

Datensatz Schlaganfallakutbehandlung Rheinland-Pfalz

(APO_RP Spezifikation 2026 V01)



Basisdatensatz	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-16	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Entlassender Standort <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Aufnehmender Standort <input type="text"/> <input type="text"/>
4	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Geschlecht <input type="checkbox"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt
9	5-stellige PLZ des Wohnortes <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
11	Aufnahmezeit Krankenhaus HH:MM <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
12	Hauptdiagnose ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
13	Vorzeitiger Abschluss des Falles <input type="checkbox"/> 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 5 = Aufnahme zur sekundärpräventiven CEA oder CAS
14	Entlassungsdatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

15.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de Schlüssel 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund 1 = ja <input type="checkbox"/>



Stroke	
Maximal ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
16-20	AUFNAHME
16	Schlaganfalldatum TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
17	Uhrzeit des Schlaganfalls (+/- 15 Minuten) bzw. bei Wake-Up Stroke Last-known-well HH:MM □□:□□
18	Inhouse-Stroke? 1 = ja <input type="checkbox"/>
wenn Feld 16 oder Feld 17 unbekannt:	
19>	Zeitintervall Last-known-well bis Aufnahme □□ 1 = <= 1 h 2 = > 1 – 2 h 3 = > 2 – 3 h 4 = > 3 – 4 h 5 = > 4 – 5 h 6 = > 5 – 6 h 7 = > 6 – 9 h 8 = > 9 – 24 h 9 = > 24 – 48 h 10 = > 48 h 13 = keine Angabe möglich
20	Versorgungssituation vor Akutereignis □ 1 = unabhängig zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution
21.1-24	Erstuntersuchung/Symptome
21.1	Motorische Ausfälle bei Aufnahme (Arm/Hand u./o. Bein/Fuß) □ 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
21.2	Sprachstörungen bei Aufnahme □ 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
21.3	Sprechstörungen bei Aufnahme □ 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
21.4	Schluckstörungen bei Aufnahme □ 0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar
22	Bewusstsein bei Aufnahme □ 1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös

23	Mod. Rankin-Scale bei Aufnahme □ 0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung
24	NIH-Stroke Scale bei Aufnahme 0 - 42 □□
25-30.5	Diagnostik
25	Bildgebung durchgeführt □ 0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus
wenn Feld 25 = 2	
26.1>	Bildgebung durchgeführt am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
26.2>	Bildgebung durchgeführt um HH:MM □□:□□
wenn Feld 25 IN (1; 2)	
27>	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
28	Doppler / Duplex □ 0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus spätestens am Folgetag nach Aufnahme 3 = im eigenen Haus später als am Folgetag der Aufnahme
wenn Feld 27 <= 0 oder Feld 28 <= 0	
29>	Gefäßverschluss □ 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 29 = 1	
30.1>>	Carotis-T □ 1 = ja
30.2>>	M1 □ 1 = ja
30.3>>	M2 □ 1 = ja

30.4>>	BA □ 1 = ja
30.5>>	Sonstige □ 1 = ja
31-35.2	Thrombolyse/Rekanalisation
31	Systemische Thrombolyse □ 0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur Thrombolyse
wenn Feld 31 = 2	
32.1>	Beginn Lyse am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
32.2>	Beginn Lyse um HH:MM □□:□□
33	Intraarterielle Therapie (IAT) / Thrombektomie □ 0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur geplanten IAT / Thrombektomie
wenn Feld 33 = 2	
34.1>	Intraarterielle Therapie (IAT) im eigenen Haus □ 1 = nach Primärbehandlung im eigenen Haus (Direct to center) 2 = nach Primärbehandlung in externer Einrichtung (Drip and Ship)
34.2>	Punktion Leiste am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
34.3>	Punktion Leiste um HH:MM □□:□□
34.4>	Erfolgreiche Rekanalisation (TICI = IIb- III) □ 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 33 = 3	
35.1>	Verlegung zur IAT am TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
35.2>	Verlegung zur IAT um HH:MM □□:□□



36	Verlegung innerhalb 12 h	39.2>	Revaskularisierung der Carotis 0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des stationären Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	45>	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde? 0 = nein 1 = ja
36	Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie (innerh. 12 h nach Aufnahme) 0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückverlegung 2 = ja, ohne spätere Rückverlegung	40.1-40.2	Therapie		
wenn Feld 36 IN (0; 1)		40.1>	Physiotherapie 0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	wenn Feld 45 = 1	
37.1-37.3	Weitere Diagnostik	40.2>	Logopädie 0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	46>>	Datum des Eintrags in der Patientenakte TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
37.1>	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis 0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchführbar	41-42.3	Komplikationen (Nur im Verlauf erworben.)	47>	Behandlung auf Stroke Unit 0 = nein 1 = ja
37.2>	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	41>	Komplikationen 0 = nein 1 = ja		
37.3>	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion 0 = nein 1 = ja	wenn Feld 41 = 1			
38.1-38.4	Risikofaktoren	42.1>>	Pneumonie 1 = ja		
38.1>	Diabetes mellitus 0 = nein 1 = ja	42.2>>	Erhöhter Hirndruck 1 = ja		
38.2>	Vorhofflimmern 0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	42.3>>	Sympt. Intrazerebrale Blutung 1 = ja		
38.3>	Früherer Schlaganfall 0 = nein 1 = ja	42.4>>	Andere Komplikation(en) 1 = ja		
38.4>	Hypertonie 0 = nein 1 = ja	43-47	BEHANDLUNGSENDE		
39.1-39.2	Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention	43	Behinderung		
39.1>	Beatmung 0 = nein 1 = ja	43>	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 43 <> 6			
		44-47	Entlassung		
		44>>	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§ 40 SGB V) 0 = nein 1 = ja		



Telemedizin	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
48-50	Telemedizinische Beratung
48	Telemedizinische Beratung mit Videokonferenz mit einem neurologischen Zentrum durchgeführt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 48 = 1	
49>	Verlegung in eine andere Klinik <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 49 = 1	
50>>	Indikation zur Verlegung <input type="checkbox"/> 1 = Katheterintervention 2 = Entlastungstrepanation 3 = Überwachung 4 = Spezielle Diagnostik 9 = Sonstiges

Schlüssel 1
01 = Behandlung regulär beendet
02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07 = Tod
08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)
30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege