

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR)

Qualitätsindikatoren in der Schlaganfallbehandlung

Ausfüllanleitung Dokumentationsbogen patientenbezogene Qualitätsindikatoren

Stand 27. März 2006

vertraulich - nur für den internen Gebrauch

Ausfüllanleitung

Allgemeines:

Erfasst werden alle Patienten mit einer TIA, einem Hirninfarkt, einer intracerebralen (Massen-) Blutung, einer Subarachnoidalblutung (SAB) oder einer Sinusvenenthrombose, für die wegen dieses Ereignisses eine **stationäre** Behandlung oder Diagnostik in der teilnehmenden Klinik erfolgt. Es werden alle stationären Aufenthalte von Patienten mit diesen Diagnosen dokumentiert, **auch**, wenn der Aufenthalt nur wenige Stunden dauert. Ausschließlich **ambulante** Behandlungen und Diagnostik werden **nicht** erfasst. Insulte, die bereits länger zurückliegen, **werden** dokumentiert, sofern sie vor nicht mehr als **7 Tagen** aufgetreten sind **und** den Grund für die aktuelle stationäre Aufnahme darstellen (z.B. verzögerte Diagnostik). Stellt sich bei einem Patienten im weiteren Verlauf heraus, dass die Schlaganfalldiagnose falsch war, wird der Bogen ersatzlos vernichtet.

Daten bei Aufnahme

Zentrums- und laufende Patientennummer: Die Zentrumsnummer als auch die laufende Patientennummer werden gemäß den Vorgaben des jeweiligen regionalen Qualitätssicherungsprojektes vergeben.

Aufnahmetag, –monat, –jahr: Das Aufnahmedatum und das Entlassungsdatum werden als Grundlage zur Berechnung der Liegezeit benötigt.

Geburtsjahr: Vom Geburtsdatum werden aus Datenschutzgründen Tag und Monat der Geburt **nicht** erfasst, sondern nur das Geburtsjahr dokumentiert.

Geschlecht: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Erklärt sich selbst.

Zeit Ereignis - Aufnahme: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Die Angabe erfolgt in den angegebenen 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, kreuzen Sie bitte **nur** „*unbekannt*“ an.

Symptome bei Aufnahme

Neurologische Symptome werden „*bei Aufnahme*“ abgefragt. Die Dokumentation soll dabei **unmittelbar nach Aufnahme**, z.B. bei der Aufnahmeuntersuchung erfolgen.

Motor. Ausfälle: Hierunter werden Paresen von Arm oder Bein unabhängig von der Seite als Sammelvariable zusammengefasst. Distale Paresen z. B. nur im Handbereich oder am Fuß werden ebenfalls in den entsprechenden Kategorien dokumentiert.

Sprachstörungen: umfassen alle Formen der Aphasie.

Sprechstörungen: beinhalten alle Formen der Dysarthrie.

Schluckstörung: umfasst alle Formen der Schluckstörungen.

Bewusstsein: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Anzukreuzen ist der Status „*bei Aufnahme*“.

wach: jederzeit adäquate Reaktion auf Ansprache und Aufforderungen.

<i>somnol./stupor.:</i>	Somnolenz bzw. stuporös, bezeichnen eine abnorme Schläfrigkeit, aus der ein/e Patient/in jederzeit erweckbar ist, die Augen öffnen kann und adäquate Reaktion auf einfache Aufforderungen zeigt oder eine abnorme Schläfrigkeit, aus der ein/e Patient/in nicht voll erweckbar ist.
<i>Koma:</i>	Bewusstlosigkeit, Reaktion nur auf Schmerzreiz oder keine Reaktion auf Ansprache, Aufforderung und Schmerzreiz.

Dauer der Symptome: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Im folgenden wird die genaue Dauer der klinischen Symptome dokumentiert, die durch das akute Ereignis hervorgerufen wurden. Hierbei ist unabhängig von den Ergebnissen diagnostischer Verfahren die Zeitdauer bis zur kompletten Rückbildung der klinischen Symptome zu dokumentieren.

Rankin Skala

Der Funktionszustand des dokumentierten Patienten/in, erfasst mit der Rankin Skala, soll zu zwei Zeitpunkten, die durch die zwei Spalten des entsprechenden Feldes festgelegt sind, dokumentiert werden. Die Beurteilungen des Funktionsstatus „*<=24 Stunden nach Aufnahme*“ und „*bei Entlassung*“ stützen sich auf vorhandene Symptome und klinische Einschätzung. Die Beurteilung des Funktionsstatus erfolgt hierbei **innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme** sowie **bei Entlassung!** Für Patienten, die während der Akutbehandlung versterben, ist Rankin Skala *Tod* bei Entlassung anzukreuzen. Die einzelnen Kategorien der Rankin Skala sind folgendermaßen definiert: (nur ein Kreuz pro Erhebungszeitpunkt):

<i>Keine Symptome:</i>	keinerlei Symptome auffällig, kann alle gewohnten Aufgaben verrichten.
<i>Keine wesentliche Funktionseinschränkung:</i>	kann alle gewohnten Aufgaben/Aktivitäten trotz Symptomen verrichten.
<i>Geringgradige Funktionseinschränkung:</i>	unfähig alle früheren Aktivitäten zu verrichten, ist aber in der Lage, die eigenen Angelegenheiten ohne Hilfe zu erledigen.
<i>Mäßiggradige Funktionseinschränkung:</i>	bedarf einiger Unterstützung, ist aber in der Lage ohne Hilfe zu gehen.
<i>Mittelschwere Funktionseinschränkung:</i>	unfähig, ohne Hilfe zu gehen und unfähig, ohne Hilfe für die eigenen körperlichen Bedürfnisse zu sorgen.
<i>Schwere Funktionseinschränkung:</i>	bettlägerig, inkontinent, bedarf ständiger Pflege und Aufmerksamkeit.

Komorbidität

Diabetes mellitus: Pathologischer Glucosebelastungstest **oder** erhöhter zweimaliger Nüchtern-Blutzucker **oder** vorbestehende medikamentöse Behandlung **oder** anamnestische Selbstangabe eines vorbestehenden Diabetes durch den Patienten.

VH-Flimmern: In dieser Kategorie wird ein Vorhofflimmern kodiert, das im EKG oder LZ-EKG dokumentiert wird oder anamnestisch dokumentiert ist und/oder medikamentös behandelt ist.

Früh. Schlaganfall: 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 Sinusvenenthrombose deren Symptome länger als 24 Stunden andauerten.

Barthel-Index

Hierbei wird die Kurzversion des Barthel Index nach Ellul und Barer eingesetzt. Sie hat den Vorteil, deutlich kürzer zu sein und erklärt 80% der Varianz der langen Version. Für jede der drei erfassten Variablen („*Blasenkontrolle*“, „*Lagewechsel Bett-Stuhl*“ und „*Fortbewegung*“) ist nur **eine** Kategorie anzukreuzen. Die Erhebung erfolgt **innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme** und **zum Entlassungszeitpunkt**. Bei starken Schwankungen innerhalb der ersten 24 Stunden ist der Barthel-Index zum Zeitpunkt der maximalen Einschränkungen der Patienten anzugeben.

Die einzelnen Kategorien des Barthel-Index sind folgendermaßen definiert: (*pro Kategorie nur ein Kreuz pro Erhebungszeitpunkt*):

Blasenkontrolle

<i>kontinent:</i>	Kontinent. Ein katheterisierter Patient, der seinen Katheter vollständig selbst versorgen kann, wird als „kontinent“ eingestuft.
<i>gelegentl. Verlust:</i>	Gelegentlich inkontinent (höchstens 1 mal pro 24 Stunden).
<i>inkontinent:</i>	Inkontinent oder unfähig einen liegenden Blasenkatheter selbst zu versorgen.

Lagewechsel Bett-Stuhl

<i>vollständ. selbständ.:</i>	Unabhängig.
<i>geringe Unterstützg.:</i>	Benötigt geringe körperliche oder verbale Unterstützung. „Geringe Unterstützung“ bedeutet, dass eine Person den Patienten problemlos unterstützen kann oder lediglich aus Sicherheitsgründen dabeisteht.
<i>große Unterstützg.:</i>	Benötigt große körperliche Unterstützung (von einer oder zwei Personen), kann sitzen. „Große körperliche Unterstützung“ bedeutet die Unterstützung durch eine starke bzw. ausgebildete Person oder durch zwei nicht speziell trainierte Personen. Der Patient kann sich aufrichten.
<i>vollständ. abhängig:</i>	Kann Lagewechsel vom Bett zum Stuhl und zurück nicht durchführen – kein Gleichgewicht beim Sitzen. „Kann Lagewechsel nicht durchführen“ bedeutet, dass ein Patient unfähig ist alleine zu sitzen und zwei Personen zum Heben erforderlich sind.

