

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

## Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

### BASIS

#### Basisdokumentation

- 1 Institutionskennzeichen
- 2 entlassender Standort
- 3 Betriebsstätten-Nummer
- 4 Fachabteilung   
§ 301-Vereinbarung (siehe Anlage 1)
- 5 Identifikationsnummer des Patienten
- 6 Geburtsdatum   
TT.MM.JJJJ
- 7 Geschlecht   
1 = männlich  
2 = weiblich  
3 = divers  
9 = unbestimmt
- 8 PLZ des Wohnortes
- 9 Aufnahme datum   
TT.MM.JJJJ
- 10 Uhrzeit   
hh:mm
- 11 Schlaganfall/TIA im Sinne der Einschlusskriterien   
0 = nein  
1 = ja

#### wenn Feld 11 = 0:

- 12 Begründung   
1 = Aufnahme zur Op / Intervention bei Kompl.  
2 = Schlaganfall/TIA älter als 1 Woche  
3 = nur Frührehabilitation ohne Akutbehandlung  
4 = Auslösung zweiter Bogen bei fehlender Fallzusammenführung (siehe Ausfüllhinweis)
- weiterhin auszufüllen sind die Felder 74-76, nicht der Pflegebogen

#### Aufnahme

- 13 Aufnahmeeinheit   
1 = Allgemeinstation  
2 = Intensivstation  
3 = Schlaganfalleinheit lt. Konzeption BaWü  
4 = nur Notaufnahme mit direkter Verlegung in andere Klinik
- Wenn Feld 13 ≠ 3:
- 14 Fand während des Aufenthaltes eine Behandlung auf einer ausgewiesenen Schlaganfalleinheit Ihres Krankenhauses statt?   
0 = nein  
1 = ja

- 15 NIH Stroke Scale   
(siehe Anlage 2.1 und 2.2)
- 16 Lag bereits bei Aufnahme eine palliative Zielsetzung vor?   
0 = nein  
1 = ja

Wenn Feld 16=1, gehe zu D, ansonsten gehe zu Frage 17 (Pflegebogen ist jeweils auszufüllen)

- 17 Inhouse-Stroke?   
0 = nein  
1 = ja

- 18 Schlaganfalldatum   
TT.MM.JJJJ

- 19 Uhrzeit   
hh:mm

#### wenn Feld 18 und 19 unbekannt:

- 20 Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme   
bei inhouse-Stroke Symptombeginn bis -erkennung  
0 = ≤ 3 h  
1 = > 3 – 4 h  
2 = > 4 – 5 h  
3 = > 5 – 24 h  
4 = > 24 – 48 h  
5 = > 48 h  
6 = in-house-stroke  
9 = keine Abschätzung möglich

- 21 Einweisung veranlasst durch   
1 = selbst  
2 = Rettungsdienst mit Notarzt  
3 = Rettungsdienst ohne Notarzt  
4 = Klinik mit anderer IK-Nr. mit SU-Aufenthalt  
5 = Klinik mit anderer IK-Nr. ohne SU-Aufenthalt  
6 = Arzt aus dem ambulanten Sektor

- 22 Beatmung innerhalb 24 h nach Aufnahme   
0 = nein  
1 = ja, für maximal 6 Stunden  
2 = ja, für mehr als 6 Stunden

- 23 Bewusstseinslage   
1 = wach  
2 = somnolent / soporös  
3 = komatös

- 24 Extremitätenparesen   
0 = nein  
1 = ja  
2 = nicht bestimmbar  
3 = nicht bestimmt

- 25 Sprachstörung   
0 = nein  
1 = ja  
2 = nicht bestimmbar  
3 = nicht bestimmt

- 26 Sprechstörung   
0 = nein  
1 = ja  
2 = nicht bestimmbar  
3 = nicht bestimmt

- 27 Bildgebung zum Ausschluss Blutung (CCT/ MRT)   
0 = nicht erfolgt  
1 = vor Aufnahme  
2 = nach Aufnahme

#### wenn Feld 27 =2:

- 28 Datum Bildgebung   
TT.MM.JJJJ

- 29 Uhrzeit Bildgebung   
hh:mm

- 30 Wegverlegung in externe Klinik innerhalb 12h nach Aufnahme/ bei während des Aufenthaltes stattgehabten Schlaganfällen innerhalb 12h nach Ereignis?   
0 = nein  
1 = ja, mit späterer Rückübernahme  
2 = ja, ohne spätere Rückübernahme

Wenn Feld 30=2 ist der Pflegebogen nicht auszufüllen

#### wenn Feld 30= 1 oder 2:

- 31 Verlegung Datum   
TT.MM.JJJJ

- 32 Verlegung Uhrzeit   
hh:mm

- 33 Verlegungsgrund   
1 = akute Thrombektomie (intrakraniell)  
2 = Sekundärpräventive Revaskularisation der ACI  
3 = neurochirurgische Intervention bei Blutung  
4 = Intervention bei raumforderndem Insult  
5 = internistische Komplikation  
6 = keine eigene Stroke Unit  
7 = fehlende Bettenkapazität  
8 = Sonstiges

#### Wenn Feld 33= 8:

- 34 Konkretisierung von „Sonstiges“

#### Wenn Feld 21=4 oder 5 oder Feld 30=1oder2:

- 35 optional: Verlegungsnummer des Patienten

- 36 Hat Ihr Standort ein teleneurologisches Konsil angefordert?   
0 = nein  
1 = ja

#### wenn Feld 36= 1:

- 37 Teleneurologisches Konsil Datum   
TT.MM.JJJJ

- 38 Teleneurologisches Konsil Uhrzeit   
hh:mm

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

## Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

Wenn Ereignis – Aufnahme >48h UND Feld 21 =4, gehe zu C, ansonsten gehe zu A

### A Lysetherapie

39 Thrombolyse i.v.   
 0 = nein  
 1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme.  
 2 = ~~extern~~-vor Aufnahme erfolgt  
 3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt  
 4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)

Wenn Feld 39= 1, gehe zu E  
 Wenn Feld 39 = 0, 2, 3, gehe zu Feld 43

Wenn Feld 39= 4:

40 Beginn der i.v.Lyse Datum  
 TT.MM.JJJJ   .   .

41 Beginn der i.v.Lyse Uhrzeit  
 hh:mm   :

42 Wer stellte die Lyse-Indikation?   
 1 = Arzt vor Ort  
 2 = Telekonsiliar

### B Thrombektomie

43 Intrakranielle Gefäßdarstellung zur akuten Verschlussdetektion   
 0 = nein  
 1 = Verlegung dazu ohne Wiederaufnahme  
 2 = ~~extern~~-vor Aufnahme erfolgt  
 3 = extern während aktuellem Aufenthalt erfolgt  
 4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort durchgeführt)

Wenn Feld 43= 1, gehe zu E,  
 wenn Feld 43= 0, 3, gehe zu C  
 wenn Feld 43= 2, gehe zu Frage 46

wenn Feld 43= 4:

44 Intrakranielle Gefäßdarstellung Datum  
 TT.MM.JJJJ   .   .

45 Intrakranielle Gefäßdarstellung Uhrzeit  
 hh:mm   :

Wenn Feld 43= 2 oder 4:  
 Dem Akutereignis zugrunde liegender proximalster Gefäßverschluss:

46 Verschluss Carotis-T   
 0=nein  
 1 = ja

47 Verschluss M1   
 0=nein  
 1 = ja

48 Verschluss M2   
 0=nein  
 1 = ja

49 Verschluss BA   
 0=nein  
 1 = ja

50 Sonstiger Verschluss   
 0=nein  
 1 = ja

wenn Feld 46-50=0 UND Feld 30 = 2, gehe zu E;  
 wenn Feld 46-50=0 UND Feld 30 = 0 oder 1, gehe zu C;

Wenn Feld 46, 47, 48, 49 oder 50=1:

51 Intraarterielle Therapie (Thrombolyse i.a. und/oder mechanische Rekanalisation)   
 0 = nein  
 1 = Verlegung zur intraarteriellen Therapie ohne Wiederaufnahme  
 2 = extern während aktuellem Aufenthalt oder vor Aufnahme erfolgt  
 3 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort mit eigenem Personal durchgeführt)  
 4 = ja (vom dokumentierenden KH-Standort mit drive the doctor durchgeführt)

Wenn Feld 51= 1, gehe zu E;  
 Wenn Feld 51= 0, 2, gehe zu C

Wenn Feld 51= 3 oder 4:

52 Punktion der Leiste - Datum  
 TT.MM.JJJJ   .   .

53 Punktion der Leiste - Uhrzeit  
 hh:mm   :

54 Erfolgreiche Rekanalisation TICI IIb bis III   
 0 = nein  
 1 = ja

55 Komplikation Hirnarterienembolie   
 0 = nein  
 1 = ja

### C Verlauf

Zeitpunkt des Beginns regelmäßiger Therapie oder Erstbewertung durch Therapeuten nach (Wieder-)Aufnahme

56 Physiotherapie   
 0 = nein  
 1 = < 24 h  
 2 = 24 - 48 h  
 3 = 48 h – Ende Tag 7

57 Ergotherapie   
 0 = nein  
 1 = < 24 h  
 2 = 24 - 48 h  
 3 = 48 h – Ende Tag 7  
 9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich

58 Logopädie   
 0 = nein  
 1 = < 24 h  
 2 = 24 - 48 h  
 3 = 48 h – Ende Tag 7  
 9 = aus medizinischen Gründen in der ersten Woche nicht möglich

59 Diabetes mellitus   
 0 = nein  
 1 = ja

60 Vorhofflimmern   
 0 = nein / unbekannt  
 1 = ja, vorbekannt  
 2 = ja, neu diagnostiziert

wenn Feld 60 = 0:

61 Rhythmusdiagnostik bei nicht bekanntem VHF (Langzeit-EKG / ICM / strukturierte Auswertung des Monitorings nach definiertem Prozess)   
 0 = nein  
 1 = ja, während aktuellem Aufenthalt  
 2 = ja, empfohlen

62 Hypertonie   
 0 = nein  
 1 = ja

63 TTE / TEE   
 0 = nein  
 1 = ja, nur TTE  
 2 = ja, nur TEE  
 3 = ja, TTE und TEE

64 Hirngefäßdiagnostik extrakraniell   
 0 = nein  
 1 = ja, < 24 h nach Aufnahme  
 2 = ja, >= 24 h nach Aufnahme  
 3 = extern vor Aufnahme erfolgt

65 symptomatische ipsilaterale extrakranielle Stenose (NASCET) der ACI   
 0 = nein  
 1 = < 50% (geringgradig)  
 2 = 50% bis < 70% (mittelgradig)  
 3 = 70% bis < 100% (hochgradig)  
 4 = Verschluss (100%)  
 9 = nicht untersucht / kein Befund vorliegend

wenn Feld 65 = 2 oder 3:

66 Revaskularisation der ACI   
 veranlasst  
 0 = nein  
 1 = verlegt (extern) zur Operation oder zum Stenting  
 2 = Operation/ Stenting während des dokumentierten Aufenthaltes  
 9 = Sonstiges

67 Komplikationen PNEU oder ICB   
 0 = nein  
 1 = ja

wenn Feld 67 = 1:

68 nosokomiale Pneumonie   
 0 = nein  
 1 = ja

69 Sekundäre intracerebrale Blutung   
 0 = nein  
 1 = ja

70 Wurde im Verlauf ein palliatives Vorgehen beschlossen?   
 0 = nein  
 1 = ja

Wenn Feld 16=1 oder Feld 70=1:

### D Palliativfragen

71 Datum der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung in der Klinik:  
 TT.MM.JJJJ   .   .

Hier bitte Patientenetikett aufkleben!

## Datensatz Schlaganfallversorgung

80/1

72 Grund der Entscheidung zur palliativen Zielsetzung?

- 1 = Fehlende medizinische Indikation zu kurativen Maßnahmen
- 2 = (mutmaßlicher) Wille des Patienten

73 Wurde Ihrem Vorgehen bei diesem Patienten ein klinikinterner Standard zur palliativen Versorgung zugrunde gelegt?

- 0 = nein
- 1 = ja

### E Entlassung / Verlegung

74 Entlassungsdatum

TT.MM.JJJJ   .    .

75 Entlassungs- / Verlegungsdiagnose

ICD-10 Einschlussdiagnose    .

(siehe Anlage 3.1 und 3.2)

76 Entlassungsgrund

§ 301-Vereinbarung

(siehe Anlage 4)

**Wenn Feld 76 ≠ 7 UND Feld 30 ≠ 2  
UND Felder 16 UND 70 = 0:**

77 Bewusstseinslage bei Entlassung

- 1 = wach
- 2 = somnolent / soporös
- 3 = komatös

78 Rankin-Scale bei Entlassung<sup>①</sup>

79 Antikoagulation einschließlich Empfehlung im Entlassbrief

- 0 = nein
- 1 = ja, Vitamin-K-Antagonisten
- 2 = ja, DOAK (direkte orale Antikoagulantien)

80 Sekundärprophylaxe mit Statinen bei Entlassung

- 0 = nein
- 1 = ja

**wenn Feld 76 ≠ 6, 7, 8, 9 oder 11 UND  
Feld 30 ≠ 2 UND Felder 16 UND 70 = 0:**

81 Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§40 SGB V)

- 0 = nein
- 1 = ja

### ① Behinderung (Adapted Rankin-Scale)

(Feld ~~15~~ und 78)

0 = keine Symptome

keinerlei Symptome, kann alle gewohnten Arbeiten verrichten

1 = keine wesentlichen Funktionseinschränkungen trotz Symptome

kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten trotz Symptome verrichten

2 = geringgradig

unfähig, alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen

3 = mäßiggradig

bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen

4 = mittelschwer

unfähig, ohne Hilfe zu gehen und unfähig, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen

5 = schwer

bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit

6 = Tod