

# Kriterienkatalog Version 2024

TEMPiS Qualitätsmonitoring Partnerkliniken

## Qualitätsbereiche

- 1. Stroke Unit:** Indikatoren zu Struktur und Ausstattung der Stroke Unit inklusive Telekonsilraum sowie Leistungszahlen zu Schlaganfallpatient\*innen
- 2. Akutversorgung:** Indikatoren zur Qualität der Akutversorgung inkl. telemedizinische Mitbehandlung und FIT-Behandlung
- 3. Behandlungspartner:** Indikatoren zu Verfügbarkeit und Struktur komplementärer Disziplinen
- 4. Diagnostik & Therapie:** Indikatoren zu Verfügbarkeit und Anwendung diagnostischer Verfahren und therapeutischer Maßnahmen
- 5. Stroke Team:** Indikatoren zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Behandlungsteams auf der Stroke Unit
- 6. Qualitätssicherung:** Indikatoren zu Standards, interner Kommunikation, Fortbildungen und weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- 7. ADSR-Kriterien** Indikatoren der externen Qualitätssicherung

## Relevanz

- 1 KO-Kriterium, da gesetzliche oder anderweitige verpflichtende Vorgabe
- 2 dringende Empfehlung, die dem Standard in (über-)regionalen Stroke Units entspricht

## Referenzen

- TEMPiS Qualitätsstandards der Partnerkliniken, Stand vom 23.6.2021 ([www.tempis.de](http://www.tempis.de) > Dokumente > Qualitätsstandards)
- TEMPiS SOP 2023, Stand Oktober 2023 ([www.tempis.de](http://www.tempis.de) > Dokumente > Qualitätsstandards)
- DSG-Zertifizierungsantrag Stroke Unit, Stand 02/2023 ([www.dsg-info.de](http://www.dsg-info.de) > Stroke Units > Zertifizierungsanträge)
- OPS-Katalog des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM, Version 2024 (<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/block-8-97...8-98.htm>)
- Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern; [www.lag-by.de](http://www.lag-by.de) > QS-Verfahren > Landesverfahren > Schlaganfall)

TEMPiS – Telemedizinisches Schlaganfallnetzwerk Südostbayern München Klinik Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München	Erstellt von: P. Müller-Barna	Überarbeitet von: P. Müller-Barna, L. Esterl-Pfäffl, N. Hubert	Freigegeben von: G. Hubert	Version: 2024	Gültig ab: 02.04.2024	Seite 1 von 15
--	----------------------------------	---	-------------------------------	------------------	--------------------------	-------------------

## 1. Qualitätsbereich Stroke Unit

ID	ID 2023	TEMPIS-Standard	DSC-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
1-1	1-1	P 1.b)	2	ja	<b>Einbettung SU</b>	Die Stroke Unit befindet sich in einer Abteilung für Neurologie oder einer Inneren Abteilung mit Schlaganfallexpertise. Eine neurologische oder internistische fachärztliche Leitung für die Stroke Unit ist benannt. Je nach Fachgebiet der ärztlichen Leitung wird zusätzlich ein*e in der Schlaganfallversorgung erfahrene*r Fachärzt*in für Neurologie oder Innere Medizin eingebunden.	entfällt	1	alle SU	
1-2	1-2	P 1.a)	6		<b>Schwerpunktstation</b>	Die Partnerklinik konzentriert die Schlaganfallversorgung in seinem Versorgungsgebiet auf eine Schwerpunktstation mit Aufnahmepflicht ausschließlich für Schlaganfallpatient*innen („Stroke Unit“, regionale Schlaganfallbehandlungseinheit).	entfällt	1	alle SU	
1-3	1-3	P 1.c)	3, 4		<b>Monitorbetten</b>	Die Anzahl der monitorisierten Stroke Unit-Betten orientiert sich am Bedarf, wobei als Bedarf ein Bett pro 100 in der Partnerklinik versorgten Schlaganfallpatient*innen (inklusive TIA-Patient*innen) und Jahr zu veranschlagen ist.	2 Betten zu wenig bis 2 Betten zu viel, Mindestanzahl 4 Betten	1	alle SU	
1-4	1-4	P 1.c)			<b>Nachsorgebetten</b>	Für jedes monitorisierte Stroke Unit-Bett werden 1 bis 2 nicht-monitorisierte Schlaganfall-Weiterbehandlungsbetten vorgehalten.	entfällt	2	alle SU	
1-5	1-5	P 1.d)			<b>Ausweisung Monitorbetten</b>	Die monitorisierten Stroke Unit-Betten werden im Bettenplan der Partnerklinik als Stroke Unit-Betten ausgewiesen und stehen in räumlichem Zusammenhang.	entfällt	1	alle SU	
1-6	1-6	P 1.d)	20	ja	<b>Zentrales Monitoring</b>	Die monitorisierten Stroke Unit-Betten werden über eine zentrale Monitoranlage überwacht. Ein kontinuierliches Monitoring folgender Vitalparameter wird bei Bedarf durchgeführt: Blutdruck (nicht invasiv), Herzfrequenz, EKG, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Temperatur.	entfällt	1	alle SU	
1-7	1-7	P 1.d)			<b>Technische Ausstattung</b>	Blutgasanalysen und Blutzuckermessungen können jederzeit durchgeführt werden. Perfusoren und Infusomaten werden in ausreichender Zahl vorgehalten.	entfällt	1	alle SU	
1-8	1-8	P 1.e)			<b>Weiterbehandelndes Team</b>	Monitorisierte Stroke Unit-Betten und nicht-monitorierte Schlaganfall-Weiterbehandlungsbetten werden räumlich auf der gleichen Station untergebracht und vom gleichen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Team behandelt. Eine Aufteilung auf zwei Stationen ist nur bei großen Einheiten mit	entfällt	2	alle SU	

