

Datensatz Schlaganfallakutbehandlung Rheinland-Pfalz

(APO_RP Spezifikation 2023 V01)



Basisdatensatz	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
1-16	Basisdokumentation
1	Institutionskennzeichen <input type="text"/>
2	Entlassender Standort <input type="text"/>
3	Aufnehmender Standort <input type="text"/>
4	Betriebsstätten-Nummer <input type="text"/>
5	Fachabteilung § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de <input type="text"/>
6	Identifikationsnummer des Patienten <input type="text"/>
7	Geburtsdatum TT.MM.JJJJ <input type="text"/>
8	Geschlecht <input type="text"/> 1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt
9	5-stellige PLZ des Wohnortes <input type="text"/>
10	Aufnahmedatum Krankenhaus TT.MM.JJJJ <input type="text"/>
11	Aufnahmezeit Krankenhaus HH:MM <input type="text"/>
12	Hauptdiagnose ICD-10-Code des akuten Schlaganfallereignisses <input type="text"/>
13	Vorzeitiger Abschluss des Falles <input type="text"/> 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 <input type="text"/>
16.1	Entlassungsgrund § 301-Vereinbarung http://www.dkgev.de Schlüssel 1 <input type="text"/>
16.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund <input type="text"/> 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 = <u>nicht</u> 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) / Thrombektomie 0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus 3 = Verlegung zur geplanten IAT / Thrombektomie
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	37.3>	Früherer Schlaganfall 0 = nein 1 = ja	42-48	BEHANDLUNGSENDE
34	Verlegung nach Primärdiagnostik/ -therapie (innerh. 12 h nach Aufnahme) 0 = nein 1 = ja, mit späterer Rückverlegung 2 = ja, ohne spätere Rückverlegung	37.4>	Hypertonie 0 = nein 1 = ja	42-43.3	Behinderung
wenn Feld 34 IN (0; 1)		38.1-38.3	Therapiemaßnahmen / Frühe Sekundärprävention	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
35.1-35.3	Behinderung	38.1>	Antikoagulanzen (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief) 0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = DOAK (direkte orale Antikoagulantien)	wenn Feld 42 <= 6	
35.1>	Barthel-Index bei Aufnahme Blasenkontrolle 0 = inkontinent 5 = gelegentlicher Verlust 10 = kontinent	38.2>	Beatmung 0 = nein 1 = ja	43.1>>	Barthel-Index 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	38.3>	Revaskularisierung der Carotis 0 = nein 1 = ja (Revaskularisierung während des stationären Aufenthalts bzw. verlegt zur Revaskularisierung bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief)	43.2>>	Barthel-Index 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	39.1-39.2	Therapie	43.3>>	Barthel-Index Fortbewegung 0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig
36.1-36.3	Weitere Diagnostik	39.1>	Physiotherapie 0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	44	Sekundärprophylaxe
36.1>	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis 0 = nein 1 = ja 9 = nicht durchführbar	39.2>	Logopädie 0 = nein 1 = Beginn ≤ 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn > 2 Tage nach Aufnahme	44>>	Statine (Therapie bzw. Empfehlung im Entlassungsbrief) 0 = nein 1 = ja
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	40-41.5	Komplikationen (Nur im Verlauf erworben.)	45-48	Entlassung
36.3>	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion 0 = nein 1 = ja	40>	Komplikationen 0 = nein 1 = ja	45>>	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst (§ 40 SGB V) 0 = nein 1 = ja
37.1-37.4	Risikofaktoren	wenn Feld 40 = 1		46>	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde? 0 = nein 1 = ja
37.1>	Diabetes mellitus 0 = nein 1 = ja	41.1>>	Pneumonie 1 = ja	wenn Feld 46 = 1	
37.2>	Vorhofflimmern 0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	41.2>>	Erhöhter Hirndruck 1 = ja	47>>	Datum des Eintrags in der Patientenakte TT.MM.JJJJ □□.□□.□□□□
		41.3>>	Sympt. Intrazerebrale Blutung 1 = ja	48>	Behandlung auf Stroke Unit 0 = nein 1 = ja
		41.4>>	Andere Komplikation(en) 1 = ja		



Telemedizin	
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden.	
49-51	Telemedizinische Beratung
49	Telemedizinische Beratung mit Videokonferenz mit einem neurologischen Zentrum durchgeführt <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 49 = 1	
50>	Verlegung in eine andere Klinik <input type="checkbox"/> 0 = nein 1 = ja
wenn Feld 50 = 1	
51>>	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