

|  |
| --- |
| **Erhebungsbogen für ein****Zentrum für Beatmungsentwöhnung in der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (NNFR)**  |
| Einrichtung/Klinikum: |       |
| Abteilung/Department/Klinik: |       |
| Anschrift: | Straße Haus-Nr. |
|  | PLZ Ort |
| Leiter der Abteilung/des Departements/der Klinik |       |
| Für den Antrag verantwortlicher Arzt : |       |
| Funktion: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |      @      |

**Mit dem Antrag bereits einzureichende Unterlagen:**

[ ]  Entlassungsstatistik der zur Beatmungsentwöhnung aufgenommenen Patienten des Zentrums für Beatmungsentwöhnung (nach SGB-§301-Datensatz)

[ ]  Kooperationsverträge, falls erforderlich

[ ]  Stellenbeschreibung Atmungstherapeuten

[ ]  Qualifikationsnachweis Atmungstherapeuten. Falls nicht vorhanden, Nachweis der Anmeldung eines Mitglieds des Personals zur Weiterbildung zum Atmungstherapeuten

[ ]  Qualifikationsnachweise Palliativteam

Schriftliche Konzepte für nachfolgende Prozeduren:

[ ]  Atemwegsmanagement

[ ]  Beatmungsentwöhnung

[ ]  Trachealkanülenmanagement

[ ]  Dysphagiemanagement

Sämtliche Eingaben des Antrages beziehen sich auf das Kalenderjahr:

**Zu allen Anforderungspunkte ist im Erhebungsbogen eine Angabe zu machen.**

**Falls Punkte nicht zutreffen, ist ein Kommentar erforderlich.**

Bitte beachten: Controlling-Daten und andere Antragsunterlagen müssen sich auf das o.g. Jahr beziehen!

**Organisatorischer Zertifizierungsablauf**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Was?** | **Wer?** |
|  | ein Angebot zur Zertifizierung per E-Mail anfordern:lukas.schindler@de.tuv.combei Re-Zertifizierung erfolgt die automatische Zusendung 6 Monate vor Ende der Zertifikatsgültigkeit | EinrichtungTÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Angebot an die Einrichtung übersenden | TÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Angebot mit beiliegendem Formblatt annehmen und Zertifizierung schriftlich beauftragen | Einrichtung |
|  | Benennung des leitenden Auditors | TÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Kontaktaufnahme mit der Einrichtung und Abstimmung des Audittermins | Leitender Auditor |
|  | Zusendung der auf Seite 2 genannten Unterlagen an den leitenden Auditor | Einrichtung |
|  | Unterlagenprüfung | Leitender Auditor/ Fachexperte |
|  | Übersendung des Auditplanes mit Nennung des leitenden Auditors und Fachexperten (DGNR) an die Einrichtung | Leitender Auditor |
|  | Durchführung des Audits vor Ort entsprechend des Auditplans | Leitender Auditor/ Fachexperte |
|  | Erstellung des Auditberichtes | Leitender Auditor/ Fachexperte |
|  | Prüfung des Auditberichtes und des Auditverfahrens | Zertifizierungsausschuss der DGNR/ TÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Bei Nichtkonformitäten:Korrekturen zum Audit nachreichen oder Nachaudit | Einrichtung |
|  | Auditbericht und das Zertifikat werden freigeben | Zertifizierungsausschuss der DGNR/ TÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Zertifikatsausstellung | TÜV Rheinland Cert GmbH |
|  | Auditbericht und Zertifikat werden durch die TÜV Rheinland Cert GmbH an die Einrichtung übersendet | TÜV Rheinland Cert GmbH |

**Fristenregelung**

1. 6 Monate vor Zertifizierungs(wunsch)termin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Anforderung, bzw. Erhalt eines entsprechenden Angebotes
2. 5 Monate vor Zertifizierungstermin bzw. Ablauf der Zertifikatsgültigkeit: Beauftragung an die TÜV Rheinland Cert GmbH senden
3. 6 Wochen vor Audittermin: Unterlagen gemäß Seite 2 des Antrags an den benannten leitenden Auditor schicken
4. Das Audit für die Zertifizierung soll innerhalb von 3 Monaten nach Einreichung des vollständigen Erhebungsbogens erfolgen

Das Zertifikat wird durch die TÜV Rheinland Cert GmbH für 3 Jahre erteilt und kann nach erfolgreicher Re-Zertifizierung für jeweils 3 Jahre verlängert werden.

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 DGNR und der TÜV Rheinland Cert GmbH insgesamt erhoben. Darüber hinaus erfolgt eine (erneute) Erstzertifizierung des Zentrums für Beatmungsentwöhnung und nicht eine Rezertifizierung.

**Beauftragung und Information**

Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihres Zentrums für Beatmungsentwöhnung erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens TÜV Rheinland Cert GmbH Cert 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. Einzelne Dateien dürfen nicht größer sein als 10 MB.

Folgende Ansprechpartner stehen Ihnen beim TÜV Rheinland zur Verfügung:

Angebot und Leistungen

Herr Lukas Schindler

T: +49(0) 2218065211

M: +49 (0) 1604714034

lukas.schindler@de.tuv.com

fachliche Informationen:

Herr Christian Friederich

M: +49 (0) 172 2320512

christian.friederich1@de.tuv.com

# Struktur

#

**1.1 Allgemeine Informationen zur Einrichtung:**

a) Rechtsform der Einrichtung:

b) Träger der Einrichtung

c) Krankenhaustyp (§39 & 108 SGB V):

[ ]  Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation (FK)

 Am Standort ist zusätzlich eine Rehabilitationseinrichtung integriert (§§40 & 111 SGB V) [ ]  ja [ ]  nein

[ ]  Krankenhaus Grundversorgung (Level I)

[ ]  Krankenhaus Regel-/Schwerpunktversorgung (Level II)

[ ]  Krankenhaus Maximalversorgung (Level III)

[ ]  Universitätsklinikum (Level III*U*)

[ ]  Sonstiger:

d) Geschäftsführung:

e) Pflegeleitung:

f) Ärztliche Leitung (z.B.: Chefarzt oder Ärztlicher Direktor) der NNFR:

g) Ärztlicher Leiter der Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

h) zuständiger QM-Beauftragter für die Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

i) Stationspflegeleitung der Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

j) andere Funktionsträger der Einrichtung:

Erläuterung:

**1.2 Anzahl an Betten:**

1.2.1) Anzahl der Betten am Standort der Beatmungsentwöhnungs-Einrichtung insgesamt

1.2.2) Anzahl der Betten der Fachabteilung, die die Beatmungsentwöhnung durchführt

1.2.3) Anzahl der Betten, auf denen eine prolongierte Beatmungsentwöhnung (Weaning) routinemäßig durchgeführt wird

 davon

1.2.3 a) Anzahl der Betten für die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit\*

1.2.3 b) Anzahl der Betten für die prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit\*

1.2.3 c) Anzahl sonstiger Betten für die prolongierte Beatmungsentwöhnung

1.2.4 Anzahl der Betten, auf denen nach erfolgter Beatmungsentwöhnung (Weaning) die weitere Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation

(NNFR; Phase B) fortgeführt wird oder auf denen Patienten ohne Beatmungsentwöhnungsauftrag versorgt werden

 davon

1.2.4 a) Anzahl mittels Zentralmonitoring überwachter Betten

1.2.5 Anzahl weiterer Betten der Phase C oder D am Standort der Weaning-Einheit/-Station als Teil einer integrierten Rehabilitationseinrichtung

 Phase C:

 Phase D:

1.2.6 Für jedes Beatmungsbett wird in der Einrichtung oder in einer Kooperationseinrichtung mindestens ein Bett der NNFR für nicht (mehr) beatmete Patienten vorgehalten. [ ]  ja [ ]  nein

\* Erläuterung: Die Angaben beziehen sich auf Betten, die gemäß Strukturvorgaben und deren Prüfung (Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach § 275d SGB V) zum Zeitpunkt der Beantragung der Zertifizierung einrichtungsbezogen die entsprechenden Kriterien erfüllen. Falls keine solche Strukturprüfung zur Anwendung kommt (z.B. bei einer „besonderen Einrichtung“), sind die Kriterien im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens analog zu prüfen.

