

# Schlaganfall-Dokumentation (HD I61 + I63): Codiererläuterungen

Version 2.11

Tiroler Gesundheitsfonds

03.08.2023

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 überwiegenden Mehrheit der Fälle ein Trauma als Ursache dahintersteht. Bei Unklarheit in der Anamnese sollte entweder der Code S06.5 (traumatische subdurale Blutung) + 999.9 (sonstige Ursachen exogener Noxen, nicht näher bezeichnet) oder alternativ die G98 als Hauptdiagnose (Code für alle nicht dezidiert ausgewiesenen Erkrankungen des Gehirns/Gehirnhäute) und I62.x (sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung) 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 primärer intrazerebraler Blutung wird als I61 codiert (nicht sekundär hämorrhagisch transformierte ischämische Schlaganfälle).

## 3. Frage:

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

### Antwort:

Ja; das Schlaganfall-Projekt ist unabhängig vom Wohnort der betroffenen Patienten/Patientinnen.

## 4. Frage:

Wenn ein Patient/eine Patientin **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/eine Patientin 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/eine Patientin direkt aus einer anderen Krankenanstalt **zutransferiert**. Wie ist dieser Fall zu dokumentieren?

**Antwort:**

- a) Wenn der Patient/die Patientin in der anderen Krankenanstalt zumindest eine Nacht stationär war: Dokumentation als „Akuter Schlaganfall = Nein“, Ende Doku.
- b) Andere Zutransferierungen (Patient\*in 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/eine Patientin 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/eine Patientin 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:**

Wurde bei dem Patienten/der Patientin im eigenen Haus eine **Lysetherapie** durchgeführt, so soll auch bei einem unmittelbar weitertransferierten Nulltagesfall eine **Ergänzungsdokumentation** („Akuter Schlaganfall = Ja“) angelegt werden. In diesem Ausnahmefall wird der Patient/die Patientin in der Auswertung sowohl der eigenen als auch der anderen Krankenanstalt zugeordnet.

Wurde bei dem Patienten/der Patientin im eigenen Haus **keine Lysetherapie** durchgeführt, so ist auch keine vollständige Dokumentation zu erstellen. Es ist aber dennoch erforderlich einen Ergänzungsdatensatz anzulegen, welcher jedoch durch Angabe des Punktes **„Akuter Schlaganfall - Ja, aber Weitertransferierung an eine andere Krankenanstalt am Aufnahmetag, ohne Doku“** abgeschlossen wird.

**8. Frage:**

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

**Antwort:**

Ja, der Schlaganfall-Patient/die Schlaganfall-Patientin ist in der Ergänzungsdokumentation oder im Stroke Unit-Register zu dokumentieren.

**9. Frage:**

Ist auch ein **länger zurückliegender Schlaganfall** in der Ergänzungsdokumentation oder im Stroke Unit-Register zu dokumentieren?

**Antwort:**

Ja, jede Person, die erstmals in einem Tiroler Krankenhaus mit der Diagnose I61 oder I63 behandelt wird, gilt als akuter Schlaganfall - **unabhängig vom Zeitpunkt des Schlaganfallereignisses** (also auch wenn der Schlaganfall z.B. bereits 72 Stunden zurückliegt) **und unabhängig vom Ereignisort** (z.B. anderes Bundesland, Ausland).

Wenn die Diagnose in einem anderen Krankenhaus (Sekundärtransport) oder auch ambulant (z.B. Ambulatorium, niedergelassener Bereich) gestellt wurde, kann bei Vorhandensein der Bilder (CCT und MRI), bei der Diagnostik Erste Bildgebung „bereits durchgeführt“ ausgewählt werden. Datum und Uhrzeit sind in diesem Fall bei der Diagnostik erste Bildgebung nicht anzugeben.

**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/die Patientin 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**“ zu dokumentieren?

**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/eine Patientin zunächst in einer Ambulanz behandelt und erst später stationär aufgenommen, ist in diesem Feld die ambulante Aufnahmezeit zu dokumentieren.
- b) Wenn ein Patient/eine Patientin aus einer anderen Krankenanstalt zutransferiert wurde, ist nicht die Aufnahmezeit in der zutransferierenden Krankenanstalt zu dokumentieren, sondern diejenige ins eigene Haus.
- c) Erleidet ein Patient/eine Patientin während des Krankenhausaufenthalts einen Schlaganfall, ist dennoch der Zeitpunkt der ursprünglichen Aufnahme (unabhängig ob ambulant oder stationär) zu dokumentieren.

**12. Frage:**

Ist „**Zutransport - Rettung mit Notarzt**“ nur dann gemeint, wenn der Notarzt/die Notärztin den Patienten/die Patientin bis ins Krankenhaus begleitet?

**Antwort:**

Nein; auch wenn der Notarzt/die Notärztin bei der Erstversorgung dabei war, den Patienten/die Patientin 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/eine Hausärztin 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/eine Patientin 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/die Patientin bei der ursprünglichen Aufnahme ins Krankenhaus hatte.

**15. Frage:**

Zu welchem Zeitpunkt und durch wen sind die **NIH-Stroke Scale** und die **Rankinskala vor Insult** zu erheben?

**Antwort:**

Die **NIH-Stroke Scale** und die **Rankinskala vor Insult** sind immer **im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt oder die Ärztin** im KH zu erheben und in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Bei der **NIH-Stroke Scale** ist der neurologische Zustand **vor einer Thrombektomie oder Lysetherapie** zu dokumentieren.

**16. Frage:**

Welche Beeinträchtigungen sind bei der **Rankinskala vor Insult** zu berücksichtigen?

**Antwort:**

Bei der Ermittlung der Rankinskala vor Insult sind **alle bereits vor Insult vorhandenen Einschränkungen** eines Patienten/einer Patientin zu berücksichtigen (nicht nur die neurologischen Einschränkungen).

**17. 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.

**18. 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“).

**19. 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.

**20. 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).

**21. 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.

**22. Frage (nur für Register):**

Wenn ein Patient/eine Patientin 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.

**23. Frage:**

Wie ist die „**Erste Untersuchung der hirnzuführenden Gefäße (extrakraniell)**“ zu dokumentieren?

**Antwort:**

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

Wenn die Untersuchung bereits im zutransferierenden Krankenhaus durchgeführt wurde, sind (sofern bekannt) der Untersuchungszeitpunkt und die dort durchgeführte Untersuchungsmethode zu dokumentieren.

**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/ein und dieselbe Patientin 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**.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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:**

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 komplette 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.

Die Dysphagietestung kann **auch durch die Pflege** durchgeführt werden.

**28. 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.

**29. 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.

**30. Frage:**

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

**Antwort:**

Eine Pneumonie ist zu dokumentieren, wenn die entsprechende klinische Symptomatik gemeinsam mit einem weiteren klinischen Befund (z.B. Auskultation) oder radiologischen Befund (z.B. Infiltrat) vorliegt bzw. wenn ein pulmonaler Infekt antibiotisch behandelt wird.

Die alleinige Verabreichung von Antibiotika reicht zur Dokumentation nicht aus.

**31. 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)

**32. Frage (nur für LKH Innsbruck):**

Wann darf die MEL „EA050 - Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)“ im LKF codiert werden?

**Antwort:**

Die MEL „EA050 - Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)“ darf im LKF codiert werden, sobald es zu einer bestimmungsgemäßen Verwendung des Katheters kommt. Das Kriterium für die Codierung ist nicht der Erfolg der Leistung, sondern die Durchführung derselben.

Wenn also in ein zu behandelndes Gefäß eingegangen und versucht wird einen Thrombus zu entfernen, darf die Leistung codiert werden. Bei einer geplanten Thrombektomie, die jedoch nach der Angiographie abgebrochen wird, weil sich z.B. eine erfolgte Rekanalisation zeigt, darf die Leistung hingegen nicht codiert werden.

