

**Tabelle 1: Strukturelle Voraussetzungen (Kriterien Nr. 1-12)**

<b>Kriterium</b>	<b>Minimalanforderung</b>	<b>Zusätzliche Empfehlung der SU-Kommission</b>
Räumliche Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorbetten sind in räumlicher Einheit zusammen gefasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition einer bevorzugten Verlegungsstation mit festem Team innerhalb der Abteilung zur Weiterversorgung der Patienten</li> </ul>
Bettenkapazität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- SU: mindestens 4 Betten</li> <li>• ÜR- SU: mindestens 6 Betten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Bemessungsgrundregel gilt: pro SU-Bett können jährlich ~100 Schlaganfallpatienten behandelt werden</li> <li>• Sofern die Abweichung von dieser Regel &gt; 20 % beträgt, ist eine Kapazitätsanpassung vorzunehmen.</li> <li>• Behandlung nicht-vaskulärer Patienten sollte gering gehalten und gemonitort werden; sog. Stroke-Mimics sollten nach korrekter Diagnosestellung zügig verlegt werden.</li> </ul>
Verfügbarkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24 Stunden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abmeldungen sind strikt zu vermeiden und sind nur im Ausnahmefall und nur für kurze Zeit gerechtfertigt</li> <li>• Die Abmelfrequenz sollte kritisch überwacht werden, ggf. sind gezielte Gegenmaßnahmen zu ergreifen</li> </ul>
Anzahl an Patienten mit Schlaganfall und TIA in der SU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- SU: mindestens 250 Patienten</li> <li>• ÜR- SU: mindestens 500 Patienten</li> <li>• Schriftlicher Standard, der regelt, welche Patienten auf die SU aufgenommen werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klare Priorisierung von SUs bei der Aufnahmeregelung unter Vermeidung eines Krankenhaus-internen Wettbewerbs</li> <li>• Es ist sicher zu stellen, dass Schlaganfallpatienten, die die Aufnahmekriterien erfüllen, auch auf der SU behandelt werden</li> <li>• Die Verweildauer auf der SU ist anhand klinischer Kriterien zu gestalten und sollte regelmäßig gemonitort werden</li> <li>• Potentielle Verlegungskandidaten sind im Vorfeld festzulegen und im Team zu kommunizieren</li> </ul>
Neurologische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R- SU: Facharztstandard durchgehend im Regeldienst und Rufdienst (entsprechend 2 Fachärzten)</li> <li>• R-SU: Gemischte Dienstbesetzung mit Ärzten anderer somatischer Fächer (Innere Medizin, Neurochirurgie) möglich, sofern adäquate Einarbeitung und Teambildung sicher gestellt</li> <li>• ÜR- SU: Neurologische Abteilung mit rein neurologischer Dienstbesetzung erforderlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei höhervolumiger Schlaganfallversorgung: Etablierung einer eigenständigen Neurologischen Abteilung</li> <li>• R-SU mit gemischter Dienstbesetzung: adäquate Einarbeitung sicher stellen, adäquates Lyse-Management sicher stellen und Tür-Lyse-Zeiten überwachen</li> </ul>
Kardiologische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R-SU: ständige Verfügbarkeit im Regeldienst und Rufdienst 24/7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 2 Mitarbeiter mit Zusatzbezeichnung Kardiologie sollten am Hause tätig sein</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÜR-SU: Internistische oder kardiologische Abteilung am Standort erforderlich mit Rufdienst 24/7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwecks Teambildung feste Ansprechpartner für die SU definieren</li> </ul>
Radiologisch-neuroradiologische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern keine kontinuierliche ärztlich-radiologische Anwesenheit: Strahlenfachkunde vor Ort sicherstellen</li> <li>• R-SU: Ständige Verfügbarkeit diagnostischer Kompetenz im Regeldienst und Rufdienst</li> <li>• R-SU: rasche Verfügbarkeit interventioneller Kompetenz, was durch schriftlichen Standard geregelt ist, möglichst zusätzlich mit schriftlicher Kooperationsvereinbarung</li> <li>• R-SU: sofern keine MTRA-Anwesenheit 24/7 muss überzeugend dargelegt werden, dass das Initialmanagement, insbesondere Tür-Lyse-Zeit, darunter nicht leidet.</li> <li>• ÜR-SU: MTRA-Anwesenheit 24/7</li> <li>• ÜR-SU: mindestens 1 Arzt für Radiologie mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie am Standort</li> <li>• ÜR-SU: ständige Verfügbarkeit eines in der neuroradiologischen Diagnostik und Therapie erfahrenen Facharztes für Radiologie. Er gehört zum selben Krankenhaus und ist fest in die diagnostischen Abläufe akuter Schlaganfallpatienten eingebunden. Eine Befundung kann ggf. teleradiologisch erfolgen, eine ärztliche Anwesenheit muss innerhalb von 30 Minuten gewährleistet sein.</li> <li>• ÜR-SU: Bei akuten Schlaganfallpatienten muss 24/7 sichergestellt sein, dass ein Gefäßverschluss mit einem angiographischen Verfahren (MRA, CTA) unmittelbar diagnostiziert und im Bedarfsfall unverzüglich vor Ort endovaskulär behandelt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern keine kontinuierliche ärztlich-radiologische Anwesenheit: Sichere Anwendung von Röntgen-Kontrastmitteln durch entsprechende Standards und Schulungen sicher stellen</li> <li>• R- SU: bei hochvolumiger Schlaganfallversorgung sollte ein radiologischer Anwesenheitsdienst aufrecht erhalten werden</li> <li>• R-SU: MTRA-Anwesenheit 24/7 wird dringend empfohlen</li> <li>• ÜR- SU: es sollte grundsätzlich ein radiologischer Anwesenheitsdienst vorgehalten werden</li> <li>• ÜR- SU: es sollten möglichst <math>\geq 2</math> Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Neuroradiologie am Standort tätig sein</li> <li>• ÜR- SU: es sollten mindestens 3 Neuro-Interventionalisten am Standort tätig sein, um auch in Urlaubs- und Fehlzeiten eine stabile Interventionsfähigkeit 24/7 sicher zu stellen</li> </ul>