Fortbewegung

<i>vollständ. selbständ.:</i>	Unabhängig (kann aber Hilfsmittel, z. B. Stock, benutzen). Bezieht sich auf die Fortbewegung innerhalb der eigenen Wohnung oder auf der Station.
<i>geringe Unterstützg.:</i>	Geht mit der Hilfe einer Person (verbale oder körperliche Unterstützung). Hilfe bedeutet, die Unterstützung von einer nicht speziell trainierten Person und schließt Beaufsichtigung und Zuspruch ein.
<i>große Unterstützg.:</i>	Unabhängig im Rollstuhl (einschließlich Manövrieren um Ecken etc.). Bei Rollstuhlbenutzung muss der Patient in der Lage sein, das Öffnen von Türen und Manövrieren um Ecken ohne Hilfe durchzuführen..
<i>vollständ. abhängig:</i>	Nicht mobil.

ICD-10 Klassifikation akutes Ereignis

Version: 2.2, Stand 27.03.2006

Autor: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR)

Koordinierungsstelle der ADSR: Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universität Münster

Copyright: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall Register (ADSR), 2006

In diesem Feld bitte den vollständigen ICD-10 Code des akuten Schlaganfallereignisses eintragen.

Diagnostik nach Ereignis

Falls eine aufgeführten, diagnostischen Maßnahmen nicht durchgeführt wurde, immer ‚nein‘ ankreuzen d. h. in diesem Feld ist ein aktives „nein“ erforderlich. Ist eine der diagnostischen Maßnahmen nach dem Ereignis in einer vorbehandelnden Klinik durchgeführt worden, ist „ja“ anzukreuzen.

Bildgebung - CCT: Cranielle Computertomographie.

Bildgebung - MRT: Magnetresonanztomographie.

Frische Läsion in Bildgebung: Nachweis einer frischen Läsion, die zum akuten Ereignis korrespondiert, in der aussagekräftigsten Bildgebung.

Hirngefäßdiagnostik: Das Item Hirngefäßdiagnostik ist eine Sammelvariable und beinhaltet die Durchführung einer Extrakraniellen Dopplersonographie und/oder einer Transcraniellen Dopplersonographie und/oder einer Duplexsonographie und/oder einer Digitalen Subtraktionsangiographie und/oder einer Magnetresonanz- oder einer Computertomographischen Angiographie während des Aufenthaltes im Akutkrankenhaus. Hierbei wird zwischen **extrakranieller** und **intrakranieller Gefäßdiagnostik** mittels einer der oben genannten Verfahren unterschieden.

Schlucktest n. Protokoll: Kann nur als durchgeführtes diagnostisches Verfahren angekreuzt werden, wenn ein standardisiertes Dysphagiescreening **nach Protokoll** aktiv durchgeführt wurde. Eine Einschätzung der Schluckfähigkeit, die sich allein auf Beobachtung oder die Angaben Dritter stützt, reicht dafür **nicht** aus.

Therapie/Sekundärprävention

In diesem Feld werden Maßnahmen der Akuttherapie sowie der Sekundärprävention kodiert. Falls eine der aufgezählten therapeutischen Maßnahmen nicht durchgeführt wurde, **ist „nein“ anzukreuzen!**

Antikoagulation (Marcumar/Heparin), einschl. Empfehlung im Entlassungsbrief: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn eine Marcumarisierung bereits eingeleitet oder im Entlassungsbrief empfohlen wurde. Ebenso wird diese Kategorie angekreuzt, wenn bei dem Patienten eine therapeutische Antikoagulation mit Heparin i.v. (pTT wirksam) oder s.c. (pTT oder Anti-Xa wirksam) während des Aufenthaltes eingeleitet und bei Entlassung fortgeführt wurde.