					mindestens 6 Monitorbetten möglich. Die Stroke Unit liegt in räumlicher Nähe zur Intensivstation.				
<b>1-9</b>	1-10	P 1.a)			<b>Lyse auf Stroke Unit</b> Die klinische Überwachung nach der Bolusgabe bei der systemischen Lysetherapien wird regelmäßig auf der Stroke Unit durchgeführt (Ausnahme: kardiorespiratorisch instabile Patient*innen).	entfällt	<b>1</b>	alle SU	
<b>1-10</b>	7-2	T 2.b)			<b>Telemedizinarbeitsplatz</b> Für die telemedizinischen klinischen Untersuchungen steht ein mobiler oder stationärer Telemedizinarbeitsplatz mit systemkompatiblem Videokonferenzsystem 24/7 zur Verfügung. Der Standort des Telemedizinarbeitsplatzes ist so gewählt, dass eine schnelle Behandlung der Patient*innen gewährleistet wird.	entfällt	<b>1</b>	TSU	
<b>1-11</b>	7-3	T 2.b)			<b>Telekonsilraum</b> Für die Durchführung des Telekonsils steht ein ausreichend großer und ungestörter Untersuchungsraum zur Verfügung.	entfällt	<b>1</b>	TSU	
<b>1-12</b>	7-4	T 2.c)			<b>Dokumentation Telekonsil</b> Die aus dem Zentrum datenschutzkonform elektronisch übermittelte Befunddokumentation kann in der Klinik eingesehen und in die Patientenakte überführt werden.	entfällt	<b>1</b>	alle SU	
<b>1-13</b>	1-9	P 1.f)	6		<b>Anzahl SU-Patienten</b> Anzahl der auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA.	mind. 200	<b>1</b>	alle SU	Controlling (Punkt E)
<b>1-14</b>	8-9		6		<b>SU-Rate gemäß Zertifizierung</b> Anteil der auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA an allen in der Abteilung behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA.	mind. 80%	<b>1</b>	alle SU	Controlling (Punkt E/B)
<b>1-15</b>	8-10	P 1.g)	6		<b>Fehlbelegungen</b> Anteil der Patient*innen ohne Schlaganfall oder TIA (z.B. sogenannte Stroke Mimics oder IMC-Patient*innen) auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten an allen auf diesen Betten behandelten Patient*innen.	max. 40%	<b>1</b>	alle SU	Controlling (Punkt L/(L+E))
<b>1-16</b>	8-11	P 1.g)	6		<b>TIA-Rate</b> Anteil der mit der Diagnose TIA entlassenen Patient*innen an allen Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA der Abteilung.	max. 40%	<b>1</b>	alle SU	Controlling (Punkt D/B)
<b>1-17</b>	8-12		38		<b>Abmeldungen SU</b> Abgemeldete Zeit der Stroke Unit in IVENA oder einem vergleichbaren Register (Prozentuale Abmelderate)	max. 20%	<b>1</b>	alle SU	Controlling (Punkt M)

