

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-98b.3

### Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes (OPS-Version 2024)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

Für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen 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)

**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 in der spezialisierten Schlaganfalleinheit der neurologische Sachverstand im Team kontinuierlich eingebunden:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Eingebundene Fachärzte für Neurologie:**

Namen, Vornamen

**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 ist zu sämtlichen Zeiten verfügbar, 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 \_\_\_\_\_