



Ausfuellhinweise  
Schlaganfall-Akutbehandlung Hessen (SA\_HE)

Stand: 5. Oktober 2021 (Spezifikation Hessen 2022 V02)  
Copyright © GQH, Eschborn

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
-------	-------------	---------------------	-----------------

## Teildatensatz Basis (B)

### Basisdokumentation

<u>1</u>	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung</u>: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>2</u>	entlassender Standort	-	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p> <p><u>Achtung</u>: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt</p>

			werden.
<u>3</u>	aufnehmender Standort	-	<p>Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt.</p> <p>Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „aufnehmende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln.</p> <p><u>Achtung:</u> Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.</p>
<u>4</u>	Betriebsstätten-Nummer	<b>Gültige Angabe:</b> $\geq 1$	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>5</u>	Fachabteilung	<b>§ 301-Vereinbarung:</b> <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	-
<u>6</u>	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
<u>7</u>	Geburtsdatum	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	<b>Achtung!</b> Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.

<u>8</u>	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
<u>9</u>	Postleitzahl	-	Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden. Bei Wohnorten im Ausland ist "99999" anzugeben.
<u>10</u>	Aufnahmedatum Krankenhaus	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	<p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b></p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022.</p>
<u>11</u>	Aufnahmezeit	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme an. Die Aufnahmezeit ist definiert als das Eintreffen des Patienten in der Klinik. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
<u>12</u>	Hauptdiagnose	-	<p>ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles (Die zulässigen Codes ergeben sich aus dem QS-Filter, der die Dokumentationspflicht anzeigt.)</p> <p>Nach einer Lysetherapie ist auch nach vollständiger Rückbildung der Symptome ein Code für Hirninfarkt anzugeben.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

13	Vorzeitiger Abschluss des Falles	<p>1 = Ereignis älter als 7 Tage  2 = Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bildgebung  3 = nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung)  4 = bei Aufnahme wurde bereits eine palliative Zielsetzung festgelegt  9 = sonstiger Grund</p>	<p>Bei Angaben 1 bis 9 endet die Dokumentation mit dem Basisdatensatz.</p> <p>1: Wenn das Akutereignis länger als 7 Tage zurückliegt.  2: Kurzlieger die schon vor der ersten Bildgebung verlegt werden.  3: nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung) ist anzugeben, wenn nur eine Frührehabilitation gemäß OPS 8-55 ff ohne Akutbehandlung durchgeführt wurde, der OPS jedoch z.B. wegen vorzeitiger Entlassung / Verlegung nicht abgerechnet werden kann.  4: Wenn vor Aufnahme bereits eine palliative Zielsetzung vorlag.  9: Der "sonstige Grund" muss im Feld "Erläuterung zum sonstigen Grund" nachvollziehbar angegeben werden.</p>
<b>wenn Feld 13 = 9</b>			
14	Erläuterung zum sonstigen Grund		<p>Hier muss eine nachvollziehbare Erläuterung für den Abbruch der Dokumentation mit dem MDS angegeben werden.</p> <p>KEINE Gründe für den vorzeitigen Abschluss des Bogens sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hirnblutung oder eine transitorische Ischämie bzw. rückläufige Symptomatik</li> <li>• Bei Verlegungen im Verlauf</li> <li>• Palliative Therapiezielsetzung, die erst nach der Aufnahme im Verlauf festgelegt wurde</li> <li>• Fehldiagnosen/ Fehlkodierungen</li> <li>• Patient verstorben</li> <li>• innerhalb von 7 Tagen nach Akutereignis zuverlegte Patienten</li> </ul>
15	Entlassungsdatum Krankenhaus	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p><b>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</b>  Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das <b>Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes</b> und das <b>Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes</b> zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p>

			<u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2022 bis zum 10.01.2022 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2022 bis zum 20.01.2022 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2022 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2022
<u>16</u>	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1  § 301-Vereinbarung: <a href="http://www.dkgev.de">http://www.dkgev.de</a>	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

## Teildatensatz Stroke

### Aufnahme

<u>17</u>	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme	1 = ≤ 1 h 2 = 1 – 2 h 3 = 2 – 3 h 4 = 3 – 4 h 5 = 4 – 5 h 6 = 5 – 6 h 7 = 6 – 9 h 8 = 9 – 24 h 9 = 24 – 48 h 10 = > 48 h 11 = Inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich	Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Bei "Inhouse-Stroke" sind sowohl das genaue Datum als auch die Uhrzeit des Ereignisses zu dokumentieren. Bei Patienten, bei denen aufgrund des Ereignisses im Schlaf keine genaue Angabe zum Zeitpunkt des Schlaganfalls gemacht werden kann, ist das Feld Wake-up Stroke zu dokumentieren.
-----------	-------------------------------------	--	--

### wenn Feld 17 = 11

<u>18.1</u>	Datum des Inhouse-Stroke	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
<u>18.2</u>	Uhrzeit des Inhouse-Stroke	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) des Inhouse-Stroke an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.

