

Kriterienkatalog 2026

TEMPiS Qualitätssicherung Partnerkliniken (Tele-Stroke Units)

Qualitätsbereiche

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Akutversorgung: | Indikatoren zur Qualität der Akutversorgung |
| 2. Rekanalisation: | Indikatoren zur Qualität der Rekanalisationsprozesse (Thromolyse, FIT-Versorgung, Verlegung zur Thrombektomie) |
| 3. Stroke Unit: | Indikatoren zu Struktur und Ausstattung der Stroke Unit inklusive Telekonsilraum sowie Leistungszahlen |
| 4. Behandlungspartner: | Indikatoren zu Verfügbarkeit und Struktur komplementärer Disziplinen inkl. telemedizinischer Mitbehandlung |
| 5. Diagnostik & Therapie: | Indikatoren zu Verfügbarkeit und Anwendung weiterer diagnostischer Verfahren und therapeutischer Maßnahmen |
| 6. Stroke Team: | Indikatoren zur personellen Ausstattung und Qualifikation des Behandlungsteams auf der Stroke Unit |
| 7. Qualitätssicherung: | Indikatoren zu Standards, interner Kommunikation, Fortbildungen und weiterer Maßnahmen zur Qualitätssicherung |

Relevanz

- 1 KO-Kriterium, da vertragliche oder anderweitige verpflichtende Vorgabe
 - 2 dringende Empfehlung, die dem Standard in (über-)regionalen Stroke Units entspricht
- Info Manche Kriterien werden redundant aus unterschiedlichen Datenquellen oder mittels unterschiedlicher Berechnungsmethoden dargestellt. Die zusätzliche Darstellung dient der Plausibilitätsprüfung und Validierung des Hauptkriteriums. Um den gleichen Sachverhalt nicht doppelt zu bewerten werden Nebenkriterien nur als zusätzliche Information dargestellt.

Referenzen

- TEMPiS Qualitätsstandards der Partnerkliniken, Stand vom 23.6.2021 (www.tempis.de > Dokumente > Qualitätsstandards)
- TEMPiS SOP 2025, Stand Oktober 2025 (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 2026 (<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; Version 2026)

1. Qualitätsbereich Akutversorgung

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
(1) Anzahl Schlaganfälle am Standort (Controlling Punkt A)									
(2) Anzahl ischämische Schlaganfälle und TIA in der Abteilung (Controlling Punkt C)									
1-1	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	
1-2	P 3.a)	13		Verfügbarkeit CTP	Eine CT-Perfusion ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle	
1-3		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	Controlling (Punkt G/C)
1-4	ADSR 13-007			CTA direkt nach Nativ-CT	CTA direkt im Anschluß an CCT bei Kandidat*innen für Rekanalisationstherapie.	mind. 80%	Info	alle	LAG
1-5		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	Controlling (Punkt H/C)
1-6	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	LAG
1-7				Bildgebung ≤ 15 min (Lysetherapien TEMPiS)	Beginn der kranialen Bildgebung innerhalb von 15 min nach Aufnahme bei telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	mind. 50%	2	TSU	Klinikreport Thrombolyse
1-8				Bildgebung ≤ 15 min bei mTE (FIT-Register)	Beginn der kranialen Bildgebung innerhalb von 15 min nach Aufnahme bei (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 50%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport, Thrombektomie
1-9	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	
1-10				Angioanlage FIT	Eine Angio- bzw. Herzkatheteranlage steht täglich von 8-22 Uhr für FIT-Einsätze umgehend zur Verfügung.	entfällt	1	FIT-Kliniken	

1-11			Anästhesie FIT	Die anästhesiologische Vorbereitung und Betreuung von FIT-Patient*innen ist täglich von 8-22 Uhr umgehend gewährleistet.	entfällt	1	FIT-Kliniken	
1-12			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	
1-13			Teilnahme FIT-Register	Anteil der vollständig dokumentierten Nachbehandlungsbögen von FIT-Patient*innen	mind. 90%	2	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie

2. Qualitätsbereich Rekanalisation

Thrombolyse								
(3) Anzahl Lysetherapien gemäß LAG (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>2. Systemische Thrombolyse im eigenen Haus)								
(4) Anzahl TeleLysen gemäß Klinikreport Thrombolyse								
2-1	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. 15%	1	alle	LAG
2-2	ADSR 14-006		Lyserate on-label	Lyserate bei Patient*innen mit Voraussetzungen innerhalb der Zulassungskriterien.	mind. 60%	Info	alle	LAG
2-3	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-Stroke, innerhalb von 60min).	mind. 80%	1	alle	LAG
2-4	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-Stroke, innerhalb von 30 bzw. 45min).	mind. 30%	1	alle	LAG
2-5	ADSR 16a-003		Lysebeginn ≤60 min on-label	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei Lysetherapie innerhalb der Zulassungskriterien (ohne Altersbeschränkung).	mind. 90%	Info	alle	LAG
2-6			Door to Needle Zeit (Lysetherapien TEMPIS)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Lysebeginn bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	max. 45 min	2	TSU	Klinikreport Thrombolyse

Thrombektomie									
(5) Anzahl mTE durch FIT gemäß Klinikreport Thrombektomie									
(6) Anzahl mTE durch externes Personal gemäß LAG (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>4.Intraarterielle Therapie (IAT)>IAT im eigenen Haus mit externem Personal)									
(7) Anzahl mTE durch eigenes Personal gemäß LAG (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>4.Intraarterielle Therapie (IAT)>IAT im eigenen Haus mit eigenem Personal)									
2-7	ADSR			mTE-Rate gesamt	Durchführung bzw. Verlegung zur mTE als Anteil aller Patient*innen mit ischämischen Hirninfarkt: alle intraarteriellen Therapien und Verlegungen zur geplanten IAT (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>4.Intraarterielle Therapie (IAT)>Summe „IAT im eigenen Haus“ und „Verlegung zur geplanten IAT) durch alle ischämischen Hirninfarkte (Detailstatistik>Patienten>3. ICD-Kodierung>l63: Hirninfarkt)	mind. 5%	2	alle	LAG
2-8	ADSR 23-001			mTE-Rate gemäß QI	Durchführung bzw. Verlegung zur mTE bei Großgefäßverschluss (Carotis-T, M1, M2 oder BA) im 6h-Zeitfenster	mind. 60%	Info	alle	LAG
2-9				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
2-10				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
2-11	ADSR			Door to Groin Zeit bei FIT-Einsatz (LAG)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Leistenpunktion bei FIT-Einsätzen (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>3. Intraarterielle Therapie (IAT)>Zeitintervall Aufnahme und Punktion der Leiste, Median mit externem Personal).	max. 120 min	1	FIT-Kliniken	LAG
2-12				Door to Groin Zeit bei FIT-Einsatz (FIT-Register)	Mediane Zeit von Aufnahme bis Leistenpunktion bei FIT-Einsätzen	max. 120 min	Info	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
2-14	ADSR 27-001			Erfolgreiche Rekannalisation bei allen mTE	Erfolgreiche Rekannalisation (TICI 2b/3) bei allen im eigenen Haus durchgeführten mechanischen Thrombektomien (durch FIT und durch eigenes Personal)	mind. 80%	2	alle	LAG
2-15				Erfolgreiche Rekannalisation bei FIT-Einsatz	Erfolgreiche Rekannalisation (TICI 2b/3) bei durch FIT durchgeführter mechanischer Thrombektomie	mind. 80%	Info	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie
Verlegung zur mTE									
(8) Anzahl Verlegungen zur geplanten mTE gemäß LAG (Detailstatistik>Thrombolyse/Rekanalisation>4.Intraarterielle Therapie (IAT)>Verlegung zur geplanten IAT)									
2-16	ADSR 26-001	28		Bildgebung bis Door out ≤75min	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 75min nach Beginn der Bildgebung bei allen Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	1	alle	LAG
2-17		28		Bildgebung bis Anforderung Transport ≤60 min (FIT-Register)	Anforderung des Sekundärverlegungstransportes innerhalb von 60 min nach Beginn der Bildgebung bei Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	Info	FIT-Kliniken	Klinikreport Thrombektomie

3. Qualitätsbereich Stroke Unit

ID	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
3-1	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	TSU	
3-2	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	TSU	
3-3	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	TSU	
3-4	P 1.c)			Nachsorgebetten	Für jedes monitorisierte Stroke Unit-Bett werden 1 bis 2 nicht-monitorisierte Schlaganfall-Weiterbehandlungsbetten vorgehalten.	entfällt	2	TSU	
3-5	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	TSU	
3-6	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	TSU	
3-7	P 1.d)			Technische Ausstattung	Blutgasanalysen und Blutzuckermessungen können jederzeit durchgeführt werden. Perfusoren und Infusomaten werden in ausreichender Zahl vorgehalten.	entfällt	1	TSU	
3-8	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	TSU	
3-9	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	TSU	

3-10	T 2.b)		Telemedizinarbeitsplatz	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	1	TSU	
3-11	T 2.b)		Telekonsilraum	Für die Durchführung des Telekonsils steht ein ausreichend großer und ungestörter Untersuchungsraum zur Verfügung.	entfällt	1	TSU	
3-12	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	TSU	
3-13	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	TSU	Controlling (Punkt E)
3-14		6	SU-Rate gemäß Zertifizierung	Anteil der auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA und abgerechneter Komplexpauschale (OPS 8-98, 8-98b) an allen in der Abteilung behandelten Patient*innen mit Schlaganfall oder TIA.	mind. 80%	1	TSU	Controlling (Punkt F/B)
3-15	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	TSU	LAG
3-16	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	TSU	Controlling (Punkt M/(M+E))
3-17	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	TSU	Controlling (Punkt D/B)
3-18		38	Abmeldungen SU	Abgemeldete Zeit der Stroke Unit in IVENA oder einem vergleichbaren Register (Prozentuale Abmelderate)	max. 20%	1	TSU	Controlling (Punkt N)

4. Qualitätsbereich Behandlungspartner

ID	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
4-1		41		Rettungsdienstkonzept	Ein Rettungsdienstkonzept ist mit dem Rettungsdienst und den weiteren Schlaganfallversorgern im Rettungsdienstbereich schriftlich niedergelegt.	entfällt	1	TSU	
4-2		41		Voranmeldung	Die regelmäßige Voranmeldung durch die Leitstelle von Patient*innen mit V.a. akuten Schlaganfall ist etabliert.	entfällt	2	TSU	
4-3				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	TSU	
4-4				Schulungen NA-Pflege	Das Pflegeteam der Notaufnahme wird regelmäßig in der Behandlung akuter Schlaganfallpatient*innen geschult (auch außerhalb der Fortbildungen durch TEMPIS).	entfällt	2	TSU	
4-5		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)
4-6		7		Videokonferenz-Rate	Anteil der Patientenvorstellungen per Videokonferenz an allen durchgeführten Telekonsilen.	mind. 80%	2	TSU	Telekonsil-datenbank
4-7	P 3.b)	20		Notfalllabor	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	TSU	Stichprobe Labor
4-8	P 2.a)	8		Kardiologische Expertise	Im Krankenhaus ist eine internistische Abteilung mit kardiologischer Expertise vorhanden.	entfällt	1	TSU	
4-9	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	TSU	
4-10	P 2.b)			Gemeinsame Visite	Eine gemeinsame neurologisch-internistische Visite findet mindestens einmal pro Woche statt.	entfällt	2	TSU	
4-11	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	entfällt	1	TSU	

