

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 Schlaganfallereinheit 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):
