cid:image001.jpg@01D3D586.76400F40

|  |  |
| --- | --- |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_