	werden kann. Dafür sind mindestens 2 Neuro-Interventionalisten mit ausreichender Fachexpertise am Standort notwendig	
Neurochirurgische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R-SU: Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe</li> <li>• ÜR-SU: zusätzlich obligate Sicherstellung einer Transportzeit von &lt; 30 Min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÜR-SU: NCH-Abteilung sollte möglichst am Hause etabliert sein</li> <li>• ÜR-SU: bei Entfernung zur NCH-Abteilung von &gt; 20 km sind Verlegungszeiten an konkreten Einsätzen vorzulegen und die Option des Helikoptertransportes nachzuweisen</li> <li>• sofern keine NCH-Abteilung am Standort: frühzeitige telefonische, bildradiologische Vorstellung und klare Verlegungsstandards etablieren</li> </ul>
Gefäßchirurgische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern nicht am Standort angesiedelt: Kooperationsvereinbarung</li> <li>• Jährliche BQS-Ergebnisse müssen vorliegen für TEA und Stent-PTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÜR-SU: eigene gefäßchirurgische Kompetenz am Hause</li> <li>• Regelmäßige interdisziplinäre Gefäßkonferenzen</li> <li>• Regelmäßige postoperative Einbindung der neurologischen Kompetenz</li> <li>• Einheitliche Standards auch für asymptotische Karotisstenosen</li> </ul>
Intensivmedizinische Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Verfügbarkeit einer vollwertigen Intensivstation (= mind. 4 Betten) an 365 Tagen/24 Std.</li> <li>• Klare ITS-Aufnahmekriterien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einbindung der Neurologischen Kompetenz mit festen Ansprechpartnern auf tgl. Basis und klaren Standards</li> <li>• Eigenständige neurologische Intensivstation für hochvolumige Schlaganfallversorger erwägen</li> </ul>

