

|  |
| --- |
| **Antrag auf Zertifizierung** **als****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:

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

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zertifizierung Ihres Zentrums für Beatmungsentwöhnung erst nach verbindlicher Auftragserteilung unseres autorisierten Zertifizierungsunternehmens TÜV Rheinland 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. Die gesamte Datei darf nicht größer sein als 10 MB. Größere Dateien werden nicht akzeptiert und gelten als nicht fristgereicht eingereicht.**

Für weitere Informationen steht Ihnen bei der TÜV Rheinland folgender Ansprechpartner zur Verfügung:

**Christian Friederich**

**Telefon: +49 (0) 911 - 655 41 37**

**Mobil: +49 (0) 172 2320512**

**E-Mail: christian.friederich1@de.tuv.com**



**Organisatorischer Zertifizierungsablauf**

✓ **Ein Angebot zur Zertifizierung bei o.g. Adresse wird anfordert, bzw. bei Re-Zertifizierung erfolgt die automatische Zusendung 6 Monate vor Ende der Zertifikatsgültigkeit.**

✓ **Auf Grundlage des Angebotes wird die TÜV Rheinland zur Durchführung der Zertifizierung schriftlich beauftragt. Beiliegendes Formblatt wird genutzt, mit Benennung eines Wunschzeitraums.**

✓ **TÜV Rheinland benennt leitenden Auditor (TÜV Rheinland).**

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

✓ **Der Auftraggeber sendet die in diesem Antrag auf Seite 2 geforderten Unterlagen an den Leitenden Auditor (TÜV Rheinland).**

✓ **Die Unterlagenprüfung erfolgt durch den leitenden Auditor (TÜV Rheinland).**

✓ **Es erfolgt die Übersendung des Auditplanes und Nennung des leitenden Auditors und med. Fachauditors (DGNR) an die Einrichtung.**

✓ **Es erfolgt die Durchführung des Audits vor Ort entsprechend des Auditplans.**

✓ **Es erfolgt eine Berichterstellung durch den leitenden Auditor (TÜV Rheinland) und med. Fachauditor (DGNR).**

✓ **Es erfolgt die Prüfung des Auditberichtes und des Verfahrens durch den Zertifizierungsausschuss.**

✓ **Der Auditbericht / das Zertifikat werden durch den Zertifizierungsausschuss freigeben.**

✓ **Der Auditbericht und - ggf. nach Behebung aller Abweichungen – das Zertifikat werden durch die TÜV Rheinland an die Einrichtung übersendet.**

**Das Zertifikat wird durch den TÜV Rheinland für 3 Jahre erteilt und kann auf Antrag der jeweiligen**

**Ein­richtung nach erneuter Überprüfung jeweils für 3 Jahre verlängert werden.**

**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 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**

**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 insgesamt erhoben. Darüber hinaus erfolgt eine (erneute) Erstzertifizierung des Zentrums für Beatmungsentwöhnung und nicht eine Rezertifizierung.**

# Struktur

#

**1.1 Allgemeine Informationen zur Einrichtung:**

a) Rechtsform der Einrichtung:

b) Träger der Einrichtung:

c) Krankenhaustyp: [ ]  Fachklinik für Neurologische Frührehabilitation [ ]  Krankenhaus Grundversorgung [ ]  Krankenhaus Schwerpunktversorgung

[ ]  Krankenhaus Maximalversorgung [ ]  Universitätsklinikum [ ]  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:**

a) in Klinik / im Krankenhaus:

- Gesamtbettenzahl (ggf. mehrere Standorte zusammen):

- Bettenanzahl am Standort des Zentrums für Beatmungsentwöhnung:

b) in der Neurologisch-Neurochirurgischer Frührehabilitationen (NNFR; Phase B nach BAR) mit und ohne Beatmung in der Einrichtung / Kooperationseinrichtung

**Bettenanzahl in der NNFR**  **Gesamtzahl der Betten Anzahl Beatmungsbetten** **Davon Einzelzimmer** **Anzahl Betten NNFR ohne Beatmung**

Intensiv

IMC

Normal

Weitere:

Weitere:

Weitere:

Erläuterung:

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

|  |
| --- |
| *K.O.-Kriterium 1.2.1: Anzahl der Beatmungsentwöhnungs-Betten > Anzahl der übrigen NNFR-Betten* |

**1.3 Palliative Care**

Palliativstation [ ]  ja [ ]  nein

Alternativ: Palliativdienst [ ]  ja [ ]  nein

Alternativ: Palliativteam [ ]  ja [ ]  nein

Mitglieder des Palliativteams mit Berufsbezeichnung und Palliative Care Qualifikation

Name Berufsbezeichnung Qualifikation

Ethikkomitee [ ]  ja [ ]  nein

**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 Patient im Median       Stunden

1.4.3 Anzahl der Heimbeatmungseinstellungen pro Jahr invasiv       nicht invasiv

1.4.4 Entlass-Statistik (nach SGB-§301-Datensatz) inklusive Mortalität

|  |
| --- |
| *K.O.-Kriterium 1.4.1: Anzahl der begonnen / versuchten Entwöhnungen pro Jahr bei unter 40 Patienten* |

**1.5 Diagnosen der Beatmungsentwöhnungs-Patienten Fallzahl**

1.5.1 PICS mit CIP/CIM

1.5.2 Ischämischer Schlaganfall

1.5.3 Intrazerebrale Blutung

1.5.4 Subarachnoidalblutung

1.5.5 Schädel-Hirn-Trauma

1:5.6 Hypoxische Enzephalopathie

1.5.7 Meningitis

1.5.8 Enzephalitis

1.5.9 Guillain-Barré-Syndrom

1.5.10 Myasthenia gravis

1.5.11 Amyotrophe Lateralsklerose

1.5.12 Sonstige

**1.6 Organersatz-/Unterstützungs-Verfahren Fallzahl**

1.6.1 Nierenersatzverfahren

1.6.2 LVAD

**1.7 Ausstattung**

**Ausstattung der Bettplätze für beatmete Patienten**

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

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

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

1.7.4 Ausreichend Platz für großen Lagerungs- und Therapierollstuhl,

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

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

1.7.6 Absaugung [ ]  ja [ ]  nein

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

Spreizer, Beatmungsbeutel [ ]  ja [ ]  nein

 **Auf Station verfügbar**

1.7.8 Mechanische Insufflator/Exsufflatoren [ ]  ja [ ]  nein

1.7.9 Mindestens zwei Maskentypen für die nichtinvasive Beatmung in verschiedenen Größen [ ]  ja [ ]  nein

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

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

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

Erläuterung:

|  |
| --- |
| *K.O. Kriterium: 1.7.1 bis 1.7.7 nicht vorhanden**K.O. Kriterium: 1.7.11 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:

2.5.4 Alternativ: über Kooperation zeitnah verfügbar [ ]  ja [ ]  nein

2.5.5 Ausfallkonzept vorhanden [ ]  ja [ ]  nein

2.5.6 Magnetresonanztomographie: Anzahl Geräte am Standort:

2.5.8 Alternativ: über Kooperation zeitnah verfügbar [ ]  ja [ ]  nein

2.5.9 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 und Zusatzbezeichnungen

Erfahrung in der NNFR Ort Zeitraum von bis

**3.2 Ärztliche Leitung der Beatmungsentwöhnungs-Einheit**

Name

3.2.1 Facharzttitel und 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 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 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) oder b) nicht erfüllt**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_