## 2. Qualitätsbereich Akutversorgung

ID	ID 2023	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
2-1	6-7		41		<b>Rettungsdienstkonzept</b>	Ein Rettungsdienstkonzept ist mit dem Rettungsdienst und den weiteren Schlaganfallversorgern im Rettungsdienstbereich schriftlich niedergelegt.	entfällt	1	alle SU	
2-2	2-1		41		<b>Voranmeldung</b>	Die regelmäßige Voranmeldung durch die Leitstelle von Patient*innen mit V.a. akuten Schlaganfall ist etabliert.	entfällt	2	alle SU	
2-3	2-4				<b>Schulungen Dienstärzt*innen NA</b>	Die zuständigen Dienstärzt*innen der Notaufnahme werden regelmäßig in der Behandlung akuter Schlaganfallpatient*innen geschult (auch außerhalb der Fortbildungen durch TEMPIS).	entfällt	2	alle SU	
2-4	2-5				<b>Schulungen NA-Pflege</b>	Das Pfl egeteam der Notaufnahme wird regelmäßig in der Behandlung akuter Schlaganfallpatient*innen geschult (auch außerhalb der Fortbildungen durch TEMPIS).	entfällt	2	alle SU	
2-5	4-2		13		<b>CTA-Rate</b>	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die in der Initialphase (bis 6 Stunden nach Aufnahme) eine CT-Angiographie erhalten.	mind. 30%	1	alle SU	Controlling (Punkt F/C)
2-6	4-19		13		<b>CTP-Rate</b>	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die in der Initialphase (bis 6 Stunden nach Aufnahme) eine CT-Perfusion erhalten.	mind. 10%	2	alle SU	Controlling (Punkt G/C)
2-7	4-4	P 3.b)	20		<b>Notfalllabor</b>	Die folgenden Laborparameter sind bei akuten Schlaganfallpatient*innen rund um die Uhr innerhalb von 40 Minuten verfügbar: Blutbild inkl. Thrombozyten, Blutzucker, Elektrolyte, Blutungszeit, PTT, INR.	entfällt	1	alle SU	Stichprobe Labor
2-8	8-20		7		<b>Telekonsil-Rate</b>	Verhältnis von durchgeführten Telekonsilen zu Anzahl an allen Schlaganfällen in der Abteilung. In Kliniken mit ausschließlich Konsilneurolog*innen: mind. 90%. In Kliniken mit fest angestellten Neurolog*innen: mind. 50%.	mind. 90% bzw. 50%	2	TSU	Telekonsil-datenbank / Controlling (Punkt B)
2-9	8-21		7		<b>Videokonferenz-Rate</b>	Anteil der Patientenvorstellungen per Videokonferenz an allen durchgeführten Telekonsilen.	mind. 80%	2	TSU	Telekonsil-datenbank
2-10	8-22		7		<b>Rate Telekonsile ohne Schlaganfalldiagnose</b>	Anteil der Telekonsile ohne schlaganfallbezogener Fragestellung (Einschätzung des Telekonsildienstes) an allen Telekonsilen.	max. 5%	2	TSU	Telekonsil-datenbank
2-11	9-5				<b>Door to Needle Zeit (Lysetherapien TEMPIS)</b>	Zeit von Aufnahme bis Lysebeginn bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	max. 45 min	2	TSU	Klinikreport Lysetherapie

2-12	9-6			<b>Bildgebung ≤ 15 min (Rekanalisierende Therapien TEMPiS)</b>	Beginn der kranialen Bildgebung innerhalb von 15 min nach Aufnahme bei telemedizinisch indizierten Lysetherapien und/oder (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 70%	2	alle SU	Klinikreport Lysetherapie, Thrombektomie
2-13	9-12			<b>Bildgebung bis Entscheidung ≤ 40 min (FIT-Einsätze &amp; Verlegungen)</b>	Entscheidung zur Thrombektomie innerhalb von 40 min nach Beginn der Bildgebung bei FIT-Einsätzen und Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 70%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-14			28	<b>Bildgebung bis Anforderung Transport ≤ 60 min (Verlegungen)</b>	Anforderung des Sekundärverlegungstransportes innerhalb von 60 min nach Beginn der Bildgebung bei Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	1	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-15	8-19			<b>Zeitgerechte Sedierung bei FIT-Einsatz</b>	Anteil der bei Eintreffen des FIT-Interventionsteams bereits sedierten Patient*innen.	mind. 80%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-16				<b>Ablehnungen FIT-Einsatz</b>	Anteil der von der Partnerklinik abgelehnten FIT-Einsätze bei geeigneten Patient*innen im FIT-Einsatzzeitraum	max. 10%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie

### 3. Qualitätsbereich Behandlungspartner

ID	ID 2023	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
3-1	3-1	P 2.a)	8		<b>Kardiologische Expertise</b>	Im Krankenhaus ist eine internistische Abteilung mit kardiologischer Expertise vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-2	3-2	P 2.b)	7	ja	<b>Neurologische Visite</b>	Alle Schlaganfallpatient*innen auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten und auf der Intensivstation werden täglich durch eine*n Neurolog*in vor Ort visitiert. Zusätzlich wird jede*r Schlaganfallpatient*in mindestens einmal zur Festlegung des weiteren Behandlungsplanes vor Ort neurologisch untersucht und beurteilt.	entfällt	1	alle SU	
3-3	3-3	P 2.b)			<b>Gemeinsame Visite</b>	Eine gemeinsame neurologisch-internistische Visite findet mindestens einmal pro Woche statt.	entfällt	2	TSU	
3-4	3-4	P 2.c)	9		<b>Radiologie 24/7</b>	Im Krankenhaus ist eine radiologische Abteilung oder eine assoziierte radiologische Praxis mit neuroradiologischer Kompetenz am Standort 24/7 verfügbar. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist mindestens eine teleradiologische Befundung vorzuhalten.	entfällt	1	alle SU	
3-5	3-5		9		<b>MTRA 24/7</b>	Eine geeignete radiologische Assistentkraft für die Durchführung der Notfallbildgebung (CT, CTA, CTP) ist 24/7 vor Ort präsent (MTRA oder andere geeignete Assistenz)	entfällt	1	alle SU	
3-6	3-6		9		<b>Radiologische Konferenz</b>	Werktäglich findet eine (neuro-)radiologische Konferenz mit der Abteilung statt, der die Stroke Unit zugeordnet ist.	entfällt	1	alle SU	
3-7	3-7	P 2.d)	11		<b>Intensivstation 24/7</b>	Eine Intensivstation mit Beatmungsmöglichkeit und Intensivtherapie rund um die Uhr ist am Standort vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-8	3-8	P 2.e)	12		<b>Kooperation Gefäßchirurgie</b>	Eine Kooperation mit einer gefäßchirurgischen Abteilung ist vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-9	3-9				<b>Anästhesie FIT</b>	Die anästhesiologische Vorbereitung und Betreuung von FIT-Patient*innen ist täglich von 8-22 Uhr umgehend gewährleistet.	entfällt	1	FIT-Kliniken	
3-10	3-10				<b>Assistenz Angio FIT</b>	Die Vorbereitung der Angio-/Herzkatheteranlage und des Angio-Sets bei FIT-Einsätzen ist täglich von 8-22 Uhr umgehend gewährleistet.	entfällt	1	FIT-Kliniken	

## 4. Qualitätsbereich Diagnostik &amp; Therapie

ID	ID 2023	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
4-1	4-1	P 3.a)	13, 14		<b>Verfügbarkeit CT+CTA</b>	Die 24/7-Verfügbarkeit einer kranialen Computertomographie inklusive CT-Angiographie ist sichergestellt. Bei akuten Schlaganfallpatient*innen werden diese Untersuchungen als Notfall innerhalb von wenigen Minuten durchgeführt.	entfällt	1	alle SU	
4-2	4-3	P 3.a)	13		<b>Verfügbarkeit CTP</b>	Eine CT-Perfusion ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-3	4-6	P 3.c)	14		<b>Verfügbarkeit cMRT</b>	Eine kraniale Kernspintomographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar (nicht zwingend im Krankenhaus selbst).	entfällt	1	alle SU	
4-4	7-1	T 2.a)			<b>Bildübertragung TEMPIS</b>	Eine schnelle und systemkompatible Übermittlungsmöglichkeit der radiologischen Bildgebung entsprechend dem DICOM-Standard an die Schlaganfallzentren ist gewährleistet. Für die Übertragung wird eine Bandbreite von mindestens 10 Mbit/s zur Verfügung gestellt.	entfällt	1	alle SU	
4-5	4-18				<b>Angioanlage FIT</b>	Eine Angio- bzw. Herzkatheteranlage steht täglich von 8-22 Uhr für FIT-Einsätze umgehend zur Verfügung.	entfällt	1	FIT-Kliniken	
4-6	4-9	P 3.e)	16	ja	<b>Duplexsonographie</b>	Eine extra- und intrakranielle Duplexsonographie ist täglich verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-7	4-10	P 3.e)	16		<b>Duplex-Rate extrakraniell</b>	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine extrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	2	alle SU	Controlling (Punkt I/C)
4-8	4-11	P 3.e)	16		<b>Duplex-Rate intrakraniell</b>	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine intrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	2	alle SU	Controlling (Punkt K/C)
4-9	4-12		16		<b>Duplex eigene Abteilung</b>	Die extra- und intrakraniellen Duplexsonographien erfolgen durch die eigene Abteilung.	entfällt	2	alle SU	
4-10	4-5	P 3.b)	-		<b>Liquordiagnostik</b>	Eine Notfall-Liquordiagnostik ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-11	4-17	P 3.f)			<b>Verfügbarkeit EEG</b>	Eine Elektroenzephalographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-12	4-7	P 3.d)	18, 19		<b>Verfügbarkeit TTE, EKG</b>	Ein 12-Kanal-EKG und eine Echokardiographie sind 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	

4-13	4-8	-	19		<b>TEE-Rate</b>	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine transösophageale Echokardiographie erhalten.	mind. 15%	2	alle SU	Controlling (Punkt H/C)
4-14		P 4.b)			<b>Neurostatus Pflege</b>	Auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten werden Vitalparameter und Neurostatus gemäß TEMPiS-SOP erhoben.	entfällt	2	alle SU	
4-15	4-15				<b>Schluckassessment</b>	Die Pflegekräfte der Stroke Unit führen das Schluckscreening bei jeder/m Schlaganfallpatient*in nach einem geeigneten Standard durch und werden hierfür regelmäßig geschult.	entfällt	2	alle SU	
4-16	4-13	P 3.f)			<b>Verfügbarkeit FEES</b>	Eine apparative Schluckdiagnostik mittels FEES ist werktäglich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-17					<b>Malnutritionsscreening</b>	Bei jeder/m Schlaganfallpatient*in wird bei Aufnahme ein geeignetes Malnutritionsscreening durchgeführt und bei Auffälligkeiten der Ernährungsstatus im Stroke Team kommuniziert.	entfällt	2	alle SU	
4-18	4-14				<b>Dysphagiekost</b>	Eine differenzierte Dysphagiekost mit mind. 3 Kostformstufen ist verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-19	4-16				<b>Nasogastrale Sonde</b>	Nasogastrale Sonden werden bei entsprechender Indikation zeitnah gelegt.	entfällt	2	alle SU	

