

# Schlaganfall-Dokumentation: Codiererläuterungen

Version 2.5

Tiroler Gesundheitsfonds

22.07.2014

Diese Codiererläuterungen wurden im „Fachbeirat Behandlungspfad Schlaganfall Tirol“ abgestimmt. Sie beziehen sich auf die ergänzende Dokumentation stationärer Fälle mit Hauptdiagnose I61 und I63 und, sofern nicht anders angegeben, sowohl auf die Dokumentation im „Ergänzungsdatensatz Tirol“ als auch auf die Dokumentation im Stroke-Register des ÖBIG.

## 1. **Frage:**

Ist die Codierung der ICD-10-Diagnose **I62.x** als LKF-Hauptdiagnose zulässig?

### **Antwort:**

Nein. Die I62 ist zwar als Diagnose im LKF Modell 2010 enthalten, sollte aber aus medizinischer Sicht nicht verwendet werden, da bei der überwiegende Mehrheit der Fälle ein Trauma als Ursache dahinter steht. Bei Unklarheit in der Anamnese sollte entweder Code S06.5 (traumatisches SDH) + U99.9 (nicht näher bezeichnete Unfallsursachen) oder alternativ die G98 als Hauptdiagnose (Code für allen nicht dezidiert ausgewiesenen Erkrankungen des Gehirns/Gehirnhäute) und I62.x (nicht-traumatisches SDH) als Nebendiagnose verwendet werden.

## 2. **Frage:**

Sind auch Daten für **Nicht-Tiroler PatientInnen** (andere Bundesländer, Ausland) zu dokumentieren?

### **Antwort:**

Ja; das Schlaganfall-Projekt ist unabhängig vom Wohnort der betroffenen PatientInnen.

## 3. **Frage:**

Wenn ein Patient **hausintern** zwischen verschiedenen Abteilungen **verlegt** wird, welche Abteilungen sollen dokumentieren?

### **Antwort:**

Zu jeder stationären Aufnahme Nummer (mit Hauptdiagnose I61 oder I63) benötigt es genau einen Schlaganfall-Datensatz (Register oder Ergänzungsdokumentation). Wenn also z.B. ein Patient auf einer Stroke Unit war und somit im ÖBIG Register erfasst wurde, ist kein weiterer Datensatz auf etwaigen nachfolgenden Abteilungen mehr anzulegen.

## 4. **Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Wir erhalten einen Patienten direkt aus einer anderen Krankenanstalt **zutransferiert**. Wie ist dieser Fall zu dokumentieren?

### **Antwort:**

- Wenn der Patient in der anderen Krankenanstalt zumindest eine Nacht stationär war: Dokumentation als „Akuter Schlaganfall = Nein“, Ende Doku.
- Andere Zutransferierungen (Patient war in der zutransferierenden Krankenanstalt nur ambulant oder ein Nulltagesfall) sind als „Akuter Schlaganfall = Ja“ vollständig zu dokumentieren.

## 5. **Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Wir nehmen einen Patienten mit akutem Schlaganfall stationär auf und **transferieren** ihn *nach einer Belagsdauer von zumindest einem Mitternachtsstand* an eine andere Krankenanstalt **weiter**. Sollen wir für diese Aufnahme einen Schlaganfall-Datensatz dokumentieren?

### **Antwort:**

Ja, es ist ein entsprechender Schlaganfall-Datensatz zu dokumentieren („Akuter Schlaganfall = Ja“); dieser wird für die Auswertung herangezogen.

**6. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Wir nehmen einen Patienten mit akutem Schlaganfall stationär auf und **transferieren** ihn noch *am selben Tag* an eine andere Krankenanstalt **weiter**. Sollen wir für diese Aufnahme einen Schlaganfall-Datensatz dokumentieren?

**Antwort:**

Unmittelbar weitertransferierte Nulltagesfälle können, müssen aber nicht im Detail dokumentiert werden. Es ist jedoch jedenfalls ein Ergänzungsdatensatz anzulegen, welcher im bisherigen Dokumentationssystem aber einfach mit „Akuter Schlaganfall = Nein“\* abgehakt werden kann.

Möchte das Haus diesen Fall im Detail dokumentieren, da der Patient einer relevanten Diagnostik und/oder Therapie (zB Lysetherapie) zugeführt wurde, so kann ein entsprechender Ergänzungsdatensatz („Akuter Schlaganfall = Ja“) angelegt werden. In diesem Fall wird der Patient in der Auswertung dem eigenen Haus zugeordnet, ansonsten dem nachfolgenden.