					verfügbar. Außerhalb der Regelarbeitszeit ist mindestens eine teleradiologische Befundung vorzuhalten.				
4-12		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	TSU	
4-13	P 3.c)	14		Verfügbarkeit cMRT	Eine kraniale Kernspintomographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar (nicht zwingend im Krankenhaus selbst).	entfällt	1	TSU	
4-14		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	TSU	
4-15	P 2.d)	11		Intensivstation 24/7	Eine Intensivstation mit Beatmungsmöglichkeit und Intensivtherapie rund um die Uhr ist am Standort vorhanden.	entfällt	1	TSU	
4-16	P 2.e)	12		Kooperation Gefäßchirurgie	Eine Kooperation mit einer gefäßchirurgischen Abteilung ist vorhanden.	entfällt	1	TSU	

5. Qualitätsbereich Diagnostik & Therapie

ID	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
5-1	P 3.e)	16	ja	Duplexsonographie	Eine extra- und intrakranielle Duplexsonographie ist täglich verfügbar.	entfällt	1	TSU	
5-2	P 3.e)	16		Duplex-Rate extrakraniell	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine extrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	1	TSU	Controlling (Punkt K/C)
5-3	P 3.e)	16		Duplex-Rate intrakraniell	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine intrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	1	TSU	Controlling (Punkt L/C)
5-4		16		Duplex eigene Abteilung	Die extra- und intrakraniellen Duplexsonographien erfolgen durch die eigene Abteilung.	entfällt	2	TSU	
5-5	ADSR 09-002			Gefäßdiagnostik <24h	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (Duplex, CTA, MRA, DSA) spätestens am Folgetag der Aufnahme.	mind. 80%	2	TSU	LAG
5-6	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	TSU	LAG

5-7	P 3.b)	-		Liquordiagnostik	Eine Notfall-Liquordiagnostik ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	TSU	
5-8	P 3.f)			Verfügbarkeit EEG	Eine Elektroenzephalographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	1	TSU	
5-9	P 3.d)	18, 19		Verfügbarkeit TTE, EKG	Ein 12-Kanal-EKG und eine Echokardiographie sind 24/7 verfügbar.	entfällt	1	TSU	
5-10	-	19		TEE-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine transösophageale Echokardiographie erhalten.	mind. 10%	1	TSU	Controlling (Punkt I/C)
5-11	ADSR 22-001			Rhythmusdiagnostik	Durchführung einer Rhythmusdiagnostik über mind. 24h bei Patient*innen mit Hirninfarkt/TIA ohne vorbekanntem Vorhofflimmern.	mind. 80%	2	TSU	LAG
5-12				Bettplatzkontrolle	An den Monitorplätzen der Stroke Unit findet zu Beginn jeder Schicht eine Bettplatzkontrolle mit Überprüfung der Monitoreinstellungen statt.	entfällt	2	TSU	
5-13				Monitor-Alarmgrenzen	Die Monitor-Alarmgrenzen sind gemäß TEMPIS-SOP eingestellt (sofern von ärztlicher Seite keine abweichende Anweisung vorliegt).	entfällt	2	TSU	
5-14	P 4.b)			Neurostatus Pflege	Auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten werden Vitalparameter und Neurostatus gemäß TEMPIS-SOP erhoben.	entfällt	2	TSU	
5-15				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	TSU	
5-16	ADSR 12-002			Schluckassessment (LAG)	Durchführung eines Screenings für Schluckstörungen durch geschultes Personal.	mind. 90%	Info	TSU	LAG
5-17	P 3.f)			Verfügbarkeit FEES	Eine apparative Schluckdiagnostik mittels FEES ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	TSU	
5-18				Malnutritionsscreening	Bei jeder/m Schlaganfallpatient*in wird bei Aufnahme ein geeignetes Malnutritionsscreening durchgeführt und bei Auffälligkeiten der Ernährungsstatus im Stroke Team kommuniziert.	entfällt	2	TSU	
5-19				Dysphagiekost	Eine differenzierte Dysphagiekost mit mind. 3 Kostformstufen ist verfügbar.	entfällt	2	TSU	
5-20				Nasogastrale Sonde	Nasogastrale Sonden werden bei entsprechender Indikation zeitnah gelegt.	entfällt	2	TSU	
5-21	ADSR 19-001			Rehabilitation	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme bei entsprechender Indikation.	mind. 70%	2	TSU	LAG

