

TEMPiS-Qualitätsmonitoring Partnerkliniken: Kriterienkatalog

Qualitätsbereiche

1. Struktur der Stroke Unit (Stroke Unit)
2. Notaufnahme
3. Partner im Behandlungsprozess (Partner)
4. Diagnostik
5. Schlaganfall-Behandlungsteam (Team)
6. Qualitätssicherung (QS)
7. Technik
8. Prozesse
9. Zeiten

Relevanz

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

Referenzen

- TEMPiS-Qualitätsstandards der Partnerkliniken, Stand vom 23.6.2021 (www.tempis.de > Dokumente > Qualitätsstandards)
- DSG-Zertifizierungsantrag Stroke Unit, Stand 01/2022 (www.dsg-info.de > Stroke Units > Zertifizierungsanträge)
- OPS-Katalog des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM, Version 2022 (<https://www.dimdi.de/static/de/klaskifikationen/ops/kode-suche/opshtml2022/>)
- Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung BAQ (www.baq-bayern.de > QS-Verfahren > Landesverfahren > Schlaganfall (85/1))

Qualitätsbereich 1: Struktur der Stroke Unit

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
1-1	A2, 1.b)	2	ja		Einbettung SU	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	A2, 1.a)	6			Schwerpunktstation	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	A2, 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 versorgte 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	A2, 1.c)	-			Nachsorgebetten	Für jedes monitorisierte Stroke Unit-Bett werden 1 bis 2 nicht-monitorisierte Schlaganfall-Weiterbehandlungsbetten vorgehalten.	1 bis 2 Nachsorgebett	2	alle SU	

							en pro Monitorbett			
1-5	A2, 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	A2, 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	A2, 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	A2, 1.e)	-			SU-Räumlichkeiten	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	A2, 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)

Qualitätsbereich 2: Notaufnahme

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
2-1					Voranmeldung	Die regelmäßige Voranmeldung von Patient*innen mit V.a. akuten Schlaganfall ist etabliert	entfällt	2	alle SU	
2-2					Stroke-Standard	Ein Standard zur effizienten pflegerischen und ärztlichen Versorgung von akuten Schlaganfallpatient*innen in der Notaufnahme inkl. Bildgebung ist etabliert.	entfällt	2	alle SU	
2-3					NA-Team Schulung	Das Notaufnahmeteam wird regelmäßig in der Behandlung akuter Schlaganfallpatient*innen geschult.	entfällt	2	alle SU	

Qualitätsbereich 3: Partner im Behandlungsprozess (Partner)

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
3-1	A2, 2.a)	8			Kardiolog. Expertise	Im Krankenhaus ist eine internistische Abteilung mit kardiologischer Expertise vorhanden.	entfällt	1	alle SU	
3-2	A2, 2.b)	7	ja		Neurologische Visite	Alle Patient*innen auf den monitorisierten Stroke Unit-Betten 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	A2, 2.b)	-			Gemeinsame Visite	Eine gemeinsame neurologisch-internistische Visite findet mindestens einmal pro Woche statt.	entfällt	2	SU ohne Hauptabteilung Neuro	
3-4	A2, 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 MTRA-Präsenz vor Ort besteht 24/7.	entfällt	1	alle SU	
3-6		9			Radiolog. Konferenz	Werktäglich findet eine radiologisch-neuroradiologische Konferenz mit der antragstellenden Abteilung statt.	entfällt	2	alle SU	
3-7	A2, 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	A2, 2.e)	12			Koop. Gefäßchirurgie	Eine Kooperation mit einer gefäßchirurgischen Abteilung ist vorhanden.	entfällt	1	alle SU	

Qualitätsbereich 4: Diagnostik

Nr.	TEMPIS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
4-1	A2, 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	-	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. 30%	1	alle SU	Controlling (Punkt F/C)
4-3	A2, 3.a)	-			Verfügbarkeit CTP	Eine CT-Perfusion ist 24/7 verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-4	A2, 3.b)	20			Notfalllabor	Folgende Laborparameter werden bei akuten Schlaganfallpatient*innen rund um die Uhr so schnell analysiert, dass die Laborergebnisse spätestens 40 Minuten nach Blutentnahme verfügbar sind: Blutbild inkl. Thrombozyten, Blutzucker, Elektrolyte, Blutungszeit, PTT, INR.	40 Minuten oder schneller	1	alle SU	Stichprobe Labor
4-5	A2, 3.b)	-			Liquordiagnostik	Eine Notfall-Liquordiagnostik ist 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-6	A2, 3.c)	14			Verfügbarkeit cMRT	Eine kraniale Kernspintomographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar (nicht zwingend im Krankenhaus selbst).	entfällt	1	alle SU	
4-7	A2, 3.d)	18, 19			Verfügbarkeit TTE, EKG	Ein 12-Kanal-EKG und eine Echokardiographie sind 24/7 verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-8	-	19			TEE-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine transösophageale Echokardiographie erhalten.	mind. 15%	2	alle SU	Controlling (Punkt G/C)
4-9	A2, 3.e)	16	ja		Duplexsonographie	Eine extra- und intrakranielle Duplexsonographie ist täglich verfügbar.	entfällt	1	alle SU	
4-10	A2, 3.e)	16			Duplex-Rate	Patient*innen der Abteilung mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA, die eine extra- und intrakranielle Duplexsonographie erhalten.	mind. 80%	2	alle SU	Controlling (Punkte H/C und I/C)
4-11		16			Duplex eigene Abteilung	Die extra- und intrakraniellen Duplexsonographien erfolgen durch die eigene Abteilung.	entfällt	2	alle SU	
4-12	A2, 3.f)				Verfügbarkeit FEES	Eine apparative Schluckdiagnostik mittels FEES ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-13					Dysphagiekost	Eine differenzierte Dysphagiekost mit mind. 3 Kostformstufen ist verfügbar.	entfällt	2	alle SU	
4-14	A2, 3.f)				Verfügbarkeit EEG	Eine Elektroenzephalographie ist werktätlich (Montag bis Freitag) verfügbar.	entfällt	2	alle SU	

Qualitätsbereich 5: Schlaganfall-Behandlungsteam (Team)

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
5-1	A2, 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	A2, 4.a)	22			Zuordnung Assistenzarzt	Der Stroke Unit ist in der Regelarbeitszeit ein*e Assistenzärzt*in fest zugeordnet.	entfällt	1	alle SU	
5-3	A2, 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	A2, 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	A2, 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. 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%	1	alle SU	Dienstplan
5-6	A2, 4.b)	23			Qualifikation Pflege	Ein Teil der SU-Pflegekräfte besitzt das Zertifikat des Stroke Unit-Pflegekurses der DSG.	mind. 2 Mitarbeiter; mind. 1 MA/Jahr im Kurs	2	alle SU	

5-7	A2, 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 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	A2, 4.c)	24	ja		Verfügbarkeit Physio am WE	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Physiotherapie auch an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten.	entfällt	1	alle SU	
5-9	A2, 4.c)	24	ja		Verfügbarkeit Ergo am WE	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Ergotherapie auch an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten.	entfällt	1	alle SU	
5-10	A2, 4.c)	24	ja		Verfügbarkeit Logo am WE	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Logopädie auch an Wochenenden, Feiertagen und in Urlaubszeiten.	entfällt	1	alle SU	
5-11	A2, 4.d)	24			Teambesprechungen werktags	Werktägliche Teambesprechung des Stroke-Teams unter Einbeziehung von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialdienst.	werktätlich (Montag bis Freitag)	2	alle SU	
5-12	A2, 4.d)	24			Teambesprechungen 2x/Woche	Teambesprechung des Stroke-Teams 2x/Woche unter Einbeziehung von Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, ärztlichem Dienst, Pflege und Sozialdienst.	mind. 2x/Woche	1	alle SU	
5-13	A2, 4.d)	24			Teamfortbildungen 3x/Jahr	Regelmäßige organisatorische Teamsitzungen und Fortbildungen für das Stroke-Team finden statt.	mind. 3x/Jahr	2	alle SU	
5-14		31			NIHSS-Zertifikat	Ärztliche Mitarbeiter*innen in Besitz eines gültigen NIH-SS-Zertifikates.	mind. 1	2	alle SU	

Qualitätsbereich 6: Qualitätssicherung (QS)

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
6-1	A2, 4.d)	25			Ergebniskommunikation Ärzte	Ergebniskommunikation der von der BAQ und von TEMPiS erhobenen Qualitätskennzahlen an das ärztliche SU-Team.	mind. 1x/Jahr	1	alle SU	
6-2	A2, 4.d)	25			Ergebniskommunikation Gesamtteam	Ergebniskommunikation der von der BAQ und von TEMPiS erhobenen Qualitätskennzahlen an das gesamte SU-Team.	mind. 1x/Jahr	3	alle SU	
6-3	-	25			Zeitziel DNT	Door-to-Needle-Zeit: ein konkretes Zeitziel ist benannt und im Team bekannt.	entfällt	1	alle SU	
6-4	-	26			Ärztliches Manual	Ein ärztliches SU-Manual gemäß DSG-Standard ist vorhanden, die die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	alle SU	
6-5	-	27			Pflegemanual	Ein Pflegemanual gemäß DSG-Standard ist vorhanden, die die TEMPiS-SOP um hausinterne Regelungen ergänzt.	entfällt	1	alle SU	

6-6	-	37			Risikomanagement	Risikomanagement ist in der Klinik etabliert und der Schlaganfall-Behandlungspfad wird regelmäßig einer klinischen Risikoanalyse unterzogen.	entfällt	2	alle SU	
6-7	-	38			Rettungsdienstkonzept	Ein Rettungsdienstkonzept ist mit dem Rettungsdienst und den weiteren Schlaganfallversorgern im Rettungsdienstbereich schriftlich niedergelegt.	entfällt	2	alle SU	
6-8	-	42			Maßnahmenplan	Ein Maßnahmenplan zu den Bemerkungen des letzten DSG- bzw. TEMPiS-Audits wurde erstellt und wird umgesetzt.	entfällt	1	alle SU mit Vor-Audit	

Qualitätsbereich 7: Technik

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	
7-1	A3, 2.a)	-			Bildübertragung	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 TSU und RSU	
7-2	A3, 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	SU ohne Hauptabteilung Neuro	
7-3	A3, 2.b)	-			Telekonsilraum	Für die Durchführung des Telekonsils steht ein ausreichend großer und ungestörter Untersuchungsraum zur Verfügung.	entfällt	1	SU ohne Hauptabteilung Neuro	
7-4	A3, 2.c)	-			Telekonsil-PC	Auf die aus den Zentren übermittelte Befunddokumentation kann über einen gesicherten Rechner zugegriffen werden. An den Rechner ist ein Drucker angeschlossen, über den die Befunde per Fernzugriff aus den Zentren ausgedruckt werden können.	entfällt	1	alle SU	

Qualitätsbereich 8: Prozesse

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
8-1	-	-	nein	ADSR 02-002	Behandlungsbeginn Physio/Ergo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tagen durch Physio- oder Ergotherapie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	BAQ
8-2				ADSR 03-003	Behandlungsbeginn Logo <48h	Frühzeitiger Behandlungsbeginn innerhalb der ersten beiden Tagen durch Logopädie bei entsprechender Indikation.	mind. 90%	1	alle SU	BAQ
8-3				ADSR 09-002	Gefäßdiagnostik <24h	Frühzeitige Gefäßdiagnostik (Duplex, CTA, MRA, DSA) innerhalb von 24h.	mind. 80%	2	alle SU	BAQ
8-4				ADSR 06-001	Empfehlung OAK	Therapeutische Antikoagulation bei entsprechender Indikation (Behandlungsbeginn oder Empfehlung).	mind. 90%	2	alle SU	BAQ
8-5				ADSR 12-002	Schluckscreening	Durchführung eines Screenings nach Schluckstörungen.	mind. 90%	2	alle SU	BAQ
8-6				ADSR 14-006	Lyserate on-label	Lyserate bei Patient*innen mit Voraussetzungen innerhalb der Zulassungskriterien.	mind. 50%	2	alle SU	BAQ
8-7				-	Lyserate gesamt	Lyserate als Anteil aller Patient*innen mit ischämischen Hirninfarkt: alle systemischen Lysetherapien (Basisstatistik>Thrombolyse>alle Thrombolyse im eigenen Haus) durch alle ischämischen Hirninfarkte (Basisstatistik>Patienten>ICD-Kodierung)	mind. 10%	2	alle SU	BAQ
8-8				ADSR 15-002	SU-Rate BAQ	Hohe Behandlungsrate bei Hirninfarkt/TIA auf der Stroke Unit. Falls von BAQ nicht berechnet: Fälle auf SU behandelt (Basisstatistik>Entlassung>Aufenthalt in SU) durch alle Fälle mit ischämischem Hirninfarkt & TIA (Basisstatistik>Patienten>ICD-Kodierung)	mind. 85%	2	alle SU	BAQ
8-9		6			SU-Rate Zertifizierung	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%	1	alle SU	Controlling (Punkt E/B)
8-10	A2, 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%	2	alle SU	Controlling (Punkt K/(K+E))
8-11	A2, 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%	2	alle SU	Controlling (Punkt D/B)
8-12		38			Abmeldungen SU	Abgemeldete Zeit der Stroke Unit in IVENA oder einem vergleichbaren Register (Prozentuale Abmelderate)	max. 20%	2	alle SU	IVENA
8-13				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. 60%	2	alle SU	BAQ
8-14				ADSR 19-001	Rehabilitation	Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme bei entsprechender Indikation.	mind. 70%	2	alle SU	BAQ
8-15				ADSR 21-001	Statin	Verordnung oder Empfehlung eines Statins bei Patient*innen mit ischämischem Hirninfarkt oder TIA.	mind. 80%	2	alle SU	BAQ

