

Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg

Stand der Konzeption: **Februar 2017**
Stand der Übersichtskarte: **August 2017**

Inhaltsverzeichnis

Seite

Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg

1. Schlaganfallversorgung des Landes	3
1.1 Planungsziel	3
1.2 Planungskonzept	3
1.3 Versorgungsaufgaben der Schlaganfalleinheiten	4
1.4 Telemedizin	6
2. Ausstattungs- und Leistungsmerkmale der Schlaganfalleinheiten	7
2.1 Organisatorische Anforderungen an alle Schlaganfalleinheiten	7
2.2 Leistungsmerkmale aller Schlaganfalleinheiten	7
2.3 Erläuterungen zu den Mindestanforderungen der Ausstattung in Schlaganfalleinheiten	8
2.4 Tabelle der Mindestanforderungen der Ausstattung an Schlaganfalleinheiten	10
3. Standorte der Schlaganfalleinheiten	15
3.1 Schlaganfallzentren (Stroke Units)	15
3.2 Regionale Schlaganfallschwerpunkte	15
3.3 Lokale Schlaganfallstationen	15
3.4 Krankenhausplanerische Ausweisung	15
3.5 Karte der Schlaganfalleinheiten in Baden-Württemberg	16
4. Qualitätssicherung der Schlaganfallversorgung	19
4.1 Qualitätssicherungsmaßnahmen	19
4.2 Überprüfung der Mindestanforderungen	19
5. Fortschreibung der Schlaganfallkonzeption	20
Anhang	
Literatur	21
Verfahren der Zertifizierung	22
Muster des Zertifikats	24

Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg

1. Schlaganfallversorgung des Landes

1.1 Planungsziel

Die Prognose von Schlaganfällen kann durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Mit dem Schlaganfallkonzept sollen daher folgende Ziele erreicht werden:

- Einlieferung in ein Krankenhaus mit einer Schlaganfalleinheit unmittelbar, spätestens innerhalb von 2 bis 3 Stunden nach dem Ereignis,
- im Krankenhaus eine schnelle, umfassende Diagnostik,
- systematische Überwachung der wichtigsten Vitalfunktionen,
- umgehende Therapieeinleitung inkl. strukturiertem Verlegungsmanagement innerhalb therapienotwendiger Zeitfenster, Sekundärprävention und frührehabilitative Maßnahmen,
- nach einer Verweildauer von wenigen Tagen nahtlos anschließende stationäre Weiterbehandlung oder Rehabilitation.

1.2 Planungskonzept

Die Schlaganfallversorgung wird im Rahmen eines dreistufigen Systems vorgenommen. Damit wird sichergestellt, dass alle Schlaganfallpatienten eine der Art und dem Schweregrad ihrer Erkrankung angemessene, qualitativ gleichrangige Versorgung erhalten. Daher werden in der stationären Versorgung drei Versorgungsebenen (Schlaganfalleinheiten) mit unterschiedlichen Einzugsgebieten für Schlaganfallpatienten geschaffen:

- **Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit)** zur Sicherstellung der Akutversorgung nach dem neuesten medizinischen Stand und zur Organisation einer lückenlosen Versorgungskette innerhalb mehrerer Planungsregionen des Landes.
- **Regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit)** zur Sicherstellung der Akutversorgung nach dem neuesten medizinischen Stand und zur Organisation einer Versorgungskette für jeweils mehrere Land- und Stadtkreise einer Planungsregion des Landes oder für große Stadt- und Landkreise ab 400.000 Einwohner.
- **Lokale Schlaganfallstation** zur Sicherstellung der Akutversorgung mit der geeigneten Diagnostik und Therapie als wohnortnahes Behandlungsangebot in jedem Land- oder Stadtkreis.
Gleichzusetzen mit der Versorgungsebene der lokalen Schlaganfallstationen ist die über die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zertifizierte, telemedizinisch vernetzte Stroke Unit (T-SU).

Zur fachlichen Darstellung siehe auch Kapitel 3.

Grundsätzlich wird in jedem Stadt- oder Landkreis nur eine Schlaganfalleinheit eingerichtet. Ausnahmen können bei regionalen Besonderheiten (z. B. schwierige topografische Situation) oder in besonders großen Stadt- und Landkreisen gebildet werden. Regionale Schlaganfallschwerpunkte (Regionale Stroke Units) übernehmen in ihrem Land- oder Stadtkreis auch die Aufgaben einer Lokalen Schlaganfallstation, Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units) übernehmen in ihrer Region die Aufgaben eines Regionalen Schlaganfallschwerpunkts und in ihrem Stadt- oder Landkreis die Aufgabe einer Lokalen Schlaganfallstation. Um organisatorisch und medizinisch sinnvolle Kooperationen zu ermöglichen und um Synergieeffekte zu nutzen, können auch zwei oder mehrere Krankenhäuser gemeinsam die Behandlungskette für Schlaganfallpatienten sicherstellen und dazu eine interne Aufgabenverteilung vornehmen.

1.3 Versorgungsaufgaben der Schlaganfalleinheiten

Die Behandlung in Schlaganfalleinheiten erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit des Überlebens, die Chance wieder in den häuslichen Rahmen zurückzukehren und den Grad der Unabhängigkeit nach akutem Schlaganfall bei gleichzeitig statistisch verkürztem, stationären Aufenthalt (Sun Y et al. 2013, Cochrane Review 2013).

Eine der auf Schlaganfalleinheiten durchgeführten Maßnahmen beim akuten Schlaganfall ist die medikamentöse intravenöse Thrombolyse (Lysetherapie), die nach aktueller Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie innerhalb des 4,5-Stunden-Fensters für ausgewählte Patienten zur Behandlung des ischämischen Schlaganfalles empfohlen wird (Ringleb PA et al. 2015). Der positive Effekt dieser Therapieform auf das Outcome ist unbestritten und es zeigt sich eine zeitabhängige Assoziation. Je früher die Therapie eingeleitet wird, desto wirksamer ist sie (Hacke W et al. 2008; Lees KR et al. 2010, Emberson J et al. 2014, Gumbinger C et al. 2014).

