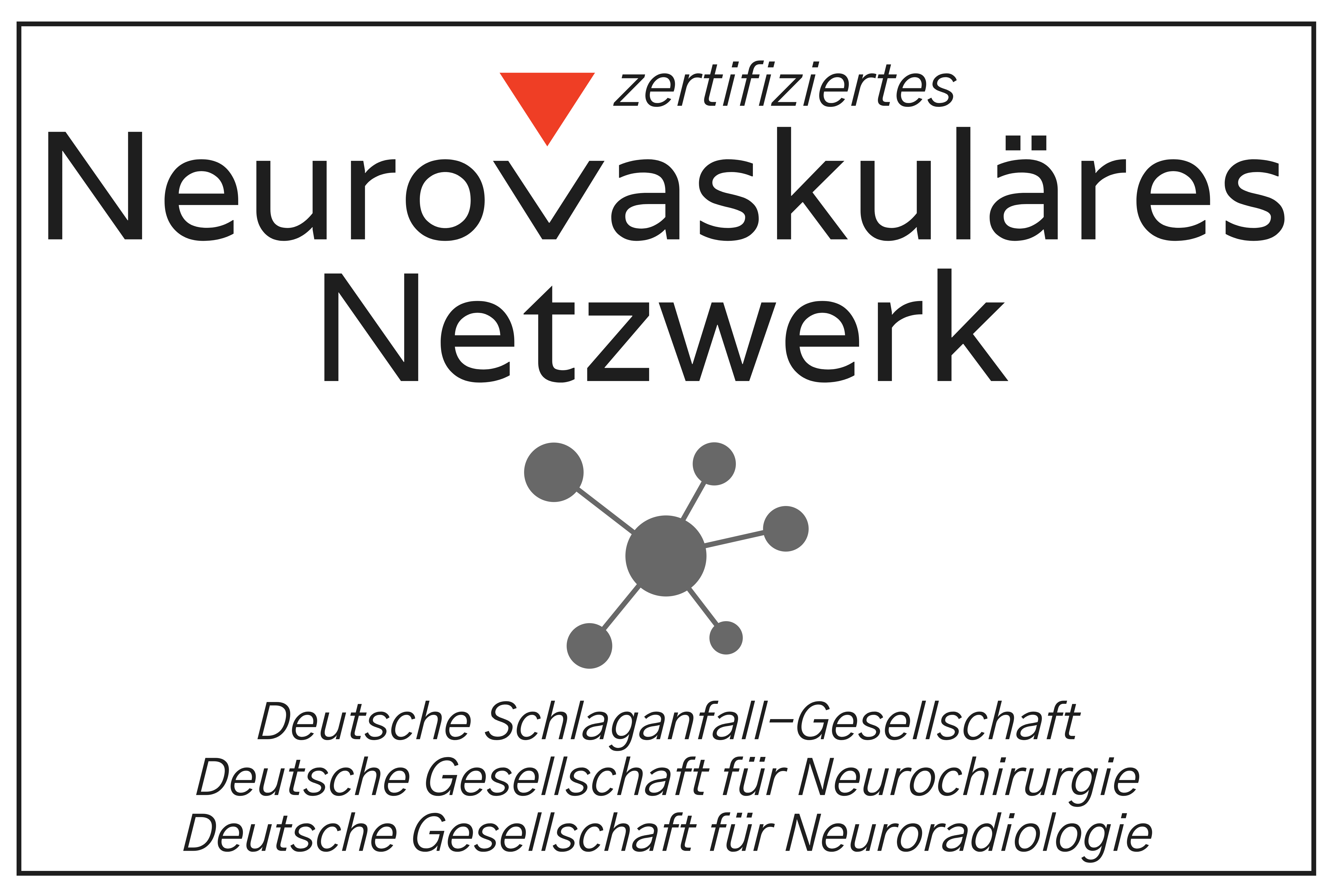
**Zusatzformular zum Erhebungsbogen für ein**

****

## 4.1 Kooperierende Klinik/Abteilung:

|  |
| --- |
| *Es ist von jeder kooperierenden Klinik ein Exemplar (4.1, 4.2) auszufüllen!* |

**a) Name:**

**b) Kooperierende Abteilung:**

**c) Entfernung (km) zum Zentrum im NVN (< 100 km):**        km

**d) Transport durch:**   NAW/RTW

Hubschrauber

beides

**e) Neurologische Klinik vorhanden:**   ja nein

**f) Stroke Unit vorhanden:**   ja nein

regional

überregional

nicht zertifiziert

      Bettenzahl

**g) Schlaganfallpatienten einschließlich TIA / Jahr\*:**

- systemische Thrombolysen:

**h) Anzahl der versorgten Patienten mit Entlassungsdiagnose Schlaganfall:**

**i) Teilnahme am Qualitätsregister Schlaganfall:**   ja nein

**j) DEGUM Zertifikat:**  ja nein

**k) Allgemeinstation (Bettenzahl):**

**l) Comprehensive Stroke Unit (Bettenzahl):**

**m) Intermediate Care Station (Bettenzahl):**

**n) Neurologisch/neurochirurgische Frührehabilitation (Bettenzahl):**

**o) Neuro-Geriatrie (Bettenzahl):**

**p) andere:**

**q) Modus der neurologischen Präsenz in der Notaufnahme:**

**r) Schlaganfallversorgung durch internistische Klinik:**  ja nein

**s) Neurochirurgische Klinik/Abteilung vorhanden:**  ja nein **wenn ja:**

## *s1.1 Neurochirurgische Klinik/Abteilung:*

*a) am gleichen Standort:*  ja nein

*b) Anzahl der Betten:*

*-Allgemeinstation:*

*-Intermediate Care Station:*

*-andere:*

*c) Modus der neurochirurgischen Präsenz in der Notaufnahme:*

*d) Anwesenheit neurochirurgischer Kompetenz und Facharztstandard*

*24h/7 am Standort:*  ja nein

*e) DGNC-Zertifikat "Vaskuläre Neurochirurgie" ad personam liegt vor oder*

*Voraussetzung für DGNC-Zertifikat "Vask. Neurochirurgie" erfüllt die Klinik:*  ja nein

beantragt

*f) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Neurochirurgie:*      

*(volle Weiterbildungsermächtigung)*

*g) Neurovaskuläre Spezialsprechstunde:*  ja nein

## *s1.2 Ärztliche Mitarbeiter:*

*a) Leiter:*

*b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:*

*c) Anzahl Oberärzte:*

*d) Anzahl Fachärzte:*

*e) Anzahl Assistenzärzte:*

## *s1.3 Pflegerische Mitarbeiter:*

*a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):*       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

*b) Regelungen zu Fort- und Weiterbildungen:*  ja nein

*c) Regelungen zu OP-Management im Hinblick auf Organisation, Planung,*

*Patientensicherheit, Hygiene, etc. vorhanden:*  ja nein

## *s2.1 Neurochirurgische Intensivmedizin:*

*a) Anzahl der neurochirurgischen Betten:*

*b) Beatmungsbetten:*

*c) Nichtbeatmungsbetten:*

*d) eigenständige neurochirurgische Intensivstation:*  ja nein

*e) gemeinsame neurochirurgisch / neurologische ITS:*  ja nein

*f) gemeinsame neurochirurgisch / anästhesiologische ITS:*  ja nein

*g) gemeinsame chirurgische ITS:*  ja nein

*h) integriert in operative / anästhesiologische ITS:*  ja nein

*i) sonstige*

*j) Gesamtzahl der neurochirurgischen ITS-Patienten / Jahr:*

*k) Anzahl der neurovaskulären Patienten:*

## *s2.2 Ärztliche Mitarbeiter:*

*a) Anzahl der ärztlichen Mitarbeiter auf der neurochirurgischen Intensivstation:*

*b) 2-Schichtdienst:*  ja nein

*c) weniger als 2-Schichtdienst:*  ja nein

*d) 3-Schichtdienst:*  ja nein

*e) sonstige Anzahl Mitarbeiter:*

*f) Anzahl der Mitarbeiter in Ausbildung für das Zertifikat Intensivmedizin:*

*g) Mindestens 1 NCH FA/OA soll das Zertifikat Intensivmedizin vorweisen:*  ja nein

*h) Mindestens 1 NCH FA/OA soll die WB-befugnis Intensivmedizin vorweisen:*  ja nein

## *s2.3 Pflegerische Mitarbeiter:*

*a) Anzahl Pflegepersonal (Vollzeitbeschäftigte):*       3-jährig examiniert

      nicht examiniert

      VK/Bett

*b) Anzahl Fachweitergebildete Pflegekräfte:*       Intensiv FWB

      AN FWB

**t) Neurochirurgische Expertise auf Facharztbasis:**  ja nein - Falls ja, Darlegung der Struktur (detaillierte Beschreibung):

