Erhebungsbogen für eine zertifizierte comprehensive



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

 **[ ]  überregionale (ÜR) Anzahl Betten:**

 **[ ]  regionale (R) Anzahl Betten:**

 **Anzahl nicht monitorisierte Betten (enhanced Care):**

  

**Organisatorischer Zertifizierungsablauf:**

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihrer Stroke Unit erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens LGA InterCert GmbH bearbeitet werden kann. Nach Auftragserteilung senden Sie bitte Ihren Antrag auf Zertifizierung einschließlich der zusätzlich einzureichenden Unterlagen in elektronischer Form per Mail, oder in 2-facher Ausfertigung als USB-Stick/CD an den Leitenden Auditor. Jede Einzeldatei darf nicht größer sein als 10 MB sein. Größere Dateien werden nicht akzeptiert und gelten als nicht fristgereicht eingereicht.**

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

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

Telefon: +49 (0) 170 7956896, E-Mail: martin.ossenbrink@de.tuv.com, Internet: [www.lga-intercert.com](http://www.lga-intercert.com)

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

✓ **Auf Grundlage des Angebotes LGA InterCert GmbH zur Durchführung der Zertifizierung schriftlich beauftragen. Beiliegendes Formblatt nutzen. Bitte auch Wunschzeitraum benennen.**

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

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

✓ **Auftraggeber sendet die in diesem Antrag auf Seite 2 geforderten Unterlagen an den Leitenden Auditor.**

✓ **Unterlagenprüfung durch den Leitenden Auditor.**

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

✓ **Durchführung des Audits vor Ort.**

✓ **Berichterstellung durch den Leitenden und med. Fachauditor.**

✓ **Prüfung des Auditberichtes und des Verfahrens durch den Zertifizierungsausschuss (ZAS). Der ZAS ist berechtigt auch im Nachgang an das Audit Nichtkonformitäten auszusprechen.**

✓ **Freigabe des Auditberichtes/Zertifikates durch den Zertifizierungsausschuss.**

✓ **Übersendung des Auditberichtes und ggf. (nach Behebung aller Abweichungen) des Zertifikates durch die LGA InterCert GmbH**

 **an die Einrichtung.**

**Fristenregelung:**

**I. 6 Monate vor Zertifizierungs(wunsch)termin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Anforderung, bzw. erhalt eines entsprechenden Angebotes.**

**II. 5 Monate vor Zertifizierungstermin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Beauftragung an die LGA InterCert GmbH schicken.**

**III. 8 Wochen vor Audittermin: Unterlagen gemäß Seite 2 des Antrags an den benannten Leitenden Auditor schicken.**

**Im Falle einer Re-Zertifizierung: Sollte die Re-Zertifizierung nicht spätestens nach Ablauf von 3 Monaten nach Zertifikatslaufzeit durchgeführt worden sein, wird eine Zusatzgebühr in Höhe von 500 € für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand seitens der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft, der Stiftung Deutsche Schlaganfall Hilfe und der LGA InterCert GmbH insgesamt erhoben. Darüber hinaus gilt die Stroke Unit nicht mehr als re-, sondern als erstzertifiziert.**

**1. Klinik**

a) Regionale Stroke Unit: [ ]

b) überregionale Stroke Unit: [ ]

c) Datum der Zertifizierung:

|  |
| --- |
| *Eine aktuell gültige Zertifizierung durch die DSG/SDSH als regionale/überregionale Stroke Unit ist Grundvoraussetzung für das Zusatz-Zertifikat „Comprehensive Stroke Unit“. Eine Zertifizierung als Comprehensive Stroke Unit ist nur möglich, wenn Monitoring-Betten und nicht monitorisierte sog. Enhanced Care-Betten in derselben räumlichen Einheit zusammengeführt sind.* |

Kommentar:

**2. Anzahl der monitorisierten und nicht-monitorisierten Betten**

a) monitorisierte Betten (MB):

b) nicht-monitorisierte Betten (NMB, Enhanced Care-Betten):

c) Eine räumliche Einheit ist gewährleistet (MB + NMB)? [ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| *Quote von Monitorbetten (MB) und Nicht-Monitorbetten (NMB): 1:1 bis 1:2 (Min.-Max.)* |

Kommentar:

**3. Ärztliche Versorgung**

a) zusätzlicher ärztlicher Stellenschlüssel:

|  |
| --- |
| *Bei ≥ 16 Betten der gesamten Einheit (SU + cSU) mindestens 0,5 VK Arzt zusätzlich in der Regeldienstzeit (bei höheren Bettenzahlen entsprechende Anpassung des Personalschlüssels erforderlich).* |

b) Finden am Wochenende und Feiertagen regelhaft ärztliche Visiten statt? [ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| *Das ärztliche Personal der MB und NMB sollte identisch sein. Zuständigkeit derselben Ober-/ Fachärzte -und Assistenzärzte. Sofern für sehr großen Einheiten mehrere Ärzte in derselben Schicht eingesetzt werden, muss eine klare Teambildung erkennbar sein.**Am Wochenende und an Feiertagen sollte eine fachärztliche Visite erfolgen.* |

Kommentar:

**4. Pflegerische Versorgung**

a) Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, die der cSU (NMB) zugeordnet sind:

b) Anzahl der examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekräfte mit Zusatzqualifikation Weiterbildung) in

der speziellen DSG-SU-Pflege:

|  |
| --- |
| *Erforderliche VK-Quote für Comprehensive Stroke Unit: 0,4 VK/NMB.*  *Gemeinsamer Pflegepool (mit eigenem Dienstplan) für gesamte cSU (MB + NMB), mindestens 2/3 der Pflegekräfte muss kontinuierlich im MB-Bereich eingesetzt werden. Feste Teambildung obligat.* *Mindestens 1 Pflegekraft des cSU-Team sollte, zusätzlich zum pflegerischen Kernteam der SU (MB), das Zertifikat des Stroke Unit- Pflegekurses der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft besitzen.* *Nachweise sind beim Audit vorzulegen.* |

Kommentar:

**05. Therapeutische Versorgung**

a) Therapeutenteam für die gesamte Stationseinheit zuständig (MB + NMB)? [ ]  ja [ ]  nein

b) Tägliche Therapien bei bestehender Indikation werden realisiert? [ ]  ja [ ]  nein

c) Verfügbarkeit der Therapeuten an 7 Tagen/Woche gewährleistet? [ ]  ja [ ]  nein

d) Anzahl zusätzlicher Therapeuten für die cSU:

1. Physiotherapie:

- Durchschnittlicher täglicher Einsatz in Zeitstunden auf der cSU:       Stunden

- Regelhafter Einsatz am Samstag? [ ]  ja [ ]  nein

- Regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag? [ ]  ja [ ]  nein

- wenn nein, Beschreibung des Ersatzkonzeptes: [ ]  entfällt

2. Logopädie:

- Durchschnittlicher täglicher Einsatz in Zeitstunden auf der cSU:       Stunden

- Regelhafter Einsatz am Samstag? [ ]  ja [ ]  nein

- Regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag? [ ]  ja [ ]  nein

- wenn nein, Beschreibung des Ersatzkonzeptes: [ ]  entfällt

3. Ergotherapie:

- Durchschnittlicher täglicher Einsatz in Zeitstunden auf der cSU:       Stunden

- Regelhafter Einsatz am Samstag? [ ]  ja [ ]  nein

- Regelhafter Einsatz am Sonntag/Feiertag? [ ]  ja [ ]  nein

- wenn nein, Beschreibung des Ersatzkonzeptes: [ ]  entfällt

4. Sozialdienst

- Durchschnittlicher täglicher Einsatz in Zeitstunden für cSU:       Stunden

5. Neuropsychologie im SU-Team fest integriert? [ ]  ja [ ]  nein

- Durchschnittlicher täglicher Einsatz in Zeitstunden für cSU:       Stunden

|  |
| --- |
| *Das Behandlungsteam der Monitoring- und Enhanced Care-Phase muss identisch sein (Therapie aus einer Hand-Prinzip).* *Bei bestehender Indikation mind. 1 x tägliche Therapie unter Einschluss von Wochenenden und Feiertagen durch das therapeutische Team erforderlich.**Nachweise sind beim Audit vorzulegen.*  |

Kommentar:

**6. Zielkriterien**

a) Sind im ärztlichen und pflegerischen Manual die Verfahrensabläufe der cSU beschrieben? [ ]  ja [ ]  nein

b) Werden die individuellen Behandlungserfolge und -ziele am Ende der Monitoringphase definiert und

schriftlich dokumentiert? [ ]  ja [ ]  nein

c) Werden die Behandlungsziele regelmäßig überprüft? [ ]  ja [ ]  nein

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

Kommentar:

**7. Finden tägliche Teambesprechungen statt?** [ ]  ja [ ]  nein

|  |
| --- |
| *Die tägliche Teambesprechung (Team = ärztliches, pflegerisches und therapeutisches Personal und Sozialdienst) soll auch die enhanced-Care Patienten miteinbeziehen.* |

Kommentar:

**8. Klinische Verlaufsdokumentation**

a) Wird die NIH-Stroke Scale täglich ermittelt und dokumentiert? [ ]  ja [ ]  nein

 - Wenn ja, durch wen?

b) Werden bei Entlassung mRS und Barthel-Index erhoben und dokumentiert? [ ]  ja [ ]  nein

- Wenn ja, durch wen?

c) Werden die Befunde und die Behandlung der Therapeuten regelmäßig dokumentiert und an die

weiterbehandelnde Institution übermittelt? [ ]  ja [ ]  nein

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

Kommentar:

**9. Risikofaktoren-Management und Sekundärprävention**

a) Führen Sie Schulungen zu folgenden Themen durch?

- Blutdruckmanagement? [ ]  ja [ ]  nein

- Ernährung, Gewicht? [ ]  ja [ ]  nein

- Lebensstil? [ ]  ja [ ]  nein

- Nikotinentwöhnung? [ ]  ja [ ]  nein

- Diabetes mellitus? [ ]  ja [ ]  nein

- Sonstige:

b) Werden individuelle Zielwerte der Sekundärprävention (RR, LDL, HbA1a etc.)

festgelegt und schriftlich fixiert? [ ]  ja [ ]  nein

c) Erfolgt eine umfassende Aufklärung über Indikation, Nutzen und Risiko einer

oralen Antikoagulation? [ ]  ja [ ]  nein

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

Kommentar:

**10. Aufklärung und Beratung**

a) Verwenden Sie schriftliches Informationsmaterial? [ ]  ja [ ]  nein

- Wenn ja. welches Material liegt vor?

b) Gibt es spezielle Beratungsangebote für Angehörige? [ ]  ja [ ]  nein

- Wenn ja. welche?

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

Kommentar:

**11. Planung Nachsorge**

a) Existiert ein Nachsorgekonzept? [ ]  ja [ ]  nein

- Wenn ja, bitte beschreiben:

Kommentar: