

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98b.3

### Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2022)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Fachabteilung / Einheit \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen des Teams namentlich aufzuführen.

Die Behandlung erfolgt auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team:

Ja      Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (z. B. Bezeichnung, Bettenzahl)

Mitglieder des multidisziplinären, spezialisierten Teams:

Namen, Vornamen

**Die fachliche Behandlungsleitung liegt bei einem:**

Facharzt für Neurologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist  
im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden:**

Ja

Nein

Erläuterung

**In der spezialisierten Schlaganfallereinheit ist ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung

**24-stündige ärztliche Anwesenheit (auch als Bereitschaftsdienst):**

Ja      Nein

Erläuterung

**24-stündige Verfügbarkeit der CT-Angiographie oder MR-Angiographie:**

CT-Angiographie:                      Ja      Nein

MR-Angiographie:                      Ja      Nein

Erläuterung

**24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch intravenöse Thrombolyse am Standort des Krankenhauses:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Verfügbarkeit (auch an Wochenenden und an Feiertagen) der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:**

Ja      Nein

Erläuterung

---

**Vorhandensein einer zentralen, kontinuierlichen Erfassungsmöglichkeit folgender Parameter an allen Bettplätzen:**

|                      |    |      |
|----------------------|----|------|
| Blutdruck:           | Ja | Nein |
| Herzfrequenz:        | Ja | Nein |
| 3-Kanal-EKG:         | Ja | Nein |
| Atmung:              | Ja | Nein |
| Sauerstoffsättigung: | Ja | Nein |

### Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:

Physiotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und an Feiertagen): Ja      Nein

Namen, Vornamen

### Es besteht Zugang zu einem Telekonsildienst einer neurologischen Stroke-Unit im Rahmen eines regionalen Netzwerkes:

Ja      Nein

Name des Telekonsildienstes und der dazugehörigen regionalen Stroke-Unit

**Der Telekonsildienst steht zu sämtlichen Zeiten zur Verfügung, zu denen ein Facharzt für Neurologie nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung steht:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Telekonsilärzte sind Ärzte mit Facharztstandard (mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke-Unit):**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Für die Schlaganfallbehandlung in dem telekonsiliarisch betreuten Krankenhaus sind folgende Kriterien erfüllt:**

|  |    |      |
|--|----|------|
| Zwei Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr zum Thema Schlaganfall für Ärzte, Pfleger und Therapeuten:                       | Ja | Nein |
| Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter der Leitung des Netzwerkkoordinators:                                   | Ja | Nein |
| Es erfolgt ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr: | Ja | Nein |
| Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität:   | Ja | Nein |

**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_