Ausfüllhinweise
Schlaganfall Nordwestdeutschland

Stand: 08. Februar 2019 (Spezifikation 88/1 2019 V03)
Copyright © Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster

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. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	aufnehmender Standort	-	Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt. Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „aufnehmende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt 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 Betriebstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

5	Fachabteilung	*§ 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 8 = unbestimmt 9 = unbekannt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
9	Postleitzahl		**Achtung:** Dieses Datenfeld soll von der QS-Software vorbelegt werden (bei ausländischen Patienten mit 99999).
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 Krankenhausaufenthaltes** zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2019 bis zum 10.01.2019 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2019 bis zum 20.01.2019 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2019, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2019.
11	Aufnahmezeit	**Format:** HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme 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.
12	Hauptdiagnose		ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles (Die zulässigen Codes ergeben sich aus dem QS-Filter, der die Dokumentationspflicht anzeigt.) Nach einer Lysetherapie ist auch nach vollständiger Rückbildung der Symptome ein Code für Hirninfarkt anzugeben. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
13	Grund für Nicht-Auslösung Folgebogen	0 = Bogen STROKE anlegen 1 = Ereignis älter als 7 Tage 9 = sonstiger Grund	0: Bogen STROKE anlegen Es wird erwartet, dass der Bogen STROKE in über 95% der Fälle ausgefüllt wird, andernfalls ist eine valide Auswertung gefährdet. 1: Ereignis älter als 7 Tage Bei einem Ereignis, das länger als 7 Tage bezogen auf die erste Aufnahme in die Klinik zurückliegt, endet die Dokumentation mit dem Basisbogen (MDS). 9: sonstiger Grund Es liegt z. B. eine Patientenverf&uum;gung vor, die keine leitliniengerechte Behandlung des Schlaganfalles ermöglicht, oder die Behandlung eines anderen Krankheitsbildes steht im Vordergrund. Letzteres wird aber nur selten vorkommen, da in diesen Fällen die Hauptdiagnose meist kein Schlaganfall ist. Der "sonstige Grund" muss im Feld "Erläuterung zum sonstigen Grund" nachvollziehbar angegeben werden. Eine Hirnblutung oder eine transitorische Ischämie stellen per se keinen Grund für die Beendigung der Dokumentation mit dem MDS dar. Gleiches gilt für innerhalb von 7 Tagen nach Akutereignis zuverlegte Patienten.
wenn Feld 13 = 9			

14	Erläuterung zum sonstigen Grund		Hier muss eine nachvollziehbare Erläuterung für den Abbruch der Dokumentation mit dem MDS angegeben werden. 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.
15	Entlassungsdatum Krankenhaus	**Format:** TT.MM.JJJJ	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der 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. Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2019 bis zum 10.01.2019 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2019 bis zum 20.01.2019 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2019, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2019.
16	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1 *§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de*	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
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 - 24 h 8 = 24 - 48 h 9 = > 48 h 10 = Inhouse-Stroke 11 = keine Abschätzung nötig	Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Ist der exakte Zeitpunkt erster Symptome nicht bestimmbar (z.B. bei nachts aufgetretenem Insult), soll das Intervall bestmöglich geschätzt werden. Sollte keinerlei Information verfügbar sein, geben Sie bitte "keine Abschätzung möglich" an. Bei "Inhouse-Stroke" sind sowohl das genaue Datum als auch die Uhrzeit des Ereignisses zu dokumentieren.
wenn Feld 17 = 10			
18	Datum des Inhouse-Stroke	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
19	Uhrzeit des Inhouse-Stroke	**Format:** HH:MM	-
20	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).

21	Übernahme im Krankenhaus	0 = nein 1 = aus externer Klinik 2 = interne Hausverlegung	Angabe, ob Patient aus einer externen Klinik oder intern aus einer anderen Abteilung übernommen wird
22	Aufnahmestation im Krankenhaus	1 = Allgemeinstation 2 = Stroke Unit 3 = Intensivstation	"Allgemeinstation" bedeutet eine Station, auf der in der Regel kein ständiges Monitoring der Vitalfunktionen durchgeführt wird. Im Unterschied dazu bestehen auf der "Intensivstation" die Möglichkeiten, Vitalfunktionen ständig zu überwachen, und eine Beatmung durchzuführen. So genannte "Aufnahmestationen", auf denen Patienten für einige Stunden überwacht und dann weiterverlegt werden, zählen in diesem Projekt zu den "Allgemeinstationen". "Stroke Units" sind definiert als Schlaganfallspezialstationen, die entweder als solche zertifiziert sind, im Zertifizierungsverfahren stehen oder auf denen Schlaganfallpatienten gezielt behandelt werden.

