

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-981.3

### Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (OPS-Version 2021)

Krankenhausname \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

ggf. Standort / Standortnummer \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ggf. Einheit \_\_\_\_\_

Für alle personengebundenen Qualifikationen und obligatorisch anzuwendenden Pflege-/Therapiebereiche sind mehrere mitarbeitende 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, räumliche Lage, auch in Bezug auf die übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)

Benennung des multidisziplinären, spezialisierten Teams (Namen, Vornamen, Disziplinen)

**Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt für Neurologie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie:**

Ja      Nein

**Montag bis Freitag**

Tagsüber mindestens 12-stündige Anwesenheit eines Arztes auf der Spezialeinheit, der sich ausschließlich um die Patienten der spezialisierten Einheit kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat:

Ja      Nein

Erläuterung

**Montag bis Freitag**

Nachts steht der Arzt der Spezialeinheit 12 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

Ja      Nein

Erläuterung

### Wochenende und Feiertage

Der Arzt der Spezialeinheit steht 24 Stunden lang jederzeit für die Patienten der spezialisierten Einheit zur Verfügung. Weitere neurologische Patienten, die er während dieser Zeit versorgt, befinden sich in räumlicher Nähe zur spezialisierten Einheit:

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

**24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße:**

Ja      Nein

Erläuterung

**24-stündige Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie (digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie, CT-Angiographie oder MR-Angiographie):**

Ja      Nein

Welche(s) Verfahren?

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

Ja      Nein

Erläuterung

**Verfügbarkeit der folgenden Leistungen:**

Physiotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie (auch an Wochenenden und Feiertagen):

Ja

Nein

Namen, Vornamen

**Es sind die folgenden Fachabteilungen am Standort  
der Schlaganfallereinheit vorhanden:**

**Neurologie:**

**Ja**

**Nein**

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

**Innere Medizin:**

**Ja**

**Nein**

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

**Es besteht Rufbereitschaft eines Facharztes für Neurochirurgie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**und**

**eines Facharztes mit Erfahrung in der interventionellen Neuroradiologie:**

Ja      Nein

Namen, Vornamen

**Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Durchführung intrakranieller Eingriffe zur Dekompression oder zur Hämatomentlastung am Standort der Schlaganfallereinheit:**

Ja      Nein

Erläuterung

**Es besteht eine 24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Rekanalisation durch Thrombolyse und interventioneller Thrombektomien am Standort der Schlaganfallereinheit:**

Ja      Nein



**Vorhandensein von mindestens zwei Fachärzten:**

Fachärzte für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Neuroradiologie: Ja Nein

Namen, Vornamen

**oder**

Fachärzte für Radiologie mit Kenntnissen der interventionellen  
Neuroradiologie: Ja Nein

Namen, Vornamen

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_