|  |  |
| --- | --- |
| Basisdatensatz | |
| Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden. | |
| 1-16 | Basisdokumentation |
| 1 | Institutionskennzeichen |
| 2 | Entlassender Standort |
| 3 | Aufnehmender Standort |
| 4 | Betriebsstätten-Nummer |
| 5 | Fachabteilung  § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de |
| 6 | Identifikationsnummer des Patienten |
| 7 | Geburtsdatum  TT.MM.JJJJ  .. |
| 8 | Geschlecht  1 = männlich  2 = weiblich  3 = divers  8 = unbestimmt |
| 9 | 5-stellige PLZ des Wohnortes |
| 10 | Aufnahmedatum Krankenhaus  TT.MM.JJJJ  .. |
| 11 | Aufnahmezeit Krankenhaus  HH:MM  : |
| 12 | Hauptdiagnose  ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses  . |
| 13 | Vorzeitiger Abschluss des Falles  1 = Ereignis älter als 7 Tage  2 = Entlassung bzw. Verlegung vor erster Bildgebung  3 = nur Frührehabilitation (ohne Akutbehandlung)  4 = bereits vor Aufnahme wurde eine palliative Zielsetzung festgelegt  9 = sonstiger Grund |
| ***wenn Feld 13 = 9*** | |
| 14> | Erläuterung zum sonstigen Grund  Textfeld 255 Zeichen |
| 15 | Entlassungsdatum Krankenhaus  TT.MM.JJJJ  .. |
| 16.1 | Entlassungsgrund  § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de  Schlüssel 1 |
| 16.2 | nicht spezifizierter Entlassungs­grund  1 = ja |

