

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Basis (B)

Basisdokumentation

<u>1</u>	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>2</u>	entlassender Standort	-	<p>Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHEntgG zu erfolgen.</p>

			<p>Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser verwendet wird.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
<u>3</u>	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	<p>siehe Schlüssel 1</p> <p>§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de</p>	-
<u>5</u>	Identifikationsnummer des Patienten	-	<p>Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.</p>
<u>6</u>	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p>
		<p>1 = männlich 2 = weiblich</p>	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären</p>

7	Geschlecht	8 = unbestimmt 9 = unbekannt	Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
8	Postleitzahl		<p>Verpflichtend ist die vierstellige PLZ des Patienten-Wohnortes anzugeben; die Erfassung der 5. Stelle ist fakultativ.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>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.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2017 bis zum 10.01.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.01.2017 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017.</p>
10	Aufnahmezeit	Format: HH:MM	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme 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.
11	Hauptdiagnose		<p>ICD-10-Code des akuten Schlaganfalles</p> <p>G45 – Transitorisch ischämische Attacke I63 – Hirninfarkte I64 – Schlaganfall nicht näher als Hirninfarkt oder Blutung bezeichnet</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
			Bei Zutreffen eines der Gründe (1

12	Abschluss des Falles	0 = Bogen STROKE vorhanden 1 = Ereignis älter als 7 Tage 9 = sonstiger Grund	oder 9) ist die Erhebung mit dem Ausfüllen des Basisbogens abgeschlossen. Bei 'sonstiger Grund' ist im folgenden Feld 'Erläuterung zum Grund für MDS' der Grund ausführlich darzustellen.
--------------------	----------------------	--	--

wenn Feld 12 = 1

13	Erläuterung zum Grund für MDS		Wenn im Feld 12 (Fallabschluss) 'sonstiger Grund' eingetragen ist, ist hier eine entsprechende Erläuterung zu hinterlegen.
--------------------	-------------------------------	--	--

14	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.</p> <p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung: Bei der 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.</p> <p>Beispiel: 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2017 bis zum 10.01.2017 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2017 bis zum 20.01.2017 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2017, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2017.</p>
--------------------	------------------------------	---------------------------	---

15	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 <i>§ 301-Vereinbarung:</i> http://www.dkgev.de	Achtung! Diese Information soll automatisch aus den stationären Abrechnungsdaten Ihres Hauses übernommen werden.
--------------------	------------------	--	--

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
-------	-------------	---------------------	----------------

Teildatensatz Stroke

Aufnahme

16	Zeitintervall Ereignis bis Aufnahme	1 = ≤ 1 h 2 = 1 – 2 h 3 = 2 – 3 h 4 = 3 – 3,5 h 5 = 3,5 – 4 h 6 = 4 – 6 h 7 = 6 – 24 h 8 = 24 – 48 h 9 = 48 h – 7 Tage 0 = unbekannt	Die Angabe der Kategorien erfolgt in Intervallen. Ist der exakte Zeitpunkt erster Symptome nicht sicher bestimmbar, soll das Intervall bestmöglich geschätzt werden; bei nachts aufgetretenem Insult wird der letzte bekannte Zeitpunkt angegeben, an dem der Patient wach und ohne Symptome war. Sollte keinerlei Information verfügbar sein, ist die Kategorie 'unbekannt' anzukreuzen.
17	Versorgungssituation vor Akutereignis	1 = unabhängig von zu Hause 2 = Pflege zu Hause 3 = Pflege in Institution	Bisherige Lebenssituation: unabhängig zu Hause Patient war bisher in der Lage, Dinge des täglichen Lebens selbständig auszuführen, zu Hause oder in einer Seniorenwohnanlage. Pflege zu Hause Patient wurde durch Angehörige bzw. Pflegedienst in der eigenen Wohnung (oder in einer Seniorenwohnanlage) betreut. Pflege in Institution Pflegerische Betreuung in einer Einrichtung (betreutes Wohnen, Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim).

