Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster

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

Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland

Projekthandbuch

Version 1.2012, Stand 1. Januar 2012

Klinik: _____

Abteilung: _____ **Ort:** _____

Ihre Zentrumsnummer ist:

_____

Inhaltsverzeichnis

1. Projektbeschreibung _____ **3**

2. Ausfüllanleitung _____ **5**

3. Patientenregistrierung _____ **18**

4. Versand ausgefüllter Bögen _____ **18**

5. Auswertung der Ergebnisse _____ **19**

5. Internetservice _____ **19**

7. Frequently asked questions "FAQ" _____ **19**

8. Anhang _____ **20**

- Patientenbezogene Qualitätsindikatoren
- Kopiervorlage für die Patientenregistrierung
- Multifunktions-Fax-Antwortbogen
- Muster des Erfassungsbogens
- Originalpublikation der deutschen Versionen von NIHSS, ESS, Rankin Skala
- Originalpublikation der deutschen Version des Barthel-Index

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

1. Projektbeschreibung

Hauptziel des Qualitätssicherungsprojektes 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 1.2012 des Projekthandbuches beschreibt den Dokumentationsbogen bzw. die Dokumentationsmaske (bei elektronischer Dateneingabe), die ab dem 1.1.2012 zum Einsatz kommt. Der Dokumentationsbogen selbst wurde zum 1.1.2012 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. Daraus resultiert ein überarbeiteter Bogen und eine erweiterte Spezifikation, die beide ab 1.1.2012 zum Einsatz kommen und deren Items in diesem Projekthandbuch beschrieben werden.

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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. Eine Weitergabe an Dritte außerhalb der Poolungsstelle der ADSR ist dabei ausgeschlossen. Die Erfassungsbögen aller in der Arbeitsgemeinschaft vertretenen Schlaganfallregister sind aufeinander abgestimmt und ermöglichen eine gepoolte Datenauswertung.

Die Ergebnisrückgabe 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
Tel: 0251-83-55650
Fax: 0251-83-55300

Dr. rer. nat. Marianne Kalic
Tel.: 0251-83-57587
Fax: 0251-83-55300

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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**.**

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

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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 sonst das Einscannen unmöglich wird. Beim Ausfüllen der Bögen bitte Folgendes beachten: ausschließlich **schwarzen** Stift verwenden, **keinen** Bleistift, **keine** Farbstifte! Zahlen **lesbar** (!) und **exakt** in die Mitte der vorgesehenen Kästchen schreiben, dabei unbedingt den Kästchenrand einhalten. Kreuze **einzeln** und **mittig** in die vorgegebenen Kreise 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.

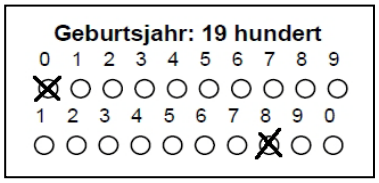
Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Patientendaten

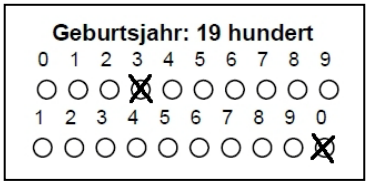
***Geburtsjahr**:* Vom Geburtsdatum werden aus Datenschutzgründen Tag und Monat der Geburt **nicht** erfasst, sondern nur das Geburtsjahr dokumentiert. Bei elektronischer Erfassung wird das Geburtsjahr aus dem KIS übernommen.
Bei Papierdokumentation wird im entsprechenden Feld das Geburtsjahrzehnt in der ersten Zeile angekreuzt und das Geburtsjahr innerhalb des Jahrzehnts in der zweiten Zeile (Abbildungen 5 – 6). Patienten, die **vor 1900 geboren** wurden, werden per definitionem als **1900 geboren** dokumentiert!

Abbildungen 1 und 2: Geburtsjahr

z. B. Geburtsjahr 1908



z. B. Geburtsjahr 1930



***Geschlecht:** (nur eine Kategorie ankreuzbar)* Erklärt sich selbst.

Daten bei Aufnahme

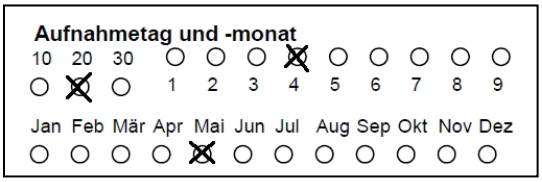
Bei elektronischer Dokumentation ist keine Dateneingabe erforderlich. Aufnahme- und Entlassungsdatum werden automatisch aus dem KIS importiert und daraus die Liegezeit berechnet.

Bei Papierdokumetation sind das Aufnahmedatum und das Entlassungsdatum aus der Klinik als anzukreuzende Variablen dargestellt. Der Grund hierfür liegt in einer deutlich verbesserten Erkennungsgenauigkeit durch den Scanner. Bitte kreuzen Sie zunächst den Aufnahmetag mit ein oder zwei Kreuzen in der ersten Zeile des entsprechenden Feldes an. Dabei geben die ersten drei Kreise (gekennzeichnet mit 10, 20, 30) die *Zehner* und die daneben stehenden Kreise 1 bis 9 die *Einer* des Aufnahmetages an. Kreuzen Sie nachfolgend in der zweiten Zeile dieses Feldes den entsprechenden Aufnahmemonat und im nächsten Feld das entsprechende Aufnahmejahr an. Beispiele für das Aufnahmedatum sind in Abb. 1 – 4 gegeben.

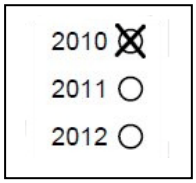
Aufnahmejahr: Anzukreuzen ist das entsprechende Jahr der Aufnahme.

Abbildungen 3 und 4: Aufnahmetag und -monat, Aufnahmejahr

z. B. 24. Mai



z. B. Aufnahmejahr 2010



Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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.

Transport zur Klinik: *(nur eine Kategorie ankreuzbar)* Mit dieser Variable wird erfasst, wer den Transport des Patienten in das Krankenhaus durchgeführt hat. Die Kategorie *„privat“* soll angekreuzt werden für Patienten, die von Angehörigen, Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen oder Nachbarn, in der Regel mit privaten Wagen ins Krankenhaus gebracht werden. Die Kategorie „*Notarztwagen, Hubschrauber mit Notarzt*“ bedeutet, dass ein Notarzt den Patienten auf dem Transport begleitet hat, auch wenn dieser Transport mit einem RTW (Rettungswagen) durchgeführt wurde. Diese Kategorie ist auch anzukreuzen, wenn ein entsprechender Transport mit RTW oder KTW (Krankentransportwagen) vom **hausärztlichen Notdienst** begleitet wurde. Die Kategorie „*Rettungswagen ohne NA*“ bedeutet Transport mit den entsprechenden Fahrzeugen **ohne** Notarztbegleitung. Unter „*sonstiges*“ sind alle anderen Transportformen, einschließlich der internen Hausverlegung, zu kodieren.

Einweisung veranlasst durch: *(nur eine Kategorie ankreuzbar)* Diese Variable erfasst, durch wen die stationäre Behandlung veranlasst wurde. Die Kategorie *„niedergelassener Arzt“* bedeutet, dass der Patient mit einer Einweisung eines niedergelassenen Arztes entweder aus der Praxis oder von zuhause (nach einem Hausbesuch) zur Aufnahme kommt. Patienten, die durch den **hausärztlichen Notdienst** (z. B. an Wochenenden oder Mittwoch Nachmittag) eingewiesen werden, sind unter *„Notarzt“* zu kodieren. Vom Notarzt veranlasste Aufnahmen werden ebenfalls in dieser Kategorie dokumentiert. In der Kategorie *„selbst*“ werden Patienten kodiert, die aus eigenem Antrieb, in der Regel von Freunden, Bekannten oder Kollegen gebracht, unter **Umgehung** des niedergelassenen Bereiches und des Rettungssystems selbst zur Aufnahme kommen. Verlegungen aus anderen Häusern werden in der Kategorie *„externe Klinik*“, die aus dem eigenen Haus in der Kategorie *„interne Hausverlegung“* kodiert.

Aufenthalt und Liegezeit auf Stroke-Unit: 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 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.

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 zur Beatmung. 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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Versorgungssitutation 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.

Symptome bei Aufnahme

Neurologische Symptome werden *„bei Aufnahme"* abgefragt. Die Dokumentation soll dabei **unmittelbar nach Aufnahme**, z. B. bei der Aufnahmeuntersuchung erfolgen.

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.

Sprachstörungen: umfassen alle Formen der Aphasie.

Sprechstörungen: beinhalten 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./stupor.:	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.
Koma:	Bewusstlosigkeit, Reaktion nur auf Schmerzreiz oder keine Reaktion auf Ansprache, Aufforderung und Schmerzreiz.

Dauer der Symptome: *(nur eine Kategorie ankreuzbar)* Im Folgenden wird die genaue Zeitdauer des Bestehens der klinischen Symptome dokumentiert, die durch das akute Ereignis hervorgerufen wurden. Dieses Item ist vor allem für die Abgrenzung zwischen TIA und Hirninfarkt relevant. Hierbei ist unabhängig von den Ergebnissen diagnostischer Verfahren die Zeitdauer **bis zur kompletten Rückbildung** der klinischen Symptome zu dokumentieren. Bei Hirninfarkten ist in der Regel > 24 Std. anzukreuzen.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Rankin Skala

Der Funktionszustand des dokumentierten Patienten/in, erfasst mit der Rankin Skala, 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):*

Keine Symptome:	Keinerlei Symptome auffällig, kann alle gewohnten Aufgaben verrichten.
Keine wesentliche Funktionseinschränkung:	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.
gelegenticher Verlust:	Gelegentlich inkontinent (höchstens 1 mal pro 24 Stunden).

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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

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 dokumentiert wird **oder** anamnestisch dokumentiert ist **und/oder** medikamentös behandelt ist.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Früh. Herzinfarkt: Anamnestisch bekannter früherer Myokardinfarkt **oder** entsprechender, sicherer Befund in EKG/Echo **oder** Angabe in vorliegendem, 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), Selbst-angabe einer vorbestehenden Hypercholesterinämie **oder** medikamentöse Behandlung.

ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis

In diesem Feld bitte den vollständigen ICD-10 Code des akuten Schlaganfallereignisses eintragen.

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 Emboliequelle.
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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Diagnostik nach Ereignis

Falls eine der aufgeführten, diagnostischen Maßnahmen nicht durchgeführt wurde, immer *„nein“* ankreuzen d. h. in diesem Feld ist ein aktives *„nein“* erforderlich. Ist eine der diagnostischen Maßnahmen nach dem Ereignis in einer vorbehandelnden Klinik durchgeführt worden, ist *„ja“* anzukreuzen.

Bildgebung - CCT: Durchführung mindestens einer kraniellen Computertomographie.

Bildgebung - MRT: Durchführung mindestens einer Magnetresonanztomographie.

Frische Läsion in Bildgebung: Nachweis einer frischen Läsion, die zum akuten Ereignis korrespondiert, in der aussagekräftigsten Bildgebung (CT **oder** MRT).

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.

Hirngefäßdiagnostik: Die *Hirngefäßdiagnostik* ist eine Sammelvariable und beinhaltet die Durchführung einer Extrakraniellen Dopplersonographie und/oder einer Transkraniellen Dopplersonographie **und/oder** einer Duplexsonographie **und/oder** einer Digitalen Subtraktionsangiographie **und/oder** einer Magnetresonanz- **oder** einer Computertomographischen Angiographie während des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus. Hierbei wird zwischen nur **extrakranieller** und **intrakranieller Gefäßdiagnostik** mittels einer der oben genannten Verfahren unterschieden.

Symptomatische ipsilaterale Stenose der ACI: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Es ist „ja“ anzugeben, wenn der höchste Stenosegrad (nach NASCET) an der Arteria carotis interna der betroffenen Seite 70% oder größer (bis hin zum Verschluss) beträgt, sonst „nein“. 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.

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/neue Antikoagulantien), einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief: Diese Kategorie 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.

