevorzugtes Medium der Ankündigung:  Telefon  Fax

andere:

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

f) Organisation und Struktur der Notaufnahme im Krankenhaus:

durchschnittliche Pflegebesetzung im F/S/N:      /     /

g) Neurologisch-ärztliche Präsenz in der Notaufnahme:

im Regeldienst:

außerhalb des Regeldienstes:

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *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.* |

**39. Gibt es ein strukturiertes Verlegungsmanagement?**  ja  nein

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

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

Sind Skalenwerte bei Aufnahme/Entlassung enthalten?  ja  nein

Sind konkrete Empfehlungen zur Sekundärprävention enthalten?  ja  nein

Sind konkrete Empfehlungen für die weitere Rehabilitation enthalten?  ja  nein

c) 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:

Erläuterung:

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

**40. Kooperation mit externen Rehabilitationseinrichtungen?**  ja  nein

a) Anteil der Verlegungen/Entlassungen:

1) Rehabilitation Phase B - D:       %

2) Geriatrische Rehabilitation:       %

3) Keine Rehabilitation:       %

b) Zahlen wurden ermittelt durch:  Schlaganfall-Register

Controlling  
  andere:

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

Erläuterung:

**41. 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 der Tele-Stroke Units gefördert wird:  entfällt, da sämtlich zertifiziert

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

# Internes Qualitätsmanagement

**42. 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 2 des Antrags mit geschickt werden.* |

# Zusatzkriterien für Tele-Stroke-Units

**43. 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

**44. Wie weit ist die Entfernung zur nächsten telemedizinisch beratenden überregionalen**

**Stroke Unit?**       km

**45. Wie weit ist die Entfernung zur nächsten zertifizierten regionalen oder überregionalen**

**Stroke Unit­?**        km

|  |
| --- |
| *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 hervor gehen.* |

Erläuterung T-SU:

**46. 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

**47. 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).

Die Instruktoren müssen das DSG-Pflegezertifikat besitzen  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

Erläuterung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: |  |

**48. Ist/sind das/die telemedizinisch beratende/n Zentrum/Zentren als überregionale Stroke Unit/s**

**zertifiziert?**  ja  nein

Wenn ja, Datum der letzten Zertifizierung:

**49. Verfügt/verfügen das/die beratende/n Zentrum/Zentren über interventionelle (Neuro-) Radiologie**

**und Neurochirurgie?**  ja  nein

**50. 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

**51. Sind die beratenden Ärzte während der Dienstzeiten von klinischen Verpflichtungen in der**

**eigenen Abteilung/Klinik freigestellt?**  ja  nein

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

**52. 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

**53. 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 müssen das DSG-Pflegezertifikat besitzen.  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

**54. Zusammensetzung des netzwerkinternen Fortbildungsteams:**

Anzahl der angebundenen regionalen Kliniken/Krankenhäuser:

Anzahl der Mitarbeiter (jeweils in VK):

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

b) Pflege:       VK

c) Logopädie:       VK

d) Physio-/Ergotherapie:       VK

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

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

**56. Ist der Telekonsildienst einschließlich Videountersuchung von Patienten und Bildübertragung**

**24 Stunden an 7 Tagen pro Woche verfügbar?**   ja  nein

**57. Wie lange ist die vertraglich zugesicherte maximale Response-Zeit (Zeit von Telekonsil-Anmeldung**

**bis Telekonsil-Beginn)?**        min.

**58. 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.* |

**59. 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

(Die Übertragungsbandbreite darf diesen Wert zu keinem Zeitpunkt unterschreiten)?  ja  nein

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

h) Regelmäßige dokumentierte Wartungs- und Überprüfungsmaßnahmen?  ja  nein

Erläuterung:

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