8-16				ADSR 22-001	Rhythmusdiagnostik	Durchführung einer Rhythmusdiagnostik über mind. 24h bei Patient*innen ohne vorbekanntem Vorhofflimmern.	mind. 80%	2	alle SU	BAQ
8-17				ADSR 23-001	mTE-Rate	Durchführung bzw. Verlegung zur mTE bei Großgefäßverschluss im 6h-Zeitfenster	mind. 50%	2	alle SU	BAQ
8-18				ADSR 27-001	erfolgreiche Rekanalisation bei mTE	Erfolgreiche Rekanalisation (TICI 2b/3) bei im eigenen Haus durchgeführter mechanischer Thrombektomie.	mind. 70%	2	FIT-Kliniken und SU mit mTE vor Ort	BAQ

Qualitätsbereich 9: Zeiten

Nr.	TEMPiS-Standard	DSG-Kriterium	OPS-relevant	ADSR-QI	Kriterium (Kurz)	Kriterium (Text)	Zielbereich	Relevanz	Geltungsbereich	Datenquelle
9-1				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	BAQ
9-2		25			Lysebeginn <60 min	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei allen Lysetherapien (Basisstatistik > Thrombolyse > Systemische Thrombolyse bei Pat. mit Hirninfarkt, ohne Inhouse-Stroke).	mind. 70%	1	alle SU	BAQ
9-3				ADSR 16a-003	Lysebeginn <60 min Protokoll	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei Lysetherapie nach Protokoll.	mind. 90%	2	alle SU	BAQ
9-4					Lysebeginn <30 min	Lysebeginn innerhalb von 30min nach Aufnahme bei allen Lysetherapien (Basisstatistik > Thrombolyse > Systemische Thrombolyse bei Pat. mit Hirninfarkt, ohne Inhouse-Stroke).	mind. 40%	3	RSU/ÜRSU	BAQ
9-5					Lysebeginn <60 min Telelysen	Lysebeginn innerhalb von 60min nach Aufnahme bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	mind. 90%	3	TSU	Zeiterfassung Telekonsildienst
9-6					Bildgebung <10 min Telelysen	Beginn der kranialen Bildgebung innerhalb von 10min nach Aufnahme bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien und (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 50%	3	TSU	Zeiterfassung Telekonsildienst
9-7					Bildgebung-Video <15 min Telelysen	Beginn der Videokonferenz innerhalb von 15min nach Beginn der Bildgebung bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien und (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 50%	3	TSU	Zeiterfassung Telekonsildienst
9-8					Video-Entscheidung <15 min Telelysen	Rekanalisationsentscheidung innerhalb von 15min nach Beginn der Videokonferenz bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien und (Verlegungen zur geplanten) mTE.	mind. 50%	3	TSU	Zeiterfassung Telekonsildienst
9-9					Entscheidung-Lysebeginn < 5 min Telelysen	Lysebeginn innerhalb von 5min nach Rekanalisationsentscheidung bei allen telemedizinisch indizierten Lysetherapien.	mind. 50%	3	TSU	Zeiterfassung Telekonsildienst
9-10				ADSR 26-001 (2020)	Bildgebung-Door out <60 min Verlegung	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 60min nach Beginn der Bildgebung bei allen Verlegungen zur geplanten mTE. (der Wert wird in der BAQ/LAG-Auswertung 2020 angegeben).	mind. 40%	3	alle SU	BAQ
9-11		28		ADSR 26-001 (2021)	Bildgebung-Door out <75min Verlegung	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 75min nach Beginn der Bildgebung bei allen Verlegungen zur geplanten mTE (der Wert wird in der BAQ/LAG-Auswertung 2021 angegeben).	mind. 50%	2	alle SU	BAQ

9-12		28		ADSR 25-001	Leistenpunktion <90 min mTE vor Ort	Leistenpunktion innerhalb von 90min nach Aufnahme bei allen vor Ort durchgeführten mTE (ohne FIT-Einsätze).	mind. 50%	1	SU mit mTE vor Ort	BAQ
9-13					Entscheidung zur mTE/Verlegung <60 min	Mitteilung der Entscheidung für einen FIT-Einsatz oder eine Verlegung in ein bestimmtes Interventionszentrum innerhalb von 60 min nach Aufnahme bei allen FIT-Einsätzen und Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	3	FIT- Kliniken	FIT-Register
9-14					Door in-Door out <120 min Verlegung	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 120min nach Aufnahme bei allen Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	3	FIT- Kliniken	FIT-Register
9-15					Entscheidung- Anforderung Transport <5 min Verlegung	Anforderung des Sekundärtransportes innerhalb von 5min nach Mitteilung der Entscheidung zur Verlegung und Benennung einer Zielklinik bei allen Verlegungen zur geplanten mTE.	mind. 50%	3	FIT- Kliniken	FIT-Register
9-16					Anforderung-Door out <30 min Verlegung	Übergabe an den Rettungsdienst innerhalb von 30min nach Anforderung des Sekundärtransportes bei allen Verlegungen zur geplanten mTE	mind. 50%	3	FIT- Kliniken	FIT-Register