

Ausfüllhinweise

Frührehabilitation Hamburg

Stand: 6. März 2018 (neurologische Frühreha-Spezifikation 2018) Copyright

© EQS-Hamburg

Als Einschlusskriterien gelten die ICD-10: I61, I63 und I64.

Eine Erfassung erfolgt bei allen Patienten ab 18 Jahre mit der dokumentierten OPS 8-552.0, 8-552.5 bis 8-552.9

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis			
Basisdokumentation			
1	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.</p> <p>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>

2	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 "00".</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	Registriernummer		<p>Hier ist die bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene Registriernummer (epXXXX) zu verwenden.</p> <p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1 Format: § 301-Vereinbarung	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Stroke Unit	0 = nein 1 = ja	<p><u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden. Hier muss hinterlegt sein, ob eine Stroke Unit in der Klinik vorhanden ist</p>
6	Identifikationsnummer des Patienten		<p>Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Die Identifikationsnummer verbleibt im Krankenhaus und wird nicht an die EQS-Hamburg übermittelt.</p>
7	Versionsnummer		Aktuelle Version der Spezifikation
8	Dokumentationsabschluss	Format: TT.MM.JJJJ	Anzugeben ist das Datum wann die Dokumentation vollständig abgeschlossen wurde.
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	

10	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	
11	Aufnahmedatum in die Frühreha	Format: TT.MM.JJJJ	Hier ist das Datum einzutragen, wann die Aufnahme in die Frühreha erfolgt ist.
12	Datum des primären Schlaganfalls	Format: TT.MM.JJJJ	Die Angabe ist erforderlich, um die Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation zu berechnen
12,1	Latenzzeit zwischen Auftreten des Schlaganfalls bis zum Beginn der Frührehabilitation	Angabe in Tagen	Wird automatisch berechnet
Aufnahmestatus			
Körperlich			
13	Mobil bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	Der Patient ist bei Aufnahme immobil (BI Fortbewegung = 0 Punkte).
14	Modified Rankin Scale bei Aufnahme	0 = Keine Symptome. 1 = Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten. 2 = Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt. 3 = Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen. 4 = Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen. 5 = Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe.	
15	Früh-Reha-Bartel-Index bei Aufnahme	Format: Zahl	Angabe Punktwertsumme des FRB siehe auch Publikation „Der Frühreha-Index: Ein Manual zur Operationalisierung Rehabilitation 2010; 49: 22-29“

16	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	Bei Aufnahme liegt der FRB (Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung) bei -50 Punkte.
17	Tracheostoma / Beatmung bei Aufnahme	0 = nein 1 = Tracheostoma 2 = Beatmung	Beatmung bei Aufnahme ist nur anzugeben, wenn der Patient bei Aufnahme beatmet ist. Eine Beatmung zur operativen Versorgung ist hier nicht zu dokumentieren.
18	Trachealkanüle bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	
Kognitiv			
19	Bewusstseinsstatus bei Aufnahme	1 = Patient ist wach 2 = Locked in 3 = Patient im Syndrom der reaktionslosen Wachheit 4 = Patient im Minimal Conscious State 5 = Patient komatös	
20	Depression bei Aufnahme/ während des stationären Aufenthaltes	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Geriatric Depression Scale (GDS) GDS > 5 Punkte bei Aufnahme erhoben durch Neuropsychologen
21	Schwere Verständigungsstörungen bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Die schwere Verständigungsstörung wird als keine oder kaum verbale oder nonverbale Kommunikation möglich aufgrund schwerer Sprachstörung, unter Rückbildung wird die Verständigung verbal oder nonverbal innerhalb einer adäquaten Zeit verstanden, es wird keine vollständige Rückbildung beurteilt. Eine objektive Messung erfolgt nicht, es wird hier auf die intuitive Beurteilung des therapeutischen Teams vertraut.
22	Neglect bei Aufnahme	0 = nein 1 = mäßig 2 = schwer 3 = nicht beurteilbar	1 = vorwiegend eine Neglectform - taktil oder visuell 2 = beide Neglectformen - taktil und visuell und/oder mit Verhaltensstörung 3 = schwere Bewusstseinsstörung, komplette Hemianopsie und Hemianaesthesia, keine Kooperationsfähigkeit