Erstuntersuchung/Symptome

18	Motorische Ausfälle bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Nicht bestimmbar z.B. bei komatösen Patienten
19	Sprachstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Störung der Aussprache (z.B.: verwaschene Aussprache) (nach ICD-10-GM-2015) R47.1 Dysarthrie und Anarthrie
20	Sprechstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	Wortfindungsstörung bei erhaltenem Begriffs- und Sprachverständnis, Sprachbeschränkung auf Lautautomatismen (nach ICD-10-GM-2015) R47.0 Dysphasie und Aphasie
			Bei Bewusstseinsstörung und mangelnder Kopfhaltung wird immer eine Schluckstörung angenommen und ist so zu

21	Schluckstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 9 = nicht bestimmbar	dokumentieren. Schluckstörung (nach ICD-10-GM-2015) R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie (Schluckbeschwerden o.n.A.)
22	Bewusstsein bei Aufnahme	1 = wach 2 = somnolent/soporös 3 = komatös	<p>Wachheit adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen</p> <p>Somnolenz / Sopor abnorme Schläfrigkeit, auf Ansprache jederzeit weckbar bis hin zu tiefschlafähnlichem Zustand, aus dem der Betroffene nur durch starke Schmerzreize kurzfristig geweckt werden kann.</p> <p>Koma Bewusstlosigkeit, auch auf starke Schmerzreize keine Reaktion</p>
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	<p>Keine wesentliche Funktionseinschränkung trotz Symptome (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten)</p> <p>Geringgradige Funktionseinschränkung (unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen)</p> <p>Mäßiggradige Funktionseinschränkung (bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen)</p> <p>Mittelschwere Funktionseinschränkung (unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen)</p> <p>Schwere Funktionseinschränkung</p>

(bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit)

Diagnostik

24	Bildgebung durchgeführt	0 = keine Bildgebung erfolgt 1 = 1. Bildgebung vor Aufnahme 2 = 1. Bildgebung im eigenen Haus	-
----	-------------------------	---	---

wenn Feld 24 = 2

25	Bildgebung durchgeführt am	Format: TT.MM.JJJJ	-
26	Bildgebung durchgeführt um	Format: HH:MM	-

wenn Feld 25 = LEER oder Feld 26 = LEER

<u>27</u>	Zeitintervall Aufnahme bis erste Bildgebung	1 = $\leq 0,5$ h 2 = $> 0,5 - \leq 1$ h 3 = $> 1 - \leq 3$ h 4 = $> 3 - \leq 6$ h 5 = > 6 h	Zeitpunkt der Bildgebung, welche für die aktuelle diagnostische und therapeutische Entscheidung als relevant betrachtet wird. Ist ein cCT / MRT nach dem Ereignis in einer vorbehandelnden Einrichtung durchgeführt worden, ist '1. Bildgebung vor Aufnahme' zu dokumentieren. Betrifft ausschließlich das aktuelle akute Ereignis, die Bildgebung eines vorangegangenen Schlaganfalls ist hier nicht zu vermerken.
-----------	---	---	---

wenn Feld 24 IN (1;2)

<u>28</u>	NIH-Stroke Scale bei Aufnahme	0 – 42	In diesem Feld wird der Summenscore der NIH-Stroke Scale (NIH-SS) bei der Aufnahmeuntersuchung eingetragen.
-----------	-------------------------------	--------	---

29	CT- bzw. MR- bzw. DS-Angiographie	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus ≤ 48 h 3 = im eigenen Haus > 48 h	-
----	-----------------------------------	---	---

30	Doppler / Duplex	0 = nein 1 = vor Aufnahme 2 = im eigenen Haus ≤ 48 h 3 = im eigenen Haus > 48 h	-
----	------------------	---	---

wenn Feld 29 IN (1;2) oder Feld 30 IN (1;2)

31	Gefäßverschluss	0 = nein	-
----	-----------------	----------	---

1 = ja

wenn Feld 31 = 1

32	Carotis-T	1 = ja	-
33	M1	1 = ja	-
34	M2	1 = ja	-
35	BA	1 = ja	-
36	Sonstige	1 = ja	-

Thrombolyse/Rekanalisation

37	Systemische Thrombolyse	0 = nein 1 = Verlegung zur Thrombolyse 2 = ja, in vorbehandelnder Einrichtung 3 = ja, im eigenen Haus	-
----	-------------------------	--	---

wenn Feld 37 = 3

38	Beginn Lyse am	TT.MM.JJJJ	-
39	Beginn Lyse um	HH:MM	-
40	Intraarterielle Therapie (IAT)	0 = nein 1 = Verlegung zur IAT 2 = ja, im eigenen Haus	-

wenn Feld 40 = 2

41	Gefäßdiagnostik am	TT.MM.JJJJ	-
42	Gefäßdiagnostik um	HH:MM	-

wenn Feld 40 = 2

43	Punktion Leiste am	TT.MM.JJJJ	-
44	Punktion Leiste um	HH:MM	-
45	Erfolgreiche Rekanalisation	(TICI = IIb, III) 0 = nein 1 = ja	-