Thromboseprophylaxe: Regelmäßige, **subkutane** Applikation von niedermolekularem oder anderem Heparin, nicht pTT oder Anti-Xa wirksam.

Thr. agg. hemmer ≤48h nach Ereignis: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient **innerhalb der ersten 48 Stunden nach Ereignis** einen Thrombozytenaggregationshemmer erhält. In dieser Gruppe werden alle verordneten Thrombozytenaggregationshemmer zusammengefasst, das heißt hierunter fallen Clopidogrel, ASS oder Dipyridamol etc..

Thr. agg. hemmer bei Entlassung: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient bei Entlassung einen Thrombozytenaggregationshemmer erhält. In dieser Gruppe werden alle verordneten Thrombozytenaggregationshemmer zusammengefasst, das heißt hierunter fallen Clopidogrel, ASS, ASS und Dipyridamol oder Dipyridamol etc..

Beatmung: maschinelle, vollständige oder unterstützende Beatmung, setzt oral oder nasal zugeführten, intratrachealen Tubus voraus und wird unabhängig von der Beatmungsdauer angekreuzt.

Komplikationen (mehrere Kategorien ankreuzbar)

Nur Komplikationen ankreuzen, die während der Akutbehandlung aufgetreten und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig waren. Das Auftreten einer Komplikation, die weder behandelt, noch den Einsatz eines diagnostischen Verfahrens bedingt hat, wird nicht weiter dokumentiert.

Keine Komplikation: Ist während der stationären Behandlung des Patienten keine diagnostik- und/oder behandlungspflichtige Komplikation aufgetreten sein, ist „keine Komplikation“ anzukreuzen.

Pneumonie: Klinische Symptome/Untersuchungsbefund und/oder radiologischer Befund oder mikroskopischer, kultureller Erregernachweis. Es werden nur Patienten dokumentiert, die im Krankenhaus eine Pneumonie entwickeln (ICD-10 für erworbene Pneumonien).

Erhöhter Hirndruck: Hinweise für einen symptomatischen erhöhten Hirndruck **in bildgebenden Verfahren**, z.B. Hirnödem oder Mittellinienverlagerung, **plus** klinische Symptome.

Andere Komplikationen: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn andere Komplikationen als Pneumonie und erhöhter Hirndruck während der Akutbehandlung aufgetreten sind und diagnostik- und/oder behandlungspflichtig waren.

Rehabilitation

In diesem Feld werden rehabilitative Maßnahmen wie „Physiotherapie“, „Logopädie“ während des stationären Aufenthaltes sowie die „frühe Mobilisierung“ dokumentiert. Ist eine der genannten Maßnahmen nicht durchgeführt oder ist der Patient nicht mobilisiert worden, **ist „nein“ zu kodieren!**

Physiotherapie/Ergotherapie: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von einem Physiotherapeuten/in u/o Ergotherapeuten/in untersucht u/o behandelt wurde. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, ob der/die Physiotherapeut/in u/o der/die Ergotherapeuten/in bis einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme erstmals beim Patienten war.

Logopädie: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von einem Logopäden/in untersucht u/o behandelt wurde. Zudem ist der Zeitpunkt der ersten rehabilitativen Maßnahmen zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, ob der/die Logopäden/in bis einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme erstmals beim Patienten war.

Mobilisierung: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes von der Physiotherapie oder dem Pflegedienst mobilisiert wurde. Weiterhin ist der Zeitpunkt der ersten Mobilisierung des Patienten zu kodieren. Hierbei wird dokumentiert, ob der Patient bis einschließlich Tag 2 nach Aufnahme oder später als Tag 2 nach Aufnahme mobilisiert wurde.

