



**Institut für Epidemiologie und
Sozialmedizin
Universität Münster**

**in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR)**

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Projekthandbuch

Version 1.2017, Stand 19. Januar 2017

Klinik: _____

Abteilung: _____ **Ort:** _____

Ihre Zentrumsnummer ist:

Inhaltsverzeichnis

1. Projektbeschreibung	3
2. Ausfüllanleitung	6
3. Patientenregistrierung	21
4. Versand ausgefüllter Bögen	21
5. Auswertung der Ergebnisse	21
5. Internetservice	22
7. Frequently asked questions "FAQ"	22
8. Anhang	23

1. Projektbeschreibung

Hauptziel des Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland ist es, die Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung der beteiligten Kliniken auf der Grundlage einer standardisierten Dokumentation sicher zu stellen. Neben der Qualitätssicherung besteht als weiteres Ziel, wissenschaftliche Fragestellungen in der Versorgungsforschung zum Schlaganfall zu beantworten. 1999 unter dem Namen „Qualitätssicherung Schlaganfall Westfalen-Lippe“ gegründet, hat sich das Projekt rasch ausgedehnt, sodass im Jahr 2003 der Name auf „Nordwestdeutschland“ geändert wurde. Das Projekt ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR). Die Teilnahme an der Dokumentation erfüllt die Kriterien für die Zertifizierung von „Stroke Units“ der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG).

Die Version 1.2017 des Projekthandbuches beschreibt den Dokumentationsbogen bzw. die Dokumentationsmaske (bei elektronischer Dateneingabe), die ab dem 1.1.2017 zum Einsatz kommt. Der Dokumentationsbogen selbst wurde zum 1.1.2017 geändert. Dieses Projekthandbuch beinhaltet die Ausfüllanleitung ausschließlich dieses neuen Bogens, der auch die evidenzbasierten Qualitätsindikatoren für die stationäre Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten enthält.

Diese Qualitätsindikatoren wurden in einem standardisierten Vorgehen gemäß nationaler und internationaler Empfehlungen (u. a. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, AWMF, American Stroke Association, American College of Cardiology, Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations) definiert. Der Prozess der Erarbeitung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren wurde im November 2003 auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) in Zusammenarbeit mit Vertretern zahlreicher Fachgesellschaften begonnen. Beteiligt waren die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, die regionalen Geschäftsstellen zur Qualitätssicherung in der stationären Behandlung sowie weitere Experten aus der Qualitätssicherung Schlaganfall. Die Entwicklung konnte im Januar 2006 erfolgreich abgeschlossen und die neuen Indikatoren in die Qualitätssicherung Schlaganfall eingeführt werden. Im Sommer 2009 wurden diese Indikatoren, basierend auf der Erfahrung von drei Jahren, einem kritischen Review unterzogen und einige wenige überarbeitet bzw. präzisiert sowie einheitliche Zielwerte festgelegt. Eine erneute Überarbeitung erfolgte 2015 und 2016. Daraus resultieren ein neuer Bogen und eine erweiterte Spezifikation, die beide ab dem 1.1.2017 zum Einsatz kommen und deren Items in diesem Projekthandbuch beschrieben werden.

Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Änderungen:

Beschreibung/DATENFELD	Änderung
Minimaldatensatz/MDS	Neues Feld
Begründung für die Anlage eines Minimaldatensatzes/ MDS_GRUND	Neues Feld
Aufnahmezeit Krankenhaus/AUFNZEIT_KH	Neues Feld (wird bei Erfassung mittels KIS nicht exportiert, sondern direkt für die Berechnung der doortopicturetime, doortolysetime und doortopuncturetime verwendet)
Transport in behandelndes Krankenhaus/ EIN_TRANSP	Variable gestrichen
Veranlassung der Krankenhauseinweisung/EIN_VERANL	Variable gestrichen
Übernahme des Patienten/EIN_UEBERN	Neues Feld
Symptome bei Aufnahme/ SYPAR_A, SYSPRA_A, SYSPRE_A, SYSCHL_A	Zusätzliche Ausprägung „nicht bestimmbar“
Dauer der Symptome/KLAS_DAU	Variable gestrichen
Frische Läsion in Bildgebung/DX_LAESIO	Variable gestrichen
Bildgebung (CT/MRT) durchgeführt/DXBILD	Neues Feld
CT durchgeführt/DXCT	Änderung in Kann-Feld, das nur bei Bildgebung im eigenen Haus ausgefüllt werden soll
MRT durchgeführt/DXMRT	Änderung in Kann-Feld, das nur bei Bildgebung im eigenen Haus ausgefüllt werden soll
NIH Stroke Scale/SCNIHSSA	Erweiterung des Bereichs auf 42
Datum und Uhrzeit der Bildgebung (CT/MR)/DXBILD_DATUM und DXBILD_ZEIT	Neue Felder (werden bei Erfassung mittels KIS nicht exportiert, sondern direkt für die Berechnung der doortopicturetime verwendet)
CT bzw. MR-Angiographie durchgeführt/DXANGIO_CTMR	Neues Feld
Doppler/Duplex durchgeführt/DXANGIO_DD	Neues Feld
Gefäßverschluss/GV	Neues Feld
Lokalisation des Gefäßverschlusses/ GV_CT, GV_M1, GV_m2, GV_BA, GV_SONST	Neue Felder
Systemische Thrombolyse/ THLYSE	Neues Feld
Datum und Uhrzeit der Lyse /THLYSE_DATUM und THLYSE_ZEIT	Neue Felder (werden bei Erfassung mittels KIS nicht exportiert, sondern direkt für die Berechnung der doortolysetime verwendet)