|  |
| --- |
| ***K.O.-Kriterium 1.2: Anzahl der Beatmungsentwöhnungs-Betten < Anzahl der übrigen NNFR-Betten*** |

**1.3 Palliative Care** *(Mehrfachnennung möglich)*

Ethikkomitee [ ]  ja [ ]  nein

Palliativstation [ ]  ja [ ]  nein

Palliativdienst [ ]  ja [ ]  nein

Palliativteam [ ]  ja [ ]  nein

Mitglieder des Palliativteams mit Berufsbezeichnung und Palliative Care Qualifikation

1.Name,Berufsbezeichnung,Qualifikation

2.Name,Berufsbezeichnung,Qualifikation

3. …

**1.4 Leistungsdaten des Zentrums für Beatmungsentwöhnung im Bezugsjahr (letztes Kalenderjahr)**

1.4.1 Anzahl der begonnen / versuchten Entwöhnungen pro Jahr

1.4.2 erfasste Beatmungsstunden pro Patienten im Median       Stunden

**1.5 Entlassdaten (letztes Kalenderjahr)**

1.5.1 Anzahl der entlassenen Patienten insgesamt

1.5.2 (davon) verstorben

 **Entlassdaten in Bezug auf Atemweg und Beatmung (ohne Verstorbene) (letztes Kalenderjahr)**

1.5.3 Ohne Trachealkanüle und ohne Beatmung entlassen

1.5.4 Mit nichtinvasiver Beatmung entlassen

1.5.5 Mit Trachealkanüle und ohne Beatmung entlassen

1.5.6 Mit invasiver Beatmung entlassen

 **Entlassdaten in Bezug auf die Weiterversorgung (ohne Verstorbene) (letztes Kalenderjahr)**

1.5.7. In eine Rehabilitationseinrichtung entlassen

1.5.8 Ins häusliche Umfeld entlassen ohne außerklinische Intensivpflege

1.5.9 Ins häusliche Umfeld entlassen mit außerklinischer Intensivpflege

1.5.10 In eine Intensivpflege-Wohngemeinschaft entlassen

1.5.11 In eine Phase-F-Einrichtung entlassen

1.5.12 In eine stationäre Pflegeeinrichtung entlassen

1.5.13 In eine stationäre Intensivpflegeeinrichtung entlassen

1.5.14 In ein anderes Krankenhaus verlegt

1.5.15 Andere Weiterversorgung

Erläuterung:

|  |
| --- |
| ***K.O.-Kriterium 1.4.1: Anzahl der begonnen / versuchten Entwöhnungen pro Jahr bei unter 40 Patienten****Erläuterung: Die Summen (1.5.2 + 1.5.3 bis 1.5.6) und (1.5.2 + 1.5.7 bis 1.5.15) sollen jeweils der Gesamtzahl (1.5.1) entsprechen. Gemeint sind Patienten (nicht Fälle). Bei 1.5.3 - 1.5.6. werden auch die verlegten Patienten mit berücksichtigt / mitgezählt.* |

**1.6 Diagnosen der Beatmungsentwöhnungs-Patienten Fallzahl**

1.6.1 PICS mit CIP/CIM

1.6.2 Ischämischer Schlaganfall

1.6.3 Intrazerebrale Blutung

1.6.4 Subarachnoidalblutung

1.6.5 Schädel-Hirn-Trauma

1:6.6 Hypoxische Enzephalopathie

1.6.7 Meningitis

1.6.8 Enzephalitis

1.6.9 Guillain-Barré-Syndrom

1.6.10 Myasthenia gravis

1.6.11 Amyotrophe Lateralsklerose

1.6.12 Sonstige

**1.7 Organersatz-/Unterstützungs-Verfahren Fallzahl**

1.7.1 Nierenersatzverfahren

1.7.2 LVAD

**1.8 Ausstattung**

**Ausstattung der Bettplätze für beatmete Patienten**

1.8.1 Zentrales Monitoring auf allen Beatmungsplätzen [ ]  ja [ ]  nein

1.8.2 mit Möglichkeit der invasiven RR-Messung [ ]  ja [ ]  nein

1.8.3 mit Möglichkeit der endtidalen/endexspiratorischen Kapnometrie [ ]  ja [ ]  nein