## 5. Qualitätsbereich Stroke Team

ID	ID 2023	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
5-1	5-1	P 4.			<b>Stroke Team</b>	Für die Schlaganfallbehandlung wird ein multidisziplinäres, spezifisch trainiertes und ausreichend ausgestattetes Stroke-Team vorgehalten. Dies beinhaltet ausreichende Räumlichkeiten, eine ausreichende und möglichst stabile Stationsbesetzung, gemeinsame Teamfortbildungen und -veranstaltungen, ggf. mit Supervision.	entfällt	2	alle SU	
5-2	5-2	P 4.a)	22		<b>Zuordnung Assistenzarzt</b>	Der Stroke Unit ist in der Regelarbeitszeit ein*e Assistenzärzt*in fest zugeordnet.	entfällt	1	alle SU	
5-3	5-3	P 4.a)		ja	<b>Verfügbarkeit Arzt</b>	Die unverzügliche ärztliche Behandlung der unter dem Verdacht auf einen akuten Schlaganfall (inklusive TIA) aufgenommenen Patient*innen einschließlich der neurologischen Erstuntersuchung per Videokonferenz ist 24/7 sichergestellt. Für jede*n im Rahmen des Netzwerks telemedizinisch untersuchte*n oder konsiliarisch betreute*n Patient*in wird eine ausreichende Dokumentation für die Krankengeschichte erstellt. Die regelmäßige Durchführung ärztlich-neurologischer Untersuchungen aller Schlaganfallpatient*innen auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten mindestens 4 Mal pro Tag ist sichergestellt.	entfällt	1	alle SU	
5-4	5-4	P 4.b)			<b>Verfügbarkeit Pflege</b>	Die Stroke Unit-Betten werden personell rund um die Uhr ausreichend besetzt, so dass u.a. eine umfassende pflegerische Versorgung sowie die Überwachung der Vitalparameter und des neurologischen Status möglich sind. Auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten ist die Möglichkeit der Neurostatus-Erhebung in 1- bis 2-stündlichen Intervallen gegeben. Hierfür ist neben einer den Monitorbetten fest zugeordneten Pflegekraft rund um die Uhr mindestens eine zweite Pflegekraft verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
5-5	5-5	P 4.b)	23		<b>Pflegeschlüssel</b>	Die minimale personelle Besetzung mit examinierten Pflegekräften sind 1,5 Vollkräfte (VK) pro monitorisiertem Stroke Unit-Bett und 0,3 VK pro nicht-monitorisiertem Stroke Unit-Bett. Es muss eine adäquate Schichtbesetzung der SU nachgewiesen werden (Anhang 2 im DSG-Katalog). Gesetzlich festgelegte Pflegepersonaluntergrenzen gelten vorrangig. Falls die Stroke Unit in eine größere organisatorische Einheit eingegliedert ist, muss mindestens die Hälfte der auf der Stroke Unit eingesetzten examinierten Pflegekräfte kontinuierlich mit der Versorgung der Patient*innen in den Stroke Unit-Betten betraut sein.	mind. berechnete VK und ggf. mind. 50% Kernteam	1	alle SU	Dienstplan
5-6	5-6	P 4.b)	23		<b>Qualifikation Pflege</b>	Ein Teil der SU-Pflegekräfte besitzt das Zertifikat des Stroke Unit-Pflegekurses der DSG.	mind. 2 MA; mind. 1 MA/Jahr im Kurs	2	alle SU	