\* In zukünftigen Versionen des Erhebungsformulars soll für diese Fälle stattdessen die Dokumentationsmöglichkeit „Weitertransferierung an eine andere KA am Aufnahmetag, ohne Dokumentation“ geschaffen werden. Solange diese Möglichkeit jedoch noch nicht besteht, ist wie oben beschrieben vorzugehen.

**7. Frage:**

Ein Schlaganfall-Patient **verstirbt** noch **am Tag der Aufnahme** (ohne Mitternachtsstand) im Krankenhaus. Muss der Patient dennoch dokumentiert werden?

**Antwort:**

Ja, der SA-Patient ist in der Ergänzungsdokumentation oder im Stroke-Unit Register zu dokumentieren.

**8. Frage:**

Ein Patient erleidet während eines Urlaubaufenthalts im Ausland einen Schlaganfall und wird erst **eine Woche später das erste Mal in ein Tiroler Krankenhaus eingeliefert**. Handelt es sich noch um einen akuten Schlaganfall? **Was gilt als akuter Schlaganfall?**

**Antwort:**

Ja, da der Patient das erste Mal in einem Tiroler Krankenhaus aufgenommen wurde, ist dieser wie ein akuter Schlaganfallpatient zu behandeln. Bei der Diagnostik Erste Bildgebung kann bei Vorhandensein der Bilder (CCT und MRI) „vorliegend“ ausgewählt werden. Datum und Uhrzeit sind bei der Diagnostik Erste Bildgebung nicht anzugeben.

Jeder Schlaganfallpatient der **erstmalig** in einem Tiroler Krankenhaus mit der Diagnose I61 oder I63 behandelt wird gilt als akuter Schlaganfall. Der Zeitpunkt des Schlaganfallereignisses ist für das Kriterium „akut“ nicht relevant.

**9. Frage:**

Ein Patient erleidet während eines stationären Aufenthalts einen Schlaganfall (**interner Schlaganfall**). Welche **Zutransportart** ist zu dokumentieren?

**Antwort:**

Beim Zutransport ist „Direkttransport“ auszuwählen. Als Zutransportart ist jene anzugeben, welche der Patient bei der ursprünglichen Aufnahme ins Krankenhaus hatte.

**10. Frage:**

Ist „**Zutransport - Rettung mit Notarzt**“ nur dann gemeint, wenn der Notarzt den Patienten bis ins Krankenhaus mitbegleitet?

**Antwort:**

Nein; auch wenn der Notarzt bei der Erstversorgung dabei war, den Patienten aber nicht bis ins Krankenhaus mitbegleitet, ist „Zutransport - Rettung mit Notarzt“ zu dokumentieren.

**11. Frage:**

Ist „Zutransport - Rettung mit Notarzt“ auch zu dokumentieren, wenn ein Hausarzt ohne Notarzt-Funktion vor Ort ist und kein Notarztprotokoll erstellt wurde?

**Antwort:**

Nein; da kein Notarztprotokoll erstellt wurde ist „Zutransport - Rettung ohne Notarzt“ zu dokumentieren.

**12. Frage:**

Wie ist das Feld „Datum/Uhrzeit Krankenhausaufnahme“ definiert?

**Antwort:**

Es ist hier der erste Zeitpunkt der Aufnahme (unabhängig ob ambulant oder stationär) im jeweiligen Krankenhaus zu dokumentieren.

- a) Wird zum Beispiel ein Patient zunächst in einer Ambulanz behandelt und erst später stationär aufgenommen, ist in diesem Feld die ambulante Aufnahmezeit zu dokumentieren.
- b) Wenn ein Patient aus einer anderen Krankenanstalt zutransferiert wurde, ist nicht die Aufnahmezeit in der zutransferierenden Krankenanstalt zu dokumentieren, sondern diejenige ins eigene Haus.

**13. Frage:**

Zu welchem Zeitpunkt ist die **NIH-Stroke Scale** zu erheben?

**Antwort:**

Die NIH-Stroke Scale ist immer **im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung** im KH zu erheben.

**14. Frage (nur für Register):**

Wenn ein Patient nach einem Aufenthalt auf einer Stroke Unit auf eine andere Abteilung (z.B. Normalstation) kommt und dort eine Leistung (z.B. **TEE**) durchgeführt wird – ist diese Leistung im Stroke Register nachzutragen?

**Antwort:**

Nein; im Stroke-Unit-Register sind nur erbrachte Leistungen während des Stroke-Unit-Aufenthaltes zu erfassen.

