

Projektbandbuch 2025



Qualitätssicherung in der Schlaganfall- behandlung in Nordrhein

Ressort II

Inhalt

1. Projektbeschreibung	3
1.2 Historie	3
1.3 Kooperationsvereinbarung	3
1.4 Datenmanagement	4
1.5 Auswertungen	4
1.6 Kontakt	4
2. Spezifikation Nordrhein	5
2.1 Einschlussdiagnosen	6
2.2 Datensatz Änderungen 2025	8
2.3 Erfassungsbogen und Ausfüllhinweise zum Datensatz 2025	8
2.4 Erläuterungen zum NIHSS	9
3. EDV-Erhebungsinstrument „STROKE 2025“	10
3.1 Kurzanleitung	10
3.2 Installation	10
3.3 Start	10
3.4 Datensatz anlegen	11
3.5 Hauptfenster	12
3.6 Ausfüllhinweise	13
3.7 Fehler bearbeiten	13
3.8 Optionen einstellen	15
3.9 Daten exportieren	16
3.10 Neuerungen Datenexport ab 2022	17
4. Auswertungsportal	18
5. Materialien	18
6. Qualitätsindikatoren der ADSR	19

1. Projektbeschreibung

Jährlich erleiden ca. 270.000 Menschen in Deutschland einen Schlaganfall, davon sind 10 - 15% unter 55 Jahren alt. Der Schlaganfall stellt in Deutschland die dritthäufigste Todesursache dar und ist einer der häufigsten Ursachen von schwerer und lebenslanger Behinderung bei Erwachsenen. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer weiteren Zunahme der Erkrankungszahlen zu rechnen. Eine rasche, gut koordinierte und qualitativ gute stationäre Versorgung kann die Sterblichkeit und verbleibende Funktionseinschränkungen von durch Schlaganfälle betroffene Patientinnen und Patienten mindern.

Die medizinische Versorgung in der Schlaganfallbehandlung wird von einem qualitätssichernden Projekt begleitet, das die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in der Schlaganfalltherapie anhand einer standardisierten Dokumentation ermöglicht. Durch regelmäßige Auswertungen sollen Verbesserungspotentiale erkannt und eine Diskussionsplattform für die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität geschaffen werden.

1.2 Historie

Im Jahre 2000 wurde zu diesem Zweck durch die Ärztekammer Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein das interdisziplinäre Projekt „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung in Nordrhein“ unter dem Dach des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) etabliert. In den vergangenen Jahren beteiligten sich daran auf freiwilliger Basis zunehmend mehr Einrichtungen, in denen akute Schlaganfallpatienten versorgt werden. Aktuell wird bereits deutlich mehr als die Hälfte der im Kammergebiet durchgeführten Schlaganfallbehandlungen in diesem Register erfasst und ausgewertet. Seit 2004 ist das Projekt Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR), einem Zusammenschluss von Schlaganfall-Qualitätssicherungsprojekten in verschiedenen Bundesländern.

Seit 2010 wird das Projekt durch die Ärztekammer Nordrhein koordiniert. Die Teilnahme an der Dokumentation erfüllt die Kriterien für die Zertifizierung von Stroke Units der Deutschen Schlaganfallgesellschaft (DSG).

1.3 Kooperationsvereinbarung

Zwischen den teilnehmenden Einrichtungen und der Ärztekammer Nordrhein (Koordinationsstelle) wird eine Kooperationsvereinbarung getroffen. Danach ist die Teilnahme am Projekt (Mitgliedschaft) freiwillig und steht allen Einrichtungen in Nordrhein unabhängig von ihrer Fachrichtung offen, sofern sie eine Akutbehandlung von Schlaganfallpatienten durchführen. Die Mitgliedschaft ist kostenpflichtig. Die Kostenbeteiligung richtet sich nach dem geltenden Kostenindex. Die Dokumentation von Schlaganfallpatienten erfolgt strikt anonymisiert. Das komplette Datenmanagement, die Datenauswertung sowie die Erstellung von Berichten erfolgt durch die Koordinationsstelle. Die Daten selbst bleiben Eigentum der einsendenden Einrichtung. Die Koordinationsstelle erhält das Recht, die Daten oder Teile davon anonymisiert für wissenschaftliche Projekte oder Fragen der Versorgungsforschung zu nutzen oder auszuwerten. Darüber hinaus stellen die beteiligten Einrichtungen die Daten anonymisiert der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) als Poolungsstelle für gemeinsame Auswertungen und ggf. für Publikationen der entstandenen Ergebnisse zur Verfügung. Eine Weitergabe von Daten an Dritte ist nur mit schriftlicher Zustimmung möglich.

1.4 Datenmanagement

Die Dokumentation der Behandlungsdaten erfolgt elektronisch über die Dateneingabe in ein Krankenhausinformationssystem (KIS) oder über das von der Ärztekammer Nordrhein kostenfrei zur Verfügung gestellte, netzwerkfähige EDV-Erhebungsinstrument „STROKE“. Für die elektronische Dateneingabe über das KIS-System ist der Einsatz eines projektspezifischen Schlaganfallmoduls des jeweiligen KIS-Anbieters erforderlich. Die dafür gültige Spezifikation wird auf der Projektwebseite der Ärztekammer Nordrhein publiziert.

Die erfassten Daten werden beim Datenexport anonymisiert und als verschlüsselter Mailanhang an die Ärztekammer Nordrhein geschickt.

Empfehlenswert ist die Verschlüsselung der Exportdatei nach dem 3DES-Verfahren. Die Exportdatei enthält eine komprimierte Steuer-Datei und Daten-Dateien für jeden Teildatensatz (Basis, Stroke und Nordrhein Stroke). Eine Verschlüsselung einer Exportdatei mit einer jeweils aktuellen Gnu-PG-Version (GNU Privacy Guard) ist ebenfalls möglich. Die Daten bleiben Eigentum der einsendenden Einrichtung. Die dokumentierten Daten werden von den Teilnehmern in regelmäßigen zeitlichen Intervallen, mindestens quartalsmäßig, an die Koordinationsstelle gesandt.