19	Versorgungssituation vor Akutereignis	1 = unabhängig von zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution	Bisherige Lebenssituation:  <b>unabhängig zu Hause</b> Patient war bisher in der Lage, die Dinge des täglichen Lebens selbständig auszuführen, zu Hause oder in einer Seniorenwohnanlage.  <b>Pflege zu Hause</b> Patient wurde durch Angehörige bzw. Pflegedienst in der eigenen Wohnung (oder in einer Seniorenwohnanlage) betreut.  <b>Pflege in Institution</b> Pflegerische Betreuung in einer Einrichtung (betreutes Wohnen, Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim).
20	Einlieferung	1 = selbst 2 = Vertragsarzt 3 = Rettungsdienst 4 = Übernahme aus anderem Krankenhaus	<u>selbst</u> eigenständige Vorstellung im primär behandelnden Zentrum  <u>Vertragsarzt</u> - Falls der Vorstellung im primär behandelnden Zentrum eine Konsultation des Hausarztes, ärztlichen Bereitschaftsdienstes etc. vorgeschaltet war bzw. von dieser Seite das Transportsystem alarmiert wurde - Zuweisung aus einem Pflegeheim  <u>Rettungsdienst</u> Falls Alarmierung direkt durch Patient oder Angehörige erfolgte  <u>Übernahme aus anderem Krankenhaus</u> Zuweisung aus einer anderen stationären Einrichtung
21	Vorbehandlung mit Antikoagulanzen	0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = NOAK	Anzugeben ist die Vorbehandlung mit Antikoagulanzen, differenziert nach Vitamin K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon) und NOAKs (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban), vor Auftreten der ersten Symptome. Sollte der Patient vor Aufnahme in die Klinik durch den vorgeschalteten Arzt aufgrund der aktuellen akuten Symptomatik mit Antikoagulanzen behandelt worden sein, so ist 0 = nein anzukreuzen.

**Erstuntersuchung/Symptome**

<u>22.1</u>	Motorische Ausfälle bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Hier werden zentral bedingte Paresen von Arm oder Bein ohne Berücksichtigung der Seite pauschal erfasst.  Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>22.2</u>	Sprachstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Aphasie  Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>22.3</u>	Sprechstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Dysarthrie  Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>22.4</u>	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Schluckstörung  Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>23</u>	Bewusstsein bei Aufnahme	1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös	1: wach = adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen  2: somnolent-soporös = abnorme Schläfrigkeit, auf Ansprache jederzeit weckbar bis hin zu tiefschlafähnlichem Zustand, aus dem der Betroffene nur durch starke Schmerzreize kurzfristig geweckt werden kann  3: komatös = Bewusstlosigkeit, auch auf starke Schmerzreize keine Reaktion
<u>24</u>	Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme	0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung	0: keine Symptome  1: keine wesentlichen Funktionseinschränkungen = kann trotz Symptomen alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten  2: geringgradige Funktionseinschränkungen = unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen  3: mäßiggradige Funktionseinschränkungen = bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen

			4: mittelschwere Funktionseinschränkungen = unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen  5: schwere Funktionseinschränkungen = bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit
--	--	--	--

**Diagnostik**

<u>25</u>	Bildgebung durchgeführt	0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus	Es ist die Bildgebung zu dokumentieren (CCT oder MRT), welche für die aktuelle therapeutische und diagnostische Entscheidung als relevant betrachtet wird.  1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme: die für die aktuelle Entscheidung relevante Bildgebung wurde in einer vorbehandelnden Einrichtung (ambulant oder stationär) aufgrund des aktuellen akuten Ereignisses durchgeführt
-----------	-------------------------	---	--

**wenn Feld 25 = 2**

26.1	Bildgebung durchgeführt am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
<u>26.2</u>	Bildgebung durchgeführt um	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Bildgebung an, definiert über den Zeitstempel des ersten Bildes bzw. der ersten Bildserie. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.

**wenn Feld 25 IN (1;2)**

<u>27.1</u>	NIH-Stroke Scale bei Aufnahme	0 – 42	In diesem Feld wird der Summenscore der NIH Stroke Scale (NIHSS) bei der Aufnahmeuntersuchung eingetragen.  Anleitung zur Durchführung und Kodierung der NIHSS: Berger K et al. Untersuchung der Reliabilität von Schlaganfallskalen (Fortschr Neurol Psychiat 1999; 67-81-93)
27.2	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = direkt im Anschluss an native Bildgebung 3 = nicht direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme 4 = nicht direkt im Anschluss an native	-



		Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	
<u>27.3</u>	Mismatch-Bildgebung	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus	Bildgebendes Verfahren zur Bestimmung der Differenz oder Ratio (Mismatch) zwischen diffusionsgestörtem und perfusionsgestörtem Areal
<b>wenn Feld 27.3 = 2</b>			
<u>27.4</u>	CT-Perfusion	1 = ja	multiparametrische CT-Bildgebung mit Perfusions-CT (PCT) und CT-Angiografie (CTA)
<u>27.5</u>	DWI-PWI-Mismatch	1 = ja	MRT-Mismatchbildung mit diffusionsgewichteter Sequenz (diffusion weighted imaging, DWI) und Perfusionsuntersuchung (perfusion weighted imaging, PWI)
<u>27.6</u>	DWI-Flair-Mismatch	1 = ja	MRT-Mismatchbildung mit diffusionsgewichteter Sequenz (diffusion weighted imaging, DWI) und konventioneller fluid-attenuated inversion recovery (FLAIR)
28	Doppler / Duplex	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus, spätestens am Folgetag nach Aufnahme 3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme	-
<b>wenn Feld 27.2 &lt;&gt; 0 oder Feld 28 &lt;&gt; 0</b>			
<u>29</u>	Gefäßverschluss	0 = nein 1 = ja	Bei der Lokalisation ist Angabe mehrerer Verschlüsse möglich. Dabei ist aber zumindest der am weitesten proximal liegende Verschluss zu codieren.
<b>wenn Feld 29 = 1</b>			
30.1	Carotis-T	1 = ja	-
<u>30.2</u>	M1	1 = ja	Sphenoidales Segment der Arteria cerebri media
<u>30.3</u>	M2	1 = ja	Inselsegment der Arteria cerebri media
<u>30.4</u>	BA	1 = ja	Arteria Basilaris
30.5	Sonstige	1 = ja	-
<b>Thrombolyse/Rekanalisation</b>			
<u>31</u>	Systemische Thrombolyse	0 = nein 1 = vor Aufnahme	Intravenöse Thrombolyse bei Hirninfarkt

		2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur Thrombolyse	
<b>wenn Feld 31 = 2</b>			
32.1	Beginn Lyse am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
32.2	Beginn Lyse um	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Lyse an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
33	Intraarterielle Therapie (IAT)	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur geplanten IAT	Die IAT beinhaltet sowohl eine intraarterielle Thrombolysebehandlung, unabhängig davon, ob sie hochsektiv (d.h. bis zum Verschluss vorgeschobener Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde als auch die mechanische Entfernung eines Blutgerinnsels mittels Katheter beim Hirninfarkt (Thrombektomie).
<b>wenn Feld 33 = 2</b>			
34.1	Intraarterielle Therapie (IAT) im eigenen Haus	1 = nach Primärbehandlung im eigenen Haus (Direct to center) 2 = nach Primärbehandlung in externer Einrichtung (Drip and Ship)	-
34.2	Punktion Leiste am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
34.3	Punktion Leiste um	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Punktion an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
34.4	Erfolgreiche Rekanalisation	(TICI = IIb, III) 0 = nein 1 = ja	Thrombolysis in cerebral infraction (TICI) nach Higashida et al.: Grade 0: no perfusion Grade 1: penetration with minimal perfusion Grade 2: partial perfusion Grade 2A: only partial filling (less than two-thirds) of the entire vascular territory is visualized Grade 2B: complete filling of all of the expected vascular territory is visualized but the filling is slower than normal Grade 3: complete perfusion
<b>wenn Feld 33 = 3</b>			
35.1	Verlegung zur IAT am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	Verlegung wird definiert als Zeitpunkt des physischen Verlassens des Patienten aus der Klinik

<u>35.2</u>	Verlegung zur IAT um	<b>Format:</b> HH:MM	Verlegung wird definiert als Zeitpunkt des physischen Verlassens des Patienten aus der Klinik
-------------	----------------------	----------------------	---

### Verlegung innerhalb 12 h

<u>36</u>	Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie (innerhalb 12 h nach Aufnahme)	0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückübernahme 2 = ja, ohne spätere Rückübernahme	Bei Weiterverlegung in ein anderes Krankenhaus/eine andere Einrichtung innerhalb von 12 h kann der Bogen (ggf. nach Angabe der Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung) abgeschlossen werden.
-----------	--	--	--

### Behinderung

#### wenn Feld 36 IN (0;1)

<u>37.1</u>	Barthel-Index bei Aufnahme Blasenkontrolle	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag 5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag 10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig
<u>37.2</u>	Barthel-Index bei Aufnahme Lagewechsel Bett-Stuhl	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert 5: große Unterstützung = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) 10: geringe Unterstützung = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) 15: vollständig selbstständig = komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
<u>37.3</u>	Barthel-Index bei Aufnahme Fortbewegung	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = mehr Hilfe als unter "5: große Unterstützung" notwendig 5: große Unterstützung = kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder ist im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl 10: geringe Unterstützung = kann ohne Aufsicht oder personelle Hilfe

			vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens/Rollators gehen  15: vollständig selbstständig = kann ohne Aufsicht oder personeller Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen/Rollator (ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
--	--	--	---

## Weitere Diagnostik

<u>38.1</u>	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchführbar	Kann nur angegeben werden, wenn ein standardisiertes Verfahren (z. B. Wasserschlucktest nach Daniels: Daniels SK et al: Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. Am J Speech Lang Pathol 1997;6: 17-24) durch geschultes Personal durchgeführt und protokolliert wurde. Eine Einschätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder Angaben Dritter stützt, reicht nicht aus.
<u>38.2</u>	Symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose der Art. carotis interna (nach NASCET)	0 = nein 1 = < 50 % 2 = 50 – < 70 % 3 = 70 – 99 % 4 = 100 % 9 = nicht untersucht	Hier wird der Stenosegrad der Arteria carotis interna der betroffenen Seite nach NASCET dokumentiert. Kontralaterale Stenosen werden nicht erfasst. Bei Dokumentation einer ipsilateralen ACI-Stenose von 50% bis 99% muss eine Angabe zum weiteren Procedere unter "Therapiemaßnahmen/frühe Sekundärprävention" erfolgen.
<u>38.3</u>	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h	mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion  0 = nein 1 = ja	Bei diesem Feld ist ein "ja" anzugeben, wenn <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine spezifische VHF-Diagnostik über mindestens 24 Stunden erfolgt ist</li> <li>• bei kontinuierlichem Monitoring das EKG auch in Hinblick auf Vorhofflimmern ausgewertet wurde</li> <li>• bei schrittmacherabhängigen Patienten das EKG ausgelesen wurde und im Hinblick auf Vorhofflimmern ausgewertet wurde.</li> </ul>

## Risikofaktoren

<u>39.1</u>	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja	Pathologischer Glucosebelastungstest oder erhöhter zweimaliger Nüchtern-Blutzucker oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes durch den Patienten.
-------------	-------------------	--------------------	---

<u>39.2</u>	Vorhofflimmern	0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	1: ja vorbekannt = Ein Vorhofflimmern (VHF) ist anamnestisch bekannt. Ein anamnestisch bekanntes (paroxysmales, persistierendes, ...) VHF wird auch dann kodiert, wenn es während des stationären Aufenthaltes nicht auftritt.  2: ja neu diagnostiziert = Ein Vorhofflimmern war bislang unbekannt und ist im EKG oder Langzeit-EKG erstmals diagnostiziert worden.
<u>39.3</u>	Früherer Schlaganfall	0 = nein 1 = ja	Angabe in altem Arztbrief oder Ergebnis aktueller Diagnostik für in der Vergangenheit abgelaufenen Schlaganfall oder anamnestische Angabe (aber keine traumatisch bedingte Hirnverletzung)
<u>39.4</u>	Hypertonie	0 = nein 1 = ja	Erhöhte Blutdruckwerte (> 140 mm Hg systolisch und/oder > 90 mm Hg diastolisch) bei wiederholter Messung oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder Selbstangabe einer vorbestehenden Hypertonie