Solche Leistungen werden aber (sofern es – wie bei der TEE – eine MEL dafür gibt) im Rahmen des LKF-Systems erfasst.

**15. Frage:**

Ein Patient wurde **in einem anderen Krankenhaus lysiert** und dann am gleichen Tag zu uns weitertransferiert. Ist für diesen Patienten die Lyse in unserer Schlaganfall-Dokumentation einzutragen?

**Antwort:**

Nein.

(In diesem Fall ist davon auszugehen, dass die zutransferierende Krankenanstalt eine Schlaganfall-Dokumentation durchführt, in der die Lyse erfasst ist; vgl. Frage 6.)

**16. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Was genau ist unter „**Standardisiertes Entlassungsmanagement**“ zu verstehen?

**Antwort:**

Dieser Punkt ist zu dokumentieren, wenn bei der Entlassung nach der „Checkliste Entlassungsmanagement“ des Projekts „Integrierter Behandlungspfad Schlaganfall Tirol“ vorgegangen wurde.

**17. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Die Kategorien bei den **Wartezeiten (Reha, Heim)** sind nicht klar abgegrenzt. Ist zB bei einer Wartezeit von 3 Tagen der Wert "1-3d" oder "3-7d" zu dokumentieren?

**Antwort:**

Leider war dies in der ersten Version des Erhebungsformulars unpräzise formuliert. Gemeint ist 1-3d, 4-7d, 8-14d usw.; eine Wartezeit auf Reha-Transfer von 3 Tagen ist also als "1-3d" zu codieren. Die Formulare werden entsprechend präzisiert.

**18. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Was soll bei der **Wartezeit Pflege/Altersheim** für einen Patienten dokumentiert werden, der bereits im Heim war?

**Antwort:**

Für diese PatientInnen wird in zukünftigen Versionen des Erhebungsformulars eine neue Kategorie „0d“ aufgenommen werden.

**19. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Welche Transferierungen sind unter „**Transfer in Reha Einrichtung**“ gemeint?

**Antwort:**

Damit sind Transferierungen in Reha-Einrichtungen im weitesten Sinne gemeint, also Transferierungen/Verlegungen in Neuro-ANB Phase B oder C (im Haus oder außer Haus), sowie in Rehazentren.

**20. Frage:**

Wann wird **generell ein Schlaganfall** als solcher dokumentiert (ICD-10 I63, I61)?

**Antwort:**

Definition Schlaganfall: Plötzlich einsetzende Funktionsstörung des Gehirns bzw. einer Hirnregion bedingt durch eine Durchblutungsstörung oder Hirnblutung.

- Jeder frische Hirninfarkt im CCT oder MRT ist als I63 zu klassifizieren.
- Ist die Symptomatik „TIA-artig“ abgelaufen, so ist trotzdem I63 zu codieren, wenn im CCT oder MRT ein frischer Hirninfarkt vorliegt.
- Jedes apoplektiforme (vaskulärschämisch bedingte) Ereignis, dessen fokale Ausfälle (z.B. Hemiparese) sich nicht innerhalb von 24 Stunden zurückgebildet haben, ist als I63 zu klassifizieren, auch wenn sich im CCT oder MRT kein Infarktareal demarkiert.
- Ein Schlaganfall mit im CCT oder MRT nachweisbarer intrazerebraler Blutung wird als I61 codiert.

**21. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):**

Was ist unter „**Konsultation Netzwerk**“ zu verstehen?

**Antwort:**

Darunter wird die pfadgeleitete Kontaktaufnahme mit den Stroke Units bei Fragen zur weiteren Behandlung von Schlaganfallpatienten verstanden (z.B. „Rotes Schlaganfalltelefon“).

**22. Frage:**

Wann wird die Komplikation „**Pneumonie**“ dokumentiert?

**Antwort:**

Eine Pneumonie ist zu codieren:

- wenn ein radiologischer Befund vorliegt
- wenn ein klinischer Befund vorliegt (Auskultation, Symptomatik...)
- wenn ein pulmonaler Infekt antibiotisch behandelt wird.\*

\* Die alleinige Verabreichung von Antibiotika reicht zur Codierung der Komplikation nicht aus.

**23. Frage:**

Wie ist das Feld „**Datum/Zeit Ereignis**“ zu dokumentieren?

