

Qualitätssicherung in der Schlaganfalltherapie in Nordrhein

Projekthandbuch 2024

Inhalt

Projektbeschreibung	3
Historie	3
Kooperationsvereinbarung	3
Datenmanagement.....	3
Auswertungen Änderungen 2024	4
Kontakt	4
Spezifikation Nordrhein	5
Einschlussdiagnosen.....	6
Datensatz Änderungen 2024	8
Erfassungsbogen Änderungen 2024	9
Ausfüllhinweise zum Datensatz Änderungen 2024	13
Erläuterungen zum NIHSS	22
EDV-Ehebungsinstrument „STROKE 2024“	23
Kurzanleitung	23
Installation	23
Start.....	23
Datensatz anlegen.....	24
Hauptfenster	25
Ausfüllhinweise.....	26
Fehler bearbeiten	27
Optionen einstellen.....	28
Daten exportieren	29
Neuerungen Datenexport ab 2022	32
Auswertungsportal	33
Materialien	33
Qualitätsindikatoren der ADSR	34

Projektbeschreibung

Jährlich erleiden ca. 270.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall, davon sind 10 – 15% unter 55 Jahre alt. Der Schlaganfall ist in Deutschland die dritthäufigste Todesursache und einer der wichtigsten Ursachen von schwerer und lebenslanger Behinderung. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer weiteren Zunahme der Erkrankungszahlen zu rechnen. Eine rasche, gut koordinierte und qualitativ hochstehende stationäre Versorgung kann die Sterblichkeit und verbleibende Funktionseinschränkungen von durch Schlaganfallerkrankung betroffenen Patientinnen und Patienten mindern.

Die medizinische Versorgung in der Schlaganfallbehandlung wird von einem qualitätssichernden Projekt begleitet, das die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in der Schlaganfalltherapie anhand einer standardisierten Dokumentation ermöglicht. Durch regelmäßige Auswertungen sollen Verbesserungspotentiale erkannt und eine Diskussionsplattform für die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität geschaffen werden.

Historie

Im Jahre 2000 wurde zu diesem Zweck durch die Ärztekammer Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein das interdisziplinäre Projekt „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Nordrhein“ unter dem Dach des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein IQN etabliert. In den vergangenen Jahren beteiligten sich daran auf freiwilliger Basis zunehmend mehr Einrichtungen, in denen akute Schlaganfallpatienten versorgt werden. Aktuell wird bereits deutlich mehr als die Hälfte der im Kammergebiet durchgeführten Schlaganfallbehandlungen in diesem Register erfasst und ausgewertet. Seit 2004 ist das Projekt Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister ADSR, einem Zusammenschluss von Schlaganfall-Qualitätssicherungsprojekten in verschiedenen Bundesländern.

Seit 2010 wird das Projekt durch die Ärztekammer Nordrhein koordiniert. Die Teilnahme an der Dokumentation erfüllt die Kriterien für die Zertifizierung von Stroke Units der Deutschen Schlaganfallgesellschaft DSG.

Kooperationsvereinbarung

Zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und der Ärztekammer Nordrhein (Koordinationsstelle) wird eine Kooperationsvereinbarung getroffen. Danach ist die Teilnahme am Projekt (Mitgliedschaft) freiwillig und steht diese allen Einrichtungen in Nordrhein unabhängig von ihrer Fachrichtung offen, wenn sie an der Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten teilnehmen. Die Mitgliedschaft ist kostenpflichtig. Die Kostenbeteiligung richtet sich nach dem geltenden Kostenindex. Die Dokumentation von Schlaganfallpatienten erfolgt strikt anonymisiert. Das komplette Datenmanagement, die Datenauswertung sowie die Erstellung von Berichten erfolgt durch die Koordinationsstelle. Die Daten selbst bleiben Eigentum der einsendenden Einrichtung. Die Koordinationsstelle erhält das Recht, die Daten oder Teile davon anonymisiert für wissenschaftliche Projekte oder Fragen der Versorgungsforschung zu nutzen oder auszuwerten. Darüber hinaus stellen die beteiligten Einrichtungen die Daten anonymisiert der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) als Poolungsstelle für gemeinsame Auswertungen und ggf. für Publikationen der entstandenen Ergebnisse zur Verfügung. Eine Weitergabe von Daten an Dritte ist nur mit schriftlicher Zustimmung möglich.

Datenmanagement

Die Dokumentation der Behandlungsdaten erfolgt elektronisch über die Dateneingabe in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) oder über das von der Ärztekammer Nordrhein kostenfrei zur Verfügung gestellte, netzwerkfähige EDV-Erhebungsinstrument „STROKE“. Für die elektronische Dateneingabe über das KIS-System ist der Einsatz eines projektspezifischen Schlaganfallmoduls des jeweiligen KIS-Anbieters erforderlich. Die dafür gültige Spezifikation wird auf der Projektwebseite der Ärztekammer Nordrhein publiziert.

Die erfassten Daten werden beim Datenexport anonymisiert und als verschlüsselter Mailanhang an die Ärztekammer Nordrhein geschickt.

Empfehlenswert ist die Verschlüsselung der Exportdatei nach dem 3DES–Verfahren. Die Exportdatei enthält eine komprimierte Steuer-Datei und Daten-Dateien für jeden Teildatensatz (Basis, Stroke und Nordrhein Stroke). Eine Verschlüsselung einer Exportdatei mit einer jeweils aktuellen Gnu-PG-Version (GNU Privacy Guard) ist ebenfalls möglich. Die Daten bleiben Eigentum der einsendenden Einrichtung. Die dokumentierten Daten werden von den Teilnehmern in regelmäßigen zeitlichen Intervallen, mindestens quartalsmäßig, an die Koordinationsstelle gesandt.

Auswertungen Änderungen 2024

Die Ergebnissrückgabe an die beteiligten Einrichtungen erfolgt in Form von mindestens zwei Auswertungen pro Jahr. Für die Jahresauswertungen müssen alle Daten eines Erfassungsjahres bis spätestens zum 28. Februar des Folgejahres der Ärztekammer vorliegen. Die Jahresauswertung erfasst alle Patienten, die zwischen dem 01.01. und 31.12. des Erfassungsjahres aufgenommen und **bis zum 28/29.02. des Folgejahres** entlassen wurden. Die Jahresauswertungen werden im 2. Quartal des Folgejahres erstellt. In Tabellen und Grafiken werden die erhobenen Items anschaulich für jede Einrichtung dargestellt. Ein Vergleich mit den Daten des jeweils vorangegangenen Auswertungsjahres vermittelt den Trend über die Zeitachse. Über anonymisierte Benchmarking-Diagramme kann sich jede Einrichtung mit den anderen teilnehmenden Einrichtungen des Registers vergleichen. Im Rahmen der Auswertung werden Qualitätsindikatoren berechnet, die in einem standardisierten Verfahren gemäß nationalen und internationalen Empfehlungen durch einen multidisziplinär besetzten Expertenkreis unter Koordination der ADSR definiert und weiterentwickelt wurden. Sie kommen seit 2006 in den Berichten aller regionalen Qualitätssicherungsprojekte der ADSR zur Anwendung. Diese Indikatoren werden kontinuierlich überarbeitet einschließlich Festlegung einheitlicher Zielwerte. Auf Wunsch werden kurzfristig einrichtungsbezogene Sonderauswertungen beispielsweise für eine geplante Zertifizierung erstellt. Die Auswertungen werden den Einrichtungen über ein QS-Portal („Auswertungsportal“) zur Verfügung gestellt.

Kontakt

Ärztekammer Nordrhein
Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Projektkoordinatorin: Miriel Gödde
Telefon: 0211 4302-2211
Fax: 0211 4302-2709
Mail: qs-stroke@aekno.de

Projektwebseite:

[Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung](#)

Auswertungportal:

[QS Schlaganfallbehandlung](#)

Spezifikation Nordrhein

Eingesetzt wird der jeweils aktuelle QS-Filter der ADSR für die Schlaganfall-Akutbehandlung

„**Schlaganfall-Akutbehandlung bei Patienten ab 18 Jahren (exkl. Subarachnoidalblutungen)**“

Erfasst werden **alle stationären Patienten \geq 18 Jahre mit den Hauptdiagnosen** TIA, Hirninfarkt und intrazerebraler (Massen-)Blutung. Die ICD muss die Hauptdiagnose für eine **stationäre** Behandlung oder Diagnostik in der dokumentierenden (konservativen) Einrichtung repräsentieren. Es werden **alle stationären Aufenthalte** von Patienten mit diesen Diagnosen dokumentiert, auch wenn der Aufenthalt nur wenige Stunden dauerte.

Nicht erfasst werden

- ausschließlich **ambulante** Behandlungen und Diagnostik
- **stationäre** Behandlungen in **operativen** Abteilungen
- Behandlungsfälle mit **Ausschluss-ICDs** und **Ausschluss-OPS**

Bei Fallzusammenführungen (z. B. bei Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer) ist der zusammengeführte Fall in einem Datensatz abzubilden. Inhaltlich müssen die Angaben der beiden stationären Aufenthalte sinnvoll zusammengeführt werden, als hätte der Patient/die Patientin das Krankenhaus nicht zwischenzeitlich verlassen.

Spezifikation 2024 Nordrhein

QS-Filter ADSR 2024

Einschlussdiagnosen

Spezifikation Schlaganfall Nordrhein 2024 Einschlussdiagnosen



Einbezogene Hauptdiagnosen ICD-10-GM 2024	
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome G45	
<i>Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden</i>	
G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.22	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien
G45.32	Amaurosis fugax
G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
<i>Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde</i>	
G45.03	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.23	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien
G45.33	Amaurosis fugax
G45.83	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
<i>Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet</i>	
G45.09	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.19	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.29	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnersorgenden Arterien
G45.39	Amaurosis fugax
G45.89	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)

Spezifikation Schlaganfall Nordrhein 2024 Einschlussdiagnosen

Intrazerebrale Blutung I61	
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Tiefe intrazerebrale Blutung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Oberflächliche intrazerebrale Blutung Zerebrale Lobusblutung
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet
Hirnfarkt I63	
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bez. Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. cerebelli
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. cerebelli
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bez. Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. cerebelli
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet
Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet I64	

Datensatz Änderungen 2024

Analog zur ADSR-Spezifikation 2024 wurden folgende Punkte geändert:

1. Feld NIH-Stroke Scale bei Aufnahme

Das Feld steht nicht mehr in Abhängigkeit zur Bildgebung. Es rückt auf Zeile 22.2 vor. Es ist ein Mussfeld. Der Wert 99 zeigt an, dass der Wert nicht erhoben oder unbekannt ist.

2. Entlassungsgründe 31 - 35

Beim IQTIG wird noch diskutiert, wie mit den Entlassungsgründen 31 – 35 zu verfahren ist. Dort tendiert man dazu, den Wert 32 zuzulassen und den Rest nicht. Dies ist bisher allerdings noch nicht abgebildet.

Nach Abstimmung mit den teilnehmenden Kliniken wurde folgendes neues Datenfeld für Nordrhein eingeführt:

„Vorbehandlung mit Antikoagulantien“

Das Datenfeld wurde als MUSS-Feld in den Teildatensatz Nordrhein aufgenommen. Betroffene Plausibilitätsregeln wurden in diesem Zusammenhang angepasst.

Erfassungsbogen Änderungen 2024

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Nordrhein-Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung

SA_NO (Spezifikation 2024 V01)

Basisdatensatz	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-16	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <input style="width: 100%;" type="text"/>
2	Entlassender Standort <input style="width: 100%;" type="text"/>
3	Aufnehmender Standort <input style="width: 100%;" type="text"/>
4	Betriebsstätten-Nummer <input style="width: 100%;" type="text"/>
5	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de <input style="width: 100%;" type="text"/>
6	Identifikationsnummer des Patienten <input style="width: 100%;" type="text"/>
7	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/>
8	Geschlecht <input style="width: 100%;" type="text"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt
9	5-stellige PLZ des Wohnortes <input style="width: 100%;" type="text"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/>
11	Aufnahmezeit Krankenhaus HH:MM <input style="width: 100%;" type="text"/>
12	Hauptdiagnose ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses <input style="width: 100%;" type="text"/>
13	Vorzeitiger Abschluss des Falles <input style="width: 100%;" type="text"/> 1 = Ereignis älter als 7 Tage 2 = Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bilddiagnose 3 = nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) 4 = bereits vor Aufnahme wurde eine palliative Zielsetzung festgelegt 9 = sonstiger Grund
wenn Feld 13 = 9	
14*	Erläuterung zum sonstigen Grund Textfeld 255 Zeichen

15	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input style="width: 100%;" type="text"/>
16.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de Schlüssel 1 <input style="width: 100%;" type="text"/>
16.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund <input style="width: 100%;" type="text"/> 1 = ja

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Nordrhein-Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung

SA_NO (Spezifikation 2024 V01)

Stroke		22.1 Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme		28.5+ Sonstige	
Maximal ein Bogen muss ausgefüllt werden.		0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung		1 = ja	
17-20	AUFNAHME	22.2+ NIH-Stroke Scale bei Aufnahme 0 - 42		29-33 Thrombolyse/Rekanalisation	
17	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme (bei Wake-up Stroke: Last seen well)	22+ Diagnostik		29 Systemische Thrombolyse	
	1 = <= 1 h 2 = > 1 - 2 h 3 = > 2 - 3 h 4 = > 3 - 4 h 5 = > 4 - 5 h 6 = > 5 - 6 h 7 = > 6 - 9 h 8 = > 9 - 24 h 9 = > 24 - 48 h 10 = > 48 h 11 = inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich	23 Bildgebung durchgeführt		0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur Thrombolyse	
wenn Feld 17 = 11		23+ 28.5		wenn Feld 29 = 2	
18.1+	Datum des Inhouse-Stroke TT.MM.JJJJ	23+ 23 Bildgebung durchgeführt		30.1+ Beginn Lyse am TT.MM.JJJJ	
	□□.□□.□□□□	0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus		□□.□□.□□□□	
18.2+	Uhrzeit des Inhouse-Stroke HH:MM	wenn Feld 23 = 2		30.2+ Beginn Lyse um HH:MM	
	□□:□□	24.1+ Bildgebung durchgeführt am TT.MM.JJJJ		□□:□□	
19	Versorgungssituation vor Akutereignis	24.2+ Bildgebung durchgeführt um HH:MM		31 Intraarterielle Therapie (IAT)	
	1 = unabhängig zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution	□□:□□		0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur geplanten IAT	
20.1-22 Erstuntersuchung/Symptome		wenn Feld 23 IN (1; 2)		wenn Feld 31 = 2	
20.1	Motorische Ausfälle bei Aufnahme (Arm/Hand u./o. Bein/Fuß)	25+ CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie		32.1+ Intraarterielle Therapie (IAT) im eigenen Haus	
	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = direkt im Anschluss an native Bildgebung 3 = direkt/direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme 4 = nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme		1 = nach Primärbehandlung im eigenen Haus (Direct to center) 2 = nach Primärbehandlung in externer Einrichtung (Drip and Ship)	
20.2	Sprachstörungen bei Aufnahme	26 Doppler / Duplex		32.2+ Punktion Leiste am TT.MM.JJJJ	
	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus spätestens am Folgetag nach Aufnahme 3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme		□□.□□.□□□□	
20.3	Sprechstörungen bei Aufnahme	wenn Feld 25.2 <= 0 oder Feld 26 <= 0		32.3+ Punktion Leiste um HH:MM	
	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	27+ Gefäßverschluss		□□:□□	
20.4	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja		32.4+ Erfolgreiche Rekanalisation (TICI = IIb-III)	
	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	wenn Feld 27 = 1		0 = nein 1 = ja	
21	Bewusstsein bei Aufnahme	28.1+ Carotis-T		wenn Feld 31 = 3	
	1 = wach 2 = somnolent/soporos 3 = komatös	1 = ja		33.1+ Verlegung zur IAT am TT.MM.JJJJ	
		28.2+ M1		□□.□□.□□□□	
		1 = ja		33.2+ Verlegung zur IAT um HH:MM	
		28.3+ M2		□□:□□	
		1 = ja		34 Verlegung innerhalb 12 h	
		28.4+ BA		Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie (innerh. 12 h nach Aufnahme)	
		1 = ja		0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückverlegung 2 = ja, ohne spätere Rückverlegung	
				wenn Feld 34 IN (0; 1)	

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Nordrhein-Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung

SA_NO (Spezifikation 2024 V01)

36.1-36.3	Behinderung	36.1*	Barthel-Index bei Aufnahme Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	36.1*	Antikoagulanzen (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = DOAK (direkte orale Antikoagulantien)		0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung 6 = Tod	
36.2*	Barthel-Index bei Aufnahme Lagewechsel Bett-Stuhl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig		36.2*	Beatmung	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		wenn Feld 42 <= 6		
36.3*	Barthel-Index bei Aufnahme Fortbewegung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig		36.3*	Revaskularisierung der Carotis	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des stationären Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)		43.1**	Barthel-Index Blasenkontrolle	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36.1-36.3	Weitere Diagnostik				36.1*	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme		43.2**	Barthel-Index Lagewechsel Bett-Stuhl	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36.1*	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchführbar		36.2*	Logopädie	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme		43.3**	Barthel-Index Fortbewegung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36.2*	Symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose der Art. carotis interna (nach NASCET)	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = < 50 % 2 = 50 - < 70 % 3 = 70 - 99 % 4 = 100 % 9 = nicht untersucht		40-41.4	Komplikationen (Nur im Verlauf erworben.)				44	Sekundärprophylaxe	
36.3*	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		40*	Komplikationen	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		44**	Statine (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	<input type="checkbox"/>
					wenn Feld 40 = 1					45-48	Entlassung	
37.1-37.4	Risikofaktoren				41.1**	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	1 = ja		45**	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§ 40 SGB V)	<input type="checkbox"/>
37.1*	Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		41.2**	Erhöhter Hirndruck	<input type="checkbox"/>	1 = ja		46*	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	<input type="checkbox"/>
37.2*	Vorhofflimmern	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert		41.3**	Sympt. Intrazerebrale Blutung	<input type="checkbox"/>	1 = ja		wenn Feld 46 = 1		
37.3*	Früherer Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		41.4**	Andere Komplikation(en)	<input type="checkbox"/>	1 = ja		47**	Datum des Eintrags in der Patientenakte TT.MM.JJJJ	<input type="text"/>
37.4*	Hypertonie	<input type="checkbox"/>	0 = nein 1 = ja		42-48	BEHANDLUNGSENDE				48*	Behandlung auf Stroke Unit	<input type="checkbox"/>
38.1-38.3	Therapiemaßnahmen /				42-43.3	Behinderung					0 = nein 1 = ja	
					42*	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung						

MUSTER – Nicht zur Dokumentation verwenden

Nordrhein-Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung

SA_NO (Spezifikation 2024 V01)

Nordrhein Stroke	
Maximal ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
40	AUFNAHME
40	Übernahme aus anderem Krankenhaus 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
50	Vorbehandlung mit Antikoagulantien 0 = nein 1 = Vitamin-K-Antagonisten 2 = DOAK (direkte orale Antikoagulantien) <input type="checkbox"/>
51 - 53	Diagnostik
wenn Feld 23 = 2	
51*	Erste Bildgebung mit 1 = CCT 2 = MRT <input type="checkbox"/>
wenn Feld 34 <=> 2	
52*	Transthorakale Echokardiografie 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>
53*	Transösophageale Echokardiografie 0 = nein 1 = ja <input type="checkbox"/>

Schlüssel 1

- 1 = Behandlung regulär beendet
- 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 7 = Tod
- 8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPfV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPfV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)
- 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege

Ausfüllhinweise zum Datensatz Änderungen 2024

Ausfüllhinweise Nordrhein-Datensatz Schlaganfall-Akutbehandlung

Stand: 19. September 2023 (Spezifikation SA_NO 2024 V01)
Copyright © Ärztekammer Nordrhein

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
2	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
3	aufnehmender Standort	-	Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt. <u>Achtung:</u> Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software vorgelegt werden.
4	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorgelegt werden.
5	Fachabteilung	5 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
6	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
9	Postleitzahl	-	Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Bei Wohnorten im Ausland ist "99999" anzugeben.
10	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten

			<p>Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024.</p>
11	Aufnahmezeit	Format: HH:MM	<p>Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme an. Die Aufnahmezeit ist definiert als das Eintreffen des Patienten in der Klinik. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.</p>
12	Hauptdiagnose	-	<p>ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles (Die zulässigen Codes ergeben sich aus dem QS-Filter, der die Dokumentationspflicht anzeigt.)</p> <p>Nach einer Lysetherapie ist auch nach vollständiger Rückbildung der Symptome ein Code für Hirninfarkt anzugeben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
13	Vorzeitiger Abschluss des Falles	<p>1 = Ereignis älter als 7 Tage 2 = Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bildgebung 3 = nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) 4 = bei Aufnahme wurde bereits eine palliative Zielsetzung festgelegt 9 = sonstiger Grund</p>	<p>Bei Angaben 1 bis 9 endet die Dokumentation mit dem Basisdatensatz.</p> <p>1: Wenn das Akutereignis länger als 7 Tage zurückliegt. 2: Kurzlieger die schon vor der ersten Bildgebung verlegt werden. 3: nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) ist anzugeben, wenn nur eine Frührehabilitation gemäß OPS 8-55 ff ohne Akutbehandlung durchgeführt wurde, der OPS jedoch z.B. wegen vorzeitiger Entlassung / Verlegung nicht abgerechnet werden kann. 4: Wenn vor Aufnahme bereits eine palliative Zielsetzung vorlag. 9: Der "sonstige Grund" muss im Feld "Erläuterung zum sonstigen Grund" nachvollziehbar angegeben werden.</p>
wenn Feld 13 = 9			
14	Erläuterung zum sonstigen Grund		<p>Hier muss eine nachvollziehbare Erläuterung für den Abbruch der Dokumentation mit dem MDS angegeben werden.</p> <p>Folgende Gründe kommen dafür in Frage: Verlegung des Patienten vor einer Diagnostik, primäre palliative Versorgung. Eine Hirnblutung oder eine transitorische Ischämie stellen per se keinen Grund für die vorzeitige Beendigung der Dokumentation dar. Gleiches gilt für innerhalb von 7 Tagen nach Akutereignis zuverlegte Patienten.</p>
15	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024</p>
16.1	Entlassungsgrund	<p>siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p>
16.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	1 = ja	<p>Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.</p>
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Stroke

Aufnahme

17	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme (bei Wake-up Stroke: last seen well)	1 = < 1 h 2 = 1 - 2 h 3 = 2 - 3 h 4 = 3 - 4 h 5 = 4 - 5 h 6 = 5 - 6 h 7 = 6 - 9 h 8 = 9 - 24 h 9 = 24 - 48 h 10 = > 48 h 11 = Inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich	Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Bei "Inhouse-Stroke" sind sowohl das genaue Datum als auch die Uhrzeit des Ereignisses zu dokumentieren. Bei Patienten, bei denen aufgrund des Ereignisses im Schlaf keine genaue Angabe zum Zeitpunkt des Schlaganfalls gemacht werden kann, ist der Zeitraum zwischen dem letzten symptomfreien Zeitpunkt und der Aufnahme in das Krankenhaus anzugeben.
----	--	--	---

wenn Feld 17 = 11

18.1	Datum des Inhouse-Stroke	Format: TT.MM.JJJJ	-
18.2	Uhrzeit des Inhouse-Stroke	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) des Inhouse-Stroke an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
19	Versorgungssituation vor Akutereignis	1 = unabhängig von zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution	Bisherige Lebenssituation: unabhängig zu Hause Patient war bisher in der Lage, die Dinge des täglichen Lebens selbständig auszuführen, zu Hause oder in einer Seniorenwohnanlage. Pflege zu Hause Patient wurde durch Angehörige bzw. Pflegedienst in der eigenen Wohnung (oder in einer Seniorenwohnanlage) betreut. Pflege in Institution Pflegerische Betreuung in einer Einrichtung (betreutes Wohnen, Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim).

Erstuntersuchung/Symptome

20.1	Motorische Ausfälle bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Hier werden zentral bedingte Paresen von Arm oder Bein ohne Berücksichtigung der Seite pauschal erfasst. Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
20.2	Sprachstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Aphasie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
20.3	Sprechstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Dysarthrie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
20.4	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Schluckstörung Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
21	Bewusstsein bei Aufnahme	1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös	1: wach = adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen 2: somnolent-soporös = abnorme Schläfrigkeit, auf Ansprache jederzeit weckbar bis hin zu tiefschlafähnlichem Zustand, aus dem der Betroffene nur durch starke Schmerzreize kurzfristig geweckt werden kann 3: komatös = Bewusstlosigkeit, auch auf starke Schmerzreize keine Reaktion
22.1	Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme	0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung	0: keine Symptome 1: keine wesentlichen Funktionseinschränkungen = kann trotz Symptomen alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten 2: geringgradige Funktionseinschränkungen = unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen 3: mäßiggradige Funktionseinschränkungen = bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen 4: mittelschwere Funktionseinschränkungen = unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen 5: schwere Funktionseinschränkungen = bettlägerig,

			inkontinent. bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit
22.2	NIH-Stroke Scale bei Aufnahme	0 - 42	In diesem Feld wird der Summenscore der NIH Stroke Scale (NIHSS) bei der Aufnahmeuntersuchung eingetragen. Anleitung zur Durchführung und Kodierung der NIHSS: Berger K et al. Untersuchung der Reliabilität von Schlaganfallskalen (Fortschr Neurol Psychiat 1999; 67-81-93) Falls der NIHSS nicht bestimmt wurde, kann das Feld mit 99 ausgefüllt werden.

Diagnostik

23	Bildgebung durchgeführt	0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus	Es ist die Bildgebung zu dokumentieren (CCT oder MRT), welche für die aktuelle therapeutische und diagnostische Entscheidung als relevant betrachtet wird. 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme: die für die aktuelle Entscheidung relevante Bildgebung wurde in einer vorbehandelnden Einrichtung (ambulant oder stationär) aufgrund des aktuellen akuten Ereignisses durchgeführt
----	-------------------------	---	--

wenn Feld 23 = 2

24.1	Bildgebung durchgeführt am	Format: TT.MM.JJJJ	-
24.2	Bildgebung durchgeführt um	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Bildgebung an, definiert über den Zeitstempel des ersten Bildes bzw. der ersten Bildserie. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.

wenn Feld 23 IN (1;2)

25	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = direkt im Anschluss an native Bildgebung 3 = nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme 4 = nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	-
26	Doppler / Duplex	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus, spätestens am Folgetag nach Aufnahme 3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	-

wenn Feld 25.2 <> 0 oder Feld 26 <> 0

27	Gefäßverschluss	0 = nein 1 = ja	Bei der Lokalisation ist Angabe mehrerer Verschlüsse möglich. Dabei ist aber zumindest der am weitesten proximal liegende Verschluss zu codieren.
----	-----------------	--------------------	---

wenn Feld 27 = 1

28.1	Carotis-T	1 = ja	-
28.2	M1	1 = ja	Sphenoidales Segment der Arteria cerebri media
28.3	M2	1 = ja	Inselsegment der Arteria cerebri media
28.4	BA	1 = ja	Arteria Basilaris
28.5	Sonstige	1 = ja	-

Thrombolyse/Rekanalisation

29	Systemische Thrombolyse	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur Thrombolyse	Intravenöse Thrombolyse bei Hirninfarkt
----	-------------------------	--	---

wenn Feld 29 = 2

30.1	Beginn Lyse am	Format: TT.MM.JJJJ	-
30.2	Beginn Lyse um	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Lyse an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
31	Intraarterielle Therapie (IAT)	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur geplanten IAT	Die IAT beinhaltet sowohl eine intraarterielle Thrombolysebehandlung, unabhängig davon, ob sie hochselektiv (d.h. bis zum Verschluss vorgeschobener Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde als auch die mechanische Entfernung eines Blutgerinnsels mittels Katheter beim Hirninfarkt (Thrombektomie).

wenn Feld 31 = 2

32.1	Intraarterielle Therapie (IAT) im eigenen Haus	1 = nach Primärbehandlung im eigenen Haus (Direct to center) 2 = nach Primärbehandlung in externer Einrichtung (Drip and Ship)	-
32.2	Punktion Leiste am	Format: TT.MM.JJJJ	-

32.3	Punktion Leiste um	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Punktion an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
32.4	Erfolgreiche Rekanalisation	(TICI = IIb, III) 0 = nein 1 = ja	Thrombolysis in cerebral infraction (TICI) nach Higashida et al.: Grade 0: no perfusion Grade 1: penetration with minimal perfusion Grade 2: partial perfusion Grade 2A: only partial filling (less than two-thirds) of the entire vascular territory is visualized Grade 2B: complete filling of all of the expected vascular territory is visualized but the filling is slower than normal Grade 3: complete perfusion
wenn Feld 31 = 3			
33.1	Verlegung zur IAT am	Format: TT.MM.JJJJ	Verlegung wird definiert als Zeitpunkt des physischen Verlassens des Patienten aus der Klinik
33.2	Verlegung zur IAT um	Format: HH:MM	Verlegung wird definiert als Zeitpunkt des physischen Verlassens des Patienten aus der Klinik
Verlegung innerhalb 12 h			
34	Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie (innerhalb 12 h nach Aufnahme)	0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückverlegung 2 = ja, ohne spätere Rückverlegung	Bei Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus/ eine andere Einrichtung innerhalb von 12 h ohne spätere Rückübernahme kann der Bogen (nach Angabe der Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung) abgeschlossen werden.
Behinderung			
wenn Feld 34 IN (0;1)			
35.1	Barthel-Index bei Aufnahme Blasenkontrolle	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag 5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag 10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig
35.2	Barthel-Index bei Aufnahme Lagewechsel Bett-Stuhl	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert 5: große Unterstützung = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) 10: geringe Unterstützung = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) 15: vollständig selbstständig = komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
35.3	Barthel-Index bei Aufnahme Fortbewegung	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = mehr Hilfe als unter "5: große Unterstützung" notwendig 5: große Unterstützung = kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder ist im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl 10: geringe Unterstützung = kann ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens/Rollators gehen 15: vollständig selbstständig = kann ohne Aufsicht oder personeller Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen/Rollator (ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
Weitere Diagnostik			
36.1	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchführbar	⌋ Kann nur angegeben werden, wenn ein standardisiertes Verfahren (z. B. Wasserschlucktest nach Daniels: Daniels SK et al: Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. Am J Speech Lang Pathol 1997;6: 17-24) durch geschultes Personal durchgeführt und protokolliert wurde. Eine Einschätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder Angaben Dritter stützt, reicht nicht aus.