Intraarterielle Therapie/THIAT	Neues Feld
Datum und Uhrzeit der Gefäßdiagnostik/DXANGIO_DATUM und DXANGIO_ZEIT	Neue Felder (werden bei Erfassung mittels KIS nicht exportiert, sondern direkt für die Berechnung der picturetopuncturetime verwendet)
Datum und Uhrzeit der Punktion der Leiste/PUNKTION_DATUM und PUNKTION_ZEIT	Neue Felder (werden bei Erfassung mittels KIS nicht exportiert, sondern direkt für die Berechnung der door-topuncture und picturetopuncturetime verwendet)
Erfolgreiche Rekanalisation/REKAN	Neues Feld
Verlegung nach Primärdiagnostik bzw. –intervention/VERLEGUNG24H	Neues Feld
Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung/I_BILDVERL10	Neues Feld
Extra- bzw. Intrakranielle Gefäßdiagnostik/DXANG_EK und DXANG_IK	Variable gestrichen
Thromboseprophylaxe/THTHRPRO	Variable gestrichen
Thrombozytenaggregationshemmer innerhalb 24h/THTFH_2D	Variable gestrichen
Intravenöse Lyse/THLYSEIV	Variable gestrichen
Intraarterielle Lyse/THLYSEIA	Variable gestrichen
Thrombektomie/THROMBEK	Variable gestrichen
Zeitintervall Aufnahme bis erste Bildgebung/I_ABBILD10	Variable gestrichen
Zeitintervall Aufnahme bis Beginn Lyse/I_ALYSE10	Variable gestrichen
Entlassung/ENTLAS	Variable gestrichen
Entlassungsgrund nach § 301 SGBD V/ENTLGRUND	Neues Feld

Projektlogistik

Die Dokumentation von Schlaganfallpatienten kann entweder auf Papierbögen oder elektronisch in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) erfolgen. Für die Dokumentation auf Papierbögen werden vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin bereits gedruckte, mit einer Zentrums-ID und laufender Patientennummer versehene Bögen zur Verfügung gestellt. Für die elektronische Dateneingabe ist das projektspezifische Schlaganfallmodul des jeweiligen KIS-Anbieters erforderlich. Dieses Modul trägt seit dem Jahr 2010 die Nummer 88/1. Die Spezifikation dieses Moduls kann vom Institut abgefordert oder von der Homepage des Projektes heruntergeladen werden. Die erfassten Daten aus jeder Klinik werden anonymisiert an das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in Münster gesandt. Ergebnisse der Auswertungen werden regelmäßig an die beitragenden Kliniken zurückgegeben. Die Daten bleiben Eigentum der entsprechenden Klinik/Abteilung. Die beteiligten Kliniken räumen dem Institut das Recht auf weiterführende wissenschaftliche Auswertungen und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse ein. Darüber hinaus stellen die beteiligten Kliniken die Daten anonymisiert für gemeinsame Auswertungen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse zur Verfügung.

Die Erfassungsbögen aller in der Arbeitsgemeinschaft vertretenen Schlaganfallregister sind aufeinander abgestimmt und ermöglichen eine gepoolte Datenauswertung.

Die Ergebnissrückgabe an die beteiligten Kliniken erfolgt in Form von zwei Berichten pro Jahr. Der Halbjahresbericht erfasst den Aufnahmezeitpunkt von Patienten zwischen 1.1. und 30.6. eines Jahres, der Jahresbericht erfasst das gesamte vorangehende Jahr. **Deadline für die Einsendung der jeweiligen Berichtsdaten ist der 1. September für den Halbjahresbericht und der 1. März für den Jahresbericht.** Die Berichte werden vier bis sechs Wochen später verschickt. Seit 2010 können die Berichte über den geschützten Bereich der Homepage des Projektes (qsnwd.uni-muenster.de) auch im PDF-Format heruntergeladen werden. Darüber hinaus hat jede Klinik das Recht, mit Zustellung des Jahresberichtes auch die eigenen Daten in einem Format der Wahl anzufordern und für eigene Zwecke zu verwenden. Über die Berichte hinausgehende weiterführende Auswertungen, z.B. auf Bundeslandebene, sind nach Absprache möglich.

Wichtige Projektadressen

Projektkoordination und Datenverarbeitung:

Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universitätsklinikum Münster
Domagkstr. 3
48129 Münster

Projekthomepage:

qsnwd.uni-muenster.de

E-Mail:

nwdinfo@uni-muenster.de

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Klaus Berger

Dr. rer. nat. Marianne Kalic

Tel: 0251-83-55650

Tel.: 0251-83-57587

Fax: 0251-83-55300

Fax: 0251-83-55300

2. Ausfüllanleitung

Allgemeines

Erfasst werden alle Patienten ≥ 18 Jahre mit folgender ICD-10 Hauptdiagnose:

einer TIA, einem Hirninfarkt, einer intracerebralen (Massen-) Blutung, einer Subarachnoidalblutung (SAB) oder einer Sinusvenenthrombose, für die wegen dieses Ereignisses eine **stationäre** Behandlung oder Diagnostik in der teilnehmenden Klinik erfolgt (s. Anhang).

Es werden alle stationären Aufenthalte von Patienten mit diesen Diagnosen dokumentiert, **auch** wenn der Aufenthalt nur wenige Stunden dauert. Insulte, die bereits länger zurückliegen, **werden** dokumentiert, sofern sie vor nicht mehr als **7 Tagen** aufgetreten sind **und** den Grund für die aktuelle stationäre Aufnahme darstellen (z.B. verzögerte Diagnostik). Die Dokumentation erfasst den gesamten akut-stationären Aufenthalt.

Nicht erfasst werden: ausschließlich **ambulante** Behandlungen und Diagnostik, ebenso Insulte, die mehr als 7 Tage zurückliegen.

Wird der Bogen im KIS trotzdem ausgelöst (z.B. in einer Abteilung, die nicht dokumentiert oder bei Aufnahme in eine der Klinik angeschlossene Frührehaabteilung), so gibt es ab 2017 die Möglichkeit, einen Minimaldatensatz (MDS) zu senden. Stellt sich bei einem Patienten im weiteren Verlauf heraus, dass die Schlaganfalldiagnose falsch war, wird der Bogen ersatzlos vernichtet (sofern auf Papier dokumentiert) bzw. der angelegte Bogen aus dem KIS-Modul gelöscht.