5-7	5-7	P 4.c)	24		<b>Verfügbarkeit Therapeuten</b>	Das Krankenhaus stellt die tägliche fachgerechte Versorgung der Schlaganfallpatient*innen in den therapeutischen Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie sicher. Dabei muss für jede*n Schlaganfallpatient*in bei Vorliegen eines entsprechenden neurologischen Defizits mindestens eine therapeutische Einheit pro Tag und pro Bereich bis zum Tag der Krankenhausentlassung gewährleistet sein. Pro Werktag werden für jede therapeutische Berufsgruppe mindestens 1,5-2 Stunden pro 4 monitorisierten Stroke Unit-Betten zzgl. der selben Zeit für die bereits von den Monitorbetten abverlegten Schlaganfallpatient*innen vorgehalten.	entfällt	1	alle SU	
5-8	5-8	P 4.c)	24	ja	<b>Verfügbarkeit Therapeuten am WE</b>	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auch an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten.	entfällt	1	alle SU	
5-9	5-12	P 4.d)	24		<b>Teambesprechungen</b>	Teambesprechung des Stroke-Teams finden werktätlich, mindestens jedoch 2x/Woche unter Einbeziehung von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialdienst statt.	entfällt	1	alle SU	
5-10	5-13	P 4.d)	24		<b>Interne Teamfortbildungen</b>	Regelmäßige Teamsitzungen des Stroke Teams mit Fortbildungen, Fallbesprechungen und Austausch zu fachlichen und organisatorischen Themen finden statt.	mind. 3x/Jahr	2	alle SU	
5-11					<b>Teilnahme an TEMPiS-Fortbildungen</b>	Bei jedem der drei Kursteile des Schlaganfall-Intensivkurses (SIK) des TEMPiS-Netzwerks nimmt mindestens ein*e ärztliche*r Mitarbeiter*in teil (Teilnahme von eine*m Ärzt*in an allen 3 Kursteilen oder verschiedene Ärzt*innen pro Kursteil).	entfällt	2	TSU	
5-12	5-14		31		<b>NIHSS-Zertifikat</b>	Ärztliche Mitarbeiter*innen in Besitz eines gültigen NIH-SS-Zertifikates.	mind. 1	1	alle SU	

## 6. Qualitätsbereich Qualitätssicherung

ID	ID 2023	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
6-1	6-1	P 4.d)	27		<b>Ergebniskommunikation Ärzte</b>	Ergebniskommunikation der von der LAG und von TEMPiS erhobenen Qualitätskennzahlen an das ärztliche SU-Team.	mind. 1x/Jahr	1	alle SU	
6-2	6-2	P 4.d)	27		<b>Ergebniskommunikation Pflege &amp; Therapie</b>	Ergebniskommunikation der von der LAG und von TEMPiS erhobenen Qualitätskennzahlen an das pflegerische und therapeutische SU-Team.	mind. 1x/Jahr	2	alle SU	
6-3	6-3		28		<b>Zeitziele</b>	Konkrete Zeitziele für die rekanalisierenden Therapien sind benannt und im Team bekannt (Door-Needle-Zeit, CT-Door out-Zeit bei Verlegung zur Thrombektomie, ggf. Door-Puncture-Zeit bei Thrombektomie vor Ort).	entfällt	1	alle SU	
6-4	2-2		29		<b>Stroke-Standard Ärzteteam NA</b>	Ein Standard zur ärztlichen Versorgung von akuten Schlaganfallpatient*innen in der Notaufnahme inkl. Bildgebung ist etabliert.	entfällt	1	alle SU	
6-5	2-3		30		<b>Stroke-Standard Pflgeteam NA</b>	Ein Standard zur pflegerischen Versorgung von akuten Schlaganfallpatient*innen in der Notaufnahme inkl. Bildgebung ist etabliert.	entfällt	1	alle SU	
6-6	6-4		29		<b>Ärztliches Manual SU</b>	Ein ärztliches Stroke Unit-Manual gemäß DSG-Standard ist vorhanden, das die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	alle SU	
6-7	6-5		30		<b>Pflegemanual SU</b>	Ein Pflegemanual für die Stroke Unit gemäß DSG-Standard ist vorhanden, das die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	alle SU	
6-8	6-6		40		<b>Risikomanagement</b>	Ein Risikomanagement ist in der Klinik etabliert und der Schlaganfall-Behandlungspfad wird regelmäßig einer klinischen Risikoanalyse unterzogen.	entfällt	2	alle SU	
6-9	6-8		46		<b>Maßnahmenplan</b>	Ein Maßnahmenplan zu den Bemerkungen des letzten DSG- bzw. TEMPiS-Audits liegt vor und wird umgesetzt.	entfällt	1	alle SU	
6-10					<b>Teilnahme FIT-Register</b>	Anteil der vollständig dokumentierten Nachbehandlungsbögen von FIT-Patient*innen	mind. 90%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie

## 7. Qualitätsbereich ADSR-Kriterien

ID	ID 2023	ADSR-QI	DSC-Kriterium	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungs- bereich	Datenquelle
7-1	8-1	ADSR 02-002		<b>Behandlungsbeginn Physio/Ergo &lt;48h</b>	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Physio- oder Ergotherapie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	LAG
7-2	8-2	ADSR 03-003		<b>Behandlungsbeginn Logo &lt;48h</b>	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Logopädie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	LAG
7-3	8-4	ADSR 06-001		<b>Empfehlung OAK</b>	Therapeutische Antikoagulation bei entsprechender Indikation (Behandlungsbeginn oder Empfehlung).	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-4	8-3	ADSR 09-002		<b>Gefäßdiagnostik &lt;24h</b>	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (Duplex, CTA, MRA, DSA) spätestens am Folgetag der Aufnahme.	mind. 80%	2	alle SU	LAG
7-5	8-5	ADSR 12-002		<b>Schluckscreening</b>	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen durch geschultes Personal.	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-6	9-1	ADSR 13-005		<b>Bildgebung ≤30 min</b>	Kraniale Bildgebung innerhalb von 30min nach Aufnahme für alle Patient*innen mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA.	mind. 60%	2	alle SU	LAG
7-7		ADSR 13-007		<b>CTA direkt nach Nativ-CT</b>	CTA direkt im Anschluß an CCT bei Kandidat*innen für Rekanalisationstherapie.	mind. 70%	2	alle SU	LAG
7-8	8-6	ADSR 14-006		<b>Lyserate on-label</b>	Lyserate bei Patient*innen mit Voraussetzungen innerhalb der Zulassungskriterien.	mind. 50%	2	alle SU	LAG
7-9	8-7	ADSR		<b>Lyserate gesamt</b>	Lyserate als Anteil aller Patient*innen mit ischämischen Hirninfarkt: alle systemischen Lysetherapien (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>2. Systemische Thrombolyse im eigenen Haus) durch alle ischämischen Hirninfarkte (Detailstatistik>Patienten>3. ICD-Kodierung>I63: Hirninfarkt)	mind. 10%	2	alle SU	LAG
7-10	8-8	ADSR 15-002		<b>SU-Rate gemäß ADSR</b>	Hohe Behandlungsrate bei Hirninfarkt/TIA auf der Stroke Unit gemäß LAG. Falls von LAG nicht berechnet: Fälle auf SU behandelt (Detailstatistik>Entlassung>3. Aufenthalt SU) durch alle Fälle mit ischämischem Hirninfarkt & TIA (Detailstatistik>Patienten>3. ICD-Kodierung>I63: Hirninfarkt und G45: TIA)	mind. 85%	2	alle SU	LAG
7-11	9-2	ADSR	25	<b>Lysebeginn ≤60 min gesamt</b>	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei allen Lysetherapien (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>2. Systemische Thrombolyse bei Pat. mit Hirninfarkt, Zeitintervall Aufnahme und Beginn der Lyse, ohne Inhouse-Stroke, innerhalb von 60min).	mind. 70%	1	alle SU	LAG
7-12	9-3	ADSR 16a-003		<b>Lysebeginn ≤60 min on-label</b>	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei Lysetherapie innerhalb der Zulassungskriterien (ohne Altersbeschränkung).	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-13	8-13	ADSR 17-002		<b>Revaskularisation Karotisstenose</b>	Durchführung oder Empfehlung zu einer Revaskularisation bei allen Patient*innen mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA der Abteilung mit symptomatischer Karotisstenose.	mind. 80%	2	alle SU	LAG

<b>7-14</b>	8-14	ADSR 19-001		<b>Rehabilitation</b>	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme bei entsprechender Indikation.	mind. 70%	2	alle SU	LAG
<b>7-15</b>	8-15	ADSR 21-001		<b>Statingabe</b>	Verordnung oder Empfehlung eines Statins bei Patient*innen mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA.	mind. 90%	2	alle SU	LAG
<b>7-16</b>	8-16	ADSR 22-001		<b>Rhythmusdiagnostik</b>	Durchführung einer Rhythmusdiagnostik über mind. 24h bei Patient*innen mit Hirninfarkt/TIA ohne vorbekanntem Vorhofflimmern.	mind. 80%	2	alle SU	LAG
<b>7-17</b>	8-17	ADSR 23-001		<b>mTE-Rate</b>	Durchführung bzw. Verlegung zur mTE bei Großgefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) im 6h-Zeiffenster	mind. 60%	2	alle SU	LAG
<b>7-18</b>	9-11	ADSR 25-001	28	<b>Leistenpunktion ≤90 min mTE vor Ort</b>	Leistenpunktion innerhalb von 90min nach Aufnahme bei allen vor Ort durchgeführten mTE (ohne FIT-Einsätze).	mind. 50%	<b>1</b>	alle SU	LAG
<b>7-19</b>	9-10	ADSR 26-001	28	<b>Bildgebung bis Door out ≤75min Verlegung</b>	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 75min nach Beginn der Bildgebung bei allen Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	2	alle SU	LAG
<b>7-20</b>	8-18	ADSR 27-001		<b>Erfolgreiche Rekannalisation bei mTE</b>	Erfolgreiche Rekannalisation (TICI 2b/3) bei im eigenen Haus durchgeführter mechanischer Thrombektomie	mind. 80%	2	alle SU	LAG

## Änderungshistorie von 2023 auf 2024

Der Kriterienkatalog wurde umfassend überarbeitet. Die wichtigsten Änderungen im Überblick:

- Im Qualitätsbereich 2 (bisher „Notaufnahme“, neu „Akutversorgung“) sind alle Qualitätskriterien zur Akutversorgung gebündelt.
- Der bisherige Qualitätsbereich „Technik“ wurde aufgelöst und die Indikatoren inhaltlich in die entsprechenden Bereiche einsortiert.
- Aus den bisherigen Qualitätsbereichen „Prozesse“ und „Zeiten“ wurden alle ADSR-Kriterien zum neuen Qualitätsbereich „ADSR-Kriterien“ zusammengefasst. Die restlichen Prozess- und Zeitindikatoren wurden inhaltlich in die entsprechenden Bereiche einsortiert.
- Die Relevanzeinteilung wurde von 3 auf 2 Stufen reduziert.