1.5 Auswertungen

Die Ergebnismrückgabe an die beteiligten Einrichtungen erfolgt in Form von mindestens zwei Auswertungen pro Jahr. Für die Jahresauswertungen müssen alle Daten eines Erfassungsjahres bis spätestens zum 28. Februar des Folgejahres der Ärztekammer vorliegen. Die Jahresauswertung erfasst alle Patienten, die zwischen dem 01.01. und 31.12. des Erfassungsjahres aufgenommen und bis zum 31.01. des Folgejahres entlassen wurden. Die Jahresauswertungen werden im 2. Quartal des Folgejahres erstellt. In Tabellen und Grafiken werden die erhobenen Items anschaulich für jede Einrichtung dargestellt. Ein Vergleich mit den Daten des jeweils vorangegangenen Auswertungsjahres vermittelt den Trend über die Zeitachse. Über anonymisierte Benchmarking-Diagramme kann sich jede Einrichtung mit den anderen teilnehmenden Einrichtungen des Registers vergleichen. Im Rahmen der Auswertung werden Qualitätsindikatoren berechnet, die in einem standardisierten Verfahren gemäß nationalen und internationalen Empfehlungen durch einen multidisziplinär besetzten Expertenkreis unter Koordination der ADSR definiert und weiterentwickelt wurden. Sie kommen seit 2006 in den Berichten aller regionalen Qualitätssicherungsprojekte der ADSR zur Anwendung. Diese Indikatoren werden kontinuierlich überarbeitet einschließlich Festlegung einheitlicher Zielwerte. Auf Wunsch werden kurzfristig einrichtungsbezogene Sonderauswertungen beispielsweise für eine geplante Zertifizierung erstellt. Die Auswertungen werden den Einrichtungen über ein QS-Portal („Auswertungsportal“) zur Verfügung gestellt.

1.6 Kontakt

Ärztekammer Nordrhein
Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Projektkoordinatorin: Dr. med. Jana Mester
Telefon: 0211 4302-2711
Fax: 0211 4302-2709
Mail: qs-stroke@aekno.de

Projektwebseite

Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung

Auswertungsportal

QS Schlaganfallbehandlung

2. Spezifikation Nordrhein

Eingesetzt wird der jeweils aktuelle QS-Filter der ADSR für die Schlaganfall-Akutbehandlung

„**Schlaganfall-Akutbehandlung bei Patienten ab 18 Jahren (exkl. Subarachnoidalblutungen)**“

Erfasst werden **alle stationären Patienten \geq 18 Jahre mit den Hauptdiagnosen** TIA, Hirninfarkt und intrazerebraler (Massen-)Blutung. Die ICD muss die Hauptdiagnose für eine **stationäre** Behandlung oder Diagnostik in der dokumentierenden (konservativen) Einrichtung repräsentieren. Es werden **alle stationären Aufenthalte** von Patienten mit diesen Diagnosen dokumentiert, auch wenn der Aufenthalt nur wenige Stunden dauerte.

Nicht erfasst werden

- ausschließlich **ambulante** Behandlungen und Diagnostik
- **stationäre** Behandlungen in **operativen** Abteilungen
- Behandlungsfälle mit **Ausschluss-ICDs** und **Ausschluss-OPS**

Bei Fallzusammenführungen (z. B. bei Wiederaufnahmen innerhalb der Grenzverweildauer) ist der zusammengeführte Fall in einem Datensatz abzubilden. Inhaltlich müssen die Angaben der beiden stationären Aufenthalte sinnvoll zusammengeführt werden, als hätte der Patient/die Patientin das Krankenhaus nicht zwischenzeitlich verlassen.

Spezifikation 2025 Nordrhein

QS-Filter ADSR 2025

2.1 Einschlussdiagnosen

Einbezogene Hauptdiagnosen ICD-10-GM 2025

ICD-10-Code	Titel
	Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome G45
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

ICD-10 Code	Titel
	Intrazerebrale Blutung I61
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
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

ICD-10-Code	Titel
	Hirnfarkt I63
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

2.2 Datensatz Änderungen 2025

Analog zur ADSR-Spezifikation 2025 wurden folgende Punkte geändert:

1. Feld 38.1 „Antikoagulantien“

Die Schlüsselwerte wurden auf 0 = nein, 1 = OAK (Vitamin K-Antagonisten oder DOAK) geändert.

2. Feld 50 „Vorbehandlung mit Antikoagulantien“

Die Schlüsselwerte wurden auf 0 = nein, 1 = OAK (Vitamin K-Antagonisten oder DOAK) geändert.

2.3 Erfassungsbogen und Ausfüllhinweise zum Datensatz 2025

Der Erfassungsbogen sowie die Ausfüllhinweise zum Datensatz für 2025 sind hier zu finden:

[Materialien zum Herunterladen](#)

