

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 oder des Kooperationspartners 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 Schlaganfallereinheit ein Facharzt für Neurologie im Team fest eingebunden und steht umgehend am Krankenbett zur Verfügung:

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 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 _____