36.2	Symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose der Art. carotis interna (nach NASCET)	0 = nein 1 = < 50 % 2 = 50 - < 70 % 3 = 70 - 99 % 4 = 100 % 9 = nicht untersucht	Hier wird der Stenosegrad der Arteria carotis interna der betroffenen Seite nach NASCET dokumentiert. Kontralaterale Stenosen werden nicht erfasst. Bei Dokumentation einer ipsilateralen ACI-Stenose von 50% bis 99% muss eine Angabe zum weiteren Procedere unter "Therapiemaßnahmen/frühe Sekundärprävention" erfolgen.
36.3	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h	mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion 0 = nein 1 = ja	Bei diesem Feld ist ein "ja" anzugeben, wenn <ul style="list-style-type: none"> eine spezifische VHF-Diagnostik über mindestens 24 Stunden erfolgt ist bei kontinuierlichem Monitoring das EKG auch in Hinblick auf Vorhofflimmern ausgewertet wurde bei schrittmacherabhängigen Patienten das EKG ausgelesen wurde und im Hinblick auf Vorhofflimmern ausgewertet wurde.

Risikofaktoren

37.1	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja	Pathologischer Glucosebelastungstest oder erhöhter zweimaliger Nüchtern-Blutzucker oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes durch den Patienten.
37.2	Vorhofflimmern	0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	1: ja vorbekannt = Ein Vorhofflimmern (VHF) ist anamnestisch bekannt. Ein anamnestisch bekanntes (paroxysmales, persistierendes, ...) VHF wird auch dann kodiert, wenn es während des stationären Aufenthaltes nicht auftritt. 2: ja neu diagnostiziert = Ein Vorhofflimmern war bislang unbekannt und ist im EKG oder Langzeit-EKG erstmals diagnostiziert worden.
37.3	Früherer Schlaganfall	0 = nein 1 = ja	Angabe in altem Arztbrief oder Ergebnis aktueller Diagnostik für in der Vergangenheit abgelaufenen Schlaganfall oder anamnestische Angabe (aber keine traumatisch bedingte Hirnverletzung)
37.4	Hypertonie	0 = nein 1 = ja	Erhöhte Blutdruckwerte (> 140 mm Hg systolisch und/oder > 90 mm Hg diastolisch) bei wiederholter Messung oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder Selbstangabe einer vorbestehenden Hypertonie

Therapiemaßnahmen / Frühere Sekundärprävention

38.1	Antikoaganzien	Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief 0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = DOAK (Direkte orale Antikoagulantien)	1: Vit. K-Antagonisten einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief 2: DOAK (Direkte orale Antikoagulantien) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief Hinweis: Sollte eine Vollheparinisierung durchgeführt worden sein, oder die Art der oralen Antikoagulation noch nicht feststehen, so ist das Feld "Vitamin K-Antagonisten" anzukreuzen.
38.2	Beatmung	0 = nein 1 = ja	Maschinelle, vollständige oder unterstützende Beatmung, setzt oral oder nasal zugeführten, intratrachealen Tubus voraus und wird unabhängig von der Beatmungsdauer angegeben
38.3	Revaskularisierung der Carotis	0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des stationären Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	Hier ist eine Verlegung (zur OP oder zum Stenting) nur anzugeben, wenn der/die Patient(in) tatsächlich verlegt - und die Dokumentation dieses Falles damit abgeschlossen - wird.

Therapie

39.1	Physiotherapie	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	Es ist anzugeben ob bzw. ab wann der Patient von einem Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten untersucht oder behandelt wurde. (Aufnahmetag = Tag 0)
39.2	Logopädie	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	Es ist anzugeben ob bzw. ab wann der Patient von einem Sprachtherapeuten untersucht oder behandelt wurde. (Aufnahmetag = Tag 0)

Komplikationen (nur im Verlauf erworben)

40	Komplikationen (nur im Verlauf erworben)	0 = nein 1 = ja	Es werden nur Komplikationen erfasst, die im Verlauf des jetzigen stationären Aufenthaltes auftraten.
----	--	--------------------	---

wenn Feld 40 = 1

41.1	Pneumonie	1 = ja	<p>Es sollen nur Pneumonien dokumentiert werden, die sich im Krankenhaus entwickelt haben.</p> <p>Eine Pneumonie liegt dann vor, wenn eine Röntgenuntersuchung des Thorax entweder ein neues oder ein progressives und persistierendes Infiltrat aufweist, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss</p> <p>und mindestens eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber ($\geq 38,3$ °C) ohne andere mögliche Ursachen • Leukopenie (< 4.000 Leukozyten/mm³) oder Leukozytose (> 12.000 Leukozyten/mm³) • Für Erwachsene > 70 Jahre: veränderter mentaler Status, der keine andere Ursache haben kann <p>und mindestens zwei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums • neu aufgetretener oder verschlimmelter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe • Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche • Verschlechterung des Gasaustausches (PaO₂/FiO₂ ≤ 240), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit
41.2	Erhöhter Hirndruck	1 = ja	Es sind Hinweise auf einen erhöhten Hirndruck in bildgebenden Verfahren, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung mit klinischen Symptomen vorhanden.
41.3	Sympt. Intrazerebrale Blutung	1 = ja	Es ist eine Einblutung durch Bildgebung (CT oder MRT) mit einer zugehörigen Symptomatik nachgewiesen.
41.4	Andere Komplikation(en)	1 = ja	Es sind andere Komplikationen als die oben genannten aufgetreten.

Behandlungsende

Behinderung

42	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung	<p>0 = Keine Symptome</p> <p>1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung</p> <p>2 = Geringgradige Funktionseinschränkung</p> <p>3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung</p> <p>4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung</p> <p>5 = Schwere Funktionseinschränkung</p> <p>6 = Tod</p>	<p>0: keine Symptome</p> <p>1: keine wesentlichen Funktionseinschränkungen = kann trotz Symptomen alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten</p> <p>2: geringgradige Funktionseinschränkungen = unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen</p> <p>3: mäßiggradige Funktionseinschränkungen = bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen</p> <p>4: mittelschwere Funktionseinschränkungen = unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen</p> <p>5: schwere Funktionseinschränkungen = bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit</p> <p>6: Tod</p>
wenn Feld 42 <> 6			
43.1	Barthel-Index bei Entlassung Blasenkontrolle	<p>0 = inkontinent</p> <p>5 = gelegentlicher Verlust</p> <p>10 = kontinent</p>	<p>0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag</p> <p>5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag</p> <p>10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig</p>
43.2	Barthel-Index bei Entlassung Lagewechsel Bett-Stuhl	<p>0 = vollständig abhängig</p> <p>5 = große Unterstützung</p> <p>10 = geringe Unterstützung</p> <p>15 = vollständig selbstständig</p>	<p>0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert</p> <p>5: große Unterstützung = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)</p> <p>10: geringe Unterstützung = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)</p>

		15: vollständig selbstständig = komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
43.3	Barthel-Index bei Entlassung Fortbewegung	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig</p> <p>0: vollständig abhängig = mehr Hilfe als unter "5: große Unterstützung" notwendig</p> <p>5: große Unterstützung = kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder ist im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl</p> <p>10: geringe Unterstützung = kann ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens/Rollators gehen</p> <p>15: vollständig selbstständig = kann ohne Aufsicht oder personeller Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen/Rollator (ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen</p>

Sekundärprophylaxe

44	Statine	(Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	Cholesterinsyntheseenzymhemmer wie z.B. Simvastatin, Cerivastatin, Atorvastatin
		0 = nein 1 = ja	

Entlassung

45	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	0 = nein 1 = ja	<p>Der Patient wurde in eine Reha-Klinik verlegt oder die Aufnahme in einer Reha-Klinik wurde terminiert oder es wurde eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet oder im Entlassungsbrief empfohlen. Es kann auch "ja" angegeben werden, wenn die RehaMaßnahme durch Patienten oder Kostenträger initial abgelehnt wurde.</p> <p>Bei Verlegung bzw. geplanter Verlegung in eine Geriatrische Klinik ist "1 = ja" einzugeben. Weiterhin kann bei interner Verlegung auf eine Abteilung für (Früh-)Rehabilitation oder Geriatrie ein "1=ja" angegeben werden.</p>
----	---	--------------------	--

46	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	<p>Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder "therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend.</p> <p>Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtegesetz in § 630 f BGB "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende Abätze: "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.</p> <p>Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen."</p>
----	--	--------------------	---

wenn Feld 46 = 1

47	Datum des Eintrags in der Patientenakte	Format: TT.MM.JJJJ	-
48	Behandlung auf Stroke Unit	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Stroke Unit behandelt.