Ablauf der Dokumentation

Papier: Bei Dokumentation auf Papier werden die Erfassungsbögen gedruckt und vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster (*INSTITUT*) an die teilnehmenden Kliniken verschickt. Diese Erfassungsbögen tragen bereits die richtige Zentrumsnummer und die laufende Patientennummer eingedruckt. Durch dieses Vorgehen wird sichergestellt, dass jede Bogennummer nur einmal verteilt wird. Bitte die Erfassungsbögen **nicht selbständig kopieren!**

Sind Ihnen die Bögen ausgegangen, wenden Sie sich bitte an das INSTITUT unter Verwendung des **Faxantwortbogens** im Anhang. Es werden Ihnen innerhalb von 3 – 5 Tagen (inkl. Postweg) weitere Erfassungsbögen in der gewünschten Anzahl zugesendet.

Elektronisch: Bei elektronischer Dokumentation über ein Krankenhausdokumentationssystem muss durch die Klinik das Modul 88/1 Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland vom Softwareanbieter des in der Klinik installierten KIS gekauft werden. Die Programmierung des entsprechenden Moduls erfolgt durch die Softwareanbieter und ist völlig unabhängig vom INSTITUT. Nach Installation werden zwei Zahlenangaben vom INSTITUT benötigt, die wir Ihnen zusenden, anschließend ist eine Textdatendatei exportierbar, die uns zur Erprobung des Datenimports zugesandt werden muss. Bei positiver Rückantwort

kann dann in der Klinik über das Modul dokumentiert werden. Bei elektronischer Dokumentation müssen folgende Informationen im KIS hinterlegt werden bzw. sind von der Erfassungssoftware zu generieren:

Zentrumsnummer: Bei der Zentrumsnummer handelt es sich um eine eindeutige Kennzeichnung der teilnehmenden Klinik, die von der annehmenden Stelle zugeteilt wird.

Registriernummer und Verschlüsselungscode: Registriernummer und Verschlüsselungscode werden der teilnehmenden Klinik von der annehmenden Stelle zugeteilt und sind eindeutig. Die Registriernummer beinhaltet die Kennung des Bundeslandes der teilnehmenden Klinik und die 5 – 8 Stelle des Institutionskennzeichens, der Verschlüsselungscode dient zur Erzeugung einer 3des-verschlüsselten Transaktionsdatei, die an die annehmende Stelle verschickt wird.

Hinweise zum Ausfüllen der Papiererfassungsbögen

Die Bögen werden automatisch von einem Scanner gelesen. Dafür müssen die vier *Eckmarken* vollständig, unversehrt und mit gutem SW-Kontrast versehen sein. Deshalb dürfen sie nicht bemalt, überklebt, mit Kaffeerändern befleckt oder gelocht sein, da dies das Einscannen unmöglich macht. Die zehnstellige Nummer in der rechten unteren Ecke des Bogens darf ebenfalls nicht überklebt oder überschrieben werden, da sonst eine Identifikation des Bogens für die Scannersoftware nicht möglich ist.

Beim Ausfüllen der Bögen bitte Folgendes beachten:

- **Ausschließlich schwarzen Stift verwenden, keinen Bleistift, keine Farbstifte, keinen Kugelschreiber! Aufgrund des blassen Schriftbildes, könne handschriftliche Eintragungen und Kreuze vom Scanner nicht erkannt werden.**
- **Zahlen und Buchstaben lesbar (!) und exakt in die Mitte der vorgesehenen Kästchen schreiben, dabei unbedingt den Kästchenrand einhalten.**
- **Kreuze einzeln und mittig in die vorgegebenen Kästchen setzen.**

Bögen, die wegen unleserlicher Zahlen oder nicht eindeutiger Kreuze für den Scanner nicht lesbar sind, werden zur Korrektur zurückgeschickt! Der Bogen kann am **linken** Rand geheftet werden.

Zentrums- und laufende Patientennummer: Bei Dokumentation auf Papier sind sowohl die Zentrumsnummer als auch die laufende Patientennummer bereits vergeben und in jeden Papiererfassungsbogen eingedruckt. Durch diese Maßnahme ist gesichert, dass keine Patientennummern doppelt vergeben oder undeutlich geschriebene Zahlen falsch erkannt werden. Lücken in der laufenden Patientennummer, die durch Vernichten einzelner Bögen entstehen (z.B. weil sich später herausstellt, dass der Patient keinen Schlaganfall hat, oder durch erneutes Ausfüllen eines Bogens nach nicht korrigierbarem Verschreiben), spielen für die Erfassung keine Rolle! Die Zahl eingesandter Bögen pro Klinik wird nicht anhand der Patientennummer festgestellt, sondern durch die Zahl gescannter Bögen ermittelt.

Minimaldatensatz (MDS)

In folgenden Fällen ist die Anlage eines Minimaldatensatzes möglich, der ausschließlich Aufnahme- und –zeit, Geburtsjahr, Geschlecht, ICD10, Entlassungsgrund und das Entlassungsdatum enthält:

1. der Schlaganfall ist älter als 7 Tage d.h. es liegt keine Akutbehandlung vor (z.B. der Bogen wird bei Aufnahme in einer angeschlossenen Frühreha ausgelöst)
2. der Bogen wird bei Patienten ausgelöst, die nicht in der teilnehmenden Abteilung behandelt werden. In diesem Fall ist als MDS „sonstiger Grund“ anzukreuzen und der Grund zu erläutern.

Patientendaten

Geburtsjahr:

Vom Geburtsdatum werden aus Datenschutzgründen Tag und Monat der Geburt **nicht** erfasst, sondern nur das Geburtsjahr dokumentiert. Bei elektronischer Erfassung wird das Geburtsjahr aus dem KIS übernommen.

Patienten, die **vor 1900 geboren** wurden, werden per definitionem als **1900 geboren** dokumentiert!

Geschlecht:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) selbsterklärend

Daten bei Aufnahme

Bei elektronischer Dokumentation ist keine Dateneingabe erforderlich. Aufnahme- und Entlassungsdatum werden automatisch aus dem KIS importiert und daraus die Liegezeit berechnet. Die Aufnahmezeit wird in folgendem Format angegeben: 0:00 Uhr bis 23:59 Uhr.

In der Papierdokumentation sind Aufnahme- und –uhrzeit als Textfeld dargestellt.

Übernahme aus externem KH/anderer Abteilung:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Es ist anzugeben, ob der Patient aus einer externen Klinik oder intern aus einer anderen Abteilung übernommen wurde.