### Therapiemaßnahmen / Frühere Sekundärprävention

<u>40.1</u>	Antikoagulanzen	(Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)  0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = NOAK (Neue orale Antikoagulanzen)	1: Vit. K-Antagonisten einschliesslich Empfehlung im Entlassungsbrief  2: NOAK (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban) einschliesslich Empfehlung im Entlassungsbrief  Hinweis: Sollte eine Vollheparinisierung durchgeführt worden sein, oder die Art der oralen Antikoagulation noch nicht feststehen, so ist das Feld "Vitamin K-Antagonisten" anzukreuzen.
<u>40.2</u>	Beatmung	0 = nein 1 = ja	Maschinelle, vollständige oder unterstützende Beatmung, setzt oral oder nasal zugeführten, intratrachealen Tubus voraus und wird unabhängig von der Beatmungsdauer angegeben
<u>40.3</u>	Operative Dekompression	0 = nein 1 = ja	Jede zur Druckentlastung durchgeführte Kraniektomie (z.B. bei malignem Mediainfarkt oder Kleinhirnininfarkt)
<u>40.4</u>	Revaskularisierung der Carotis	0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des stationären Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	-

**Therapie**

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

**Komplikationen (nur im Verlauf erworben)**

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

**wenn Feld 42 = 1**

43.1	Pneumonie	1 = ja	<p>Es sollen nur Pneumonien dokumentiert werden, die sich im Krankenhaus entwickelt haben.</p> <p>Eine Pneumonie liegt dann vor, wenn eine Röntgenuntersuchung des Thorax entweder ein neues oder ein progressives und persistierendes Infiltrat aufweist, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss</p> <p>und mindestens eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>\geq 38,3</math> °C) ohne andere mögliche Ursachen</li> <li>• Leukopenie (<math>&lt; 4.000</math> Leukozyten/mm<sup>3</sup>) oder Leukozytose (<math>&gt; 12.000</math> Leukozyten/mm<sup>3</sup>)</li> <li>• Für Erwachsene <math>&gt; 70</math> Jahre: veränderter mentaler Status, der keine andere Ursache haben kann</li> </ul> <p>und mindestens zwei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums</li> <li>• neu aufgetretener oder verschlimmter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>• Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche</li> </ul>
------	-----------	--------	---

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschlechterung des Gasaustausches (PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤ 240), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit</li> </ul>
<u>43.2</u>	Erhöhter Hirndruck	1 = ja	Es sind Hinweise auf einen erhöhten Hirndruck in bildgebenden Verfahren, z.B. Hirnödemen oder Mittellinienverlagerung mit klinischen Symptomen vorhanden.
<u>43.3</u>	Sympt. Intrazerebrale Blutung	1 = ja	Es ist eine Einblutung durch Bildgebung (CT oder MRT) mit einer zugehörigen Symptomatik nachgewiesen.
<u>43.4</u>	Andere Komplikation(en)	1 = ja	Es sind andere Komplikationen als die oben genannten aufgetreten.

## Behandlungsende

## Behinderung

<u>44</u>	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung	0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung 6 = Tod	0: keine Symptome  1: keine wesentlichen Funktionseinschränkungen = kann trotz Symptomen alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten  2: geringgradige Funktionseinschränkungen = unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen  3: mäßiggradige Funktionseinschränkungen = bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen  4: mittelschwere Funktionseinschränkungen = unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen  5: schwere Funktionseinschränkungen = bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit  6: Tod
-----------	----------------------------------	--	---

### wenn Feld 44 <> 6

<u>45.1</u>	Barthel-Index bei Entlassung Blasenkontrolle	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag  5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag
-------------	---	---	--

			10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig
<u>45.2</u>	Barthel-Index bei Entlassung Lagewechsel Bett-Stuhl	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert  5: große Unterstützung = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)  10: geringe Unterstützung = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)  15: vollständig selbstständig = komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
<u>45.3</u>	Barthel-Index bei Entlassung Fortbewegung	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig	0: vollständig abhängig = mehr Hilfe als unter "5: große Unterstützung" notwendig  5: große Unterstützung = kann mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder ist im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl  10: geringe Unterstützung = kann ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens/Rollators gehen  15: vollständig selbstständig = kann ohne Aufsicht oder personeller Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen/Rollator (ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen

**Sekundärprophylaxe**

<u>46</u>	Statine	(Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)  0 = nein 1 = ja	Cholesterinsyntheseenzymhemmer wie z.B. Simvastatin, Cerivastatin, Atorvastatin
-----------	---------	--	---



**Entlassung**

47	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§ 40 SGB V)	0 = nein 1 = ja	<p>Der Patient wurde in eine Reha-Klinik verlegt oder die Aufnahme in einer Reha-Klinik wurde terminiert oder es wurde eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet oder im Entlassungsbrief empfohlen. Es kann auch "ja" angegeben werden, wenn die Rehamassnahme durch Patienten oder Kostenträger initial abgelehnt wurde.</p> <p>Bei Verlegung bzw. geplanter Verlegung in eine Geriatriische Klinik ist "1 = ja" einzugeben. Weiterhin kann bei interner Verlegung auf eine Abteilung für (Früh-)Rehabilitation oder Geriatrie ein "1=ja" angegeben werden.</p>
48	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	<p>Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder "therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtgesetz in § 630 f BGB "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende Abätze: "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen."</p>
<b>wenn Feld 48 = 1</b>			
49	Datum des Eintrags in der Patientenakte	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
50	Behandlung auf Stroke Unit	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Stroke Unit behandelt.