**u) Interventionelle Radiologie / Neuroradiologie vorhanden:**  ja nein **wenn ja:**

## *u1.1 Neuroradiologische Abteilung:*

*a) Leiter:*

*b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:*

*c) Anzahl Oberärzte:*

*d) Anzahl Fachärzte mit Schwerpunkt Neuroradiologie:*

*e) Anzahl Assistenzärzte:*

*f) Neuroradiologischer Rufdienst 24/7:*  ja nein

*g) Radiologischer Anwesenheitsdienst 24/7:*  ja nein

*h) Neuroradiologischer Anwesenheitsdienst 24/7:*  ja nein

*i) DeGIR/ DGNR-Zertifikat ad personam durch einen zertifizierten*

*interventionellen Neuroradiologen:*  ja nein

*j) DeGIR/DGNR-Zertifikat als Ausbildungsstätte liegt vor*

*(bzw. Voraussetzung gegeben):*  ja nein      

*k) Anzahl der Anzahl Mitarbeiter, die Eingriffe nach Modul E und F durchführen:*

*l) Dauer der Weiterbildungsbefugnis für Neuroradiologie:*

*m) MTRA Anzahl VK:*

*n) Notfall MRT 24/7:*  ja nein

*o) Anzahl der Katheter-Tische:*

*p) Anzahl MRT-Geräte:*       1,5 T

      3,0 T

*q) Anzahl CT-Geräte:*

*r) Anzahl MRT-Untersuchungen:*

*s) Anzahl CT-Untersuchungen:*

## *u1.2 Beschreibung der initialen Bildgebung bei akuten Schlaganfall-Patienten:*

*a) nur CT:*

*b) CT-A:*  Standard

*:*       selektiv

*c) CT-Perfusion:*  Standard

*:*       selektiv

*d) Schlaganfall-MRT:*  Standard

*:*       selektiv

*e) Darlegung des Konzepts:*

**v) Gefäßchirurgie vorhanden?**  ja nein **wenn ja:**

## *v1.1 Gefäßchirurgie:*

*a) eigene Gefäßchirurgische Sektion/Abteilung/Klinik im Hause:*  ja nein

*b) Zertifiziertes Gefäßzentrum:*

*c) Anzahl Betten:*

*d) Regelhafte Untersuchung vor TEA durch Neurologen:*

*- Präoperativ:*  ja nein

*- Postoperativ:*  ja nein

*e) Post-interventionelles Versorgungskonzept nach TEA :*

## *v1.2 Ärztliche Mitarbeiter:*

*a) Leiter:*

*b) Anzahl der ärztl. Mitarbeiter:*

*c) Anzahl Oberärzte:*

*d) Anzahl Fachärzte:*

*e) Anzahl Assistenzärzte:*

*f) Anzahl der Mitarbeiter, die Interventionen (OP/Stenting) durchführen:*

**w) Kardiologische Klinik/Abteilung vorhanden:**  ja nein

**x) Kardiologische Expertise auf Facharztbasis:**  ja nein

**y) Elektronische Bilddatenübermittlung:**  ja nein

**z) Zugelassene Teleradiologie mit Befundung:**  ja nein

**aa) Telemedizin i. S. von klinischer Beurteilung von Patienten:**  ja nein - Falls ja, Darlegung der Struktur (detaillierte Beschreibung):

**Falls t, u oder v mit ja beantwortet wurden:**

## 4.2 Leistungsprofil der kooperierenden Klinik:

**a) akute rekanalisierende Therapie:**

- systemische Thrombolyse (OPS 8-020.8):

- mechanische Thrombektomie (OPS OPS 8-836.80):

**b) Anzahl der NCH Operationen im vergangenen Jahr:**

- Kopf (OPS 5-01, 5-02, 5-040.0, 5-041.0, *5-05 (nur 5-050.0, 5-051.0, 5-052.0, 5-053.0, 5-054.0, 5-055.0, 5-056.0, 5-057.0*)

(alle Operationen am NS):

- Wirbelsäule (OPS 5-03,  5-830 bis 5.839, 5.83b):

**c) Dekompressionshemikraniektomie:**

- vaskulär (OPS 5-012.0 und I63):

- traumatisch (G93.6, S06.1, S06.5, S06.6):

**d) Anzahl nicht traumatischer ICB:**

- konservativ (ICD I62) :

- operativ (ICD I62 und 5-013):

**e) Aneurysmabehandlung:**

- akut – Clipping (ICD I60, I67.10 mit OPS 5-025, 5-026, 5-027, 5-037):

- elektiv – Clipping (OPS 5-025, 5-026, 5-027, 5-037 – ohne I60):

- akut Coiling (ICD I60 mit OPS 8-836.m0, 8-84b, 8-83c.8, 8-836.90, 8-83c.6):

- elektiv Coiling (OPS 8-836.m0, 8-84b, 8-83c.8, 8-836.90, 8-83c.60 ohne ICD I60):

**f) Gefäßmalformationen (OPS 5-025):**

- AVM/Durafistel – operative Versorgung (I67.11., Q28, G96.1, I77.0, Q27.3):

**g) Karotis-Stenosen (nicht akut):**

- TEA symptomatisch (OPS 5-381.01, 5-381.02, 5-395.02):

- TEA asymptomatisch (nach BQS Register Diff in a/symptomat.):

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

- CAS symptomatisch (OPS 8-840.0m, , 8-836.0k, 8-844.00):

- CAS asymptomatisch (nach QS Register Diff in a/symptomat.)

- Peri-interventionelle Schlaganfallrate (a-/symptomatisch):

|  |
| --- |
| *zu 4.1 g: \*Anzahl der akuten Schlaganfallpatienten/Jahr (inkl. TIA; ICD-10: G45 (ohne G45.4), I61, I63.x, I64), ICB ist I60.\*, SAB I61.\*), die auf der SU behandelt werden und (getrennt) Anzahl aller Schlaganfallpatienten/Jahr (inklusive TIA) der Abteilung.*  *Zu 4.1 i: Teilnahme am Qualitätsregister Schlaganfall: Mindestkriterium*  *Die Angaben zu den OPS hinter den einzelnen Leistungen sollen die Abfrage seitens des Controlling vereinfachen und standardisieren.* |

## 4.3 Anzahl der dem koordinierenden Zentrum (oder einer anderen Netzwerkklinik) zugewiesenen Patienten pro Jahr nach Fragestellung:

|  |
| --- |
| *aus dem Controlling der kooperierenden Klinik* |

**a) rekanalisierende Therapie:**

- door-to-shipment:

- door-to-door Zeiten (Sekundärverlegung):

**b) Dekompressionshemikraniektomie:**

**c) ICB:**

**d) SAB:**

**e) Gefäßmalformationen:**

**f) Karotis-Stenosen:**

**g) Anzahl der vom koordinierenden Zentrum abgelehnten Patienten:**

**4.4 Darlegung der Rolle und Teilhabe dieser kooperierenden Klinik im Netzwerk:**

*Kriterien für eine aktive Teilnahme am Neurovaskulären Netzwerk:*

*1.: Fallvorstellungen im Rahmen der vorgesehenen Fallkonferenzen und M&M Konferenzen; Vorstellung von Patienten der kooperierenden Partnerklinik in den Konferenzen (KO-Kriterium).*

*2.: Verlegung von Patienten der kooperierenden Partnerklinik in das koordinierende Zentrum:*

*a) Partnerkliniken ohne neurointerventionelle und/oder neurochirurgische Versorgung müssen Ihre Patienten in aller Regel innerhalb des NVN verlegen. Verlegungen nach extern sollten nur im begründeten*

*Ausnahmefall erfolgen und müssen dokumentiert werden (KO-Kriterium).*

*b) Partnerkliniken mit neurointerventioneller und/oder neurochirurgischer Versorgung, die keine Patienten ins koordinierende Zentrum verlegen, müssen die aktive Partizipation am NVN durch die Punkte 1,3-5*

*belegen. Diese Kliniken sollten als Nachweis einer hohen Versorgungsqualität über die DeGIR/DGNR Zertifikate E (Gefäß-eröffnende Verfahren) und/oder F (Gefäß-verschließende Verfahren) und über das*

*Personenzertifikat „Vaskuläre Neurochirurgie“ verfügen.*

*3. aktive Teilnahme durch Patienten (Rück-)-übernahmen – bidirektionale Kooperation. Die Verlegung von neurovaskulären Patienten außerhalb des Netzwerks sollte eine Ausnahme sein und gut begründet werden.*

*4. aktive Teilnahme durch Konsultationen mit dem koordinierenden Zentrum (zB Vaskulitis, Indikation zum Stenting)*

*5. Die aktive Teilnahme durch die Mitarbeit bei wissenschaftlichen Projekten, z. B. können Patienten der kooperierenden Klinik im Rahmen von wissenschaftlichen Studien, an denen das koordinierende Zentrum*

*teilnimmt, behandelt werden.*

*(Weitere Details siehe Dokument Leitfaden für den Antragsteller)*

**4.5. Außerhalb des Netzwerks verlegte Patienten mit detaillierter Begründung:** (bitte für jeden Fall belegen)

**a) Anzahl:**

**b) Name der Klinik(en):**

**c) Diagnose:**

**d) Grund der Verlegung außerhalb des NVN:**