Information Patient und/oder Angehörige vor Entlassung

In diesem Feld wird die strukturierte Information des Patienten und/oder seines sozialen Umfelds vor Entlassung aus dem Krankenhaus dokumentiert. Unter den Begriff „strukturierte Informationen“ fallen spezifische mündliche und/oder schriftliche Informationen zu Krankheitsverlauf und Sekundärprävention durch den Arzt sowie zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten durch den Sozial- oder Pflegedienst. Ist eine strukturierte Information des Patienten u/o seines sozialen Umfeldes vor Entlassung aus dem Krankenhaus nicht erfolgt, **ist „nein“ ankreuzen !**

durch Arzt zu KH.verlauf/Prävention: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient u/o sein soziales Umfeld vor Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Arzt strukturiert zu Krankheitsverlauf und Sekundärprävention informiert wurde, inklusive antithrombotische Therapie, individuell vorliegende Risikofaktoren sowie Therapiezielen.

durch Sozialdienst/ Pflegedienst zu Unterstützungsangeboten: Diese Kategorie wird angekreuzt, wenn der Patient u/o sein soziales Umfeld vor Entlassung aus dem Krankenhaus durch den Sozial- oder Pflegedienst strukturiert zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Unterstützungsangeboten nach Entlassung aus dem Krankenhaus informiert wurde.

Entlassungstag, –monat, –jahr

Das Aufnahme- und das Entlassungsdatum werden als Grundlage zur Berechnung der Liegezeit benötigt.

Entlassungsart

In diesem Feld kann nur **eines** der sechs angegebenen Ziele angekreuzt werden. Patienten, die nach einer Verlegung zurück übernommen werden, brauchen nicht weiter dokumentiert zu werden. Ihre Dokumentation im Rahmen des Qualitätssicherungsprojektes endet mit dem Zeitpunkt der Verlegung. Für diese Patienten muss bei Rückübernahme **kein** neuer Bogen begonnen werden.

Nach Hause: Diese Kategorie ist auch anzukreuzen, wenn der Patient zwischen Entlassung und bereits eingeleiteter stationärer Rehabilitation einige Tage nach Hause geht. In diesem Fall wäre die richtige Kodierung im Feld Entlassungsziel „nach Hause“ angekreuzt.

Reha-Klinik: Diese Kategorie ist beschränkt auf Rehabilitationsmaßnahmen, die einen stationären Aufenthalt bedeuten und auf Patienten, die direkt verlegt werden. Sie schließt Verlegung in die Frührehabilitation (auch auf eine solche Station innerhalb des **eigenen** Hauses) ein

Verstorben: Für Patienten, die während der Akutbehandlung versterben, ist das Sterbedatum im Feld Entlassung entsprechend der oben angegebenen Beschreibung zu kodieren und alle anderen Felder bis dahin entsprechend dem erlangten Informationsstand auszufüllen.

Andere Abteilung: Diese Kategorie bedeutet, dass ein Patient im gleichen Krankenhaus in eine andere medizinische Fachabteilung verlegt wurde. Dies kann bedeuten, dass ein Transport des Patienten mit einem Krankenwagen stattgefunden hat, wenn eine Klinik mehrere Standorte in einer Stadt hat. Eine Verlegung in eine Frührehabilitation im gleichen Haus ist als „Reha-Klinik“ zu kodieren.

Externe (Akut) Klinik: Diese Kategorie definiert ein Krankenhaus, das rechtlich und organisatorisch von der Klinik, in der die Akutbehandlung erfolgt, getrennt ist. Wird ein Patient in eine andere Akutklinik, egal in welche Fachabteilung, verlegt, ist dieses Item anzukreuzen. Beispielsweise ist darunter ein Patient zu kodieren, der wegen einer Hirnblutung in die Neurochirurgische Abteilung einer Nachbarklinik, die rechtlich und organisatorisch von der eigenen getrennt ist, verlegt wird. Gehört die neurochirurgische Fachabteilung hingegen zum eigenen Krankenhaus und der Patient wird dorthin verlegt, ist „andere Abteilung“ zu kodieren.

Pflegeeinrichtg./Heim: Ein Ankreuzen dieser Kategorie bedeutet, dass ein Patient direkt in ein Alten-/Senioren- oder Pflegeheim verlegt wird. Dazu zählen auch Einrichtungen der Kurzzeitpflege. Erfolgt die Entlassung eines pflegebedürftigen Patienten beispielsweise zu der Familie (den Kindern) ist die Kategorie „nach Hause“ anzukreuzen und nicht „Pflegeeinrichtg.“.

Optionale Lysefelder (dunkelgrau hinterlegt)

Zusätzlich werden für Kliniken, die die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung einer Thrombolyse aufweisen, die folgenden Items dokumentiert.