<u>51</u>	Behandlung auf Intensivstation	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Intensivstation behandelt.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

## Teildatensatz Subarachnoidal- / Intrazerebrale Blutung (SAB / ICB)

### Aufnahme

<u>52</u>	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme (bei Wake-up Stroke: last seen well)	1 = ≤ 1 h 2 = 1 – 2 h 3 = 2 – 3 h 4 = 3 – 4 h 5 = 4 – 5 h 6 = 5 – 6 h 7 = 6 – 9 h 8 = 9 – 24 h 9 = 24 – 48 h 10 = > 48 h 11 = Inhouse-Stroke 12 = Wake-up Stroke 13 = keine Angabe möglich	Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Bei "Inhouse-Stroke" sind sowohl das genaue Datum als auch die Uhrzeit des Ereignisses zu dokumentieren. Bei Patienten, bei denen aufgrund des Ereignisses im Schlaf keine genaue Angabe zum Zeitpunkt des Schlaganfalls gemacht werden kann, ist das Feld Wake-up Stroke zu dokumentieren.
-----------	--	--	--

### wenn Feld 52 = 11

<u>53.1</u>	Datum des Inhouse-Stroke	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
<u>53.2</u>	Uhrzeit des Inhouse-Stroke	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) des Inhouse-Stroke an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
<u>54</u>	Versorgungssituation vor Akutereignis	1 = unabhängig von zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution	Bisherige Lebenssituation:  <b>unabhängig zu Hause</b> Patient war bisher in der Lage, Dinge des täglichen Lebens selbständig auszuführen, zu Hause oder in einer Seniorenwohnanlage.  <b>Pflege zu Hause</b> Patient wurde durch Angehörige bzw. Pflegedienst in der eigenen Wohnung (oder in einer Seniorenwohnanlage) betreut.

			<b>Pflege in Institution</b> Pflegerische Betreuung in einer Einrichtung (betreutes Wohnen, Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim).
<u>55</u>	Einlieferung	1 = selbst 2 = Vertragsarzt 3 = Rettungsdienst 4 = Übernahme aus anderem Krankenhaus	<u>selbst</u> eigenständige Vorstellung im primär behandelnden Zentrum  <u>Vertragsarzt</u> - Falls der Vorstellung im primär behandelnden Zentrum eine Konsultation des Hausarztes, ärztlichen Bereitschaftsdienstes etc. vorgeschaltet war bzw. von dieser Seite das Transportsystem alarmiert wurde - Zuweisung aus einem Pflegeheim  <u>Rettungsdienst</u> Falls Alarmierung direkt durch Patient oder Angehörige erfolgte  <u>Übernahme aus anderem Krankenhaus</u> Zuweisung aus einer anderen stationären Einrichtung
<u>56</u>	Vorbehandlung mit Antikoagulanzen	0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = NOAK	Anzugeben ist die Vorbehandlung mit Antikoagulanzen, differenziert nach Vitamin K-Antagonisten (z.B. Phenprocoumon) und NOAKs (z.B. Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban oder Edoxaban), vor Auftreten der ersten Symptome. Sollte der Patient vor Aufnahme in die Klinik durch den vorgeschalteten Arzt aufgrund der aktuellen akuten Symptomatik mit Antikoagulanzen behandelt worden sein, so ist 0 = nein anzukreuzen.
<b>wenn Feld 56 = 1</b>			
<u>57.1</u>	INR bei Aufnahme	<b>Gültige Angabe:</b> 0,0 - 9,9	INR = International Normalized Ratio, anzugeben mit einer Nachkommastelle
<u>57.2</u>	INR bei Aufnahme nicht verfügbar	1 = ja	-
<b>wenn Feld 56 = 2</b>			
<u>58</u>	Spezifischer Gerinnungstest pathologisch	0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchgeführt	z.B. Messung der Anti-Faktor Xa-Aktivität oder verdünnte Thrombinzeit (Hemoclot)

**Erstuntersuchung/Symptome**

<u>59.1</u>	Sprachstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Aphasie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>59.2</u>	Sprechstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Dysarthrie Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.
<u>59.3</u>	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Umfassen alle Formen der Schluckstörung Bei Bewusstlosen ist "nicht bestimmbar" einzugeben.

## Neurologischer Befund

### Glasgow Coma Scale (GCS) (nur bei Intrazerebralen Blutungen ICB I61)

**Bei Diagnose I61 muss mindestens das Feld 60.1 oder alle drei Felder 60.2 bis 60.4 ausgefüllt sein.**

<u>60.1</u>	Glasgow Coma Scale	Summenscore 3 - 15	Angabe des Summenscores (3 bis 15 Punkte)
<u>60.2</u>	GCS - Augenöffnung	4 = spontan 3 = auf Ansprache 2 = auf Schmerzreiz 1 = keine	Die Glasgow Coma Scale (GCS) ist eine einfache Skala zur Abschätzung einer Bewusstseinsstörung. Es gibt drei Rubriken, für die jeweils Punkte vergeben werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augenöffnung (1–4 Punkte)</li> <li>• Beste verbale Reaktion (1–5 Punkte)</li> <li>• Beste motorische Reaktion (1–6 Punkte)</li> </ul> Für jede Rubrik werden separat Punkte vergeben und diese anschließend addiert. Die maximale Punktzahl ist 15 (bei vollem Bewusstsein), die minimale 3 Punkte (bei tiefem Koma).
<u>60.3</u>	GCS - Beste verbale Reaktion	5 = orientiert 4 = desorientiert 3 = inadäquat 2 = unartikulierte 1 = keine	Die Glasgow Coma Scale (GCS) ist eine einfache Skala zur Abschätzung einer Bewusstseinsstörung. Es gibt drei Rubriken, für die jeweils Punkte vergeben werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augenöffnung (1–4 Punkte)</li> <li>• Beste verbale Reaktion (1–5 Punkte)</li> <li>• Beste motorische Reaktion (1–6 Punkte)</li> </ul> Für jede Rubrik werden separat Punkte vergeben und diese anschließend addiert. Die maximale Punktzahl ist 15 (bei vollem

