**Antrag auf Zertifizierung eines Neurovaskulären Netzwerkes**

****

 **** 

Koordinierendes Zentrum:

Abteilungen:

Anschrift:

Sprecher im koordinierendem Zentrum:

Abteilung:

Funktion:

Telefon:

E-Mail:      @

**Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:**

**[ ]  Manual zu den interdisziplinären Versorgungsstrukturen und Versorgungsstandards im Neurovaskulären Netzwerk (siehe 1.2)**

**[ ]  schriftliche Kooperationsvereinbarung (siehe 1.1; 1.2; 4.1)**

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

**[ ]  Organigramm/e**

**[ ]  Protokolle MM-Konferenzen**

**[ ]  Zertifikate DEGIR/DGNR/Module E-F**

**[ ]  DEGUM Zertifikat(e)**

**[ ]  Zertifikat Intensivmedizin und Weiterbildungsbefugnis Intensivmedizin**

**[ ]  letzter Auditbericht ÜR-SU und letzter Bericht des Qualitätsregisters**

**[ ]  Zusatzformular 4.1 bis 4.5 für jede kooperierende Klinik**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihres Neurovaskulären Netzwerkes 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 per Mail oder USB-Stick/CD an den Leitenden Auditor der LGA InterCert GmbH oder postalisch an:**

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

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

Telefon: +49 (0) 170 795 6896, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

**Organisatorischer Zertifizierungsablauf:**

✓**Angebot zur Zertifizierung/Re-Zertifizierung bei o.g. Adresse anfordern.**

✓ **Auf Grundlage des Angebotes LGA InterCert GmbH zur Durchführung der Zertifizierung schriftlich beauftragen.**

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

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

✓ **Auftraggeber sendet die in diesem Antrag geforderten Unterlagen per Mail oder USB Stick/CD an den Leitenden Auditor.**

✓ **Unterlagenprüfung auf Vollständigkeit durch den Leitenden Auditor.**

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

✓ **Durchführung des Audits vor Ort.**

✓ **Berichterstellung durch den Leitenden und die med. Fachauditoren.**

✓ **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 eines entsprechenden Angebotes.**

**II. 3 Monate vor Zertifizierungs(wunsch)termin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Beauftragung an die LGA InterCert GmbH schicken.**

**III. 6 Wochen vor Audittermin: Unterlagen gemäß Antrag 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 Fachgesellschaften und der LGA InterCert GmbH insgesamt erhoben.**

**Darüber hinaus gilt das Netzwerk nicht mehr als re-, sondern als erstzertifiziert.**

# 1. Struktur: Audit notes:

**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 ggfs. mit NVN Partnern finden 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 Qualitätsindikatoren des koordinierenden Zentrums:

a) akute rekanalisierende Therapie:

- systemische Thrombolyse:

- mechanische Thrombektomie (mind. >75):

- Direktzuweisung:

- Von extern:

b) Anzahl der NCH Operationen im vergangenen Jahr:

- Kopf:

- Wirbelsäule:

c) Dekompressionshemikraniektomie:

- vaskulär

- traumatisch

d) Anzahl nicht traumatischer ICB:

- konservativ:

- operativ:

e) Aneurysmabehandlung (gesamt mind. 50):

- akut – Coiling:

- akut - Clipping:

- elektiv - Coiling:

- elektiv - Clipping:

f) Gefäßmissbildungen:

- AVM/Durafistel – operative Versorgung:

- AVM/Durafistel – interventionelle Versorgung:

g) Karotis-Stenosen (nicht akut):

- TEA symptomatisch:

- TEA asymptomatisch:

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

- CAS symptomatisch:

- Akutintervention:

- präventiv:

- CAS asymptomatisch:

- 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* |

## 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* |

**Bemerkungen zu 1:**

# 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 Antrag 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:

e) gemeinsame neurologisch-neurochirurgische ITS: [ ]

f) gemeinsame neurologisch-kardiologische ITS: [ ]

g) integriert in internistische ITS: [ ]

 integriert in anästhesiologische ITS: [ ]

h) Gesamtzahl der neurologischen ITS-Patienten / Jahr:

 i) Anzahl der neurovaskulären Patienten:

|  |
| --- |
| *zu h: > 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:

**Bemerkungen 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 Weiterbildungsbefugnis [ ]  ja [ ] nein

 Intensivmedizin vorweisen:

## 2.4.2 Pflegerische Mitarbeiter:

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

       nicht examiniert

       VK/Bett

b) Anzahl Fachweitergebildete Pflegekräfte:       Intensiv FWB

       AN FWB

**Bemerkungen 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:

**Bemerkungen 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

**Bemerkungen 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)