Die Thrombolyserate, also der Teil der Patienten, die mit einer Lysetherapie behandelt werden, hängt von dem Versorgungslevel ab (Gumbinger C et al. 2016). Dies ließ sich in der Studie auf Unterschiede in der Indikationsstellung für die intravenöse Thrombolysetherapie zurückführen. Die Analyse der Daten aus der Qualitätssicherung Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) hat für die intravenöse Thrombolyserate bei Patienten, die innerhalb von 4,5 Stunden nach akutem Schlaganfall in Baden-Württemberg in ein Krankenhaus mit einer Schlaganfalleinheit kamen, ergeben, dass durchschnittlich zwischen 23 % (Lokale Schlaganfallstationen) und 44 % (Schlaganfallzentren) der Patienten mit dieser Therapie behandelt wurden. In Krankenhäusern ohne Schlaganfalleinheit erhielten dagegen nur im Mittel 13 % dieser Patientengruppe eine Lysetherapie. Ursächlich hierfür war, dass in letzteren Patienten mit einem Alter über 80 Jahren und einem höheren Behinderungsgrad vor Schlaganfall seltener lysiert wurden. Auch wenn zu dem Zeitpunkt der Studie (2008 bis 2012) das Medikament zur Lysebehandlung

für die Altersgruppe über 80 Jahren nicht zugelassen war, empfahl die Leitlinie der Europäischen Schlaganfallorganisation zum Management von Patienten mit akutem Hirninfarkt oder TIA von 2008 die Lysebehandlungen in Einzelfällen (Heilversuch) auch in dieser Altersgruppe (Ringleb P, 2008) durchzuführen. Unterschiede in der Sterblichkeit im Krankenhaus fanden sich zwischen den verschiedenen Versorgungsstufen nicht.

Bereits aus früheren Auswertungen ist bekannt, dass das Outcome (gemessen am Grad der Unabhängigkeit) bei Anwendung der Lysetherapie umso besser ist, je früher die Behandlung nach dem Schlaganfall einsetzt (Lees KR et al. 2010). Dies konnte bei einer Auswertung der Daten aus der Qualitätssicherung Schlaganfall der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) bestätigt werden (Gumbinger C et al. 2014).

Die Schlaganfallversorgung hat daher eine zeitnahe, wohnortnahe Versorgung der Patienten in zertifizierten Schlaganfalleinheiten zum Ziel.

Die Tatsache, dass das Outcome der Patienten mit akutem Schlaganfall von der Behandlung auf einer Schlaganfalleinheit, von der Thrombolyse und von der Zeit zwischen Ereigniseintritt und Beginn der Thrombolyse abhängt, bedingt, dass alle Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall inklusive einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) ausnahmslos notfallmäßig in die nächstgelegene zertifizierte Schlaganfalleinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden müssen. Nur in begründeten Einzelfällen kann hiervon abgewichen werden.

Darüber hinaus muss jede zertifizierte Schlaganfalleinheit die Möglichkeit einer intravenösen Thrombolyse anbieten, damit die Zeit zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Lysebehandlung so kurz wie möglich gehalten wird. Dies bedeutet, dass in der jetzigen Form der Fortschreibung der Schlaganfallkonzeption die Vorhaltung der intravenösen Thrombolyse ein zwingendes Merkmal darstellt. Entsprechend wurden auch weitere Strukturqualitätsaspekte (personelle und apparative Ausstattung) an diese Vorgabe angepasst.

Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer Lokalen Schlaganfallstation nicht ausreichen, ist der Patient direkt in einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) bzw. in ein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) einzuweisen.

Die Regionalen Schlaganfallschwerpunkte (Regionale Stroke Units) unterstützen die Lokalen Schlaganfallstationen beratend und sind darauf vorbereitet, Patienten, die dort nicht adäquat versorgt werden können, umgehend zu übernehmen. In ihrem Stadt- oder Landkreis nehmen sie, ggf. in Kooperation mit weiteren Krankenhäusern, die Funktion der Lokalen Schlaganfallstation wahr.

Die Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units) unterstützen die Regionalen Schlaganfallschwerpunkte und die Lokalen Schlaganfallstationen beratend und sind darauf vorbereitet, Patienten, die dort nicht adäquat versorgt werden können, umgehend zu über-

nehmen. Dies betrifft u.a. Patienten mit einem ischämischen Infarkt und einem Verschluss der proximalen Hirnarterien, die potenziell für eine mechanische Rekanalisation in Frage kommen. Bei der mechanischen Rekanalisation wird das Gerinnsel über einen Katheter entfernt (Fiehler J und Gerloff C, 2015). Neuere Arbeiten konnten zeigen, dass Patienten, die eine leitliniengerechte, kombinierte Therapie aus intravenöser Thrombolyse und rascher mechanischer Rekanalisation der Hirngefäße erhalten, einen deutlich geringeren Behinderungsgrad aufweisen als Patienten, die ausschließlich intravenös lysiert werden (Ringleb PA et al. 2015). Die Schlaganfallzentren halten die für die Gefäßintervention erforderliche Logistik und Expertise vor. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsstufen ist notwendig, damit eine rasche Weiterverlegung dieser Patientengruppe von einer Regionalen bzw. Lokalen Schlaganfallstation in das zuständige Schlaganfallzentrum erfolgen kann.

Darüber hinaus nehmen die Schlaganfallzentren in ihrem Stadt- oder Landkreis, ggf. in Kooperation mit weiteren Krankenhäusern, die Funktion der Lokalen Schlaganfallstation bzw. des Regionalen Schlaganfallschwerpunkts wahr.

Die Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units) haben weiterhin die Funktion von Kompetenzzentren, die landesweit an der kontinuierlichen Verbesserung der Schlaganfallversorgung und an der Weiterentwicklung der Therapie arbeiten. Sie organisieren entsprechend dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft Schlaganfallstationen Baden-Württemberg Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte, Rettungssanitäter, Pflegekräfte und Laien.

Die Schlaganfalleinheiten aller drei Versorgungsebenen stellen durch enge Kooperation untereinander (einschließlich telemedizinischer Kommunikation) sicher, dass die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten optimal genutzt werden können,

- durch Vereinbarungen zur umgehenden Weiterverlegung von Patienten, für die vor Ort keine ausreichenden therapeutischen Möglichkeiten vorhanden sind,
- durch konsiliarische Unterstützung bei Diagnostik und Therapie,
- durch interne Fortbildungsmaßnahmen - entsprechend dem Konzept der Arbeitsgemeinschaft Schlaganfallstationen Baden-Württemberg -, um einen vergleichbaren medizinischen Kenntnisstand sicherzustellen; in diese Fortbildungsmaßnahmen sind auch niedergelassene Neurologen einzubeziehen, die konsiliarisch an der stationären Versorgung von Schlaganfallpatienten teilnehmen und
- durch Teilnahme an der Notfallversorgung (ggf. durch kooperative Regelungen) außerhalb der üblichen Dienstzeiten.

Insbesondere bei der Beurteilung von Gefäßverschlüssen ist mit der Frage der mechanischen Rekanalisation eine enge, verzögerungsfreie Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen unabdingbar.