**Tabelle 2: Diagnostik und Monitoring (Kriterien Nr. 13 – 21)**

<b>Kriterium</b>	<b>Minimalanforderung</b>	<b>Zusätzliche Empfehlung der SU-Kommission</b>
CT CT-Angiographie (CTA) CT-Perfusion (CTP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche intrahospitale Verfügbarkeit an 365 Tagen/24 Std.</li> <li>• Schriftlicher Standard, der sicher stellt, bei welchen Patienten eine CTA erfolgt, um potentielle Thrombektomie-Kandidaten unverzüglich zu identifizieren</li> <li>• ÜR-SU: CT-basierte Mismatch-Bildgebung (alternativ: MRT-basiert) sollte etabliert sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sofern nur 1 CT-Gerät am Standort: Ausfallskonzept sollte vorliegen</li> <li>• CTA: Gefäßdarstellung möglichst ab Aortenbogen</li> <li>• Eine CTA-Quote von &gt; 20 % erscheint angemessen</li> <li>• ÜR-SU: CTP (oder MR-Perfusion) sollte für besondere Situationen etabliert sein</li> </ul>
MRT MR-Angiographie (MRA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R-SU: Verfügbarkeit im Regeldienst</li> <li>• ÜR-SU: Kontinuierliche Verfügbarkeit am Standort 365 Tage/24 Stunden</li> <li>• ÜR-SU: MRT-basierte Mismatch-Bildgebung (alternativ: CT-basiert) sollte etabliert sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlaganfall-MRT: Fester Standard an Sequenzen</li> <li>• Eine MRT-Quote von &gt; 30 % in der elektiven Schnittbildgebung erscheint angemessen</li> <li>• R- SU: Ausweichkonzept für Notfälle mit MRT-Bedarf, sofern im Hause nicht verfügbar</li> </ul>
Zerebrale Katheter-Angiographie (DSA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Zugriffsmöglichkeit für den Bedarfsfall, ggf. mit externem Kooperationspartner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÜR-SU: Angiographiekompetenz möglichst kontinuierlich am Standort verfügbar</li> </ul>
Doppler- und Farbduplexsonographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Verfügbarkeit am Standort 365 Tage/24 Std.</li> <li>• Ausreichender technischer Standard</li> <li>• Standard für akute Gefäßdiagnostik am Wochenende</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mindestens 1 Mitarbeiter sollte im Besitz des DEGUM-/DGKN-Zertifikates für Spezielle Neurologische Ultraschalldiagnostik sein</li> <li>• Eine Quote von &gt; 85-90 % für extra- und intrakranielle Verfahren an Patienten mit ischämischen Insulten (Hirnfarkt/TIA) erscheint angemessen</li> <li>• Durchführung auch am Wochenende ≤ 24 Stunden</li> <li>• Graduierung von Karotisstenosen nach NASCET-Kriterien</li> </ul>
Detektion von Vorhofflimmern (VHF)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügbarkeit LZ-EKG im Regeldienst in ausreichender Quantität</li> <li>• Schriftlicher Standard zum Einsatz des LZ-EKG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erweitertes Diagnostikkonzept für Patienten mit kryptogenem Insult, sofern in Standarddiagnostik kein VHF-Nachweis (z.B. strukturierte Rhythmusvisiten, spezielle VHF-Detektionssoftware für Monitorsysteme, Implantation von Event-Rekordern)</li> </ul>
EKG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24 Std.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bei hochvolumiger Schlaganfallversorgung sollte eigenes EKG-Gerät auf der SU vorgehalten werden</li> <li>• Einarbeitungskonzept zur EKG-Befundung für SU-Ärzte, sofern dies vor Ort auf der SU erfolgt</li> </ul>

Echokardiographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TEE-Quote von &gt; 15 %, gemessen an sämtlichen Patienten mit ischämischem Insult (Hirnfarkt/TIA)</li> <li>• R-SU: Verfügbarkeit im Regeldienst</li> <li>• ÜR-SU: Kontinuierliche Verfügbarkeit innerhalb von &lt; 24 Std.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mind. 2 Mitarbeiter mit echokardiographischer Expertise (transthorakal und transösophageal) im Hause</li> <li>• TEE-Quote von 20 - 30 % erscheint angemessen</li> <li>• Latenz bis zur Echokardiographie sollte ≤ 48 h nach Anmeldung betragen</li> <li>• TEE inkl. Diagnostik auf Septumanomalien und Darstellung des Aortenbogens</li> </ul>
Notfall-Labor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24 Std.</li> <li>• Laborwerte müssen &lt; 60 Min. vorliegen</li> <li>• Schriftliches Prozedere für Lysekandidaten mit Einnahme von NOAK*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laborwerte sollten &lt; 30 min. vorliegen</li> <li>• Etablierung einer Point-of-care(POC)-Messung des INR-Wertes auf der Notaufnahme</li> <li>• Erweiterter Diagnostikstandard bei NOAK-Einnahme</li> </ul>
Monitoring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring inkl. zentraler Überwachung von EKG, RR, Pulsoxymetrie, Atmung, Herzfrequenz, Temperatur</li> <li>• Schriftlicher Standard für Alarmgrenzen</li> <li>• ÜR-SU: Möglichkeit zum EEG- und EP-Monitoring für Ausnahmefälle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verfügbarkeit eines Transportmonitors für den Bedarfsfall</li> <li>• Monitoring-Pausen und Transporte (z.B. für Diagnostik, Therapien) möglichst kurz halten</li> </ul>

\* Nicht-Vitamin-K-basierte Orale Antikoagulanzen

**Tabelle 3: Personelle Ausstattung (Kriterien Nr. 22 – 24)**

Kriterium	Minimalanforderung	Zusätzliche Empfehlung der SU-Kommission
Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Versorgung im Regeldienst: maximal 12 Monitorbetten (MB); sofern auch nicht-monitorisierte Betten (NMB) mitbetreut werden, zählen 2 NMB wie 1 MB</li> <li>• Schlaganfallexpertise wochentags über mindestens 12 Stunden kontinuierlich auf der SU</li> <li>• Große Stroke Units (<math>\geq 12</math> Betten) und/oder große Abteilungen: Personalverstärkung außerhalb des Regeldienstes notwendig. Mindestanforderung: separater Tagdienst am Wochenende und an Feiertagen</li> <li>• Tgl. SU-Visiten auch am Wochenende und Feiertagen mit Facharztstandard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Große Stroke Units (<math>\geq 12</math> Betten) und/oder große Abteilungen: Einrichtung eines separaten ärztlichen SU-Dienstes (z.B. 3-Schicht-System)</li> <li>• Längere zusammen hängende Rotationsphasen auf der SU (<math>&gt; 3</math> Mo)</li> <li>• Dienstbesetzung durch Leasingkräfte sollten auf das notwendige Minimum reduziert werden</li> <li>• R-SU: Dienstbesetzung nur durch Ärzte der Abteilung empfohlen</li> </ul>
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R-SU: 1,5 VK-Pflege pro Bett; ÜR-SU: 2,0 VK-Pflege pro Bett; ab <math>&gt; 8</math> Betten greift die sog. degressive VK-Quote (s. Tabelle 3.2)</li> <li>• Übergeordnete Funktionseinheiten: Definition eines Kernteams, von dem <math>&gt; 50</math> % kontinuierlich auf der SU tätig sein muss</li> <li>• Teilnahme von mindestens 1 Pflegekraft zusätzlich jährlich an DSG-Pflegekurs</li> <li>• Altenpflegekräfte und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte können unter folgenden Voraussetzungen auf der SU eingesetzt werden: (i) Nachweis einer mindestens 3-monatigen Einarbeitungszeit auf der SU außerhalb des regulären Dienstplanes und (ii) max. SU-Anteil von Altenpflege- und Kinderkrankenpflegekräften von 10 % der Pflege-VK</li> <li>• Bei Allgeminstationen und cSU dürfen 10 % des Stellenplans mit Pflegehilfskräften oder Stations-/Versorgungsassistenten besetzt sein. Bei einem Anteil <math>&gt; 10\%</math> wird jede Pflegehilfskraft mit max. hälftigem Stellenanteil berechnet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens 50 % aller Pflegekräfte der SU sollten einen DSG-Pflegekurs absolviert haben</li> <li>• Dienstbesetzung durch Leasingkräfte sollten auf das notwendige Minimum reduziert und Lösungen zur Beseitigung des Leasingbedarfs etabliert werden</li> </ul>

SU-Team	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende personelle Ressourcen von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst/Case Management</li> <li>• Nach Weiterverlegung in ein nicht monitorisiertes Bett ist die Behandlung fortzusetzen, sofern indiziert</li> <li>• Sofern Übernahme der Therapien am Wochenende und Feiertagen durch andere Berufsgruppen (z.B. Pflege): Strukturiertes Einarbeitungskonzept und Berücksichtigung beim Personaleinsatz notwendig</li> <li>• Schriftliche Einarbeitungskonzepte für Ärzte, Pflege und Therapeuten</li> <li>• Regelmäßige Fortbildungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lückenlose Therapiemöglichkeit durch Fachpersonal 365 Tage</li> <li>• tgl. fallbasierte Teambesprechungen</li> <li>• regelmäßige organisatorische Teambesprechungen mit Protokoll</li> </ul>
---------	---	---