2.4 Erläuterungen zum NIHSS

1a	Bewußtseinslage (Vigilanz)	(0) Wach, unmittelbar antwortend. (1) Benommen, aber durch geringe Stimulation zum Befolgen von Reaktionen zu bewegen. (2) Somnolent, bedarf wiederholter Stimulation um aufmerksam oder schmerzhafter Stimulation zum Erzielen von Bewegungen. (3) Koma, antwortet nur mit motorischen oder vegetativen Reflexen ohne Reflexe. <i>Anmerkung: bei Koma erhält Skala 7 (Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
1b	Orientierung	Frage nach Monat und Alter (0) beide Fragen richtig beantwortet. (1) eine Frage richtig beantwortet. (2) keine Frage richtig beantwortet.
1c	Befolgung von Aufforderungen	Aufforderung die Augen und die nicht paretische Hand zu öffnen und zu schließen (0) beide Aufforderung richtig befolgt. (1) eine Aufforderung richtig befolgt. (2) keine Aufforderung richtig befolgt.
2	Blickbewegungen (Oculomotorik)	(0) Normal. (1) Partielle Blickparese = wenn die Blickrichtung von einem oder <u>bd.</u> Augen abnormal ist, jedoch keine forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese besteht (e. g. Augenmuskelparese). <i>Auch bei unzureichender Kooperation 1 Pkt.</i> (2) Forcierte Blickdeviation oder komplette Blickparese, die durch Ausführen des <u>oculocephalen</u> Reflexes nicht überwunden werden kann.
3	Gesichtsfeld	(0) keine Einschränkung. (1) partielle Hemianopsie. (2) komplette Hemianopsie. (3) bilaterale Hemianopsie (Blindheit oder <u>corticale</u> Blindheit). <i>Anmerkung: Bei fehlender Beurteilbarkeit 0 Pkte.</i>
4	Facialisparese	(0) normal. (1) gering (abgeflachte Nasolabialfalte, Asymmetrie beim Lächeln). (2) partiell (vollständige oder fast vollständige Parese des unteren Gesichts). (3) vollständig auf einer oder <u>bd.</u> Seiten (fehlende Bewegungen unterer und oberer Teil des Gesichts).
5	Motorik Arme getrennt für links und rechts z. B. bei Tetraparese	(0) kein Absinken (der Arm wird über 10 Sekunden in der 90°/45° Position gehalten) (1) Absinken (der Arm wird zunächst bei 90°/45° gehalten, sinkt aber im Verlauf von 10 Sek. ab. (2) Anheben gegen Schwerkraft möglich (der Arm kann die 90°/45° Position nicht erreichen oder halten, sinkt auf die Liegefläche ab, kann aber gegen Schwerkraft angehoben werden) (3) Kein (aktives) Anheben gegen Schwerkraft, der Arm fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung. <i>Anmerkung: bei Amputation oder Gelenkversteif. 0 Pkte; bei Plegie erhält Skala 7 (Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
6	Motorik Beine getrennt für links und rechts z. B. bei Tetraparese	(0) Kein Absinken (das Bein bleibt über 5 Sekunden in der 30° Position). (1) Absinken (das Bein sinkt am Ende der 5 Sekundenperiode, berührt aber die Liegefläche nicht). (2) Aktive Bewegung gegen die Schwerkraft (das Bein sinkt binnen 5 Sek. auf die Liegefläche ab, kann aber gegen die Schwerkraft gehoben werden). (3) Kein (aktives) Anheben gegen die Schwerkraft, das Bein fällt nach passivem Anheben sofort auf die Liegefläche. (4) Keine Bewegung. <i>Anmerkung: bei Amputation oder Gelenkversteif. 0 Pkte; bei Plegie erhält Skala 7 Extremitätenataxie) 0 Pkte.</i>
7	Extremitätenataxie	(0) fehlend. (1) in einer Extremität vorhanden. (2) in zwei Extremitäten vorhanden. <i>Anmerkung: wird bei Verständigungsschwierigkeiten oder Plegie als fehlend (0 Pkte.) gewertet. wird bei Angabe von Koma (s. Skala 1a) als fehlend (0 Pkte.) gewertet.</i>
8	Sensibilität	(0) Normal; kein Sensibilitätsverlust. (1) Leichter bis mittelschwerer Sensibilitätsverlust; Patient empfindet Nadelstiche auf der betroffenen Seite als stumpf, oder er nimmt diese nur als Berührung wahr. (2) Schwere bis vollständiger Sensibilitätsverlust; Patient nimmt die Berührung von Gesicht, Arm und Bein nicht wahr.
9	Sprache	(0) normal; keine Aphasie. (1) Leichte bis mittelschwere Aphasie; deutliche Einschränkung der Wortflüssigkeit oder des Sprachverständnisses, keine relevante Einschränkung von Umfang oder Art des Ausdrucks. Die Einschränkung des Sprachvermögens und/oder des Sprachverständnisses macht die Unterhaltung schwierig bis unmöglich. (2) Schwere Aphasie; die Kommunikation findet über fragmentierte Ausdrucksformen statt. Der Untersucher muss das Gesagte in großem Umfang interpretieren, nachfragen oder erraten. Der Untersucher trägt im <u>wesentlichen</u> die Kommunikation. (3) Stumm, globale Aphasie; Sprachproduktion oder Sprachverständnis nicht verwertbar (auch bei Koma).
10	Dysarthrie	(0) Normal. (1) Leicht bis mittelschwer; der Patient spricht zumindest einige Worte verwaschen und kann nur mit Schwierigkeiten verstanden werden. (2) Schwer, <u>anarthrisch</u> ; die verwaschene Sprache des Patienten ist unverständlich und beruht nicht auf einer Aphasie. <i>Anmerkung: Bei Intubation o. ä. 0 Punkte</i>
11	Neglect	(0) Keine Abnormalität. (1) Visuelle, taktile, auditive oder personenbezogene Unaufmerksamkeit oder Auslöschung bei Überprüfung von gleichzeitiger bilateraler Stimulation in einer der sensiblen Qualitäten. (2) Schwere halbseitige Unaufmerksamkeit. Kein Erkennen der eigenen Hand oder Orientierung nur zu einer Seite des Raumes. <i>Anmerkung: bei fehlender Beurteilbarkeit 0 Punkte</i>

3. EDV-Erhebungsinstrument „STROKE 2025“

3.1 Kurzanleitung

Mit diesem Programm können alle relevanten Daten zur Qualitätssicherung im Bereich der Schlaganfallbehandlung nach ADSR-Spezifikation für das Schlaganfallprojekt in Nordrhein erfasst und verwaltet werden.

Das Programm beruht auf der jeweils aktuellen Spezifikation der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register (ADSR) und enthält zusätzliche Nordrhein-spezifische Datenfelder.

Die jeweils aktuelle Version wird den Benutzern vor Beginn des Erfassungsjahres im Auswertungportal des Projektes zur Verfügung gestellt und kann dort von den berechtigten Ansprechpartnern der Kliniken heruntergeladen werden.

3.2 Installation

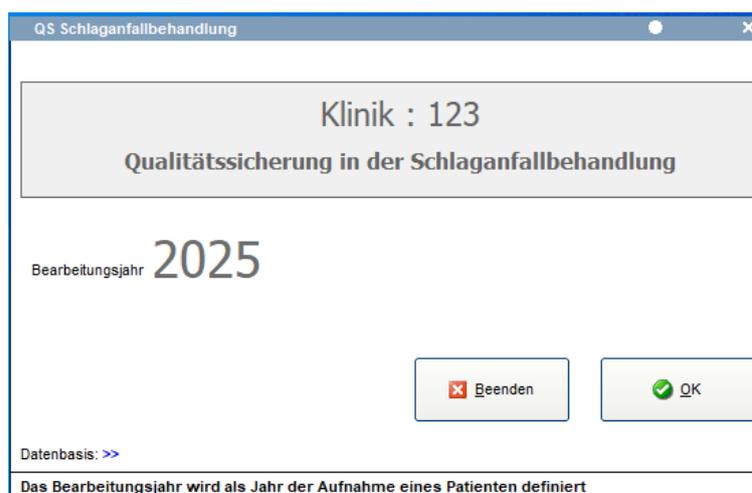
Laden Sie das Programm im Portal der QS-Schlaganfallbehandlung auf Ihren Rechner und installieren Sie es durch Starten der Datei <setup.exe> bzw. <Stroke.msi>. Die Installation muss mit Administrationsrechten erfolgen.

