

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

## 8-981.2

### Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen (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, räumliche Lage auch in Bezug auf die übrigen neurologischen Stationen einschließlich Notaufnahme)

**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:

### Montag bis Freitag (tagsüber)

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. Das heißt, er kann sich in dieser Zeit nur von der Einheit entfernen, um Patienten mit Schlaganfall oder Verdacht auf Schlaganfall zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und/oder weiter zu versorgen:

Ja            Nein

Erläuterung

### Montag bis Freitag (nachts)

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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

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, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht:

Ja            Nein

Erläuterung

---

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

Digitale intraarterielle Subtraktionsangiographie:            Ja            Nein

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

**24-stündige Verfügbarkeit 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 ist eine Fachabteilung für Neurologie am Standort  
der Schlaganfalleinheit vorhanden:**

Ja      Nein

Beschreibung (u. a. Stationen, Bettenanzahl)

**Es besteht eine Kooperationsvereinbarung mit einer Schlaganfalleinheit mit  
der Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen  
Eingriffen:**

Ja      Nein

Kooperationspartner

**Es besteht ein Konzept zur Weiterverlegung von Patienten mit Indikation zur Thrombektomie:**

Ja      Nein

Konzeptbeschreibung

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

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

Name der Geschäftsführung \_\_\_\_\_

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