---

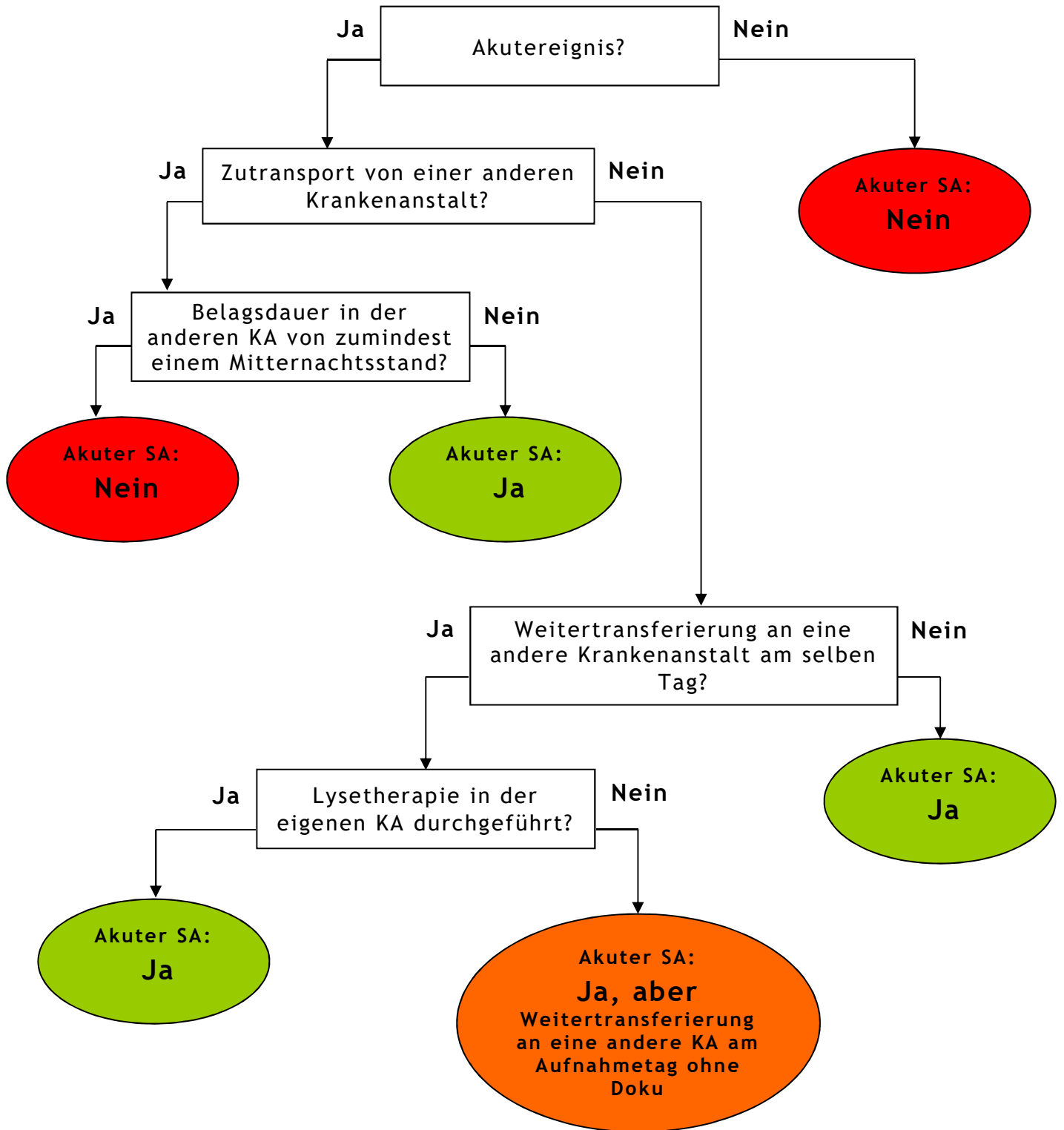
**Anhang:**

**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  $> 38\text{ °C}$  oder  $< 36\text{ °C}$
- Tachykardie: Herzfrequenz  $> 90/\text{min}$
- Tachypnoe: Atemfrequenz  $> 20/\text{min}$  oder Hyperventilation ( $\text{PaCO}_2 < 4,3\text{ kPa}$  bzw.  $33\text{ mmHg}$ )
- 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  $< 90\text{ mmHg}$  oder mittlerer arterieller Blutdruck  $< 70\text{ mmHg}$  über mindestens eine Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr bei Abwesenheit anderer Schockursachen)  
→Septischer Schock
- Sauerstoffmangel (Hypoxie):  $\text{PaO}_2 < 10\text{ kPa}$  ( $75\text{ mmHg}$ ) oder ein  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  Verhältnis  $< 33\text{ kPa}$  ( $250\text{ mmHg}$ ) unter Sauerstoffverabreichung bei Ausschluss einer kardialen oder pulmonalen Vorerkrankung.
- Akutes Nierenversagen: Harnproduktion (Diurese)  $< 0,5\text{ ml/kg}$  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  $< -5\text{ mmol}$  oder Laktat  $> 1,5$ -facher Wert als der lokal übliche Referenzwert.