Aufnahme auf:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) „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.

Zeit Ereignis – Aufnahme:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) 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, kreuzen Sie bitte **nur** „unbekannt“ an.

Aufenthalt und Liegezeit auf Stroke-Unit (in Tagen):

Es ist zu dokumentieren, ob irgendwann während der stationären Behandlung ein Aufenthalt auf der Stroke-Unit erfolgte und wie lange dieser dauerte. Die Liegedauer berechnet sich aus der Differenz von Entlassungs- und Aufnahmedatum der Stroke-Unit und wird bei elektronischer Erfassung automatisch ermittelt. Erfolgen Aufnahme und Entlassung am selben Tag, so ergibt sich eine Liegezeit von 0 Tagen. Auf den Papierbögen ist die Liegezeit direkt einzutragen.

Versorgungssituation vor Akutereignis:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Diese Variable erfasst den Versorgungsaufwand, den ein Patient vor Auftreten des akuten Schlaganfallereignisses benötigte (auch wenn er/sie in einer Institution lebt). Anzukreuzen ist, ob ein Patient weitgehend unabhängig oder pflegebedürftig ist. Ein Patient, der vor Ereignis allein in eigener Wohnung gelebt hat und sich selbstständig versorgte, wäre als „unabhängig zu Hause“ einzustufen. Ein Patient, der zu Hause von z.B. Angehörigen oder einem Pflegedienst gepflegt wird, wird als „Pflege zu Hause“ eingestuft. Ein Patient, der in einem Altenheim gepflegt wird, gehört zur Kategorie „Pflege in Institution“. Pflegebedürftig bedeutet, dass bei einfachen Dingen des alltäglichen Lebens (z.B. waschen, essen, Fortbewegung) deutlicher Hilfsbedarf besteht.

Symptome bei Aufnahme

Neurologische Symptome werden „bei Aufnahme“ abgefragt. Die Dokumentation soll dabei **unmittelbar nach Aufnahme**, z.B. bei der Aufnahmeuntersuchung erfolgen. Sind die Symptome z.B. aufgrund mangelnder Kooperationsbereitschaft des Patienten nicht zu bestimmen, so ist die neue Kategorie „nicht bestimmbar“ anzukreuzen.

Motor. Ausfälle:

Hierunter werden Paresen von Arm oder Bein unabhängig von der Seite als Sammelvariable zusammengefasst. Distale Paresen, z.B. nur im Handbereich oder am Fuß werden ebenfalls in den entsprechenden Kategorien dokumentiert.

Sprachstörung:

umfasst alle Formen der Aphasie.

Sprechstörung:

beinhaltet alle Formen der Dysarthrie.

Schluckstörung:

umfasst alle Formen der Schluckstörungen.

Bewusstsein:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Anzukreuzen ist der Status „bei Aufnahme“.

<i>wach:</i>	jederzeit adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen.
<i>somnol./stupor.:</i>	Somnolent bzw. stuporös, bezeichnet eine abnorme Schläfrigkeit, aus der ein/e Patient/in jederzeit erweckbar ist, die Augen öffnen kann und adäquate Reaktion auf einfache Aufforderungen zeigt oder eine abnorme Schläfrigkeit, aus der ein/e Patient/in nicht voll erweckbar ist.
<i>Koma:</i>	Bewusstlosigkeit, Reaktion nur auf Schmerzreiz oder keine Reaktion auf Ansprache, Aufforderung und Schmerzreiz.

Rankin Skala

Der Funktionszustand des dokumentierten Patienten/in wird mit der Rankin Skala erfasst und soll zu zwei Zeitpunkten, die durch die zwei Spalten des entsprechenden Feldes festgelegt sind, dokumentiert werden. Die Beurteilungen des Funktionsstatus „*≤ 24 Stunden nach Aufnahme*“ und „*bei Entlassung*“ stützen sich auf vorhandene Symptome und klinische Einschätzung.

Die Beurteilung des Funktionsstatus erfolgt hierbei **innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme** sowie **bei Entlassung**!

Für Patienten, die während der Akutbehandlung versterben, ist Rankin Skala *Tod* bei Entlassung anzukreuzen. Die einzelnen Kategorien der Rankin Skala sind folgendermaßen definiert (nur ein Kreuz pro Erhebungszeitpunkt):

<i>Keine Symptome:</i>	Keinerlei Symptome auffällig, kann alle gewohnten Aufgaben verrichten.
<i>Keine wesentliche Funktionseinschränkung:</i>	Kann alle gewohnten Aufgaben/Aktivitäten trotz Symptomen verrichten.

- Geringgradige Funktionseinschränkung:* Unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen.
- Mäßiggradige Funktionseinschränkung:* Bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen.
- Mittelschwere Funktionseinschränkung:* Unfähig, ohne Hilfe zu gehen und unfähig, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen.
- Schwere Funktionseinschränkung:* Bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit.

Barthel-Index

Hierbei wird die Kurzversion des Barthel-Index nach Ellul und Barer eingesetzt. Sie hat den Vorteil, deutlich kürzer zu sein und erklärt 80% der Varianz der langen Version. Für jede der drei erfassten Variablen („*Blasenkontrolle*“, „*Lagewechsel Bett-Stuhl*“ und „*Fortbewegung*“) ist nur **eine** Kategorie anzukreuzen.

Die Erhebung erfolgt **innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme und zum Entlassungszeitpunkt**. Bei starken Schwankungen innerhalb der ersten 24 Stunden ist der Barthel-Index zum Zeitpunkt der maximalen Einschränkungen der Patienten anzugeben.

Die einzelnen Kategorien des Barthel-Index sind folgendermaßen definiert: (*pro Kategorie nur ein Kreuz pro Erhebungszeitpunkt*)

Blasenkontrolle

- kontinent:* Kontinent. Ein katheterisierter Patient, der seinen Katheter vollständig selbst versorgen kann, wird als „*kontinent*“ eingestuft.
- gelegentlicher Verlust:* Gelegentlich inkontinent (höchstens 1 mal pro 24 Stunden).
- inkontinent:* Inkontinent oder unfähig, einen liegenden Blasenkatheter selbst zu versorgen.