			Bewusstsein), die minimale 3 Punkte (bei tiefem Koma).
60.4	GCS - Beste motorische Reaktion	<p>6 = befolgt Aufforderungen  5 = gezielte Schmerzabwehr  4 = ungezielte Schmerzabwehr  3 = Beugereaktion  2 = Streckreaktion  1 = keine</p>	<p>Die Glasgow Coma Scale (GCS) ist eine einfache Skala zur Abschätzung einer Bewusstseinsstörung. Es gibt drei Rubriken, für die jeweils Punkte vergeben werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augenöffnung (1–4 Punkte)</li> <li>• Beste verbale Reaktion (1–5 Punkte)</li> <li>• Beste motorische Reaktion (1–6 Punkte)</li> </ul> <p>Für jede Rubrik werden separat Punkte vergeben und diese anschließend addiert. Die maximale Punktzahl ist 15 (bei vollem Bewusstsein), die minimale 3 Punkte (bei tiefem Koma).</p>
<b>Bei Diagnose I60 muss das Feld 61 ausgefüllt werden.</b>			
61	WFNS (nur bei Subarachnoidalblutungen)	<p>1 = Grad I  2 = Grad II  3 = Grad III  4 = Grad IV  5 = Grad V</p>	<p>Die Schweregradeinteilung der Subarachnoidalblutung erfolgt gemäß der Einteilung der WFNS (World Federation of Neurological Surgeons) oder nach HUNT und HESS (siehe Tabelle)</p> <p>Grad I = leichter Kopfschmerz und/oder Meningismus (Nackensteifigkeit); keine neurologischen Ausfälle  Grad II = mäßiger bis schwerer Kopfschmerz/Meningismus, keine neurologischen Ausfälle außer Hirnnervenstörungen (hier in Kombination), keine Bewußtseinsveränderungen  Grad III = Somnolenz oder Verwirrtheit und/oder neurologische Ausfälle  Grad IV = Sopor, schwere neurologische Ausfälle, vegetative Störungen  Grad V = Koma, Strecksynergismen, moribunder Patient</p>
62	Motorische Ausfälle	<p>1 = Monoparese/-plegie  2 = Hemiparese/-plegie  3 = Teraparese/-plegie  4 = keine  9 = nicht beurteilbar</p>	<p><b>Monoparese/-plegie</b>  Schwäche/Lähmung einzelner Gliedmaßen (nach ICD-10-GM-2015)  G83.1 Monoparese und -plegie einer unteren Extremität (z.B. Lähmung eines Beines)  G83.2 Monoparese und -plegie einer oberen Extremität (z.B. Lähmung eines Armes )  G83.3 Monoparese und -plegie, nicht näher bezeichnet</p> <p><b>Hemiparese/-plegie</b>  Schwäche/Lähmung einer Körperseite (nach ICD-10-GM-2015)</p>

			<p>G81.0 Schlanfe Hemiparese und Hemiplegie  G81.1 Spastische Hemiparese und Hemiplegie  G81.9 Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet</p> <p><b>Tetraparese/-plegie</b>  Schwäche/Lähmung aller vier Extremitäten (nach ICD-10-GM-2015)  G82.3- Schlanfe Tetraparese und Tetraplegie  G82.4- Spastische Tetraparese und Tetraplegie  G82.5- Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet</p> <p><b>nicht beurteilbar</b> (z.B. bei komatösen Patienten)</p>
63	Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme	<p>0 = Keine Symptome  1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung  2 = Geringgradige Funktionseinschränkung  3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung  4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung  5 = Schwere Funktionseinschränkung</p>	<p><b>Keine wesentliche Funktionseinschränkung trotz Symptome</b>  (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten)</p> <p><b>Geringgradige Funktionseinschränkung</b>  (unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen)</p> <p><b>Mäßiggradige Funktionseinschränkung</b>  (bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen)</p> <p><b>Mittelschwere Funktionseinschränkung</b>  (unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen)</p> <p><b>Schwere Funktionseinschränkung</b>  (bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit)</p>

## Diagnostik

64	Bildgebung durchgeführt	<p>0 = keine Bildgebung erfolgt  1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme  2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus</p>	-
<b>wenn Feld 64 = 2</b>			
65.1	Bildgebung durchgeführt am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-

<u>65.2</u>	Bildgebung durchgeführt um	<b>Format:</b> HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Durchführung der Bildgebung 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.
-------------	----------------------------	----------------------	---

**wenn Feld 64 IN (1;2)**

66	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = direkt im Anschluss an native Bildgebung 3 = <u>nicht</u> direkt im Anschluss an native Bildgebung aber spätestens am Folgetag der Aufnahme 4 = <u>nicht</u> direkt im Anschluss an native Bildgebung und später als am Folgetag der Aufnahme	-
----	-----------------------------------	---	---

**wenn Diagnose I60 und Feld 66 <> 0**

67	Aneurysma in Bildgebung nachgewiesen	0 = nein 1 = ja	-
----	--------------------------------------	--------------------	---