Nordrhein Stroke (SNO)

Aufnahme

49	Übernahme aus einem anderen Krankenhaus	0 = nein 1 = ja	Einzutragen ist, ob die Aufnahme als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus erfolgte.
50	Vorbehandlung mit Antikoagulantien	0 = nein 1 = Vitamin-K-Antagonisten 2 = DOAK (direkte orale Antikoagulantien)	-

Diagnostik

wenn Feld 23 = 2

51	Erste Bildgebung mit	1 = CCT 2 = MRT	-
wenn Feld 34 <> 2			
52	Transthorakale Echokardiografie	0 = nein 1 = ja	-
53	Transösophageale Echokardiografie	0 = nein 1 = ja	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Entlassungsgrund"	<p>01 = Behandlung regulär beendet 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus 07 = Tod 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung) 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 11 = Entlassung in ein Hospiz 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege</p>
-----------------------------------	---



Erläuterungen zum NIHSS

1a	Bewußtseinslage Vigilanz	(0) Wach, unmittelbar antwortend. (1) Benommen, aber durch geringe Stimulation zum Befolgen von Reaktionen zu bewegen. (2) Somnolent, bedarf wiederholter Stimulation um aufmerksam oder schmerzhafter Stimulation zum Erzielen von Bewegungen. (3) Koma, antwortet nur mit motorischen oder vegetativen Reflexen ohne Reflexe. <i>Anmerkung: bei Koma erhält Skala 7 (Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
1b	Orientierung	Frage nach Monat und Alter (0) beide Fragen richtig beantwortet. (1) eine Frage richtig beantwortet. (2) keine Frage richtig beantwortet.
1c	Befolgung von Aufforderungen	Aufforderung die Augen und die nicht paretische Hand zu öffnen und zu schließen (0) beide Aufforderung richtig befolgt. (1) eine Aufforderung richtig befolgt. (2) keine Aufforderung richtig befolgt.
2	Blickbewegungen (Oculomotorik)	(0) Normal. (1) Partielle Blickparese = wenn die Blickrichtung von einem oder <u>bd.</u> Augen abnormal ist, jedoch keine forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese besteht (e. g. Augenmuskelparese). <i>Auch bei unzureichender Kooperation 1 Pkt.</i> (2) Forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese, die durch Ausführen des oculocephalen Reflexes nicht überwunden werden kann.
3	Gesichtsfeld	(0) keine Einschränkung. (1) partielle Hemianopsie. (2) komplette Hemianopsie. (3) bilaterale Hemianopsie (Blindheit oder <u>corticale</u> Blindheit). <i>Anmerkung: Bei fehlender Beurteilbarkeit 0 Pkte.</i>
4	Facialisparese	(0) normal. (1) gering (abgeflachte Nasolabialfalte, Asymmetrie beim Lächeln). (2) partiell (vollständige oder fast vollständige Parese des unteren Gesichts). (3) vollständig auf einer oder <u>bd. Seiten</u> (fehlende Bewegungen unterer und oberer Teil des Gesichts).
5	Motorik Arme getrennt für links und rechts z. B. bei Tetraparese	(0) kein Absinken (der Arm wird über 10 Sekunden in der 90°/45° Position gehalten) (1) Absinken (der Arm wird zunächst bei 90°/45° gehalten, sinkt aber im Verlauf von 10 Sek. ab. (2) Anheben gegen Schwerkraft möglich (der Arm kann die 90°/45° Position nicht erreichen oder halten, sinkt auf die Liegefläche ab, kann aber gegen Schwerkraft angehoben werden) (3) Kein (aktives) Anheben gegen Schwerkraft, der Arm fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung. <i>Anmerkung: bei Amputation oder Gelenkversteif. 0 Pkte; bei Plegie erhält Skala 7 (Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
6	Motorik Beine getrennt für links und rechts z. B. bei Tetraparese	(0) Kein Absinken (das Bein bleibt über 5 Sekunden in der 30° Position). (1) Absinken (das Bein sinkt am Ende der 5 Sekundenperiode, berührt aber die Liegefläche nicht). (2) Aktive Bewegung gegen die Schwerkraft (das Bein sinkt binnen 5 Sek. auf die Liegefläche ab, kann aber gegen die Schwerkraft gehoben werden). (3) Kein (aktives) Anheben gegen die Schwerkraft, das Bein fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung. <i>Anmerkung: bei Amputation oder Gelenkversteif. 0 Pkte; bei Plegie erhält Skala 7 (Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
7	Extremitätenataxie.	(0) fehlend. (1) in einer Extremität vorhanden. (2) in zwei Extremitäten vorhanden. <i>Anmerkung: wird bei Verständigungsschwierigkeiten oder Plegie als fehlend (0 Pkte.) gewertet. wird bei Angabe von Koma (s. Skala 1a) als fehlend (0 Pkte.) gewertet.</i>
8	Sensibilität	(0) Normal; kein Sensibilitätsverlust. (1) Leichter bis mittelschwerer Sensibilitätsverlust; Patient empfindet Nadelstiche auf der betroffenen Seite als stumpf, oder er nimmt diese nur als Berührung wahr. (2) Schwerer bis vollständiger Sensibilitätsverlust; Patient nimmt die Berührung von Gesicht, Arm und Bein nicht wahr.
9	Sprache	(0) normal; keine Aphasie. (1) Leichte bis mittelschwere Aphasie; deutliche Einschränkung der Wortflüssigkeit oder des Sprachverständnisses, keine relevante Einschränkung von Umfang oder Art des Ausdrucks. Die Einschränkung des Sprachvermögens und/oder des Sprachverständnisses macht die Unterhaltung schwierig bis unmöglich. (2) Schwere Aphasie; die Kommunikation findet über fragmentierte Ausdrucksformen statt. Der Untersucher muss das Gesagte in großem Umfang interpretieren, nachfragen oder erraten. Der Untersucher trägt im <u>wesentlichen</u> die Kommunikation. (3) Stumm, globale Aphasie; Sprachproduktion oder Sprachverständnis nicht verwertbar (auch bei Koma).
10	Dysarthrie	(0) Normal. (1) Leicht bis mittelschwer; der Patient spricht zumindest einige Worte verwaschen und kann nur mit Schwierigkeiten verstanden werden. (2) Schwer, <u>anarthrisch</u> ; die verwaschene Sprache des Patienten ist unverständlich und beruht nicht auf einer Aphasie. <i>Anmerkung: Bei Intubation o. ä. 0 Punkte</i>
11	Neglect	(0) Keine Abnormalität. (1) Visuelle, taktile, auditive oder personenbezogene Unaufmerksamkeit oder Auslöschung bei Überprüfung von gleichzeitiger bilateraler Stimulation in einer der sensiblen Qualitäten. (2) Schwere halbseitige Unaufmerksamkeit. Kein Erkennen der eigenen Hand oder Orientierung nur zu einer Seite des Raumes. <i>Anmerkung: bei fehlender Beurteilbarkeit 0 Punkte</i>

EDV-Erhebungsinstrument „STROKE 2024“

Kurzanleitung

Mit diesem Programm können alle relevanten Daten zur Qualitätssicherung im Bereich der Schlaganfallbehandlung nach ADSR-Spezifikation für das Schlaganfallprojekt in Nordrhein erfasst und verwaltet werden.

Das Programm beruht auf der jeweils aktuellen Spezifikation der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) und enthält zusätzliche Nordrhein-spezifische Datenfelder.

Die jeweils aktuelle Version wird den Benutzern vor Beginn des Erfassungsjahres im Auswertungsportal des Projektes zur Verfügung gestellt und kann dort von den berechtigten Ansprechpartnern der Kliniken heruntergeladen werden.

Installation

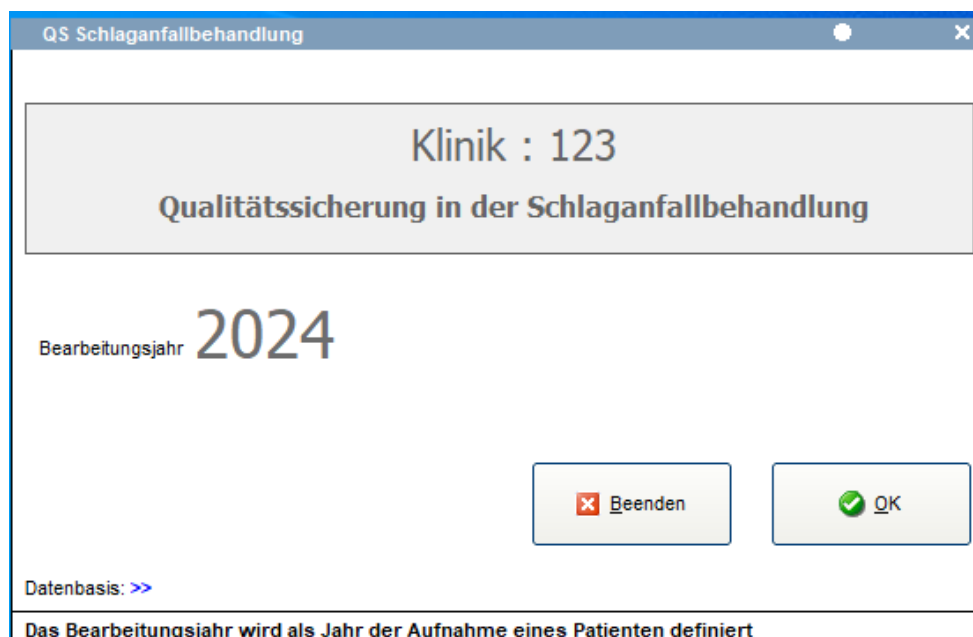
Laden Sie das Programm im Portal der QS-Schlaganfallbehandlung auf Ihren Rechner und installieren Sie es durch Starten der Datei <setup.exe> bzw. <Stroke.msi>. Die Installation muss mit Administrationsrechten erfolgen.

Folgen Sie dann den Anweisungen auf dem Bildschirm.

Beim ersten Start von „STROKE“ werden Sie aufgefordert, Ihre zugewiesene Klinik-Nummer anzugeben. Danach legt das Programm automatisch einige Dateien und auch eine leere Datenbasis an.