Therapie			
23	Leitlinienrechte Blutdruckeinstellung	0 = RR > 140/85 1 = RR ≤ 140/85	Es dürfen zwei der letzten drei morgendlichen Messungen vor Entlassung nicht über 140/85 mmHg liegen
Komorbiditäten			
24	Komorbiditäten bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	zeitlich vor dem zur aktuellen FrühReha-Behandlung führenden Ereignis bestanden für die Rehabilitationsprognose relevante Komorbiditäten (kardiovaskuläre Risikofaktoren, Besiedlung mit MRE etc.)
Wenn Feld 24 = 1			
25	Früherer Schlaganfall	1 = ja	
26	Diabetes mellitus	1 = ja	bekannter Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 nach der gängigen WHO Definition
27	Arterielle Hypertonie	1 = ja	bekannte arterielle Hypertonie nach der gängigen WHO Definition
28	Vorhofflimmern	1 = ja	bekanntes permanentes oder paroxysmales Vorhofflimmern
29	Dekubitus ≥ Grad 2	1 = ja	
30	Dialysepflicht	1 = ja	Dialyse bei terminaler Niereninsuffizienz wird durchgeführt
31	MRE	1 = ja	Infektion oder Besiedelung mit multiresistenten Erregern
32	Isolationspflicht	1 = ja	gemäß der Krankenhausinternen Hygienevorschriften besteht Isolationspflicht.
33	Herzinsuffizienz NYHA Grad II und höher	1 = ja	Der Patient hat eine vorbestehende Herzinsuffizienz NYHA Grad II, III oder IV

34	COPD Grad III oder IV	1 = ja	
Katheter und Sonden			
35	Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Aufnahme	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 35 = 1			
36	naso/orotrach. Tubus	1 = ja	Versorgung mit nasotrachealem oder orotrachealem Tubus
37	suprapubischer Blasenkatheter	1 = ja	
38	transurethraler Blasenkatheter	1 = ja	
39	nasogastrale Sonde	1 = ja	
40	PEG/PEJ	1 = ja	Versorgung mit perkutane endoskopischer Gastrostomie (PEG) oder perkutane endoskopischer Jejunostomie (PEJ)
41	zentraler Venenkatheter	1 = ja	
42	peripherer Venenkatheter	1 = ja	
Komplikationen			
43	Komplikationen im Verlauf	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 43 = 1			
44	Sturz mit Fraktur	1 = ja	Dokumentierter Sturz mit röntgenologischem Frakturachweis
45	Delir oder Psychose	1 = ja	Kriterien für das Vorliegen eines <u>Delirs</u> (n. ICD-10): Störung des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit / Störung der

			Wahrnehmung (Gedächtnis, Orientierung) / Psychomotorische Störungen / Schlafstörungen / Akuter Beginn und fluktuierender Verlauf / Nachweis einer organischen Grundlage. <u>Organische Psychose</u> geht einher mit: Wahnvorstellungen und Halluzinationen (häufig optisch von einzelnen Lichtblitzen bis hin zur Trugwahrnehmung von Gegenständen und filmartigen Szenen)
46	Pneumonie	1 = ja	Neu aufgetretenes oder persistierendes Infiltrat im Röntgenbild des Thorax plus mindestens zwei der drei folgenden Kriterien: a. Fieber ($\geq 38,3^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($< 35^{\circ}\text{C}$), b. Leukozytose ($\geq 12 \times 10^9/\text{l}$) oder Leukopenie $< 4 \times 10^9/\text{l}$, c. purulentes Tracheobronchialsekret
47	Tracheobronchitis	1 = ja	Diagnosekriterien <u>Tracheobronchitis</u> : Patient zeigt keine klinischen oder radiologischen Anzeichen einer Pneumonie und zeigt 1. zwei der folgenden Symptome (ohne andere erkennbare Ursache): a. Fieber ($> 38^{\circ}\text{C}$), b. Husten, c. Neue oder erhöhte Sputumproduktion, d. trockene RG/Giemen und 2. eines der folgenden Kriterien: a. Kultureller Nachweis von Erregern aus TS, BS oder BAL, b. positiver Antigennachweis in relevanten Atemwegssekreten.
48	infektiöse Gastroenteritis	1 = ja	Durchfall und/oder Erbrechen mit den Nachweis einer Noro-, Rota-Virus oder Clostridium difficile Infektion
49	Sepsis/SIRS	1 = ja	
50	Thrombose	1 = ja	Thrombosenachweis durch Armvenen-/ Beinvenenduplex und/oder Thorax-CT
51	Lungenembolie	1 = ja	Nachweis durch Rö.-Thorax und/oder klinische pulmonale Stauung
52	Re-Infarkt	1 = ja	Durch typische Klinik und Nachweis eines Hirninfarktes in der zerebralen Bildgebung
53	Re-Blutung	1 = ja	

54	Myokardinfarkt	1 = ja	Durch Herzenzyme (CK-MG, Troponin) und/ oder typische EKG-Zeichen gesichert
55	dekompensierte Herzinsuffizienz	1 = ja	Leitsymptom Dyspnoe und klinisch/ auskultatorisch Lungenödem/ Stauung. Diagnosesicherung durch Rö.-Thorax
56	Akutes Nierenversagen	1 = ja	Abrupte (innerhalb von 48 Stunden) Abnahme der Nierenfunktion, definiert durch <ul style="list-style-type: none"> • einen absoluten Anstieg des Serum-Kreatinins um $\geq 0,3$ mg/dl ($\geq 26,4$ μmol/l), • einen prozentualen Anstieg des Serum-Kreatinins um ≥ 50 % (auf das 1,5-fache des Ausgangswertes) oder • eine Verminderung der Urin-Ausscheidung auf $< 0,5$ ml/kg/h über mehr als 6 Stunden.
57	Shuntpflichtiger Hydrozephalus	1 = ja	
58	Funktionelle beeinträchtigende Kontrakturen	1 = ja	Dauerhafte Verkürzung oder Schrumpfung von Weichteilen. Dies führt zu dauerhaften Fehlstellung eines Gelenks durch Abbau des Muskelgewebes mit Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit und zu weiteren Schädigungen
59	epileptischer Anfall	1 = ja	fokaler oder generalisierter epileptischer Anfall bei nicht vor dem aktuellen Schlaganfall bekannter Epilepsie
60	klinisch relevante Blutung	1 = ja	intrakranielle Blutung (PH2 Blutung oder NIHSS Verschlechterung um mehr als 4 Punkte), Blutung die zu einer Verlängerung des Klinikaufenthaltes führt, Hämoglobinabfall > 2 g/l oder mit benötigter Bluttransfusion
61	schmerzhafte Schulter	1 = ja	Klinische Definition der sog. schmerzhaften Schulter nach Schlaganfall: Das Syndrom ist sehr unterschiedlich ausgeprägt und variiert vom mäßigem Schulterschmerz und einer Beeinträchtigung der Beweglichkeit, besonders der Abduktion und Außenrotation, bis zum Vollbild des Schulter-Hand-Syndroms mit unerträglichen Schmerzen und gestörter

			autonomer Regulation mit überwärmter, geschwollener, livide verfärbter Hand (Conrad A und Herrmann C. Schmerzhaftes Schulter nach Schlaganfall. Neurol Rehabil 2009; 15: 107 – 138)
62	Symptomatischer Harnwegsinfekt	1 = ja	Leitsymptom Fieber und/ oder Dysurie. Nachweis durch typischen Urinstatus und Erregernachweis. Gemeint ist sowohl der untere als auch der obere Harnwegsinfekt.
63	Dekubitus	1 = ja	Dekubitus $\geq 2^\circ$ = (nach NPUAP= National Pressure Ulcer Advisory Panel 1989 USA) Dekubitus mit zumindest Teilverlust der Haut, die Epidermis bis hin zu Anteilen der Dermis oder tieferen Gewebeschäden. Die Haut zumindest oberflächlich geschädigt: Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür, der im Verlauf aufgetreten ist
64	Reanimationspflichtigkeit	1 = ja	
Entlassungsstatus			
Körperlich			
Wenn Feld 83, 1,2,3,4,5,6 oder 8 dann müssen die Felder 65 bis 74 befüllt werden.			
65	Modified Rankin Scale bei Entlassung	0 = Keine Symptome. 1 = Keine relevante Beeinträchtigung. Kann trotz gewisser Symptome Alltagsaktivitäten verrichten. 2 = Leichte Beeinträchtigung. Kann sich ohne Hilfe versorgen, ist aber im Alltag eingeschränkt. 3 = Mittelschwere Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe im Alltag, kann aber ohne Hilfe gehen. 4 = Höhergradige Beeinträchtigung. Benötigt Hilfe bei der Körperpflege, kann nicht ohne Hilfe gehen.	

		5 = Schwere Behinderung. Bettlägerig, inkontinent, benötigt ständige pflegerische Hilfe. 6 = Tod infolge des Schlaganfalls	
66	Früh-Reha-Bartel-Index bei Entlassung	Format: Zahl	Angabe Punktwert/Summe des FRB
Wenn Feld 16 = 1			
67	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	BI (Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung) bei Entlassung = 0
Wenn Feld 18 = 1			
68	Trachealkanüle bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	0 = nein, wenn der Patient zur Verlegung dauerhaft dekanüliert werden konnte
69	Mobil bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	Der Patient sollte mindestens rollstuhlmobil bei Entlassung sein (BI Fortbewegung mindestens 5 Punkte).
Wenn Feld 24 = 1 und Feld 29 = 1			
70	Dekubitus \geq Grad 2 bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	
Kognitiv			
Wenn Feld 21 = 1			
71	Schwere Verständigungsstörungen bei Entlassung	0 = nein 1 = ja 2 = nicht beurteilbar	Die schwere Verständigungsstörung wird als keine oder kaum verbale oder nonverbale Kommunikation möglich aufgrund schwerer Sprachstörung, unter Rückbildung wird die Verständigung verbal oder nonverbal innerhalb einer adäquaten Zeit verstanden, es wird keine vollständige Rückbildung beurteilt. Eine objektive Messung erfolgt nicht, es wird hier auf die intuitive Beurteilung des therapeutischen Teams vertraut.
Wenn Feld 20 = 1			
72	Depression bei Entlassung	0 = nein	Geriatric Depression Scale (GDS)

		1 = ja 2 = nicht beurteilbar	GDS ≤ 5 Punkte bei Entlassung erhoben durch Neuropsychologen
73	Neglect bei Entlassung	0 = nein 1 = mäßig 2 = schwer 3 = nicht beurteilbar	1 = vorwiegend eine Neglectform - taktil oder visuell 2 = beide Neglectformen - taktil und visuell und/oder mit Verhaltensstörung 3 = schwere Bewusstseinsstörung, komplette Hemianopsie und Hemianaesthesie, keine Kooperationsfähigkeit
Katheter und Sonden			
74	Katheter, Sonden, andere Zugänge bei Entlassung	0 = nein 1 = ja	
Wenn Feld 74 = 1			
75	naso/orotrachealer Tubus	1 = ja	
76	suprapubischer Blasenkatheter	1 = ja	
77	transurethraler Blasenkatheter	1 = ja	
78	nasogastrale Sonde	1 = ja	
79	PEG/PEJ	1 = ja	
80	zentraler Venenkatheter	1 = ja	
81	peripherer Venenkatheter	1 = ja	
Entlassung			
82	Therapielimitierung gemäß Wunsch des Patienten	0 = nein 1 = ja	Vorliegende Patientenverfügung und/ oder durch gesetzlichen Betreuer geäußertes, mutmaßlicher Patientenwille
83	Entlassungsart	1 = nach Hause 2 = Frührephase C	

		3 = Frührephase D 4 = Frührephase F 5 = Pflegeeinrichtung/Heim 6 = Hospiz 7 = Tod 8 = Verlegung eines Patienten in eine Akutstation (intern/extern)	
Wenn Feld 83 = 7			
84	Entlassungsgrund Tod <u>ohne</u> Tracheostoma und <u>ohne</u> Beatmung?	0 = nein 1 = ja	Die Unterscheidung zwischen Tod ohne Tracheostoma und ohne Beatmung und Tod mit Tracheostoma und/oder Beatmung ist erforderlich, um den unterschiedlichen strukturellen Ausrichtungen der Kliniken Rechnung zu tragen
Wenn Feld 83 = 7			
85	Entlassungsgrund Tod <u>mit</u> Tracheostoma und/oder <u>mit</u> Beatmung?	0 = nein 1 = ja	Die Unterscheidung zwischen Tod mit Tracheostoma und mit Beatmung und Tod mit Tracheostoma und/oder Beatmung ist erforderlich, um den unterschiedlichen strukturellen Ausrichtungen der Kliniken Rechnung zu tragen
86	Verweildauer in Tagen	Format: Zahl	Zeitraum von Aufnahme bis Entlassung, Angabe in Tagen Kann automatisch berechnet werden