**Tab. 3.1: Pflegebesetzungen auf gemischten Stationen für die assoziierten Stationsanteile**

Stationseinheit	Minimalanforderung (VK pro Bett)	Empfehlung der SU-Kommission (VK pro Bett)
Neurologische Allgemeinstation (AST)	0,3	0,35 – 0,5
Enhanced Care - Betten einer Comprehensive SU	0,4	0,4 – 0,5
Aufnahmestation	0,75	0,75 – 0,9
Intermediate Care Station (IMC) Frührehabilitation ohne Beatmung	1,35*	1,35 – 1,5
Intensivstation (ITS) Beatmungs-Frührehabilitation	2,2	2,2 – 2,4

\*degressive VK-Quote für große IMC-und Frühreha-Stationen: ab dem 9. Bett beträgt der VK-Bedarf 1,0/Bett

**Tab. 3.2: Degressive VK-Quote für die Pflegesetzung auf großen SU**

	<b>Degressive VK-Quote pro SU-Bett</b>	
	<i>überregional</i>	<i>Regional</i>
<b>Monitorbett Nr. 1 - 8</b>	2,0	1,5
<b>Monitorbett Nr. 9 - 12</b>	1,5	1,25
<b>ab Monitorbett Nr. 13</b>	1,0	1,0

*Eine degressive VK-Anpassung der Pflege erfolgt erst ab dem 9. Bett, somit nur für SUs mit > 8 Betten.*

**Tabelle 4: Prozesse und Standards (Kriterien Nr. 25 – 42)**

<b>Kriterium</b>	<b>Minimalanforderung</b>	<b>Zusätzliche Empfehlung der SU-Kommission</b>
Teilnahme an Schlaganfallregister zur Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lückenlose Erfassung sämtlicher Patienten mit akutem Schlaganfall, die in der Abteilung behandelt wurden (Mindeststandard &gt; 90 %)</li> <li>• Vorlage einer vollständigen Halbjahresauswertung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertung eines gesamten Kalenderjahres</li> <li>• Kontinuierliche Verbesserung auffälliger Qualitätsparameter</li> <li>• Zeitnahe und vollständige Dateneingabe</li> <li>• Große Stroke Units: Einsatz von Dokumentationsassistenten</li> </ul>
Thrombolyse innerhalb des Zulassungsbereiches	<ul style="list-style-type: none"> <li>• R-SU: mindestens 25/Jahr</li> <li>• ÜR-SU: mindestens 40/Jahr</li> <li>• Tür-Lyse-Zeit (TLZ): in mindestens 50 % der Fälle TLZ &lt; 60 Min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwendung einer Lyse-Checkliste</li> <li>• Erfassung individuelle TLZ in separater Liste</li> <li>• Ziel- TLZ &lt; 30 Min.</li> <li>• Innerhalb der Zulassung sollte die TLZ in mindestens 90 % der Fälle bei &lt; 60 Min. liegen</li> <li>• Erstellung schriftlicher Standards zum Vorgehen bei Off-Label-Situationen</li> </ul>
Schlaganfall-Manuale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte-Manual: Erweiterung durch Kapitel 22 mit SOP zu speziellen Krankheitsbildern/Situationen (s. Antragsformular)</li> <li>• Pflege-Manual: Mindestvorgabe 18 Kapitel (s. Antragsformular)</li> <li>• Regelmäßige Aktualisierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Routinemäßige Revision alle 2 Jahre</li> </ul>
Anwendung von Schlaganfall-Skalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anwendung NIH-SS, mod. Rankin Score, Barthel-Index</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusätzliche Anwendung von ABCD<sub>2</sub>, CHADS<sub>2</sub> oder CHADS<sub>2</sub>-Vasc, Hunt-Hess, GCS</li> <li>• Erhebung des Barthel-Index eigenständig durch die Pflege</li> <li>• Pflege sollte zusätzlich Erhebung des NIH-SS durchführen (ggf. Kurzversion des NIH-SS)</li> </ul>
Betroffenen- und Angehörigenkonzept	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anbieten von Informationsmaterial</li> <li>• Gezielte Schulung zur Bedeutung und konkreten Umsetzung der Sekundärprävention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstellung eigener Broschüren und Informationsmaterial, die auf lokale/ Gegebenheiten angepasst ist</li> <li>• Schulung zu Zielen und Maßnahmen der Sekundärprävention sowie zum Symptom- und Handlungswissen mittels schriftlichem Material</li> <li>• ÜR-SUs: Betreuung, ggf. Neuetablierung einer Selbsthilfegruppe</li> <li>• Ldt. Arzt des SU-Teams sollte als Regionalbeauftragter der</li> </ul>

		Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe aktiv sein
Teilnahme an wissenschaftlichen Projekten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewünscht, nicht obligat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ÜR-SU: Kontinuierliche wissenschaftliche Aktivitäten erwünscht</li> </ul>
Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzung Medizinproduktegesetz</li> <li>• Medikamentenmanagement</li> <li>• Reanimationstraining</li> <li>• Datenschutz</li> <li>• Brandschutz</li> <li>• Neu: Risikomanagement, Hygienemanagement</li> </ul>	
Rettungsdienst-Organisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbindliches, mit dem Rettungsdienst konsentiertes, schriftliches, Konzept zur prästationären Versorgung und Zuweisung von Patienten mit Schlaganfall und Schlaganfallverdacht</li> <li>• Regelmäßige Schulungen zur Identifikation und prästationären Versorgung von Schlaganfallpatienten</li> <li>• Ausreichende Pflegebesetzung und ärztliche Präsenz auf der Notaufnahme am Standort</li> <li>• R-SU ohne akute Interventionsmöglichkeit: Sicherstellung eines verzögerungsfreien Transportes geeigneter Kandidaten in ein Thrombektomie-Zentrum (z.B. prähospitale Stratifizierung, unverzügliche Sekundärverlegung) anhand einer schriftlichen Verfahrensweisung; diese ist mit dem zuständigen Thrombektomie-Zentrum abzustimmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßige Maßnahmen zur Verbesserung der prästationären Versorgung und Steigerung der Zuweisungszeiten</li> <li>• Ein medizinisches Triage-System inkl. Identifizierung von Schlaganfallpatienten sollte vorhanden sein und angewendet werden</li> <li>• Einbeziehung des Pflegepersonals der Notaufnahme in die Fortbildungen der SU zur Weiterbildung und Teambildung</li> <li>• Persönliche Übergabe des Rettungspersonals an das Krankenhauspersonal sicher stellen</li> <li>• 24h- Hotline für Rettungspersonal zur tel. Kontaktaufnahme</li> <li>• Keine Abmeldungen der Notaufnahme beim Rettungsdienst</li> <li>• Transport von Lysekandidaten und schwer betroffene Patienten durch Arzt und Pflegekraft</li> <li>• ÜR-SU und R-SU: Konsequente Erfassung der Verlegungszeiten von Thrombektomie-Kandidaten (z.B. Anruf-zu-Katheter-Zeit) und regelmäßige Kommunikation mit dem Rettungsdienst, um den Prozess zu optimieren. Der Prozess sollte sich an anderen interhospitalen Notfallverlegungen höchster Priorität orientieren</li> </ul>
Verlegungsmanagement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verwendung eines internen Verlegungsbriefes, möglichst elektronisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassungsbrief sollte zusätzlich enthalten: - Schlaganfall-Score (z.B. NIH-SS, modified Rankin Scale) bei</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entlassungsbrief mit konkreten Angaben zu: wesentliche Schlaganfallaspekte, Rehabilitation/Nachsorge, Ziele der Sekundärprävention</li> </ul>	<p>Aufnahme und bei Entlassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- detaillierte Ziele der Sekundärprävention</li> <li>• Verwendung schriftlicher Schulungsmaterialien zu Symptom- und Handlungswissen sowie Lebensstilfaktoren und Sekundärprävention</li> </ul>
Durchführung interner Überwachungsaudits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jährliche Durchführung eines Zwischenaudits mit strukturiertem Bericht und Dokumentation der Verbesserungsmaßnahmen unter Beteiligung des SU-Teams. Als Minimalstandard gelten die Empfehlung der DSG zum internen Zwischenaudit (s. Tab. 5)</li> <li>• Die Bemerkungen und Schwachpunkte aus dem letzten Zertifizierungsaudit müssen systematisch nach gehalten und die entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen dokumentiert werden</li> </ul>	