Lagewechsel Bett-Stuhl

- vollständ. selbständig:* Unabhängig.
- geringe Unterstützung:* Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung. „*Geringe Unterstützung*“ bedeutet, dass eine Person den Patienten problemlos unterstützen kann oder lediglich aus Sicherheitsgründen dabeisteht.
- große Unterstützung:* Benötigt große körperliche Unterstützung (von einer oder zwei Personen), kann sitzen. „*Große körperliche Unterstützung*“ bedeutet die Unterstützung durch eine starke bzw. ausgebildete Person oder durch zwei nicht speziell trainierte Personen. Der Patient kann sich aufrichten.

vollständ. abhängig: Kann Lagewechsel vom Bett zum Stuhl und zurück nicht durchführen – kein Gleichgewicht beim Sitzen. „*Kann Lagewechsel nicht durchführen*“ bedeutet, dass ein Patient unfähig ist, allein zu sitzen, und zwei Personen zum Heben erforderlich sind.

Fortbewegung

vollständ. selbständig: Unabhängig (kann aber Hilfsmittel, z.B. Stock, benutzen). Bezieht sich auf die Fortbewegung innerhalb der eigenen Wohnung oder auf der Station.

geringe Unterstützung: Geht mit der Hilfe einer Person (verbale oder körperliche Unterstützung). Hilfe bedeutet die Unterstützung von einer nicht speziell trainierten Person und schließt Beaufsichtigung und Zuspruch ein.

große Unterstützung: Unabhängig im Rollstuhl (einschließlich des Manövrierens um Ecken etc.). Bei Rollstuhlbenutzung muss der Patient in der Lage sein, das Öffnen von Türen und das Manövrieren um Ecken ohne Hilfe durchzuführen.

vollständ. abhängig: Nicht mobil.

Komorbidität

Falls keine der aufgeführten Komorbiditäten vorliegt, ist „nein“ anzukreuzen, d.h. es ist ein aktives „nein“ erforderlich.

Diabetes mellitus:

Pathologischer Glucosebelastungstest **oder** erhöhter **zweimaliger** Nüchtern-Blutzucker **oder** vorbestehende medikamentöse Behandlung **oder** anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes durch den Patienten.

Hypertonie:

Erhöhte Blutdruckwerte (>140 mm Hg systolisch und/oder >90 mm Hg diastolisch) bei wiederholter Messung oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder Selbstangabe einer vorbestehenden Hypertonie.

VH-Flimmern:

In dieser Kategorie wird ein Vorhofflimmern kodiert, das im EKG oder LZ-EKG während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes neu diagnostiziert wird **oder** anamnestisch bekannt ist **und/oder** entsprechend medikamentös behandelt wird.

Früh. Herzinfarkt:

Anamnestisch bekannter früherer Myokardinfarkt **oder** entsprechender, sicherer Befund in EKG/Echo **oder** Angabe in vorliegenden, alten Arztbrief.

Früh. Schlaganfall:

Angabe in vorliegendem, alten Arztbrief **oder** Ergebnis aktueller Diagnostik für in der Vergangenheit abgelaufenen Hirninfarkt, Hirnblutung (aber **keine** traumatisch bedingte Blutung z.B. nach einem Unfall), Subarachnoidalblutung oder Sinusvenenthrombose, deren Symptome länger als 24 Stunden andauerten.

Hypercholesterinämie:

Gemessene erhöhte Gesamtcholesterinwerte (>190 mg/dL), Selbstangabe einer vorbestehenden Hypercholesterinämie **oder** medikamentöse Behandlung.

ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis

In diesem Feld bitte den vollständigen ICD-10 Code des akuten Schlaganfallereignisses eintragen (zu erfassende ICD-10 Diagnosen s. Anhang).

Infarktätiologie

Dieses Item **muss** für alle Schlaganfallpatienten angekreuzt werden und dient der Infarktsubtypklassifikation nach den sogenannten TOAST-Kriterien (s. auch Originalpublikation im Anhang). Dabei sind die ätiologischen Kategorien folgendermaßen definiert (*nur eine Kategorie ankreuzbar*):

<i>kein Hirninfarkt:</i>	ist anzukreuzen, wenn kein Hirninfarkt, sondern eine Blutung oder eine TIA vorliegt und somit keine Infarktätiologie angegeben wird.
<i>atherothrombotisch:</i>	Nachgewiesene Thrombose der großen hirnversorgenden Gefäße.
<i>kardiogen-embolisch:</i>	Nachweis einer kardiogenen Emboliequelle.
<i>mikroangiopathisch:</i>	Marklagerarterien, meist lakunär.
<i>andere gesicherte Ursache:</i>	z.B. nachgewiesene, hämatologische Störungen. In diese Kategorie fällt auch die Dissektion .
<i>unklare Ätiologie:</i>	Ist anzukreuzen, wenn z.B. kein CCT/MRT durchgeführt wurde oder die Ätiologie trotz Diagnostik nicht zu klären war.
<i>konkurrierende Ursache:</i>	Ist anzukreuzen, wenn unklar ist, welche von mehreren, nachgewiesenen Ursachen hauptsächlich verantwortlich ist.

Primärdiagnostik

Bildgebung (CCT/MRT):

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Wurde keine Bildgebung, d.h. weder eine kraniale Computertomographie noch eine Magnetresonanztomographie noch beides durchgeführt, ist „*keine Bildgebung*“ anzukreuzen. Bei Patienten, bei denen bereits **vor** Aufnahme im dokumentierenden Krankenhaus ambulant oder in einem anderen Krankenhaus ein bildgebendes Verfahren durchgeführt wurde, ist „*1. Bildgebung vor Aufnahme*“ anzukreuzen. Ist die 1. Bildgebung im eigenen Haus durchgeführt worden, so sind im Falle der Papiererhebung Datum und Uhrzeit anzugeben und das Verfahren (CT und/oder MRT). Bei KIS-Erhebung wird automatisch die „Door to Picture-Time“ berechnet.