1.4 Telemedizin

In den letzten Jahren entwickeln sich in Baden-Württemberg mehr und mehr telemedizinische Strukturen in der Behandlung des Schlaganfalles.

Die Telemedizin dient

- einem raschen Zugang zu einer neurologischen Beurteilung (aus der Ferne) bei der zeitkritischen Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten, insbesondere in dünn besiedelten Regionen sowie
- einer engen Zusammenarbeit aller Schlaganfalleinheiten der drei Versorgungsebenen.

Die telemedizinische Beratung beinhaltet neben der neurologischen Untersuchung über einen Video-Live-Stream auch die qualifizierte Zweitbefundung von CT- und MRT-Aufnahmen, was bei der Indikationsstellung der intravenösen Lysebehandlung bzw. bei der Frage, ob eine mechanische Thrombektomie sinnvoll ist, von Bedeutung ist.

Die Telemedizin ersetzt jedoch nicht vollständig die neurologische Vor-Ort-Kompetenz und Präsenz. Mindestens einmal täglich ist die Anwesenheit eines Neurologen/einer Neurologin auf der Schlaganfallstation sicherzustellen.

Geht es um die reine Zweitbefundung von CT- und MRT-Aufnahmen ohne neurologische Untersuchung, so steht für diese Fragestellungen das Teleradiologienetzwerk Baden-Württemberg zur Verfügung.

Die Betreiber aller Schlaganfalleinheiten in Baden-Württemberg sollten einen Anschluss an das bestehende Teleradiologienetzwerk Baden-Württemberg anstreben, um die Qualität der Schlaganfallversorgung durch das verfügbare Fachwissen der neurologischen und neuroradiologischen Kompetenzzentren weiter zu verbessern.

2. Ausstattungs- und Leistungsmerkmale der Schlaganfall-einheiten

2.1 Organisatorische Anforderungen an alle Schlaganfalleinheiten

Die Leitung der Schlaganfalleinheiten ist Fachärzten für Neurologie bzw. - wenn das Krankenhaus über keine hauptamtliche Neurologie verfügt - für Innere Medizin zu übertragen, wobei in diesem Fall der neurologische Sachverstand im Team eingebunden sein muss. Die Kooperation von Neurologen und Internisten ist für eine qualifizierte Schlaganfallbehandlung unabdingbar. Die an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten Fachkräfte - Ärzte, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten, Pflegekräfte, Mitarbeiter des Krankenhaussozialdienstes - bilden ein therapeutisches Team, das sich durch regelmäßige Schulungs- und Trainingsmaßnahmen für diese Aufgabe qualifiziert.

Erforderlich ist die räumliche Zusammenfassung aller zur Schlaganfalleinheit gehörenden Betten- und Funktionsräume.

2.2 Leistungsmerkmale aller Schlaganfalleinheiten

Alle Einheiten bieten eine standardisierte Diagnostik und standardisierte therapeutische Maßnahmen für Schlaganfallpatienten:

- schnelle Diagnostik des Schlaganfalls, um eine qualifizierte Entscheidung darüber treffen zu können, an welcher Stelle des Versorgungsnetzes der jeweilige Patient die für ihn adäquate Versorgung erhalten kann,
- umgehende Therapieeinleitung,
- Überwachung der Vitalparameter in der Akutphase,
- frühe Erkennung von Komplikationen,
- Sekundärprophylaxe,
- Frühmobilisation.

Alle Schlaganfalleinheiten

- wirken in ihrem Einzugsgebiet darauf hin, dass für Schlaganfallpatienten eine lückenlose Versorgungskette entsteht, beginnend von der notfallmäßigen präklinischen Versorgung bis zur adäquaten Rehabilitation. Für geriatrische Patienten können hierbei nach abgeschlossener Behandlung auf der Schlaganfallstation die in Baden-Württemberg flächendeckend vorhandenen geriatrischen Einrichtungen (geriatrische Schwerpunkte, geriatrische Zentren und geriatrische Rehabilitation) genutzt werden;

- wirken darüber hinaus kontinuierlich an der Informations- und Aufklärungsarbeit über den Schlaganfall mit, um den Informationsstand und das Problembewusstsein in der Bevölkerung zu fördern;
- wirken an der Fortbildung der an der präklinischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen mit.

2.3 Erläuterungen zu den Mindestanforderungen der Ausstattung in Schlaganfalleinheiten

Für die Versorgung von Schlaganfallpatienten müssen Schlaganfalleinheiten Mindestanforderungen an notwendiger KH-Struktur, apparativer und personeller Ausstattung und in der Prozessqualität erfüllen. Diese sind in der nachfolgenden Tabelle festgehalten.

Zur Einrichtung einer Schlaganfalleinheit der untersten Stufe (Lokale Schlaganfallstation) müssen an dem Krankenhaus eine internistische Fachabteilung inklusive kardiologischer Expertise oder eine neurologische Fachabteilung vorhanden sein. Soweit in einem Stadt- oder Landkreis kein Krankenhaus mit einer neurologischen Fachabteilung existiert, ergeben sich durch die Notwendigkeit der Vorhaltung der intravenösen Thrombolyse an Lokalen Schlaganfallstationen folgende strukturelle Vorgaben:

In Anlehnung an die Definition des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-98b (Version 2016 des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information) für die „Andere Neurologische Komplexbehandlung des Schlaganfalls“ muss in der Klinik, in der sich die Lokale Schlaganfallstation befindet, eine kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen erfolgen. Dies wird durch die Einbindung eines Facharztes/einer Fachärztin für Neurologie im Team und dessen/deren umgehende Verfügbarkeit am Krankenbett erreicht. Das bedeutet, dass jeder akute Schlaganfallpatient umgehend von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie untersucht werden muss. Alternativ hierzu kann diese Untersuchung umgehend telemedizinisch von einem Facharzt/einer Fachärztin für Neurologie oder einem Arzt/einer Ärztin mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit) durchgeführt werden. Darüber hinaus nimmt der Facharzt/die Fachärztin für Neurologie an den täglichen Visiten teil.

Alternativ ist bei telemedizinisch vernetzten Stroke Units (T-SU) im Sinne des Tele-Neurologie Systems der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) eine neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise in der Regeldienstzeit über Präsenz- o. Rufbereitschaftsdienst ausreichend. Außerhalb der Regeldienstzeit muss jedoch ein fachärztlich neurologischer Konsiliardienst jederzeit über die Telemedizin verfügbar sein.

Darüber hinaus ist mindestens einmal pro Werktag die Präsenz eines Neurologen/einer Neurologin auf der Stroke Unit vertraglich sicherzustellen.

Da durch die mechanische Thrombektomie ein neues, leitliniengerechtes Behandlungsverfahren beim proximalen Verschluss der hirnversorgenden Gefäße mittlerweile existiert (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie - DGN - in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie - DGNR - und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft - DSG - 2015), muss jede aufnehmende Schlaganfallstation in der Lage sein, einen intrakraniellen Gefäßverschluss sicher und rasch zu diagnostizieren. Aus diesem Grund ist die kontinuierliche intrahospitale Verfügbarkeit der CT-Untersuchung (o. MRT-Untersuchung) inklusive CT-Angiographie (o. MR-Angiographie) an 365 Tagen/24h vorauszusetzen. Auch ist eine entsprechende fachliche Expertise bei der Interpretation der Bildgebung/Gefäßdiagnostik ggf. über eine Kooperation erforderlich. Alternativ kann der Verschluss bei entsprechender Qualifikation des Untersuchers durch ein geeignetes Ultraschallverfahren nachgewiesen werden.

Sofern ein Krankenhaus eine neurologische Fachabteilung, aber keine internistische Fachabteilung hat, muss für die Einrichtung einer Lokalen Schlaganfalleinheit die internistische Fachkompetenz (inklusive kardiologischer Expertise) in der Regeldienstzeit und außerhalb der Regeldienstzeit mittels Rufdienst kontinuierlich verfügbar sein.

Für neurochirurgische und gefäßchirurgische Fragestellungen ist an den Lokalen Schlaganfallstationen und an den Regionalen Schlaganfallschwerpunkten (Regionale Stroke Units) die medizinische Kompetenz mindestens durch Kooperationsvereinbarungen mit entsprechenden Abteilungen/Kliniken in räumlicher Nähe zu gewährleisten und nachzuweisen.

Alle Krankenhäuser mit einer Schlaganfalleinheit müssen 24 Stunden eine allgemeine Notfallversorgung sicherstellen können und jederzeit in der Lage sein, kompetente CT-Untersuchungen innerhalb von 30 Minuten ausführen zu können.

Eine Abmeldung der Schlaganfalleinheit bei der Rettungsleitstelle soll nur in Ausnahmefällen möglich sein und muss durch prädefinierte regionale Ausfallkonzepte aufgefangen werden.

2.4 Tabelle der Mindestanforderungen der Ausstattung an Schlaganfallseinheiten

		Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Lokale Schlaganfallstation (o. telemedizinisch vernetzte Stroke Unit entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*)
Anforderung Krankenhausstruktur	Notfallversorgung	Notfallversorgung muss 24h verfügbar sein	Notfallversorgung muss 24h verfügbar sein	Notfallversorgung muss 24h verfügbar sein
	Neurologische Abteilung/Klinik	Eigenständige neurologische Abteilung/Klinik	Neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise in der Regeldienstzeit und Rufbereitschaft außerhalb der Regeldienstzeit erforderlich, d.h. mindestens 2 neurologische Fachärzte/Fachärztinnen müssen in der Klinik, in der sich die Stroke Unit befindet, ganztägig angestellt sein und bei Akutpatienten 24h an 7 Tagen der Woche zeitnah hinzugezogen werden	wenn keine neurologische Abteilung vorhanden ist (siehe Erläuterungen 2.1), muss eine kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverständigen erfolgen (siehe Erläuterungen 2.3): Einbindung eines Facharztes/einer Fachärztin (FA/FÄ) für Neurologie im Team und dessen/deren umgehende Verfügbarkeit am Krankenbett. Jeder akute Schlaganfallpatient muss umgehend von einem FA bzw. einer FÄ für Neurologie untersucht werden (alternativ Telekonsil). Darüber hinaus nimmt der FA bzw. die FÄ für Neurologie an den täglichen Visiten teil. Alternativ zur Lokalen Schlaganfallstation: telemedizinisch vernetzte Stroke Unit (T-SU) nach DSG-Kriterien*

		Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Lokale Schlaganfallstation (o. telemedizinisch vernetzte Stroke Unit entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*)
Anforderung Krankenhausstruktur	Internistische Abteilung (inklusive kardiologischer Expertise)	Vorhandensein einer Internistischen Abteilung mit kardiologischer Expertise; eine internistische Praxis/Honorarärzte allein sind nicht ausreichend	Internistische Kompetenz mit kardiologischer Expertise in der Regeldienstzeit und außerhalb der Regeldienstzeit mittels Rufdienst kontinuierlich verfügbar	Internistische Kompetenz mit kardiologischer Expertise in der Regeldienstzeit und außerhalb der Regeldienstzeit mittels Rufdienst kontinuierlich verfügbar
	Neurochirurgische Abteilung	im Haus oder in kurzer Entfernung (max. ½ Stunde Transportzeit)	soweit im Haus nicht vorhanden, Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe	soweit im Haus nicht vorhanden, Sicherstellung durch verbindliche Kooperationsvereinbarung erforderlich (in räumlicher Nähe)
	Radiologie/Neuroradiologie	Radiologie mit neuroradiologischer, diagnostischer und interventioneller Kompetenz 24 h verfügbar	Radiologie mit ständiger Verfügbarkeit neuroradiologischer, diagnostischer Kompetenz im Regel- und Rufdienst rasche Verfügbarkeit interventioneller Kompetenz, geregelt durch einen Kooperationsvertrag	Radiologie 24 h verfügbar neuroradiologische, diagnostische Kompetenz über teleradiologische Befundung innerhalb und außerhalb der Regeldienstzeit ist grundsätzlich akzeptabel rasche Verfügbarkeit interventioneller Kompetenz, geregelt durch einen Kooperationsvertrag
	Gefäßchirurgie	soweit im Haus nicht vorhanden, Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe	soweit im Haus nicht vorhanden, Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe	soweit im Haus nicht vorhanden, Verfügbarkeit mittels Kooperationsvereinbarung in räumlicher Nähe
	Intensivstation (365 Tagen/24h)	X	X	X
	Telemedizinische Einrichtung	Anschluss am Teleradiologienetzwerk Baden-Württemberg	Vernetzung mit einem Schlaganfallzentrum (überregionale Stroke Unit) erforderlich	Vernetzung mit einem Schlaganfallschwerpunkt (regionale Stroke Unit) oder einem Schlaganfallzentrum (überregionale Stroke Unit) erforderlich

		Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Lokale Schlaganfallstation (o. telemedizinisch vernetzte Stroke Unit entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*)
	Mindestzahl Überwachungsbetten (Mindestzahl Patienten/Jahr) auf der Schlaganfalleinheit	mind. 6 (500)	mind. 4 (250)	mind. 4 (250)
Apparative Ausstattung	Computertomograph (CT)	Kontinuierliche intrahospitale Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche intrahospitale Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche intrahospitale Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h
	CT-Angiographie	im Haus mit kontinuierlicher Verfügbarkeit	im Haus mit kontinuierlicher Verfügbarkeit	im Haus mit kontinuierlicher Verfügbarkeit
	Magnetresonanz (MR) Tomographie und MR-Angiographie	Am Standort mit kontinuierlicher Verfügbarkeit	Zugriff im Regeldienst	---
	Zerebrale Katheterangiographie,	kontinuierliche invasiv-diagnostische und interventionelle Zugriffsmöglichkeit für den Bedarfsfall am Standort	---	---
	Neurosonologisches Labor (Doppler-, Duplex- und transkranielle Dopplersonographie)	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Doppler- und Duplexsonographie: Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h
	EKG	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h
	Transthorakale Echokardiographie	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h
	Transösophageale Echokardiographie	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen, bei Notfällen innerhalb von <24 Stunden	Verfügbarkeit im Regeldienst	Verfügbarkeit im Regeldienst
	Notfall-Labor	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h Laborwerte müssen unter <60 min vorliegen	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h Laborwerte müssen unter <60 min vorliegen	Kontinuierliche Verfügbarkeit an 365 Tagen/24h Laborwerte müssen unter <60 min vorliegen

		Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Regionaler Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*	Lokale Schlaganfallstation (o. telemedizinisch vernetzte Stroke Unit entsprechend den Zertifizierungskriterien der DSG*)	
	Monitoring	EKG-Monitoring	X	X	X
		Kontinuierliche Blutdrucküberwachung	X	X	X
		Überwachung der Körpertemperatur	X	X	X
		Atmungs- und Herzfrequenzkontrolle	X	X	X
		Pulsoxymetrie	X	X	X
	EEG-/EP-Monitoring	Möglichkeit zum Monitoring gewünscht	----	----	
Optionen	Möglichkeiten zur systemischen und/oder lokalen Thrombolysetherapie	X	X	X	
	Teilnahme an wissenschaftlichen Projekten	Gewünscht , nicht obligat	----	----	
Personelle Ausstattung	Facharzt/Fachärztin für Neurologie	Eigenständige neurologische Abteilung/Klinik	Neurologische Kompetenz mit Schlaganfallexpertise in der Regeldienstzeit und Rufbereitschaft außerhalb der Regeldienstzeit erforderlich, d.h. mindestens 2 neurologische Fachärzte/Fachärztinnen müssen in der Klinik, in der sich die Stroke Unit befindet, ganztägig angestellt sein und bei Akutpatienten 24h an 7 Tagen der Woche zeitnah hinzugezogen werden	Einbindung eines Facharztes/einer Fachärztin (FA/FÄ) für Neurologie im Team und dessen umgehende Verfügbarkeit am Krankenbett. Jeder akute Schlaganfallpatient muss umgehend von einem FA bzw. einer FÄ für Neurologie untersucht werden (alternativ Telekonsil). Darüber hinaus nimmt der FA bzw. die FÄ für Neurologie an den täglichen Visiten teil alternativ telemedizinisch vernetzte Stroke Unit (T-SU)	
	FA/FÄ für Radiologie	24 h verfügbar	24 h verfügbar	24 h verfügbar	
	Krankenschwester/-pfleger	2 Vollkräfte Pflege/Bett erforderlich Degression ab >8 Betten	1,5 Vollkräfte Pflege/Bett erforderlich Degression ab >8 Betten	1,5 Vollkräfte Pflege/Bett erforderlich Degression ab >8 Betten	

	Krankengymnast/-in	ausreichende Stellenzahl	ausreichende Stellenzahl	ausreichende Stellenzahl	
	Logopäde/- in				
	Ergotherapeut/-in				
	Sozialarbeiter/-in				
	Sekretariat				
Prozessqualität	standardisierte Diagnostik und Akuttherapie nach dem aktuellen Stand der medizinischen Kenntnis	X	X	X	
	Thrombolyse (Mindestzahl an Patienten pro Jahr)	40/Jahr innerhalb des zugelassenen Zeitfensters	25/Jahr innerhalb des zugelassenen Zeitfensters	25/Jahr innerhalb des zugelassenen Zeitfensters	
	CT-Aufnahme und Befundung innerhalb von 30 Minuten nach der Einlieferung verfügbar	X	X	X	
	Beginn der Diagnostik und Ersttherapie auf der Schlaganfallereinheit nach dem Akutereignis	X	X	X	
	sichergestellte Verweildauer in den Schlaganfallereinheiten	durchschnittlich 3-5 Tage	durchschnittlich 3-5 Tage	durchschnittlich 3-5 Tage	
	Organisation der Weiterbehandlung auf einer neurologischen oder internistischen Station	X	X	X	
	Weiterleitung in die (ambulante/stationäre) Rehabilitation wird gewährleistet (z. B. verbindliche Übernahmevereinbarung)	X	X	X	
	Mitwirkung an Qualitätssicherungsmaßnahmen (intern u. extern)	X	X	X	
	Fortbildung	- eigenes Team	X	X	X
		- Rettungsdienst	X	X	X
- niedergelassene Ärzte		X	X	X	
Prävention und Information: Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Schlaganfall	X	X	X		

X erforderlich;--- nicht erforderlich; **EEG** Elektroenzephalographie, **EKG** Elektrokardiographie, **EP** evozierte Potentiale, **FA** Facharzt, **FÄ** Fachärztin

* aktualisierte Zertifizierungskriterien für Stroke Units in Deutschland (Nabavi DG et al. 2015)

Für die Anforderungen an die Prozess- und Strukturqualität der regionalen und überregionalen Schlaganfallereinheiten gelten die aktualisierten Zertifizierungskriterien für Stroke Units in Deutschland (Nabavi DG et al. 2015). Mit Ausnahme der in den Tabellen aufgeführten expliziten Unterscheidungsmerkmale muss auch die lokale Schlaganfallstation den weiteren strukturellen und prozessualen Zertifizierungskriterien für eine regionale Stroke Unit entsprechen.

3. Standorte der Schlaganfalleinheiten

3.1 Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units)

Es wurden Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units) landesweit eingerichtet. (Siehe Kapitel 3.5, Karte der Schlaganfalleinheiten sowie die laufend aktualisierte Übersicht auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration).

Für ein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) werden mindestens 6 Monitorbetten vorgehalten.

3.2 Regionale Schlaganfallschwerpunkte (Regionale Stroke Units)

Darüber hinaus wurden Regionale Schlaganfallschwerpunkte (Regionale Stroke Units) an den Standorten der Zentral- oder Regelversorgung in jeder Planungsregion des Landes ausgewiesen, sofern innerhalb einer Planungsregion kein Schlaganfallzentrum (Überregionale Stroke Unit) die Versorgung sicherstellt. (Siehe Kapitel 3.5, Karte der Schlaganfalleinheiten sowie die laufend aktualisierte Übersicht auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration).

Die Standorte sind im Einvernehmen mit dem Landeskrankenhauseusschuss festgelegt worden und bilden mit den Schlaganfallzentren eine Versorgungskette für die Planungsregionen des Landes.

Für einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (Regionale Stroke Unit) werden mindestens 4 Monitorbetten vorgehalten.

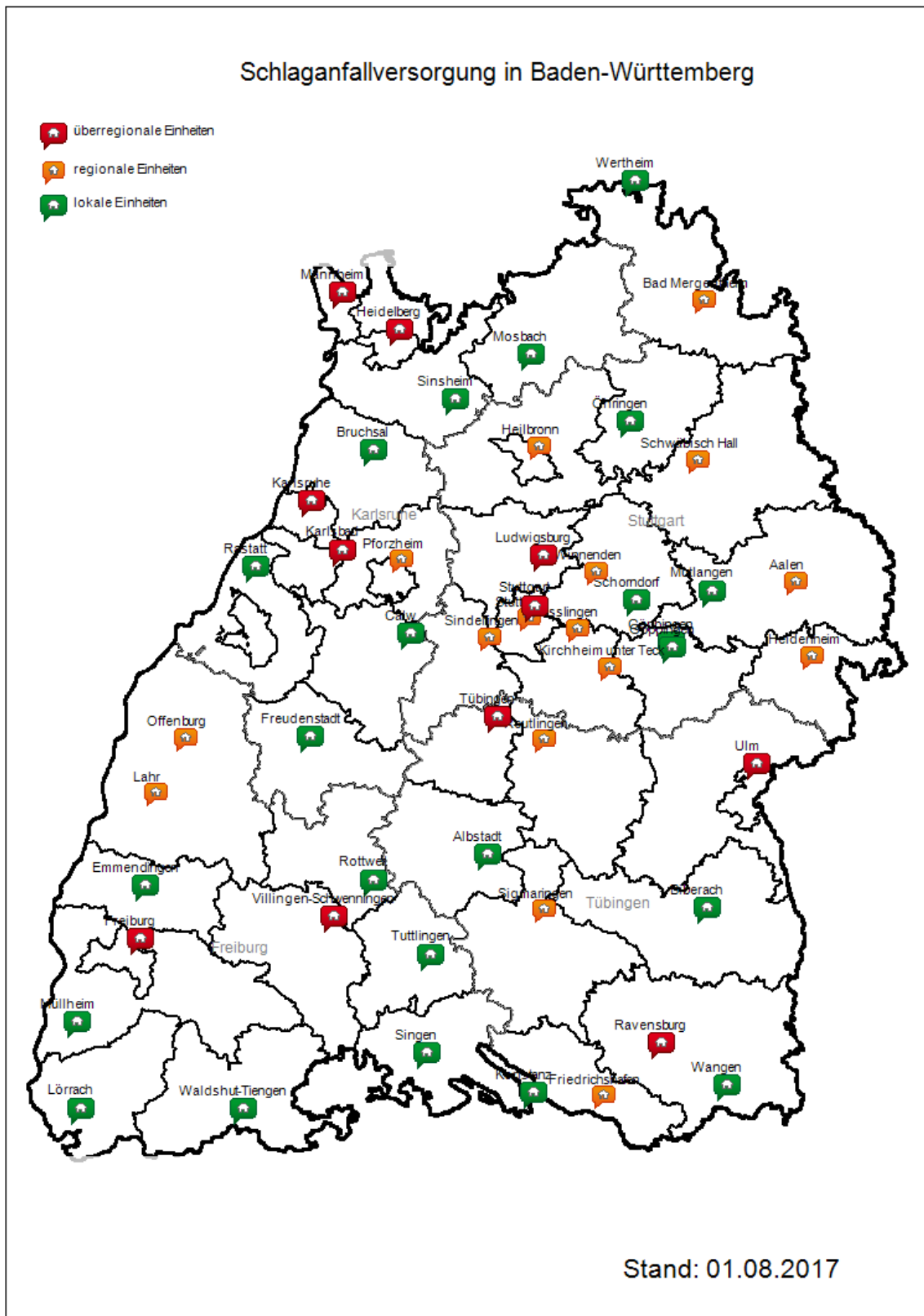
3.3 Lokale Schlaganfallstationen

Ebenfalls sind zahlreiche Lokale Schlaganfallstationen mit dem Ziel der flächendeckenden Akutversorgung von Schlaganfallpatienten geschaffen worden. (Siehe Kapitel 3.5, Karte der Schlaganfalleinheiten sowie die laufend aktualisierte Übersicht auf der Homepage des Ministeriums für Soziales und Integration). Für eine Lokale Schlaganfallstation werden in der Regel mindestens 4 Monitorbetten vorgehalten.

3.4 Krankenhausplanerische Ausweisung

Die Schlaganfalleinheiten werden auf Antrag entsprechend ihrer Versorgungsstufe im Krankenhausplan beim jeweiligen Krankenhaus ausgewiesen. Mit der krankhausplanerischen Ausweisung ist die Feststellung der Bedarfsgerechtigkeit verbunden. Eine krankhausplanerische Einstufung einer Schlaganfalleinheit in einer anderen Versorgungsstufe kann auf Antrag erfolgen. Dem Antrag ist ein Gutachten, das die Erfüllung der Mindestanforderungen bestätigt, beizufügen.

3.5 Karte der Schlaganfallereinheiten in Baden-Württemberg



Standorte Überregionale Schlaganfalleinheiten

Ort	Krankenhaus	Straße
Freiburg im Breisgau	Universitätsklinikum Freiburg	Hugstetter Straße 49
Heidelberg	Universitätsklinikum Heidelberg	Voßstraße 2
Karlsbad	Klinikum Karlsbad- Langensteinbach gGmbH	Guttmanstraße 1
Karlsruhe	Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH	Moltkestraße 15
Ludwigsburg	Klinikum Ludwigsburg	Posilipostraße 2
Mannheim	Mannheimer Universitätsklinikum	Theodor-Kutzer-Ufer 1
Ravensburg	Krankenhaus St.Elisabeth/St.Nikolaus	Elisabethenstraße 15
Stuttgart	Klinikum Stuttgart	Kriegsbergstraße 60
Tübingen	Universitätsklinikum Tübingen (UKT)	Geissweg 3
Ulm	Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm	Oberer Eselsberg 45
Villingen-Schwenningen	Schwarzwald-Baar-Klinikum	Klinikstraße 25

Standorte Regionale Schlaganfalleinheiten

Ort	Krankenhaus	Straße
Aalen	Ostalb-Klinikum Aalen	Im Kälblesrain
Bad Mergentheim	Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim gGmbH	Uhlandstraße 7
Esslingen am Neckar	Klinikum Esslingen	Hirschlandstraße 97
Friedrichshafen	Klinikum Friedrichshafen	Röntgenstraße 2
Heidenheim	Klinikum Heidenheim	Schloßhausstraße
Heilbronn	SLK-Kliniken - Klinikum am Gesundbrunnen	Am Gesundbrunnen 22
Kirchheim	Medius Kliniken Kirchheim-Nürtingen	Eugenstraße 3
Lahr/Schwarzwald	Ortenau Klinikum Lahr-Ettenheim	Klosterstraße 19
Offenburg	Ortenau Klinikum Offenburg-Gengenbach	Weingartenstraße 70
Pforzheim	HELIOS Klinikum Pforzheim	Kanzlerstraße 4
Reutlingen	Klinikum am Steinenberg/Ermstaklinik	Steinenbergstraße 31
Schwäbisch Hall	Diakonie-Klinikum Schwäbisch Hall	Diakoniestraße 10
Sigmaringen	SRH Kliniken Landkreis Sigmaringen Klinikverbund Sigmaringen/Pfullendorf/Saulgau	Hohenzollernstraße 40
Sindelfingen	Klinikum Sindelfingen-Böblingen	Arthur-Gruber-Straße 70
Stuttgart	Marienhospital	Böheimstraße 37
Winnenden	Rems-Murr-Klinikum Winnenden	Am Jakobsweg

Standorte Lokale Schlaganfalleinheiten

Ort	Krankenhaus	Straße
Biberach an der Riß	Sana-Kliniken Landkreis Biberach	Ziegelhausstraße 50
Bruchsal	Kliniken LK Karlsruhe, Bruchsal und Bretten	Gutleutstraße 7
Calw	Kreisklinikum Calw-Nagold	Eduard-Conz-Straße 6-9
Emmendingen	Kreiskrankenhaus Emmendingen	Gartenstraße 44
Freudenstadt	Krankenhaus Freudenstadt	Karl-von-Hahn-Straße 120
Göppingen	Klinikum Christophsbad	Faurndauer Straße 16
Göppingen	Alb-Fils Kliniken	Eichertstraße 3
Konstanz	Klinikum Konstanz	Luisenstraße 7
Lörrach	Klinikverbund Lörrach/Rheinfelden/Schopfheim	Spitalstraße 25
Mosbach	Neckar-Odenwald-Kliniken, Standort Mosbach	Knopfweg 1
Müllheim	HELIOS Klinik Müllheim	Heliosweg
Mutlangen	Stauferklinikum Schwäbisch Gmünd	Wetzgauer Straße 85
Öhringen	Krankenhaus Öhringen	Kastellstraße 5

Rastatt	Klinikum Mittelbaden Rastatt-Forbach	Engelstraße 39
Rottweil	Vinzenz von Paul Hospital gGmbH	Schwenninger Straße 55
Schorndorf	Rems-Murr-Klinik Schorndorf	Schlichtener Straße 101
Singen	Hegau-Bodensee-Klinikum Singen	Virchowstraße 10
Sinsheim	Kreis Krankenhaus Sinsheim	Alte Waibstadter Straße 2
Tuttlingen	Klinikum Landkreis Tuttlingen	Schlößleweg 10
Wangen im Allgäu	Klinikum Westallgäu	Am Engelberg 29
Wertheim	Rotkreuzklinik Wertheim	Rotkreuzstraße 2
Waldshut	Krankenhaus Waldshut	Kaiserstraße 95

4. Qualitätssicherung der Schlaganfallversorgung

4.1 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Alle Schlaganfalleinheiten sind verpflichtet, an Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 136 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 i.V.m. § 136 SGB V teilzunehmen. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen umfassen die Erstellung von vergleichbaren Auswertungen der Prozess- und Ergebnisqualität in der Schlaganfallversorgung.

Die Aufgabe wird von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) in Baden-Württemberg wahrgenommen. Die Ergebnisse werden in jährlichen Berichten veröffentlicht.

4.2 Überprüfung der Mindestanforderungen

Die einzuhaltenden Mindestanforderungen nach Kapitel 2 werden im Rahmen einer Zertifizierung überprüft. Die ausgewiesenen Schlaganfalleinheiten sollen spätestens drei Jahre nach der Ausweisung und danach alle weiteren drei Jahre an der Zertifizierung teilnehmen.

Die Leistungsfähigkeit einer Schlaganfalleinheit ist nicht mehr gegeben, sofern der Betreiber

- nach mehrmaliger Aufforderung innerhalb eines halben Jahres keinen Antrag auf Zertifizierung bzw. auf erneute Zertifizierung gestellt hat,
- der Zertifizierungsgesellschaft nach Antragstellung den Zutritt nicht zeitnah ermöglicht oder
- nicht in der Lage ist, schwerwiegende Mängel innerhalb einer gestellten Frist abzuschaffen.

Nach § 7 Abs. 1 i. V. mit den Absätzen 3 und 4 des Landeskrankenhausgesetzes (LKHG) kann dann die Ausweisung dieser Schlaganfalleinheit im Landeskrankenhausplan von der Krankenhaus-Planungsbehörde zurückgenommen oder eine Abstufung vorgenommen werden.

5. Fortschreibung der Schlaganfallkonzeption

Die Schlaganfallkonzeption wird in angemessenen zeitlichen Abständen geprüft und in Abhängigkeit vom allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis angepasst.

Zertifikate für eine lokale Schlaganfallstation, die vor dem Inkrafttreten der Fortschreibung der Schlaganfallkonzeption ausgestellt wurden, behalten ihre Gültigkeit bis zum Auslaufen des Zertifikates. Kann eine bereits krankenhauplanerisch ausgewiesene lokale Schlaganfalleinheit die Anforderungen der neuen Fachplanung bei der ersten anstehenden Rezertifizierung nicht erfüllen und begründet darstellen, dass die Anforderungen (z.B. durch die Anschaffung entsprechender Geräte) zukünftig durch Nachbesserungen erfüllt werden, so ist einmalig eine Übergangsfrist von zehn Monaten ab Inkrafttreten der neuen Schlaganfallkonzeption zu gewähren.

Anhang

Literatur:

Emberson J et al.: Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials. *Lancet* 2014; 384:1929.

Fiehler J und Gerloff C: Mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall, *DÄB* 2015; 112:830

Gumbinger C et al.: Restriction of therapy mainly explains lower thrombolysis rates in reduced stroke service levels. *Neurology* 2016; 86:1.

Gumbinger C et al.: Time to treatment with recombinant tissue plasminogen activator and outcome of stroke in clinical practice: retrospective analysis of hospital quality assurance data with comparison with results from randomized clinical trials. *BMJ* 2014;348:3429.

Hacke W et al.: Thrombolysis with alteplase 3 to 4,5 hours after acute ischemic stroke. *N Engl J Med* 2008; 359:1317.

Lees KR et al.: Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet* 2010; 375:1695.

Nabavi DG et al.: Aktualisierte Zertifizierungskriterien für regionale und überregionale Stroke Units in Deutschland. *Nervenarzt* 2015; 86:978.

Ringleb PA et al.: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls, Ergänzung 2015 - Rekanalisierende Therapie. S2K-Leitlinie für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DGS). Online: www.dgn.org, www.awmf.org, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/030-140.html>. Erschienen in: *Akt Neurol* 2016; 43: 82–91. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-101225>.

Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 9. Art. No.: CD000197. DOI: 10.1002/14651858.CD000197.pub3.

Sun Y et al.: A systematic review and meta-analysis of acute stroke unit care: What's beyond the statistical significance? *BMC Med Res Methodol* 2013; 13:132.

Verfahren der Zertifizierung

Der Antrag auf erstmalige Zertifizierung wird durch den Krankenhausträger bei der Zertifizierungsgesellschaft gestellt. Im Fall der Rezertifizierung muss dies ein halbes Jahr vor Ablauf des Zertifikats geschehen.

Als Standardherausgeber werden für

- die Schlaganfallzentren (Überregionale Stroke Units), die Regionalen Schlaganfallschwerpunkte (Regionale Stroke Units) und die telemedizinisch vernetzte Stroke Unit die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) gemeinsam mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe empfohlen und für
- die Lokalen Schlaganfallstationen die Arbeitsgemeinschaft Schlaganfallstationen Baden-Württemberg e. V.

Der Antrag muss nach dem Muster, das die Zertifizierungsgesellschaft auf Anfrage oder online dem Betreiber zur Verfügung stellt, eingereicht werden.

Der Eingang der Antragsunterlagen wird von der Zertifizierungsgesellschaft bestätigt. Die Zertifizierungsgesellschaft entscheidet auf der Grundlage der Antragsunterlagen, ob eine Zertifizierungsbegehung durchgeführt wird und vereinbart mit den Betreibern Termine möglichst innerhalb der nächsten drei Monate nach Eingang des Antrags.

Nach Prüfung der Antragsunterlagen und Auswertung der Zertifizierungsbegehung legt die Zertifizierungsgesellschaft gemeinsam mit den Standardherausgebern fest,

- ob das Zertifikat ausgestellt bzw. verlängert werden kann oder
- ob der Betreiber bei Abweichungen nachbessern muss.

Das Ergebnis (Erteilung, Verlängerung oder Nachbesserungsbedarf) mit dem Bericht und der Begründung sollte dem Betreiber möglichst vier Monate nach Antragstellung aber spätestens vor Ablauf des Zertifikats durch die Zertifizierungsgesellschaft mitgeteilt werden. Kann der Termin nicht eingehalten werden, wird der Betreiber mit einer Zwischennachricht informiert. Dem Betreiber sollte in der Zwischennachricht mitgeteilt werden, bis wann er das Ergebnis voraussichtlich erhalten wird.

Sind in dem Bericht schwerwiegende Mängel beschrieben worden, ist der Betreiber verpflichtet, die Mängel zu beseitigen und der Zertifizierungsgesellschaft innerhalb von 3 Monaten nach Erhalt des Berichts die Beseitigung anzuzeigen, sofern kein Nachaudit angesetzt wurde. Kann er den Termin der Mängelbehebung nicht einhalten, hat er dies unter Angabe der Gründe der Zertifizierungsgesellschaft mitzuteilen. Die Zertifizierungsgesellschaft entscheidet dann gemeinsam mit den Standardherausgebern, ob eine weitere Begehung (Nachaudit) oder eine Fristverlängerung zur Behebung der Abweichung(en) erforderlich sind, oder ob die schriftliche Mitteilung des Betreibers, dass die Mängel behoben wurden, ausreichend ist. Das Ergebnis der

erneuten Bewertung sollte von dem Zertifizierer dem Betreiber innerhalb eines Monats mitgeteilt werden. Zeitliche Verzögerungen sollten von dem Zertifizierer als Nachweis dokumentiert werden.

Der Standardherausgeber informiert das Ministerium für Soziales und Integration, wenn ein Betreiber ein Zertifikat erhält, wenn es verlängert bzw. verweigert wird.

Der Standardherausgeber setzt das Ministerium für Soziales und Integration in Kenntnis, wenn der Betreiber trotz Erinnerungsschreiben der zertifizierenden Stelle

- keinen Antrag zur Rezertifizierung bis vier Monate vor Ablauf des Zertifikats gestellt hat oder
- innerhalb der o.g. Fristen schwerwiegende Mängel nicht behoben hat.

Standardherausgeber ist für die Zertifizierung der lokalen Stroke Units die AG Schlaganfallstationen, für die regionalen und überregionalen Schwerpunkte die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft. Das Monitoring über die Gültigkeit der Zertifikate der Lokalen Schlaganfallstationen übernimmt die AG Schlaganfallstationen Baden-Württemberg e.V.

Der Standardherausgeber informiert das Ministerium für Soziales und Integration, wenn er sich mit dem Betreiber über die Bewertung einer Schlaganfalleinheit nicht einigen kann.

Unabhängig von den hier genannten Regeln gilt bei der Zertifizierung der mit der Zertifizierungsgesellschaft abgeschlossene Vertrag.

(Muster-)Zertifikat

Prüfungsnorm **Qualitätsmanagement-System
für eine Lokale Schlaganfallstation**

Zertifikat-Registrier-Nr. 01 906

Unternehmen: **Logo**
Anschrift

Geltungsbereich: Lokale Schlaganfallstation mit . Betten

Durch ein Audit, Bericht Nr. 01 906 ,
wurde der Nachweis erbracht, dass die Forderungen
nach dem Qualitätsstandard der Arbeitsgemeinschaft
Schlaganfallstationen Baden-Württemberg e.V. erfüllt sind.

Das Fälligkeitsdatum für Folgeaudits ist der ...

Gültigkeit: Dieses Zertifikat ist gültig vom bis zum
Erstzertifizierung [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Ausstellungsdatum

Vorsitzender

LGA InterCert GmbH
Tillystr. 2 • 90431 Nürnberg