Folgen Sie dann den Anweisungen auf dem Bildschirm.

Beim ersten Start von „STROKE“ werden Sie aufgefordert, Ihre zugewiesene Klinik-Nummer anzugeben. Danach legt das Programm automatisch einige Dateien und auch eine leere Datenbasis an.

3.3 Start

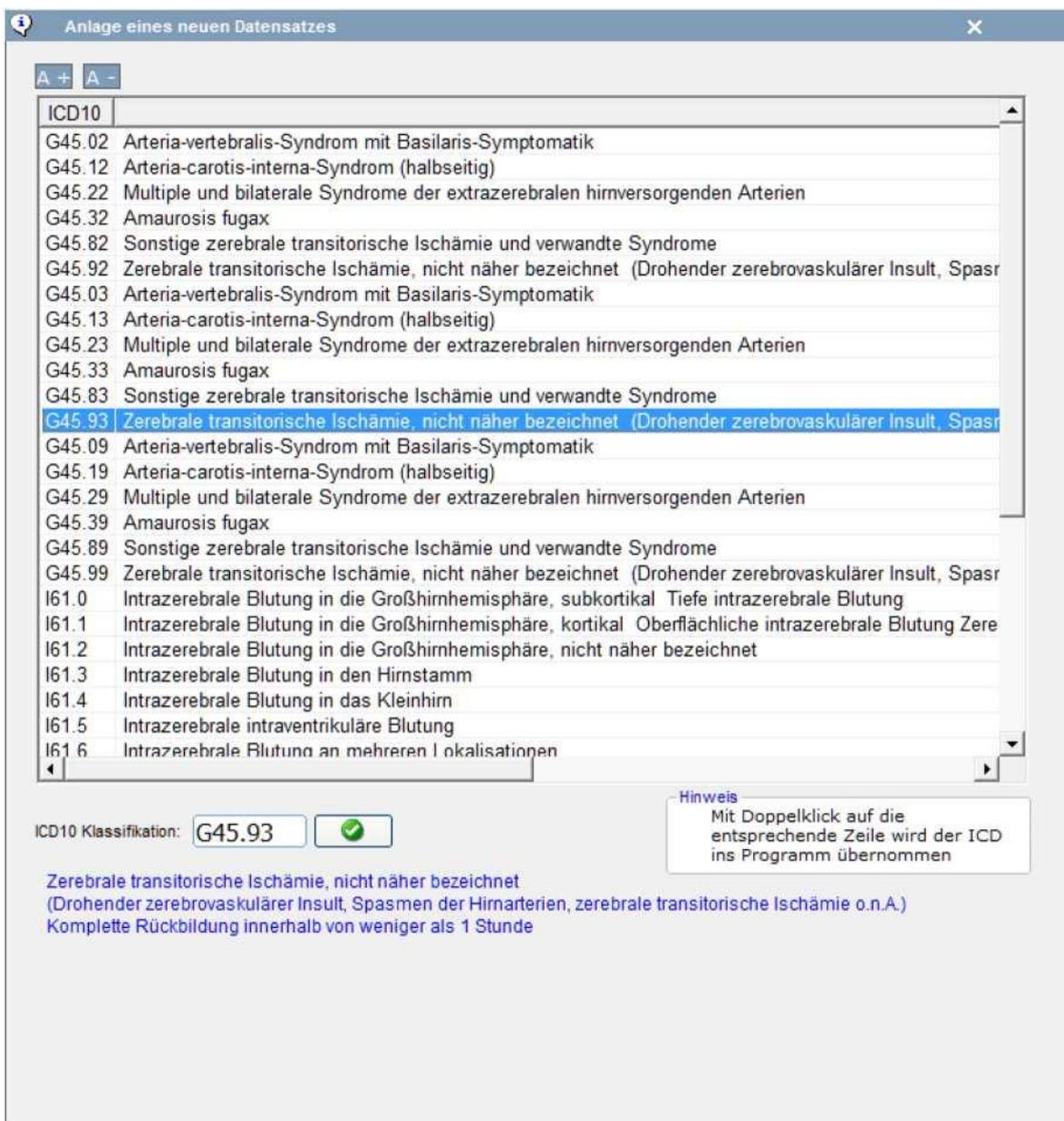
Ihre Kliniknummer sowie das jeweils aktuelle Jahr werden angezeigt. Bestätigen Sie hier mit OK, um das Programm zu starten.



3.4 Datensatz anlegen

Wird ein neuer Datensatz hinzugefügt (<Hinzufügen> bzw. <F4> im Hauptfenster), wählen Sie die entsprechende ICD10 Ziffer aus der angezeigten Liste. Die Ziffer sowie der dazugehörige Text werden angezeigt.

Übernehmen Sie die Ziffer mit einem Doppelklick auf die gewählte Zeile oder den entsprechenden Knopf. Die ICD10-Ziffer wird ins Programm übernommen.



Anlage eines neuen Datensatzes

A + A -

ICD10	
G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.22	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.32	Amaurosis fugax
G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
G45.03	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.23	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.33	Amaurosis fugax
G45.83	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
G45.09	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.19	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.29	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.39	Amaurosis fugax
G45.89	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet (Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal Tiefe intrazerebrale Blutung
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal Oberflächliche intrazerebrale Blutung Zere
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

