

### Strukturdaten zu den OPS

- 8-98b.2**    Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes
- 8-98b.3**    Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

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

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

### Zur Prüfung beauftragte OPS:

8-98b.2	Ja	Nein
8-98b.3	Ja	Nein

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:**

Angabe der Einheit(en), auf der/denen die Leistung erbracht wird

Beschreibung der spezialisierten Einheit(en)

**Fachliche Behandlungsleitung durch:**

Facharzt für Neurologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

oder

Facharzt für Innere Medizin:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Zusätzlich bei OPS 8-98b.2,**  
**wenn Behandlungsleitung ein Facharzt für Innere Medizin ist**

**Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:**

Ja      Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

Erläuterung zur umgehenden Verfügbarkeit

**Zusätzlich bei OPS 8-98b.3,**

**wenn Behandlungsleitung ein Facharzt für Innere Medizin ist**

**Bei Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Innere Medizin ist in der spezialisierten Schlaganfalleinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden:**

Ja      Nein

Eingebundene Fachärzte für Neurologie:

Namen, Vornamen

---

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

Ja      Nein

Namen, Vornamen (mit Angabe der Einheit, sofern Leistung auf mehreren Einheiten erbracht wird)

### 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 der Einheit(en):

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

**Zusätzlich bei OPS 8-98b.3**

**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

Erläuterung

Zwei Qualitätsbesprechungen vor Ort pro Jahr unter  
der Leitung des Netzwerkkoordinators:

Ja

Nein

Erläuterung

Es erfolgt ein vom Netzwerk organisiertes Bedside-Training  
des Pflegepersonals vor Ort über mindestens fünf Tage pro Jahr:

Ja

Nein

Erläuterung

Kontinuierliche strukturierte Dokumentation der Behandlungsqualität:

Ja

Nein

Erläuterung



**Die Richtigkeit der obigen Angaben wird von der verantwortlichen Person bestätigt.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Verantwortliche Person für die Strukturdaten (Name, Funktion):

\_\_\_\_\_