**Antwort:**

Es sollte eine möglichst punktgenaue zeitliche Angabe des Symptomeintritts gemacht werden. Ist eine exakte Festlegung nicht möglich, sehr wohl aber eine Eingrenzung auf einen engen Zeitraum (ca. 1 Stunde), so wird der Zeitpunkt verwendet, an dem der Patient zuletzt definitiv gesund gesehen wurde. Ist keine Eingrenzung auf einen engen Zeitraum möglich (z.B. Auftreten während des Schlafes) wird „unbekannt“ codiert.

**24. Frage:**

Welcher Zeitpunkt ist beim Feld „**Datum/Zeit Diagnostik erste Bildgebung**“ anzugeben?

**Antwort:**

Gemeint ist der Zeitpunkt des Untersuchungsbeginns. Zum Beispiel der Zeitpunkt zu dem die CT Untersuchung gestartet wird. (Nicht gemeint ist der Zeitpunkt der Anordnung der Untersuchung oder die Archivierungszeit des Bildes).

**25. Frage:**

Welche Uhrzeit ist für „**Diagnostik erste Bildgebung**“ anzugeben, wenn beide Bildgebungen (CCT und MRI) gemeinsam vorliegen?

**Antwort:**

Es ist immer der Zeitpunkt der als erstes durchgeführten Bildgebung anzuführen.

**26. Frage:**

Ist eine **Logopädie** ohne **Dysphagietestung** plausibel?

**Antwort:**

In den meisten Fällen wird die Logopädin / der Logopäde eine Dysphagietestung durchführen, welche dann auch zusätzlich zur Logopädie zu dokumentieren ist. Ein durchgeführter Guss-Test durch die Pflege ist für die Dokumentation ausreichend.

**27. Frage:**

Wann ist eine **Sepsis** als **Komplikation** zu codieren?

**Antwort:**

Die Diagnose einer Sepsis bedarf dem Nachweis einer Infektion (mikrobiologischer oder klinischer Nachweis), der systemischen Inflammation (Temperatur > 38 oder < 36, Tachycardie, Tachypnoe, Leukozytose oder Leukopenie) und einer Organdysfunktion (Enzephalopathie, Bewusstseinsstörung, Thrombopenie, Hypoxie, Nierenversagen, metabolische Azidose, Hypotension). (Detailliertere Erläuterung siehe Anhang)

---

**Anhang:**

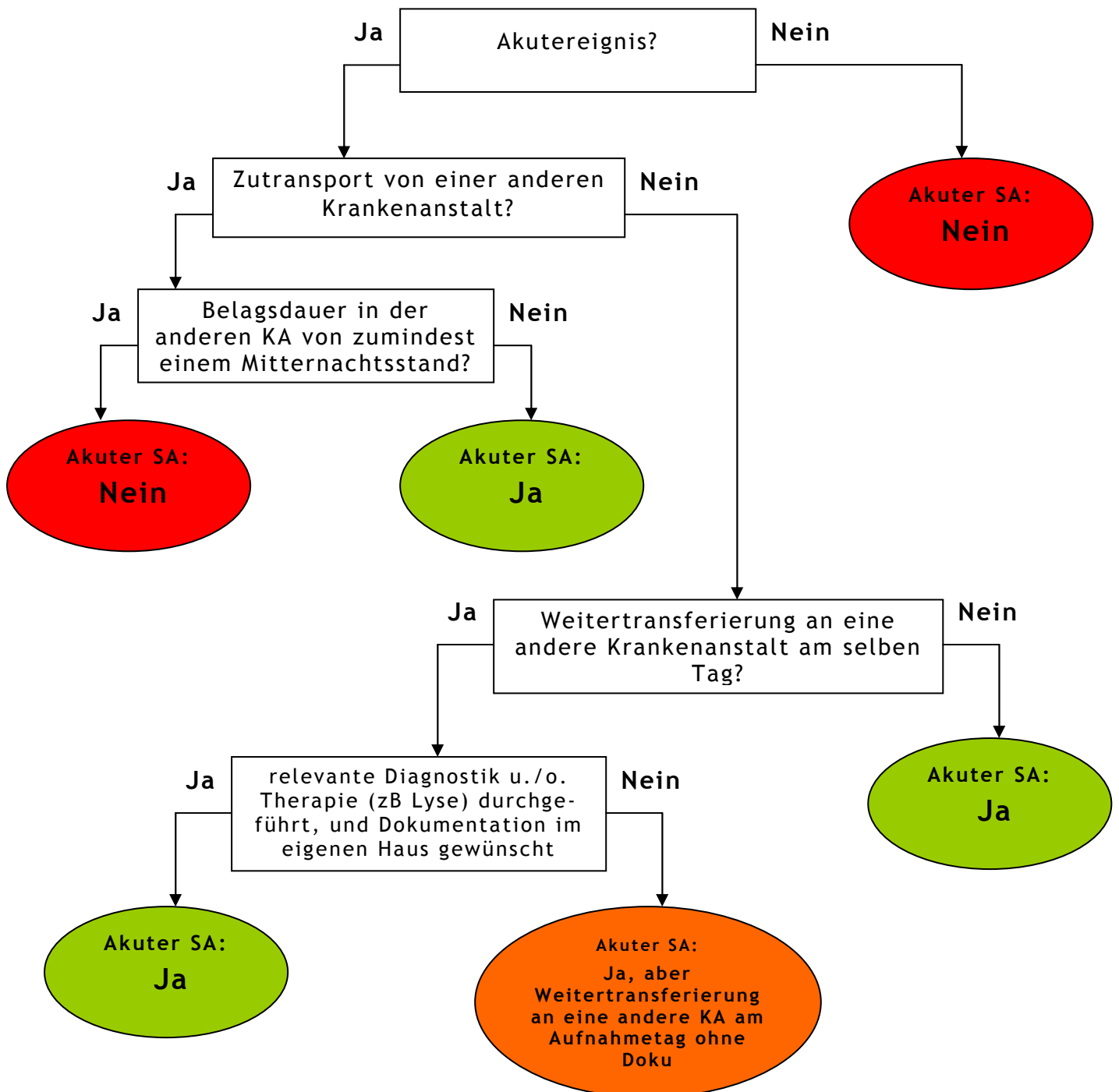
**Entscheidungsbaum zur Codierung der Einstiegsfrage (Ergänzungsdokumentation)**

**Diagnosekriterien für SIRS, Sepsis und schwere Sepsis**

# Wann ist ein akuter Schlaganfall zu dokumentieren?

(vgl. auch Codiererläuterung Fragen 4-6)

Ausgangsbasis: stationärer Fall mit der Hauptdiagnose I61 oder I63



# Wann ist eine Sepsis als Komplikation zu codieren?

(vgl. auch Codiererläuterung Frage 21)

## Diagnosekriterien für SIRS, Sepsis und schwere Sepsis (ACCP/SCCM Konsensus-Konferenz)

Erstellt von Prof. Dr. Stefan Kiechl

### *I – Nachweis der Infektion*

Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien

### *II – Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS) (mindestens zwei Kriterien erfüllt)*

- Körpertemperatur > 38 °C oder < 36 °C
- Tachykardie: Herzfrequenz > 90/min
- Tachypnoe: Atemfrequenz > 20/min oder Hyperventilation ( $\text{PaCO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$  bzw. 33 mmHg)
- Leukozytose (> 12.000 weiße Blutkörperchen/ $\text{mm}^3$ ) oder Leukopenie (< 4.000/ $\text{mm}^3$ ) oder > 10 % unreife neutrophile Granulozyten im Differentialblutbild

### *III - Akute Organdysfunktion / Schwere Sepsis (mindestens ein Kriterium erfüllt)*

- Hirnschädigung (Enzephalopathie): eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Abfall der Blutplättchen (Thrombozytopenie): innerhalb von 24 Stunden Abfall der Thrombozyten um mehr als 30 % oder Thrombozytenzahl < 100.000/ $\text{mm}^3$  bei Ausschluss einer Erkrankung des Immunsystems oder einer akuten Blutung.
- Arterielle Hypotension (systolischer arterieller Blutdruck < 90 mmHg oder mittlerer arterieller Blutdruck < 70 mmHg über mindestens eine Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr bei Abwesenheit anderer Schockursachen)  
→Septischer Schock
- Sauerstoffmangel (Hypoxie):  $\text{PaO}_2 < 10 \text{ kPa}$  (75 mmHg) oder ein  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  Verhältnis < 33 kPa (250 mmHg) unter Sauerstoffverabreichung bei Ausschluss einer kardialen oder pulmonalen Vorerkrankung.
- Akutes Nierenversagen: Harnproduktion (Diurese) < 0,5 ml/kg Körpergewicht/h für mindestens zwei Stunden, trotz ausreichender Volumensubstitution, und/oder Anstieg des Serumkreatinins um das Doppelte des lokal üblichen oberen Referenzbereichs.
- Metabolische Azidose: BE < -5 mmol oder Laktat > 1,5-facher Wert als der lokal übliche Referenzwert.