6. Qualitätsbereich Stroke Team

ID	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungs-bereich	Daten-quelle
6-1	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	TSU	
6-2	P 4.a)	22		Zuordnung Assistenzarzt	Der Stroke Unit ist in der Regelarbeitszeit ein*e Assistenzärzt*in fest zugeordnet.	entfällt	1	TSU	
6-3	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	TSU	
6-4	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	TSU	
6-5	P 4.b)	23		Pflegeschlüssel	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.	entfällt	1	TSU	Dienstplan
6-6	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	TSU	
6-7	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 neurologischen Defizits mindestens eine therapeutische Einheit pro Tag und pro Bereich bis zum Tag der Krankenhausentlassung gewährleistet sein. Pro Werktag werden für jede	entfällt	1	TSU	

					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.				
6-8	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	TSU	
6-9	ADSR 02-002			Behandlungsbeginn Physio/Ergo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Physio- oder Ergotherapie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	Info	TSU	LAG
6-10	ADSR 03-003			Behandlungsbeginn Logo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tage durch Logopädie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	Info	TSU	LAG
6-11	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	TSU	
6-12	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	TSU	
6-13				Teilnahme TEMPiS-Fortbildungen	Mindestens ein*e ärztliche*r Mitarbeiter*in nimmt pro Jahr an mindestens einem der angebotenen Kursteile des Schlaganfall-Intensivkurses des TEMPiS-Netzwerks teil.	entfällt	2	TSU	
6-14		31		NIHSS-Zertifikat	Mindestens 50% der auf der Stroke Unit tätigen Ober- und Stationsärzte sind in Besitz eines gültigen NIH-SS-Zertifikates.	entfällt	1	TSU	

7. Qualitätsbereich Qualitätssicherung

ID	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
7-1	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	TSU	
7-2	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	TSU	
7-3		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-Groin-Zeit bei Thrombektomie vor Ort).	entfällt	1	TSU	
7-4		29		Stroke-Standard Ärzteteam NA	Ein Standard zur ärztlichen Versorgung von akuten Schlaganfallpatient*innen in der Notaufnahme inkl. Bildgebung ist etabliert.	entfällt	1	TSU	
7-5		30		Stroke-Standard Pflegeteam NA	Ein Standard zur pflegerischen Versorgung von akuten Schlaganfallpatient*innen in der Notaufnahme inkl. Bildgebung ist etabliert.	entfällt	1	TSU	
7-6		29		Ärztliches Manual SU	Ein ärztliches Stroke Unit-Manual gemäß DSG-Standard ist vorhanden, das die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	TSU	
7-7		30		Pflegemanual SU	Ein Pflegemanual für die Stroke Unit gemäß DSG-Standard ist vorhanden, das die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	TSU	
7-8		40		Risikomanagement	Ein Risikomanagement ist in der Klinik etabliert und der Schlaganfall-Behandlungspfad wird regelmäßig einer klinischen Risikoanalyse unterzogen.	entfällt	2	TSU	
7-9		46		Maßnahmenplan	Ein Maßnahmenplan zu den Bemerkungen des letzten DSG- bzw. TEMPiS-Audits liegt vor und wird umgesetzt.	entfällt	1	TSU	

Änderungshistorie von 2025 auf 2026

Der Qualitätsbereich „ADSR-Kriterien“ wurde aufgelöst und die einzelnen Qualitätsindikatoren (QI) inhaltlich in die entsprechenden Qualitätsbereiche integriert. In einem neuen Qualitätsbereich „Rekanalisation“ wurden alle QI zu den Rekanalisationsverfahren gebündelt (Thrombolyse, Thrombektomie vor Ort, Verlegung zur Thrombektomie). Hierfür mussten einige Qualitätsindikatoren in andere Bereiche verschoben werden.

