



Ab Juli gelten die aktualisierten Stroke Unit-Zertifizierungskriterien

Zum 1. Juli 2015 werden die aktualisierten Zertifizierungskriterien für regionale und überregionale Stroke Units in Deutschland wirksam. Sie wurden in Zusammenarbeit mit der akkreditierten Zertifizierungsorganisation LGA Intercert GmbH von Vertretern der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) überarbeitet, in Sitzungen der Stroke Unit Kommission und in einem Treffen der Zertifizierungsauditoren konsentiert und mit dem DSG-Vorstand abgestimmt. Zu den neuen Kriterien gehört die Forderung, dass ein schriftlicher Standard für eine akute Hirnarteriendiagnostik und zur Vorflimmern-Detektion vorliegen muss. Neu ist zudem, dass überregionale Stroke Units die kontinuierliche Anwesenheit eines medizinisch-technischen radiologischen Assistenten (MTRA) gewährleisten müssen. Wie im Jahr 2012 sollen die aktualisierten Zertifizierungskriterien in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* erneut publiziert werden.

Insgesamt waren zum 31. Januar 2015 in Deutschland 264 Stroke Units nach den gültigen Zertifizierungskriterien zertifiziert, davon überregional 99 (38 Prozent) und regional 155 (59 Prozent), davon 9 (5 Prozent) internistisch geführte regionale Stroke Units und 10 Tele Stroke Unit Einheiten. 19 Stroke Units (7 Prozent) erhielten zusätzlich das Zertifikat Comprehensive Stroke Unit.

1. Strukturkriterien

Der größte Teil der Strukturvoraussetzungen, insbesondere die Mindestanforderungen an Bettenkapazität und die Versorgung jährlicher Schlaganfallpatienten wurden beibehalten. In Ausnahmefällen ist auf der regionalen Stroke Unit eine gemischte Dienstbesetzung durch Ärzte anderer somatischer Fächer (z.B. Internisten, Neurochirurgen) zulässig, nicht aber auf überregionalen Stroke Units, wo Neurologen tätig sein müssen. Nach wie vor müssen auf überregionalen Stroke Units mindestens zwei Neuro-Interventionalisten mit ausreichender Expertise am Standort tätig sein, sodass der neuen wissenschaftlichen Evidenz zur endovaskulären Therapie des akuten Schlaganfalls Rechnung getragen wird. Auf eine zunehmend verbindliche Abstimmung zwischen regionaler und überregionaler Stroke Unit, besonders im Hinblick auf diese Therapie, wird in Zukunft bei der Zertifizierung zu achten sein.

Für überregionale Stroke Units gilt als obligates Strukturmerkmal die kontinuierliche Anwesenheit eines medizinisch-technischen radiologischen Assistenten (MTRA). Regionale Stroke Units sollen bei fehlender kontinuierlicher MTRA-Anwesenheit darlegen, dass das Initialmanagement – insbesondere die Tür-Lyse-Zeit – nicht darunter leidet.

2. Kriterien für Diagnostik und Monitoring

Neu ist, dass ein schriftlicher Standard vorliegen soll, der sicherstellt, dass potentielle Kandidaten für eine endovaskuläre Therapie (Thrombektomie) eine akute Hirnarteriendiagnostik – in der Regel CT-Angiographie (CTA) – erhalten. Eine CTA-Mindestquote von mehr als 20 Prozent gilt derzeit noch nicht als Verpflichtung, aber als dringende Empfehlung. Neu ist auch die Forderung eines schriftlichen Standards zur Vorflimmern-Detektion. Als dringliche Empfehlung gilt sowohl aus medizinischen, als auch aus medikolegalen Gründen die Etablierung einer Point-of-care (POC) Messung des INR-Wertes in der Notaufnahme. Auch die Forderung eines schriftlichen Standards für Lyse-Kandidaten, die neue Antikoagolanzien vor der Aufnahme eingenommen haben, ist neu.

3. Kriterien für die personelle Ausstattung

Die Personalanforderungen für die Pflege bleiben unverändert, sie haben sich bislang bewährt. Der Einsatz von Altenpflege- und Kinderkrankenpflegekräften ist in begrenzten Umfang gestattet. Ärztlicherseits gilt als Minimalanforderung Schlaganfallexpertise wochentags über mindestens 12 Stunden kontinuierlich auf der Stroke Unit. Bei mehr als 12 Monitorbetten ist sowohl im Regeldienst, als auch außerhalb davon, Personalverstärkung erforder-

lich. Zur personellen Minimalanforderung gehören auch Stroke Unit Visiten am Wochenende und Feiertagen mit Facharztstandard.

4. Prozesse und inhaltliche Standards

Die Mindestzahlen an Thrombolyse für regionale Stroke Units (≥ 25) und überregionale Stroke Units (≥ 40) wurden unverändert beibehalten. Die Tür-Lyse-Zeit muss in mindestens 50 Prozent der Fälle unter 60 Minuten liegen. Im ärztlichen Manual werden einige zusätzliche Standards zu speziellen Krankheitsbildern und Situationen gefordert. Auf die regelmäßige Aktualisierung des Manuals wird vermehrt geachtet. Ein schriftliches, konsentiertes Rettungsdienstkonzept ist in Zukunft auch für regionale Stroke Units verpflichtend. In den Zertifizierungsaudits ist zukünftig ein Gespräch mit einem leitenden Rettungsdienstmitarbeiter integriert. Wesentlich konsequenter als bisher werden die jährlichen internen Überwachungsaudits nachgehalten, und die Einrichtungen sind verpflichtet, Bemerkungen und Hinweise des letzten Audits systematisch zu bearbeiten und Verbesserungsmaßnahmen zu dokumentieren.

Spätestens zum 1. Juli 2015 kann das aktualisierte Antragsformular auf der Homepage der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) heruntergeladen werden.