

Kriterienkatalog Version 2025

TEMPiS Qualitätssicherung 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. telemedizinischer 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 vertragliche 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 > Dokumente > Qualitätsstandards)
- TEMPiS SOP 2023, Stand Oktober 2023 (www.tempis.de > Dokumente > SOP)
- DSG-Zertifizierungsantrag Stroke Unit, Stand 12/2024 (www.dsg-info.de > Stroke Units > Zertifizierungsanträge), DGNeurologie 2025, Band 8: 5-10
- OPS-Katalog des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM, Version 2025 (<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/block-8-97...8-98.htm>)
- Landesarbeitsgemeinschaft zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung in Bayern (LAG Bayern; www.lag-by.de > QS-Verfahren > Landesverfahren > Schlaganfall)

1. Qualitätsbereich Stroke Unit

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
1-1	P 1.b)	2	ja	Einbettung SU	Die Stroke Unit befindet sich in einer Abteilung für Neurologie oder Innere Medizin 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	P 1.a)	6		Schwerpunktstation	Die Partnerklinik konzentriert die Schlaganfallversorgung in ihrem Versorgungsgebiet auf eine Schwerpunktstation mit Aufnahmepflicht ausschließlich für Schlaganfallpatient*innen („Stroke Unit“, regionale Schlaganfallbehandlungseinheit).	entfällt	1	alle SU	
1-3	P 1.c)	3, 4		Monitorbetten	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 (akzeptiert werden 2 Betten zu wenig bis 2 Betten zu viel, Mindestanzahl 3 Betten).	entfällt	1	alle SU	
1-4	P 1.c)			Nachsorgebetten	Für jedes monitorisierte Stroke Unit-Bett werden 1 bis 2 nicht-monitorisierte Schlaganfall-Weiterbehandlungsbetten vorgehalten.	entfällt	2	alle SU	
1-5	P 1.d)			Ausweisung Monitorbetten	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	P 1.d)	20	ja	Zentrales Monitoring	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	P 1.d)			Technische Ausstattung	Blutgasanalysen und Blutzuckermessungen können jederzeit durchgeführt werden. Perfusoren und Infusomaten werden in ausreichender Zahl vorgehalten.	entfällt	1	alle SU	
1-8	P 1.e)			Weiterbehandelndes Team	Monitorisierte Stroke Unit-Betten und nicht-monitorisierte 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 mindestens 6 Monitorbetten möglich. Die Stroke Unit liegt in räumlicher Nähe zur Intensivstation.	entfällt	2	alle SU	
1-9	P 1.a)			Lyse auf Stroke Unit	Die klinische Überwachung nach der Bolusgabe bei der systemischen Lysetherapien wird regelmäßig auf der Stroke Unit durchgeführt (Ausnahme: kardiorespiratorisch instabile Patient*innen).	entfällt	1	alle SU	

1-10	T 2.b)		Telemedizin-arbeits-platz	Für die telemedizinischen klinischen Untersuchungen steht ein mobiler oder stationärer Telemedizin-arbeitsplatz mit systemkompatiblem Videokonferenzsystem 24/7 zur Verfügung. Der Standort des Telemedizin-arbeitsplatzes ist so gewählt, dass eine schnelle Behandlung der Patient*innen gewährleistet wird.	entfällt	1	TSU	
1-11	T 2.b)		Telekonsilraum	Für die Durchführung des Telekonsils steht ein ausreichend großer und ungestörter Untersuchungsraum zur Verfügung.	entfällt	1	TSU	
1-12	T 2.c)		Dokumentation Telekonsil	Die aus dem Zentrum datenschutzkonform elektronisch übermittelte Befunddokumentation kann in der Klinik eingesehen und in die Patientenakte überführt werden.	entfällt	1	alle SU	
1-13	P 1.f)	6	Anzahl SU-Patienten	Anzahl der auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA.	mind. 200	1	alle SU	Controlling (Punkt E)
1-14		6	SU-Rate gemäß Zertifizierung	Anteil der auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA und abgerechneter Kompletpauschale (OPS 8-98, 8-98b) an allen in der Abteilung behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA.	mind. 80%	1	alle SU	Controlling (Punkt F/B)
1-15	P 1.g)	6	Fehlbelegungen	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%	1	alle SU	Controlling (Punkt M/(M+E))
1-16	P 1.g)	6	TIA-Rate	Anteil der mit der Diagnose TIA entlassenen Patient*innen an allen Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA der Abteilung.	max. 40%	1	alle SU	Controlling (Punkt D/B)
1-17		38	Abmeldungen SU	Abgemeldete Zeit der Stroke Unit in IVENA oder einem vergleichbaren Register (Prozentuale Abmelderate)	max. 20%	1	alle SU	Controlling (Punkt N)

2. Qualitätsbereich Akutversorgung

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
2-1		41		Rettungsdienstkonzept	Ein Rettungsdienstkonzept ist mit dem Rettungsdienst und den weiteren Schlaganfallversorgern im Rettungsdienstbereich schriftlich niedergelegt.	entfällt	1	alle SU	
2-2		41		Voranmeldung	Die regelmäßige Voranmeldung durch die Leitstelle von Patient*innen mit V.a. akuten Schlaganfall ist etabliert.	entfällt	2	alle SU	
2-3				Schulungen Dienstärzt*innen NA	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				Schulungen NA-Pflege	Das Pflegeteam der Notaufnahme wird regelmäßig in der Behandlung akuter Schlaganfallpatient*innen geschult (auch außerhalb der Fortbildungen durch TEMPiS).	entfällt	2	alle SU	
2-5		13		CTA-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die in der Initialphase (bis 6 Stunden nach Aufnahme) eine CT-Angiographie erhalten.	mind. 40%	1	alle SU	Controlling (Punkt G/C)
2-6		13		CTP-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die in der Initialphase (bis 6 Stunden nach Aufnahme) eine CT-Perfusion erhalten.	mind. 5%	2	alle SU	Controlling (Punkt H/C)
2-7	P 3.b)	20		Nofalllabor	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		7		Telekonsil-Rate	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		7		Videokonferenz-Rate	Anteil der Patientenvorstellungen per Videokonferenz an allen durchgeführten Telekonsilen.	mind. 80%	2	TSU	Telekonsil-datenbank
2-10				Bildgebung ≤ 15 min (Rekanalisierende Therapien TEMPiS)	Beginn der kranialen Bildgebung innerhalb von 15 min nach Aufnahme bei telemedizinisch indizierten Lysetherapien und (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 70%	2	alle SU	Klinikreport Lysetherapie, Thrombektomie
2-11				Door to Needle Zeit (Lysetherapien TEMPiS)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Lysebeginn bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	max. 45 min	2	TSU	Klinikreport Lysetherapie

2-12			Door in bis Door out (Verlegungen)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Abfahrt Patient bei Verlegungen zur geplanten mTE.	max. 90 min	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-13		28	Bildgebung bis Anforderung Transport ≤ 60 min (Verlegungen)	Anforderung des Sekundärverlegungstransportes innerhalb von 60 min nach Beginn der Bildgebung bei Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	1	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-14			Door to Groin Zeit (FIT)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Leistenpunktion bei FIT-Einsätzen.	max. 120 min	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-15			Zeitgerechte Vorbereitung bei FIT-Einsatz	Anteil der FIT-Einsätze mit abgeschlossener Vorbereitung bei Ankunft des Interventionsteams (Narkoseeinleitung, punktionsbereite Vorbereitung, steriler Tisch)	mind. 80%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-16			Ablehnungen FIT-Einsatz	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	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
3-1	P 2.a)	8		Kardiologische Expertise	Im Krankenhaus ist eine internistische Abteilung mit kardiologischer Expertise vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-2	P 2.b)	7	ja	Neurologische Visite	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	P 2.b)			Gemeinsame Visite	Eine gemeinsame neurologisch-internistische Visite findet mindestens einmal pro Woche statt.	entfällt	2	TSU	
3-4	P 2.c)	9		Radiologie 24/7	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		9		MTRA 24/7	Eine geeignete radiologische Assistenzkraft 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		9		Radiologische Konferenz	Werktäglich findet eine (neuro-)radiologische Konferenz mit der Abteilung statt, der die Stroke Unit zugeordnet ist. Zweimal pro Woche kann dies auch online erfolgen.	entfällt	1	alle SU	
3-7	P 2.d)	11		Intensivstation 24/7	Eine Intensivstation mit Beatmungsmöglichkeit und Intensivtherapie rund um die Uhr ist am Standort vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-8	P 2.e)	12		Kooperation Gefäßchirurgie	Eine Kooperation mit einer gefäßchirurgischen Abteilung ist vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-9				Anästhesie FIT	Die anästhesiologische Vorbereitung und Betreuung von FIT-Patient*innen ist täglich von 8-22 Uhr umgehend gewährleistet.	entfällt	1	FIT-Kliniken	
3-10				Assistenz Angio FIT	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 & Therapie