Verlegung innerhalb 24 h

46	Verlegung nach Primärdiagnostik / -therapie (innerhalb 24h)	0 = nein 1 = ja	-
----	---	--------------------	---

wenn Feld 46 = 1 und Feld 24 = 2

47	Zeit zwischen Bildgebung und Verlegung	1 = < 30 min 2 = ≥ 30 – < 60 min 3 = ≥ 60 – < 120 min 4 = ≥ 120 min	-
----	--	--	---

Behinderung

wenn Feld 46 = 0

			kontinent (10 Punkte) Patient ist harnkontinent Patient kompensiert seine Harninkontinenz selbst, ohne Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche
--	--	--	--

48

Barthel-Index bei Aufnahme
Blasenkontrolle

0 = inkontinent
5 = gelegentlicher Verlust
10 = kontinent

Patient versorgt Harnkathetersystem
komplett selbstständig

gelegentlicher Verlust (5 Punkte)

Patient kompensiert seine
Harninkontinenz selbst, Einnässen
der Kleidung oder Bettwäsche nicht
mehr als 1x tgl.)

Patient benötigt geringe
Unterstützung bei der Versorgung
seines Harnkathetersystems

inkontinent (0 Punkte)

Patient ist mehr als 1x tgl.
harninkontinent
Patient ist nicht in der Lage, einen
liegenden Blasenkatheter selbst zu
versorgen

49

Barthel-Index bei Aufnahme
Lagewechsel Bett-Stuhl

0 = vollständig abhängig
5 = große Unterstützung
10 = geringe Unterstützung
15 = vollständig
selbstständig

vollständig selbstständig (15 Punkte)

Patient bewegt sich unabhängig von
Bett zu Stuhl und zurück

geringe Unterstützung (10 Punkte)

Benötigt geringe körperliche oder
verbale Unterstützung.
Eine Person ist in der Lage, den
Patient problemlos zu unterstützen
oder steht lediglich aus
Sicherheitsgründen dabei.

große Unterstützung (5 Punkte)

Benötigt große körperliche
Unterstützung (von einer oder zwei
Personen),
kann sitzen. Patient benötigt
Unterstützung durch eine starke
bzw. ausgebildete Person oder
durch zwei nicht speziell trainierte
Personen. Der Patient kann sich
aufrichten.

vollständig abhängig (0 Punkte)

Patient ist nicht in der Lage, sich
von der Liege- in die Sitzposition
zu begeben, kein Gleichgewicht
beim Sitzen.
Es sind zwei Personen zum Heben
des Patienten erforderlich.
Patient wird auf Grund seiner
körperlichen Befindlichkeit nicht
transferiert.

50	Barthel-Index bei Aufnahme Fortbewegung	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig</p>	<p>vollständig selbstständig (15 Punkte) Patient kann min. 50 Meter Gehen (ggf. mit Gehstützen, aber ohne Gehwagen), jedoch ohne Hilfestellung oder Beaufsichtigung einer Laien- oder professionellen Hilfe.</p> <p>geringe Unterstützung (10 Punkte) Patient geht 50 Meter mit geringer Hilfestellung oder Gehwagen</p> <p>große Unterstützung (5 Punkte) Patient kann komplett selbständig einen Rollstuhl bedienen (einschließlich Öffnen von Türen und Manövrieren um Ecken)</p> <p>vollständig abhängig (0 Punkte) Patient ist nicht in der Lage, ohne Unterstützung einen Rollstuhl zu benutzen Patient wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert</p>
----	---	--	---

Weitere Diagnostik

51	Schlucktest nach Protokoll nach Ereignis	<p>0 = nein 1 = ja 2 = nicht bestimmbar</p>	<p>Kann nur als durchgeführtes diagnostisches Verfahren angekreuzt werden, wenn ein standardisiertes Dysphagiescreening nach Protokoll aktiv durchgeführt wurde. Eine Schätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder die Angaben Dritter stützt, ist hierfür unzureichend. Hierzu kann bei der GQH eine Checkliste zur Dysphagie angefordert werden.</p>
52	Symptomatische ipsilaterale Stenose der Art. carotis interna (nach NASCET)	<p>0 = nein 1 = < 50 % 2 = 50 – < 70 % 3 = 70 – 99 % 4 = 100 % 9 = nicht untersucht</p>	-
53	Langzeit-EKG/-Monitoring über mindestens 24 h	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-

Risikofaktoren

	Pathologischer
--	----------------

54	Diabetes mellitus	0 = nein 1 = ja	Glucosebelastungstest oder erhöhter zweimaliger Nüchtern-Blutzucker oder vorbestehende medikamentöse Behandlung oder anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes durch den Patienten.
55	Vorhofflimmern	0 = nein 1 = ja, vorbekannt 2 = ja, neu diagnostiziert	In dieser Kategorie wird ein Vorhofflimmern kodiert, das im EKG oder LZ EKG nachweisbar ist oder anamnestisch dokumentiert und medikamentös behandelt wird. Ein anamnestisch bekanntes paroxysmales VH-Flimmern, das im EKG während des stationären Aufenthaltes nicht nachweisbar ist, wird ebenfalls als Vorhofflimmern kodiert.
56	Früherer Schlaganfall	0 = nein 1 = ja	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 Sinusvenen-thrombose, deren Symptome länger als 24 Stunden andauerten.
57	Hypertonie	0 = nein 1 = ja	Nach WHO-Definition systolischer Wert > 160 mmHg und/oder diastolischer Wert > 95 mmHg Quecksilbersäule (= ^ 21,3 bzw. 12,7 kPA)

Therapiemaßnahmen / Frühere Sekundärprävention

58	Antikoagulanzen	0 = nein 1 = Vitamin K-Antagonisten 2 = NOAK (Neue orale Antikoagulanzen)	-
59	Beatmung	0 = nein 1 = ja	-
60	Operative Revaskularisierung der	0 = nein 1 = verlegt zur Operation 2 = verlegt zum Stenting 3 = Operation während des dokumentierten	Hier ist eine Verlegung (zur OP oder zum Stenting) nur anzugeben, wenn der/die Patient(in) tatsächlich verlegt – und die Dokumentation dieses Falles damit abgeschlossen – wird. Wird der Eingriff im selben Krankenhaus bei fortgeführter Dokumentation vorgenommen, ist Ziffer 3 – Operation oder 4 - Stenting während des dokumentierten Aufenthaltes

ACI veranlasst	Aufenthaltes 4 = Stenting während des dokumentierten Aufenthaltes 9 = sonstiges	anzugeben. Wurde ein fester Termin für einen revaskularisierenden Eingriff vereinbart, der/die Pat. aber vorübergehend entlassen, ist sonstiges anzugeben. Das Stenting im Rahmen einer mechanischen Rekanalisation ist hierbei ausgeschlossen.
----------------	---	---

Therapie

61	Physiotherapie	0 = nein 1 = Beginn \leq 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn $>$ 2 Tage nach Aufnahme	Patient(in) während des Krankenhausaufenthaltes von einem Physiotherapeuten/in u./o. Ergotherapeuten/in untersucht u./o. behandelt. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren.
62	Logopädie	0 = nein 1 = Beginn \leq 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn $>$ 2 Tage nach Aufnahme	Patient(in) wird während des Krankenhausaufenthaltes von einem Logopäden/in untersucht u./o. behandelt wurde. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren.
63	Mobilisierung	0 = nein 1 = Beginn \leq 2 Tage nach Aufnahme 2 = Beginn $>$ 2 Tage nach Aufnahme	Es ist anzugeben ob bzw. ab wann der Patient von einem Physiotherapeuten oder einer Pflegekraft mobilisiert wurde. Unter Mobilisierung sind alle therapeutischen Maßnahmen durch ein geschultes Team zu verstehen, die auf das individuelle Störungsbild und die jeweilige Belastbarkeit des Patienten ausgerichtet sind und der Verbesserung der Mobilität des Patienten dienen. Lagerungsmaßnahmen sind als Mobilisierung zu werten.

Komplikationen (nur im Verlauf erworben)

64	Komplikationen (nur im Verlauf erworben)	0 = nein 1 = ja	Es werden nur Komplikationen erfasst, die im Verlauf des jetzigen stationären Aufenthaltes entwickelt wurden und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig sind. Sind keine Komplikationen aufgetreten, bitte 'nein' eingeben.
--------------------	--	--------------------	--

wenn Feld 64 = 1

65

Pneumonie

1 = ja

Es sollen nur Pat. dokumentiert werden, die ihre Pneumonie im Krankenhaus entwickelt haben (d.h., die nicht den Kriterien für das bundesweite QS-Modul Ambulant erworbene Pneumonie entsprechen).

Eine Pneumonie liegt dann vor (RKI Definition 2008) wenn:

Eine Röntgenuntersuchung des Thorax entweder ein neues oder ein progressives und persistierendes Infiltrat aufweist, eine Verdichtung, Kavitation oder einen pleuralen Erguss und mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Fieber ($\geq 38,3$ °C) ohne andere mögliche Ursachen
- Leukopenie (< 4.000 Leukozyten/mm³) oder Leukozytose (> 12.000 Leukozyten/mm³)
- Für Erwachsene > 70 Jahre: veränderter mentaler Status, der keine anderen Ursachen haben kann (pneumoniebedingte Desorientierung)

und mindestens zwei der folgenden Kriterien:

- neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums
- neu aufgetretener oder verschlimmelter Husten, Dyspnoe oder Tachypnoe
- Rasselgeräusche oder bronchiale Atemgeräusche
- Verschlechterung des Gasaustausches ($PaO_2/FiO_2 \leq 240$), gesteigerter Sauerstoffbedarf oder Beatmungsnotwendigkeit

D.h. nur wenn ein entsprechender Röntgenbefund vorliegt und insgesamt 3 der zusätzlichen Kriterien aus den o.a. Listen positiv sind, ist eine Pneumonie zu kodieren.

Hinweise für einen symptomatischen erhöhten Hirndruck in bildgebenden

66	Erhöhter Hirndruck	1 = ja	Verfahren, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung, plus klinische Symptome.
67	Sympt. Intrazerebrale Blutung	1 = ja	-
68	Hirnarterienembolie	1 = ja	-
69	Andere Komplikation(en)	1 = ja	-

Behandlungsende

Behinderung

70	Mod. Rankin-Scale bei Entlassung	<p>0 = Keine Symptome 1 = Keine wesentliche Funktionseinschränkung 2 = Geringgradige Funktionseinschränkung 3 = Mäßiggradige Funktionseinschränkung 4 = Mittelschwere Funktionseinschränkung 5 = Schwere Funktionseinschränkung 6 = Tod</p>	<p>Keine wesentliche Funktionseinschränkung trotz Symptome (kann alle gewohnten Aufgaben und Aktivitäten verrichten)</p> <p>Geringgradige Funktionseinschränkung (unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen)</p> <p>Mäßiggradige Funktionseinschränkung (bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage, ohne Hilfe zu gehen)</p> <p>Mittelschwere Funktionseinschränkung (unfähig ohne Hilfe zu gehen, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen)</p> <p>Schwere Funktionseinschränkung (bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit)</p>
--------------------	----------------------------------	---	--

wenn Feld 70 \diamond 6

			<p>kontinent (10 Punkte) Pat. ist harnkontinent Pat. kompensiert seine Harninkontinenz selbst, ohne Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche Pat. versorgt Harnkathetersystem komplett selbstständig</p> <p>gelegentlicher Verlust (5 Punkte) Pat. kompensiert seine</p>
--	--	--	--

71

Barthel-Index bei Entlassung
Blasenkontrolle

0 = inkontinent
5 = gelegentlicher Verlust
10 = kontinent

Harninkontinenz selbst, Einnässen der Kleidung oder Bettwäsche nicht mehr als 1x tgl.)
Pat. benötigt geringe Unterstützung bei der Versorgung seines Harnkathetersystems

inkontinent (0 Punkte)

Pat. ist mehr als 1x tgl. harninkontinent
Pat. ist nicht in der Lage, einen liegenden Blasenkatheter selbst zu versorgen

=> Bei verstorbenen Patienten ist dieses Feld nicht auszufüllen!

72

Barthel-Index bei Entlassung
Lagewechsel Bett-Stuhl

0 = vollständig abhängig
5 = große Unterstützung
10 = geringe Unterstützung
15 = vollständig selbstständig

vollständig selbstständig (15 Punkte)

Pat. bewegt sich unabhängig von Bett zu Stuhl und zurück

geringe Unterstützung (10 Punkte)

Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung.
Eine Person ist in der Lage, den Pat. problemlos zu unterstützen oder steht lediglich aus Sicherheitsgründen dabei.

große Unterstützung (5 Punkte)

Benötigt große körperliche Unterstützung (von einer oder zwei Personen), kann sitzen. Pat. benötigt Unterstützung durch eine starke bzw. ausgebildete Person oder durch zwei nicht speziell trainierte Personen. Der Patient kann sich aufrichten.

vollständig abhängig (0 Punkte)

Pat. ist nicht in der Lage, sich von der Liege- in die Sitzposition zu begeben, kein Gleichgewicht beim Sitzen.

Es sind zwei Personen zum Heben des Patienten erforderlich.
Pat. wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert.

=> Bei verstorbenen Patienten ist dieses Feld nicht auszufüllen!

73	Barthel-Index bei Entlassung Fortbewegung	<p>0 = vollständig abhängig 5 = große Unterstützung 10 = geringe Unterstützung 15 = vollständig selbstständig</p>	<p>vollständig selbstständig (15 Punkte) Pat. kann min. 50 Meter Gehen (ggf. mit Gehstützen, aber ohne Gehwagen), jedoch ohne Hilfestellung oder Beaufsichtigung einer Laien- oder professionellen Hilfe.</p> <p>geringe Unterstützung (10 Punkte) Pat. geht 50 Meter mit geringer Hilfestellung oder Gehwagen</p> <p>große Unterstützung (5 Punkte) Pat. kann komplett selbstständig einen Rollstuhl bedienen (einschließlich Öffnen von Türen und Manövrieren um Ecken)</p> <p>vollständig abhängig (0 Punkte) Pat. ist nicht in der Lage, ohne Unterstützung einen Rollstuhl zu benutzen Pat. wird auf Grund seiner körperlichen Befindlichkeit nicht transferiert</p> <p>=> Bei verstorbenen Patienten ist dieses Feld nicht auszufüllen!</p>
----	---	--	---

Sekundärprophylaxe (einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief)

74	Antihypertensiva	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-
75	Statine	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-
76	Thrombozytenaggregationshemmer	<p>0 = nein 1 = ja</p>	-

Entlassung

77	Ambulante oder stationäre Rehabilitation veranlasst	<p>0 = nein 1 = ja</p>	<p>Hier ist ja anzugeben, wenn eine Verlegung in eine Reha-Klinik erfolgte oder für die/den Pat. die stationäre Aufnahme in eine Reha-Klinik bereits arrangiert wurde und der Aufnahmetermin nicht länger als 14 Tage nach der Entlassung liegt. Außerdem ist ja anzugeben, wenn eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme verordnet oder veranlasst (z.B. im Arztbrief empfohlen) wurde.</p>
----	---	-----------------------------	--

			Dieses Feld ist auch mit ja zu erfassen, wenn eine Verlegung in eine Geriatrische Klinik (auch bei hausinterner Verlegung) erfolgt.
78	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	Vorliegen einer gültigen Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht, die das diagnostische und/oder therapeutische Vorgehen beeinflusst bzw. Vorliegen einer Willenserklärung des Patienten zur Therapiebegrenzung.
79	Behandlung auf Stroke Unit	0 = nein 1 = ja	Patient wurde während des stationären Aufenthaltes auf der Stroke Unit behandelt.

Lange Schlüssel

- 0100 = Innere Medizin A
- 0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
- 0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
- 0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
- 0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
- 0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
- 0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
- 0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
- 0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
- 0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
- 0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
- 0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
- 0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
- 0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
- 0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
- 0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
- 0190 = Innere Medizin B
- 0191 = Innere Medizin C
- 0192 = Innere Medizin D
- 0200 = Geriatrie
- 0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
- 0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
- 0290 = Geriatrie
- 0291 = Geriatrie
- 0292 = Geriatrie
- 0300 = Kardiologie
- 0390 = Kardiologie
- 0391 = Kardiologie
- 0392 = Kardiologie
- 0400 = Nephrologie

0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
0490 = Nephrologie
0491 = Nephrologie
0492 = Nephrologie
0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
0600 = Endokrinologie
0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0690 = Endokrinologie
0691 = Endokrinologie
0692 = Endokrinologie
0700 = Gastroenterologie
0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0790 = Gastroenterologie
0791 = Gastroenterologie
0792 = Gastroenterologie
0800 = Pneumologie
0890 = Pneumologie
0891 = Pneumologie
0892 = Pneumologie
0900 = Rheumatologie
0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0990 = Rheumatologie
0991 = Rheumatologie
0992 = Rheumatologie
1000 = Pädiatrie
1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
1051 = Langzeitbereich Kinder
1090 = Pädiatrie
1091 = Pädiatrie
1092 = Pädiatrie
1100 = Kinderkardiologie
1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
1190 = Kinderkardiologie
1191 = Kinderkardiologie
1192 = Kinderkardiologie
1200 = Neonatologie

1290 = Neonatologie
1291 = Neonatologie
1292 = Neonatologie
1300 = Kinderchirurgie
1390 = Kinderchirurgie
1391 = Kinderchirurgie
1392 = Kinderchirurgie
1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
1500 = Allgemeine Chirurgie I
1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
1590 = Allgemeine Chirurgie II
1591 = Allgemeine Chirurgie III
1592 = Allgemeine Chirurgie IV
1600 = Unfallchirurgie
1690 = Unfallchirurgie
1691 = Unfallchirurgie
1692 = Unfallchirurgie
1700 = Neurochirurgie
1790 = Neurochirurgie
1791 = Neurochirurgie
1792 = Neurochirurgie
1800 = Gefäßchirurgie
1890 = Gefäßchirurgie
1891 = Gefäßchirurgie
1892 = Gefäßchirurgie
1900 = Plastische Chirurgie
1990 = Plastische Chirurgie
1991 = Plastische Chirurgie
1992 = Plastische Chirurgie
2000 = Thoraxchirurgie
2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
2090 = Thoraxchirurgie
2091 = Thoraxchirurgie
2092 = Thoraxchirurgie
2100 = Herzchirurgie
2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)

Schlüssel 1
"Fachabteilungen"

2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
2190 = Herzchirurgie
2191 = Herzchirurgie
2192 = Herzchirurgie
2200 = Urologie
2290 = Urologie
2291 = Urologie
2292 = Urologie
2300 = Orthopädie
2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
2390 = Orthopädie
2391 = Orthopädie
2392 = Orthopädie
2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
2425 = Frauenheilkunde
2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2500 = Geburtshilfe
2590 = Geburtshilfe
2591 = Geburtshilfe
2592 = Geburtshilfe
2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
2700 = Augenheilkunde
2790 = Augenheilkunde
2791 = Augenheilkunde
2792 = Augenheilkunde
2800 = Neurologie
2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
2890 = Neurologie
2891 = Neurologie
2892 = Neurologie
2900 = Allgemeine Psychiatrie
2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtambulanz
2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtambulanz
2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)

2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
2990 = Allgemeine Psychiatrie
2991 = Allgemeine Psychiatrie
2992 = Allgemeine Psychiatrie
3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und
Jugendpsychosomatik
3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
3200 = Nuklearmedizin
3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
3290 = Nuklearmedizin
3291 = Nuklearmedizin
3292 = Nuklearmedizin
3300 = Strahlenheilkunde
3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
3390 = Strahlenheilkunde
3391 = Strahlenheilkunde
3392 = Strahlenheilkunde
3400 = Dermatologie
3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
3490 = Dermatologie
3491 = Dermatologie
3492 = Dermatologie
3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
3600 = Intensivmedizin
3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
3690 = Intensivmedizin
3691 = Intensivmedizin

- 3692 = Intensivmedizin
- 3700 = sonstige Fachabteilung I
- 3750 = Angiologie
- 3751 = Radiologie
- 3752 = Palliativmedizin
- 3753 = Schmerztherapie
- 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
- 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
- 3756 = Suchtmedizin
- 3757 = Visceralchirurgie
- 3790 = Sonstige Fachabteilung II
- 3791 = Sonstige Fachabteilung III
- 3792 = Sonstige Fachabteilung IV
- 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)

Schlüssel 2

"Entlassungsgrund"