### 1. Qualitätsbereich Stroke Unit

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
9	1-10	Lyse auf Stroke Unit	Beschreibung angepasst, Relevanz hochgestuft
10	7-2	Telemedizinarbeitsplatz	aus Bereich „Technik“ verschoben
11	7-3	Telekonsilraum	aus Bereich „Technik“ verschoben
12	7-4	Dokumentation Telekonsil	aus Bereich „Technik“ verschoben; Name und Beschreibung geändert
14	8-9	SU-Rate gemäß Zertifizierung	aus Bereich „Prozesse“ verschoben
15	8-10	Fehlbelegungen	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft
16	8-11	TIA-Rate	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft
17	8-12	Abmeldungen SU	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft

### 2. Qualitätsbereich Akutversorgung

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
1	6-7	Rettungsdienstkonzept	aus Bereich „Qualitätssicherung“ verschoben, Relevanz hochgestuft
5	4-2	CTA-Rate	aus Bereich „Diagnostik&Therapie“ verschoben
6	4-19	CTP-Rate	aus Bereich „Diagnostik&Therapie“ verschoben, Relevanz hochgestuft
7	4-4	Notfalllabor	aus Bereich „Diagnostik&Therapie“ verschoben
8	8-20	Telekonsil-Rate	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft
9	8-21	Videokonferenz-Rate	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft
10	8-22	Rate Telekonsile ohne Schlaganfalldiagnose	aus Bereich „Prozesse“ verschoben; Relevanz hochgestuft
11	9-5	Door to Needle Zeit (Lysetherapien TEMPIS)	aus Bereich „Zeiten“ verschoben; Name angepasst
12	9-6	Bildgebung ≤ 15 min (Rekana-lisierende Therapien TEMPIS)	aus Bereich „Zeiten“ verschoben; Name und Zielbereich angepasst
13	9-12	Bildgebung bis Entscheidung ≤ 40min (FIT-Einsätze&Verlegungen)	aus Bereich „Zeiten“ verschoben; Name, Beschreibung und Zielbereich angepasst
14		Bildgebung bis Anforderung Transport ≤ 60 min (Verlegungen)	neues Kriterium aus DSG-Zertifizierungskriterien
15	8-19	Zeitgerechte Sedierung bei FIT-Einsatz	aus Bereich „Prozesse“ verschoben
16		Ablehnungen FIT-Einsatz	neues Kriterium

### 3. Qualitätsbereich Behandlungspartner

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
6		Radiologische Konferenz	Relevanz hochgestuft

### 4. Qualitätsbereich Diagnostik & Therapie

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
2	4-19	Verfügbarkeit CTP	Relevanz hochgestuft
4	7-1	Bildübertragung TEMPIS	aus Bereich „Technik“ verschoben
14		Neurostatus Pflege	neues Kriterium
17		Malnutrationscreening	neues Kriterium

Die Kriterien wurden innerhalb des Bereiches themenbezogen neu sortiert.

### 5. Qualitätsbereich Stroke Team

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
8	5-8, 5-9, 5-10	Verfügbarkeit Therapeuten am WE	bisher ein Kriterium pro Berufsgruppe; nun für alle drei Berufsgruppen in einem Kriterium zusammengefasst
9	5-11, 5-12	Teambesprechungen	beide Kriterien wurden zusammengefasst
10	5-13	Interne Teamfortbildungen	Name und Beschreibung angepasst
11		Teilnahme an TEMPIS-Fortbildungen	neues Kriterium
12		NIHSS-Zertifikat	Relevanz hochgestuft

### 6. Qualitätsbereich Qualitätssicherung

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
2	6-2	Ergebniskommunikation Pflege & Therapie	Name und Beschreibung angepasst; Relevanz hochgestuft
3	6-3	Zeitziele	Zielziele von Lyse auf rekanalisierende Therapien erweitert
4	2-2	Stroke-Standard Ärzteteam NA	aus Bereich „Notaufnahme“ verschoben
5	2-3	Stroke-Standard Pflegeteam NA	aus Bereich „Notaufnahme“ verschoben
10		Teilnahme FIT-Register	neues Kriterium

### 7. Qualitätsbereich ADSR-Kriterien

Nr.	ID alt	Kriterium	Änderungen
7		CTA-direkt nach Nativ-CT	neues Kriterium
13	8-13	Revaskularisation Karotistenose	Zielbereich auf 80% angehoben (Vorgabe der LAG)

Alle ADSR-Kriterien aus den bisherigen Bereichen „Prozesse“ und „Zeiten“ wurden in diesem neuen Bereich zusammengefasst.