1.8.4 Ausreichend Platz für großen Lagerungs- und Therapierollstuhl,

 Beatmungsequipment und Besuch für den Patienten [ ]  ja [ ]  nein

1.8.5 Sauerstoff und Druckluft oder Vakuum [ ]  ja [ ]  nein

1.8.6 Absaugung [ ]  ja [ ]  nein

1.8.7 Atemweg-Notfallset / -ausrüstung (z.B. Masken, Trachealkanüle zum Wechseln,

Spreizer, Beatmungsbeutel [ ]  ja [ ]  nein

 **Auf Station verfügbar**

1.8.8 Mechanische Insufflator/Exsufflatoren [ ]  ja [ ]  nein

1.8.9 Mindestens zwei Maskentypen für die nichtinvasive Beatmung

in verschiedenen Größen [ ]  ja [ ]  nein

1.8.10 Spezialbetten und Lifter für Schwerstgewichtige (>140kg) [ ]  ja [ ]  nein

1.8.11 Spezialauflagen /-betten für Patienten mit Dekubitus [ ]  ja [ ]  nein

1.8.12 Blutgasanalyse (inklusive Bestimmung der Elektrolyte) [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| ***K.O. Kriterium: 1.8.1 bis 1.8.7 nicht vorhanden******K.O. Kriterium: 1.8.12 nicht vorhanden*** |

1. **Diagnostik (verfügbare Ausstattung in der Einrichtung)**

**2.1 Routinelabor**  [ ]  ja [ ]  nein

**2.2 Endoskopische Verfahren**

2.2.1 Bronchoskopie [ ]  ja [ ]  nein

2.2.2 Gastroskopie [ ]  ja [ ]  nein

2.2.3 Fiberendoskopische Schluckdiagnostik (FEES) [ ]  ja [ ]  nein

**2.3 Neurologische Funktionsdiagnostik**

2.3.1 EEG [ ]  ja [ ]  nein

2.3.2 Neurographie/EMG [ ]  ja [ ]  nein

2.3.4 Evozierte Potentiale (VEP, AEP, SEP) [ ]  ja [ ]  nein

**2.4 Ultraschallgerät, mit Schallköpfen und Programmen für**

2.4.1 intrakranielle Gefäße [ ]  ja [ ]  nein

2.4.2 extrakranielle Gefäße und Weichteile [ ]  ja [ ]  nein

2.4.3 Abdomen [ ]  ja [ ]  nein

2.4.4 Echokardiographie

**2.5 Radiologische Bildgebung**

2.5.1 konventionelles Röntgen [ ]  ja [ ]  nein

2.5.2 Computertomographie: Anzahl Geräte am Standort:

 CT über Kooperation zeitnah verfügbar [ ]  ja [ ]  nein

 Ausfallkonzept vorhanden [ ]  ja [ ]  nein

2.5.3 Magnetresonanztomographie: Anzahl Geräte am Standort:

 MRT über Kooperation zeitnah verfügbar [ ]  ja [ ]  nein

 Ausfallkonzept vorhanden [ ]  ja [ ]  nein

**2.6 Respiratorische Diagnostik**

2.6.1 Spirometrie [ ]  ja [ ]  nein

2.6.2 transkutane Kapnometrie [ ]  ja [ ]  nein

2.6.3 Polygraphie [ ]  ja [ ]  nein

2.6.4 Sonographie von Lunge und Zwerchfell [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| ***K.O.-Kriterium 2.2.3: keine FEES möglich******K.O.-Kriterium 2.3.1: kein EEG möglich******K.O. Kriterium 2.4: keine Ultraschalldiagnostik möglich, technische Voraussetzungen für die Ultraschalldiagnostik der supra-aortalen Gefäße, der Pleura, des Abdomens und der Blasen nicht gegeben******K.O.-Kriterien: 2.5.2 / 2.5.6 kein CT und kein MRT vorhanden (Minimalanforderung: entweder CT oder MRT)*** |

1. **Personal**

**3.1 Ärztliche Leitung der NNFR**

 Name

3.1.1 Facharzttitel

Zusatzbezeichnungen

Erfahrung in der NNFR

Ort und Zeitraum (von-bis)

**3.2 Ärztliche Leitung der Beatmungsentwöhnungs-Einheit**

Name

3.2.1 Facharzttitel

Zusatzbezeichnungen

3.2.2 a) Ärztliche Leitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt.