Neben den bekannten Relevanzstufen „1“ und „2“ wurde eine neue Kategorie „Info“ eingeführt, da manche Kriterien redundant aus unterschiedlichen Datenquellen oder mittels unterschiedlicher Berechnungsmethoden dargestellt werden. Die zusätzliche Darstellung mit der Relevanz „Info“ dient dabei der Plausibilitätsprüfung und Validierung des Hauptkriteriums. Um den gleichen Sachverhalt nicht doppelt zu bewerten werden Nebenkriterien nur als zusätzliche Information („Info“) dargestellt.

Um die Daten besser interpretieren zu können wurden noch informative Abfragen zu manchen Absolutzahlen eingeführt, z.B. Anzahl der Schlaganfälle am Standort oder Anzahl der Lysetherapien. Zusätzlich wurden folgende Kriterien geändert:

ID	ID alt	Kriterium	Änderungen
1-4	7-7	CTA direkt nach Nativ-CT	Bei dem ADSR-Kriterium wurde von der LAG der Zielbereich von 70% auf 80% angehoben.
1-7	2-10-	Bildgebung ≤ 15 min (Lysetherapien TEMPiS)	Absenkung des Zielbereiches von mind. 70% auf mind. 50%. Auswertung nur aus Klinikreport Thrombolyse.
1-8		Bildgebung ≤ 15 min bei mTE (FIT-Register)	Komplementäre Auswertung wie QI 1-7, aber für die Thrombektomiefälle aus dem Klinikreport Thrombektomie.
2-1	7-9	Lyserate gesamt	Bei dem Kriterium wurde der Zielbereich von 10% auf 15% angehoben.
2-7	-	mTE-Rate gesamt	Neues Kriterium: Bei mind. 5% aller ischämischen Schlaganfälle erfolgt eine Thrombektomie.
2-11	-	Door to Groin Zeit bei FIT-Einsatz (LAG)	Neues Kriterium: Mediane Door-Leistenpunktion-Zeit von max. 120 Minuten bei FIT-Einsätzen.
2-13		Door to Groin Zeit bei mTE durch eigenes Personal (LAG)	Neues Kriterium: Mediane Door-Leistenpunktion-Zeit von max. 90 Minuten bei Thrombektomie vor Ort durch hauseigene Interventionalisten.
2-15	-	Erfolgreiche Rekanalisation bei FIT-Einsatz	Neues Kriterium: Rekanalisationsrate von mind. 80% bei FIT-Einsätzen.
5-12	-	Bettplatzkontrolle	Neues Kriterium: An den Monitorplätzen der Stroke Unit findet zu Beginn jeder Schicht eine Bettplatzkontrolle mit Überprüfung der Monitoreinstellungen statt.
5-13	-	Monitor-Alarmgrenzen	Die Monitor-Alarmgrenzen sind gemäß TEMPiS-SOP eingestellt (sofern von ärztlicher Seite keine abweichende Anweisung vorliegt).
6-13	5-11	Teilnahme TEMPiS-Fortbildungen	Geänderte Definition: Mindestens ein*e ärztliche*r Mitarbeiter*in nimmt pro Jahr an mindestens einem der angebotenen Kursteile des Schlaganfall-Intensivkurses des TEMPiS-Netzwerks teil.
-	7-3	Empfehlung OAK	QI gestrichen, da er von der LAG nicht mehr bereitgestellt wird.
-	7-16	Statingabe	QI gestrichen, da er von der LAG nicht mehr bereitgestellt wird.