



**Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin
Universität Münster**

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

**Qualitätssicherung
Schlaganfall Nordwestdeutschland**

Projekthandbuch 2024

Version 1.2024, Stand Januar 2024

Inhaltsverzeichnis

Projektbeschreibung	3
Projektlogistik	4
Wichtige Projektadressen	5
Änderungen im Vergleich zum Vorjahr	5
Ausfüllanleitung	7
Datenversand	23
Auswertung der Ergebnisse	23
Internetservice	23
Frequently asked questions	24
Anhang	24
• QS-Filter (Einbezogene DRG - Hauptdiagnosen ICD-10-GM und OPS, Ausschlussdiagnosen und Ausschlussprozeduren)	

Projektbeschreibung

Hauptziel des überregionalen Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland ist es, die Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung der beteiligten Kliniken auf der Grundlage eines standardisierten vergleichenden Berichtes mit zahlreichen Qualitätsindikatoren sicherzustellen. Neben der Qualitätssicherung besteht als weiteres Ziel, wissenschaftliche Fragestellungen in der Versorgungsforschung zum Schlaganfall zu beantworten. 1999 unter dem Namen „Qualitätssicherung Schlaganfall Westfalen-Lippe“ mit einigen wenigen Kliniken gegründet, hat sich das Projekt rasch ausgedehnt, sodass im Jahr 2003 der Name auf „Nordwestdeutschland“, dem damaligen Hauptausdehnungsgebiet, geändert wurde. Seitdem sind zahlreiche weitere Zentren, v.a. in Ostdeutschland dazu gekommen, jedoch keine weitere Namensänderung erfolgt. Das Projekt ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR). Die Teilnahme an der Dokumentation erfüllt die Kriterien für die Zertifizierung von „Stroke Units“ der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG).

Die Spezifikation 2024 des Qualitätssicherungsprojektes Schlaganfall Nordwestdeutschland wurde gegenüber der Version von 2024 nur geringfügig verändert. Die Version 1.2024 dieses Projekthandbuches beschreibt den Dokumentationsbogen bzw. die Dokumentationsmaske (bei elektronischer Dateneingabe), die ab dem 1.1.2024 zum Einsatz kommt. Unterschiede gegenüber der Erfassung mit Papierbögen sind entsprechend gekennzeichnet.

Der elektronische und papierbasierte Variablensatz beinhaltet alle Items, die notwendig sind, um Qualitätsindikatoren der Akutbehandlung des Schlaganfalls abzubilden. Diese Qualitätsindikatoren wurden in einem standardisierten Vorgehen gemäß nationaler und internationaler Empfehlungen (u. a. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, AWMF, American Stroke Association, American College of Cardiology, Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations) definiert. Der Prozess der Erarbeitung evidenzbasierter Qualitätsindikatoren wurde initial im November 2003 auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) in Zusammenarbeit mit Vertretern zahlreicher Fachgesellschaften begonnen. Beteiligt waren die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, die regionalen Geschäftsstellen zur Qualitätssicherung in der stationären Behandlung sowie weitere Experten aus der Qualitätssicherung Schlaganfall. Die Entwicklung konnte im Januar 2006 erfolgreich abgeschlossen und die neuen Indikatoren in die Qualitätssicherung Schlaganfall eingeführt werden. Im Sommer 2009 wurden diese Indikatoren, basierend auf der Erfahrung von drei Jahren, einem kritischen Review unterzogen und einige wenige überarbeitet bzw. präzisiert sowie einheitliche Zielwerte festgelegt. Seitdem erfolgen in längeren Abständen Überprüfungen durch die ADSR. Die letzte Überarbeitung erfolgte im Dezember 2023.

Projektlogistik

Die Dokumentation von Schlaganfallpatienten erfolgt präferiert elektronisch in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) (1. Präferenz) oder alternativ auf Papierbögen (2. Präferenz).

Elektronische Erfassung mittels KIS-Modul:

Für die elektronische Dateneingabe ist das projektspezifische Schlaganfallmodul des jeweiligen KIS-Anbieters erforderlich. Dieses Modul trägt seit dem Jahr 2010 die Nummer 88/1. Die Spezifikation dieses Moduls kann vom Institut abgefordert oder von der Homepage des Projektes heruntergeladen werden. Im Erhebungsmodul hinterlegte Plausibilitätskontrollen („harte Regeln“) verhindern einen Versand fehlerhafter Daten. Sogenannte „weiche Regeln“ geben Hinweise, die jedoch ignoriert werden können und den Versand der Daten nicht beeinflussen.

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

Mit Beginn der Datenerhebung 2019 bekommt die erhebende Klinik keine Antwortdateien mehr zugesandt, da die Daten vollständig anonymisiert sind. Eine Überarbeitung oder Stornierung von Bögen ist somit nur über einen Reexport und Versand aller bisher erhobenen Datensätze möglich. In diesem Fall ist beim Datenversand anzugeben, dass es sich um einen Reexport handelt. Die erhebende Klinik erhält eine Bestätigung über den Eingang der Datenerlieferung mit der Angabe der insgesamt an der Datenannahmestelle vorliegenden Datensätze. Bei Diskrepanzen zur im erhebenden Institut dokumentierten Anzahl ist ein erneuter Export (Reexport über alle vorliegenden Daten) notwendig.

Papierbasierte Erfassung:

Für die Dokumentation auf Papierbögen werden vom Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin bereits gedruckte, mit einer Zentrums-ID und laufender Patientennummer versehene Bögen zur Verfügung gestellt. Im Interesse der Datenqualität ist auf die Ausfüllqualität zu achten (leserlich schreiben, die Kreuze in die Kästchen setzen, Korrekturen eindeutig zu kennzeichnen). **Aus Datenschutzgründen dürfen keine Patientenregistrierungslisten geführt werden, die eine Zuordnung des Patienten zum Schlaganfallbogen ermöglichen.**

Ergebnisse der Auswertungen werden regelmäßig an die beitragenden Kliniken zurückgegeben. Die Daten bleiben Eigentum der entsprechenden Klinik/Abteilung. Die beteiligten Kliniken räumen dem Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin (INSTITUT) das Recht auf weiterführende wissenschaftliche Auswertungen aus den anonymisierten Daten und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse ein. Darüber hinaus stellen die beteiligten Kliniken die anonymisierten Daten für gemeinsame Auswertungen der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall-Register (ADSR) und ggf. Publikationen der entstandenen Ergebnisse zur Verfügung. Aufgrund der Erhebung komplett anonymisierter Daten aus dieser Akutversorgung ist eine Einwilligungserklärung der Patienten nicht erforderlich. Eine Reidentifizierung ist weder durch die behandelnde Klinik noch durch die Koordinationsstelle an der Uni Münster möglich.

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

Die Ergebnismrückgabe an die beteiligten Kliniken erfolgt in Form von zwei Berichten pro Jahr. Der Halbjahresbericht erfasst Patienten mit einem Aufnahmezeitpunkt zwischen dem 1.1. und 30.6. eines Jahres, der Jahresbericht erfasst das gesamte vorangehende Jahr.

Deadline für die Einsendung der jeweiligen Berichtsdaten ist der 1. September für den Halbjahresbericht und der 1. März des Folgejahres für den Jahresbericht.

Die Berichte werden vier bis sechs Wochen später verschickt. Seit 2010 können die Berichte über den geschützten Bereich der Homepage des Projektes (qsnwd.uni-muenster.de) auch im PDF-Format heruntergeladen werden. Darüber hinaus hat jede Klinik das Recht, mit Zustellung des Jahresberichtes auch die eigenen Daten in einem Format der Wahl anzufordern und für eigene Zwecke zu verwenden. Über die Berichte hinausgehende weiterführende Auswertungen, z.B. auf Bundeslandebene, sind nach Absprache möglich.

Wichtige Projektadressen

Projektkoordination und Datenverarbeitung:

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

Projekthomepage:

qsnwd.uni-muenster.de

E-Mail:

nwdinfo@uni-muenster.de

Ansprechpartner:

Prof. Dr. Klaus Berger

Dr. rer. nat. Marianne Kalic

Tel: 0251-83-55650

Tel.: 0251-83-57587

Fax: 0251-83-55300

Fax: 0251-83-55300

Änderungen im Vergleich zum Vorjahr

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

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

Beschreibung/DATENFELD (2022)	Änderung
SCNIHSSA	Die Erhebung steht nicht mehr in Abhängigkeit zur Bildgebung. Das Feld rückt auf Zeile 22.2 vor (in der Erfassung mit KIS-Modul). Es ist ein Mussfeld. Der Wert 99 zeigt an, dass der Wert nicht erhoben oder unbekannt ist.

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

Ausfüllanleitung

Allgemeines

Erfasst werden:

Alle im Zeitraum **vom 01.01.2024 bis 31.12.2024 stationär aufgenommene** Patienten mit einem Alter von ≥ 18 Jahren am Aufnahmetag und einer DRG-Hauptdiagnose entsprechend der Tabelle „Einschluss-Diagnosen“ (s Anhang)

Ausgeschlossen werden:

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

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

Ablauf der Dokumentation

Elektronisch: Bei elektronischer Dokumentation über ein Krankenhausdokumentationssystem muss durch die Klinik das Modul 88/1 Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland vom Softwareanbieter des in der Klinik installierten KIS gekauft werden. Die Programmierung des entsprechenden Moduls erfolgt durch die Softwareanbieter und ist völlig unabhängig vom INSTITUT. Nach Installation werden zwei Zahlenangaben (Registriernummer und Verschlüsselungskennwort) vom INSTITUT benötigt, die wir Ihnen zusenden, sobald der Verantwortliche in der IT der teilnehmende Klinik Kontakt mit uns aufgenommen hat. Anschließend ist eine Textdatei exportierbar, die uns zur Erprobung des Datenimports zugesandt werden muss. Bei positiver Rückantwort kann dann in der Klinik über das Modul dokumentiert werden. Bei elektronischer Dokumentation müssen folgende Informationen im KIS hinterlegt werden bzw. sind von der Erfassungssoftware zu generieren:

Registriernummer und Verschlüsselungscode: Registriernummer und Verschlüsselungscode werden der teilnehmenden Klinik von der annehmenden Stelle (= *INSTITUT*) zugeteilt und sind eindeutig. Die Registriernummer beinhaltet die Kennung des Bundeslandes der teilnehmenden Klinik und die 5 – 8 Stelle des Institutionskennzeichens, der Verschlüsselungscode dient

zur Erzeugung einer 3des-verschlüsselten Transaktionsdatei, die an die annehmende Stelle verschickt wird.

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

Bei Stornierung oder Veränderung eines Bogens, der bereits exportiert und an die Datenannahmestelle versandt wurde, muss aufgrund der Anonymisierung, die ein Überschreiben der alten Daten verhindert, ein Reexport über alle bisher versendeten Datensätze gemacht werden.

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

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

Hinweise nur zum Ausfüllen der Papiererfassungsbögen

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

Beim Ausfüllen der Bögen bitte Folgendes beachten:

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

Zentrums- und laufende Patientenummer: Bei Dokumentation auf Papier sind sowohl die Zentrumsnummer als auch eine laufende Patientenummer bereits vergeben und in jeden Papiererfassungsbogen eingedruckt. Durch diese Maßnahme ist gesichert, dass kein Bogen doppelt eingescannt wird. Lücken in der laufenden Patientenummer, die durch Vernichten ein-

zelter 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 Patientenummer festgestellt, sondern durch die Zahl gescannter Bögen ermittelt.

Aufgrund der aus Datenschutzgründen notwendigen Anonymisierung darf von den Kliniken keine Patientenliste mit Bogennummern geführt werden!

Basis-/ Minimaldatensatz (MDS)

Basisdokumentation

Institutionskennzeichen (nur elektronische Erfassung):

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

Entlassender Standort (nur elektronische Erfassung):

Der entlassende Standort ist der Standort, an dem die endgültige Entlassung des Patienten erfolgte.

Die Standortnummern sind seit der Spezifikation 2020 neunstellig (Export sechsstellig) und bundesweit eindeutig. Sie werden gemäß § 293 Abs. 6 SGB V Vereinbarung über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vergeben. Das Feld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Aufnehmender Standort (nur elektronische Erfassung):

Der aufnehmende Standort ist der Standort, an dem die Aufnahme (erste Aufnahme / Beginn des Aufenthaltes) des Patienten erfolgte.

Die Standortnummern sind seit der Spezifikation 2020 neunstellig (Export sechsstellig) und bundesweit eindeutig. Sie werden gemäß § 293 Abs. 6 SGB V Vereinbarung über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen vergeben. Das Feld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

Betriebsstätten-Nummer (nur elektronische Erfassung):

Die Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Standort und gleicher Fachabteilungsnummer.

Die Betriebsstätten-Nummern ist für Krankenhäuser standardmäßig „1“ und kann von der QS-Software vorbelegt werden.

Fachabteilung (nur elektronische Erfassung):

Schlüssel gemäß § 301- Vereinbarung zur Datenübermittlung.

Identifikationsnummer des Patienten / Vorgangsnummer / Patientenummer:

Aus Datenschutzgründen darf die klinikintern geführte Identifikationsnummer des Patienten (z. B. Fallnummer des KIS-Systems) nicht in die für den Versand an das Qualitätssicherungspro-

jekt Schlaganfall Nordwestdeutschland vorgesehenen Dateien exportiert werden. Vor dem Export wird diese für die Klinik patientenidentifizierende Kennung durch die Dokumentationssoftware anonymisiert. Die Vorgangsnummer entspricht der Patientenummer bei Erfassung mittels Papierbögen.

Geburtsjahr:

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

Geschlecht:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) selbsterklärend

Postleitzahl (nur elektronische Erfassung):

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

Aufnahmedatum Krankenhaus:

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

Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:

Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.

Aufnahmezeit:

Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Krankenhausaufnahme an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.