**Tabelle 5: Jährliches Zwischenaudit (Kriterium Nr. 43)**

**1. Ablauf:**

Das Audit sollte von einer unabhängigen Person/Instanz durchgeführt werden, die nicht in die klinische Routine auf der Stroke Unit eingebunden ist, vorzugsweise durch Mitarbeiter des hausinternen Qualitätsmanagements. Die Ergebnisse des Audits sollen in einem schriftlichen Bericht zusammengefasst und im Stroke Unit-Team besprochen werden. Verbesserungspotentiale sind zu benennen und sollen in einem Maßnahmenplan, mit Festlegung von Verantwortlichkeiten und Zielzeitpunkten für die Umsetzung, festgehalten werden. Als Auditcheckliste sollte der Zertifizierungsantrag verwendet werden.

**Als Auditcheckliste kann der Zertifizierungsantrag verwendet werden. Eine zur Verfügungsstellung als offene Word®-Datei ist jedoch leider nicht möglich.**

**2. Struktur und Standort der Stroke Unit:**

Schriftliche Dokumentation der Bettenzahl und Stellungnahme im Hinblick auf zwischenzeitliche Änderungen von Standort/Struktur.

**3. Anzahl der Schlaganfallpatienten einschließlich TIA (Kriterien 5 - 6):**

Dokumentation der Gesamtzahl der im Klinikum/Krankenhaus (nach Abteilung/Klinik) und der Anzahl, der auf der Stroke Unit behandelten Patienten inkl. Verweildauer.

**4. Komplementäre Disziplinen:**

Dokumentation und ggf. Spezifikation, ob sich strukturell etwas geändert hat bezüglich der kardiologischen, radiologischen/neuroradiologischen, neurochirurgischen, gefäßchirurgischen und intensivmedizinischen Kompetenz.

**5. Diagnostik und Monitoring:**

Dokumentation und ggf. Spezifikation struktureller Änderungen bezüglich bildgebender, angiologischer, neurosonographischer, kardiologischer oder laborchemischer Diagnostik. Dokumentation, ob Voraussetzungen für ein kontinuierliches apparatives Monitoring in allen Betten der Stroke Unit weiter erfüllt sind.

**6. Personelle Ausstattung:**

- Dokumentation des Ärzte-Schlüssels der Abteilung/Klinik und Spezifikation, ob Voraussetzungen für die Abrechnung der Komplex-Ziffer 8-981 erfüllt sind.
- Dokumentation des Pflege-Schlüssels und Spezifikation, ob Voraussetzungen für die Zertifizierung weiterhin erfüllt sind. Im Falle einer gemischten Stationseinheit (nicht Stand alone) sind sowohl die Pflegekräfte für die Stroke Unit als auch die für den restlichen Stationsanteil zu dokumentieren.
- Dokumentation und ggf. Spezifikation, ob sich etwas hinsichtlich des therapeutischen Teams (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) geändert hat.

**7. Benchmark-Bericht des letzten Jahres:**

Kritische Durchsicht und Dokumentation folgender Parameter inkl. Vergleich mit dem Vorjahr:

- Anzahl der Thrombolysen
- Anzahl der endovaskulären Thrombektomien
- Anzahl der Lysetherapien < 60 Minuten (sogenannte Door-to-Needle-Zeit) in %
- Anteil der CTs < 60 Minuten bei Lyse-Patienten in %
- Anteil fehlender Angaben in % (Spanne)
- Dokumentation von Qualitätsindikatoren, die signifikant vom Gesamtkollektiv abweichen.
- Festlegung von Maßnahmen zur Verbesserung

**8. Prozesse und Standards:**

Überprüfung wesentlicher Prozesse und Standards.

**9. Bemerkungen und Abweichungen des letzten Zertifizierungsaudit:**

Prüfung und Dokumentation, inwieweit Verbesserungspotentiale, die im letzten Auditbericht aufgeführt wurden, in der Zwischenzeit bearbeitet wurden, bzw. umgesetzt wurden.