Die dunkelgrau hinterlegten Felder müssen für **alle Patienten in dieser Klinik** dokumentiert werden, also **auch für diejenigen Patienten, die keine Lyse erhalten**.

Thrombolyse

Lyse i.v.: Intravenös applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt.

Lyse i.a.: Intraarteriell applizierte Thrombolysebehandlung beim Hirninfarkt, unabhängig davon, ob sie hochselektiv (d.h. über bis zum Verschluss vorgeschobenen Katheter) oder selektiv (Gefäßgebiet) durchgeführt wurde

NIH Stroke Scale bei Aufnahme: In diesem Feld wird der Summenscore der NIH Stroke Scale (NIHSS) bei der Aufnahmeuntersuchung eingetragen. Die Dokumentation soll dabei unmittelbar nach Aufnahme erfolgen. Als ausführliche Anleitung zur Durchführung und Kodierung der NIHSS sei auf folgende Publikation verwiesen: Berger K et al. Untersuchung der Reliabilität von Schlaganfallskalen. *Fortschr Neurol Psychiat* 1999;67:81-93.

Zeit Aufnahme - 1. Bildgebung: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Die Angabe erfolgt in den angegebenen Intervallen. Bei Patienten, bei denen bereits **vor** Aufnahme im dokumentierenden Krankenhaus ambulant oder in einem anderen Krankenhaus ein bildgebendes Verfahren durchgeführt wurde, ist „1. Bildgebung vor Aufnahme“ anzukreuzen.

Zeit Aufnahme - Beginn Lyse: (nur eine Kategorie ankreuzbar) Die Angabe der door-to-needle time erfolgt in den angegebenen Intervallen.

Optionale Follow-up Felder (hellgrau hinterlegt)

Zusätzlich werden für Kliniken, die planen, eine standardisierte Nachbefragung Ihrer Patienten durchzuführen, eine Reihe von Variablen dokumentiert, die zur Berechnung der Follow-up bezogenen Qualitätsindikatoren benötigt werden.

Komorbidität

Hypertonie: Erhöhte Blutdruckwerte (>140 mm Hg systolisch u/o >90 mm Hg diastolisch), vorbestehend u/o medikamentös behandelt.

Hypercholesterinämie: Erhöhte Gesamtcholesterinwerte (>190 mg/dL), anamnestisch vorbestehend u/o medikamentös behandelt.

Sekundärprophylaxe

In diesem Feld muss angekreuzt werden, ob die aufgeführten Maßnahmen der Sekundärprophylaxe durchgeführt wurden oder nicht.

Antihypertensiva: Diese Gruppe schließt alle Medikamente ein, die mit der Indikation der Senkung des erhöhten Blutdruckes verordnet und im Entlassungsbrief aufgeführt wurden.

Antidiabetika: Diese Gruppe schließt alle Medikamente ein, die mit der Indikation Diabetes mellitus verordnet und im Entlassungsbrief erwähnt wurden. Hierzu zählt orale Medikation sowie Insulingabe. Rein diätetische Maßnahmen zur Behandlung des Diabetes fallen nicht darunter.

Statine: Diese Gruppe bezeichnet alle HMG-CoA-Reduktase-Hemmer, die mit der Indikation der Senkung eines erhöhten Cholesterinspiegels verordnet und im Entlassungsbrief erwähnt wurden.

Versorgungssituation vor Akutereignis (nur eine Kategorie ankreuzbar)

Diese Variable erfasst die Versorgungssituation eines Patient vor Auftreten des akuten Schlaganfallereignisses.

Unabhängig zu Hause: Der Patient lebte vor dem akuten Schlaganfallereignis zu Hause ohne Unterstützung durch Angehörige u/o professionelle Hilfe (Mobile Hilfsdienste, Essen auf Rädern usw.).

Pflege zu Hause: Der Patient lebte vor dem akuten Schlaganfallereignis zu Hause mit Unterstützung durch Angehörige u/o professionelle Hilfe (Mobile Hilfsdienste, Essen auf Rädern usw.).

Pflege in Institution: Der Patient lebte vor dem akuten Schlaganfallereignis in Pflegeeinrichtung (betreutes Wohnen, Altenheim, Pflegeheim, Behindertenwohnheim).