

Telestroke-Netzwerke Bestandsaufnahme

Netzwerk	
Ärztlicher Leiter/Koordinator	
Klinikum	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
Startjahr	

Basis

1. Anzahl Zentren

Zentrum 1: _____ überregionale SU regionale SU EVT

Zentrum 2: _____ überregionale SU regionale SU EVT

Zentrum 3: _____ überregionale SU regionale SU EVT

Zentrum 4: _____ überregionale SU regionale SU EVT

Zentrum 5: _____ überregionale SU regionale SU EVT

Zentrum 6: _____ überregionale SU regionale SU EVT

- Möglichkeit weitere Zentren einzugeben -

2. Bundesland/-länder

_____ länderübergreifend

Einzugsgebiet: _____ qkm

_____ Einwohner (im Einzugsgebiet/Kreis der telemedizinisch
angeschlossenen Kliniken, ohne Zentren)

Flächendeckung im Einzugsgebiet ja nein

3. Kooperationskliniken

Anzahl _____

Bitte Details zu den einzelnen Kliniken in die zusätzliche Tabelle einpflegen.

Anzahl weiterer Kliniken im Einzugsgebiet, die nicht Teil des Netzwerks sind:
_____internist., _____neurolog., mit EVT-Kapazität: _____

4. Netzwerk-Zertifizierung vorhanden

- keine
- Neurovaskuläres Netzwerk nach DSG Netzwerkzertifizierung nach DIN ISO
- Sonstiges _____

Konsile - Leistungszahlen

5. Verpflichtende Indikationen für Telekonsil (laut Vereinbarung/Vertrag)

bitte auflisten: _____

- Fokus auf Schlaganfall
- nur Pat. mit zeitkritischer Therapieoption (def. über Zeitfenster) vs. jeder Schlaganfall (ohne zeitliche Begrenzung)
- weitere Indikationen außer Schlaganfall (laut Vereinbarung/Vertrag), bitte angeben:

- Neurologische Anfragen außerhalb der o.g. Indikationen werden dennoch bearbeitet;
bitte konkretisieren: _____

 6. Behandelte Pat. in den Kooperationskliniken und Konsile gesamt

Behandelte Pat. gesamt, n	2017	2018
Ischäm. Schlaganfall, n		
TIA, n		
Hirnblutungen, n		

	2017	2018
Anzahl Telekonsile, n		
Schlaganfalldiagnosen, n (%) ¹		
- Ischäm. Schlaganfall, n (%) ²		
- System. Lysen, n (%) ³		
- TIA, n (%) ²		
- Hirnblutungen, n (%) ²		
Andere Diagnosen, n (%) ¹		
Verlegungen, n (%) ¹		
Verlegungen zur EVT, n (%) ¹		

Prozentangaben beziehen sich auf: ¹ Telekonsile, ² Schlaganfalldiagnosen, ³ Ischäm. SA

 7. Behandelte Schlaganfallpatienten in den Zentren (Zahlen 2018)

Zentrum (analog zu Pkt.1):	1	2	3	4	5	6	gesamt
Schlaganfalldiagnosen, n							
- Ischäm.Schlaganfall, n (%)							
- System. Lysen, n (%)							
- TIA, n (%)							
- Hirnblutungen, n (%)							

Möglichkeit weitere Zentren einzugeben

8. Leistungszahlen Endovaskuläre Therapie (2018)

Leistungszahlen EVT vorhanden? ja nein

Teilnahme an QS für EVT? ja nein wenn ja, welche: _____

Anzahl EVTs in den Zentren gesamt: _____; davon verlegt aus dem Netzwerk, n (%)

Anzahl Patienten aus Kooperationskliniken, die eine EVT erhielten, n (%), (bezogen auf alle ischämischen Schlaganfälle in den Koop.kliniken): _____

Leistungszahlen zu Verlegungszeiten/Transportlogistik vorhanden ja nein

EVT-Konzept: drip&ship mothership flying intervention team Sonstiges: _____

9. Wissenschaftliche Aktivität

keine wissenschaftliche Aktivität

regelhafte begleitende wissenschaftliche Auswertung, durch (z.B: Institut) _____

Effizienzanalyse erfolgt/geplant: _____

laufende prospektive wissenschaftliche Studie: _____

Datenbank zur Nutzung für gezielte Fragestellungen vorhanden

Koordination/Netzwerkarbeit

10. Mitarbeiter aller Zentren

Bitte als Stellenanteil (z.B.1,0 VK) angeben, der für das Netzwerk tätig ist bzw. über Netzwerk finanziert wird

Anzahl gesamt _____ VK Ärztl. Leiter/in _____ weitere ärztl. MA _____

wissenschaftl. MA _____ Geschäftsstelle _____ Pflegeexperte/in _____

Therapeut/in _____ medizin. Dokumentationsassistent/in _____ sonstige _____

11. Dienstsysteem des Telekonsildienstes

Telekonsildienst 24/7 ja nein, _____

Durch Assistenzarzt Facharztstandard Facharzt Oberarzt

Stellenanteil: Regelarbeitszeit ____VK, exklusiv für Telekonsildienst ja nein

Dienstzeit ____VK, exklusiv für Telekonsildienst ja nein

Sonstiges: _____

Wenn mehr als 1 Zentrum, Rotation des Konsildienstes? ja nein

Einbindung Neuroradiologie Telekonsildienst jederzeit kontaktierbar

sonstiges: _____

Einbindung Neurochirurgie Telekonsildienst jederzeit kontaktierbar Erstellung eines eigenen Konsils sonstiges: _____

12. Netzwerkarbeit

Audits vor Ort: Frequenz _____

Inhalt: Überprüfung Standards/Struktur/Prozesse Präsentation Qualitätszahlen

Sonstiges: _____

Gemeinsame Visiten in der Koop.klinik? ja nein

Fortbildungen ärztlich: im Zentrum _____ x/Jahr, vor Ort _____ x/Jahr

Fortbildungen Pflege: im Zentrum _____ x/Jahr, vor Ort _____ x/Jahr

Fortbildungen Physio/Logo/Ergo: im Zentrum _____ x/Jahr, vor Ort _____ x/Jahr

Netzwerktreffen ja nein wenn ja, wie oft: _____

Kooperation mit dem Rettungsdienst (z.B. Teilnahme an Netzwerktreffen, Konzept für EVT-Verlegungen, Schulungen des RD, Auswertung Verlegungszeiten etc) ja nein

Wenn ja, bitte konkretisieren: _____

Standards/SOPs

13. SOP-Entwicklung

Welche SOPs/Leitlinien werden konkret benutzt?

SOPs/Leitlinien der Fachgesellschaften; welche (DGN, AHA/ASA, ESO): _____

Es wurden eigene SOPs entwickelt/die obigen Leitlinien wurden übernommen und angepasst

Keine spezifischen, verschriftlichten Leitlinien. Die Empfehlungen richten sich nach der besten klinischen Praxis.

Werden die Partnerkliniken in die Leitlinienauswahl/-erstellung einbezogen? ja nein

14. Spezifische SOPs

SOPs vorhanden für:

Akuttherapie ischämischer Schlaganfall: ja nein

Systemische Thrombolysen ja nein

Mechanische Rekanalisation ja nein

Sekundärprävention ischämischer Schlaganfall: ja nein

Akuttherapie hämorrhagischer Schlaganfall: ja nein

Weitere SOPs zerebrovaskuläre Krankheiten: _____

Weitere SOPs andere neurologische Krankheiten: _____

Wie erfolgt das Verlegungsmanagement? standardisierte Reihenfolge/SOP
 ad hoc-Auswahl durch Dienstarzt

15. Umsetzung aktueller Studienergebnisse

Wird in Ihrem Netzwerk Folgendes empfohlen/durchgeführt?

Sekundärprävention nach CHANCE/POINT: ja nein

Erweitertes Thrombektomiefenster nach DAWN/DEFUSE: ja, wird regelmäßig durchgeführt prinzipiell ja, aber Perfusionsoftware für CT/MRT steht meist nicht zur Verfügung nein, wird nicht empfohlen

Systemische Lysetherapie nach WAKE-UP/EXTEND-Kriterien: ja, wird regelmäßig durchgeführt prinzipiell ja, aber MRT/ Perfusionsoftware für CT steht meist nicht zur Verfügung nein, wird nicht empfohlen

Interventioneller PFO-Verschluss bei Pat. <60J mit kryptogenem Schlaganfall und mindestens mittelgroßem Shuntvolumen/Nachweis Vorhofseptumaneurysma: ja nein

16. Qualitätssicherung im Netzwerk

Wird durchgeführt ja nein

wenn ja, bei allen telemedizinisch vorgestellten Pat. bei allen Schlaganfallpat.

- jährlich andere Frequenz _____
- Stichprobe, bitte beschreiben: _____
- Papierbögen elektronisch, welche Software: _____
- Verantwortlich für Dateneingabe: Zentrum Koop.klinik
- Kliniken nehmen teil an regulärer verpflichtender QS ja nein wenn ja, welche: _____
- Wenn nein, welche Parameter werden erfasst: analog zu ADSR andere: _____
- _____

Finanzierung

17. Finanzierung des/der Zentrums/Zentren

- Krankenkasse (z.B. Rahmenvertrag), fallbezogen, _____€
- Landeszuschuss fallbezogen, _____€
- Finanzierung durch Umlage
- Kooperationsklinik bezahlt Abschlag/Gebühr: , _____€
- Sonstiges, _____

18. Finanzierung der Kooperationsklinik

- OPS 8.98b
- Anzahl an internistischen Kooperationskliniken, die die Voraussetzungen für die OPS 8.98b grundsätzlich erfüllen: _____
- Anzahl an Patienten bei denen die OPS 8.98b kodiert wird, n (%) (bezogen auf alle Schlaganfallpatienten in den Kooperationskliniken 2018): _____
- Krankenkasse (z.B. Rahmenvertrag), fallbezogen, _____€
- Sonstiges, _____

19. Investitionen

Hardware, Software sowohl im Zentrum als auch in den Kooperationskliniken

- Förderung, durch _____ Eigenleistung der Klinik
- Sonstiges, _____

Technik

20. Systeme

MEYTEC: Videokonferenz Bildübertragung Konsilerstellung

Andere: _____ Videokonferenz Bildübertragung Konsilerstellung

_____ Videokonferenz Bildübertragung Konsilerstellung

_____ Videokonferenz Bildübertragung Konsilerstellung

Bei anderen Anbietern als MEYTEC bitte Kontaktdaten angeben:

21. Technische Ausstattung

Internetanbindung/Bandbreite Zentrum: _____ Mbit/s* Kliniken: _____ Mbit/s* (* wenn bekannt Up- & Downstream)

Nutzung der Krankenhausleitung gesonderte Leitung

Angaben zu Hardware: PC _____

Laptop _____

Letzte Erneuerung der Hardware (Jahr): _____

Betriebssystem: _____

Transfer-Modul MEYTEC in Verwendung ja nein

Bildgebung in PACS der Zentren übertragbar ja nein

Technische Lösung für Qualitätssicherung ja nein wenn ja, welche: _____

22. Schriftliches Konsil

Word-Dokument generiertes pdf

digital übertragbar in KIS der Koop.klinik integrierbar

in KIS des Zentrums integrierbar (z.B. nach Verlegung)

Informationen werden standardisiert in einer Datenbank erfasst ja nein

Wenn ja, welche Software: MEYTEC Excel – Tabelle Sonstiges: _____