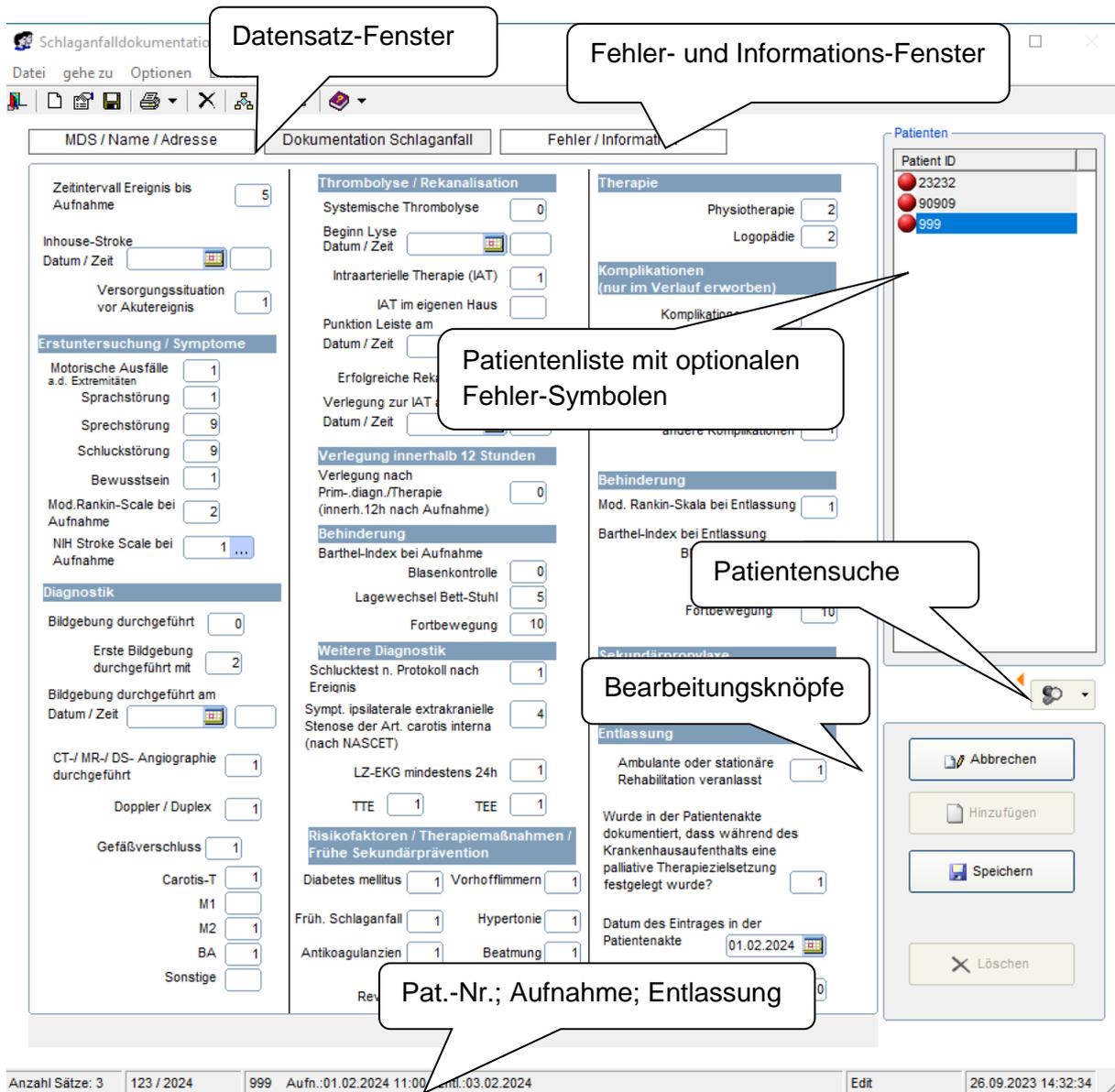
ICD10 Klassifikation:

Hinweis
Mit Doppelklick auf die entsprechende Zeile wird der ICD ins Programm übernommen

Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet
(Drohender zerebrovaskulärer Insult, Spasmen der Hirnarterien, zerebrale transitorische Ischämie o.n.A.)
Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde

Danach öffnet sich das Hauptfenster des Programms.

3.5 Hauptfenster



Das Datensatzfenster ist in mehreren Registern unterteilt. („MDS / Name / Adresse“, „Dokumentation Schlaganfall“ sowie „Fehler / Informationen“). Hier werden alle Daten der Patienten eingegeben.

Falls Sie keinen Namen und Anschrift erfassen, können die entsprechenden Felder im Register „MDS/Name/Adresse“ mit dem entsprechenden Knopf, oder unter <Optionen / Allgemein> ausgeblendet werden.

In der Liste „Patienten“ werden alle bereits vorhandenen Patienten-Nummern des Bearbeitungsjahres aufgelistet.

Optional zeigt ein kleines Symbol vor der Patienten-Nummer einen Hinweis auf evtl. fehlerhafte Daten (rot = „harter“ Fehler: Der Datensatz kann nicht exportiert und damit nicht ausgewertet werden; blau = „weicher“ Fehler / Hinweise: Ein Eingabefeld enthält möglicher Weise fehlerhafte Angaben, kann aber exportiert werden). Innerhalb des Options-Menüs kann auch gewählt werden, ob Minimal-Datensätze gekennzeichnet werden.

Bei einfachem Klick auf eine solche Patienten-Nummer werden die Daten dieses Patienten in den einzelnen Registern des Hauptfensters angezeigt.

Durch Doppelklick auf eine der Patienten-Nummern in der Liste wechselt das Programm in den Bearbeitungs-Modus und die Daten können geändert werden.

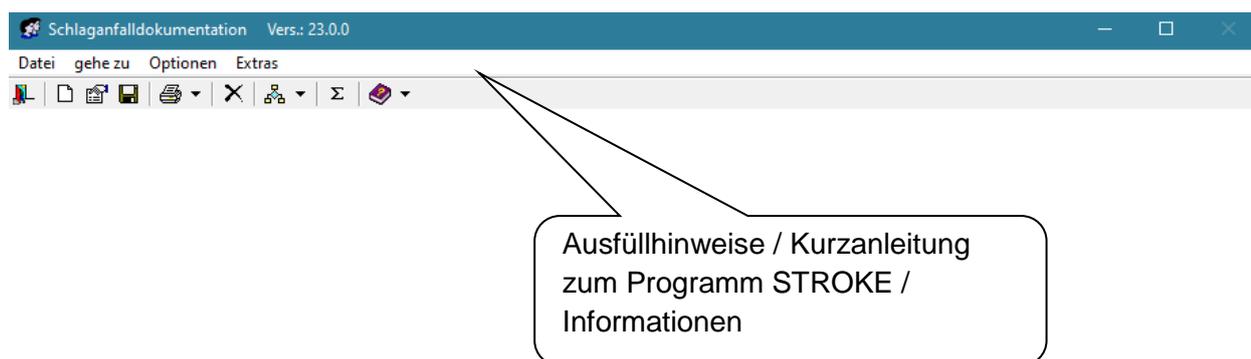
Die einzelnen Modi werden in der Statusleiste aufgezeigt („View“ oder „Bearbeiten“).