Erstuntersuchung/Symptome

23	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.
24	Sprachstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Aphasie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
25	Sprechstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Dysarthrie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
26	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Schluckstörung Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
27	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
28	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
29	Ätiologie des Hirninfarktes gemäß Toast Kriterien	1 = kein Hirninfarkt 2 = atherothrombotisch 3 = kardiogen-embolisch 4 = mikroangiopathisch 5 = andere gesicherte Ursache 6 = unklare Ätiologie 7 = konkurrierende Ursache	1 = kein Hirninfarkt: ist anzukreuzen, wenn kein Hirninfarkt, sondern eine Blutung oder eine TIA vorliegt und somit keine Infarktätiologie angeben wird. 2 = atherothrombotisch: Nachgewiesene Thrombose der großen hirnversorgenden Gefäße. 3 = kardiogen-embolisch: Nachweis einer kardiogenen Embolequelle. 4 = mikroangiopathisch: Marklagerarterien, meist lakunär. 5 = andere gesicherte Ursache: z.B. nachgewiesene, hämatologische Störungen. In diese Kategorie fällt auch die Dissektion. 6 = unklare Ätiologie: Ist anzukreuzen, wenn z.B. kein CCT/MRT durchgeführt wurde oder die Ätiologie trotz Diagnostik nicht zu klären war. 7 = konkurrierende Ursache: Ist anzukreuzen, wenn unklar ist, welche von mehreren, nachgewiesenen Ursachen hauptsächlich verantwortlich ist.

Diagnostik

30	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 30 = 2			
31	Bildgebung durchgeführt am	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
32	Bildgebung durchgeführt um	**Format:** HH:MM	-
33	CCT im eigenen Haus	1 = ja	Angabe, ob ein CCT im eigenen Haus durchgeführt wurde (erste oder weitere Bildgebung)
34	MRT im eigenen Haus	1 = ja	Angabe, ob ein MRT im eigenen Haus durchgeführt wurde (erste oder weitere Bildgebung)
wenn Feld 30 IN (1;2)			
35	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)
36	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 ≤ 24 h 4 = nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber > 24 h	-
37	Doppler / Duplex	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag 3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	-
wenn Feld 36 <> 0 oder Feld 37 <> 0			
38	Gefäßverschluss	0 = nein 1 = ja	Bei der Lokalisation ist Angabe mehrer Verschlüsse möglich. Dabei ist aber zumindest der am weitesten proximal liegende Verschluss zu codieren.
wenn Feld 38 = 1			
39	Carotis-T	1 = ja	-
40	M1	1 = ja	-
41	M2	1 = ja	-
42	BA	1 = ja	-
43	Sonstige	1 = ja	-

Thrombolyse/Rekanalisation

44	Systemische Thrombolyse	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur Thrombolyse	Intravenöse Thrombolyse bei Hirninfarkt
wenn Feld 44 = 2			
45	Beginn Lyse am	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
46	Beginn Lyse um	**Format:** HH:MM	-
47	Intraarterielle Therapie (IAT)	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur 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 47 = 2			
48	Punktion Leiste am	**Format:** TT.MM.JJJJ	-

49	Punktion Leiste um	**Format:** HH:MM	-
50	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

Verlegung innerhalb 12 h

51	Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie (innerhalb 12 h)	0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückübernahme 2 = ja, ohne spätere Rückübernahme	Bei Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus/eine andere Einrichtung innerhalb von 12 h ohne spätere Rückverlegung kann der Bogen (ggf. nach Angabe der Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung) abgeschlossen werden. Die Angabe zur Primärdiagnostik bezieht sich nur auf den Schlaganfall, der zur Krankenhausaufnahme geführt hat, nicht auf einen zusätzlich auftretenden Inhouse-Stroke.
wenn Feld 51 IN (1;2) und Feld 30 = 2			
52	Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung	1 = < 30 min 2 = ≥ 30 - < 60 min 3 = ≥ 60 - < 120 min 4 = ≥ 120 min	-

Behinderung

wenn Feld 52 IN (0;1)			
53	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
54	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
55	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