Thr. agg. hemmer ≤ 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 Thrombozyten-

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

aggregationshemmer zusammengefasst, das heißt hierunter fallen Clopidogrel, ASS oder Dipyramidol 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 Dipyramidol oder Dipyramidol 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 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.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

***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 Physiotherapeuten/in und/oder Ergotherapeut/in untersucht und/oder behandelt wurde. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, ob der/die Physiotherapeut/in und/oder der/die Ergotherapeut/in bis einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme **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, ob der/die Logopäden/in bis einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme **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 einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme mobilisiert wurde.

Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung

In diesem Feld wird die strukturierte Information des Patienten und/oder seines sozialen Umfelds vor Entlassung aus dem Krankenhaus dokumentiert. Unter den Begriff „*strukturierte Informationen*“ fallen spezifische <u>mündliche und/oder schriftliche</u> Informationen zu Krankheitsverlauf und Sekundärprävention durch den Arzt sowie zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten durch den Sozial- oder Pflegedienst. Ist eine strukturierte Information des Patienten und/oder seines sozialen Umfeldes vor Entlassung aus dem Krankenhaus nicht erfolgt, **ist *„nein“* anzukreuzen** !

durch Arzt zu KH.verlauf/Prävention: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient und/oder sein soziales Umfeld vor Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Arzt strukturiert zu Krankheitsverlauf und Sekundärprävention informiert wurde, inklusive antithrombotische Therapie, individuell vorliegende Risikofaktoren sowie Therapiezielen.

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

durch Sozialdienst/Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient und/oder sein soziales Umfeld vor Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Sozial- oder Pflegedienst strukturiert zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten nach Entlassung aus dem Krankenhaus informiert wurde.

Lysefelder

Diese Felder müssen von allen Kliniken, d.h. auch von denjenigen, die keine Lysen durchführen, ausgefüllt werden. Die Felder müssen für **alle Patienten in einer Klinik** dokumentiert werden, also **auch für diejenigen Patienten**, **die keine Lyse erhalten**.

Thrombolyse

Lyse i.v.: Intravenös applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt.

Lyse i.a.: Intraarteriell applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt, unabhängig davon, ob sie hochselektiv (d. h. über bis zum Verschluss vorgeschobenen Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde.

Thrombektomie: Mechanische Entfernung eines Blutgerinnsels mittels Katheter. Wird vor/während/nach der Thrombektomie zusätzlich ein Thrombolytikum über den liegenden Katheter gegeben, ist zusätzlich Lyse i.a. „ja“ anzukreuzen.

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.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung: *(nur eine Kategorie ankreuzbar)* Die Angabe erfolgt in den angegebenen Intervallen. 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. Wurde keine Bildgebung durchgeführt, ist „*keine Bildgebung erfolgt*“ anzukreuzen.

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse: *(nur eine Kategorie ankreuzbar)* Die Angabe der door-to-needle time erfolgt in den angegebenen Intervallen. Wurde keine Lyse durchgeführt (Lyse i.v. „*nein*“ und Lyse i.a. „*nein*“) ist „*keine Lyse durchgeführt*“ anzukreuzen.

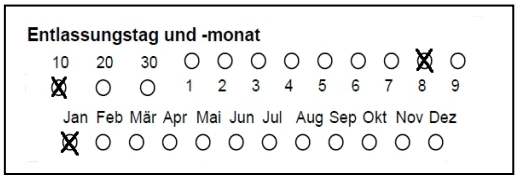
Entlassungstag und -monat, Entlassungsjahr

Bei Papierdokumentation ist das Entlassungsdatum in Analogie zum ***Aufnahmetag und -monat*** bzw. ***Aufnahmejahr*** anzukreuzen. Falls der Patient verstorben ist, wird das Sterbedatum angekreuzt.

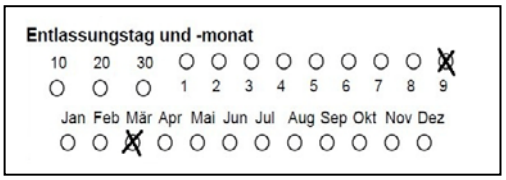
Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

Abbildungen 4 – 6: Entlassungstag und -monat, Entlassungsjahr

z. B. 18. Januar 2010



z. B. 9. März 2010



Bei elektronischer Dokumentation wird das Entlassungsdatum automatisch aus dem KIS-System geholt und braucht nicht eingetragen zu werden.