Speichern Sie Änderungen mit der Funktionstaste <F10> oder klicken Sie auf <Speichern> rechts unten im Hauptfenster.

Ein neuer Datensatz wird mit einem Klick auf den Knopf <Hinzufügen> oder mit der Funktionstaste <F4> angelegt. Es wird zunächst nach Minimaldatensatz sowie entsprechendem ICD-10-Code abgefragt (siehe „Einen neuen Datensatz anlegen“)

Danach werden die einzelnen Felder zur Eingabe freigegeben und das Programm befindet sich im Eingabe-Modus („Bearbeiten“). Geben Sie die entsprechenden Daten ein und speichern Sie mit <F10> oder klicken Sie auf <Speichern> im Hauptfenster.

3.6 Ausfüllhinweise



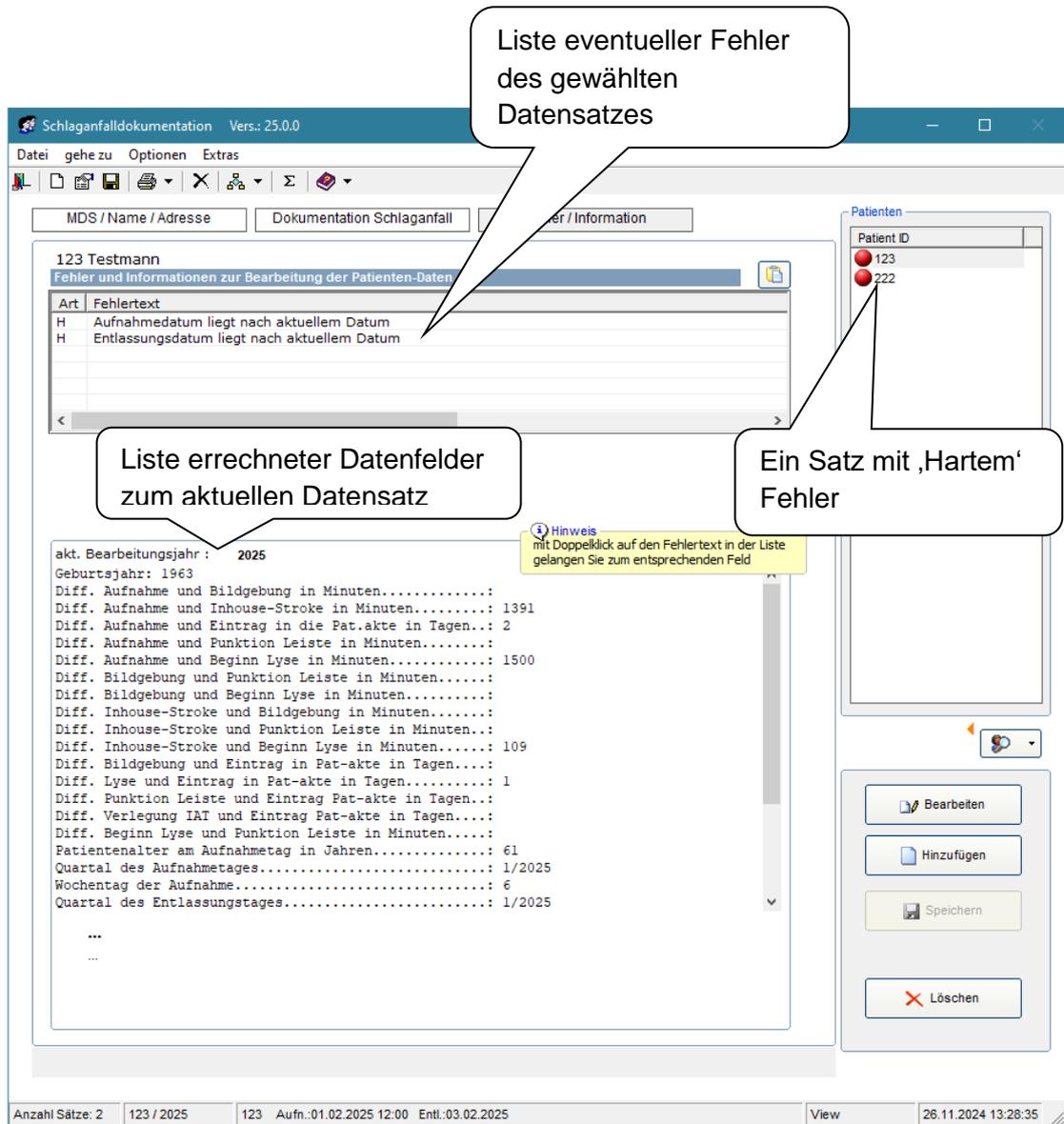
Ausfüllhinweise sollen eine trennscharfe und verwechslungsfreie Datenerfassung sicherstellen.

3.7 Fehler bearbeiten

Das „Fehler / Informationen“-Fenster zeigt alle vom Programm erkannten Fehler des aktuellen Datensatzes sowie weitere Informationen des Satzes.

Doppelklicken Sie auf einen Eintrag innerhalb der Liste, um direkt zum entsprechenden Feld innerhalb des Datensatzes zu kommen.

Speichern Sie die Änderungen mit <F10> oder klicken Sie auf den entsprechenden Knopf.