[ ]  ja [ ]  nein

Erfahrung in der NNFR

Ort und Zeitraum (von-bis)

b) Die ärztliche Leitung hat die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder mindestens dreijährige Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung.

[ ]  ja [ ]  nein

Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung

Ort und Zeitraum (von-bis)

Erläuterung (z.B. kooperatives Leitungsmodell):

**3.3 Kommunikation, Einarbeitung und Fortbildung**

3.3.1 Finden wöchentliche Besprechungen im Team der Beatmungsentwöhnungs-Einheit statt, im Sinne von wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

 [ ]  ja [ ]  nein

wenn ja, konkrete Beschreibung:

3.3.2 Gibt es Einarbeitungskonzepte für

* Ärzte [ ]  ja [ ]  nein
* Pflege [ ]  ja [ ]  nein
* Therapeuten [ ]  ja [ ]  nein

3.3.3 Finden Fortbildungen für das Team der Beatmungsentwöhnungs-Einheit statt?

 [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| ***K.O.-Kriterium 3.2.2 a) und b) sind nicht beide erfüllt, allerdings können dies 2 Personen sein, innerhalb des Hauses; einrichtungsübergreifende Modelle sind nicht gestattet.******K.O. Kriterium 3.3.1: wöchentliche Teambesprechung findet nicht statt*** |

1. **Interne Organisation**

**4.1 Medizingeräte nach Medizinproduktgesetz inkl. Anhang und Verordnung:**

4.1.1. Ist ein strukturiertes Einweisungsmanagement für Mitarbeiter etabliert? [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**4.2 Medikamenten-Management**

4.2.1 Verfalldatumsprüfung? [ ]  ja [ ]  nein

4.2.2 Prüfung des Anbruchdatum? [ ]  ja [ ]  nein

4.2.3 BTM-Regelung? [ ]  ja [ ]  nein

4.2.4 Medikamentenkühlschrank und Lebensmittel-/Hygieneregelung? [ ]  ja [ ]  nein

4.2.5 Regelmäßige Apothekenbegehungen? [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**4.3 Hygienemanagement**

4.3.1 Ist ein ärztlicher Hygienebeauftragter in der Abteilung benannt? [ ]  ja [ ]  nein

4.3.2 Ist ein pflegerischer Hygienebeauftragte in der Abteilung benannt? [ ]  ja [ ]  nein

4.3.3 Gibt es eine spezifische Hygieneregelungen für das Zentrum für Beatmungsentwöhnung [ ]  ja [ ]  nein

4.3.4 Werden bei Beatmungsentwöhnungs-Patienten MRSA-Screenings durchgeführt? [ ]  ja [ ]  nein

4.3.5 Werden bei Beatmungsentwöhnungs-Patienten MRE-Screenings durchgeführt? [ ]  ja [ ]  nein

4.3.6 Regelungen zur Prävention von nosokomialen Infektionen entsprechend der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am

Robert Koch-Institut:

Standards zum hygienischen Umgang mit Trachealkanülen [ ]  ja [ ]  nein

Standards zur Minimierung von Harnwegkathetern [ ]  ja [ ]  nein

Standards für ein ABS [ ]  ja [ ]  nein

4.3.7. Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**4.4 Regelmäßige Pflichtschulungen**

4.4.1 Datenschutz: [ ]  ja [ ]  nein

4.4.2 Reanimation und Notfällen: [ ]  ja [ ]  nein

4.4.3 Brandschutz: [ ]  ja [ ]  nein

4.4.4 Arbeitsschutz: [ ]  ja [ ]  nein

4.4.5 Hygiene: [ ]  ja [ ]  nein

4.4.6 andere:

4.4.7 in welcher Form werden die Schulungen durchgeführt?