Hauptdiagnose / ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis:

ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles (Die zulässigen Codes ergeben sich aus dem QS-Filter, der die Dokumentationspflicht anzeigt. s. Anhang)

Nach einer Lysetherapie oder intraarterieller Therapie ist auch nach vollständiger Rückbildung der Symptome ein Code für Hirninfarkt anzugeben.

Bei zusätzlichem Auftreten eines Inhouse-Stroke, der eine Lyse- oder intraarterielle Therapie erhält, ist ebenfalls ein Code für Hirninfarkt anzugeben.

Entlassungsdatum Krankenhaus:

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

Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung:

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

Entlassungsgrund nach § 301 SGB V:

In diesem Feld ist der Entlassungsgrund entsprechend § 301 SGB V zu übernehmen. Diese Information soll bei KIS-Erfassung automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten übernommen werden. Bei Papierdokumentation ist sie entsprechend markieren. Kann keiner der vorgegebenen Entlassungsgründe angegeben werden, so ist „nicht spezifischer Entlassungsgrund“ anzukreuzen.

Minimaldatensatz (MDS)

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

Als Minimaldatensatz zu dokumentieren sind:

1. Schlaganfälle, die älter als 7 Tage sind d.h. es liegt keine Akutbehandlung vor.
2. Schlaganfälle, bei denen die Entlassung bzw. Verlegung vor der ersten Bildgebung erfolgt.
3. Schlaganfälle, die nur zur Frührehabilitation aufgenommen werden.
4. Fälle, bei denen bereits vor Aufnahme eine palliative Zielsetzung festgelegt wurde (d.h. dass keinerlei leitliniengerechte Behandlung des Schlaganfalls sowie Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden).
5. Schlaganfälle, die aus sonstigen Gründen nicht dokumentiert werden können (z.B. Fälle, die nicht in der teilnehmenden Abteilung behandelt werden (z.B. Schlaganfälle, die neurochirurgisch versorgt werden oder Fälle mit Entlassung gegen ärztlichen Rat, wobei vom Patienten notwendige Diagnostik/Maßnahmen abgelehnt wurden). In diesem Fall ist als MDS „sonstiger Grund“ anzukreuzen und der Grund zu erläutern.

Datensatz Schlaganfall (Bogen Stroke)

Aufnahme

Zeitintervall Ereignis – Aufnahme:

(*nur eine Kategorie ankreuzbar*) Die Angabe erfolgt in den angegebenen Zeitintervallen. Ist der exakte Zeitpunkt erster Symptome nicht bestimmbar, soll das Intervall bestmöglich geschätzt werden. Bei nachts aufgetretenem Insult (Wake-up Stroke) wird die 2022 neu hinzugefügte Kategorie „Wake-up Stroke“ ausgewählt. Liegen keine Informationen über den Zeitpunkt des Schlaganfalls vor, so soll das Intervall "keine Abschätzung möglich" angekreuzt werden.

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

Versorgungssituation vor Akutereignis:

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

Übernahme im Krankenhaus (Übernahme aus ext. KH/anderer Abteilung):

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

Aufnahmestation im Krankenhaus (Aufnahme auf):

(*nur eine Kategorie ankreuzbar*) „*Allgemeinstation*“ bedeutet eine Station, auf der in der Regel kein ständiges Monitoring der Vitalfunktionen durchgeführt wird. Im Unterschied dazu bestehen auf der „*Intensivstation*“ die Möglichkeiten, Vitalfunktionen ständig zu überwachen, und eine Beatmung durchzuführen. So genannte „*Aufnahmestationen*“, auf denen Patienten für einige Stunden überwacht und dann weiterverlegt werden, zählen in diesem Projekt zu den „*Allgemeinstationen*“. „*Stroke Units*“ sind definiert als Schlaganfallspezialstationen, die entweder als solche zertifiziert sind, im Zertifizierungsverfahren stehen oder auf denen Schlaganfallpatienten gezielt behandelt werden. Ist die Aufnahmestation keiner der drei genannten Kategorie zuzuordnen (z.B. Notaufnahme), so ist das Feld „*Sonstiges*“ zu kreuzen.

Erstuntersuchung/Symptome bei Aufnahme

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

Motor. Ausfälle:

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

Sprachstörung:

umfasst alle Formen der Aphasie.

Sprechstörung:

beinhaltet alle Formen der Dysarthrie.

Schluckstörung:

umfasst alle Formen der Schluckstörungen.

Bewusstsein:

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

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

Rankin Skala bei Aufnahme

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

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

Die einzelnen Kategorien der Rankin Skala sind folgendermaßen definiert:

<i>Keine Symptome:</i>	Keinerlei Symptome auffällig, kann alle gewohnten Aufgaben verrichten.
<i>Keine wesentliche Funktionseinschränkung:</i>	Kann alle gewohnten Aufgaben/Aktivitäten trotz Symptomen verrichten.
<i>Geringgradige Funktionseinschränkung:</i>	Unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen.
<i>Mäßiggradige Funktionseinschränkung:</i>	Bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen.
<i>Mittelschwere Funktionseinschränkung:</i>	Unfähig, ohne Hilfe zu gehen und unfähig, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen.
<i>Schwere Funktionseinschränkung:</i>	Bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit.

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.

Ätiologie des Hirninfarktes gemäß TOAST-Kriterien (Infarktätiologie)

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

<i>kein Hirninfarkt:</i>	ist anzukreuzen, wenn kein Hirninfarkt, sondern eine Blutung oder eine TIA vorliegt und somit keine Infarktätiologie angegeben wird.
<i>atherothrombotisch:</i>	Nachgewiesene Thrombose der großen hirnversorgenden Gefäße.
<i>kardiogen-embolisch:</i>	Nachweis einer kardiogenen Emboliequelle.

<i>mikroangiopathisch:</i>	Marklagerarterien, meist lakunär.
<i>andere gesicherte Ursache:</i>	z.B. nachgewiesene, hämatologische Störungen. In diese Kategorie fällt auch die Dissektion .
<i>unklare Ätiologie:</i>	Ist anzukreuzen, wenn z.B. kein CCT/MRT durchgeführt wurde oder die Ätiologie trotz Diagnostik nicht zu klären war.
<i>konkurrierende Ursache:</i>	Ist anzukreuzen, wenn unklar ist, welche von mehreren, nachgewiesenen Ursachen hauptsächlich verantwortlich ist.

Diagnostik

Bildgebung durchgeführt (Bildgebung (CCT/MRT)):

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Wurde keine Bildgebung, d.h. weder eine kraniale Computertomographie noch eine Magnetresonanztomographie noch beides durchgeführt, ist „*keine Bildgebung erfolgt*“ anzukreuzen. Bei Patienten, bei denen bereits **vor Aufnahme** im dokumentierenden Krankenhaus ambulant oder in einem anderen Krankenhaus ein bildgebendes Verfahren durchgeführt wurde, ist „*1. Bildgebung vor Aufnahme*“ anzukreuzen.

Sind die **1. Bildgebung und weitere Bildgebungen im eigenen Haus** durchgeführt worden, so ist zu kreuzen, welches bzw. welche Verfahren benutzt wurde(n) (CT und/oder MRT). Es sind **Datum und Uhrzeit der ersten im eigenen Haus** durchgeführten Bildgebung (CT oder MRT) anzugeben. Bei KIS-Erhebung wird automatisch die „Door to Picture-Time“ berechnet.

Angiographie (CT/MR) nach Aufnahme:

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

Doppler/Duplex:

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

Gefäßverschluss:

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

Thrombolyse/Rekanalisation

Systemische Thrombolyse:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Intravenös applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt. Wird die Lysebehandlung im eigenen Haus durchgeführt, so sind bei Papierdokumentation Datum und Uhrzeit der Lyse anzugeben. Bei KIS-Erhebung wird automatisch die „Door-to- Lyse-Time“ berechnet.

Intraarterielle Therapie (IAT):

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

Erfolgt die intraarterielle Therapie im eigenen Haus, so sind **Datum und Uhrzeit der Leistenpunktion anzugeben**.

Art der Intraarteriellen Therapie (IAT):

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Erfolgt die intraarterielle Therapie im eigenen Haus, so ist anzugeben, ob eine Thrombektomie, eine i.a. Thrombolyse oder beides durchgeführt wurde.

Erfolgreiche Rekanalisation (TICI=IIb, III):

Hier soll das Ergebnis der Gefäßwiedereröffnung dokumentiert werden.

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

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

Verlegung

Datum und Uhrzeit der Verlegung zur IAT:

Erfolgt eine Verlegung zur Intraarteriellen Therapie, so sind Datum und Uhrzeit der Verlegung anzugeben.

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

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

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

Behinderungen bei Aufnahme

Barthel-Index

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

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

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

Blasenkontrolle

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

Lagewechsel Bett-Stuhl

<i>vollständ. selbständig:</i>	Unabhängig.
<i>geringe Unterstützung:</i>	Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung. „Geringe Unterstützung“ bedeutet, dass eine Person den Patienten problemlos unterstützen kann oder lediglich aus Sicherheitsgründen dabeisteht.
<i>große Unterstützung:</i>	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.

Weitere Diagnostik

Schlucktest n. Protokoll:

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

Symptomatische ipsilaterale Stenose der ACI:

(nur eine Kategorie ankreuzbar) Es ist der Grad der Stenose (nach NASCET) an der Arteria carotis interna **der betroffenen Seite** anzugeben. Liegt kein Verschluss vor, ist „nein“ anzukreuzen. Wenn keine Untersuchung erfolgte, ist „Nicht untersucht“ anzugeben. Kontralaterale Stenosen werden nicht erfasst.

Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24h:

Durchführung eines Langzeit-EKG bzw. Monitoring über mindestens 24 Stunden zur Diagnostik von Vorhofflimmern während des aktuellen stationären Aufenthaltes. Das Item ist nur mit „Ja“ zu kreuzen, wenn bei einem Patienten gezielt eine VHF Diagnostik durchgeführt wird, z.B.

ein event recorder angewendet (oder implantiert) wird oder eine spezielle Detektionssoftware für VHF/Rhythmusstörungen eingesetzt wird.

Risikofaktoren

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

Diabetes mellitus:

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

Vorhofflimmern:

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

Früherer Schlaganfall (Insult):

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

Hypertonie:

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

Therapiemaßnahmen/Frühe Sekundärprävention

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

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

Die Kategorie „Vit.-K-Antagonisten“ wird angekreuzt, wenn eine Marcumarisierung bereits eingeleitet oder im Entlassungsbrief empfohlen wurde. Ebenso wird diese Kategorie angekreuzt, wenn bei dem Patienten eine therapeutische Antikoagulation mit Heparin i.v. (**pTT wirksam**)

oder s.c. (**pTT- oder Anti-Xa-wirksam**) während des Aufenthaltes eingeleitet und bei Entlassung fortgeführt wurde. Werden Dabigatran, Rivaroxaban oder Apixaban verordnet, so wird die Kategorie „DOAK“ angekreuzt.

Beatmung:

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

Revaskularisierung der ACI:

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

Therapie

Physiotherapie/Ergotherapie:

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

Logopädie:

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

Komplikationen (mehrere Kategorien ankreuzbar)

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

Komplikation:

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

Pneumonie:

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

Erhöhter Hirndruck:

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

Symptomatische Intrazerebrale Blutung:

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

Andere Komplikationen:

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

Behinderungen bei Entlassung

Rankin Skala:

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

Barthel-Index bei Entlassung

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

Sekundärprophylaxe

Statine:

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

Entlassung

Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst:

Der Patient wurde in eine Reha-Klinik verlegt oder die Aufnahme in einer Reha-Klinik wurde terminiert oder es wurde eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet oder im Entlassungsbrief empfohlen. Bei (ggf. interner) Verlegung in eine Geriatrische Klinik ist ebenfalls "ja" einzugeben.

Geplante Reha nach Entlassung aus der Akutbehandlung:

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

Für eine geplante neurologische Rehabilitation der Phasen B-D sind die entsprechenden Kategorien anzugeben, bei Phase D ist zwischen stationärer oder ambulanter/teilstationärer Rehabilitation zu unterscheiden. Patienten, die in die geriatrische Rehabilitation verlegt werden oder an einer geriatrische Frühreha (Komplexbehandlung) teilnehmen, sind unter der Kategorie „geriatrische Rehabilitation“ zu kreuzen. Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der aufgeführten Kategorien, die noch während der akutstationären Behandlung eingeleitet oder geplant wurden, sind unter „sonstige Rehabilitation“ anzukreuzen. Das Item „geplante Reha“ erlaubt zusammen mit dem Item „Entlassungsart“ eine spezifischere Auswertung und Aufschlüsselung der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen bei den behandelten Patienten.

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

Hier ist zu dokumentieren, ob in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel "nur palliative Zielsetzung" oder "therapia minima" dokumentiert ist. Hinweise wie "keine Reanimation" oder "keine Beatmung" sind nicht ausreichend. Eine palliative Therapiezielsetzung sollte in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes dokumentiert sein.

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

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

Datenversand

Die elektronisch erfassten Daten werden in verschlüsselter Form per Mail an das Institut verschickt (Kontaktadresse zur Datenannahme: nwdinfo@uni-muenster.de). Der Datenversand soll in regelmäßigen Abständen erfolgen. Ein quartalsweiser Versand ist ausreichend. Da mit dem Erhebungsjahr 2019 aufgrund der vollständigen Anonymisierung keine Antwortdateien verschickt werden, erhält der Versender eine Mail, die den Eingang der Daten bestätigt.

Ausgefüllte Papierbögen sollen im **Original** an das INSTITUT in Münster geschickt werden. Sollten Kopien für die Krankengeschichten oder eigene Unterlagen benötigt werden, müssen diese vom Original **vor** Einsendung angefertigt werden. **Eine regelmäßige (=monatliche) Einsendung der Bögen an das INSTITUT ist erforderlich, um eine kontinuierliche Bearbeitung zu gewährleisten.** Die Ausfüllanleitung für die Erfassungsbögen sowie die Publikationen für die verwendeten Skalen finden sich in diesem Projekthandbuch.