Liste eventueller Fehler des gewählten Datensatzes

Art	Fehlertext
H	Aufnahmedatum liegt nach aktuellem Datum
H	Entlassungsdatum liegt nach aktuellem Datum

Liste errechneter Datenfelder zum aktuellen Datensatz

```

akt. Bearbeitungsjahr : 2025
Geburtsjahr: 1963
Diff. Aufnahme und Bildgebung in Minuten.....:
Diff. Aufnahme und Inhouse-Stroke in Minuten.....: 1391
Diff. Aufnahme und Eintrag in die Pat.akte in Tagen..: 2
Diff. Aufnahme und Punktion Leiste in Minuten.....:
Diff. Aufnahme und Beginn Lyse in Minuten.....: 1500
Diff. Bildgebung und Punktion Leiste in Minuten.....:
Diff. Bildgebung und Beginn Lyse in Minuten.....:
Diff. Inhouse-Stroke und Bildgebung in Minuten.....:
Diff. Inhouse-Stroke und Punktion Leiste in Minuten..:
Diff. Inhouse-Stroke und Beginn Lyse in Minuten.....: 109
Diff. Bildgebung und Eintrag in Pat-akte in Tagen....:
Diff. Lyse und Eintrag in Pat-akte in Tagen.....: 1
Diff. Punktion Leiste und Eintrag Pat-akte in Tagen..:
Diff. Verlegung IAT und Eintrag Pat-akte in Tagen....:
Diff. Beginn Lyse und Punktion Leiste in Minuten.....:
Patientenalter am Aufnahmetag in Jahren.....: 61
Quartal des Aufnahmetages.....: 1/2025
Wochentag der Aufnahme.....: 6
Quartal des Entlassungstages.....: 1/2025
...
    
```

Ein Satz mit ‚Hartem‘ Fehler

Hinweis: mit Doppelklick auf den Fehlertext in der Liste gelangen Sie zum entsprechenden Feld

Buttons: Bearbeiten, Hinzufügen, Speichern, Löschen

Footer: Anzahl Sätze: 2 | 123 / 2025 | 123 Aufn.:01.02.2025 12:00 Entl.:03.02.2025 | View | 26.11.2024 13:28:35

3.8 Optionen einstellen

Optionen

Allgemein
Farben

Feld 'Zentrum' vorbelegen

'Harte' Fehler werden mit Symbol angezeigt ● Harter Fehler

'Weiche' Fehler / Hinweise werden mit Symbol angezeigt

Minimaldatensätze werden mit Symbol angezeigt MDS Hinweis auf Minimaldatensatz

Beim Speichern des Satzes keinen Hinweis auf Fehler anzeigen

Hauptmaske am oberen Bildschirmrand andocken

Register 'Name/Adresse' einblenden

Doppelklick auf ein Feld erlaubt Auswahl mit Maus

Bei Eingabe springt der Fokus automatisch zum nächsten Feld

PLZ nur 4-stellig erfassen

Export-Logdateien schreiben

unverschlüsselte Ascii-Dateien bei Export werden gelöscht

Bereits exportierte Sätze in Pat.Liste anzeigen

Feldnamen in Titelleiste des Info-Fensters anzeigen

Statistikmodul: Grafiken anzeigen

Beim Hinzufügen eines Satzes wird zuerst nach ICD gefragt

Bei Fehler: Verbindungslinie entsprechender Felder anzeigen

IKNRKH wird erfasst

Patientenliste mit Gitter darstellen

Bei Verlegung (ohne Rückverlegung) werden nachfolgende Felder leer gesetzt

Geben Sie hier den Pfad für Export-Dateien an

Pfad zu den Export-Dateien

Hinweis

Einige Änderungen werden erst nach einem Neustart des Programms wirksam

✔ Übernehmen

✘ Abbrechen

Im Modul <Optionen> können vom Benutzer einige allgemeine Einstellungen vorgenommen werden. So ist es hier unter anderem möglich, den Pfad der Export-Dateien („Wohin wird die Datei gespeichert, die alle exportierten Daten enthält“) einzustellen.

Soll der Name bzw. die Adresse des Patienten nicht erfasst werden, kann das entsprechende Register hier ausgeblendet werden.

Mit „Übernehmen“ werden die Änderungen der Optionen gesichert. Einige Änderungen werden erst beim nächsten Start des Programms wirksam.

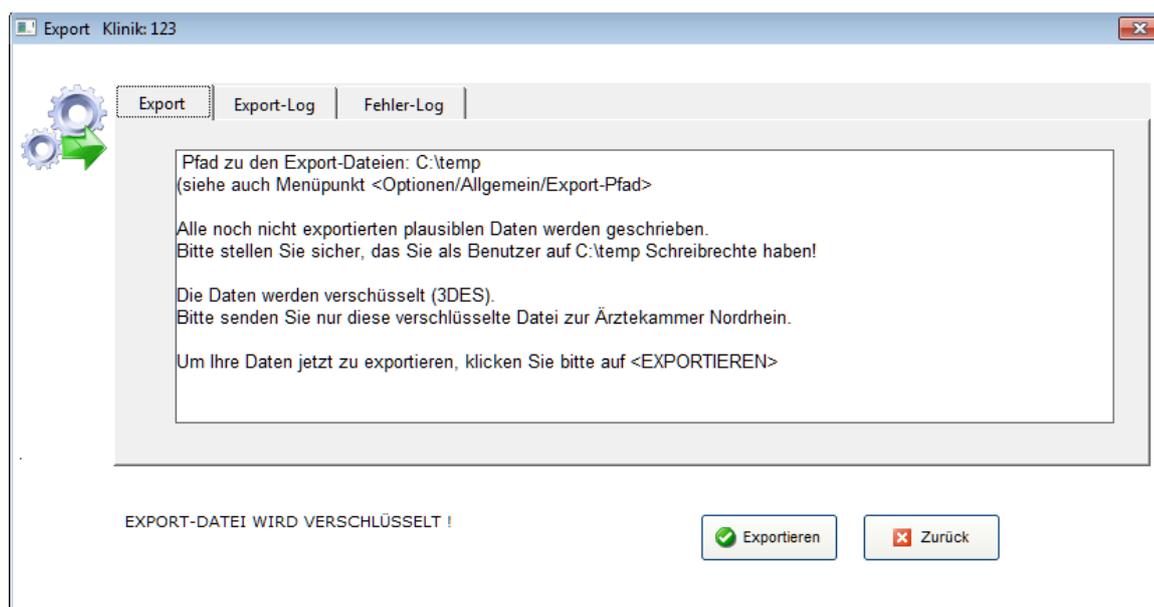
3.9 Daten exportieren

Nachdem eine größere Anzahl Datensätze erfasst wurde, sollten Sie diese aus der Datenbank exportieren. Dabei werden alle neu erfassten Daten in eine Exportdatei im ASCII-Format außerhalb der eigentlichen Datenbank kopiert.

Seit 2019 werden diese Dateien verschlüsselt abgelegt. Diese (verschlüsselte) Exportdatei senden Sie am besten monatlich oder zum Ende eines Quartals an die Ärztekammer Nordrhein.