Start

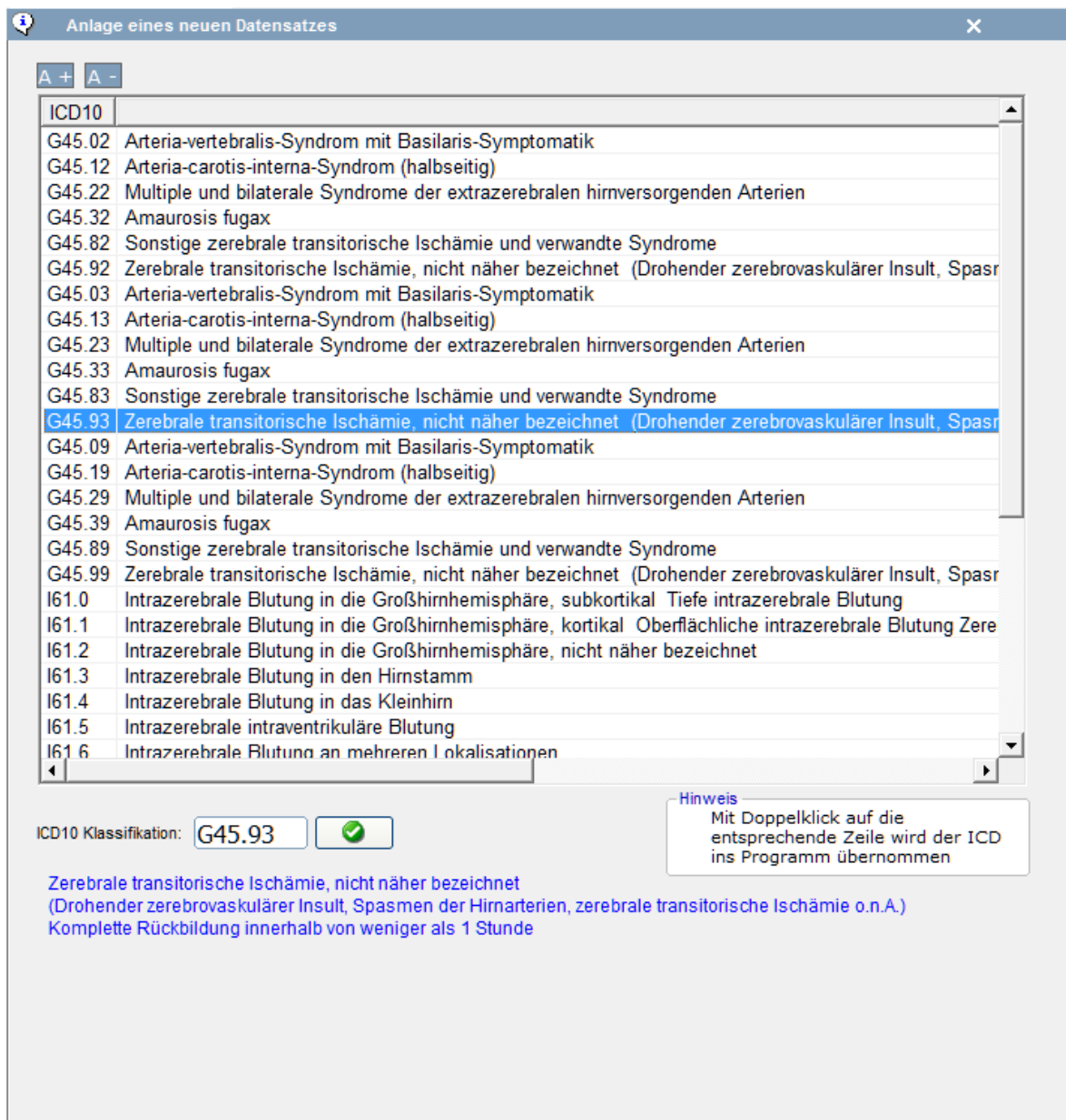
Ihre Kliniknummer sowie das jeweils aktuelle Jahr werden angezeigt. Bestätigen Sie hier mit OK, um das Programm zu starten.



Datensatz anlegen

Wird ein neuer Datensatz hinzugefügt (<Hinzufügen> bzw. <F4> im Hauptfenster), wählen Sie die entsprechende ICD10 Ziffer aus der angezeigten Liste. Die Ziffer sowie der dazugehörige Text werden angezeigt.

Übernehmen Sie die Ziffer mit einem Doppelklick auf die gewählte Zeile oder den entsprechenden Knopf. Die ICD10-Ziffer wird ins Programm übernommen.



Anlage eines neuen Datensatzes

A + A -

ICD10	
G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.22	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.32	Amaurosis fugax
G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
G45.03	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.23	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.33	Amaurosis fugax
G45.83	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
G45.09	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.19	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.29	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.39	Amaurosis fugax
G45.89	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Tiefe intrazerebrale Blutung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Oberflächliche intrazerebrale Blutung Zere
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen

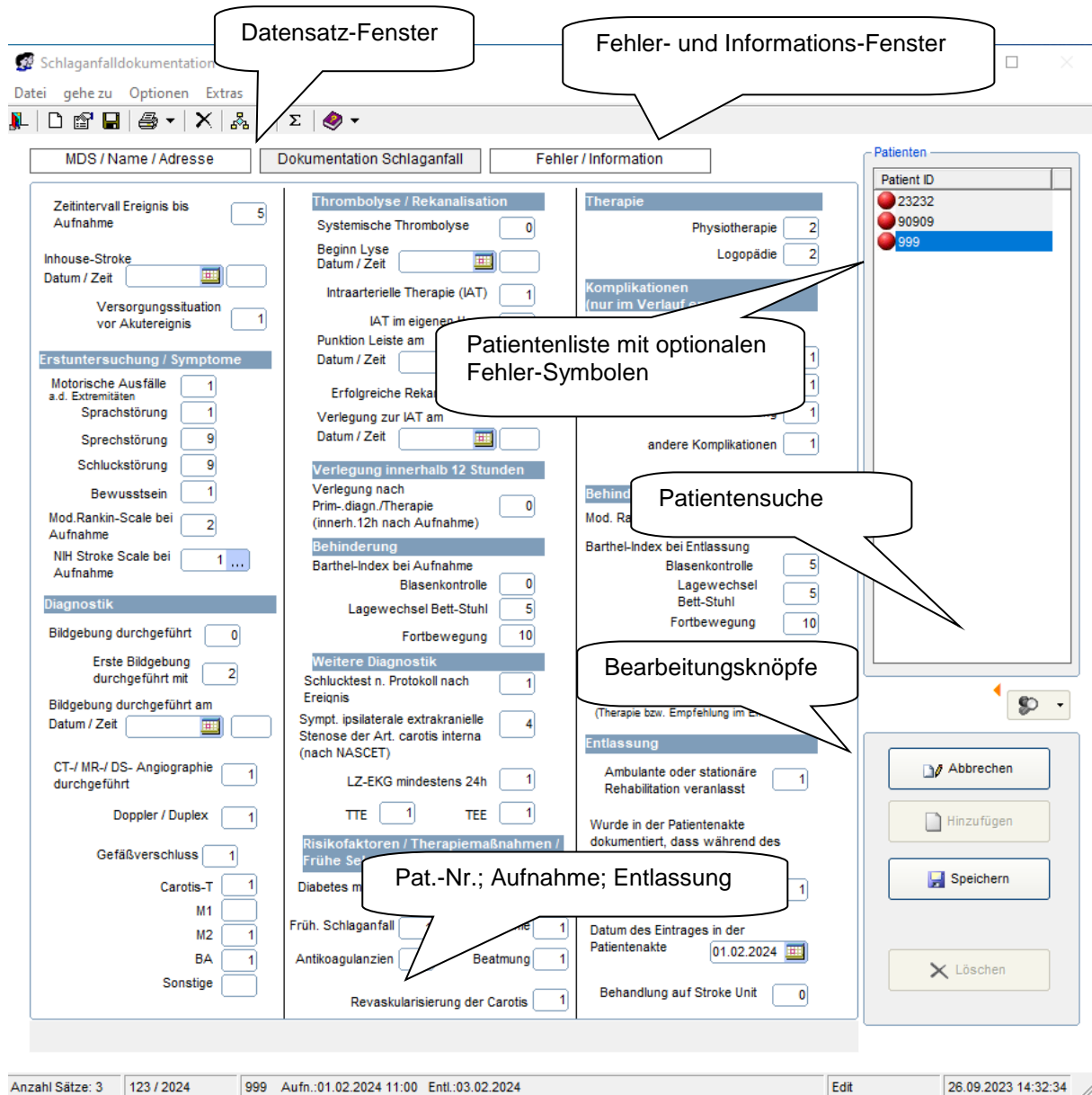
ICD10 Klassifikation:

**Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet
(Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde**

Hinweis
Mit Doppelklick auf die entsprechende Zeile wird der ICD ins Programm übernommen

Danach öffnet sich das Hauptfenster des Programms.

Hauptfenster



The screenshot shows the main window of the 'Schlaganfalldokumentation' software. It features a menu bar (Datei, gehe zu, Optionen, Extras) and a toolbar. The main area is divided into several registers: 'MDS / Name / Adresse', 'Dokumentation Schlaganfall', and 'Fehler / Information'. The 'Dokumentation Schlaganfall' register contains multiple sub-sections for data entry, including 'Thrombolyse / Rekanalisation', 'Therapie', 'Behinderung', 'Verlegung innerhalb 12 Stunden', 'Weitere Diagnostik', and 'Risikofaktoren / Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprophylaxe'. A 'Patienten' list on the right shows patient IDs (23232, 90909, 999) with red error symbols next to the first two. A 'Patientensuche' field is located below the list. At the bottom right, there are buttons for 'Abbrechen', 'Hinzufügen', 'Speichern', and 'Löschen'. The status bar at the bottom displays 'Anzahl Sätze: 3', '123 / 2024', '999 Aufn.:01.02.2024 11:00 Entl.:03.02.2024', 'Edit', and '26.09.2023 14:32:34'.

Das Datensatzfenster ist in mehreren Registern unterteilt. („MDS / Name / Adresse“, „Dokumentation Schlaganfall“ sowie „Fehler / Informationen“). Hier werden alle Daten der Patienten eingegeben.

Falls Sie keinen Namen und Anschrift erfassen, können die entsprechenden Felder im Register „MDS/Name/Adresse“ mit dem entsprechenden Knopf, oder unter <Optionen / Allgemein> ausgeblendet werden.

In der Liste „Patienten“ werden alle bereits vorhandenen Patienten-Nummern des Bearbeitungsjahres aufgelistet.

Optional zeigt ein kleines Symbol vor der Patienten-Nummer einen Hinweis auf evtl. fehlerhafte Daten (rot = „harter“ Fehler: Der Datensatz kann nicht exportiert und damit nicht ausgewertet werden; blau = „weicher“ Fehler / Hinweise: Ein Eingabefeld enthält möglicherweise fehlerhafte Angaben, kann aber exportiert werden). Innerhalb des Options-Menüs kann auch gewählt werden, ob Minimal-Datensätze gekennzeichnet werden.

Bei einfachem Klick auf eine solche Patienten-Nummer werden die Daten dieses Patienten in den einzelnen Registern des Hauptfensters angezeigt.

Durch Doppelklick auf eine der Patienten-Nummern in der Liste wechselt das Programm in den Bearbeitungs-Modus und die Daten können geändert werden.

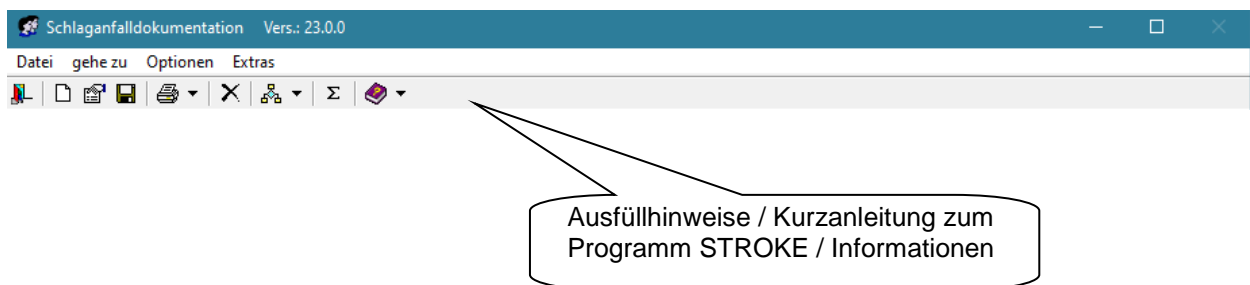
Die einzelnen Modi werden in der Statusleiste angezeigt („View“ oder „Bearbeiten“).

Speichern Sie Änderungen mit der Funktionstaste <F10> oder klicken Sie auf <Speichern> rechts unten im Hauptfenster.

Ein neuer Datensatz wird mit einem Klick auf den Knopf <Hinzufügen> oder mit der Funktionstaste <F4> angelegt. Es wird zunächst nach Minimaldatensatz sowie entsprechendem ICD-10-Code abgefragt (siehe „Einen neuen Datensatz anlegen“)

Danach werden die einzelnen Felder zur Eingabe freigegeben und das Programm befindet sich im Eingabe-Modus („Bearbeiten“). Geben Sie die entsprechenden Daten ein und speichern Sie mit <F10> oder klicken Sie auf <Speichern> im Hauptfenster.

Ausfüllhinweise



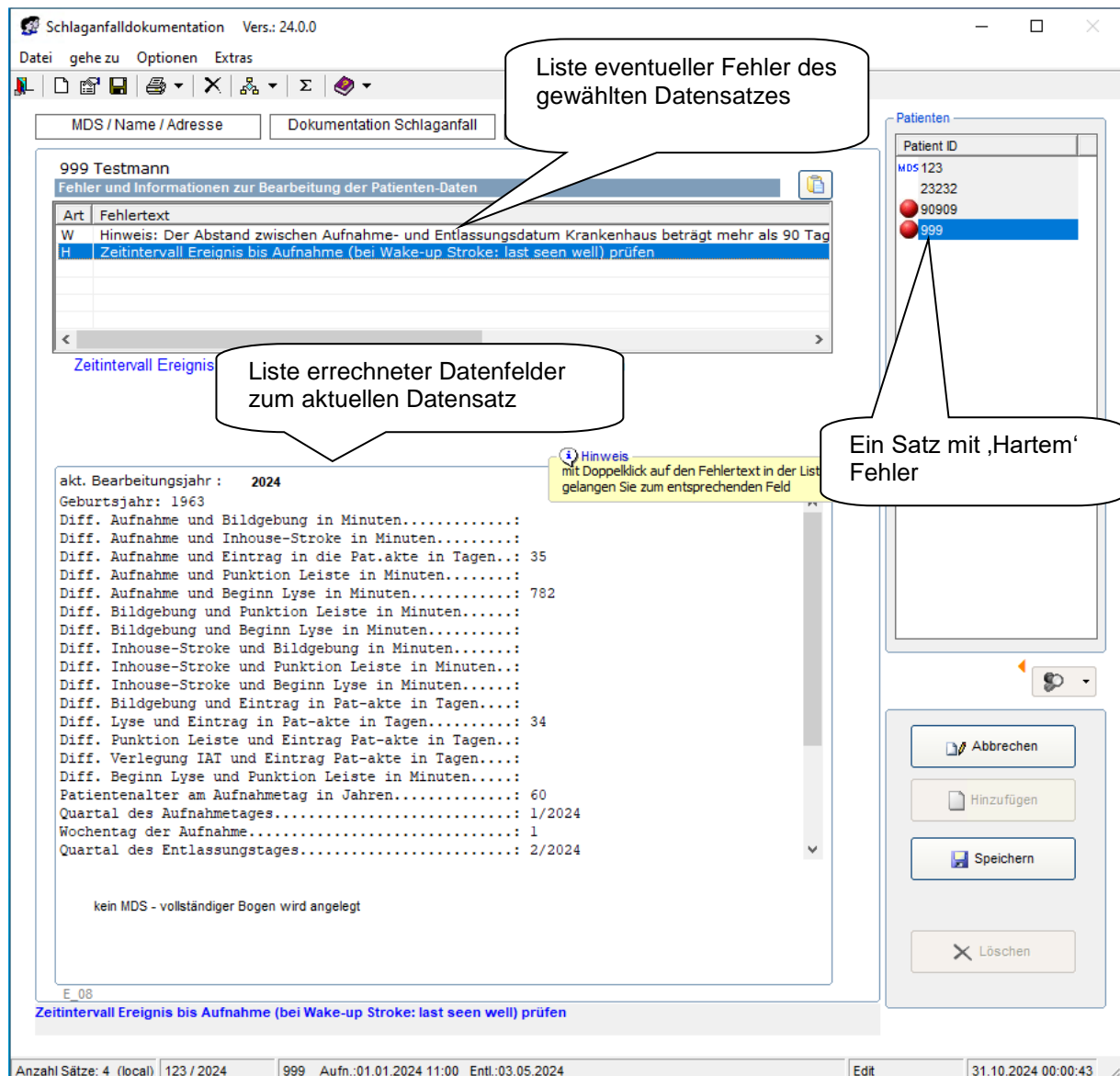
Ausfüllhinweise sollen eine trennscharfe und verwechslungsfreie Datenerfassung sicherstellen.

Fehler bearbeiten

Das „Fehler / Informationen“-Fenster zeigt alle vom Programm erkannten Fehler des aktuellen Datensatzes sowie weitere Informationen des Satzes.

Doppelklicken Sie auf einen Eintrag innerhalb der Liste, um direkt zum entsprechenden Feld innerhalb des Datensatzes zu kommen.

Speichern Sie die Änderungen mit <F10> oder klicken Sie auf den entsprechenden Knopf.



The screenshot shows the 'Schlaganfalldokumentation' software interface (Version 24.0.0) for patient '999 Testmann'. The main window displays a list of errors and information for the selected patient data set. A callout bubble points to this list, stating: 'Liste eventueller Fehler des gewählten Datensatzes'. Below the error list, a table shows calculated data fields for the current data set, with a callout bubble stating: 'Liste errechneter Datenfelder zum aktuellen Datensatz'. On the right, a 'Patienten' list shows patient ID '999' selected, with a callout bubble stating: 'Ein Satz mit ‚Hartem‘ Fehler'. A yellow tooltip indicates: 'Hinweis mit Doppelklick auf den Fehlertext in der Liste gelangen Sie zum entsprechenden Feld'. The bottom status bar shows: 'Anzahl Sätze: 4 (local) | 123 / 2024 | 999 Aufn.:01.01.2024 11:00 Entl.:03.05.2024 | Edit | 31.10.2024 00:00:43'.

Optionen einstellen

Optionen

Allgemein
Farben

Feld 'Zentrum' vorbelegen

'Harte' Fehler werden mit Symbol angezeigt ● Harter Fehler

'Weiche' Fehler / Hinweise werden mit Symbol angezeigt

Minimaldatensätze werden mit Symbol angezeigt MDS Hinweis auf Minimaldatensatz

Beim Speichern des Satzes keinen Hinweis auf Fehler anzeigen

Hauptmaske am oberen Bildschirmrand andocken

Register 'Name/Adresse' einblenden

Doppelklick auf ein Feld erlaubt Auswahl mit Maus

Bei Eingabe springt der Fokus automatisch zum nächsten Feld

PLZ nur 4-stellig erfassen

Export-Logdateien schreiben

unverschlüsselte Ascii-Dateien bei Export werden gelöscht

Bereits exportierte Sätze in Pat.Liste anzeigen

Feldnamen in Titelleiste des Info-Fensters anzeigen

Statistikmodul: Grafiken anzeigen

Beim Hinzufügen eines Satzes wird zuerst nach ICD gefragt

Bei Fehler: Verbindungslinie entsprechender Felder anzeigen

IKNRKH wird erfasst

Patientenliste mit Gitter darstellen

Bei Verlegung (ohne Rückverlegung) werden nachfolgende Felder leer gesetzt

Pfad zu den Export-Dateien

Geben Sie hier den Pfad für Export-Dateien an

Hinweis

Einige Änderungen werden erst nach einem Neustart des Programms wirksam

✔ Übernehmen

✘ Abbrechen

Im Modul <Optionen> können vom Benutzer einige allgemeine Einstellungen vorgenommen werden. So ist es hier unter anderem möglich, den Pfad der Export-Dateien („Wohin wird die Datei gespeichert, die alle exportierten Daten enthält“) einzustellen.

Soll der Name bzw. die Adresse des Patienten nicht erfasst werden, kann das entsprechende Register hier ausgeblendet werden.

Mit „Übernehmen“ werden die Änderungen der Optionen gesichert. Einige Änderungen werden erst beim nächsten Start des Programms wirksam.

Daten exportieren

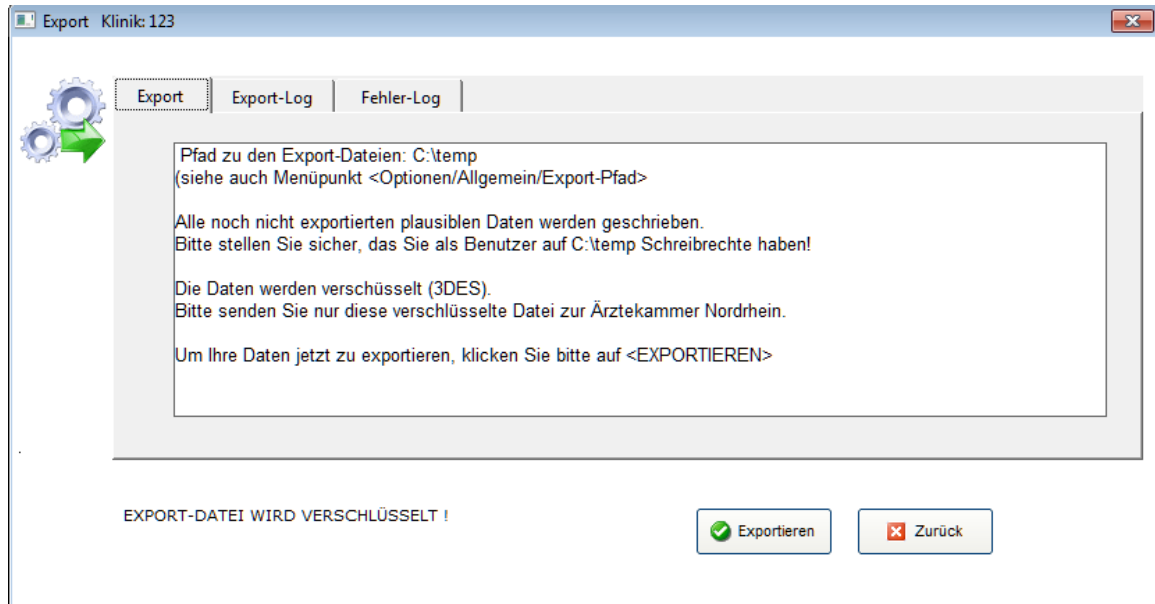
Nachdem eine größere Anzahl Datensätze erfasst wurde, sollten Sie diese aus der Datenbank exportieren. Dabei werden alle neu erfassten Daten in eine Exportdatei im ASCII-Format außerhalb der eigentlichen Datenbank kopiert.

Seit 2019 werden diese Dateien verschlüsselt abgelegt. Diese (verschlüsselte) Exportdatei senden Sie am besten monatlich oder zum Ende eines Quartals an die Ärztekammer Nordrhein.

Um Daten zu exportieren, klicken Sie auf das entsprechende Menüsymbol.
Die Export-Datei wird in das angegebene Export-Verzeichnis geschrieben und Verschlüsselt.
Das Export-Verzeichnis kann im Menüpunkt <Optionen / Allgemein / Export-Pfad> angepasst werden (Standard: C:\).

Achten Sie bitte darauf, dass Sie als Benutzer im angegebenen Export-Pfad mindestens über „Schreibrechte“ verfügen.





Das Programm „STROKE“ generiert eine verschlüsselte Datei mit dem Namen
 <Klinik-Nr.>_<Erfassungsjahr>_<laufende Nr.>.zip.3DES.

Gleichzeitig wird eine ASCII-Datei mit dem Namen
 <Klinik-Nr.>_<Erfassungsjahr>_<laufende Nr.>.asc.
 erstellt und in das Verzeichnis der Datenbasis gesichert.
 Diese Dateien verbleiben bei Ihnen im Hause.

Senden Sie bitte nur die verschlüsselte Datei zur Ärztekammer Nordrhein.

Bitte beachten Sie, dass nur Daten ohne harte Fehler exportiert werden können.
 Wir bitten Sie auch darum, vor dem Export die sog. „weichen“ Fehler / Hinweise („blaue Punkte“) zu
 bearbeiten und den Inhalt der zugehörigen Datenfelder auf Vollständigkeit und Richtigkeit zu überprü-
 fen.

Hinweis:

Seit dem Jahr 2022 werden grundsätzlich immer alle plausiblen Datensätze exportiert.

Empfehlenswert ist die Verschlüsselung der Exportdatei nach dem 3DES–Verfahren. Die Exportdatei enthält eine komprimierte Steuer-Datei und Daten-Dateien für jeden Teildatensatz (Basis, Stroke und Nordrhein Stroke).

Eine Verschlüsselung der Exportdatei mit der jeweils aktuellen Gnu-PG-Version (GNU Privacy Guard) ist ebenfalls möglich.

Informationen zur Verschlüsselung finden Sie auf der Projektwebseite unter

Verschlüsselung

Die Exportdatei senden Sie bitte **als E-Mail-Anhang** an die Ärztekammer Nordrhein nach Düsseldorf:

qs-stroke@ækno.de

Neuerungen Datenexport ab 2022

An das Schlaganfallregister Nordrhein dürfen, analog zum Verfahren im Nordwestdeutschen Schlaganfallregister, aus datenschutzrechtlichen Gründen **seit dem** Erfassungsjahr 2022 **keine Vorgangsnummern** der in den Exportdateien enthaltenen Datensätze mehr übermittelt werden. Damit soll eine weitgehende Anonymisierung der Daten sichergestellt werden.

Die Vorgangsnummern müssen in den Exportdateien vor dem Datenversand an das Register im gleichen Datenfeld durch fortlaufende Nummern ersetzt werden, die nicht im System gespeichert werden dürfen.

Eine Kennzeichnung der zusammengehörigen Teildatensätze MSA_NOB, MSA_NOS und MSA_NOSNO durch identische Nummern bleibt zur Zusammenführung der Daten weiterhin notwendig.

Eine Rücksendung von Antwortdateien an die Leistungserbringer ist damit seit 2022 nicht mehr möglich.

Zur Sicherstellung einer vollständigen Datenübermittlung empfiehlt sich ein regelmäßiger Gesamtexport der zum Exportzeitpunkt vorliegenden (korrigierten) Datensätze.

Auswertungsportal

Alle Auswertungen werden den berechtigten Ansprechpartnern der beteiligten Kliniken zeitnah in einem Internetportal zur Verfügung gestellt. Neueingestellte Dateien werden ihnen per Mail angekündigt. Die Dateien können unter folgender Adresse heruntergeladen werden:

QS Schlaganfallbehandlung


Materialien

Aktuelle öffentliche Informationen zum Projekt wie die jeweils gültige Datensatz-Spezifikation, Verschlüsselungshinweise, ICD-10-Hauptdiagnosen, der aktuelle Erfassungsbogen sowie der Bogen zur Erhebung der Strukturdaten können auf der Projektwebseite der Ärztekammer Nordrhein unter folgender Adresse heruntergeladen werden:

Materialien QS Schlaganfallbehandlung

Qualitätsindikatoren der ADSR

*

Indikator	Kennzahl
Rehabilitation - Physiotherapie	02-003
Rehabilitation - Logopädie	03-004
Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhoffimmern	06-002
Frühzeitige Gefäßdiagnostik	09-004
Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt	10a-004
Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (excl. Fälle mit palliativer Zielsetzung)	10b-004
Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt	11-004
Screening für Schluckstörungen	12-004
Erste Bildgebung	13a-006
Frühzeitige CT-/ MR- / DS-Angiographie	13c-001
Thrombolyse (Alter <= 80, NIHSS 4-25)	14a-001
Thrombolyse	14b-001
Thrombolyse nach Protokoll	14d-001
Behandlung auf Stroke Unit	15-003
Door-to-needle-time <= 60 min (Alter <= 80, NIHSS 4-25)	16a-002
Door-to-needle-time <= 30 min (Alter <= 80, NIHSS 4-25)	16b-002
Door-to-needle-time <= 60 min (erweiterte Indikation)	16c-002
Door-to-needle-time (Protokoll)	16d-002
Karotisrevascularisation bei symptomatischer Karotisstenose 	17-003
Sterblichkeit nach Rekanalisation eines Hirninfarkts	18a-003
Sterblichkeit nach Thrombolyse	18c-003
Sterblichkeit nach Thrombektomie	18d-003
Entlassungsziel Rehabilitation von Pat. mit alltagsrelevanten Behinderungen	19-002
Sekundärprophylaxe - Statin-Gabe	21-002
VHF-Diagnostik	22-002
Intraarterielle Therapie (Zeitfenster <= 6 h)	23a-001
Intraarterielle Therapie (Zeitfenster > 6 - 24 h)	23b-001
Intraarterielle Therapie	23c-001
Door-to-puncture-time <= 90 min	25a-001
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung / Thrombolyse im eigenen Haus)	25b-001
Door-to-puncture-time <= 90 min (Bildgebung / Lyse vor Aufnahme)	25c-001
Door-to-puncture-time <= 60 min	25d-001
Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie	26-001
Erreichen des Rekanalisationsziels	27-001

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register e.V.