Erläuterung:

**4.5 Gibt es schriftliche Konzepte für nachfolgende Prozeduren? (gelenkte Dokumente, z.B. SOP, Dienstanweisung, Verfahrensanweisung mit Leitlinienbezug, bitte beilegen) Sind diese aktuell, auf die Einrichtung angepasst und praxisbezogen?**

4.5.1 Atemwegsmanagement [ ]  ja [ ]  nein

4.5.2 Beatmungsentwöhnung [ ]  ja [ ]  nein

4.5.3 Trachealkanülenmanagement [ ]  ja [ ]  nein

4.5.4 Dysphagiemanagement [ ]  ja [ ]  nein

4.5.5 Unterstützte Kommunikation [ ]  ja [ ]  nein

4.5.6 Einstellung einer außerklinischen Beatmung [ ]  ja [ ]  nein

4.5.7 Konzept für Therapiezieländerung [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**4.6 Spezielle Qualifikationen des im Zentrum für Beatmungsentwöhnung tätigen Personals**:

4.6.1 Im Zentrum für Beatmungsentwöhnung ist mindestens ein ausgebildeter Atmungstherapeut beschäftigt

 (>/= 1 VK insgesamt) [ ]  ja [ ]  nein

4.6.2 Stellenbeschreibung des Atmungstherapeuten mit Zuordnung atmungstherapeutischer Aufgaben

 [ ]  ja [ ]  nein

4.6.3 Im Zentrum für Beatmungsentwöhnung ist 5 Tage pro Woche

 mindestens ein ausgebildeter Logopäde tätig (>/= 1 VK insgesamt) [ ]  ja [ ]  nein

4.6.4 Im Zentrum für Beatmungsentwöhnung ist mindestens ein Mitarbeiter mit mindestens 50% angestellt (Arzt/Therapeut),

 der über das FEES Zertifikat (ausgestellt von DGN) oder ein gleichwertiges Zertifikat verfügt

 [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**4.7 Mitbehandlung in der Einrichtung (ggf. über Konsildienste anderer Bereiche und/oder Kooperationsverträge) gewährleistet für:**

4.7.1 Innere Medizin: [ ]  ja [ ]  nein

4.7.2 Allgemeinchirurgie: [ ]  ja [ ]  nein

4.7.3 Anästhesiologie: [ ]  ja [ ]  nein

4.7.4 Neurochirurgie: [ ]  ja [ ]  nein

4.7.5 Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde: [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

|  |
| --- |
| ***K.O.-Kriterium 4.5.1 – 4.5.4 nicht erfüllt******K.O.-Kriterium 4.6.3 – 4.6.4 nicht erfüllt*** |

**5. Qualitätsmanagement**

**5.1 Ist Abteilung/Klinikum oder einzelne Bereiche bereits nach anderem QM-System zertifiziert?**

[ ]  ja [ ]  nein

a) Wenn ja, Nennung der Bereiche:

b) Wenn ja, Nennung QM-System: [ ]  KTQ

[ ]  ProCumCert

[ ]  DIN EN ISO

andere:

Erläuterung:

**5.2 Ist in der Einrichtung ein Konzept zum klinischen Risikomanagement vorhanden?**

(strukturierte Risikoanalyse, -bewertung und Maßnahmenplanung, Verfügbarkeit und Nutzung des

KH CIRS einschl. Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen und aufgetretenen Schäden;

Umsetzung der Risikokommunikation)

[ ]  ja [ ]  nein

Erläuterung:

**5.3 Führt die Abteilung/Klinik im Bereich der Beatmungsentwöhnungs-Einheit regelmäßig**

**Selbstbewertungen / interne Audits durch?**  [ ]  ja [ ]  nein

a) Häufigkeit/Modus der Internen Audits?

**5.4 Führt die Abteilung/Klinik im Bereich der Beatmungsentwöhnungs-Einheit regelmäßig**

**Selbstbewertungen der Todesfälle durch (sog. internes Todesfallreview)?** [ ]  ja [ ]  nein

a) Häufigkeit/Modus der Todesfallreviews?

**5.5 Gibt es ein strukturiertes Aufnahme- und Verlegungsmanagement?** [ ]  ja [ ]  nein

a) Gibt es einen standardisierten Anmeldebogen? [ ]  ja [ ]  nein

b) Gibt es einen Standard für den internen Verlegungsprozess: [ ]  ja [ ]  nein

c) Gibt es einen Standard für die Entlassung/Verlegung nach extern [ ]  ja [ ]  nein

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Leiters der Klinik/des Departements/der Abteilung \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_