Um Daten zu exportieren, klicken Sie auf das entsprechende Menüsymbol. Die Export-Datei wird in das angegebene Export-Verzeichnis geschrieben und Verschlüsselt. Das Export-Verzeichnis kann im Menüpunkt <Optionen / Allgemein / Export-Pfad> angepasst werden (Standard: C:\).

Achten Sie bitte darauf, dass Sie als Benutzer im angegebenen Export-Pfad mindestens über „Schreibrechte“ verfügen.



Das Programm „STROKE“ generiert eine verschlüsselte Datei mit dem Namen

<Klinik-Nr.>_<Erfassungsjahr>_<laufende Nr.>.zip.3DES.

Gleichzeitig wird eine ASCII-Datei mit dem Namen <Klinik-Nr.>_<Erfassungsjahr>_<laufende Nr.>.asc. erstellt und in das Verzeichnis der Datenbasis gesichert. Diese Dateien verbleiben bei Ihnen im Hause.

Senden Sie bitte nur die verschlüsselte Datei zur Ärztekammer Nordrhein.

Bitte beachten Sie, dass nur Daten ohne harte Fehler exportiert werden können. Wir bitten Sie auch darum, vor dem Export die sog. „weichen“ Fehler / Hinweise („blaue Punkte“) zu bearbeiten und den Inhalt der zugehörigen Datenfelder auf Vollständigkeit und Richtigkeit zu überprüfen.

Hinweis:

Seit dem Jahr 2022 werden grundsätzlich immer alle plausiblen Datensätze exportiert.

Empfehlenswert ist die Verschlüsselung der Exportdatei nach dem 3DES–Verfahren. Die Exportdatei enthält eine komprimierte Steuer-Datei und Daten-Dateien für jeden Teildatensatz (Basis, Stroke und Nordrhein Stroke).

Eine Verschlüsselung der Exportdatei mit der jeweils aktuellen Gnu-PG-Version (GNU Privacy Guard) ist ebenfalls möglich.

Informationen zur Verschlüsselung finden Sie auf der Projektwebseite unter

Verschlüsselung

Die Exportdatei senden Sie bitte **als E-Mail-Anhang** an die Ärztekammer Nordrhein nach Düsseldorf:

qs-stroke@aekno.de

3.10 Neuerungen Datenexport ab 2022

An das Schlaganfallregister Nordrhein dürfen, analog zum Verfahren im Nordwestdeutschen Schlaganfallregister, aus datenschutzrechtlichen Gründen **seit dem** Erfassungsjahr 2022 **keine Vorgangsnummern** der in den Exportdateien enthaltenen Datensätze mehr übermittelt werden. Damit soll eine weitgehende Anonymisierung der Daten sichergestellt werden.

Die Vorgangsnummern müssen in den Exportdateien vor dem Datenversand an das Register im gleichen Datenfeld durch fortlaufende Nummern ersetzt werden, die nicht im System gespeichert werden dürfen.

Eine Kennzeichnung der zusammengehörigen Teildatensätze MSA_NOB, MSA_NOS und MSA_NOSNO durch identische Nummern bleibt zur Zusammenführung der Daten weiterhin notwendig. Eine Rücksendung von Antwortdateien an die Leistungserbringer ist damit seit 2022 nicht mehr möglich.

Zur Sicherstellung einer vollständigen Datenübermittlung empfiehlt sich ein regelmäßiger Gesamtexport der zum Exportzeitpunkt vorliegenden (korrigierten) Datensätze.

4. Auswertungsportal

Alle Auswertungen werden den berechtigten Ansprechpartnern der beteiligten Kliniken zeitnah in einem Internetportal zur Verfügung gestellt. Neueingestellte Dateien werden ihnen per Mail angekündigt. Die Dateien können unter folgender Adresse heruntergeladen werden:

QS Schlaganfallbehandlung

5. Materialien

Aktuelle öffentliche Informationen zum Projekt wie die jeweils gültige Datensatz-Spezifikation, Verschlüsselungshinweise, ICD-10-Hauptdiagnosen, der aktuelle Erfassungsbogen sowie der Bogen zur Erhebung der Strukturdaten können auf der Projektwebseite der Ärztekammer Nordrhein unter folgender Adresse heruntergeladen werden:

Materialien QS Schlaganfallbehandlung

6. Qualitätsindikatoren der ADSR

ADSR Qualitätsindikatoren

Rehabilitation - Physiotherapie
Rehabilitation - Logopädie
Sekundärprophylaxe - Antikoagulation bei Vorhofflimmern
Frühzeitige Gefäßdiagnostik
Screening für Schluckstörungen
Frühzeitige erste Bildgebung
CT-/MR-/DS-Angiographie im Anschluss an native Bildgebung
Thrombolyse nach Protokoll (Alter ≤ 80 , NIHSS 4-25)
Behandlung in Stroke-Unit
Door-to-needle-time ≤ 60 min (Protokoll)
Karotisrevaskularisierung bei symptomatischer Karotisstenose
Entlassungsziel Rehabilitation von Patient(innen) mit alltagsrelevanten Behinderungen
Sekundärprävention - Statin-Gabe bei Hirninfarkt
VHF - Diagnostik
Intraarterielle Therapie (Zeitfenster ≤ 6 h)
Door-to-puncture-time ≤ 90 Min
Erreichen des Rekanalisationsziels

ADSR Kennzahlen

Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt
Todesfälle bei Patienten mit Hirninfarkt (exkl. Patienten mit palliativer Zielsetzung)
Pneumonie bei Patienten mit Hirninfarkt
Thrombolyse (Alter ≤ 80 , NIHSS 4-25)
Thrombolyse
Door-to-needle-time ≤ 60 min (Alter ≤ 80 , NIHSS 4-25)
Door-to-needle-time ≤ 30 min
Door-to-needle-time ≤ 60 min (erweiterte Indikation)
Sterblichkeit nach Rekanalisation
Sterblichkeit nach Thrombolyse
Sterblichkeit nach Thrombektomie
Intraarterielle Therapie
Intraarterielle Therapie (Zeitfenster $>6-24$ h)
Door-to-puncture-time ≤ 90 Min (DC)
Door-to-puncture-time ≤ 90 Min (DS)
Door-to-puncture-time ≤ 60 min
Frühzeitige Verlegung zur intraarteriellen Therapie