Entlassungsart

In diesem Feld kann nur **eines** der sechs angegebenen Ziele angekreuzt werden. Patienten, die nach einer Verlegung zurück übernommen werden, brauchen nicht weiter dokumentiert zu werden. Ihre Dokumentation im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes endet mit dem Zeitpunkt der Verlegung. Für diese Patienten muss bei Rückübernahme **kein** neuer Bogen begonnen werden.

Nach Hause: Diese Kategorie ist auch anzukreuzen, wenn der Patient zwischen Entlassung und bereits eingeleiteter stationärer Rehabilitation einige Tage nach Hause geht. In diesem Fall ist als richtige Kodierung im Feld Entlassungsziel „nach Hause“ anzukreuzen, allerdings muss dann unter dem Item „geplante Reha“ die entsprechend vorgesehene Rehabilitation angekreuzt werden.

Reha-Klinik: Diese Kategorie ist beschränkt auf Rehabilitationsmaßnahmen, die einen stationären Aufenthalt bedeuten, und auf Patienten, die direkt verlegt werden. Sie schließt eine Verlegung in die Frührehabilitation (auch auf eine Frühreha-Station innerhalb des **eigenen** Hauses) ein.

Verstorben: Für Patienten, die während der Akutbehandlung versterben, ist das Sterbedatum im Feld Entlassungstag entsprechend der oben angegebenen Beschreibung zu kodieren und alle anderen Felder bis dahin entsprechend dem erlangten Informationsstand auszufüllen.

Andere Abteilung: Diese Kategorie bedeutet, dass ein Patient im **gleichen** Krankenhaus in eine andere medizinische Fachabteilung verlegt wurde. Dies kann bedeuten, dass ein Transport des Patienten mit einem Krankenwagen stattgefunden hat, wenn eine Klinik mehrere Standorte in einer Stadt hat. Eine Verlegung in eine Frührehabilitation im gleichen Haus ist als „Reha-Klinik“ zu kodieren.

Externe (Akut-) Klinik: Diese Kategorie definiert ein Krankenhaus, das rechtlich und organisatorisch von der Klinik, in der die Akutbehandlung erfolgt, getrennt ist. Wird ein Patient in eine andere Akutklinik, egal in welche Fachabteilung, verlegt, ist dieses Item anzukreuzen. Beispielsweise ist darunter ein Patient zu kodieren, der wegen einer Hirnblutung in die Neurochirurgische Abteilung einer Nachbarklinik, die rechtlich und organisatorisch von der eigenen getrennt ist, verlegt

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

wird. Gehört die neurochirurgische Fachabteilung hingegen zum eigenen Krankenhaus und der Patient wird dorthin verlegt, ist *„andere Abteilung“* zu kodieren.

Pflegeeinrichtg./Heim: Ein Ankreuzen dieser Kategorie bedeutet, dass ein Patient direkt in ein Alten-/Senioren- oder Pflegeheim verlegt wird. Dazu zählen auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Erfolgt die Entlassung eines pflegebedürftigen Patienten beispielsweise zu der Familie (den Kindern), ist die Kategorie „*nach Hause“* anzukreuzen und nicht *„Pflegeeinrichtung“*.

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. Für eine geplante neurologische Rehabilitation der Phasen B-D sind die entsprechenden Kategorien anzukreuzen, bei Phase D ist zu unterscheiden zwischen stationärer oder ambulanter/teilstationärer Rehabilitation. 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.

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 inplausibel 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 konti-

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

nuierliche 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.

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://qsnwd.uni-muenster.de finden die beteiligten Kliniken weitere Projektinformationen und aktuelle Hinweise. Im Downloadbereich können das Projekthandbuch, die Projektspezikation 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.

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)?“

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011

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://qsnwd.uni-muenster.de unter Downloads.

8. Anhang

- Patientenbezogene Qualitätsindikatoren
- Kopiervorlage für die Patientenregistrierung
- Multifunktionsfaxantwortbogen
- Muster des Erfassungsbogens
- Originalpublikation der deutschen Versionen von NIHSS, ESS, Rankin Skala
- Originalpublikation der deutschen Version des Barthel-Index

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster), Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2011