Auswertung der Ergebnisse

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

Einsendeschluss für Patienten, die zwischen dem 01.01 und dem 30.6. eines Jahres stationär aufgenommen wurden, ist der **01.09.** des betreffenden Jahres (Halbjahresauswertung).

Einsendeschluss für Patienten, die zwischen dem 01.07. und 31.12. eines Jahres aufgenommen wurden, ist der **01.03.** des Folgejahres (Jahresauswertung). In der Jahresauswertung werden alle Patienten aus beiden Halbjahren berücksichtigt. Deswegen können Bögen, die zu spät für die Halbjahresauswertung eingereicht werden, für die Jahresauswertung noch berücksichtigt werden.

Internetservice

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

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

Frequently asked questions

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

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

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

Antwort: Wo immer es geht, sollen fehlerhaft gesetzte Kreuze oder versehentlich falsch eingetragene Zahlen mit **TippEx flüssig** überschrieben werden. Dabei ist darauf zu achten, dass eine gute Weiß-Deckung erreicht wird und die fehlerhafte Markierung komplett überdeckt wird. Anschließend wird die entsprechende Zahl korrigiert oder das Kreuz an der richtigen Stelle gesetzt. Haben sich mehrere Fehler eingeschlichen oder sind sie nicht korrigierbar, ist ein neuer Bogen auszufüllen und der alte zu vernichten. Die dadurch erfolgende Änderung in der laufenden Patientenummer 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 einem Softwareformat eigener Wahl (SPSS, SAS, STATA, Excel, CSV, o.ä.) auf Anfrage zugesandt.

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

Anhang

QS-Filter (Einbezogene DRG - Hauptdiagnosen ICD-10-GM und OPS, Ausschlussdiagnosen und Ausschlussprozeduren)

Algorithmus in Textform

Eine Einschluss-Hauptdiagnose aus der Tabelle ADSR_ICD und keine Ausschluss-Diagnose aus der Tabelle ADSR_ICD_EX und
(
neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (Tabelle ADSR_OPS_KOMPL)
oder
keine Frührehabilitation (Tabelle ADSR_OPS_FRUEH) oder
keine Zuverlegung aus anderem Krankenhaus
)
und

Alter am Aufnahmezeitpunkt ≥ 18

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (= Krankenhausbehandlung, teilstationär) und nicht 04 (= vorstationär Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behandlung) und die Aufnahme ist im Jahr 2021 und das Entlassungsdatum ist (noch) nicht bekannt oder liegt vor dem 01. Januar 2023

Administratives Einschlusskriterium als Formel

```
HDIAG IN ADSR_ICD UND
DIAG KEINSIN ADSR_ICD_EX UND
(
PROZ EINSIN ADSR_OPS_KOMPL ODER
PROZ KEINSIN ADSR_OPS_FRUEH ODER
IKNRVERANLKH = LEER
)
UND
ALTER  $\geq 18$ 
```

Diagnose(n) der Tabelle ADSR_ICD

ICD-Kode Titel

- G45.02 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.03 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
- G45.09 Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- G45.12 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.13 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
- G45.19 Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- G45.22 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.23 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
- G45.29 Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- G45.32 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.33 Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
- G45.39 Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- G45.82 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.83 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde

- G45.89 Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- G45.92 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
- G45.93 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
- G45.99 Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
- I60.0 Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend
- I60.1 Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend
- I60.2 Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
- I60.3 Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
- I60.4 Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend
- I60.5 Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend
- I60.6 Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend
- I60.7 Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
- I60.8 Sonstige Subarachnoidalblutung
- I60.9 Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet
- I61.0 Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
- I61.1 Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal
- I61.2 Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
- I61.3 Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
- I61.4 Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
- I61.5 Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
- I61.6 Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen
- I61.8 Sonstige intrazerebrale Blutung
- I61.9 Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet
- I63.0 Hirninfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
- I63.1 Hirninfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
- I63.2 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
- I63.3 Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
- I63.4 Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
- I63.5 Hirninfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
- I63.6 Hirninfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
- I63.8 Sonstiger Hirninfarkt
- I63.9 Hirninfarkt, nicht näher bezeichnet
- I64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Diagnose(n) der Tabelle ADSR_ICD_EX

ICD-Kode Titel

- C70.0 Bösartige Neubildung: Hirnhäute
- C70.9 Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
- C71.0 Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
- C71.1 Bösartige Neubildung: Frontallappen
- C71.2 Bösartige Neubildung: Temporallappen

Projekthandbuch Qualitätssicherung Schlaganfall Nordwestdeutschland 2024 (Version: 1.2024, Stand Januar 2024)

Autor: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster, Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall Register (ADSR)

Copyright: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin Universität Münster, Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfall Register (ADSR), 2024

- C71.3 Bösartige Neubildung: Parietallappen
- C71.4 Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
- C71.5 Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
- C71.6 Bösartige Neubildung: Zerebellum
- C71.7 Bösartige Neubildung: Hirnstamm
- C71.8 Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
- C71.9 Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
- C72.8 Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
- C72.9 Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
- C79.3 Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
- D32.0 Gutartige Neubildung: Hirnhäute
- D32.9 Gutartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
- D33.0 Gutartige Neubildung: Gehirn, supratentoriell
- D33.1 Gutartige Neubildung: Gehirn, infratentoriell
- D33.2 Gutartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
- D33.7 Gutartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete Teile des Zentralnervensystems
- D33.9 Gutartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
- I67.10 Zerebrales Aneurysma (erworben)
- I67.11 Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)
- S06.0 Gehirnerschütterung
- S06.1 Traumatisches Hirnödem
- S06.20 Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
- S06.21 Diffuse Hirnkontusionen
- S06.22 Diffuse Kleinhirnkontusionen
- S06.23 Multiple intrazerebrale und zerebellare Hämatome
- S06.28 Sonstige diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzungen
- S06.30 Umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet
- S06.31 Umschriebene Hirnkontusion
- S06.32 Umschriebene Kleinhirnkontusion
- S06.33 Umschriebenes zerebrales Hämatom
- S06.34 Umschriebenes zerebellares Hämatom
- S06.38 Sonstige umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzungen
- S06.4 Epidurale Blutung
- S06.5 Traumatische subdurale Blutung
- S06.6 Traumatische subarachnoidale Blutung
- S06.70 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Weniger als 30 Minuten
- S06.71 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: 30 Minuten bis 24 Stunden
- S06.72 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, mit Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
- S06.73 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Mehr als 24 Stunden, ohne Rückkehr zum vorher bestehenden Bewusstseinsgrad
- S06.79 Bewusstlosigkeit bei Schädel-Hirn-Trauma: Dauer nicht näher bezeichnet
- S06.8 Sonstige intrakranielle Verletzungen
- S06.9 Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet
- S07.0 Zerquetschung des Gesichtes
- S07.1 Zerquetschung des Schädels
- S07.8 Zerquetschung sonstiger Teile des Kopfes

S07.9	Zerquetschung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet
S08.0	Skalpierungsverletzung
S08.1	Traumatische Amputation des Ohres
S08.8	Traumatische Amputation sonstiger Teile des Kopfes
S08.9	Traumatische Amputation eines nicht näher bezeichneten Teiles des Kopfes
S09.0	Verletzung von Blutgefäßen des Kopfes, anderenorts nicht klassifiziert
S09.1	Verletzung von Muskeln und Sehnen des Kopfes
S09.2	Traumatische Trommelfellruptur
S09.7	Multiple Verletzungen des Kopfes
S09.8	Sonstige näher bezeichnete Verletzungen des Kopfes
S09.9	Nicht näher bezeichnete Verletzung des Kopfes

Prozedur(en) der Tabelle ADSR_OPS_KOMPL

OPS-Kode Titel

8-981.20	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-981.21	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-981.22	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
8-981.23	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit ohne (kontinuierliche) Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden
8-981.30	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-981.31	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-981.32	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
8-981.33	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Auf einer Schlaganfalleinheit mit Möglichkeit zur Durchführung von Thrombektomien und intrakraniellen Eingriffen: Mehr als 96 Stunden
8-98b.20	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
8-98b.21	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
8-98b.22	Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden

- 8-98b.23 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Ohne Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 96 Stunden
- 8-98b.30 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mindestens 24 bis höchstens 48 Stunden
- 8-98b.31 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 48 bis höchstens 72 Stunden
- 8-98b.32 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 72 bis höchstens 96 Stunden
- 8-98b.33 Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mit Anwendung eines Telekonsildienstes: Mehr als 96 Stunden

Prozedur(en) der Tabelle ADSR_OPS_FRUEH

OPS-Kode	Titel
8-550.0	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
8-550.1	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
8-550.2	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten
8-552.0	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-552.5	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-552.6	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
8-552.7	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
8-552.8	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
8-552.9	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage
8-559.30	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.31	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.32	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
8-559.33	Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

- 8-559.40 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.41 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.42 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.43 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.50 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.51 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.52 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.53 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.60 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.61 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.62 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.63 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 34 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.70 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.71 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.72 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.73 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 35 bis höchstens 41 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche

- 8-559.80 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 15 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.81 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 20 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.82 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 30 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche
- 8-559.83 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation: Mindestens 42 Behandlungstage: Durchschnittlicher Einsatz von 40 Therapieeinheiten (jeweils von mindestens 30 Minuten) pro Woche