

Schlaganfall-Dokumentation: Codiererläuterungen

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 Unit-Register des ÖBIG.

1. Frage:

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

Antwort:

Nein. Die I62.x ist zwar als Diagnose im LKF Modell 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:

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.

3. 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.

4. 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 (Stroke Unit-Register oder Ergänzungsdokumentation).

Wenn also z.B. ein Patient auf einer Stroke Unit war und somit im Stroke Unit-Register des ÖBIG erfasst wurde, ist kein weiterer Datensatz auf etwaigen nachfolgenden Abteilungen mehr anzulegen.

5. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):

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

Antwort:

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

6. 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.

7. 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 in aktuelleren Versionen des Dokumentationssystems aber einfach mit „Akuter Schlaganfall = Ja, aber Weitertransferierung an eine andere Krankenanstalt am Aufnahme-tag, ohne Doku“* abgeschlossen 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 älteren Versionen des Erhebungsformulars ist für diese Fälle stattdessen die Dokumentationsmöglichkeit „Akuter Schlaganfall = *Nein*“ zu verwenden.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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.

14. Frage:

Ein Patient erleidet während eines stationären Aufenthalts einen Schlaganfall („Schlaganfall im Krankenhaus“). 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.

15. 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.

16. Frage:

Welche gerinnungshemmenden Medikamente zählen zu den **direkten oralen Antikoagulantien (kurz: DOAK)**?

Antwort:

Mit Stand 01.01.2018 werden darunter die gerinnungshemmenden Medikamente Dabigatran, Apixaban, Edoxaban und Rivaroxaban subsumiert.

17. 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 Schlaganfall-telefon“).

18. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):

Was ist unter „**Teleradiologie**“ im Rahmen des Schlaganfallprojektes zu verstehen?

Antwort:

Darunter wird die Übermittlung von radiologischem Bildmaterial (z.B. CT) an ein anderes Krankenhaus zwecks Erstellung eines radiologischen Befundes verstanden.

19. 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).

20. 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.

21. 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 Unit-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.

22. Frage:

Welche Untersuchungsmethoden sind beim Punkt „**Erste Untersuchung der hirnzuführenden Gefäße (extrakraniell)**“ anzuführen, wenn im Laufe einer Behandlung eines Schlaganfallpatienten mehrere Methoden durchgeführt wurden?

Antwort:

Es sind **alle** im Laufe einer Behandlung durchgeführten **Untersuchungsmethoden**, unabhängig von der zeitlich als erstes durchgeführten Methode, anzuführen.

23. Frage:

Welcher Zeitpunkt bzw. welche Untersuchungsmethode sind beim Punkt „**Erste Untersuchung der hirnzuführenden Gefäße (extrakraniell)**“ anzugeben, wenn die Untersuchung bereits im zutransferierenden Krankenhaus durchgeführt wurde?

Antwort:

Sofern bekannt, sind der tatsächliche Zeitpunkt der Untersuchung im zutranstransferierenden Krankenhaus sowie die dort durchgeführte Untersuchungsmethode anzugeben. Ist der tatsächliche Untersuchungszeitpunkt nicht bekannt, ist nur die Untersuchungsmethode anzuführen.

24. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):

Was wird unter einem **Carotis-Verschluss** verstanden?

Antwort:

In der Ergänzungsdokumentation wird unter einem Carotis-Verschluss der **intrakranielle oder distale Carotis-Verschluss** verstanden; nicht jedoch der extrakranielle Verschluss. Hat ein und derselbe Patient sowohl einen distalen Carotis-Verschluss als auch einen Media-(Hauptstamm-)Verschluss ist der Carotis-Verschluss zu codieren.

25. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):

Wann ist das Feld **Gefäßverschluss** zu dokumentieren?

Antwort:

Das Feld Gefäßverschluss ist nur bei **ischämischen Schlaganfällen (I63)** zu dokumentieren, bei denen ein **MR-Angio** bzw. **CT-Angio** durchgeführt wurde („ja“ bzw. „bereits durchgeführt“). Bei intrazerebralen Blutungen (I61) ist das Feld nicht zu befüllen.

26. Frage (nur für Ergänzungsdokumentation):

Was ist beim Feld Gefäßverschluss anzugeben, wenn **ein anderer Verschluss** als ein Carotis-Verschluss oder Media-(Hauptstamm-)Verschluss vorliegt (z.B. Basilaris-Verschluss)?

Antwort:

Liegt kein Carotis-Verschluss oder Media-(Hauptstamm-)Verschluss vor oder kann die Verschlussart nicht mehr festgestellt werden, ist das **Feld nicht zu befüllen**.*

* Die andere Verschlussart kann jedoch in den LKF-Daten als Zusatzdiagnose erfasst werden (z.B.: Zusatzdiagnose I65.1 - Verschluss und Stenose der A. basilaris).

27. 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.

28. Frage:

Wann ist „**Dysphagietestung lt. Protokoll**“ (Ergänzungsdokumentation) bzw. „**Schlucktest (z.B. GUSS) durchgeführt**“ (Stroke-Unit-Register) mit „ja“ zu codieren?

Antwort:

Im Schlaganfallpfad soll bei allen Schlaganfallpatienten **vor der ersten Nahrungsaufnahme** ein Dysphagie-Screening mit dem validierten GUSS-Test durchgeführt werden. Erst wenn dieser Test vorliegt, wird die Nahrungskarenz aufgehoben. Das Dysphagie-Screening ist als „ja“ zu codieren, wenn:

- a. der kompletter Test inklusive direktem Schluckversuch durchgeführt wird oder
- b. die Voruntersuchung (indirekter Schluckversuch) einen Wert <5 ergibt oder
- c. auf Grund eingeschränkter Vigilanz eine detaillierte Testung nicht möglich ist.

29. 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.

30. 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.

31. 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.

32. Frage:

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

Antwort:

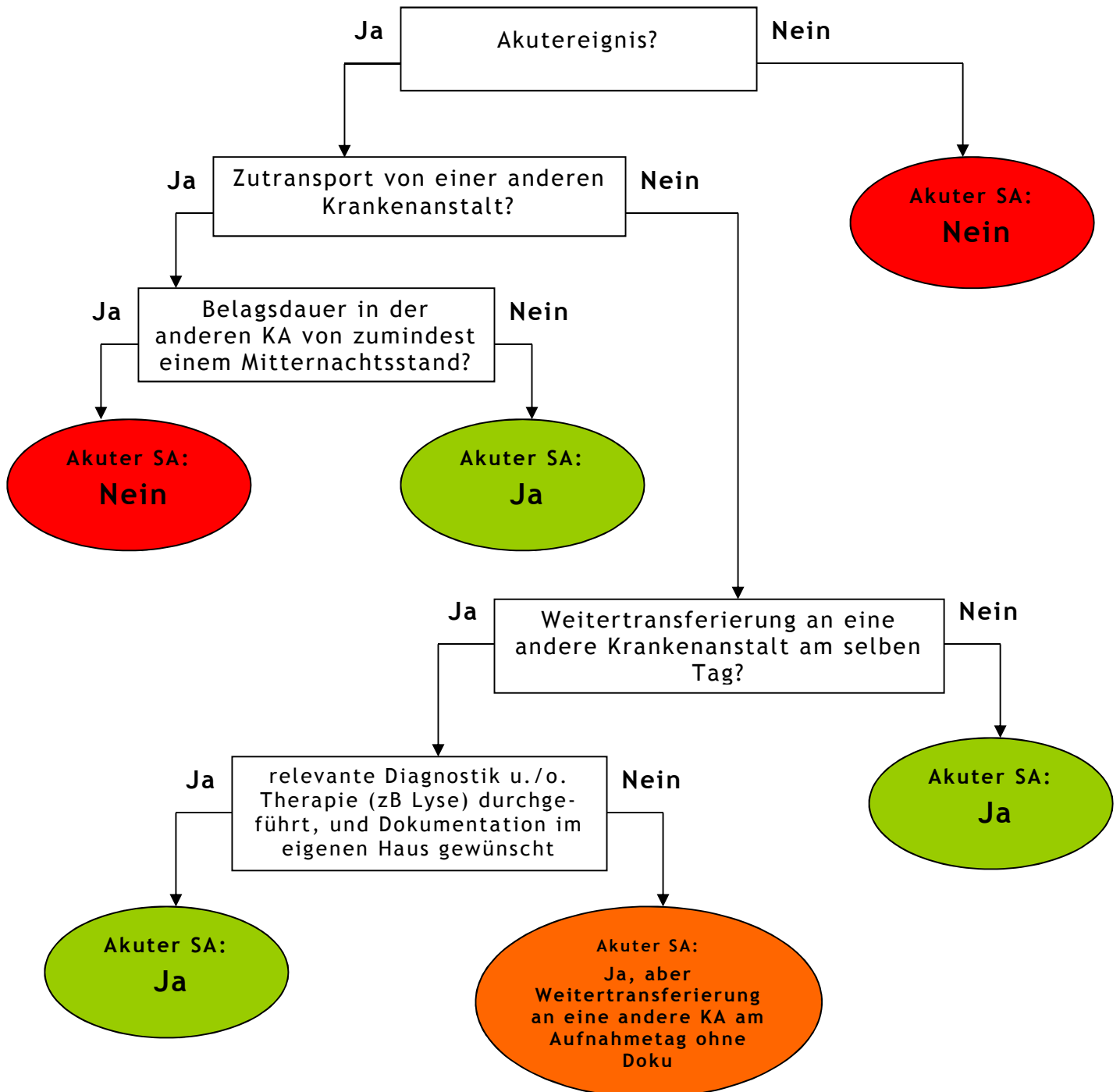
Die Diagnose einer Sepsis bedarf dem Nachweis einer Infektion (mikrobiologischer oder klinischer Nachweis), der systemischen Inflammation (Temperatur > 38 oder < 36, Tachycardie, Tachypnoe, Leukozytose oder Leukopenie) und einer Organdysfunktion (Enzephalopathie, Bewusstseinsstörung, Thrombopenie, Hypoxie, 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 5-9)

Ausgangsbasis: stationärer Fall mit der Hauptdiagnose I61 oder I63



Wann ist eine Sepsis als Komplikation zu codieren?

(vgl. auch Codiererläuterung Frage 32)

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/ mm^3) oder Leukopenie (< 4.000/ 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/ 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.