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
4-1	P 3.a)	13, 14		Verfügbarkeit CT+CTA	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	P 3.a)	13		Verfügbarkeit CTP	Eine CT-Perfusion ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-3	P 3.c)	14		Verfügbarkeit cMRT	Eine kraniale Kernspintomographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar (nicht zwingend im Krankenhaus selbst).	entfällt	1	alle SU	
4-4	T 2.a)			Bildübertragung TEMPiS	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				Angioanlage FIT	Eine Angio- bzw. Herzkatheteranlage steht täglich von 8-22 Uhr für FIT-Einsätze umgehend zur Verfügung.	entfällt	1	FIT-Kliniken	
4-6	P 3.e)	16	ja	Duplexsonographie	Eine extra- und intrakranielle Duplexsonographie ist täglich verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-7	P 3.e)	16		Duplex-Rate extrakraniell	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine extrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	2	alle SU	Controlling (Punkt K/C)
4-8	P 3.e)	16		Duplex-Rate intrakraniell	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine intrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	2	alle SU	Controlling (Punkt L/C)
4-9		16		Duplex eigene Abteilung	Die extra- und intrakraniellen Duplexsonographien erfolgen durch die eigene Abteilung.	entfällt	2	alle SU	
4-10	P 3.b)	-		Liquordiagnostik	Eine Notfall-Liquordiagnostik ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-11	P 3.f)			Verfügbarkeit EEG	Eine Elektroenzephalographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-12	P 3.d)	18, 19		Verfügbarkeit TTE, EKG	Ein 12-Kanal-EKG und eine Echokardiographie sind 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	

4-13	-	19		TEE-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine transösophageale Echokardiographie erhalten.	mind. 10%	1	alle SU	Controlling (Punkt I/C)
4-14	P 4.b)			Neurostatus Pflege	Auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten werden Vitalparameter und Neurostatus gemäß TEMPiS-SOP erhoben.	entfällt	2	alle SU	
4-15				Schluckassessment	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	P 3.f)			Verfügbarkeit FEES	Eine apparative Schluckdiagnostik mittels FEES ist werktäglich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-17				Malnutritionsscreening	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	wird erst 2026 bewertet
4-18				Dysphagiekost	Eine differenzierte Dysphagiekost mit mind. 3 Kostformstufen ist verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-19				Nasogastrale Sonde	Nasogastrale Sonden werden bei entsprechender Indikation zeitnah gelegt.	entfällt	2	alle SU	

5. Qualitätsbereich Stroke Team

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
5-1	P 4.			Stroke Team	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	P 4.a)	22		Zuordnung Assistenzarzt	Der Stroke Unit ist in der Regelarbeitszeit ein*e Assistenzärzt*in fest zugeordnet.	entfällt	1	alle SU	
5-3	P 4.a)		ja	Verfügbarkeit Arzt	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	P 4.b)			Verfügbarkeit Pflege	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	P 4.b)	23		Pflegeschlüssel	Die minimale personelle Besetzung mit examinieren 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 examinieren Pflegekräfte kontinuierlich mit der Versorgung der Patient*innen in den Stroke Unit-Betten betraut sein.	entfällt	1	alle SU	Dienstplan
5-6	P 4.b)	23		Qualifikation Pflege	Ein Teil der SU-Pflegekräfte besitzt das Zertifikat des Stroke Unit-Pflegekurses der DSG, nämlich mind. 0,5 Mitarbeiter pro Monitorbett, zusätzlich besucht jedes Jahr mind. 1 Mitarbeiter den entsprechenden Kurs.	entfällt	2	alle SU	
5-7	P 4.c)	24		Verfügbarkeit Therapeuten	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	entfällt	1	alle SU	