NIH Stroke Scale bei Aufnahme:

In diesem Feld wird der Summenscore der NIH Stroke Scale (NIHSS) bei der Aufnahmeuntersuchung für alle Patienten, unabhängig vom Schlaganfalltyp, eingetragen. Die Dokumentation soll dabei unmittelbar nach Aufnahme erfolgen. Als ausführliche Anleitung zur Durchführung und Kodierung der NIHSS sei auf folgende Publikation **im Anhang** verwiesen: Berger K et al. Untersuchung der Reliabilität von Schlaganfallskalen. *Fortschr Neurol Psychiat* 1999;67:81-93.

Angiographie (CT/MR) nach Aufnahme:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Angabe, ob bzw. wann eine Magnetresonanz- **oder** eine Computertomographische Angiographie durchgeführt wurde.

Doppler/Duplex:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Angabe, ob bzw. wann ein Doppler bzw. Duplex durchgeführt wurde. Dies beinhaltet die Durchführung einer Extrakraniellen Dopplersonographie und/oder einer Transkraniellen Dopplersonographie **und/oder** einer Duplexsonographie.

Gefäßverschluss:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Es ist anzugeben, ob mittels Gefäßdiagnostik (CT-/MR-Angiographie und/oder Doppler/Duplex) ein Gefäßverschluss festgestellt wurde und wenn ja, welcher Art dieser ist (Carotis-T, M1, M2, BA, Sonstige). Die Angabe mehrerer Verschlüsse ist möglich.

Thrombolyse/Rekanalisation

Systemische Thrombolyse:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Intravenös applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt. Wird die Lysebehandlung im eigenen Haus durchgeführt, so sind bei Papierdokumentati-

on Datum und Uhrzeit der Lyse anzugeben. Bei KIS-Erhebung wird automatisch die „Door-to-Lyse-Time“ berechnet.

Intraarterielle Therapie (IAT), Gefäßdiagnostik (CT/MR-Angiographie/DSA) und Rekanalisation:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Die IAT beinhaltet sowohl eine intraarteriell applizierte Thrombolysebehandlung, unabhängig davon, ob sie hochselektiv (d.h. bis zum Verschluss vorgeschobenen Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde als auch die mechanische Entfernung eines Blutgerinnsels mittels Katheter beim Hirninfarkt (Thrombektomie).

Erfolgt die intraarterielle Therapie im eigenen Haus, so sind **Datum und Uhrzeit der Gefäßdiagnostik** (CT/MR-Angiographie/DSA) sowie **Datum und Uhrzeit der Leistenpunktion anzugeben**. Sind mehrere Verfahren angewendet worden, so ist die Uhrzeit der zuerst durchgeführten Diagnostik anzugeben. Bei KIS-Erfassung werden die „Door-to-Picture-Time“ und die „Picture-to-Puncture-Time“ automatisch ermittelt. Zusätzlich ist zu dokumentieren, ob eine **erfolgreiche Rekanalisation (TICI=IIb, III)** stattgefunden hat.

Verlegung nach Primärdiagnostik/Intervention:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Wird der Patient innerhalb von 24h nach Aufnahme zur Weiterbehandlung in eine **andere Einrichtung (=externe Klinik)** verlegt, so ist „ja“ anzucreuzen und ebenfalls die Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung anzugeben.

Weitere Diagnostik nach Ereignis

Schlucktest n. Protokoll:

Kann nur als durchgeführtes diagnostisches Verfahren angekreuzt werden, wenn ein standardisiertes Dysphagiescreening **nach Protokoll** aktiv durchgeführt wurde. Eine Einschätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder die Angaben Dritter stützt, reicht dafür **nicht** aus.

Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24h:

Durchführung eines Langzeit-EKG bzw. Monitoring über mindestens 24 Stunden zur Diagnostik von Vorhofflimmern während des aktuellen stationären Aufenthaltes.

Symptomatische ipsilaterale Stenose der ACI:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Es ist der Grad der Stenose (nach NASCET) an der Arteria carotis interna **der betroffenen Seite** anzugeben. Liegt kein Verschluss vor, ist „nein“ anzucreuzen. Wenn keine Untersuchung erfolgte, ist „Nicht untersucht“ anzugeben. Liegt eine ipsilaterale ACI-Stenose vor, so ist weiter zu dokumentieren, ob eine operative Revaskularisation veranlasst oder empfohlen wurde. Kontralaterale Stenosen werden nicht erfasst.

Therapie/Sekundärprävention

In diesem Feld werden Maßnahmen der Akuttherapie sowie der Sekundärprävention kodiert. Falls eine der aufgezählten therapeutischen Maßnahmen nicht durchgeführt wurde, **ist „nein“ anzukreuzen!**

Antikoagulation (Marcumar/Heparin/Vitamin-K-Antagonisten, NOAK), einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief:

Die Kategorie „Vit.-K-Antagonisten“ wird angekreuzt, wenn eine Marcumarisierung bereits eingeleitet oder im Entlassungsbrief empfohlen wurde. Ebenso wird diese Kategorie angekreuzt, wenn bei dem Patienten eine therapeutische Antikoagulation mit Heparin i.v. (**pTT wirksam**) oder s.c. (**pTT- oder Anti-Xa-wirksam**) während des Aufenthaltes eingeleitet und bei Entlassung fortgeführt wurde. Werden Dabigatran, Rivaroxaban oder Apixaban verordnet, so wird die Kategorie „NOAK“ angekreuzt.

Thr. agg. hemmer $\leq 48h$ nach Ereignis:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient **innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis** einen Thrombozytenaggregationshemmer erhält. In dieser Gruppe werden alle verordneten Thrombozytenaggregationshemmer zusammengefasst, das heißt hierunter fallen Clopidogrel, ASS oder Dipyridamol etc.

Thr. agg. hemmer bei Entlassung:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient bei Entlassung einen Thrombozytenaggregationshemmer erhält. In dieser Gruppe werden alle verordneten Thrombozytenaggregationshemmer zusammengefasst, das heißt hierunter fallen Clopidogrel, ASS, ASS und Dipyridamol oder Dipyridamol etc.

Thromboseprophylaxe:

Regelmäßige, **subkutane** Applikation von niedermolekularem oder anderem Heparin (**nicht pTT- oder Anti-Xa-wirksam**).

Beatmung:

maschinelle, vollständige oder unterstützende Beatmung, setzt oral oder nasal zugeführten, intratrachealen Tubus voraus und wird unabhängig von der Beatmungsdauer angekreuzt.

Antihypertensiva:

Diese Gruppe schließt alle Medikamente ein, die mit der Indikation der Senkung des erhöhten Blutdruckes verordnet **und** im Entlassungsbrief aufgeführt wurden.

Antidiabetika:

Diese Gruppe schließt alle Medikamente ein, die mit der Indikation Diabetes mellitus verordnet **und** im Entlassungsbrief erwähnt wurden. Hierzu zählt orale Medikation sowie Insulingabe. Rein diätetische Maßnahmen zur Behandlung des Diabetes fallen **nicht** darunter.

Statine:

Diese Gruppe bezeichnet alle HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, die mit der Indikation der Senkung eines erhöhten Cholesterinspiegels verordnet **und** im Entlassungsbrief erwähnt wurden.

Komplikationen (mehrere Kategorien ankreuzbar)

Nur Komplikationen ankreuzen, **die während der Akutbehandlung aufgetreten und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig waren**. Das Auftreten einer Komplikation, die weder behandelt wurden noch den Einsatz eines diagnostischen Verfahrens bedingt hat, wird nicht weiter dokumentiert.

Keine Komplikation:

Ist während der stationären Behandlung des Patienten keine diagnostik- und/oder behandlungspflichtige Komplikation aufgetreten, ist „*keine Komplikation*“ anzukreuzen.

Harnwegsinfektion:

Klinische Symptome plus Leukozyturie oder Bakteriurie.

Pneumonie:

Klinische Symptome/Untersuchungsbefund **und/oder** radiologischer Befund oder mikroskopischer, kultureller Erregernachweis. Es werden nur Patienten dokumentiert, die im Krankenhaus eine Pneumonie entwickeln (ICD-10 für im Krankenhaus erworbene Pneumonien).

Reinfarkt:

Erneuter Schlaganfall (einer der Haupttypen: TIA, Hirninfarkt, Hirnblutung, SAB, Sinusvenenthrombose) während der stationären Behandlungsphase des dokumentierten ersten Ereignisses. Ein Re-Insult wird als Komplikation betrachtet, es muss **kein** neuer neuer Bogen ausgefüllt werden.

Erhöhter Hirndruck:

Hinweise für einen symptomatischen erhöhten Hirndruck **in bildgebenden Verfahren**, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung, **plus** klinische Symptome.

Intrazerebrale Blutung:

Bildgebender Nachweis (CT/MRT) der Einblutung.

Thrombose:

Klinische Symptome/Untersuchungsbefund **und/oder** bildgebender Nachweis der Thrombose. Unter „Thrombose“ ist auch eine **Lungenembolie** zu kategorisieren.

Andere Komplikationen:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn andere Komplikationen als die oben genannten während der Akutbehandlung aufgetreten sind und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig waren.

Rehabilitation

In diesem Feld werden rehabilitative Maßnahmen wie „Physiotherapie/Ergotherapie“, „Logopädie“ während des stationären Aufenthaltes sowie die „frühe Mobilisierung“ dokumentiert. Ist eine der genannten Maßnahmen nicht durchgeführt oder ist der Patient nicht mobilisiert worden, ist **„nein“ zu kodieren!**

Physiotherapie/Ergotherapie:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von einem/r Physiotherapeuten/in und/oder Ergotherapeut/in untersucht und/oder behandelt wurde. Zudem ist **der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren**. Hierbei wird dokumentiert bis wann (innerhalb der ersten beiden Tage nach Aufnahme oder später) der/die Physiotherapeut/in und/oder der/die Ergotherapeut/in **erstmals** beim Patienten war.

Logopädie:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von einem Logopäden/in untersucht und/oder behandelt wurde. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, bis zu welchem Tag nach Aufnahme der/die Logopäde/in **erstmals** beim Patienten war.

Mobilisierung:

Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von der Physiotherapie oder dem Pflegedienst mobilisiert wurde. Weiterhin ist der Zeitpunkt der ersten Mobilisierung des Patienten zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, ob der Patient bis **erstmals** einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme mobilisiert wurde.

Entlassung

In der Papierdokumentation ist das Entlassungsdatum aus der Klinik aus Platzgründen als Textfeld dargestellt.

Falls der Patient verstorben ist, wird das Sterbedatum eingegeben. Bei elektronischer Dokumentation wird das Entlassungsdatum automatisch aus dem KIS ermittelt und braucht nicht eingetragen zu werden.

Entlassungsgrund nach § 301 SGB V:

In diesem Feld ist der Entlassungsgrund entsprechend § 301 SGB V aus dem KIS zu übernehmen.

Geplante Reha nach Entlassung aus der Akutbehandlung:

Dieses Item erlaubt eine phasenspezifische Dokumentation der Rehabilitation nach dem Schlaganfall, sofern eine solche vorgesehen ist. Für Patienten, für die während der akutstationären Behandlung keine Rehabilitationsmaßnahme nach Entlassung geplant wird, ist das Item „keine Reha geplant“ anzukreuzen. Dies gilt ebenso für Patienten, die während der Akutbehandlung verstorben sind.

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.

Verfügung:

Hier ist zu dokumentieren, ob eine schriftliche Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorliegt, die das diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen beeinflusst.

3. Patientenregistrierung

Nach Abschluss der Dokumentation eines Erfassungsbogens aus der Krankengeschichte und vor Versendung der Bögen an das INSTITUT muss eine klinikinterne Patientenregistrierung durchgeführt werden. Dafür werden die laufende Patientennummer und ein normaler Patientenaufkleber in die Registrierungsliste (**siehe Anhang**) übertragen bzw. geklebt. Alternativ wird statt des Aufklebers Name und Geburtsdatum des Patienten übertragen. Die Registrierungsliste im Anhang muss zuvor in ausreichender Anzahl durch die Einrichtung kopiert werden. Diese Patientenregistrierung stellt die einzige Re-Identifizierungsmöglichkeit der erfassten Patienten dar. Sie ist deshalb für Rückfragen bei falsch oder implausibel ausgefüllten Bögen besonders wichtig. Diese Liste **muss** in der Klinik verbleiben, kontinuierlich geführt und an einem sicheren Ort aufbewahrt werden.

4. Versand ausgefüllter Bögen

Anschließend werden die ausgefüllten Erfassungsbögen im **Original** an das INSTITUT in Münster geschickt. Sollten Kopien für die Krankengeschichten oder eigene Unterlagen benötigt werden, müssen diese vom Original **vor** Einsendung angefertigt werden. **Eine regelmäßige (=monatliche) Einsendung der Bögen an das INSTITUT ist erforderlich, um eine kontinuierliche Bearbeitung zu gewährleisten.** Erfassungsbögen, auf denen wichtige Angaben (hierzu zählen Aufnahme- und Entlassungsdatum, Geburtsjahr, Schlaganfalltyp) fehlen, werden zur Vervollständigung an die Kliniken zurückgeschickt und erst nach Eingang der korrigierten Bögen in die Datenbank eingegeben. Die Ausfüllanleitung für die Erfassungsbögen, eine Vorlage zur Erstellung von Patientenregistrierungsbögen sowie die Publikationen für die verwendeten Skalen finden sich in diesem Projekthandbuch.

Die elektronisch erfassten Daten werden in verschlüsselter Form per Mail an das Institut verschickt (Kontaktadresse zur Datenannahme: nwdinfo@uni-muenster.de). Der Datenversand soll in regelmäßigen Abständen erfolgen. Ein quartalsweiser Versand ist ausreichend.

5. Auswertung der Ergebnisse

Die Daten der Kliniken werden durch das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster anonymisiert ausgewertet und diese Auswertung wird in halbjährlichen Abständen an die beteiligten Einrichtungen zurückgesandt. Dabei gelten die folgenden Deadlines:

Einsendeschluss für Patienten, die zwischen dem 1.1 und dem 30.6. eines Jahres stationär aufgenommen wurden, ist der **1.9.** des betreffenden Jahres (Halbjahresauswertung).

Einsendeschluss für Patienten, die zwischen dem 1.7. und 31.12. eines Jahres aufgenommen wurden, ist der **1.3.** des Folgejahres (Jahresauswertung). In der Jahresauswertung werden alle Patienten aus beiden Halbjahren berücksichtigt. Deswegen können Bögen, die

zu spät für die Halbjahresauswertung eingereicht werden, für die Jahresauswertung noch berücksichtigt werden.

6. Internetservice

Auf unserer Webseite <http://gsnwd.uni-muenster.de> finden die beteiligten Kliniken weitere Projektinformationen und aktuelle Hinweise. Im Downloadbereich können das Projekthandbuch, die Projektspezifikation (enthält u.a. die zu erfassenden ICD-Diagnosen) und weitere Dokumente (FAQ, Musterbogen u.a.) heruntergeladen werden.

Zusätzlich haben die teilnehmenden Kliniken die Möglichkeit, im passwortgeschützten Bereich der Webseite ihre Auswertung als PDF herunterzuladen. Passwort und Nutzerkennung sind beim Institut zu erfragen.

7. Frequently asked questions

„Was ist zu tun, wenn sich bei einem Patienten, für den ein Erfassungsbogen begonnen wurde, im weiteren Verlauf herausstellt, dass er/sie keinen Schlaganfall hat?“

Antwort: Der Bogen ist zu vernichten. Die dadurch entstehende Lücke in den laufenden Patientennummern spielt keine Rolle.

„Was ist zu tun, wenn ein Fehler beim Ausfüllen eines Erfassungsbogens aufgetreten ist (z.B. versehentlich ein falsches Aufnahmedatum angekreuzt wurde)?“

Antwort: Wo immer es geht, sollen fehlerhaft gesetzte Kreuze oder versehentlich falsch eingetragene Zahlen mit **TippEx flüssig** überschrieben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass eine gute Weiß-Deckung erreicht wird und die fehlerhafte Markierung komplett überdeckt wird. Anschließend wird die entsprechende Zahl korrigiert oder das Kreuz an der richtigen Stelle gesetzt. Haben sich mehrere Fehler eingeschlichen oder sind sie nicht korrigierbar, ist ein neuer Bogen auszufüllen und der alte zu vernichten. Die dadurch erfolgende Änderung in der laufenden Patientennummer ist für die Qualitätssicherung nicht relevant.

„Kann ich die Daten meiner eigenen Klinik nach Abschluss der Auswertungen auch elektronisch erhalten?“

Antwort: Die Einrichtungen erhalten auf Wunsch selbstverständlich ihre eigenen Daten kostenfrei zurück. Nach Ablauf der Auswertungen für den Jahresbericht wird den Kliniken der Datensatz mit den eigenen Patienten in Softwareformate eigener Wahl (SPSS, SAS, STATA, Excel, CSV, o.ä.) auf Anfrage zugesandt.

Weitere FAQ finden Sie auf unserer Webseite <http://gsnwd.uni-muenster.de> unter Downloads.

8. Anhang

Einbezogene DRG - Hauptdiagnosen ICD-10-GM 2017 (Einschlusskriterien)

Stationäre Aufnahme innerhalb von 7 Tagen nach Akutereignis (Auftreten erster Symptome).

G 45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	
<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 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.)
<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 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.)
<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 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.)

I 60.- Subarachnoidalblutung	
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend
I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend Beteiligung mehrerer intrakranieller Arterien
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend Subarachnoidalblutung, von einer A. communicans ausgehend, o.n.A. Subarachnoidalblutung, von einer Hirnarterie ausgehend, o.n.A.
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung - Meningealblutung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet

I 61.- Intrazerebrale Blutung	
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

I 63.- Hirninfarkt	
I63.0	Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.1	Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.2	Hirninfarkt durch nicht näher bez. Verschuß oder Stenose präzerebraler Arterien A. basilaris, A. carotis und A. vertebralis
I63.3	Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. Cerebelli
I63.4	Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. Cerebelli
I63.5	Hirninfarkt durch nicht näher bez. Verschuß oder Stenose zerebraler Arterien A. cerebri media, A. cerebri anterior, A. cerebri posterior und Aa. Cerebelli
I63.6	Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
I63.8	Sonstiger Hirninfarkt
I63.9	Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet

I 64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