|  |  |
| --- | --- |
| Stroke | |
| Maximal ein Bogen muss ausgefüllt werden. | |
| 17-20 | AUFNAHME |
| 17 | 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 |
| ***wenn Feld 17 = 11*** | |
| 18.1> | Datum des Inhouse-Stroke  TT.MM.JJJJ  .. |
| 18.2> | Uhrzeit des Inhouse-Stroke  HH:MM  : |
| 19 | Versorgungssituation vor Akutereignis  1 = unabhängig zu Hause  2 = Pflege zu Hause  3 = Pflege in Institution |
| 20.1-22 | Erstuntersuchung/Symptome |
| 20.1 | Motorische Ausfälle bei Aufnahme  (Arm/Hand u./o. Bein/Fuß)  0 = nein  1 = ja  9 = nicht bestimmbar |
| 20.2 | Sprachstörungen bei Aufnahme  0 = nein  1 = ja  9 = nicht bestimmbar |
| 20.3 | Sprechstörungen bei Aufnahme  0 = nein  1 = ja  9 = nicht bestimmbar |
| 20.4 | Schluckstörungen bei Aufnahme  0 = nein  1 = ja  9 = nicht bestimmbar |
| 21 | Bewusstsein bei Aufnahme  1 = wach  2 = somnolent/soporös  3 = komatös |
| 22 | Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme  0 = Keine Symptome  1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung  2 = Geringgradige Funktionseinschränkung  3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung  4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung  5 = Schwere Funktionseinschränkung |
| 23-28.5 | Diagnostik |
| 23 | Bildgebung durchgeführt  0 = keine Bildgebung erfolgt  1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme  2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus |
| ***wenn Feld 23 = 2*** | |
| 24.1> | Bildgebung durchgeführt am  TT.MM.JJJJ  .. |
| 24.2> | Bildgebung durchgeführt um  HH:MM  : |
| ***wenn Feld 23 IN (1; 2)*** | |
| 25.1> | NIH-Stroke Scale bei Aufnahme  0 - 42 |
| 25.2> | 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 |
| 26 | 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 |
| ***wenn Feld 25.2 <> 0 oder Feld 26 <> 0*** | |
| 27> | Gefäßverschluss  0 = nein  1 = ja |
| ***wenn Feld 27 = 1*** | |
| 28.1>> | Carotis-T  1 = ja |
| 28.2>> | M1  1 = ja |
| 28.3>> | M2  1 = ja |
| 28.4>> | BA  1 = ja |
| 28.5>> | Sonstige  1 = ja |
| 29-33 | Thrombolyse/Rekanalisation |
| 29 | Systemische Thrombolyse  0 = nein  1 = vor Aufnahme  2 = im eigenen Haus  3 = Verlegung zur Thrombolyse |
| ***wenn Feld 29 = 2*** | |
| 30.1> | Beginn Lyse am  TT.MM.JJJJ  .. |
| 30.2> | Beginn Lyse um  HH:MM  : |
| 31 | Intraarterielle Therapie (IAT)  0 = nein  1 = vor Aufnahme  2 = im eigenen Haus  3 = Verlegung zur geplanten IAT |
| ***wenn Feld 31 = 2*** | |
| 32.1> | Intraarterielle Therapie (IAT) im eigenen Haus  1 = nach Primärbehandlung im eigenen Haus (Direct to center)  2 = nach Primärbehandlung in externer Einrichtung (Drip and Ship) |
| 32.2> | Punktion Leiste am  TT.MM.JJJJ  .. |
| 32.3> | Punktion Leiste um  HH:MM  : |
| 32.4> | Erfolgreiche Rekanalisation  (TICI = IIb- III)  0 = nein  1 = ja |
| ***wenn Feld 31 = 3*** | |
| 33.1> | Verlegung zur IAT am  TT.MM.JJJJ  .. |
| 33.2> | Verlegung zur IAT um  HH:MM    : |
| 34 | Verlegung innerhalb 12 h |
| 34 | Verlegung nach Primärdiagnostik/  -therapie (innerh. 12 h nach Aufnahme)  0 = nein  1 = ja, mit späterer Rückverlegung  2 = ja, ohne spätere Rückverlegung |
| ***wenn Feld 34 IN (0; 1)*** | |
| 35.1-35.3 | Behinderung |
| 35.1> | Barthel-Index bei Aufnahme  Blasenkontrolle  0 = inkontinent  5 = gelegentlicher Verlust  10 = kontinent |
| 35.2> | Barthel-Index bei Aufnahme  Lagewechsel Bett-Stuhl  0 = vollständig abhängig  5 = große Unterstützung  10 = geringe Unterstützung  15 = vollständig selbstständig |
| 35.3> | Barthel-Index bei Aufnahme  Fortbewegung  0 = vollständig abhängig  5 = große Unterstützung  10 = geringe Unterstützung  15 = vollständig selbstständig |
| 36.1-36.3 | Weitere Diagnostik |
| 36.1> | Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis  0 = nein  1 = ja  9 = nicht durchführbar |
| 36.2> | 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 |
| 36.3> | Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h  mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion  0 = nein  1 = ja |
| 37.1-37.4 | Risikofaktoren |
| 37.1> | Diabetes mellitus  0 = nein  1 = ja |
| 37.2> | Vorhofflimmern  0 = nein  1 = ja, vorbekannt  2 = ja, neu diagnostiziert |
| 37.3> | Früherer Schlaganfall  0 = nein  1 = ja |
| 37.4> | Hypertonie  0 = nein  1 = ja |
| 38.1-38.3 | Therapiemaßnahmen /  Frühe Sekundärprävention |
| 38.1> | Antikoagulanzien  (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)  0 = nein  1 = Vitamin K-Antagonisten  2 = DOAK (direkte orale Antikoagulantien) |
| 38.2> | Beatmung  0 = nein  1 = ja |
| 38.3> | Revaskularisierung der Carotis  0 = nein  1 = ja (Revaskularisierung während des stationären  Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief ) |
| 39.1-39.2 | Therapie |
| 39.1> | Physiotherapie  0 = nein  1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme  2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme |
| 39.2> | Logopädie  0 = nein  1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme  2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme |
| 40-41.4 | Komplikationen  (Nur im Verlauf erworben.) |
| 40> | Komplikationen  0 = nein  1 = ja |
| ***wenn Feld 40 = 1*** | |
| 41.1>> | Pneumonie  1 = ja |
| 41.2>> | Erhöhter Hirndruck  1 = ja |
| 41.3>> | Sympt. Intrazerebrale Blutung  1 = ja |
| 41.4>> | Andere Komplikation(en)  1 = ja |
| 42-48 | BEHANDLUNGSENDE |
| 42-43.3 | Behinderung |
| 42> | 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 |
| ***wenn Feld 42 <> 6*** | |
| 43.1>> | Barthel-Index  Blasenkontrolle  0 = inkontinent  5 = gelengentlicher Verlust  10 = kontinent |
| 43.2>> | Barthel-Index  Lagewechsel Bett-Stuhl  0 = vollständig abhängig  5 = große Unterstützung  10 = geringe Unterstützung  15 = vollständig selbstständig |
| 43.3>> | Barthel-Index  Fortbewegung  0 = vollständig abhängig  5 = große Unterstützung  10 = geringe Unterstützung  15 = vollständig selbstständig |
| 44 | Sekundärprophylaxe |
| 44>> | Statine  (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)  0 = nein  1 = ja |
| 45-48 | Entlassung |
| 45>> | Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst  (§ 40 SGB V)  0 = nein  1 = ja |
| 46> | Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?  0 = nein  1 = ja |
| ***wenn Feld 46 = 1*** | |
| 47>> | Datum des Eintrags in der Patientenakte  TT.MM.JJJJ  .. |
| 48> | Behandlung auf Stroke Unit  0 = nein  1 = ja |

|  |  |
| --- | --- |
| Nordrhein Stroke | |
| Maximal ein Bogen muss ausgefüllt werden. | |
| 49 | AUFNAHME |
| 49 | Übernahme aus anderem Krankenhaus  0 = nein  1 = ja |
| 50 - 52 | Diagnostik |
| ***wenn Feld 23 = 2*** | |
| 50> | Erste Bildgebung mit  1 = CCT  2 = MRT |
| ***wenn Feld 34 <> 2*** | |
| 51> | Transthorakale Echokardiografie  0 = nein  1 = ja |
| 52> | Transösophageale Echokardiografie  0 = nein  1 = ja |

|  |
| --- |
| **Schlüssel 1**  1 = Behandlung regulär beendet  2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre  Behandlung vorgesehen  3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet  4 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet  5 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers  6 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus  7 = Tod  8 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen  einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in  der am 31.12.2003 geltenden Fassung)  9 = 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)  30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die  Übergangspflege |