					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.				
5-8	P 4.c)	24	ja	Verfügbarkeit Therapeuten am WE	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie auch an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten.	entfällt	1	alle SU	
5-9	P 4.d)	24		Teambesprechungen	Teambesprechung des Stroke-Teams finden werktäglich, mindestens jedoch 2x/Woche unter Einbeziehung von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialdienst statt.	entfällt	1	alle SU	
5-10	P 4.d)	24		Interne Teamfortbildungen	Mindestens 3 Teamsitzungen des Stroke Teams pro Jahr mit Fortbildungen, Fallbesprechungen und Austausch zu fachlichen und organisatorischen Themen finden statt.	entfällt	2	alle SU	
5-11				Teilnahme an TEMPiS-Fortbildungen	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 Arzt*in an allen 3 Kursteilen oder verschiedene Ärzt*innen pro Kursteil).	entfällt	2	TSU	
5-12		31		NIHSS-Zertifikat	Mindestens 50% der auf der Stroke Unit tätigen Ober- und Stationsärzte sind in Besitz eines gültigen NIH-SS-Zertifikates.	entfällt	1	alle SU	

6. Qualitätsbereich Qualitätssicherung

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

7. Qualitätsbereich ADSR-Kriterien

ID	ADSR-QI	DSC-Kriterium	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungs- bereich	Datenquelle
7-1	ADSR 02-002		Behandlungsbeginn Physio/Ergo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Physio- oder Ergotherapie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	LAG
7-2	ADSR 03-003		Behandlungsbeginn Logo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Logopädie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	LAG
7-3	ADSR 06-001		Empfehlung OAK	Therapeutische Antikoagulation bei entsprechender Indikation (Behandlungsbeginn oder Empfehlung).	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-4	ADSR 09-002		Gefäßdiagnostik <24h	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (Duplex, CTA, MRA, DSA) spätestens am Folgetag der Aufnahme.	mind. 80%	2	alle SU	LAG
7-5	ADSR 12-002		Schluckscreening	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen durch geschultes Personal.	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-6	ADSR 13-005		Bildgebung ≤30 min	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		CTA direkt nach Nativ-CT	CTA direkt im Anschluß an CCT bei Kandidat*innen für Rekanalisationstherapie.	mind. 70%	2	alle SU	LAG
7-8	ADSR 14-006		Lyserate on-label	Lyserate bei Patient*innen mit Voraussetzungen innerhalb der Zulassungskriterien.	mind. 60%	2	alle SU	LAG
7-9	ADSR		Lyserate gesamt	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	ADSR 15-002		SU-Rate gemäß ADSR	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	ADSR	28	Lysebeginn ≤60 min gesamt	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-Strokes, innerhalb von 60min).	mind. 80%	1	alle SU	LAG
7-12	ADSR	28	Lysebeginn ≤30/45 min gesamt	Lysebeginn innerhalb von 30min in neurologischen SU bzw. 45 min in Tele-SU nach Aufnahme bei allen Lysetherapien (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>2. Systemische Thrombolyse bei Pat. mit Hirninfarkt, Zeitintervall Aufnahme und Beginn der Lyse, ohne Inhouse-Strokes, innerhalb von 30 bzw. 45min).	mind. 30%	1	alle SU	LAG

7-13	ADSR 16a-003		Lysebeginn ≤60 min on-label	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei Lysetherapie innerhalb der Zulassungskriterien (ohne Altersbeschränkung).	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-14	ADSR 17-002		Revaskularisation Karotisstenose	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
7-15	ADSR 19-001		Rehabilitation	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme bei entsprechender Indikation.	mind. 70%	2	alle SU	LAG
7-16	ADSR 21-001		Statingabe	Verordnung oder Empfehlung eines Statins bei Patient*innen mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA.	mind. 90%	2	alle SU	LAG
7-17	ADSR 22-001		Rhythmusdiagnostik	Durchführung einer Rhythmusdiagnostik über mind. 24h bei Patient*innen mit Hirninfarkt/TIA ohne vorbekanntem Vorhofflimmern.	mind. 80%	2	alle SU	LAG
7-18	ADSR 23-001		mTE-Rate	Durchführung bzw. Verlegung zur mTE bei Großgefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) im 6h-Zeitfenster	mind. 60%	2	alle SU	LAG
7-19	ADSR 25b-001	28	Leistenpunktion ≤90 min mTE vor Ort	Leistenpunktion innerhalb von 90min nach Aufnahme bei allen vor Ort durchgeführten mTE (ohne FIT-Einsätze).	mind. 70%	1	SU mit mTE vor Ort	LAG
7-20	ADSR 26-001	28	Bildgebung bis Door out ≤75min Verlegung	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 75min nach Beginn der Bildgebung bei allen Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	2	alle SU	LAG
7-21	ADSR 27-001		Erfolgreiche Rekanalisation bei mTE	Erfolgreiche Rekanalisation (TICI 2b/3) bei im eigenen Haus durchgeführter mechanischer Thrombektomie	mind. 80%	2	alle SU	LAG

Änderungshistorie von 2024 auf 2025

Neben kleinen redaktionellen Änderungen wurden folgende Kriterien geändert:

ID	ID alt	Kriterium	Änderungen
1-3		Monitorbetten	Mindestanzahl auf 3 Betten abgesenkt
1-14		SU-Rate gemäß Zertifizierung	Im Nenner werden neuerdings nur die Patienten gezählt, für die auch eine Komplexpauschale abgerechnet wurde.
2-5		CTA-Rate	Zielbereich angehoben auf mind. 40% (bisher 30%)
2-6		CTP-Rate	Zielbereich abgesenkt auf mind. 5% (bisher 10%)
2-10		Rate Telekonsile ohne Schlaganfalldiagnose	Kriterium gestrichen wegen geringer Aussagekraft
2-10	2-12	Bildgebung ≤ 15 min (Rekanalisierende Therapien TEMPiS)	ID geändert
2-12	NEU	Door in bis Door out (Verlegungen)	Kriterium neu aufgenommen
2-13		Bildgebung bis Entscheidung ≤ 40 min (FIT-Einsätze & Verlegungen)	Kriterium gestrichen wegen geringer Aussagekraft
2-13	2-14	Bildgebung bis Anforderung Transport ≤ 60 min (Verlegungen)	ID geändert
2-14	NEU	Door to Groin Zeit (FIT)	Kriterium neu aufgenommen
2-15		Zeitgerechte Vorbereitung bei FIT-Einsatz	neu zeitgerechte Vorbereitung statt Sedierung mit folgenden Unterpunkten: Narkoseeinleitung, punktionsbereite Vorbereitung, steriler Tisch
3-6		Radiologische Konferenz	Neu: Zweimal pro Woche auch online möglich.
4-13		TEE-Rate	Zielbereich abgesenkt auf mind. 10% (bisher 15%). Relevanz angehoben auf Stufe 1.
4-17		Malnutritionsscreening	2025 erfolgen Schulungen, das Kriterium wird erst ab 2026 bewertet.
5-12		NIHSS-Zertifikat	Inhaltliche Anpassung: Mindestens 50% der auf der Stroke Unit tätigen Ober- und Stationsärzte sind in Besitz eines gültigen NIH-SS-Zertifikates.
7-8		Lyserate on-label	Anpassung des Zielbereiches an den neuen Referenzwert der LAG auf mind. 60% (bisher 50%)
7-11		Lysebeginn ≤60 min gesamt	Zielbereich angehoben auf mind. 80% (bisher 70%)
7-12	NEU	Lysebeginn ≤30/45 min gesamt	Neues zusätzliches Kriterium aus der DSG-Zertifizierung.
7-19		Leistenpunktion ≤90 min mTE vor Ort	Änderung von ADSR25 in ADSR25b. Bewertet wird das Kriterium nur für Kliniken mit regelmäßiger mTE vor Ort durch ein eigenes Team, nicht für FIT-Einsätze (vgl. Kriterium 2-14).

Durch Einfügen des neuen QI 7-12 verschiebt sich die Nummerierung der folgenden QI.