56	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	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.
57	Symptomatische ipsilaterale 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.
58	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h	mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion 0 = nein 1 = ja	Bei diesem Feld ist ein "ja" anzugeben, wenn • 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

59	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.
60	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.
61	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)
62	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

63	Antikoagulanzien	Einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief 0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = NOAK (Neue orale Antikoagulanzien)	1: Vit. K-Antagonisten einschliesslich Empfehlung im Entlassungsbrief 2: NOAK (Neue 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.
64	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
65	Revaskularisierung der Carotis	0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des dokumentierten Aufenthalts, verlegt [extern] zur Revaskularisierung bzw. im Arztbrief empfohlen)	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

66	Physiotherapie / Ergotherapie	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)

67	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)

68	Komplikationen (nur im Verlauf erworben)	0 = nein 1 = ja	Es werden nur Komplikationen erfasst, die im Verlauf des jetzigen stationären Aufenthaltes auftraten.
wenn Feld 68 = 1			
69	Pneumonie	1 = ja	Es sollen nur Pneumonien dokumentiert werden, die sich im Krankenhaus entwickelt haben. 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 und mindestens eines der folgenden Kriterien: • Fieber (>= 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 und mindestens zwei der folgenden Kriterien: • neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums • neu aufgetretener oder verschlimmerter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe • Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche • Verschlechterung des Gasaustausches (PaO2/FiO2 <= 240), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit
70	Erhöhter Hirndruck	1 = ja	Es sind Hinweise auf einen erhöhten Hirndruck in bildgebenden Verfahren, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung mit klinischen Symptomen vorhanden.
71	Sympt. Intrazerebrale Blutung	1 = ja	Es ist ein Einblutung durch Bildgebung (CT oder MRT) mit einer zugehörigen Symptomatik nachgewiesen.
72	Hirnarterienembolie	1 = ja	z.B. nach IAT
73	Andere Komplikation(en)	1 = ja	Es sind andere Komplikationen als die oben genannten aufgetreten.

Behandlungsende

Behinderung

74	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung	0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung 6 = Tod	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 6: Tod
wenn Feld 74 <> 6			
75	Barthel-Index bei Entlassung 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
76	Barthel-Index bei Entlassung 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
77	Barthel-Index bei Entlassung 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

Sekundärprophylaxe (einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief)

78	Statine	0 = nein 1 = ja	-

Entlassung

79	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	0 = nein 1 = ja	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. Auch bei (ggf. interner) Verlegung in eine Geriatrische Klinik ist "1 = ja" einzugeben.
wenn Feld 79 = 1			
80	Geplante Rehabilitation nach Entlassung aus Akutbehandlung	1 = Neurologische Rehabilitation Phase B 2 = Neurologische Rehabilitation Phase C 3 = Neurologische Rehabilitation Phase D - stationär 4 = Neurologische Rehabilitation Phase D - ambulant/teilstationär 5 = Geriatrische Rehabilitation 6 = Sonstige Rehabilitation	Dieses Item erlaubt eine phasenspezifische Dokumentation der Rehabilitation nach dem Schlaganfall, sofern eine solche vorgesehen ist. Für eine geplante neurologische Rehabilitation der Phasen B-D sind die entsprechenden Kategorien anzugeben, bei Phase D ist zwischen stationärer oder ambulanter/teilstationärer Rehabilitation zu unterscheiden. Patienten, die in die geriatrische Rehabilitation verlegt werden, sind unter der entsprechenden Kategorie zu kreuzen. Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der aufgeführten Kategorien, die noch während der akutstationären Behandlung eingeleitet oder geplant wurden, sind unter "sonstige Rehabilitation" anzukreuzen. Das Item "geplante Reha" erlaubt zusammen mit dem Item "Entlassungsart" eine spezifischere Auswertung und Aufschlüsselung der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bei den behandelten

			Patienten.
81	Geriatrische Frührehabilitation/Komplexbehandlung	1 = ja	Durchführung einer geriatrischen Frühreha/Komplexbehandlung
82	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	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. 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. 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."
wenn Feld 82 = 1			
83	Datum des Eintrags in der Patientenakte	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
84	Behandlung auf Stroke Unit	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Stroke Unit behandelt.
wenn Feld 22 = 2 oder Feld 84 = 1			
85	Aufnahmedatum Stroke Unit	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
86	Entlassungsdatum Stroke Unit	**Format:** TT.MM.JJJJ	-

Lange Schlüssel

Schlüssel 1
"Entlassungsgrund"

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)