**Verlegung innerhalb 12 h**

68	Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie (innerhalb 12 h nach Aufnahme)	0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückverlegung 2 = ja, ohne spätere Rückverlegung	-
----	--	--	---

**Behinderung****wenn Feld 68 IN (0;1)**

<u>69.1</u>	Barthel-Index bei Aufnahme Blasenkontrolle	0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag 5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag 10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig
<u>69.2</u>	Barthel-Index bei Aufnahme Lagewechsel Bett-Stuhl	0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung	0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert

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

### Weitere Diagnostik

70	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	0 = nein 1 = ja 2 = nicht durchführbar	Kann nur angegeben werden, wenn ein standardisiertes Verfahren (z. B. Wasserschlucktest nach Daniels: Daniels SK et al: Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. Am J Speech Lang Pathol 1997;6: 17-24) durch geschultes Personal durchgeführt und protokolliert wurde. Eine Einschätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder Angaben Dritter stützt, reicht nicht aus.
----	--	--	---

### Risikofaktoren

71.1	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja	Pathologischer Glucosebelastungstest oder erhöhter zweimaliger Nüchtern-Blutzucker oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes
------	-------------------	--------------------	--



			durch den Patienten.
<u>71.2</u>	Vorhofflimmern	0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	1: ja vorbekannt = Ein Vorhofflimmern (VHF) ist anamnestisch bekannt. Ein anamnestisch bekanntes (paroxysmales, persistierendes, ...) VHF wird auch dann kodiert, wenn es während des stationären Aufenthaltes nicht auftritt.  2: ja neu diagnostiziert = Ein Vorhofflimmern war bislang unbekannt und ist im EKG oder Langzeit-EKG erstmals diagnostiziert worden.
<u>71.3</u>	Früherer Schlaganfall	0 = nein 1 = ja	Angabe in altem Arztbrief oder Ergebnis aktueller Diagnostik für in der Vergangenheit abgelaufenen Schlaganfall oder anamnestische Angabe (aber keine traumatisch bedingte Hirnverletzung)
<u>71.4</u>	Hypertonie	0 = nein 1 = ja	Nach WHO-Definition systolischer Wert > 160 mmHg und/oder diastolischer Wert > 95 mmHg Quecksilbersäule (=^ 21,3 bzw. 12,7 kPA)

### Therapiemaßnahmen / Frühere Sekundärprävention

<u>72</u>	Beatmung	0 = nein 1 = ja	Maschinelle, vollständige oder unterstützende Beatmung, setzt oral oder nasal zugeführten, intratrachealen Tubus voraus und wird unabhängig von der Beatmungsdauer angegeben
-----------	----------	--------------------	--

**Es muss mindestens eines der Felder 73.1 bis 73.6 (hier sind auch Mehrfachangaben möglich) oder das Feld 73.7 ausgefüllt sein.**

<u>73.1</u>	Normalisierung INR	1 = ja	Senkung eines erhöhten INR(>=1,4) auf INR-Werte < 1,4
<u>73.2</u>	Antagonisierung NOAK	1 = ja	Spezifische Antagonisierung z.B. bei Dabigatran oder Faktor-Xa-Hemmern
<u>73.3</u>	EVD - externe Ventrikeldrainage	1 = ja	Als <b>Externe Ventrikeldrainage (EVD)</b> bezeichnet man in der Neurochirurgie eine Ableitung des Gehirnwassers (Liquor cerebrospinalis, kurz Liquor) aus dem Hohlräumssystem (Ventrikelsystem) des Gehirns. Der Liquor wird in den Plexus choroidei hauptsächlich in den Seitenventrikeln (aber auch in Teilen des dritten und vierten Ventrikels) aus dem Blut abgepresst und gelangt über den dritten Ventrikel und den Aquaeductus mesencephali in den vierten Ventrikel und von dort durch Öffnungen (Aperturæ) in den äußeren Liquorraum außerhalb des Gehirns. Hier findet die Wiederaufnahme (Resorption) des Hirnwassers in venöse Blutleiter statt.

<u>73.4</u>	Operation an Blutung oder Blutungsquelle	1 = ja	Entfernung einer Blutung oder Verschluss einer vaskulären Malformation (Aneurysma, Angiom, Durafistel etc.)
<u>73.5</u>	Endovaskuläre Behandlung	1 = ja	Jede Form der interventionell (neuro)radiologischen Therapie zum Verschluss einer Blutungsquelle (z.B. Coiling, Stents, Kleber etc.)
<u>73.6</u>	Operative Dekompression	1 = ja	Jede zur Druckentlastung durchgeführte Kraniektomie (z.B. bei malignem Mediainfarkt oder Kleinhirnininfarkt)
<u>73.7</u>	Keine der vorgenannten Maßnahmen	1 = ja	-

**wenn Diagnose I60 und (Feld 73.4 = 1 oder 73.5 = 1 oder 73.6 =1)**

<u>74.1</u>	Intervention am	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	Die Angaben sind nur bei SAB und bei Operation an Blutung oder Blutungsquelle, Endovaskulärer Behandlung oder operativer Dekompression zu machen.
<u>74.2</u>	Intervention um	<b>Format:</b> HH:MM	Die Angaben sind nur bei SAB und bei Operation an Blutung oder Blutungsquelle, Endovaskulärer Behandlung oder operativer Dekompression zu machen. Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Durchführung der Intervention 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.

