Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster

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

Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland

Projekthandbuch 2019

Version 1.2019, Stand Mai 2019

Inhaltsverzeichnis

Projektbeschreibung **3**

Projektlogistik **4**

Wichtige Projektadressen **5**

Änderungen im Vergleich zum Vorjahr **5**

Ausfüllanleitung **7**

Datenversand **22**

Auswertung der Ergebnisse **22**

Internetservice **23**

Frequently asked questions **23**

Anhang **24**

Einbezogene DRG - Hauptdiagnosen ICD-10

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Projektbeschreibung

Hauptziel des überregionalen Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland ist es, die Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung der beteiligten Kliniken auf der Grundlage eines standardisierten vergleichenden Berichtes mit zahlreichen Qualitätsindikatoren 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“ mit einigen wenigen Kliniken gegründet, hat sich das Projekt rasch ausgedehnt, sodass im Jahr 2003 der Name auf „Nordwestdeutschland“, dem damaligen Hauptausdehnungsgebiet, geändert wurde. Seitdem sind zahlreiche weitere Zentren, v.a. in Ostdeutschland dazu gekommen, jedoch keine weitere Namensänderung erfolgt. 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 Spezifikation 2019 des Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland wurde gegenüber der Version von 2018 nur geringfügig verändert. Die Version 1.2019 dieses Projekthandbuches beschreibt den Dokumentationsbogen bzw. die Dokumentationsmaske (bei elektronischer Dateneingabe), die ab dem 1.1.2019 zum Einsatz kommt. Unterschiede gegenüber der Erfassung mit Papierbögen sind entsprechend gekennzeichnet.

Der elektronische und papierbasierte Variablensatz beinhaltet alle Items, die notwendig sind, um Qualitätsindikatoren der Akutbehandlung des Schlaganfalls abzubilden. 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 initial 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. Seitdem erfolgen in längeren Abständen Überprüfungen durch die ADSR. Die letzte Überarbeitung erfolgte im November 2018.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Projektlogistik

Die Dokumentation von Schlaganfallpatienten kann entweder elektronisch in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) (1. Präferenz) oder auf Papierbögen (2. Präferenz) erfolgen.

Elektronische Erfassung mittels KIS-Modul:
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. Im Erhebungsmodul hinterlegte Plausibilitätskontrollen („harte Regeln“) verhindern einen Versand fehlerhafter Daten. Sogenannte „weiche Regeln“ geben Hinweise, die jedoch ignoriert werden können und den Versand der Daten nicht beeinflussen.

Die erfassten Daten aus jeder Klinik werden in anonymisierter Form an das Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin in Münster gesandt.

Mit Beginn der Datenerhebung 2019 bekommt das erhebende Institut keine Antwortdateien mehr zugesandt, da die Daten vollständig anonymisiert sind. Eine Überarbeitung oder Stornierung von Bögen ist somit nur über einen Reexport und Versand aller bisher erhobenen Datensätze möglich.

Papierbasierte Erfassung:
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. Im Interesse der Datenqualität ist auf die Ausfüllqualität zu achten (leserlich schreiben, die Kreuze in die Kästchen setzen, Korrekturen eindeutig zu kennzeichnen). Aus Datenschutzgründen dürfen keine Patientenregistrierungslisten geführt werden, die eine Zuordnung des Patienten zum Schlaganfallbogen ermöglichen,

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 aus den anonymisierten Daten und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse ein. Darüber hinaus stellen die beteiligten Kliniken die anonymisierten Daten für gemeinsame Auswertungen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse zur Verfügung. Aufgrund der Erhebung komplett anonymisierter Daten aus dieser Akutversorgung ist eine Einwilligungserklärung der Patienten nicht erforderlich. Eine Reidentifizierung ist weder durch die behandelnde Klinik noch durch die Koordinationsstelle an der Uni Münster möglich.

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Die Ergebnisrückgabe an die beteiligten Kliniken erfolgt in Form von zwei Berichten pro Jahr. Der Halbjahresbericht erfasst Patienten mit einem Aufnahmezeitpunkt zwischen dem 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

Änderungen im Vergleich zum Vorjahr

Ab 2018 basiert die Spezifikation des Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland auf der Spezifikation der ADSR und wird in Form einer Accessdatenbank den KIS-Anbietern zur Verfügung gestellt. Daraus resultiert ein anderer Bogenaufbau. Der Bogen ist in einen Basisdatensatz und einen Stroke-Datensatz, der gegenüber dem ADSR-Stroke-Datensatz um einige Variablen erweitert wurde, aufgeteilt.

Im Folgenden sind die wesentlichen Änderungen und Anpassungen der Spezifikation im Vergleich zum Vorjahr aufgeführt.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

<table>
<tr><th>Beschreibung/DATENFELD (2018)</th><th>Änderung</th></tr>
<tr><td>Grund für Nicht-Auslösung Folgebogen/FALLABSCHLUSS</td><td>Anpassung der Schlüsselfelder
<table>
<tr><th>2018</th><th>2019</th></tr>
<tr><td>0 = Bogen Stroke vorhanden
1 = Ereignis älter als 7 Tage
9 = sonstiger Grund</td><td>0 = Bogen Stroke anlegen
1 = Ereignis älter als 7 Ta-Tage
9 = sonstiger Grund</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme/I_ERGA10</td><td>Anpassung der Variablenbeschreibung
<table>
<tr><th>2018</th><th>2019</th></tr>
<tr><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme</td><td>Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme (bei Wake-up Stroke: last seen well)</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Doppler/Duplex/DOPPLERDUPLEX</td><td>Anpassung der Schlüsselfelder
<table>
<tr><th>2018</th><th>2019</th></tr>
<tr><td>0 = Nein
1 = vor Aufnahme
2 = im eigenen Haus innerhalb von 24h
3 = im eigenen Haus nach 24h</td><td>0 = Nein
1 = vor Aufnahme
2 = m eigenen Haus nach Aufnahme, spätestens am Folgetag
3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Verlegung innerhalb 12h in ein anderes Haus/VERLEGUNG12h</td><td>Neues Feld</td></tr>
</table>

Seit 2018 existiert ein QS-Filter für das Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland, in dem die Ein- und Ausschlussprozeduren sowie die Ein- und Ausschlussdiagnosen festgelegt sind (s. Anhang).

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Ausfüllanleitung

Allgemeines

Erfasst werden:

Alle im Zeitraum vom 01.01.2019 bis 31.12.2019 stationär aufgenommene Patienten
mit einem Alter von >= 18 Jahren am Aufnahmetag
und
einer Hauptdiagnose entsprechend der Tabelle „Einschluss-Diagnosen“ (s Anhang)

Ausgeschlossen werden:

Alle Patienten mit einer Ausschluss-Diagnose entsprechend der Tabelle „Ausschluss-Diagnosen“ (s. Anhang: Liste der Ausschluss-Diagnosen)
oder
einer OPS „Frührehabilitation (s. Anhang: Liste der Frührehabilitationen) nach Zuverlegung aus einem anderem Krankenhaus“

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 seit 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

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:

Registriernummer und Verschlüsselungscode: Registriernummer und Verschlüsselungscode werden der teilnehmenden Klinik von der annehmenden Stelle (= *INSTITUT*) 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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Jeder Klinik wird eine eindeutige Zentrumsnummer vom *INSTITUT* zugewiesen. Seit 2018 ist die Zentrumsnummer nicht mehr im KIS hinterlegt, sondern die Datenzuordnung erfolgt über die Registriernummer, die im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin der Universität Münster mit der Zentrumsnummer verknüpft wird.

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 eine 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.

Hinweise nur 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 nicht überklebt oder überschrieben werden, da sonst eine Identifikation des Bogens für die Scannersoftware nicht möglich ist. Dies trifft ebenso auf die fünfstellige Nummer in der rechten oberen Ecke des Bogens zu.

Beim Ausfüllen der Bögen bitte Folgendes beachten:

- **Ausschließlich schwarzen Stift verwenden, keinen Bleistift, keine Farbstifte, keinen Kugelschreiber! Aufgrund des blassen Schriftbildes, können sonst 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 aufgrund der Anonymsierung nicht mehr zur Korrektur zurückgeschickt! Der Bogen kann am **linken** Rand geheftet werden.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Zentrums- und laufende Patientennummer: Bei Dokumentation auf Papier sind sowohl die Zentrumsnummer als auch eine laufende Patientennummer bereits vergeben und in jeden Papiererfassungsbogen eingedruckt. Durch diese Maßnahme ist gesichert, dasskein Bogen doppelt eingescannt wird. 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.

Basis-/ Minimaldatensatz (MDS)

Basisdokumentation

Institutionskennzeichen (nur elektronische Erfassung):
Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Das Feld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Entlassender Standort (nur elektronische Erfassung):
Der entlassende Standort ist der Standort, an dem die endgültige Entlassung des Patienten erfolgte.
Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V verwendet wird. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Das Feld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Aufnehmender Standort (nur elektronische Erfassung):
Der aufnehmende Standort ist der Standort, an dem die Aufnahme (erste Aufnahme / Beginn des Aufenthaltes) des Patienten erfolgte.
Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der aufnehmende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach §137 SGB V verwendet wird. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Das Feld darf von darf von der QS-Software vorbelegt werden

Betriebsstätten-Nummer (nur elektronische Erfassung):
Die Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Standort und gleicher Fachabteilungsnummer.
Die Betriebsstätten-Nummern ist für Krankenhäuser standardmäßig „1“ und kann von der QS-Software vorbelegt werden.

Fachabteilung (nur elektronische Erfassung):
Schlüssel gemäß § 301- Vereinbarung zur Datenübermittlung.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Identifikationsnummer des Patienten / Vorgangsnummer / Patientennummer:
Aus Datenschutzgründen darf die klinikintern geführte Identifikationsnummer des Patienten (z. B. Fallnummer des KIS-Systems) nicht exportiert werden. Vor dem Export wird diese Patientenidentifizierende Kennung durch die Dokumentationssoftware zu einer eindeutigen Vorgangsnummer pseudonymisiert. Die Vorgangsnummer entspricht der Patientennummer bei Erfassung mittels Papierbögen.

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.

Geschlecht:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) selbsterklärend

Postleitzahl (nur elektronische Erfassung):
Aus technischen Gründen wurde das Feld Postleitzahl aus der ADSR-Basisspezifikation übernommen. Da aus Datenschutzgründen die PLZ des Patientenwohnortes nicht übermittelt werden darf, sollte dieses Feld mit der Postleitzahl der Klinik vorbelegt werden. **Der Wert wird nicht exportiert!**

Aufnahmedatum Krankenhaus:
Bei elektronischer Dokumentation wird das Aufnahmedatum automatisch aus dem KIS importiert. **Bei Papiererfassung ist zu beachten, dass das Aufnahmedatum des Krankenhauses und NICHT der Fachabteilung anzugeben ist!**
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.

Aufnahmezeit:
Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Krankenhausaufnahme 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.

Hauptdiagnose / ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis:
ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles (Die zulässigen Codes ergeben sich aus dem QS-Filter, der die Dokumentationspflicht anzeigt. s. Anhang)
Nach einer Lysetherapie oder intraarterieller Therapie ist auch nach vollständiger Rückbildung der Symptome ein Code für Hirninfarkt anzugeben.
Bei zusätzlichem Auftreten einen Inhouse-Strokes, der eine Lyse- oder intraarterielle Therapie erhält, ist ebenfalls ein Code für Hirninfarkt anzugeben.

Entlassungsdatum Krankenhaus:
Bei elektronischer Erfassung wird diese Information automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:
Bei der DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) sind das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Wird z.B. der Patient zur Lyse oder Intraarteriellen Therapie verlegt und erfolgt eine Rückverlegung zur weiteren Akutbehandlung, so ist nur ein Datensatz bzw. ein Papierbogen zu führen.

Entlassungsgrund nach § 301 SGB V:
In diesem Feld ist der Entlassungsgrund entsprechend § 301 SGB V zu übernehmen. Diese Information soll bei KIS-Erfassung automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden. Bei Papierdokumentation ist sie entsprechend anzukreuzen.

Minimaldatensatz (MDS)

In begründeten Ausnahmefällen ist die Anlage eines Minimaldatensatzes möglich, der ausschließlich Aufnahmedatum und –zeit, Geburtsjahr, Geschlecht, ICD10, Entlassungsgrund und das Entlassungsdatum enthält. Die Anlage des Folgebogens STROKE entfällt in diesen Fällen.

Als Minimaldatensatz zu dokumentieren sind:

1. Schlaganfälle, die älter als 7 Tage sind d.h. es liegt keine Akutbehandlung vor (z.B. der Bogen wird bei Aufnahme in einer angeschlossenen Frühreha ausgelöst)

2. Schlaganfälle, die nicht in der teilnehmenden Abteilung behandelt werden (z.B. Schlaganfälle, die neurochirurgisch versorgt werden). In diesem Fall ist als MDS „sonstiger Grund“ anzukreuzen und der Grund zu erläutern.

3. Einzelfälle unter Angabe von entsprechenden Gründen (z.B. Entlassung gegen ärztlichen Rat, wobei vom Patienten notwendige Diagnostik/Maßnahmen abgelehnt wurden). Für Patienten mit Patientenverfügung sollte nur dann ein Minimaldatensatz angelegt werden, wenn bereits bei Aufnahme festgelegt wurde, dass keinerlei leitliniengerechte Behandlung des Schlaganfalls sowie Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden.

Datensatz Schlaganfall (Bogen Stroke)

Aufnahme

Zeitintervall Ereignis – Aufnahme:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Ist der exakte Zeitpunkt erster Symptome nicht bestimmbar, soll das Intervall bestmöglich geschätz werden.Bei nachts aufgetretenem Insult (Wake-up Stroke) wird der letzte Zeitpunkt angegeben, an der der Patient wach und ohne Symptome war. Liegen keine Informationen

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

über den Zeitpunkt des Schlaganfalls vor, so soll das Intervall "keine Abschätzung möglich" angekreuzt werden.

Inhouse-Strokes sind i.d.R. nicht dokumentationspflichtig, da der QS-Bogen nur über die Hauptdiagnose ausgelöst wird. Ausnahme sind Fälle die z.B. mit TIA aufgenommen werden und dann noch einen Infarkt erleiden. In diesen Fällen ist bei „Zeitintervall Ereignis – Aufnahme“ „Inhouse-Stroke“ zu kreuzen und sowohl das genaue Datum als auch die Uhrzeit des "Inhouse-Strokes“ zu dokumentieren.

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 die Kategorie *„Pflege in Institution*“. Pflegebedürftig bedeutet, dass bei einfachen Dingen des alltäglichen Lebens (z.B. waschen, essen, Fortbewegung) deutlicher Hilfsbedarf besteht.

Übernahme im Krankenhaus (Übernahme aus ext. 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.

Aufnahmestation im Krankenhaus (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.

Erstuntersuchung/Symptome bei Aufnahme

Neurologische Symptome werden *„bei Aufnahme“* erhoben. Die Dokumentation soll dabei **unmittelbar nach Aufnahme**, z.B. bei/nach 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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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*".

wach:	jederzeit adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen.
somnol./sopor.:	Somnolent bzw. soporös, 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.
Koma:	Bewusstlosigkeit, keine Reaktion auf Ansprache, Aufforderung und Schmerzreiz.

Rankin Skala bei Aufnahme

Der Funktionszustand des dokumentierten Patienten/in wird mit der Rankin Skala erfasst. Hierbei werden auch vorbestehende Symptome mit einrechnet, d.h. es wird immer die Kummulation aller Ereignisse angegeben. Die Beurteilungen des Funktionsstatus „*≤ 24 Stunden nach Aufnahme*" und „*bei Entlassung*" stützen sich auf vorhandene Symptome und klinische Einschätzung.

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

Die einzelnen Kategorien der Rankin Skala sind folgendermaßen definiert*:*

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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.

Ätiologie des Hirninfarktes gemäß TOAST-Kriterien (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):*

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

Diagnostik

Bildgebung durchgeführt (Bildgebung (CCT/MRT)):

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Wurde keine Bildgebung, d.h. weder eine kranielle Computertomographie noch eine Magnetresonanztomographie noch beides durchgeführt, ist „*keine Bildgebung erfolgt*“ 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 ist zu kreuzen, welches bzw. welche Verfahren benutzt wurde(n) (CT und/oder MRT). Es sind Datum und Uhrzeit der ersten im eigenen Haus durchgeführten Bildgebung (CT oder MRT) anzugeben. Bei KIS-Erhebung wird automatisch die „Door to Picture-Time“ berechnet.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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

Intraarterielle Therapie (IAT):

(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 ist **Datum und Uhrzeit der Leistenpunktion anzugeben**.

Erfolgreiche Rekanalisation (TICI=IIb, III):

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Hier soll das Ergebnis der Gefäßwiedereröffnung dokumentiert werden.

Thrombolysis in cerebral infarction (TICI) nach Higashida et al.:

Grade 0	no perfusion
Grade I	penetration with minimal perfusion
Grade II	partial perfusion
Grade IIa	only partial filling of the entire vascular territory is visualized
Grade IIb	**complete filling of all of the expected vascular territory is visualized but the filling is slower than normal**
Grade III	**complete perfusion**

Verlegung

Verlegung nach Primärdiagnostik/Intervention (innerhalb von 12h):

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Bei Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus bzw. eine andere Einrichtung innerhalb von 12 Stunden (z.B. zur Lyse oder IAT) **ohne Rückverlegung** kann der Bogen (ggf. nach Angabe der Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung) abgeschlossen werden. Dieses Item bezieht sich auf den Schlaganfall, der zur Krankenhausaufnahme geführt hat, NICHT auf einen zusätzlich auftretenden Inhouse-Stroke.

Erfolgt eine Verlegung zu einem späteren Zeitpunkt (nach 12 Stunden) oder wird der Patient nach der extern durchgeführten Intervention zur weiteren Akutbehandlung wieder aufgenommen, muss der Bogen vollständig ausgefüllt werden.

Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung:

Erfolgte die erste Bildgebung im eigenen Haus, so ist das Zeitintervall zwischen der ersten Bildgebung und der Verlegung anzugeben.

Behinderungen bei Aufnahme

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.** Bei starken Schwankungen innerhalb der ersten 24 Stunden ist der Barthel-Index zum Zeitpunkt der maximalen Einschränkungen der Patienten anzugeben. Hierbei werden auch vorbestehende Symptome mit einrechnet, d.h. es wird immer die Kummulation aller Ereignisse angegeben.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Weitere Diagnostik

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.

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“ anzukreuzen. Wenn keine Untersuchung erfolgte, ist „Nicht untersucht“ anzugeben. Kontralaterale Stenosen werden nicht erfasst.

Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24h:

Durchführung eines Langzeit-EKG bzw. Monitoring über mindestens 24 Stunden zur Diagnostik von Vorhoffflimmern während des aktuellen stationären Aufenthaltes. Das Item ist nur mit „Ja“ zu kreuzen, wenn bei einem Patienten gezielt eine VHF Diagnostik durchgeführt wird, z.B. ein event recorder angewendet (oder implantiert) wird oder eine spezielle Detektionssoftware für VHF/Rhythmusstörungen eingesetzt wird.

Risikofaktoren

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.

Vorhofflimmern:

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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Früherer Schlaganfall (Insult):

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.

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.

Therapiemaßnahmen/Frühe 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.

Beatmung:

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

Revaskularisierung der ACI:

Hier ist anzugeben, ob eine Revaskularisierung der Carotis durchgeführt (Revaskularisierung während des dokumentierten Aufenthaltes oder Verlegung zu Revaskularisation (extern)) oder im Arztbrief empfohlen wird. Damit sind alle Maßnahmen der Revaskularisierung impliziert, also auch das Stenting im Rahmen einer mechanischen Rekanalisation.

Therapie

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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.

Komplikationen (mehrere Kategorien ankreuzbar)

Es sind nur Komplikationen anzukreuzen, **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.

Komplikation:

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

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).

Erhöhter Hirndruck:

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

Symptomatische Intrazerebrale Blutung:

Intrazerebrale Blutungen werden als Komplikation dokumentiert, wenn diese radiologisch (mittels CT/MRT) nachweisbar sind.

Hirnarterienembolie:

z.B. nach Intraarterieller Therapie (IAT)

Andere Komplikationen:

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

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

Behinderungen bei Entlassung

Rankin Skala:

Die Beurteilung des Funktionsstatus erfolgt **zeitnah vor Entlassung (bis 24 Stunden vor Entlassung)**. Für Patienten, die während der Akut-Behandlung versterben, ist Rankin Skala *Tod* bei Entlassung anzugeben.

Barthel-Index bei Entlassung

Die Erhebung erfolgt **zeitnah vor Entlassung (bis 24 Stunden vor Entlassung).** Die Dokumentation der Items erfolgt nur bei lebend entlassenen PatientInnen.

Sekundärprophylaxe

Statine:

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

Entlassung

Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst:

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. Bei (ggf. interner) Verlegung in eine Geriatrische Klinik ist ebenfalls "ja" einzugeben.

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. Bei Ablehnung einer Rehabilitationsmaßnahme ist „nein“ zu kreuzen.

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 oder an einer geriatrische Frühreha (Komplexbehandlung) teilnehmen, sind unter der

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Kategorie „geriatrische Rehabilitation“ 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.

Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?:

Hier ist zu dokumentieren, ob 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 sollte in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes dokumentiert sein.

Behandlung bzw. Aufenthalt auf Stroke-Unit 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.

Datenversand

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. Da mit dem Erhebungsjahr 2019 aufgrund der vollständigen Anonymisierung keine Antwortdateien verschickt werden, erhält der Versender eine Mail, die den Eingang der Daten bestätigt.

Ausgefüllte Papierbögen sollen im **Original** an das INSTITUT in Münster geschickt werden. 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.** Die Ausfüllanleitung für die Erfassungsbögen sowie die Publikationen für die verwendeten Skalen finden sich in diesem Projekthandbuch.

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 Ab-

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

ständen 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.

Internetservice

Auf unserer Webseite http://qsnwd.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 passwortgeschützen Bereich der Webseite ihre Auswertung als PDF herunterzuladen. Passwort und Nutzerkennung sind beim Institut zu erfragen.

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

Datensatz mit den eigenen Patienten in einem Softwareformat eigener Wahl (SPSS, SAS, STATA, Excel, CSV, o.ä.) auf Anfrage zugesandt.

Weitere FAQ finden Sie auf unserer Webseite http://qsnwd.uni-muenster.de unter „Downloads“, Rubrik „Sonstiges“.

Anhang

Einbezogene DRG - Hauptdiagnosen ICD-10-GM 2019 (Einschlusskriterien)

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

G 45.- Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome	
Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden	
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.)
Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde	
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.)
Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet	
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.)

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019

I 60.- Subarachnoidalblutung	
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissisphon 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. Verschluß 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. Verschluß 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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2019