**Therapie**

<u>75.1</u>	Physiotherapie	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	Es ist anzugeben ob bzw. ab wann der Patient von einem Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten untersucht oder behandelt wurde. (Aufnahmetag = Tag 0)
<u>75.2</u>	Logopädie	0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	Es ist anzugeben ob bzw. ab wann der Patient von einem Sprachtherapeuten untersucht oder behandelt wurde. (Aufnahmetag = Tag 0)

**Komplikationen (nur im Verlauf erworben)**

<u>76</u>	Komplikationen (nur im Verlauf erworben)	0 = nein 1 = ja	Es werden nur Komplikationen erfasst, die im Verlauf des jetzigen stationären Aufenthaltes auftraten.
-----------	--	--------------------	---

**wenn Feld 76 = 1**

<u>77.1</u>	Pneumonie	1 = ja	Es sollen nur Pneumonien dokumentiert werden, die sich im Krankenhaus entwickelt haben.  Eine Pneumonie liegt dann vor, wenn eine Röntgenuntersuchung des
-------------	-----------	--------	---

			<p>Thorax entweder ein neues oder ein progressives und persistierendes Infiltrat aufweist, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss</p> <p>und mindestens eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (<math>\geq 38,3</math> °C) ohne andere mögliche Ursachen</li> <li>• Leukopenie (<math>&lt; 4.000</math> Leukozyten/mm<sup>3</sup>) oder Leukozytose (<math>&gt; 12.000</math> Leukozyten/mm<sup>3</sup>)</li> <li>• Für Erwachsene <math>&gt; 70</math> Jahre: veränderter mentaler Status, der keine andere Ursache haben kann</li> </ul> <p>und mindestens zwei der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums</li> <li>• neu aufgetretener oder verschlimmter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe</li> <li>• Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche</li> <li>• Verschlechterung des Gasaustausches (<math>PaO_2/FiO_2 \leq 240</math>), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit</li> </ul>
<u>77.2</u>	Erhöhter Hirndruck	1 = ja	Es sind Hinweise auf einen erhöhten Hirndruck in bildgebenden Verfahren, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung mit klinischen Symptomen vorhanden.
<u>77.3</u>	DCI (Delayed Cerebral Ischemia)	1 = ja	Verzögert eintretende zerebrale Ischämie z.B. auf Grund von zerebralen Vasospasmen
<u>77.4</u>	Re-Blutung	1 = ja	-
<u>77.5</u>	Sekundäre Ventrikelblutung	1 = ja	-
<u>77.6</u>	Epileptischer Anfall	1 = ja	Klinisch gesicherter zerebraler Krampfanfall
<u>77.7</u>	Hydrozephalus	1 = ja	Klinische Symptome mit radiologisch gesichertem Befund
<u>77.8</u>	Hirninfarkt	1 = ja	Klinisch und evtl. bildmorphologisch gesicherter (erneuter) Hirninfarkt
<u>78</u>	Andere Komplikation(en)	1 = ja	-

## Behandlungsende

**Behinderung**

79	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung	<p>0 = Keine Symptome  1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung  2 = Geringgradige Funktionseinschränkung  3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung  4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung  5 = Schwere Funktionseinschränkung  6 = Tod</p>	<p>0: keine Symptome</p> <p>1: keine wesentlichen Funktionseinschränkungen = kann trotz Symptomen alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten</p> <p>2: geringgradige Funktionseinschränkungen = unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen</p> <p>3: mäßiggradige Funktionseinschränkungen = bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen</p> <p>4: mittelschwere Funktionseinschränkungen = unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen</p> <p>5: schwere Funktionseinschränkungen = bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit</p> <p>6: Tod</p>
<b>wenn Feld 79 &lt;&gt; 6</b>			
80.1	Barthel-Index bei Entlassung Blasenkontrolle	<p>0 = inkontinent  5 = gelegentlicher Verlust  10 = kontinent</p>	<p>0: inkontinent = Einnässen mehr als einmal pro Tag</p> <p>5: gelegentlicher Verlust = Einnässen höchstens einmal pro Tag</p> <p>10: kontinent = harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz selbst ohne Einnässen von Kleidung/Bettwäsche oder versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig</p>
80.2	Barthel-Index bei Entlassung Lagewechsel Bett-Stuhl	<p>0 = vollständig abhängig  5 = große Unterstützung  10 = geringe Unterstützung  15 = vollständig selbstständig</p>	<p>0: vollständig abhängig = wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert</p> <p>5: große Unterstützung = erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)</p> <p>10: geringe Unterstützung = Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)</p>

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

**Sekundärprophylaxe**

81	Antihypertensiva	Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief  0 = nein 1 = ja	-
----	------------------	--	---

**Entlassung**

82	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	0 = nein 1 = ja	Der Patient wurde in eine Reha-Klinik verlegt oder die Aufnahme in einer Reha-Klinik wurde terminiert oder es wurde eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet oder im Entlassungsbrief empfohlen.  Auch bei (ggf. interner) Verlegung in eine Geriatriische Klinik ist "1 = ja" einzugeben.
83	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts	0 = nein 1 = ja	Dieses Datenfeld darf nur mit "ja" beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder

	eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?		"therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtgesetz in § 630 f BGB "Dokumentation der Behandlung" enthält dazu folgende Abätze: "Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen."
--	---	--	---

**wenn Feld 83 = 1**

84	Datum des Eintrags in der Patientenakte	<b>Format:</b> TT.MM.JJJJ	-
<u>85</u>	Behandlung auf Stroke Unit / Intermediate Care	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Stroke Unit behandelt.
<u>86</u>	Behandlung auf Intensivstation	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Intensivstation behandelt.

## Lange Schlüssel

**Schlüssel 1**

"Entlassungsgrund"

01 = Behandlung regulär beendet

02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen

03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet

04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet

05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers

06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus

07 = Tod

08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung

- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)
- 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
- 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt